

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1929 г.

(Год издания XXV).

№ 5.

М А Й.

(Вышел из печати 22 мая).

Цена 65 коп.

КАЗАНЬ.

От редакции.

Редакция предполагает время от времени посвящать отдельные книжки журнала тому или иному вопросу, выдвигаемому наукой или жизнью.

Настоящий номер ввиду предстоящего курортного сезона в отделе оригинальных статей посвящен главным образом вопросам исследования больных и их лечения на курортах, а также и описанию курортов, преимущественно курортов местного значения.

Редакционная коллегия.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1929 г.

(Год издания XXV).

№ 5.

М А Й.

КАЗАНЬ.



Christian-Albert-Theodor Billroth

Памяти Billroth'a.

(С портретом).

26-го апреля настоящего года исполнилось 100 лет со дня рождения величайшего хирурга XIX столетия Theodor'a Billroth'a. Christian-Albert-Theodor Billroth родился 26-го апреля 1829 года в горах на острове Рюгене, в семье пастора. Отец его был родом из Швеции, мать — берлинка, а прабабушка — француженка.

Billroth рано лишился отца и остался на попечении матери, у которой кроме Теодора было еще 4 сына. Среднее образование В. получил в гимназии в г. Грейфсвальде, где и поступил в 1848 году на медицинский факультет. К гимназическим предметам В. проявлял мало интереса, учился посредственно и особенно не любил математику. Увлекался только историей, литературой и музыкой. Мысль сделаться медиком дана хорошим знакомым семьи выдающимся профессором фармакологии Seifert'ом и другом семейства В. проф. Baum'ом, хирургом Грейфсвальдского Ун-та. В первом семестре В. не занимался наукой, а увлекался исключительно музыкой и вскоре перешел в другой Ун-т в Гёттинген, куда перевелся и проф. Baum. Медицинский факультет в Гёттингене состоял из выдающихся профессоров того времени, и В. с большой энергией и жаром принялся за изучение естествознания и медицины. Два лица оказали большое влияние на жизненную карьеру В. — проф. — хирург Baum и физиолог Wagner. Осенью В. отправился вместе с проф. Wagner'ом в научную экскурсию в Триест. Экскурсанты посетили Гиссен, Марбург, Гейдельберг и Вену и здесь познакомились с университетами и посещали лекции знаменитых профессоров. Путешествие это оставило неизгладимое впечатление на В. и особенно запечатлелось в его памяти море и Альпы.

Из Вены В. переезжает в Берлин и поступает в число студентов Медицинского факультета. В этом году В. теряет свою любимую мать, которой он был много обязан. В Берлине В. прилежно занимается у проф. Langenbeck'a, Schönlein'a, Romberg'a и Traube и представляет диссертацию „De natura et causa pulmonum affectionis, quae primo utroque vago dissecto exoritur“. В следующую зиму В. отбывает воинскую повинность и сдает государственный экзамен, посещая в то же время частным образом клинику Graefe. Знакомство с последним скоро переходит в дружбу. После экзамена в 1853 году В. едет в Вену, где занимается в клиниках Hebra и Oppolzer'a. Затем на несколько недель отправляется в Париж и осенью 1853 года возвращается снова в Берлин, где некоторое время живет в качестве практикующего врача.

Дружба с д-ром Fock'ом, ассистентом знаменитого Langenbeck'a, помогает В. устроиться на вакантное место ассистента Хирургической клиники. Т. о. исполняется заветное желание В. учиться под

руководством Langenbeck'a. В этот период В. близко знакомится с Börensprung'ом, Graefe, Wilms'ом и прилежно занимается не только клинической хирургией, но и патологической гистологией. Последняя наука тогда только еще зарождалась. Особенно привлекает В. учение об опухолях. В 1856 году В. получает звание приват-доцента по хирургии и патологической анатомии и читает практический курс патологической гистологии. Осенью 1856 года он совершает научную экскурсию в Голландию, Англию и Шотландию. В этом же году получает приглашение занять кафедру патологической анатомии в Грейфсвальде, от которого отказывается. В 1858 году женится на дочери лейбмедика Michaelis'a. Проф. Langenbeck относился к В. с отеческим благоволением и доверием. Ему В. обязан приглашением занять кафедру Хирургической клиники в Цюрихе, которую он и получил в 1857 году. В следующем году В. становится ординарным профессором. В Цюрихе В. работает 7½ лет совместно с такими профессорами как Griesinger, Moleschot, A. Fick, Frey, H. Meyer и др. и близко знакомится с целым рядом других швейцарских профессоров. В своем доме он принимает и немецких гостей: O. Weber'a, Volkmann'a, Esmarch'a, Simon'a и др. В 1867 году В. получает приглашение занять хирургическую кафедру в Вене. Перед этим В. приглашали в Росток, Гейдельберг, но он отказывался. Место профессора Венского ун-та досталось В. с большими затруднениями и его деятельность в Вене вначале встречала много препятствий. Не малую роль в последнем играло то обстоятельство, что В. был пруссак и протестант. После ухода в отставку проф. Jungken'a В. получил от медицинского факультета Берлинского ун-та приглашение занять место профессора в Шаритэ. Кроме того его приглашали в Страсбург и снова в Берлин. Все это указывает на то, что В. в это время был уже очень видный профессор. Во время франко-прусской войны В. работал в лазаретах Вейсенбурга и Мангейма. Вена очень полюбилась В. Его привлекала столичная жизнь, врачебно-академическая и музыкальная среда. Он близко знакомится с выдающимися музыкантами с Брамсом, Хансликом и др., много занимается музыкой, сочиняет трио и квартеты. Окруженный друзьями и своими преданными учениками В. был поистине „счастливый человек“, говорит его биограф Fischer.

В. представляет крупнейшую величину среди хирургов XIX-го столетия. Он принадлежал к тому поколению немецких врачей, которые явились основоположниками современной хирургии.

Широко образованный клиницист-практик из школы знаменитого Langenbeck'a, превосходный микроскопист, основатель хирургической патологической анатомии и гистологии, творец целого ряда важнейших хирургических операций, талантливый лектор-оратор, В. несомненно отмечен печатью гения. В образе В. воплотился идеал хирурга: красивая, импозантная внешность, колоссальная эрудиция, ораторский талант, мастерское оперирование, гениальная клиническая и научная проникновенность и личная душевная обаятельность. Чистый, благородный, верный самому себе, чутко и внимательно относившийся к каждому независимо от социального положения, стойкий борец за право и истину—вот душевный облик великого хирурга.

Оригинальное творчество В. выразилось в целом ряде новых идей и способов хирургических операций. Достаточно указать на резекцию

желудка, удаление гортани, простаты, операции на пищеводе, хирургические доступы в полость рта.

В. имел колоссальное прилежание: его перу принадлежат 162 печатных работы, из них я назову только крупнейшие, признанные классическими: хирургическая патология и терапия, работы о раневых лихорадках, о „cocciobacteria septica“ и ряд работ о новых операциях. В. вместе с Gurlt'ом основал и редактировал архив Клинической Хирургии Langenbeck'a. Из его клиники вышло колоссальное количество научных трудов. Его по праву называют творцом желудочно-кишечной хирургии, т. к. много операций в этой области принадлежит ему и его ученикам. Школа В. многочисленна и блестяща. Достаточно назвать ряд звезд первой величины (Czerny, Mikulicz, Wölfler, Gussenbauer, Eiselsberg, Hakkert и др.). В. умер в Аббации от легочного процесса, которым страдал много лет.

Нам, русским хирургам, В. дорог не только потому, что он наш великий учитель (у него, между прочим, учились врачи, съезжавшиеся со всего света, и наши видные хирурги Монастырский, Левшин, Разумовский и др.), не только потому, что В. высоко ставил нашего Пирогова, но и потому, что В. своей операцией продлил на несколько месяцев жизнь нашего поэта Некрасова, который подарил нам в эти дни свои последние думы и песни.

Billroth при жизни пользовался мировой славой. Его приглашали всюду на консультации не только в различные города Австрии и Германии, но и за-границу, напр., в Александрию, в Афины, Милан, Париж, Лиссабон, Петербург. В честь Billroth'a под Веной названа одна железно-дорожная станция, а около г. Мельбурна в Австралии—высокая гора. Имя Billroth'a—бессмертно.

Проф. П. М. Красин.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Курорты, профессия и охрана труда.

Проф. М. М. Гран.

Советский строй, советская политика и принципы советского строительства вообще и в области здравоохранения в частности—резко и коренным образом изменили принципы организации строительства наших курортов и курортного дела. Если бы потребовалось демонстрировать в области здравоохранения разницу принципов, путей и достижений дореволюционного и послереволюционного периода в области здравоохранения, если бы необходимо было сравнивать две системы здравоохранения—капиталистическую (зап.-европейскую) и социалистическую (русскую), то лучшего и наиболее удачного объекта для сравнения, чем курортология—трудно было бы найти.

Наши курорты получили образное наименование „ремонтных мастерских для оздоровления трудящихся“. В этом сущность вопроса, которая отличает современные советские курорты от русских же дореволюционного периода и от курортов современной буржуазно-капиталистической Европы. Клиентура советских курортов почти на 90% рабочие, крестьяне, частью служащие; клиентура советских курортов поставляется на те же 90% профессиональными союзами и органами социального страхования. Советские курорты в основной массе своей клиентуры „орабочены“ и пролетаризированы. Этим определяется социальная сущность и природа советских курортов в отличие от дореволюционных русских и современных Западно-Европейских курортов.

Но кроме социальной сущности советских курортов—они в значительной мере изменили и свой научно-медицинский облик и организационную структуру, и это особенно должно фиксировать на себе внимание врачей-лечебников и профилактиков. На этом мы и хотели бы несколько заострить внимание, чтобы сделать некоторые практические выводы к настоящему дню.

Исходя из „ремонтных“ задач советских курортов для нужд трудящихся, естественно первый вопрос, который должен был встать в научном и организационном смысле—это вопрос „о показаниях и противопоказаниях к курортному лечению“. Такой вопрос и был поставлен лишь только курорты могли вступить в фазу планово-организационной деятельности. На первых же порах был поставлен и вопрос о научной базе всего курортного дела; эта база начала строиться на первых же порах, и ныне она получила почти полное свое оформление. Ныне мы имеем Центральный институт курортологии, который тесно связан со всей курортной периферией, имея в крупнейших курортах свои отделения—лаборатории и клиники; периодические съезды и совещания оформляют живую мысль курортных врачей, химиков, биологов, инженеров; эти съезды в свою очередь являются живой лабораторией, в которой выявляются темы и вопросы, которые должны определять дальнейшее прогрессивное развитие курортного дела. Центральный институт курортологии обычно принимает на себя научную разработку поставленных вопросов; периферические филиалы Института содействуют их разрешению. Вопросов этих бесконечно много и среди них одним из кардинальных уже в течение 3—4 лет поставлен вопрос „о показаниях и противопоказаниях к курортному ле-

чению". По этому вопросу при Институте курортологии работает постоянная Комиссия, которая уже выявила себя рядом интересных научно-методологических работ; среди этих последних обращают на себя особое внимание работы по выработке унифицированной классификации и номенклатуры клинической диагностики применительно к различным органам и системам (сердце, нервная система и проч.).

За последние годы (1927—1928) вопрос о показаниях и противопоказаниях был поставлен еще более актуально и конкретно. Был поставлен вопрос о показаниях и противопоказаниях к пользованию курортами по отношению к тем или другим „болезням труда“—и прежде всего профессиональным болезням; в первую очередь были взяты болезни наиболее важных отраслей промышленности; имелся ввиду вопрос о роли курортного лечения, о роли тех или других минеральных вод при хронических промышленных отравлениях—свинцовом, ртутном, анилиновом, о роли курортных факторов при тех или других заболеваниях сердца, связанных с профессией. Для разрешения этих вопросов Курортное управление в Москве (Наркомздрав) привлекло ряд крупных научно-исследовательских Институтов по изучению профессиональных болезней (Институт им. Обуха, Центральный государственный институт по изучению профессиональных заболеваний, Транспортный институт); этим Институтам было дано задание: составить унифицированный план обследования большой группы профессиональных больных, страдающих различными промышленными отравлениями и болезнями сердечно-сосудистой системы, болезнями органов движения, определить для них показания и противопоказания к курортному лечению, распределив этих больных по определенным курортам (Пятигорск, Ессентуки, Саки); сделать соответственный научный отбор таких больных и подвергать их планомерно-методическому изучению динамически: до отправки на курорт, на самом курорте и по возвращении с курорта; работа эта была проделана в течение 1928—1929 года при живом участии местных курортных клиник и лабораторий; работа носила строго-научный методический характер. Итоги этой работы всех трех Институтов еще не опубликованы, но нам известны предварительные итоги Центрального государственного института по изучению профессиональных заболеваний; данная работа производилась под непосредственным руководством директора Института д-ра В. А. Левицкого; работа осуществлялась экспедиционным порядком: на курорт выезжал на весь сезон д-р Левицкий, д-р Батулин, как клинический ассистент, лаборант-химик-биолог; работа проводилась на месте коллективом местных курортных врачей-клиницистов-бальнеологов при консультации экспедиционной группы врачей профпатологов; последние производили динамическое обследование больных до их выезда на курорт и по возвращении. Предварительные итоги данного обследования дали очень интересные результаты.

Мы привели эти данные лишь для того, чтобы показать, на какие новые рельсы поставлена и ставится у нас курортология. Курорты—„ремонтные мастерские здоровья трудящихся“, курорты—на службе охраны труда, курорты—орудие борьбы с профвредностями и профболезнями. Научная база курортологии, научная методология изучения курортных факторов—подчинены той же целеустановке. Вопрос „о показаниях и противопоказаниях“ к курортному лечению трактуется и должен трактоваться в том же разрезе.

Таково направление современной советской курортологии в идеологическом, научном и организационном смысле.

Но с общественной точки зрения в данном вопросе у нас еще далеко не все благополучно и прежде всего в вопросе о научных „показаниях и противопоказаниях к курортному лечению“, в вопросе об отборе больных на курорты и курортов для тех или других больных с „трудowymi“ и профессиональными болезнями. Здесь у нас неблагополучно с научной точки зрения в смысле нашего научного багажа: мы пока в этой области больше „эмпирики“, чем „объективно материалистичны“ с точки зрения научной; мы, врачи, в своей массе слишком поверхностны при отборе больных для курортов с точки зрения чисто лечебной и тем более социально-профилактической. Мы теперь располагаем громадным курортным материалом, свидетельствующим, как мы плохо и неумело отбираем больных и распределяем больных по курортам; эти наши грехи приводят к непроизводительным затратам громадных страховых и профсоюзных денежных средств; они же приводят к занятию курортных мест теми, кои в данных курортах не нуждаются, и лишают мест тех, кои в них настоятельно нуждаются. Правда, греховны в этом не только врачи, но и профсоюзы, страхкассы, их соответственные отборочные комиссии; греховны в этом и сами рабочие, которые по своим установкам и личным мотивам отвоевывают себе места—по их мнению им наиболее желательные и приятные.

Весь этот вопрос большой и сложный, к тому же „сезонный“, замкнутый в тесных границах времени „курортных сезонов“, сезона „отдыха и ремонта“. Вопрос полностью охватывает вопросы—чисто курортного лечения, климатического и очередного отдыха („дома отдыха“). Вопрос осложняется еще тем, что как ни широка сеть наших курортов и климатических мест, числа мест на них, числа „домов отдыха“ и мест в них (а число таких мест у нас доходит до сотен тысяч, а пропускная способность всех этих „ремонтных мастерских здоровья“—обнимает до миллиона человек)—все же „нуждаемость“ трудовой республики и трудящихся в курортном и климатическом лечении стоит значительно выше наличных у нас мест. А это обязывает к особо серьезному отбору той клиентуры, которая действительно нуждается, которой научно „показывается“ соответственное курортное и климатическое лечение.

Отсюда вывод: приближение каждого курортного сезона ставит перед врачами и соответственными органами актуально и остро вопрос о научно-обоснованном отборе больных на курорты, главным образом в разрезе охраны труда.

Из Госпитальной терапевтической клиники Казанского университета. (Директор профессор Н. К. Гор я е в).

Изменения тромбоцитов у туберкулезных больных при кумысолечении.

Ординатора Р. М. Ахрем-Ахремовича.

(С 1 диаграммой).

Несмотря на огромную литературу, посвященную вопросу о тромбоцитах, происхождение и роль их являются еще далеко невыясненными. В нашу задачу не входит останавливаться на многочисленных теориях

происхождения тромбоцитов, имеющих в значительной части только исторический интерес. Укажем лишь, что наибольшим признанием в настоящее время пользуется теория Wright'a, согласно которой тромбоциты являются третьим самостоятельным элементом крови и происходят от гигантских клеток костного мозга, так называемых мегакариоцитов. Эта теория нашла поддержку в лице Naegeli, Aschoffa, Schridde и др. Однако такой крупный авторитет, как Schilling, до последнего времени стоит на точке зрения образования тромбоцитов из ядер нормобластов. С помощью метода суправитальной окраски Diazingrün'ом ему удавалось видеть связь тромбоцитов с красными кровяными тельцами при помощи тонкой мембраны. Меньшим распространением пользуются теории образования тромбоцитов из белых кровяных телец и эритроцитов путем распада тех или других или отшнурования.

Вопрос о функции тромбоцитов также представляется неясным. Клинические наблюдения с несомненностью устанавливают связь между ними и геморрагическими диатезами. По Morawitz'y тромбоциты содержат тромбокиназу, а также тромбоген, и участвуют в свертывании крови, играя роль ферментообразователей. Bizzozzer'o приписывал им непосредственное участие в акте свертывания. Несомненно, что тромбоциты принимают участие в образовании тромбов и оказывают влияние на образование кровяного сгустка. Н. Я. Чистович, изучая колебания тромбоцитов при инфекционных заболеваниях (пневмония, рожа, корь, оспа, скарлатина и др.), устанавливает, что количество их понижается в разгаре болезни, повышаясь в период реконвалесценций. На основании своих наблюдений он приходит к выводу, что тромбоциты принимают участие в иммунитете, являясь носителями защитных веществ—антител. Уменьшенное содержание тромбоцитов в период разгара острых лихорадочных заболеваний и нарастание их при выздоровлении находили также Port, Akiyama, Helber, Determann и др. Glanzmann и Witzinger, наоборот, отмечают повышенное содержание тромбоцитов при острых лихорадочных заболеваниях в период высоких t° . Позднейшими наблюдениями Stahl'a установлено, что во время разгара инфекционного заболевания, как правило, наблюдается тромбопения, сменяющаяся в период падения t° повышенным содержанием тромбоцитов и возвращением их в дальнейшем к норме. Наблюдения над состоянием тромбоцитов при тbc легких крайне немногочисленны. Port, Akiyama, Helber и Чернозатонская в легких случаях тbc изменений со стороны тромбоцитов не нашли. В 5 случаях средней тяжести Helber'ом отмечено увеличение числа их. Port и Akiyama в 5 сл. выраженного тbc получили отклонения от нормы как в сторону повышения, так и понижения их. Гурвич исследовал 15 случаев легочного тbc. В его материале в случаях легких, протекавших с нормальной или слегка повышенной t° , количество тромбоцитов колебалось от 220 до 270 тысяч в 1 куб. мм.

Формы средней тяжести дали пониженные цифры (65—160 тыс.). В случаях распространенного тяжелого тbc имелись значительные колебания (от 75 до 435 тыс.). Stahl для случаев средней тяжести, благоприятно протекавших, дает цифры в 300—400 тыс. В более тяжелых его случаях имелись в большинстве высокие цифры (до 752 тыс.). Vaida при доброкачественных продуктивных процессах видел пониженное содержание тромбоцитов (130—160 тыс.). При экссудативных формах

количество их было равным 450—600 тыс. В одном случае, где имелась двусторонняя казеозная пневмония с явлениями спонтанного пнеймоторакса, число тромбоцитов достигало 1044 тыс. У Helber'a при милиарном tbc число тромбоцитов равнялось 612 тыс.

Наши наблюдения, произведенные по предложению проф. Н. К. Горяева над туберкулезными больными Аксаковского санатория (Башкирской областной кассы соц. страхов.), имели задачей выяснить влияние кумысолечения на количественное изменение тромбоцитов. Что кумысолечение оказывает благоприятный эффект на морфологический состав крови, показали наблюдения Н. К. Горяева, Крамова, отметивших быстрое улучшение состава красной крови. Изменения со стороны белой крови, заключаются в уменьшении нейтрофилии (там, где он повышен), нарастании лимфоцитов, эозинофилов и т. д.

Указаний на изменение тромбоцитов под влиянием кумысолечения мы не встретили в литературе. Имеются наблюдения (не при tbc) относительно увеличения их числа при облучении кварцевой лампой. Инъекции мышьяка, нуклеиновокислого натрия ведут к явно выраженному нарастанию тромбоцитов (Schulz). Несомненно также увеличение их после кровопотери, в период повышенной регенеративной функции костного мозга. В связи с усиленной мышечной работой наблюдалось значительное увеличение числа их (Дрягин, Инюшкин, Дрягина и Мокеев). Degkwitz, Schilling при инъекциях туберкулина у лиц с активным туберкулезным процессом получили тромбопению, которая исчезала лишь через 72 часа, между тем как здоровые или носители неактивного процесса, если и давали некоторое понижение тромбоцитов, то очень ненадолго—число их быстро возвращалось к исходным цифрам. Schlack, получив аналогичные результаты у детей, считает возможным пользоваться кривой тромбоцитов для диагноза активного очага. Колебания у одного и того же индивидуума наблюдались в зависимости от времени дня—утром количество тромбоцитов было наиболее низким, пополудни повышалось в среднем на 30 тыс. (Degkwitz).

Из 571 больных, прошедших через Аксаковскую санаторию в летний сезон 1928 г., было обследовано повторно 132 чел., из них 37% было бацилловыделителей. По роду заболевания б-ные распределялись следующим образом¹⁾ AI—29, AII—23, AIII—5, BI—22, BII—39, BIII—10 и CIII—4. Курс кумысолечения продолжался 1—1½ месяца. Б-ные, в зависимости от тяжести процесса, индивидуальной выносливости и т. д. получали от 1 до 5 бут. кумыса и пользовались гидро-и аэрогелиотерапией там, где последние не были противопоказаны. Кровь для исследования бралась не менее двух раз—первый до лечения кумысом (через 2—3 дня по прибытии), второй при выписке. Все исследования производились в одно и то же время (6—8 ч. утра), натошак. Кроме тромбоцитов определялись Hb, эритроциты, ретикулоциты и лейкоцитарная формула по Schilling'у. Для счета тромбоцитов мы пользовались сухими препаратами, приготовленными по методу Fonio—на месте укола в мякоть пальца наносилась капля 14% р. Magn. sulf., выступившая капля крови смешивалась стеклянной палочкой (предварительно смоченной тем же раствором) с каплей Magn. sulf. Из полученной смеси пригото-

¹⁾ Классификация II-го туберкулезного съезда.

дивались мазки; последние после фиксации окрашивались Giemsa в течение 1½ ч. При помощи окуляра Ehrlich'a сосчитывалось число тромбоцитов на 1.000 эритро. Общее количество их определялось в абсолютных цифрах по отношению к числу эритроцитов в 1 куб. мм¹⁾. За норму в соответствии с большинством авторов (при подсчете на сухих препаратах) мы принимали 200—300 тыс. тромбоцитов в 1 куб. мм.

Переходим к нашим наблюдениям. Диаграмма № 1 (левые половины двойных столбцов) характеризует содержание тромбоцитов у различных групп туберкулезных больных. Просматривая ее мы видим, что компенсированные формы легочного тбс в 70—80% дали нормальные

ДИАГРАММА № 1.

КОЛИЧЕСТВО ТРОМБО- ЦИТОВ В 1 КУБ. ММ. (В ТЫСЯЧАХ)	А I		А II		А III		В I		В II		В III	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
	КУМЫСОЛЕЧЕНИЯ											
100-150							27		15			
150-200	21%	4	26		20		27	25	21	15		
200-250	55%	45	44	51	20	20	37	45	18	33	20	10
250-300	17%	41	25	44	60	80		32	28	34	10	50
350-400 и выше	7%	10	5	5			9		18	18	70	40

цифры. Более высокое содержание их (350—400 тыс.) для этой группы отмечено в 5—7%. Пониженное количество (150—200 тыс.) наблюдалось в 20—26%. Группы В I и В II дали наиболее пеструю картину. Как видно из диаграммы, в этих случаях имелись значительные отклонения от нормальных цифр в сторону повышения и понижения числа тромбоцитов. В группе В III содержание их в 70% превышало нормальные цифры. Из 4-х случаев С III, в 3-х мы имели очень высокие цифры тромбоцитов (646, 700 и 830 тыс.). В одном очень тяжелом случае, сопровождавшемся поражением гортани (при лейкопении), число тромбоцитов было равным 149 тыс. Таким образом данные наших наблюдений, а также вышеприведенные литературные справки, показывают, что содержание тромбоцитов при тбс легких не представляет однообразной картины. Даже в одной и той же группе мы видели в одних случаях тромбопению, в других тромбоцитоз. Помимо количественного изменения содержания тромбоцитов, меняется также при тбс и морфологическая картина

¹⁾ Эритроциты подсчитывались в камере Горяева-Рарренгейма на площади 160 малых квадратов.

их. Нормально, как известно, в периферической крови большинство тромбоцитов имеют величину от 2 до 4 μ , обычно круглой формы, и окрашиваются Giemsa нейтрофильно. Меньшая часть (5—17% по Vaida и 3—12% по Stahl'ю) имеет слабо базофильную окраску. Чисто базофильных экземпляров в норме не встречается. При различных патологических состояниях: крупозной пневмонии, пурпурах, лейкомиях, малярии, анемиях, злокачественных образованиях и т. д. были наблюдаемы гигантские тромбоциты, отсутствующие в периферической крови здорового человека (Parrenheim, Stahl, Богорад, Михальченко и др.). В нашем материале там, где имелись значительные отклонения в содержании тромбоцитов как в сторону понижения, так и повышения их, были отмечены в значительном числе гигантские тромбоциты, достигавшие величины эритроцита и превышавшие ее. Они имели продолговатую или овальную форму и красились преимущественно базофильно. Наряду с этим встречались и микротромбоциты с менее ясной—„смазанной“ структурой. Нитевидные и веретенообразные формы отмечены нами в ряде тяжелых случаев (С III, В III), протекавших с тромбоцитозом. В субкомпенсированных случаях, а чаще в декомпенсированных, и при нормальном числе тромбоцитов встречались патологические формы—гигантские, базофильные, нитевидные и т. п. В группе А вышеуказанные формы нами не были наблюдаемы. Vaida в своем материале при экссудативных формах легочного тбс мог отметить наряду с микротромбоцитами и гигантские экземпляры—мегалотромбоциты, составлявшие 12—13% общего числа тромбоцитов. Продуктивные формы давали более низкие цифры их (2—3%). Отклонения от нормы в количественном содержании тромбоцитов, наличие в периферической крови патологических форм их—гигантских, базофильных, нитевидных, веретенообразных и т. п. свидетельствуют, что тромбопоэтическая функция костного мозга при тбс легких нарушена. Эти отклонения резко выражены в тяжелых, далеко зашедших случаях.

Обращаемся к изменениям тромбоцитов, происшедшим в результате кумысолечения. Правые половины двойных столбцов характеризуют эти изменения. Из диаграммы видно, что после лечения тромбоциты в случаях с пониженным содержанием их выросли, приближаясь к нормальным цифрам. Из группы VI и VII, где до лечения число их в 100—150 тыс. в 1 куб. мм. составляло 15—27%, в результате кумысолечения с таким содержанием не осталось ни одного случая. Максимальное увеличение тромбоцитов в некоторых случаях достигало 120 тыс. Кроме этого нарастание их отмечено (правда в меньших пределах) и там, где исходные цифры были нормальными. Высокие цифры тромбоцитов, главным образом в группе VIII, имели явную тенденцию к падению. Уменьшение в случаях их высокого содержания равнялось 100 тыс. (max.). Из 4-х случаев группы С III двое вовсе кумысом не пользовались, двое других изредка по своей инициативе пили 1—2 б. кумыса; у этой группы существенных колебаний в числе тромбоцитов по сравнению с исходными цифрами (см. выше) отмечено не было. Таким образом количественные изменения тромбоцитов под влиянием кумысолечения несомненны. Что же касается изменения морфологической картины их, то в этом отношении определенных выводов сделать нельзя. Можем только отметить, что в некоторых случаях патологические формы—гигантские, базофильные, ните-

видные и т. п.—после кумысолечения встречались в меньшем числе, нежели до лечения.

Встает вопрос, как же расценивать нарастание тромбоцитов в одних случаях и понижение их в других. Как уже упоминалось, Н. Я. Чистович один из первых пытался дать ответ на вопрос о значении тромбоцитов и колебаний их при различных заболеваниях—признавая активное участие тромбоцитов в процессах иммунитета. Гурвич в случаях распространенного, прогрессирующего tbc (5 сл.) получил колебания в очень широких пределах (435 т., 340 т., 355 т., 84 т., и 75 т.), причем случаи с повышенным содержанием тромбоцитов сопровождались состоянием „аллергии“, 2 случая с пониженным числом представляли картину „отрицательной анергии“. Исходя из этих данных Гурвич считает возможным присоединиться к взгляду Н. Я. Чистовича. Degkwitz на основании целого ряда экспериментальных работ полагает, что тромбоциты отображают соотношения между защитными силами организма и инфекцией. Теумин, изучая колебания тромбоцитов при острых септических процессах, приходит к аналогичному выводу—в повышении тромбоцитов он видит благоприятный признак, свидетельствующий о перевесе защитных сил. Несмотря на большой интерес вопрос этот еще своего окончательного разрешения не получил. В наших наблюдениях вышеприведенные колебания в числе тромбоцитов шли параллельно с улучшением общего состояния, улучшением процесса в легких (в некоторых случаях), нарастанием Hb, эритроцитов, Fc, улучшением картины белой крови, прибавкой в весе и т. д.; следовательно есть определенные основания рассматривать изменения тромбоцитов—стремление к средним нормальным цифрам—как симптом благоприятный. В одних случаях, где имелась тромбопения, кумысолечение оказывает стимулирующее действие на тромбопоэтический аппарат костного мозга, повышая его функцию—тромбоциты нарастают. При состоянии раздражения этой системы, проявляющемся тромбоцитозом, под влиянием кумысолечения наступает ее „успокоение“—тромбоциты снижаются. В этом отношении, пожалуй, можно провести некоторую аналогию с эритропоэзом у туберкулезных больных и его изменением при кумысолечении, а именно: в случаях пониженной регенерации эритроцитов кумысолечение давало усиление ее—эритроциты с subst. reticulofilament. (ретикулоциты) нарастали. Там же, где имелось в периферической крови повышенное содержание их (усиленная компенсаторная функция костного мозга), в результате кумысолечения ретикулоциты падали—наступало „успокоение“ его. Об этом подробнее см. нашу статью „Эритропоэз при tbc легких и его изменения под влиянием кумысолечения“.

Выводы. 1) Компенсированные формы легочного туберкулеза сопровождаются в большинстве случаев нормальным содержанием тромбоцитов.

2) В субкомпенсированных случаях средней тяжести отмечены отклонения в содержании их от нормальных цифр, как в сторону повышения, так и в сторону понижения.

3) Распространенные, далеко зашедшие формы tbc (ВШ, СШ) в большинстве случаев дали значительное повышение тромбоцитов.

4) В случаях средней тяжести, а в особенности в тяжелых, отмечены патологические формы тромбоцитов—гигантские, базофильные, ви-

тевидные, микротромбоциты и т. п., что свидетельствует о состоянии раздражения тромбопоэтической системы костного мозга.

5) В результате кумысолечения (1—1½ месяца) тромбоциты нарастают в числе в случаях с нормальными и особенно в случаях с тромбопениеческими исходными цифрами.

6) Высокое содержание тромбоцитов (в случаях распространенного tbc) обнаружило явную тенденцию понижаться, приближаясь к средним нормальным цифрам.

7) Изменения в числе тромбоцитов под влиянием кумысолечения шли параллельно с улучшением общего состояния, прибавкой веса, нарастанием Hb, Fi, эритроцитов, улучшением картины белой крови и в ряде случаев с улучшением легочного процесса. Это дает основание рассматривать вышеуказанные изменения, как явление благоприятное.

8) Определенной зависимости или параллелизма между колебанием тромбоцитов и др. форменными элементами крови (Эр. и L) не отмечено.

В заключение считаю своим приятным долгом выразить искреннюю благодарность товарищам по работе в клинике и на кумысе дд. А. М. Мокееву и Л. Г. Подлевской за помощь при собирании фактического материала.

Литература. 1) Богорад. Ленингр. мед. ж., 1927 г., № 7.—2) Bizzozero, цитир. по Крюкову. Морф. крови, 1920 г.—3) Vaida. Ztschrift. f. Tuberc. 1927 г., B. 48. H. 3.—4) Дрягин, Инюшкин, Дрягина, Мокеев. Каз. мед. ж., 1928 г., № 8.—5) Determann, цитир. по Гурвичу.—6) Degkwitz. Ztschrift. f. d. ges. exper. Med., 1920, 144—155.—7) Горяев. Доклады на 2-ом Поволжском Съезде и в Обществе врачей при Каз. унив. в 1928 г.—8) Helber. D. Arch. f. klin. Med., 1904, 316—328.—9) Гурвич. Врачебн. газ., 1927 г., № 8.—10) Крамов. Курортное дело, 1927 г., № 11.—11) Михальченко Тр. 8-го В. Съезда терапевтов, 1926 г.—12) Naegeli. Blutkrankh. und Blutdiagnost., 1923 г.—13) Port u. Akiyama. D. Arch. f. kl. Med., 1912, 362—379.—14) Schult. Klin. Wchschr. 1924 г., № 1.—15) Schilling. D. med. Wchschr. 1921 г., цит. по Vaida. 16) Schilling. Клиническая гематология, 1927 г.—17) Schlack. реф. Вопрос туб., 1927 г., № 55.—18) Stahl. M. med. Wochschr., 1921 г., № 22.—19) Stahl. Ztschrift. f. klin. Med. B. 96.—20) Теумин. Врачебн. газета 1927 г., № 8.—21) Чистович Н. Я. Русский врач, 1906 г., № 45.—22) Чернозатонская. Русск. клин., 1928 г., № 53 и 54.

Из Госпитальной терапевтической клиники Казанского университета. (Директор проф. Н. К. Горяев).

Эритропоэз при туберкулезе легких и его изменения под влиянием кумысолечения.

Ординаторов Р. М. Ахрем-Ахремовича и А. М. Мокеева.

(С 4 диаграммами).

Изменения морфологического состава крови при tbc легких столь же различны, сколь разнообразны и клинические проявления этого заболевания. В частности картина красной крови также представляется многообразной в зависимости от стадии процесса. Naegeli указывает, что при начальных формах туберкулеза изменения со стороны красной крови, несмотря на выраженную бледность больных, отсутствуют, или незначительны—кажущаяся анемия. Субкомпенсированные формы распространенного tbc дают нормальные или повышенные цифры эритроци-

тов (Grawitz, Naegeli и др.). Тяжелые лихорадочные случаи обычно сопровождаются выраженным уменьшением числа красных кровяных телец и еще в большей степени понижением содержания Нб. Работы последнего времени, из которых упомянем Михайлова, Катерова и Неворожкина, Крамова, еще ранее Steffen'a и др., тоже дают для большинства случаев нормальные или повышенные цифры эритроцитов. Только в случаях декомпенсированного, далеко зашедшего процесса, эритроциты падают до 3.000.000 и ниже. Эти факты были уже известны и старым авторам. Так, Laasche, констатируя нормальные цифры Нб и эритроцитов, говорит, что „чахотка сама по себе в большинстве случаев не вызывает значительной анемии“. Это парадоксальное явление, по мнению Dehio, объясняется сгущением крови, вследствие потения и поносов. Крамов в повышенном содержании эритроцитов видит компенсаторное приспособление, реакцию на пониженное содержание Нб в красных кровяных тельцах. Катеров и Неворожкин высокие цифры эритроцитов объясняют стремлением организма компенсировать недостаточную газацию крови (поражение легочной ткани) усиленной продукцией их. Grawitz объясняет повышенное содержание эритроцитов сгущением крови и видит здесь аналогию с действием в эксперименте туберкулина, вызывающего переход жидкости из крови в ткани. Однако Franke, выпрыскивая опытным животным туберкулин, получил анемию, а не полицитемию, как можно было бы предполагать по Grawitz'у. Если повышенное содержание эритроцитов у туберкулезных больных расценивать, как компенсаторное приспособление, то приходится сделать вывод, что эритропоэтическая функция костного мозга не страдает. В наблюдениях вышецитированных авторов выраженный анизопойкилоцитоз, полихромазия и нормобласты отсутствовали. Однако мы знаем, что эти последние признаки не всегда позволяют судить о состоянии эритропоэза. Нормобласты появляются в периферической крови лишь в случаях грубого раздражения костного мозга (Morawitz). Слабые легкие степени полихромазии могут не выступать в мазках при обычной окраске. Отсюда понятно, что для суждения об эритропоэтической деятельности кроветворного аппарата мы должны пользоваться какими-то другими критериями. Чрезвычайно тонким и надежным показателем интенсивности эритропоэза является содержание в периферической крови эритроцитов с subst. granulofilamentosa, т. наз. ретикулоцитов¹⁾, обнаруживаемых при субправительной окраске. Описанные впервые Рарренгеймом в 1895 г., они привлекли внимание многочисленных исследователей, главным образом итальянской школы (Cesaris-Demel и др.). Приоритет этого открытия несомненно принадлежит Ehrlich'у, наблюдавшему еще в 1892 г. аналогичную структуру в эритроцитах при интравенозном и субкутанном введении красок с целью вызвать прижизненную окраску тканей. Из русских исследователей этим вопросом занимались Фофанов и Михайлов (1913 г.). Практическое значение ретикулоцитов оценено только в последние годы. Наблюдения клинического и экспериментального характера показали, что ретикулоциты суть

¹⁾ Молдавский считает название „гранулофилоциты“ более правильным, так как обнаруживаемые внутри эритроцитов синие образования не всегда представляют сеточку (reticulum), а очень часто зернышки (granula).

юные эритроциты, содержание которых повышается в периферической крови при усилении регенеративной деятельности костного мозга. В нормальной крови здорового человека их количество колеблется от 0,5‰ до 3‰ (Seifarth, Фофанов, Михайлов и др.).

Более высокие цифры, даваемые некоторыми авторами (Roessinghs 0,4‰—1,8‰, Cunningham 0,8‰), по мнению Naegeli, не соответствуют действительности. Наблюдения нашей клиники, в частности Дрягина, Инюшкина, Дрягиной и Мокеева, заставляют признать, что цифры ретикулоцитов выше 3‰ являются повышенными. У новорожденных, а особенно у недоносков, число их достигает 40‰ и выше (Молдавский).

Наша работа, по предложению глубокоуважаемого учителя проф. Н. К. Горяева, имела целью с помощью метода суправитальной окраски произвести наблюдения над эритропозом у тбс больных и проследить его изменения под влиянием кумысолечения. В литературе по данному вопросу аналогичных наблюдений мы не встретили. Материалом для работы послужили больные Аксаковского санатория-кумысолечебницы Башкирской областной кассы соц. страхов., расположенной при станции Белебей-Аксаково Самаро-Златоустовской железной дороги. Из общего числа больных (571 человек), прошедших через санаторию в сезон 1928 года, нами были обследованы 134 лица с несомненными более или менее выраженными объективными признаками легочного туберкулеза. Из числа обследованных 37% являлись бацилловыделителями. По роду заболевания больные распределяются следующим образом: ¹⁾ А I—29, А II—25, А III—5, В I—21, В II—39, В III—12 и С III—3. Кровь для исследования бралась 3 раза: до кумысолечения (через 2—3 дня после прибытия), в середине лечения (спустя 10—15 дней) и при выписке. Содержание Hb и эритроцитов в ‰ в большинстве случаев определялось дважды (до и после кумысолечения); количество ретикулоцитов—трижды. Все исследования производились в одно и то же время (6—8 ч. утра). В зависимости от тяжести случая, индивидуальной выносливости и т. д. больные получали от 1 до 5 бутылок кумыса. Кроме этого, где были показания, они пользовались аэро-гелио-гидротерапией и занимались физкультурой. Hb определялся корригированным гемометром Sahli, эритроциты подсчитывались в камере Горяева—Раррenheim'a на площади 160 малых квадратов. В более тяжелых случаях выводилась в мазках лейкоцитарная формула по Schilling'u на 200 клетках. Методика определения ретикулоцитов сводилась к следующему: на тщательно обезжиренное, слегка подогретое предметное стекло наносилась капля 1% спиртового раствора Brillantkresylblau и размазывалась. На таком стекле делался тонкий мазок крови; препарат тотчас же помещался во влажную камеру на 5—10 минут. После фиксации (alcohol methylic. 2—3 мин.) мазок дополнительно окрашивался р. Giemsa в течение 20 мин. Более длительные окраски р. Giemsa по нашим впечатлениям преимуществ не дают, а имеют, пожалуй, отрицательное значение, так как не исключают возможности артефактов. Для определения содержания ретикулоцитов с помощью оку-

¹⁾ По классификации II-го Туберкулезного Съезда.

ляра Ehrlich'a подсчитывалось их число, приходящееся на 1.000 эритроцитов. По нашим наблюдениям цифры, получаемые при подсчете 1.000, 2.000 и 3.000 не дали существенной разницы и оказались почти одинаковыми.

Прилагаемые диаграммы №№ 1, 2 и 3 (левые половины двойных столбцов) характеризуют красную кровь у различных групп tbc больных до лечения. Из диаграммы № 1 видно, что в большинстве компенсированных случаев мы имели нормальные цифры эритроцитов. Выраженное понижение их отмечено для группы AI в 80% случаев и для группы VI в 150%. Распространенные субкомпенсированные формы — В II и В III также дали нормальные, а в ряде случаев даже повышенные цифры эритроцитов. Для группы В III содержание эритроцитов от 5,5 до 6 мил. отмечено в 5 сл. (50%) и в одном выше 6 мил. в 1mm³. Просматривая диаграмму № 2, характеризующую содержание

Диаграмма №1.

Количество эритро- цитов	AI		AII		AIII		BI		BII		BIII	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
	кумысолечения											
6-6,5												10
5,5-6	3	3	20	16	20	20	14	10	13	10	50	20
5-5,5	41	48	24	52	40	60	19	24	44	40	40	60
4,5-5	31	42	48	32	20	20	28	56	26	50		20
4-4,5	7	7	8		20		24	10	17			
3,5-4	4						15					
3-3,5	4											

Диаграмма №2.

№ в %	AI		AII		AIII		BI		BII		BIII	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
	ЧУМЫСОЛЕЧЕНИЯ											
100-105		11	8	16	20	60		5		2		
90-100	34 %	28	28	44	20	20	19	52	15	24	10	48
80-90	34	55	40	40	60	20	33	28	36	43	30	50
70-80	21	6	24				28	15	41	11	40	
60-70	11						15		8		10	10
50-60						5					10	

Нб мы видим, что в субкомпенсированных случаях процентное содержание Нб было более низким, нежели у компенсированных. В группе AI Нб в 60—65% отмечен в 3 случаях (11%). Уменьшение цветового показателя (диаграмма № 3) шло параллельно с тяжестью процесса — группы В дали более низкий FI, нежели гр. А. Полученные нами результаты в этой части работы находятся в соответствии с данными вышецитированных авторов, и таким образом подтверждают уже известный факт, 1) что компенсированные и

субкомпенсированные формы легочного tbc не сопровождаются олигоцитемией и 2) что анемия при tbc легких носит гипохромный характер, не являясь обязательным спутником этого заболевания. Однако наличие нормальных цифр эритроцитов не дает еще права говорить, что

эритропоэтическая функция костного мозга совершенно нормальна и пополнение убыли эритроцитов идет за счет поступления в периферическую кровь почти одних только вполне зрелых элементов. В этом отношении, как показали исследования Молдавского, ретикулоциты дают очень точное представление. Его наблюдениями и помощью метода суправитальной

ДИАГРАММА № 3.

Fi	AI		AII		AIII		BI		BII		BIII	
	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
Кумуляционные												
1-1,1	3	24	4	12	20	40		5		5		
0,9-1	41	52	20	44	40	60	19	71	12	59	10	36
0,8-0,9	48	14	52	40	20		62	24	46	31	20	50
0,7-0,8	4		24	4	20		14		31	5	53	20
0,6-0,7	4						5		11		20	

ной окраски над эритропоэзом у работников рентгеновских и радиологических кабинетов констатировано повышенное раздражение костного мозга, проявляющееся в появлении значительного числа (24^{0/00}) в крови незрелых эритроцитов—ретикулоцитов. Между тем ^{0/00}-е содержание Нb и эритроцитов были нормальными. Аналогичное явление им же отмечено при m. Basedowi. Уже известно давно, что всякое анемическое состояние с хорошей функцио-

нальной способностью костного мозга сопровождается увеличенным содержанием ретикулоцитов. Особенно ярко это выступает в случаях острых кровопотерь, где число их, по литературным данным, а также и материалу нашей клиники, может достигать 50—80^{0/0} общего количества эритроцитов. При различных патологических состояниях отмечалось отклонение от N ретикулоцитов в сторону увеличения или уменьшения их. Угнетение эритропоэза—пониженное содержание ретикулоцитов—отмечено при острых инфекционных болезнях в кахектических состояниях, под влиянием эритемных доз (с незначительными промежутками между освещениями) ультрафиолетовых лучей и проч. (Seufarth, Гаврилов, Шваробович, Людвиновский и др.). С другой стороны, различные инфекции и интоксикации могут вести к повышенному содержанию ретикулоцитов, свидетельствующему о состоянии раздражения эритропоэтической системы. На основании этих данных уже а priori можно было ждать при tbc легких изменений эритропоэтической функции костного мозга, resp. отклонения от N в содержании ретикулоцитов. Диаграмма № 4 (левые половины двойных столбцов) характеризует содержание ретикулоцитов при различных формах туберкулеза. Просматривая ее, видим, что компенсированные случаи в 40—69^{0/0} дали нормальные цифры ретикулоцитов. Повышение их отмечено почти исключительно в случаях наличия анемического состояния. Группы В I, В II и В III, несмотря на нормальное содержание эритроцитов, дали значительное увеличение ретикулоцитов. В отдельных случаях число их достигало 25^{0/00}. Таким образом при субкомпенсированных формах легочного tbc костный мозг проявляет усиленную функцию, выбрасывая в периферическую кровь значительное количество незрелых эритроцитов, более бедных Нb, нежели нормальные. Это явление, по нашему мнению, частично зависит от ограничения дыхательной поверхности и недостаточной газации крови, представляя компенсаторное приспособление. Подтверждение

этого взгляда мы можем найти у Seyfarth'a. Так, он видел регулярное повышение ретикулоцитов у животных, помещаемых в пространство с разреженным воздухом. Помимо этого несомненно влияние и другого момента — туберкулезной интоксикации, отражающейся на эритропоэтической функции костного мозга. В этом отношении достаточно сопоставить компенсированные (А I) и субкомпенсированные (В I) случаи, где при незначительных в смысле распространения поражениях дыхательной поверхности содержание ретикулоцитов было различным, именно: более высокие цифры, как видно из диаграммы, отмечены в группе В I. Повышенное содержание ретикулоцитов позволяет думать, что высокие цифры эритроцитов при тбс легких, могут объясняться истинным увеличением числа их и без сгущения крови (поты, поносы и др.), тогда мы будем иметь здесь один из случаев истинной симптоматической полицитемии.

Диаграмма № 4.

число ретикуло- цитов на 1000 эритроци- тов.	А I		А II		А III		В I		В II		В III							
	До	СРЕ- ДИНА ЧЕРЕЗ 10-15 ДНЕЙ	После	До	СРЕ- ДИНА ЧЕРЕЗ 10-15 ДНЕЙ	После	До	СРЕ- ДИНА ЧЕРЕЗ 10-15 ДНЕЙ	После	До	СРЕ- ДИНА ЧЕРЕЗ 10-15 ДНЕЙ	После	До	СРЕ- ДИНА ЧЕРЕЗ 10-15 ДНЕЙ	После			
		КУМЫСОЛЕНИЯ			КУМЫСОЛЕНИЯ			КУМЫСОЛЕНИЯ			КУМЫСОЛЕНИЯ			КУМЫСОЛЕНИЯ		КУМЫСОЛЕНИЯ		
1-4 (норма)	89 %	42	62	40	24	44	60	20	40	14	13	43	23	13	41	30	10	10
4-7	14	21	21	32	32	32	20	40	40	38	33	28	38	38	33		20	20
7-10	3	14	17	16	16	46		40	20	5	14	24	8	19	16		30	50
10-15	14	10		12	12	8	20			19	10		18	13	5	40	20	20
15-20		7		12						14	10		13	13	5	20	20	
20-25		3		4						5	10	5		2				
25-41		3								10				2		10		

Переходя к вопросу о влиянии кумысолечения на состав крови, укажем, что до сих пор нет единства во взглядах относительно значения кумыса, как лечебного метода. Одни (Рубель) видят в результатах кумысолечения суммарный эффект целого ряда факторов (степной климат, режим, питание, солнце и др.). Другие (Горяев, Михайлов, Крамов), не отрицая этого, придают большое значение самому кумысу, считая его главным фактором, определяющим хорошие результаты, получаемые при кумысолечении. Несомненно одно, что терапевтический эффект кумысолечения в ряде случаев поразителен. В этом мы могли убедиться на значительном материале, прошедшем через санаторию за последние 2 сезона.

Обращаясь к нашим наблюдениям (см. диагр. № 1, 2, 3). Сравнивая данные для эритроцитов до и после кумысолечения, мы видим, что низкие цифры их под влиянием кумысолечения увеличились, приб-

лижаясь к норме. В тех случаях, где была на лицо олигоцитемия, увеличение эритроцитов происходило на 800.000 и более. Нормальные исходные цифры эритроцитов существенных изменений не дают, а колеблются в тех же пределах; повышенные (см. группу В III) имеют тенденцию к падению, приближаясь в среднем к нормальным цифрам. Hb и F_i (см. диагр. № 2 и 3) в результате кумысолечения представляют более существенные изменения в смысле повышения. Hb в 98% всех случаев дал увеличение от 5 до 20%. Из диаграмм № 2 видно, что в результате кумысолечения цветового показателя ниже 0,6—0,7 не осталось ни в одном случае.

Изменение ретикулоцитов (д. № 4) шло в двух направлениях— в случаях анэмического состояния с недостаточной регенерацией (нормальное или слегка повышенное содержание ретикулоцитов), ретикулоциты, как правило, через 10—15 дней давали нарастание, достигающее в отдельных случаях до 41%. В дальнейшем, когда анемия более или менее выравнивалась, отмечалось падение их до нормы (2—3%) или до умеренно повышенных цифр (4—6%). В других случаях нарастание ретикулоцитов было постепенным и к концу лечения иногда достигало 20%. В этом отношении был некоторый параллелизм между состоянием F_i и содержанием ретикулоцитов. Приближение к норме цветового показателя сопровождалось уменьшением ретикулоцитов до нормальных или слегка повышенных цифр. Эти данные стоят в соответствии с наблюдениями Naegeli, Дрягина и др., видевших нарастание ретикулоцитов у анэмиков при медикаментозном лечении (As и Fe). Людвиновский¹⁾ аналогичное явление отметил у анэмиков с кожным туберкулезом при применении лечебных доз ультрафиолетовых лучей. Таким образом в этих случаях в повышении ретикулоцитов надо признать благоприятный симптом, указывающий на усиленную регенерацию эритроцитов. При субкомпенсированных формах, там, где имелись исходные высокие цифры ретикулоцитов в результате кумысолечения, последние понижались—иногда после временного повышения,—приближаясь к нормальным цифрам. Следовательно, факт падения ретикулоцитов в этих случаях при нарастании Hb и F_i следует расценивать, как момент, являющийся показателем нормальной „успокоившейся“ регенеративной деятельности костного мозга. Аналогичные данные в отношении нарастания Hb и F_i получил Крамов. Такой блестящий эффект в улучшении состава крови он склонен приписать, главным образом, кумысу. Катеров и Неворожкин у детей с костным тбс в результате санаторного лечения (без кумыса) видели в ряде случаев (правда, в меньшем %) не менее выраженное улучшение состава красной крови (нарастание Hb и F_i). Невраев²⁾ при сравнительной оценке ближайших результатов курортного лечения у больных с тбс легких на кумысе и южном берегу Крыма, приходит к выводам, что кумысолечение дает большую прибавку мышечной силы, больший прирост гемоглобина и жизненной емкости легких, чем на южном берегу. Факт изменения картины крови в вышеуказанном смысле, отмеченный нами у тяжелых больных, не пользовавшихся гелио-гидротерапией, соблюдавших также относительный покой и т. д., застав-

¹⁾ Людвиновский. Вопросы туб., 1927 г., № 11.

²⁾ Невраев. Научный учет результатов лечения на курортах. Вып. I.

ляет думать, что происшедшие улучшения состава крови в большей своей части могут быть отнесены за счет кумыса.

Изменения в составе красной крови во всех случаях шли параллельно с улучшением общего состояния, прибавкой в весе, улучшением лейкоцитарной формулы и т. д. Для иллюстрации вышеизложенного приведем несколько историй болезни.

1) Б. И-в а. Общая слабость, головокружения, плохой аппетит и сон. Т^о N. Tbc. pulm. A—I. Исследование крови 19/VII: Hb. 67⁰/₀, E.—4040.000, Fi. 0,83, ретикулоцитов—13⁰/₀, L.—6750, S.—43,5⁰/₀, St.—8,5⁰/₀, Ly.—39,5⁰/₀, Mo.—5⁰/₀, Eos.—3,5⁰/₀; со стороны красной крови—гипохромная анемия; повышенное содержание ретикулоцитов говорит за удовлетворительную регенерацию. 3/VIII под влиянием кумысолечения (кумыс до 4 б. в день) ретикулоциты дали повышение до 41⁰/₀, что указывает на более интенсивное кроветворение. 25/VIII Hb. 89⁰/₀, E.—4750.000, Fi. 0,9, ретикулоциты упали до 7⁰/₀; L.—6400, S.—45,5⁰/₀, St.—12,5⁰/₀, Ly.—30⁰/₀, Mo.—8⁰/₀, Eos.—4⁰/₀. Общее состояние улучшилось. Прибыль в весе на 3,5 Kg.

2) Б. М-на. Исхудание, поты, слабость, кашель, BK+, субфебрильная Т^о. Tbc. pulm. B—I productiva. 17/V Hb. 87⁰/₀, E.—5.200.000, Fi.—0,83, ретик.—22⁰/₀, L.—8700, S.—60,5, St.—12⁰/₀, Ly.—23⁰/₀, Mo.—3,5⁰/₀, Eos.—1⁰/₀; ретикулоциты при высоком содержании эритроц. повышены. Через 10 дней отмечено падение ретикулоцитов до 18⁰/₀. 25/VI Hb. 91⁰/₀, E.—4.880.000, Fi.—0,94, L.—6950, S.—47,5⁰/₀, St.—15,5⁰/₀, Ly.—28,5⁰/₀, Mo.—6—5⁰/₀, Eos.—3⁰/₀; ретикулоциты упали до 8⁰/₀. Улучшение общего состояния, Т^о N; прибыль в весе на 4,8 Kg; гемограмма также характеризует улучшение; нарастание лимф., эозинофилов, моноцитов и уменьшение нейтрофилов. BK+.

3) Б. Ф. Общая слабость, одышка, плохой аппетит. Т^о изредка до 37,2⁰. Tbc. pulm. A II fibrosa. 16/VI—Hb. 81⁰/₀, E.—4.620.000, Fi.—0,88, ретикулоц.—5⁰/₀, L.—6300, S.—48⁰/₀, St.—8⁰/₀, Ly.—34,5⁰/₀, Mo.—8,5⁰/₀, Eos.—1⁰/₀; кумыс до 4 б.; через 15 дней ретикулоциты возрасли до 10⁰/₀; 14/VII количество их—12⁰/₀, Hb.—90⁰/₀, E.—4.880.000, Fi.—0,94, L.—6700, S.—50,5⁰/₀, St.—12,5⁰/₀, Ly.—26,5⁰/₀, Mo.—9⁰/₀, Eos.—1,5⁰/₀. В этом случае ретикулоциты нарастали постепенно и остались повышенными при выписке. Общее состояние улучшилось, прибыль в весе 5,2 Kg. Т^о N.

4) Б. М. Общая слабость, поты, ознобы, одышка, тахикардия, сильный кашель с мокротой, потеря аппетита. Т^о до 38,4, BK+. Tbc. pulm. B—C—III (sav.). 18/VI—Hb. 67⁰/₀, E.—4.760.000; Fi. 0,7; несмотря на выраженную анемию—ретикулоциты единичные (эритропоэз угнетен), L.—11000, S.—54,5⁰/₀, St.—17⁰/₀, Ly.—24⁰/₀, Mo.—3,5⁰/₀, Eos.—1,5⁰/₀. Гемограмма вопреки общему тяжелому состоянию характеризует доброкачественность процесса. Осторожно назначен кумыс (1—2—3 б.). Через 10 дней ретикулоциты дали увеличение до 5⁰/₀. К концу пребывания—15/VII Hb. 87⁰/₀, E.—4.920.000, Fi. 0,82, ретик.—4⁰/₀, L. 7400, S.—38⁰/₀, St.—22,5⁰/₀, Ly.—29⁰/₀, Mo.—6⁰/₀, Eos.—4,5⁰/₀. Т^о N. Общее состояние улучшилось, кашель уменьшился, прибыль в весе на 2,6 Kg. Этот случай еще характеризует значение гемограммы, как очень надежного объективного момента, которым можно руководствоваться в вопросе о показаниях к кумысу (см. ниже).

Особняком стоят в нашем материале 3 случая С III и 3 сл. В III, невошедших в вышеприведенные таблицы. На них в связи с кумысолечением мы позволим себе остановиться отдельно. Как известно, вопрос о показаниях и противопоказаниях к кумысу в отношении больных тб не имеет строго определенной формулировки. Как показывает опыт, ни Т^о, ни характер процесса в целом ряде случаев не могут служить достаточным критерием для такого суждения. Исследования проф. Горяева показали, что очень ценным и надежным дополнением в этом отношении является гемограмма. На основании своих многочисленных наблюдений он приходит к следующим выводам: „кумысолечение противопоказано или должно проводиться с сугубой осторожностью—1) в случаях, где повышено содержание нейтрофилов (выше 70⁰/₀) при повышенном общем

содержании белых телец: 2) в случаях, где имеется резкий сдвиг нейтрофильной картины (50 и больше палочкоядерных на 100 нейтрофилов), хотя бы общее содержание белых телец и % содержания нейтрофилов не были повышены; 3) повидимому, также в случаях с очень высоким содержанием моноцитов (15% и выше)". Мы в своей работе считались с указанным мнением Горяева и в ряде случаев имели возможность убедиться в справедливости его.

Кроме упомянутого выше случая (IV-ого), считаем нелишним привести вкратце еще следующие.

1) Б. П.-ов. Одышка, слабость, ночные поты. T^0 —37,5. ВК+. Tbc pulm. B—III producta. 27/VII Нб. 77%, E.—5.300.000, Fi.—0,66, ретик.—2%/о, L.—11150. S.—49,5%/о, St.—28,5%/о, Ly.—17,5%/о, Мо.—4,5%/о, Eos.—1%/о. Высокое содержание нейтрофилов, значительный сдвиг, заставляли считать случай неподходящим для кумысолечения, хотя с точки зрения легочного процесса, а также 1°, категорических противопоказаний не было. Назначение кумыса (1—2 б.) дало ухудшение общего состояния (T^0 до 38,2°, тахикардия). Кумыс отменен, картина крови 23/III: Нб. 72%, E.—5.490.000, Fi.—0,6, ретикулоцитов—3%/о, L.—12.000. S.—48,5%/о, St.—32,5%/о, Ly.—15,5%/о, Мо.—3,5%/о, Eos.—1%/о. Гемограмма ухудшилась. Общее состояние без перемен.

2) Б. С.-в. Исхудание, кашель с мокротой, ночные поты. T^0 37,6. ВК+. Tbc pulmon. B—III product. Картина крови 17/VI. Нб. 75%, E.—4.920.000, Fi.—0,7, ретикулоц.—10%/о, L.—14000, S.—36,5, St.—44%, L.—1%, Ly.—14,5%/о, Мо.—3,5%/о, Eos. 0,5%/о. В этом случае с точки зрения гемограммы определенные противопоказания (лейкоцитоз, резкий сдвиг нейтрофилез). По желанию б-ого назначен кумыс. T^0 до 39°, общее состояние ухудшилось (ухудшение аппетита, сна и т. д.). В дальнейшем изредка б-ой получает $\frac{1}{2}$ —1 б. кумыса. 13/VII: L.—12900, S.—29%/о, St.—49%, L.—1%, Ly.—15%/о, Мо.—6%/о, T^0 до 37,8.

3) Б. А. Резкое исхудание, мучительный кашель, плохой аппетит, ночные поты, тахикардия. T^0 37,8°. ВК+. Tbc pulm. C—B—III (sav.). 8/VIII: Нб.—51%/о, E.—4.400.000, Fi.—0,58. Ретик.—8%/о, L.—7900, S.—52%/о, St.—18,5%/о, Ly.—20,5%/о, Мо.—7%/о, Eos.—2%/о. С точки зрения общего состояния случай для кумысолечения является малоподходящим. Гемограмма характеризует доброкачественность процесса (отсутствие повышенного содерж. лейкоцитов, нерезкий сдвиг, наличие значительн. числа эозинофилов). Кумыс назначен 1 б., очень быстро перешли на 3 б. Через 10 дней ретик. возрасли до 12%/о. 12/IX: Нб. 73%, E.—4.890.000, Fi.—0,72, ретик.—12%/о, L.—7000, S.—29%/о, St.—25,5%/о, Ly.—29,5%/о, Мо.—10%/о, Eos.—6%/о. Общее состояние значительно улучшилось. T^0 снизилась до N. Прибыл в весе на 4,4 klg. Гемограмма также улучшилась (уменьш. нейтрофилеза, нарастание лимф., моноц. и эозинофилов).

Что касается красной крови, то в отношении группы C—III можно сказать, что значительное понижение Нб, эритроцитов и Fi имело место во всех случаях. Ретикулоциты, хотя и повышены, однако недостаточно, и костный мозг, следовательно, не справляется с предъявляемыми к нему требованиями (Нб и эритроциты падают).

Выводы: 1) Определение ретикулоцитов с помощью метода суправитальной окраски дает возможность составить более точное представление о состоянии эритропоэза.

2) Ретикулоциты при компенсированных формах легочного tbc в 40—69% оказались в пределах нормы. Выраженное повышение их для этой группы отмечено в случаях наличия анемического состояния.

3) Субкомпенсированные формы сопровождаются в большинстве случаев увеличенным содержанием ретикулоцитов.

4) Под влиянием кумысолечения красная кровь быстро (1—1½ мес.) улучшается с одной стороны за счет значительного нарастания Нб., с другой, за счет приближения эритроцитов к норме (путем повышения в одних и понижения в других случаях). Fi резко увеличивается, приближаясь к норме.

5) Ретикулоциты при анэмических состояниях, как правило, через 10—15 дней дают нарастание, снижаясь при исчезании анэмии до нормальных или слегка повышенных цифр. В случаях повышенного содержания ретикулоцитов (компенсаторно-усиленная функция костного мозга) отмечается стремление их приближаться к норме к концу кумысолечения.

6) Компенсированные формы туберкулеза в большинстве случаев сопровождаются нормальным содержанием эритроцитов при близком к норме % Hb и Fi.

7) Субкомпенсированные формы дают нормальные, реже пониженные, а в ряде случаев повышенные цифры эритроцитов, при более или менее выраженном понижении Hb и Fi.

8) Декомпенсированные формы сопровождаются значительным понижением эритроцитов и Hb, причем последний падает резко, вследствие чего Fi является низким.

9) Анэмия при tbc носит гипохромный характер и не является, вопреки господствующему в широких врачебных кругах мнению, частым спутником этого заболевания.

10) Гемограмма может служить опорным пунктом для суждения о показаниях и противопоказаниях к кумысолечению на основе положений, выдвинутых проф. Горьевым.

11) В результате кумысолечения (в случаях благоприятно реагирующих) гемограмма улучшается.

В заключение считаем нужным указать, что часть исследований крови произведена нашим товарищем по работе в клинике и на кумысе д-ром Л. Г. Подлевской. Пользуемся случаем принести ей искреннюю благодарность за помощь.

Литература: Cesaris Demel. Fol. Haemat. Bd. IV, N. 1;—2) Cunningham. Цит. по Seyfarth'y; 3) Дрягин, Инюшкин, Дрягина и Мокеев. Казан. мед. ж., 1928, № 8; 4) Дрягин. Казанск. мед. ж., 1926, № 8; 5) Dehio. Petersb. med. Wsch., 1891, № 1; 6) Damashek. По реф. в Münch. m. Woch. 1927, № 2; 7) Горьев. Доклад на 6-м Всесоюз. научно-орг. съезде по курорт. делу; 8) Гаврилов. Ленингр. мед. ж., 1927, № 7; 9) Grawitz. Клинич. патол. крови, 1904; 10) Jolly. Traité d'hématologie, 1923; 11) Истоманова. Тр. VIII В. съезда терапевтов; 12) Катеров и Неворожкин. Терапевт. архив, 1926; 13) Крамов. Казанский мед. журнал, 1927, № 11; 14) Крамов. Курортное дело, 1927, № 11; 15) Laasche. Цитир. по Grawitz'y; 16) Михайлов. Вопросы туберкулеза, 1923, № 5; 17) Morawitz. Münch. m. Wochenschr., 1910, № 27; 18) Молдавский. Ж. для усоверш. врачей, 1927, № 3; 19) Он же, idem, 1928, № 6; 20) Он же. Jahrb. f. Kindhk. 1927, N. 118. 21) Молдавский. Клин. мед., 1928, № 23; 22) Naegeli. Blutkrankheit und Blutdiagnostik. 1923; 23) Roessinghs. D. Arch. f. kl. Med., 1922; 24) Рубель. „Кумысолечение“; 25) Seyfarth. Fol. Haemat (Archiv) Bd. 34, N. 1; 26) Steffen. Arch. f. kl. Med., 1910; 27) Фофанов и Михайлов. Харьк. мед. ж., 1913, т. 15—16; 28) Шваробович. Клин. медиц., 1927, № 2.

Когда наша работа была готова к печати, появилось сообщение д-ра Лейбензона (Вр. дело, № 2, 1929 г.). Автор устанавливает, что при компенсированных формах легочного tbc ретикулоциты находятся в пределах нормы (0,15—0,25%) Субкомпенсированные и декомпенсированные формы дают более высокие цифры до 2%). Эта разница по автору зависит от токсэмии, при чем по колебанию числа ретикулоцитов в периферической крови можно судить о степени последней. Наложение пневмоторакса давало снижение ретикулоцитов.

Из нервной клиники Казанского гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (Завед. проф. А. В. Фаворский).

Наблюдения над нервно-легочными больными Шафрановского кумысолечебного курорта сезона 1928 года ¹⁾.

А. М. Миропольской.

Летом 1928 года я была консультантом по нервным болезням Шафрановского кумысолечебного курорта. Курорт находится в Башкортостане у железнодорожной станции того же названия. Объединяет собою шесть отдельно расположенных санаторий, развернутых на 500 коек. При курорте имеется поликлиника со специально оборудованной лабораторией, небольшим рентгеновским кабинетом и элементарно оборудованными водолечебницей и электрическим кабинетом. Возможность пользования данными кабинетами создавала для работавших там врачей благоприятные условия для клинического подхода к больному. Врачи, работавшие в санаториях, были квалифицированными работниками в области туберкулеза, в большинстве имеющими клиническую или специальную подготовку по туберкулезу. Консультантом терапевтом в этом году был проф. А. Н. Рубель. Тот интерес, который был проявлен врачами, работавшими в санаториях, к больным с неустойчивостью нервной системы, то желание, с которым они шли для совместного со мной разбора больных, создавало благоприятные условия для моих наблюдений. В сезоне 1928 года мною проведены наблюдения над 305 санаторными больными, истории болезни которых мною проработаны. Следует отметить, что на консультацию ко мне попадали больные с более выраженными нервными явлениями. Приблизительно через меня прошло около 20% всех больных из расчета пропускной способности в три месяца 1500 человек.

Прежде чем перейти к ответу, с какими же группами нервных заболеваний я встретила на легочном курорте и как сочетались заболевания нервной системы с легочным туберкулезом, я считаю необходимым отметить, с каким национальным, социальным и партийным составом больных я имела дело, так как это важно для разъяснения моментов, способствующих развитию заболеваний нервной системы. Шафрановский кумысолечебный курорт принадлежит к курортам общегосударственного значения, поэтому неудивительно, что национальный состав данного курорта самый разнообразный: на моем, например, материале отмечалось 17 национальностей: 70% русских, 6% евреев, 5% белоруссов, 4% украинцев, 3,5% татар, 3% туркмен, 2% латышей и марийцев, 1% башкир и узбеков, 0,7% чуваш и армян, 0,3% поляков, литовцев, болгар, мордвы и тюрков. Рассматривая социальный и партийный состав моих больных, я получила следующую сводку: из 305 больных оказалось 49% партийцев и 51% беспартийных, причем из 49% партийных больных 38% занимали ответственные должности, 28% — служащие различных учреждений, которые несут еще общественную нагрузку, 23,5% рабочие различных производств, 10,5% учащиеся. Из 51% беспартийных больных ответ-

¹⁾ Доложено в заседании представителей Социального Страхования и в Туберкулезной секции г. Казани.

ственных работников 2,8%, врачей 4,5%, служащих различных учреждений 34%, педагогов 10,5%, учащихся 12%, рабочих 26%, крестьян 0,6%, военных 0,6% и свободных профессий 9%. Возраст наблюдаемых больных 62% от 20 до 30 лет, 33% от 30 до 40 лет, 5% от 40 до 50 лет. Мужчин 56%, женщин 44%.

У этих больных мною отмечены следующие нервные заболевания: неврастеников со средней степенью выраженности объективных данных 24,5%, с выраженными объективными данными 15%, неврастеников с истерической реакцией 11,5%, чистые формы истерии 13,5%, психастеники 2,5%, Nevrositas 11%, легкие формы травматического невроза 5,5%, группа с заболеваниями желез внутренней секреции с преобладанием объективных данных со стороны щитовидной железы 8,5%, сборная группа—8% (в эту группу вошли центральные заболевания нервной системы 1%, заболевания периферической нервной системы 1,5%, заболевания вегетативной нервной системы 5,5%). Что касается форм туберкулеза, при которых встретились данные нарушения со стороны нервной системы, то нужно учесть, что Шафрановский кумысолечебный курорт имеет летнего типа санатории, куда больные направляются на 1—1½ месяца; неудивительно поэтому, что с случаями декомпенсированного туберкулеза не пришлось встретиться, наблюдались главным образом формы субкомпенсированные и та обширная группа, где когда-то туберкулез был, а теперь кроме „слабых легких“ ничего нет, т. е., компенсированные формы туберкулеза.

У 305 мною наблюдаемых больных

А _I было у 108 человек	В _I —	у 20 человек
А _{II} „ 66 „	В _{II} —	25 „
А _{III} „ 2 „	В _{III} —	8 „
Bronchoadenitis В —	у 26 человек	
Bronchoadenitis А —	у 26 „	

Данные диагнозы по мере надобности подтверждались рентгенологическими данными и серологическими реакциями.

Об отношении туберкулеза к функциональным заболеваниям нервной системы много писалось и пишется, и травму от туберкулеза, действительно, нужно считать одним из моментов, ведущих к нарушению равновесия нервной системы, а если к этому прибавить такие факторы, как интеллектуальную и эмоциональную перегрузку, психические и физические травмы, да еще у женщин добавочные половые моменты, то для нас могут быть вполне понятны те клинические картины нервных заболеваний, которые мы наблюдали. На некоторых субъектах больше отразился один определенный момент, например, интеллектуальное переутомление, которое особенно сказалось на людях, раньше занимавшихся физическим трудом, а потом перешедших на интеллектуальный труд (их у меня 49%), он вывел из равновесия мало тренированную нервную систему и давал чаще всего неврастению. У конституционально неуравновешенных субъектов такие моменты как психическая, физическая и травма от туберкулеза, чаще способствовали проявлению таких заболеваний, как истерия и психастения. Люди же с более устойчивой нервной системой обычно реагировали нерезко и давали такую нервозность, которая у меня идет под диагнозом Nevrositas.

Более интересными являются взаимоотношения между туберкулезом и классического Базедова болезнью и так называемым гипертиреонизмом

(*formes frustes*). Уже давно многие авторы отмечают, что туберкулезные больные обнаруживают некоторые объективные симптомы, относящиеся к нарушению деятельности щитовидной железы, таковы наблюдения Lae vi, Бялокура, Лоффлера, Бауэра и др. авторов. Так, Kocher говорит, что туберкулезные токсины несомненно действуют на щитовидную железу, и что прежде чем проявится туберкулез, появляются симптомы увеличения щитовидной железы и симптомы гипертиреондизма. Chvostek также полагает, что симптомы гипертиреондизма служат первым признаком туберкулеза, который выявляется только впоследствии.

Я на своем материале старалась к этому вопросу подойти объективно, так как мне казалось, что больные с нарушением деятельности щитовидной железы могут симулировать начальную форму туберкулеза: субъективные жалобы на общую слабость, падение в весе, субфебрильную температуру, лабильность вазомоторов, потливость, сердцебиение и повышенную возбудимость нервной системы могут быть и при начальном туберкулезе, и при гипертиреондизме, как самостоятельном заболевании. На своем материале я отмечала следующие объективные симптомы, показывающие на нарушение деятельности щитовидной железы в сторону ее гиперфункции:

I симптомокомплекс. Увеличение перешейка щитовидной железы. С. Graefe, с. Kocher'a, вазомоторные расстройства, нерезко лабильный пульс, потливость, раздражительность, падение веса;

II—увеличение перешейка и обеих долек щитовидной железы, резкую тахикардию, *exophthalmus os. utriusque* и субъективные жалобы;

III—увеличение перешейка и обеих долек, *exophthalmus os. ut. S. Graefe*, пульсацию крупных сосудов, тахикардию.

Анализируя эти чаще встречающиеся объективные симптомы, показывающие на нарушение деятельности щитовидной железы, можно отметить, что из глазных симптомов чаще встречается *exophthalmus* и с. Graefe, реже с. Kocher'a. Тахикардия и вазомоторная лабильность встречаются часто, реже встречается асимметрия в пульсации крупных сосудов по сравнению с пульсацией мелких сосудов. Только больных с этими объективными симптомами я причислила в мою группу эндокринных расстройств и думаю, что эти данные делают убедительным мое утверждение, что я имела дело с гипертиреондизмом. Но нужно еще отметить, что около 20% из 8,5% больных с эндокринными расстройствами имели еще добавочные нарушения со стороны деятельности *ovariorum*, объективно сказывающиеся в перебоих *menstruorum*. Что касается одновременного наличия симптомов, указывающих на функциональную возбудимость нервной системы, то они в большинстве случаев были налицо, но превалирование симптомов со стороны эндокринной системы, дало мне право включить всех больных в эндокринную группу. Из всех больных с эндокринным нарушением 82% падало на женщин и 12% на мужчин.

Что касается вегетативных нарушений у туберкулезных, то многие симптомы туберкулеза, как пот, кашель, сонливость, лабильность вазомоторов и др. симптомы могут быть рассматриваемы как вегетативные нарушения. На учет этих симптомов нужно было бы обратить внимание. Но принимая во внимание, что исследование вегетативной нервной системы требует соответствующей обстановки и времени, я поставила себе это темой будущей моей работы. Общее впечатление (при грубом исследовании)

довании) заставляет меня присоединиться к мнению тех авторов, которые отмечают при начальном туберкулезе симпатикотонические реакции, а в более поздних стадиях — симптомы ваготонии. Из выраженных нарушений вегетативной нервной системы 5,5% больных у меня обнаружили резкие симптомы ваготонии или симпатикотонии. На практически важные зоны гиперестезии мускулатуры и спазматические ее состояния соответственно пораженной части легкого мною обращалось внимание, но не всегда, и цифровые данные в силу этого я не могу привести.

Что касается анизокории у туберкулезных больных, которая объясняется поражением симпатического нерва, возникающего вследствие давления заболевших лимфатических желез или вследствие рубцового сморщивания легочной верхушки, то по моим данным она встречается в 27%, причем несколько чаще при субкомпенсированном туберкулезе, чем при компенсированном.

Из 108 А₁ анизокория у 26 20 ч. В₁ анизокория у 5

66 А_п анизокория у 27 25 В_п анизокория у 8

2 А_ш анизокория у 1 8 В_ш анизокория у 3

Bronchoadenitis A из 26 ч. анизокория у 2, Bronchoadenitis B из 26 человек, анизокория у 6 человек.

При этом, по моим данным, расширение зрачка часто не совпадает с наиболее пораженным легким. В 75% $S > D$ и в 25% $D > S$. Я не вставала бы, чтобы считать ли анизокорию за один из ранних симптомов туберкулеза, но одно можно подтвердить, что анизокория встречается в такой последовательности: В_ш, В_п, В₁, Bronchoad. В субкомпенсированного туберкулеза, и А_ш, А_п, А₁, Bronch. А компенсированного туберкулеза.

Относительно органических заболеваний периферической нервной системы на почве туберкулезной интоксикации сделать выводов не могу, так как имела всего два случая ишалгии. Полиартритов острых и подострых туберкулезного происхождения на моем материале не было.

При попытке выяснить, как сочетались те или иные заболевания нервной системы с различными формами легочного и железистого туберкулеза, я получила интересные данные относительно нарушения деятельности эндокринной системы. Оказывается, что самый большой процент гипертиреозидизма встречается при активной форме Bronchoadenitis B.

Из 108 чел. А₁ гипертиреозидизм у 8 человек, 20 В₁ у 3 гипертиреозид.

„ 66 „ А_п „ „ 4, „ 25 В_п „ 2 „

8 В_ш „ 1 „

Bronchoadenitis B 26 человек, из них у 7 гипертиреозидизм.

Просматривая литературу, я нашла указания, что Поксэ и Нейман чаще всего находят при выраженных явлениях гипертиреозидизма легчайшую форму гематогенного туберкулеза, или пролиферирующего первичного комплекса, что особенно с их точки зрения характерно для этих форм туберкулеза. Это вполне подтверждают и мои данные, так как туберкулезное заболевание бронхиальных желез может быть первичным признаком tuberculosis fibrosa densa. Такая этиологическая точка зрения в некоторых случаях нарушения функции щитовидной железы должна быть еще лишний раз подчеркнута, и для невропатологов это позволяет вести обоснованное специфическое лечение туберкулезом некоторых случаев гипертиреозидизма.

В одном из случаев была нарушена пигментация кожных покровов лица, сказывавшаяся в появлении бурых пятен на лице. Вольхард, Шверманн и др. считают такую пигментацию показателем начинающегося туберкулеза.

Перехожу к результатам влияния кумысолечения как на нервную систему, так и на различные формы туберкулеза, а также и к противопоказаниям „питья кумыса“ при некоторых заболеваниях нервной системы. Само собою разумеется, что, посылая легочных больных на кумысолечебные курорты, мы вовсе не рассчитываем на лечебный эффект одного кумыса. Под „кумысолечением“ мы понимаем суммарное действие компонентов, с которыми обычно сопряжено питье кумыса в степи (проф. Рубель). Жизнь современного человека протекает в условиях постоянных забот, тревог, т. е. таких моментов, которые держат нервную систему в условиях напряжения, когда же человек попадает в степь с ее широким простором, обилием свега, солнца, воздуха, аромата полей, когда у него появляется сознание, что не о чем беспокоиться, волноваться, то уже одна такая возможность оказывает благотворное влияние на организм. А если к этому прибавить хорошие условия питания, питье кумыса, рациональное использование времени с наибольшей пользой для организма, вспомогательные лечебные мероприятия в виде водолечения и физкультуры, то суммарное действие всех приведенных агентов должно дать соответствующие результаты пребывания на кумысе. Помимо „питья кумыса“ наши больные, смотря по состоянию здоровья, пользовались водолечением, начиная от обтираний, душей Шарко и шотландского и кончая ваннами, аэротерапией, гелиотерапией, занимались физкультурой и имели диетический стол. Медикаментозное лечение было строго ограничено.

Больные с компенсированным туберкулезом и одновременным функциональным заболеванием нервной системы получили на моем материале до 80% объективного и субъективного улучшения со стороны нервной системы и общего укрепления организма, 20% больных объективного улучшения со стороны нервной системы не получили, но было общее укрепление организма; данный процент падает на выраженные формы истерии, психастении и конституциональной неврастении. Что касается компенсированного туберкулеза, то в 8% было обострение туберкулезного процесса, приходящееся на Ап; 10% больных с компенсированным туберкулезом и одновременным заболеванием нервной системы пользовались 1½ месячным пребыванием на курорте; остальные имели месячную путевку. Средняя арифметическая прибавка в весе для этой группы 3,5 клг. Насколько благоприятные результаты получились от пребывания на кумысе у лиц с заболеванием нервной системы и компенсированным туберкулезом, настолько мало утешительные результаты получились у больных с субкомпенсированным туберкулезом. Объективное улучшение со стороны субкомпенсированных форм легочного и железисто-плеврального туберкулеза с заболеванием нервной системы при максимальном пребывании в 1½ месяца получилось в 32%, тогда как субъективное улучшение и общее укрепление организма отмечалось в 60. Обострение субкомпенсированных форм туберкулеза не превышало 8%. Под объективным улучшением субкомпенсированных форм легочного и железисто-плеврального туберкулеза мною понимались объективные улучшения аускультации, перкуссии, температурной кривой, ВК в мокроте и др. Серо-

логические реакции не всегда проводились по окончании кумысолечения, возможно последним объясняется небольшой (32%) процент объективного улучшения субкомпенсированных форм туберкулеза. Средняя арифметическая прибавка веса этой группы 3,2 кг. Что касается результатов кумысолечения на нервную систему при одновременном сочетании с субкомпенсированными формами туберкулеза, то объективное улучшение со стороны нервной системы было в большем проценте (60%), тогда как 40% не имели объективного улучшения. Сюда относятся выраженные функциональные заболевания нервной системы—истерии, психастении и эндокринные нарушения. Возможно, что такое объективное улучшение со стороны нервной системы при субкомпенсированных формах туберкулеза объясняется уменьшением туберкулезной интоксикации.

В заключение приношу благодарность за предоставление историй болезни докторам Крюкову (Харьков), Киль, Белоус, Юдину, Давыдовой (Москва).

Лечебное значение Ижевского источника.

Проф. Б. А. Вольтер (Казань).

Советская медицина поставила перед курортами очень серьезную задачу—быстро, возможно полно и прочно восстановить здоровье трудящихся. Для выполнения этого задания потребовалась громадная работа по восстановлению курортов и приспособлению их для массового пропуска трудящихся. Однако спрос на курортное лечение значительно перерос возможное предложение, общереспубликанские курорты не удовлетворяют нужды, ощущаемой в курортном лечении. Кроме того поездка на дальние курорты с совершенно чуждыми для больного климатическими условиями заставляет больного затрачивать много времени и сил на акклиматизацию, а возвращение с южных курортов в суровые климатические условия севера часто сводит почти на нет достигнутые на курорте результаты.

Все эти обстоятельства и соображения заставляют нас обратить должное внимание на целый ряд, имеющих у нас, весьма ценных в лечебном отношении курортов местного значения.

К таким курортам принадлежит и возникший за последние годы новый курорт на Ижевском минеральном источнике. Хотя Ижевская минеральная вода известна давно и приобрела уже широкую популярность по всему СССР, но подробное клиническое изучение влияния этой воды в курортной обстановке стало возможным лишь в последние годы, когда при Ижевском источнике был организован специальный санаторий, где было приступлено к выработке точных показаний и противопоказаний, а также и к изучению наиболее подходящих условий применения этой минеральной воды.

Спецификация показаний и противопоказаний должна особенно строго проводиться на курортах местного значения, так как большинство этих молодых курортов еще очень слабо оборудовано подсобными установками (гидротерапевтическими, электротерапевтическими и другими) и таким образом являются чистыми питьевыми курортами и пользуются лишь естественными природными богатствами данного курорта и его главным факто-

ром—минеральным источником. Поэтому при выработке показаний и противопоказаний для местных курортов приходится в первую очередь базироваться на химическом составе имеющегося на курорте источника.

В части, касающейся влияния минеральных вод на желудочно-кишечный тракт, приходится считать общепризнанными в настоящее время следующие положения: все минеральные воды, принятые натошак, благотворно действуют на слизистую желудка, тонизируя ее, успокаивая болезненное раздражение ее, механически омывают и растворяют слизь, чем очищают слизистую от продуктов воспалительных процессов ее. Поэтому в курортной практике повсеместно и установился метод назначения первой дневной порции мин. воды утром натошак.

На основании работ И. П. Павлова и его учеников известно, что растворы солей, напр., углекислый или хлористый натр, введенные в различные участки желудочно-кишечного тракта, действуют не одинаково на секрецию пищеварительных желез. Слабые растворы углекислой соды, введенные в желудок, усиливают секрецию желудоч. сока; но те же растворы, введенные в двенадцатиперстную кишку—угнетают выделение его (Lönguist, Пименов¹). Те же растворы соды, а также и целый ряд минеральных вод (Пименов, Дюпачук, Зипалов, Лидская, Владимирский и др.), введенные одновременно с пищей или незадолго до приема ее (15—20 мин.) усиливают секрецию, а введенные за 1—1½ часа до приема пищи в значительной мере тормозят отделение желудочного сока.

Что касается влияния отдельных солей и других элементов, входящих в минеральные воды, на секрецию пищеварительных соков, также и на общее состояние организма, то, в пределах состава Ижевского минерального источника, нужно остановиться на нижеследующем.

Присутствие свободной углекислоты во всех минеральных водах оказывает, при введении их в желудок, значительное влияние на усиление секреции желудочного сока (Пименов), повышает аппетит и оказывает общее действие на весь организм²).

Из солевого состава Ижевского минерального источника особое внимание необходимо обратить на действие хлористого натрия и кальциевых солей, которые являются доминирующими в составе источника.

Неконцентрированные растворы хлористого натрия (физиологич. раствор), введенные в желудок, обычно не оказывают никакого действия на секрецию желудоч. сока и лишь благодаря непосредственному соприкосновению их со слизистой желудка способствуют растворению и удалению слизи при катаррах его. Более же концентрированные растворы поваренной соли оказывают уже некоторое непосредственное сокогонное действие на желудок (Lönguist). Но, проникнув в тонкие кишки, хлористый натр быстро всасывается в кровь и таким образом значительно повышает в организме количество исходного материала для образования соляной кислоты желудочного сока, благодаря чему отделение желудочного сока повышается количественно и улучшается качественно,

¹) Цитир. по Бабкину.

²) Ижевской минеральный источник в естественном состоянии содержит лишь следы свобод. углекислоты, но при разливе в бутылки значительно газифицируется и в этом виде обычно и применяется.

увеличивая в нем количество соляной кислоты¹⁾. Однако для получения такого действия раствор хлористого натра должен быть принят незадолго перед приемом пищи, чтобы концентрация NaCl в крови была наибольшей в момент разгара пищеварения, так как хлористый натр очень быстро выделяется из крови почками и удаляется из организма.

Эти теоретические соображения были подтверждены как экспериментально, так и клинически.

Многочисленные наблюдения курортных врачей твердо установили значительное усиление отделения желудоч. сока при даче больным минеральных вод поваренной соли за $1\frac{1}{2}$ часа до приема пищи, а Löngquist и Baumstark подтвердили то же самое экспериментально на собаках; при этом Baumstark вводил в желудок собак натуральную минеральную воду поваренной соли Homburg'a и видел значительное усиление отделения желудоч. сока из изолированного, по Павлову, маленького желудочка. Такое усиливающее действие на желудоч. секрецию эта вода оказала и в том случае, когда она вводилась в желудок собаке за $1\frac{1}{2}$ часа до дачи ей пищи (молока²⁾).

Кроме влияния на желудочную секрецию, хлористый натр оказывает значительное действие и на мочевыделительную систему. Выделяясь почками, он является как бы естественным мочегонным средством и значительно повышает диурез здоровых почек. Но при наличии воспалительных явлений в почечном эпителии, хлористый натр лишь обостряет имеющиеся явления, задерживается в организме и может вызвать ряд неприятных последствий (увеличение отеков, появление трансудатов в полостях и пр.).

Помимо почек, хлористый натрий выделяется также и с другими секретами организма, вызывает разжижение слизи в бронхах и мочевых путях и тем способствует отхаркиванию мокроты и уменьшению катарра дыхательных и мочевых путей и др. слизистых, а принятый в больших количествах и в более концентрированных растворах он оказывает послабляющее действие на кишечник.

Переходя к значению кальциевых солей нужно отметить, что за последние годы этим солям придается громадное значение в физиологии и патологии животного организма. Кальциевые соли не только участвуют в построении скелета высших животных, но самым интимным образом связаны с протоплазмой и ядерным веществом всех клеток организма и оказывают обезвреживающее действие на целый ряд токсинов органического и неорганического характера. Соли кальция играют громадное значение в правильном функционировании целого ряда желез внутренней секреции, и в свою очередь весь обмен кальция в организме строго регулируется эндокринными железами, а именно паращитовидными. Особенно рельефное влияние соли кальция оказывают на вегетативную нервную систему, которая регулирует функцию всех наших внутренних органов и желез внутренней секреции. Поэтому наличие солей кальция в целом ряде минеральных вод имеет громадное значение в оказываемом ими целебном действии на организм человека. Соли кальция влияют успокаивающим образом на n. vagus, понижая его тонус, и тем самым могут

¹⁾ Лозинский. Бальнеология.

²⁾ Цитир. по Лозинскому.

оказывать благотворное действие: понижать болезненно усиленную секретцию желудочного сока, уменьшать всякие спастические состояния желудка и кишечника, а также могут способствовать расслаблению спазма гладкой мускулатуры желчного пузыря при желчной колике.

При повышенной перистальтике кишечника, при так называемых гиперкинетических поносах, действуя успокаивающе на п. *vagus* и Ауэрбаховские сплетения кишок, они замедляют перистальтику и прекращают поносы. Ослабляя все спастические сокращения гладкой мускулатуры желудочно-кишечного канала, соли кальция в свою очередь повышают тонус и деятельность сердечной мышцы. На сосудистый эпителий и на почечную ткань соли кальция также оказывают стимулирующее и тонизирующее действие. Под влиянием кальция в значительной степени уменьшаются все экссудативные и воспалительные явления в тканях, а одновременное усиление диуреза способствует быстрому рассасыванию различных экссудатов.

Совершенно особое значение кальциевые соли имеют при мочекаменном диатезе. Мочевая кислота может находиться в организме в двух изомерных состояниях, отличающихся друг от друга степенью растворимости ее соли в кровяной плазме и в моче. Один изомер — лактам-урат обладает значительной растворимостью, другой же лактим-урат быстро выпадает из раствора и может образовать отложения мочевых солей в коже, сухожилиях и суставах — давая приступы подагры, или выпадать в мочевых путях и образовывать мочекаменные камни. Повышенной растворимости мочевой кислоты особенно способствует присутствие в растворе двуосновной соли фосфорно-кислого натрия. Образование же последней увеличивается под влиянием кальциевых солей, так как часть фосфорной кислоты кров. плазмы связывается кальцием и выводится из организма кишечником в виде фосфорно-кислой извести, а освобождающийся ион натрия образует двойную соль фосфорнокислого натрия и тем способствует сохранению мочевой кислоты в растворенном состоянии (Норден).

Тот же самый механизм связывания фосфорной кислоты солями кальция и выведение фосфорнокислой извести кишечником способствует значительному уменьшению выделения фосфорнокислых солей мочью, что особенно бывает полезным при фосфатурии, тем более, что кальциевые минеральные воды, даже в больших количествах, не оказывают резкого смещения реакции мочи в сторону щелочности ее. Это обстоятельство особенно важно при лечении фосфатурии, так как щелочная моча, наоборот, усиливает выпадение фосфорнокислых солей и может способствовать образованию конкрементов в мочевыводящих путях.

В главной своей массе кальциевый компонент Ижевской минеральной воды состоит из сернокислой соли кальция, на которую установлен взгляд, что она является для организма излишним балластом и, проходя через желудочнокишечный канал почти без изменений, вызывает появление запоров и не проявляет ожидаемых от известковых вод целебных действий (Лозинский). Но самый факт появления запоров от гипсовых вод уже указывает на фармакологическую активность их для организма, а одновременное наличие в Ижевской воде поваренной соли и свободной углекислоты, делает ее легко переносимой и усиливает активность ее кальциевого компонента. Кроме этого одновременное наличие в Ижевской воде солей сернокислого натрия и магнезии придает ей особенно благо-

приятное действие на кишечник. Садиков, являющийся большим знатоком динамики минеральных вод, пишет в своем анализе, что „вода Ижевского источника является представителем совершенно нового оригинального типа минеральных вод вследствие довольно редкого сочетания в ней в равных долях солей гипса с сернокислой магнезией—сочетание, которое способно проявлять особо благоприятное лечебное действие. Большинство гипсовых вод содержит лишь очень малое количество сернокислой магнезии и потому, при употреблении в несколько больших количествах, воды эти производят запоры, и наоборот горькие магнезиальные воды заключают обычно весьма мало солей известковых, а потому отличаются обратным неумеренным действием. В воде Ижевского источника отношение между гипсом и сернокислой магнезией близко к единице, благодаря чему устраняются все вредные побочные влияния на кишечник“ (Садиков).

Наличие сернокислых солей натрия и магния делает Ижевскую воду весьма полезной при заболеваниях желчного пузыря, так как эти соли способствуют быстрому опорожнению желчного пузыря и обладают резко выраженными желчегонными свойствами (феномен Мельцера-Лайона).

Кроме этого при современном более тонком исследовании минеральных вод известный исследователь Кавказских минеральных вод—Карстенс придает большое значение целому ряду элементов, которые, будучи взяты в самом ничтожном количестве, оказывают значительное влияние (Карстенс). К таким элементам „далеко небезразличным в физиологическом отношении и с своей стороны обуславливающим высокое бальнеотерапевтическое значение минеральных вод“ Карстенс относит незначительные количества фтора, иода, брома, железа, марганца, стронция, бария, фосфора, мышьяка и др. Из перечисленных элементов Ижевский источник содержит относительно порядочные количества железа и иода (Блюмштейн), что также в значительной степени повышает лечебное значение этой воды.

Но судить о действии минеральных вод на основании анализа экспериментального влияния на животный организм отдельных солей, входящих в состав ее, по мнению Лозинского и целого ряда других авторов, совершенно невозможно. Сложная и совершенно своеобразная комбинация целого ряда солей в каждой из натуральных минеральных вод часто может совершенно неожиданно изменить предполагаемое действие их на организм. Недаром старые авторы считали лечебные минеральные воды „одушевленной живой водою“ (Bidoix)¹⁾, обладающей какой-то особенной таинственной целебной силой. Эта таинственная целебная сила естественных минеральных источников должна быть, повидимому, отнесена частью на особо счастливую комбинацию минеральных компонентов, частью за счет радиоактивности этих последних (Карстенс). По целому ряду анализов, Ижевская минеральная вода обладает явно выраженной радиоактивностью, которая значительно выше большинства Кавказских минеральных вод²⁾ (кроме Пятигорского радиоактивного источника), и определяется различными авторами в пределах от 5 (Цвет)

¹⁾ Бальнеология Лозинского.

²⁾ По Карстенсу Ессентукские воды содержат от 0,5 до 1,1 единиц, Нарзан—4,37, Железноводские—от 3 до 7 единиц Махе.

до 3,38 (Баранов) единиц Махе. Правда, по исследованию того же Баранова радиоактивность Ижевского источника быстро теряется при разливе в бутылки. Таким образом терапевтическое значение радиоактивности может проявляться только при питье Ижевской воды непосредственно из источника.

Переходя к клиническому изучению влияния Ижевского минерального источника при различных заболеваниях, нужно отметить, что до последнего времени имеется лишь очень немного систематически проведенных наблюдений в этом отношении. Большинство наблюдений относится к исследованиям, проведенным в санатории при Ижевском источнике в течение 5 лет его существования. Последние наблюдения и легли в основу настоящего обзора.

Прежде всего обращает на себя внимание, что под влиянием приемов Ижевского источника наступает значительное повышение аппетита и быстрое исчезновение у больных всех диспептических явлений: отрыжки, тошноты, рвоты, изжоги, тяжести в желудке и проч. Уменьшаются катарральные явления в желудке и количество слизи в желудочном содержимом. Длительные приемы Ижевского источника усиливают отделение желудочного сока и повышают кислотность его (Зимницкий, Вольтер, Виленский, Ланде).

Ахилики и анацидики, с полным отсутствием свободной соляной кислоты и с крайне низкими цифрами общей кислотности (6—12 куб. с.), в 50% дали значительное повышение общей кислотности желудочного сока, превысившей в $1\frac{1}{2}$ —2 и даже 3 раза первоначальную кислотность его (Вольтер). Несмотря на такое значительное повышение общей кислотности желудочного сока, свободная соляная кислота все же обычно не появлялась, и лишь в 5-ти случаях из 25-ти (20%) было отмечено появление свободной соляной кислоты от 0,08% до 0,12% (Вольтер). Д-р Виленский также наблюдал появление свободной соляной кислоты в 7-ми случаях из 25-ти анацидиков (25%); в тех же случаях, где не отмечалось никакого улучшения секреции, он мог установить наличие органической ахилии, так как эти больные не давали ему секреторной реакции и при подкожном введении им адреналина; точно также и проведенная у них хромокопия с подкожным введением Neutralrot'a, также указала на очень резкое понижение выделительной способности желудочной клетки (Виленский).

Таких случаев полной органической ахилии, где не удавалось отметить вовсе повышения кислотности, было до 30%.

Гораздо лучшие результаты получались в тех случаях, где при значительном понижении общей кислотности желудочного сока, все же отмечалось наличие хотя бы незначительного количества свободной соляной кислоты.

В этих случаях продолжительные приемы Ижевской минеральной воды вызывали, почти без исключения, значительное повышение содержания свободной соляной кислоты (Вольтер, Виленский, Ланде). Так, были отмечены, например, увеличения свободной HCl с 0,07 до 2%, или с 0,03 до 0,11% и с 0,09 до 0,23% (Вольтер). Правда, среди этих случаев субацидных катарров, попадались отдельные, дававшие даже некоторое понижение свободной соляной кислоты и общей кислотности, но, несмотря на это, и у них отмечалось исчезновение всех субъек-

тивных диспептических явлений и повышение функциональной выносливости желудка.

В тех случаях, где у больных, находившихся в санатории по поводу других заболеваний, желудочная секреция была приблизительно нормальной, такого резкого повышения кислотности не наблюдалось: из 15 таких больных у 6-ти наблюдалось незначительное повышение общей кислотности и отчасти свободной HCl, в 4-х случаях не отмечено никаких изменений, а в 5-ти случаях наблюдалось даже некоторое понижение кислотности желудочного сока. Вообще же нужно отметить, что все эти колебания как в ту, так и в другую сторону были очень незначительны. Таким образом есть основания думать, что употребление Ижевского источника в качестве „столовой“ воды, при наличии нормальной секреции желудка, не оказывает никакого неблагоприятного влияния на желудок.

При катаррах желудка с повышенной кислотностью и при резко выраженной гиперсекреции точно также отмечается тенденция к повышению кислотности желудочного сока под влиянием Ижевской воды (Зимницкий, Вольтер, Виленский, Ланде). Но назначением негазированной воды в подогретом виде (Вольтер, Ланде), а также назначением воды за 1½—2 часа до приема пищи (Виленский) удавалось, при соответственной диете, не только воспрепятствовать такому увеличению кислотности желудочного сока, но даже способствовать понижению ее.

Так, из 13 случаев ясно выраженной гиперацидности, при соблюдении вышеизложенных мер, лишь в 3-х случаях все же не удалось воспрепятствовать увеличению кислотности желудочного сока, во всех же остальных случаях высокая кислотность желудочного сока была в большей или меньшей мере понижена (Вольтер). Д-р Виленский также отмечает понижение кислотности сока у 3-х гиперацидиков из 5-ти наблюдавшихся им случаев.

Это влияние Ижевского источника, повидимому, должно быть объяснено действием кальциевых солей источника на повышенную раздраженность п. vagi, а также задерживающим желудочную секрецию рефлексом со стороны duodeni (прием воды за 1½ часа до еды). Конечно, в тех случаях, где гиперацидность зависит не только от одного повышения тонуса п. vagi, приемы Ижевского источника не смогут оказать понижающего кислотность эффекта, а, наоборот, будут способствовать повышению секреции. Повидимому, по этой причине мы и отмечаем неудовлетворительный результат при применении Ижевского источника в 2-х случаях язвы желудка и duodeni (Вольтер) и только в 2-х случаях язвы желудка, предварительно оперированных, д-р Виленский мог отметить некоторое уменьшение явлений гиперсекреции. Поэтому надо считать применение Ижевской воды в случаях наличия язвы желудка и duodeni, а также и в случаях резко выраженной гиперацидности, прямо противопоказанным (Зимницкий, Вольтер, Виленский, Ланде).

С. С. Зимницкий установил, как известно, четыре типа желудочной секреции: астенический, нормальный, изосекреторный и инертный, и сам же первый отметил, что под влиянием длительного применения Ижевской воды большинство патологических типов переходило в нормальный. Повторные исследования, проведенные д-м Виленским, под-

твердили переход из одного типа секреции в другой под влиянием приемов Ижевского источника, но этот переход носит более случайный характер, так как отмечались переходы как патологических типов астенического и изосекреторного в нормальный, также и обратно из нормального в изосекреторный и астенический почти в одинаковом числе случаев. В большинстве же наблюдавшихся случаев секреторный тип желудка сохранился у больных без изменения. В трех собственных наблюдениях я получил также сохранение прежнего типа секреции. Может быть это зависит от сравнительно короткого времени нахождения больных в санатории Источника (1 месяц), тогда как проф. Зимницкий применял длительное лечение Ижевской водой.

Чтобы закончить обзор влияния Ижевской минеральной воды на желудочно-кишечный тракт, нужно упомянуть о чрезвычайно хороших результатах, которые удалось получить при помощи Ижевской воды в случаях хронических энтероколитов, сопровождающихся обильными поносами. Так, в двух случаях хронических энтероколитов с совершенно жидким стулом от 4—6 раз в день и с явлениями сильного истощения приемами Ижевской воды удалось в течение одной недели получить отличный терапевтический эффект—поносы прекратились, улучшилось общее состояние больных и последние прибыли в весе за время пребывания в санатории один на $6\frac{1}{2}$, а другая на $11\frac{1}{2}$ фунтов (Вольтер). О таком же тяжелом случае хронического колита сообщает Виленский, где у больного наблюдался стул со слизью от 6—8 раз в день, больная была так слаба, что принуждена была лечь в постель и в течение короткого времени пребывания в санатории совершенно поправилась и выписалась со значительной прибылью в весе (Виленский).

С другой стороны, принятая в больших количествах (2—3 стакана зараз), особенно утром натощак, Ижевская минеральная вода оказывает явное послабляющее действие (Вольтер, Зимницкий, Черкасов, Иванов, Виленский, Ланде). Таким образом, регулируя количество и температуру принимаемой воды, легко удастся регулировать при помощи нее как случайные, так и патологические отклонения от нормы со стороны кишечника (Вольтер, Виленский и Ланде).

Довольно большой материал печеночных больных, наблюдавшихся в санатории Источника (более 50 холециститов, 6 гепатитов и 3 длительных желтух), дают возможность констатировать весьма благоприятное действие Ижевской минеральной воды на печень, воспаленные желчные ходы и желчный пузырь.

В 3-х случаях длительной „катарральной желтухи“ под влиянием Ижевской воды наступило быстрое уменьшение размеров печени, исчезла болезненность ее, и к концу пребывания больного в санатории совершенно исчезла желтуха. 3 случая хронического гепатита и все 14 случаев хронического холецистита дали быстрое уменьшение размеров печени, исчезновение болезненности ее и почти полное прекращение болезненности желчного пузыря и уменьшение окружающих его спаек. Последнему, конечно, особенно способствовало одновременное применение местного грязелечения (Вольтер).

Точно такие же результаты, при комбинированном лечении Ижевской водой и грязелечением, получили при страданиях печени д-р Виленский в 14 случаях холециститов и в 3-х случаях гепатитов и д-р Ланде в 21 случае—холециститов.

Очень отчетливо выступает влияние Ижевской воды на мочевыведительную систему.

Принятая даже в незначительном количестве (2—3 стакана в день) она вызывает отчетливое мочегонное действие. Это отмечали почти поголовно все больные санатория, а также и медицинский персонал, пользовавшийся Ижевской водой. Учет диуреза, произведенный у 2-х больных, дал следующие цифры: в первом случае до начала приемов Ижевской воды мочи было 800—850 куб. с. в сутки, спустя несколько дней после начала приема Ижевского источника мочи—1175 и 1400 куб. сан.; во втором случае до приемов воды мочи 1150 к. с., уд. вес 1025, а спустя 2 дня после начала приемов воды мочи 1600—1700 к. с. с удельн. весом 1016. Конечно, в обоих приведенных случаях, как общее количество выпиваемой больными за сутки жидкости (включая и минеральную воду), так и получаемая ими диета были совершенно одинаковы как до приемов минеральной воды, так и во время приемов ее.

Кроме мочегонного действия Ижевской воды, нужно отметить и благоприятное влияние ее на катарральное состояние мочевых путей. Находившийся на излечении в санатории случай калькулезного пиелита с резкой болезненностью в области правой почки и с мутной, гнойной мочой к концу пребывания в санатории дал значительное просветление мочи и почти полное исчезновение болей в области почки.

Два случая пиело-цистита, наблюдавшиеся в санатории, дали быстрый и очень хороший терапевтический эффект с прекращением болезненных позывов и с исчезновением гнойных телец в моче (Вольтер, Ланде). В 2-х случаях остаточных явлений нефрита Ижевская вода не оказала какого-либо существенного влияния, а в случае наличия остатков нефрозо-нефрита применение Ижевского источника вызвало некоторое обострение процесса, заставившее прекратить дальнейшее употребление минеральной воды (Ланде).

Здесь, конечно, сказалось неблагоприятное влияние поваренной соли, содержащейся в воде источника, а потому наличие нефрозо-нефрита является прямым противопоказанием к применению Ижевского источника.

Как и следовало ожидать, Ижевский источник оказал весьма хорошее влияние в двух случаях подагры, с поражением голеностопного и др. суставов (Вольтер), а также и в нескольких случаях общего мочекишечного диатеза (Вилениский, Ланде). Правда, в этих случаях одновременно с минеральной водою было применено и местное грязелечение.

Влияние Ижевской воды на азотистый обмен изучалось Черкасовым и Ивановым в лаборатории проф. Зимницкого и при этом было установлено, что под влиянием приемов Ижевской воды азотистый обмен повышается и улучшается качественная сторона его: повышается выведение мочевины и экстрактивных азотистых веществ. Таким образом Ижевский источник должен оказаться весьма полезным при целом ряде заболеваний с пониженным обменом.

Подводя итог как теоретическим соображениям, основанным на изучении минерального состава Ижевского источника, так и имеющимся клиническим наблюдениям над действием Ижевской минеральной воды, нужно отметить, что главными и основными показаниями к применению ее являются катарры желудка с пониженной кислотностью, затем ана-

пидные катарры желудка со значительными диспептическими явлениями, невроты желудочно-кишечного канала, хронические катарры тонких и толстых кишок как со склонностью к запорам, так и с поносами; заболевания печени функционального характера в виде подострых гепатитов, „катарральных“ желтух и хронические холециститы как на почве желчных камней, так и без них; со стороны мочевых путей показаны хронические катарральные воспаления почечных лоханок и мочевого пузыря, фосфатурия и мочекаменный диатез; начальные стадии подагры, вегетативные невроты, малокровие и упадок питания.

Все же гиперацидные катарры желудка, язвы желудка и duodeni, органические сужения привратника на почве рубцов и опухолей, являются *прямо противопоказанными* к применению Ижевской минеральной воды, также как и заболевания почек в виде нефрозо-нефритов и их остатков.

Таким образом мы видим, что главные и прямые показания к лечению Ижевским источником как раз совпадают с заболеваниями, очень часто встречающимися среди трудящихся масс, а потому и значение Ижевского источника в деле курортной помощи рабочим массам огромно, тем более, что на весь Волжско-Камский район Ижевский источник является единственным местным курортом, где проводится правильно организованное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта и болезней печени.

Это обстоятельство и высокие целебные свойства Ижевского источника налагают на органы Здравоохранения и другие местные организации громадное обязательство способствовать дальнейшему быстрому развитию Ижевского источника в хорошо организованный курорт для трудящихся как в смысле расширения и оборудования санатория, так и в смысле снабжения его различными физиотерапевтическими, электролечебными установками, рентгеном и проч.

И если крестьянин, открывший Ессентукские источники, вполне заслуженно был увековечен поставленным ему около источника памятником, то надо помнить, что тем более ценные памятники воздвигли себе все строители и организаторы современного Ессентукского курорта с его грандиозной грязелечебницей, прекрасными ваннами и физиотерапевтическими установками.

На Ижевском источнике эти памятники заботы о здоровье трудящихся еще ждут своих строителей.

Литература: Лозинский А. А. Бальнеология практич. врача 1916 г. 2) Бабкин Б. П. проф. Внешняя секреция пищеварительных желез 1915 г. 3) Запалов и Лидская. Курортн. дело, 1924, № 7. 4) Лопачук Ф. П. Влияние железноводских минеральных вод на секреторную функцию желудка. Труды Бальнеол. инстит. Кавк. мин. вод, т. III, 1926 г. 5) Владимирский Лопачук, Гефтер и Касаткин. Влияние Железноводских источников на желудочную секрецию. Труды Бальн. инст. Кав. мин. вод, т. III, 1926 г. 6) Карстенс Э. Э. Химический состав Кавказских минер. вод по новейшим исследованиям, Пятигорск, 1910. 7) Зимницкий С. С. проф. К методике исследования влияния минеральных вод на секреторную функцию желудка. Русск. клиника, 1925, № 12. 8) Черкасов и Иванов. Спиридоновский минеральный источник и его влияние на азотистый обмен у здоровых людей. Врач. газ., 1911 г., № 13. 9) Бенинг А. К. проф. Результаты химического и бактериологического исследования Ижевского источника. Курортное дело 1924 г. 10) Садиков В. С. О Спиридоновском минеральном источнике (Вятской губ.), Журн. общества охран. нар. здрав, 1910, № 6—7. 11) Блюмштейн З. Н. О содержании иода в воде Ижевского источника. Каз. мед. ж., 1927, № 5.

- 12) Баранов В. И. Радиоактивность Ижевского минерального источника. Кур. дело, 1926, № 8. 13) Виленский А. И. и Шагалова З. А. К изучению лечебных свойств Ижевского минер. источника. Кур. дело, 1929 г. 14) Маркутин К. С. Усть-Ижевский минеральный источник. Журн. общ. охр. нар. здр., 1909, № 7 стр. 63. 15) Вольтер Б. А. проф. Отчет о деятельности санатории Татнаркомздрава при Ижевск. источнике за сезоны 1924 и 1925 г.г. 16) Виленский А. И. Тоже за 1925 г. 17) Ланде. Тоже за 1928 г. 18) „Ижевский источник“. Изд. Татнаркомздрава, 1925. Казань.

Из Фармакологической лаборатории Казанского университета. (Зав. проф. В. М. Соколов).

О действии минеральной воды „Ижевский источник“ на изолированное сердце.

Ассист. П. Ф. Горского.

(Предварительное сообщение).

Мы поставили себе задачей изучение действия „Ижминвод“ на изолированные органы. Настоящее сообщение—результат первых опытов в этом направлении. Нами пока поставлено всего 30 опытов и результаты их кажутся небезынтесными для сообщения.

Действие воды минерального Ижевского источника исследовалось на изолированном сердце лягушки по методу Березина с приложением жидкости Ringer'a. „Ижминвод“ бралась в концентрациях, начиная с цельной (неразбавленной) и в разведении 1:1, 1:4, 1:8. В опытах после перевода сердца с Ringer'a на цельную минеральную воду „Ижев. ист.“, мы имеем некоторое увеличение амплитуды с 9 мм. до 16, с повышением тонуса, что после 20—25 сокращений сменяется остановкой сердца в систоле. При промывании жидкостью Ringer'a, сердце снова начинает сокращаться, имея увеличенную амплитуду, которая быстро приходит к норме.

При исследовании разведенной 1:1 „Ижминвод“ после перевода с Ringer'a отмечается быстрое увеличение амплитуды с 9 мм. до 21—23 мм. с повышением тонуса, с некоторым замедлением ритма. При данной концентрации не только не получается остановки сердца, но нет и уменьшения амплитуды, а при промывании Ringer'ом сердце приходит к норме.

В опытах, произведенных с разведением 1:4, мы наблюдаем почти те же результаты, что и в предыдущей группе с разведением 1:1. В опытах с разведением 1:8 мы имеем повышение тонуса и незначительное увеличение амплитуды, при промывке сердце приходит к норме.

Во всех опытах из Ижевской минеральной воды удалялся газ или при помощи кипячения или отсасывания водоструйным насосом. Следует заметить, что повторные опыты с теми или другими разведениями давали всегда тот же самый результат. В тех случаях, когда мы имели в опытах утомленные сердца, под влиянием минеральной воды „Ижев. ист.“ амплитуда сердечных сокращений не только достигала нормы, но превосходила последнюю.

На основании полученных данных мы можем сделать такого рода выводы: минеральная вода „Ижевский источник“ в разведении 1:1, 1:4, 1:8 при действии на сердце лягушки вызывает увеличение амплитуды, замедление ритма и повышение тонуса.

К вопросу о лечении параличей лицевого нерва ионизацией через Эльтонскую грязь.

А. М. Козловой.

(С 2 рис.).

Параличи лицевого нерва на основании электродиагностических исследований можно подразделить на три группы. Первая группа без реакции перерождения, поддающаяся излечению через 4—6 недель. Вторая группа параличей лицевого нерва дает, со второй недели болезни, по закону Валлера, качественное изменение электровозбудимости с мышц и нерва; эти случаи поддаются излечению не ранее трех, четырех месяцев, а то и более. Третья группа параличей с полной реакцией перерождения требует длительного лечения, более года; полного излечения в этих случаях не наступает.

Классическим методом лечения параличей лицевого нерва является в этих случаях 1) ритмическая гальванизация по точкам, 2) неподвижная гальванизация по Бергонье, а за последнее время 3) Бургиньоновым предложена ионизация парализованной половины лица 1% раствором подистого калия. По его материалу, этим методом он получал более скорые результаты восстановления функций мышц.

Кроме того, каждому врачу-практику приходится сталкиваться с сильно запущенными случаями, с явлениями контрактур, развивающимися в процессе лечения, а также и случаями 3-й группы, когда остаются дефекты в подвижности мускулатуры после длительного лечения.

В этих случаях профессор Бруштейн рекомендует применение вибрационного массажа по веткам лицевого нерва, Коварщик рекомендует диатермию, а хирурги—перерезку периферического отрезка N. facialis и сшивание его с центральными отрезками N. accessorii или N. hypoglossi, не всегда, однако, дающие желательный результат.

Столкнувшись в 1926 году с 2 запущенными, нелеченными случаями параличей лицевого нерва, в одном случае с давностью в 2½ года, в другом—10 месяцев, с наличием реакции перерождения, где утрачена была электровозбудимость на оба тока как с нерва, так и мышц, мы в целях ускорения лечения применили ионизацию с подистым калием по Бургиньону.

Проделав ионизацию по способу Бургиньона в течение месяца и не получив видимых улучшений, мы, в порядке эксперимента, решили применять ионизацию с Эльтонской грязью, состав растворимых солей которой следующий: хлористого натра 11,55, хлористого кальция 1,98, хлористого калия 2,08, хлористого магния 5,77, сернокисл. магнелии 3,79, сернистого аммония 0,34, двууглекислого натра 0,32 и аминовых оснований 4,5.

Неожиданно для нас самих улучшение, полученное в случае с давностью 2½ года в течение 10 сеансов, побудило нас применить это лечение и в остальных попавших к нам 52 случаях параличей лицевого нерва.

Все свежие параличи лицевого нерва, без реакции перерождения (их 23 случая), развившиеся в связи с охлаждением, повидному на почве вазомоторных расстройств, дали за 10—12 сеансов полное выздоровление. Остальные 29 случаев с давностью от 6 месяцев до 9 лет

дали интересные результаты со стороны электродиагностического исследования.

Позволю привести истории болезни некоторых застаревших случаев.

1-й случай. Больная Ч-ных, 24 лет, венерически не болела, реакция Вассермана отрицательная. Правосторонний паралич лицевого нерва. Давность паралича 2½ года. До поступления к нам кроме медикаментозного лечения физическими методами лечения не пользовалась. При осмотре бросалась в глаза резкая асимметрия лица. Лобная и носогубная складки сглажены, угол рта опущен, верхняя губа перекошена в здоровую сторону. При закрытии глаза виден край радужной оболочки. Движение правого крыла носа отсутствует. Угол рта неподвижен. Пациентка не может надуть щек, не может улыбнуться. Изменений со стороны вкуса не отмечается.

При электродиагностическом исследовании на здоровой стороне сокращения получались при расстоянии фарадической катушки на 5 миллиметров, а на больной при расстоянии катушек на 60 миллиметров, несмотря на сильную боль, при исследовании сокращений не получалось. Не получалось сокращений и на гальванический ток при 12 м. а ни на катоде, ни на аноде.

Шестинедельное безрезультатное лечение по Бергонье и Бургиньону заставило перейти, после отказа от оперативного вмешательства, к ионизации через грязь.

26/II—26 г. уже после трех сеансов угол рта приподнялся и перекошенность лица смягчилась; появилось движение крыльев носа при раздувании их *Filtrum; tuberculum labii superioris* переместились к средней линии, заняв средину первого верхнего резца здоровой стороны. При закрывании век радужка уже не видна и лагофталмус уменьшился.

15/III после 15 сеансов асимметрия сгладилась, появилось движение угла рта при улыбке. Пациентка может приподнять верхнюю губу. Лагофталмус в виде щели. Стали намечаться слабые движения при попытках собрать кожу лба в складки. Появилось фибриллярное подергивание в мышцах.

5-го апреля движения в правой половине лица стали настолько значительными, что больная может смеяться и производить смещения угла рта в обе стороны. Может закрывать глаз, но не может собрать кожу лба в складки и нахмуриться. Фибриллярное дрожание в мышцах больной стороны продолжается.

При электродиагностическом исследовании появились вялые сокращения на фарадический ток при расстоянии катушек на 30 мм., а на гальванический ток сокращения со всех трех ветвей при 7-ми миллиамперах. Сокращения одинаково вялы как для катода, так и для анода.

2-й случай. П-ва, 49 лет. Венерически не болела, реакция Вассермана отрицательная. Правосторонний паралич лицевого нерва развился вслед за неврагией верхнего отдела плечевого сплетения. При исследовании бросается в глаза резкая асимметрия лица, пища вываливается изо рта. Лагофталмус равнялся половине глазной щели. Электродиагностическое исследование дало полную утрату электровозбудимости на фарадический ток с мышц, и нерва, а также на гальванический ток при 15 миллиамперах. Сокращения на здоровой стороне при 6 миллиметрах расстояния катушек на фарадический ток.

Применение ионизации с иодистым кали, в течение трех недель, не сдвинули с места активных мышечных движений и тонуса, а также и электровозбудимости.

Разительный успех с первой больной заставил применить этот способ и у второй больной.

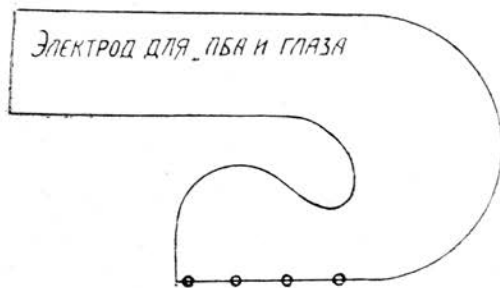
После 10 сеансов ионизации с Эльтонской грязью явления асимметрии сгладились. Появились вялые сокращения, и на катоде больше чем на аноде, при 5-ти миллиамперах. На фарадический ток в мышцах появились еле уловимые сокращения при расстоянии катушек на 40 миллиметров, а при 55 миллиметрах хорошо видимые сокращения.

25/III после 20-ти сеансов: пища изо рта не вываливалась, асимметрия исчезла. Лагофталмуса нет, только веко неплотно прилегает. Движения крыльев носа в полном объеме. Появилась возможность свистеть. Угол рта принимал участие во время улыбки.

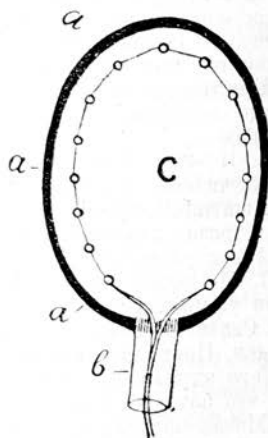
Спустя 5 месяцев у посетившей амбулаторию больной было отмечено следующее: глаза закрываются плотно, больная могла приподнять брови, движение угла рта возможно в обе стороны. Нижняя губа несколько связана в движениях.

Приступая к лечению нонтофорезом через грязь, мы в литературе, кроме предварительного сообщения доктора Проккина, озаглавленного „Применение Тамбуканской грязи через нонтофорез“ и статьи Balla's'a „О последующем воздействии фарадического тока на участки, бывшие под грязевыми компрессами“, по вопросу об ионизации через грязь ничего не встречали. Да и в статьях названных авторов о лечении параличей лицевого нерва не упоминалось. Предполагая, что в основу параличей лицевого нерва (когда образование их не связано с повреждением нерва во время операции или нагноений вблизи его) ложится вазомоторное расстройство, могущее при длительном нарушении кровообращения повлечь

Электрод для рта.



- а) Резина, пришитая к станиолю.
- б) Резиновая трубка на проводе.
- в) Станиоль.



за собой изменения коллоидной структуры нервномышечного аппарата, мы во всех своих случаях энергично воздействовали на сенситивно-вегетативную рефлекторную дугу этой области. Потому при применении ионизации через Эльтонскую грязь располагали электроды таким образом, чтобы захватить шейный симпатический узел и воздействовать на окончания тройничного нерва со слизистой оболочкой рта и кожи лица. Методика такова: в мешочек из полотна накладывалась эльтонская грязь, толщиной в палец. Грязь располагалась на боковую поверхность шеи, на симпатический узел и отросток нижней челюсти. Второй электрод вводился в рот. Сторона электрода, прилегающая к зубам, обшивалась резиной, прилегающая же к слизистой оболочке шла под фланелью, смоченной гиперсолом. Оба электрода располагались под минусом. На лоб и глаза накладывался второй мешочек с грязью и электрод ставился на плюс. Сила тока по самочувствию больного до 10—15 м. ампер 30 минут.

В тех случаях, где имелась контрактура лица и фибриллярное подергивание, на щеку располагался мешочек, увлажненный раствором 1% хлористого кальция.

Позволю себе для иллюстрации привести истории болезни некоторых тяжелых случаев.

3-й случай. Больной Ш-в, 23-х лет, с давностью 3½ года. Паралич лицевого нерва левой стороны развился в момент трепанации соседнего отростка, сделанного в 1923 г. При осмотре больного обнаружилось следующее. — Лагофталмус на ½ сантиметра, глаз слезится. Левая носогубная складка сглажена, угол рта неподвижен. Не может собрать мышц лба в складки. При электродиагностическом

исследовании отмечено вялое сокращение как на фарадический, так и на гальванический токи. 7/1 1927 г. начало применения ионного способа через Эльтонскую грязь. Через два сеанса лагофталмус исчез, глазная щель в виде каемки. Обозначилась носогубная складка. При улыбке верхний резец парализованной стороны, прикрытый губой, стал обнажаться до половины.

17/1 27 г. После 10 сеансов появились нежные борозды на лбу, доходящие до середины его. Глаз закрывается неплотно, при умывании мыло заходит в глаз.

По независящим от нас обстоятельствам пациент должен был оставить лечение после 20 ионизаций, с полным уничтожением лагофталмуса, появлением движения угла рта и лобной мышцы, улучшением качественной стороны электровозбудимости: сокращение с нерва и мышц стали живее.

4-й случай. Николай Ф.-в. 11 лет. За 2 месяца до трепанации сосцевидного отростка развился левосторонний паралич N. facialis. Лечение началось с 18-го мая 1925 г. спустя два месяца после операции. Врачем при амбулаторном лечении отмечен был паралич всех ветвей лицевого нерва с полной реакцией перерождения. Прodelано ему 12 сеансов электрической гальванизации по точкам. Сила тока 6 миллиампер. В мае 1926 г. он был отпущен домой. Лечение возобновлено с 8-го сентября 1926 г. после летнего перерыва. Получен 21 сеанс местного применения d'Arsonval, способствовавшего уменьшению сильной отечности щеки. Электродиагностическое исследование спустя 5 месяцев следующее: на фарадический ток при расстоянии катушки на 50 миллиметров никаких сокращений в мышце и нерва не получилось. На здоровой же стороне на 8 миллиметров живые сокращения. Верхняя ветвь на гальванический ток давала еле заметное сокращение на катоде при 7 миллиамперах, в виде легких подергиваний нижнего века. Нижняя ветка давала вялое сокращение при 7 миллиамперах, причем с катода больше, чем с анода.

Таким образом лечение с перерывами велось с февраля м-ца 1926 г. В течение 10 месяцев проделано было 90 ионизаций с иодистым калием. 30 d'Arsonvalей местно и начала ритмическая фарадизация по Коротневу.

4/II 27 года, спустя 10 месяцев после лечения, ребенок был передан мне для лечения электроионным способом через Эльтонскую грязь. При осмотре ребенка бросалась в глаза асимметрия лица. Отечность парализованной стороны. Угол рта резко опущен, при смехе неподвижен. Носогубная складка сглажена. Пациент не может наморщить лоб. Лагофталмус на одну треть щели. Электровозбудимость на фарад. ток утрачена. На гальванический ток незначительные подергивания века, при 7 миллиамперах, вялые на катоде.

7/III 27 г. после трех сеансов лечения электроионным способом отек спал. Угол рта приподнялся, носогубная складка ясно обозначилась, лицо стало милее, появились еле уловимые движения верхней губы. 9/III 27 г. после 6 сеансов появились движения угла рта и движения верхней губы при разговоре и улыбке. Лагофталмус в виде щели. После 10 сеансов появилась электровозбудимость на фарадический ток со всех ветвей и мышцы при 50 миллиметрах расстояния катушки. На гальванический ток получились со всех 3 ветвей и мышцы при 6 миллиамперах. Сокращение в качественном отношении вялее, чем со здоровой стороны. Из опасения вызвать перевозбуждение лечение было прервано и сделан перерыв, после которого пациент не возвращался.

5-ый случай. Больная К.-на, 54 лет. Венерически не болела. Левосторонний паралич развился в июне 1926 г. вторично, спустя два года после леченного паралича верхней ветви, продолжавшегося тогда несколько недель и излеченного без следа. С первых же шагов болезни и здесь проделано лечение фарадическим током, не давшее в течение 6 тинедельного срока никакого улучшения. При исследовании электровозбудимости: сокращений не получалось на фарадический ток ни со ствола, ни со стороны мышцы. Сокращения на гальванический ток вялее, чем на здоровой стороне, анод равен катоду. Пациенткой за 6 м-цев с 17-го сентября 1926 года по 18-е февраля 27 г. было проделано 40 сеансов местного d'Arsonval'я, 50 сеансов прерывистой гальванизации по точкам и около 30 сеансов фарадизации.

С 18-го февраля 1927 года пациентка была передана мне для лечения электроионным способом через Эльтонскую грязь. При осмотре ее бросается в глаза контрактура левой половины лица, с содружественными движениями в парализованной стороне. Веко прикрывается неплотно, так что мыло заходит в глаз. Угол рта неподвижен. Пациентка не может выдвинуть вперед нижнюю губу, собрать лоб-

в складки. После 7 сеансов ионизации через грязь контрактурные явления сгладились, а на 10 сеанс стало возможным выдвигать нижнюю губу вперед и смещать угол рта в парализованную сторону. При электродиагностическом исследовании: верхняя и средняя ветвь отвечает сокращением на фарадический ток при 30 миллиметрах расстояния катушки, а нижняя при 40, тогда как на фарадический ток сокращения до лечения не было. На гальванический ток верхняя ветвь отвечает сокращением при 8 миллиамперах. Средняя ветвь при 6 миллиамперах, а нижняя при 8—7 миллиамперах, при сохранении равенства полюсов.

6-й случай. Больная С-ко, 53 лет. Правосторонний паралич лицевого нерва развился в ноябре 1926 года. Отмечено качественное изменение возбудимости на оба тока, вялость сокращения. Лечилась ритмической гальванизацией с ноября по февраль 1927 года. Передана мне через 4 месяца от начала лечения. При осмотре резко бросается в глаза асимметрия лица. Носогубная складка сглажена, угол рта опущен. Движение угла рта и верхней губы отсутствуют. Tuberculum labii superioris переходит за первый верхний резец здоровой стороны. Борозды на лбу сглажены, не может собрать их в складки. Лагофтальмус при закрытии равен $\frac{1}{2}$ сантиметра. После двух сеансов пациентка сама заметила значительное улучшение. Угол рта приподнялся, обозначилась носогубная складка. Filtrum отодвинулся к средней линии. Лагофтальмус уменьшился на $\frac{1}{4}$ сантиметра и появились нежные штрихи вместо лобных морщин. Улучшения, полученные после 2-х сеансов, не сгладились после 3-х недельного перерыва, вызванного болезнью пациентки гриппом. Через 6 сеансов присоединилось движение верхней губы.

Таким образом у пациентки, лечавшейся 4 месяца, во время которого получился ничтожный результат, за 6 сеансов дала почти полное уничтожение асимметрии, уменьшение лагофтальмуса, появление движения верхней губы.

7-й случай. Больной III-в, 18 лет. Сифилисом не болел. Правосторонний паралич развился 2 месяца тому назад после работы на сквозном ветру.

До поступления к нам лечился медикаментозно. Был передан мне после 3-кратного безрезультатного применения ритмической гальванизации. При осмотре больного бросается в глаза резкая асимметрия лица. Угол рта опущен. Носогубная складка сглажена. Рот перекошен в здоровую сторону, так что filtrum и tuberculum labii superioris заходит за первый верхний резец здоровой стороны. Движение губ и угла рта отсутствует. Лагофтальмус равен $\frac{1}{2}$ глазной щели. Не может нахмуриться, собрать лоб в складки. При исследовании электровозбудимости на фарадический ток верхней ветви получается легкое наморщивание брови при расстоянии катушки на 70 миллиметров. С других веточек сокращений не получалось и сильная болезненность не позволяла дальнейших исследований.

Вялые сокращения на гальванический ток получались при 4 миллиамперах, в верхней и средней ветвях с извращением формулы. В нижней ветви сокращения получались при 1,5 миллиамперах.

3/III 1927 г. начато лечение. 7/III — после трех сеансов угол рта на одном уровне со здоровой стороной, наметилась носогубная складка. Filtrum и tuberculum labii superioris передвинут в сторону средней линии, появилось небольшое движение в нижней губе. Лагофтальмус меньше.

После 7-ми сеансов глаз стал закрываться, но плотно сомкнуть его пациент не мог. Он может выдвинуть свободно нижнюю губу и при разговоре появляется движение в верхней губе. Во время улыбки носогубная складка обозначается резче, и угол рта слегка принимает участие в движении. При исследовании электровозбудимости после 6 сеансов следующее: все ветви на гальванический ток дают сокращения, без извращения тока, при 5 миллиамперах, катод больше анода, а на фарадический, ввиду болезненности при 50 миллиметрах расстояния катушки сокращений получить не удалось.

После 10 сеансов мы имели следующее: пациент закрывал глаз, носогубная складка ясно обозначена, верхняя и нижняя губы при улыбке и смехе принимают участие в движении. Не может собрать лобную мышцу в складки. Электродиагностическое исследование следующее: со всех трех ветвей сокращения появились при $3\frac{1}{2}$ миллиамперах на гальванический ток, причем сокращения на катоде живее, чем на аноде. На фарадический ток, ввиду сильной болезненности, появляющейся уже при 35 сант. расстояния катушки, сокращения получить не удалось.

Таким образом в таком тяжелом случае, где имелась реакция перерождения с извращенной электровозбудимостью нам удалось за 10 сеансов получить уничтожение асимметрии, появление движения губ и угла

рга, исчезновение лагофтальмуса, а также удалось извращенную электро-возбудимость получить в нормальном виде, так как на катоде сокращения были живее, чем на аноде.

Выводы. На основании нашего материала можно позволить себе сделать следующие выводы:

1. Ионизация через Эльтонскую грязь ускоряет срок выздоровления параличей лицевого нерва без реакции перерождения. Излечение наступает через 10—12 сеансов в свежих случаях.

2. Улучшает двигательную функцию мышц и восстанавливает движение некоторых мышц при параличах с частичной реакцией перерождения за 15—30 сеансов.

3. При лечении запущенных случаев с большой давностью и полной реакцией перерождения, а также дефектов в двигательной функции мускулатуры, развившихся после длительного и безрезультатного лечения остальными методами, наступает значительное улучшение в движении мускулатуры и со стороны электровозбудимости за 40 сеансов.

4. Стойкие изменения электровозбудимости под влиянием ионизации через грязь после 15—30 сеансов улучшаются, а именно: качественные изменения электровозбудимости выравниваются до нормы, появляются сокращения на фарадический ток в тех случаях, когда их не удавалось получить до лечения.

5. Реакцию перерождения при параличах лицевого нерва, претерпевающую такие быстрые видоизменения при применении ионизации через Эльтонскую грязь, богатую хлористыми соединениями, не связанную с травмой во время операции и нагноительными процессами вблизи ствола лицевого нерва, нельзя отождествлять с реакцией перерождения, наступающей при перерезке нерва.

6. Эффект грязевого ионтофореза надо приписать во-первых: специфическому воздействию на мышечный тонус хлористых соединений, во вторых — рефлексу на сенсорновегетативную дугу через симпатический шейный узел и окончания тройничного нерва в коже и слизистых оболочках.

7. Прослойка из грязи, как сложный электролит, имеет больше преимуществ перед сложенными в 20—25 слоев хлопчатобумажными тканями, смоченными лекарственными растворами.

8. Ионизация через Эльтонскую грязь ставит вопрос о подыскании специфических ионов и при других формах заболеваний; как-то — кожных страданиях.

9. Ионизация с Эльтонской грязью повышает тонус, сглаживая явления асимметрии.

Неврологические впечатления в Железноводске.

Проф. Г. А. Клячкин.

Одна из важнейших задач русской медицинской науки — это скорейшее массовое оздоровление трудящегося населения, сильно пострадавшего за время минувших величайших травматических эпидемий. Огромное число трудящихся заполняют в настоящее время все южные курорты и климатические станции, среди которых преобладают больные туберку-

лезом и особенно нервно-больные, преимущественно невротика. Огряды великой армии невротиков проникают и в Железноводск, что особенно нами наблюдалось в сезоне 1928 г. Часть этих больных прибыли по собственному побуждению, другая часть направлялась отборочно-курортными комиссиями. Среди этих невротиков имелись неврастеники, истерики, психастеники, травматик, страдающие сердечно-сосудистыми и висцеральными неврозами; немало было больных с расстройствами функций желез внутренней секреции (гл. обр., тиреозы). Из органических заболеваний нервной системы—были случаи невритов, преимущественно седалищного нерва и плекситы. Поэтому, естественно, возникает вопрос, насколько бальнеологические данные и другие природные факторы Железноводска соответствуют пребыванию там нервно-больных и какие именно подлежат лечению на этом курорте.—До настоящего времени заболевания нервной системы не входили в число официальных показаний для Железноводска, и лишь почему-то выделена Базедова болезнь, как подлежащая лечению на данном курорте.

Одной из причин отказа в приеме нервнобольных администрацией курорта выступало малая емкость его, не позволяющая увеличивать контингент больных. Принимаются больные женщины и дети и лица, страдающие болезнями пищеварительных органов, мочевых путей и нарушенным обменом. Но вряд ли, думается нам, правильно в показаниях к лечению тех или других болезненных форм равняться по емкости курорта, а не по соответствию его для данного рода заболевания.

Исходя из таких соображений, мы позволяем себе поделаться теми впечатлениями, которые нами получены за время двухмесячной работы летом 1928 г. в Железноводском курорте. Разумеется, работая впервые на Кавминводах и такой кратковременный срок, не можем претендовать на какие-либо окончательные выводы и заключения. Все же имеющийся в нашем распоряжении материал дает нам некоторую возможность высказать свои соображения о целесообразности использования курортных факторов Железноводска для лечения здесь некоторых форм заболеваний нервной системы.

Литературных данных о значении Железноводского курорта для лечения нервно-больных у нас не имеется, да нервные болезни, как вышеуказано, и не включены в число показанных для лечения в Железноводске. Между тем, по имеющимся данным, за последние два года, особенно в текущий сезон, преимущественно во второй половине его, в Железноводске стали появляться больные, направляемые туда специально для лечения нервной системы. Обстоятельство это заставляет пересмотреть весь вопрос о допустимости использования Железноводска, его бальнеологических и климатических факторов для лечения нервно-больных. Как известно, Железноводск считается исключительно питьевым курортом. По составу его минеральных источников особенно показан при страданиях пищеварительных органов, почек и мочевых путей, а также при расстройстве общего обмена. Кроме того, минеральная вода источников широко применяется для ванн, орошений, ингаляций и т. п.

Что касается природных данных Железноводского курорта, то они до последнего времени мало принимались во внимание при оценке результатов лечения. Проф. Б. Н. Хольцов, работавший в качестве уролога в сезон 1928 г. в Железноводске, придает весьма большое зна-

чение климатическим факторам при лечении в Железноводске урологических больных, оценивая и природные факторы этого курорта наравне с лечебным действием питья минеральных вод. Также думают и многие другие. Такой взгляд, что значение Железноводска далеко не исчерпывается одним лишь действием его минеральных источников, а что имеют здесь место и другие благоприятные условия, является небезоснованным.

Существуют некоторые факты и наблюдения, которые в известной степени могут служить подтверждением такового мнения. Так, Шулейкин, измерявший в 1920 г. в Железноводске ионизацию воздуха, нашел, что число ионов в 1 к. с. воздуха доходит до 1200, а на Железной горе от 3000 до 5000. Такая сильная ионизация, по свидетельству проф. Соколова, наблюдалась только раз в Кордильерах. Столь высокая степень ионизации может объясняться значительной радиоактивностью Железной горы и особенно горы Бештау, как показывают измерения Карстенса и Огильви. По Соколову, ионы, попадая вместе с дыханием в легкие, могут через стенки альвеол проникать в кровь. Так как белки нашего организма представляют собою дисперсные системы, несущие некоторый заряд, одноименные ионы могут стабилизировать, а ионы противоположные—коагулировать эти системы. Бактерии, являющиеся также дисперсными системами, тоже могут оказаться объектом воздействия зарядов, несомых ионами. То же говорят Laquer, Rollier и др. Picard подтверждает это путем экспериментов и клинических наблюдений.

Кроме того, ионизация воздуха, как известно, обуславливается присутствием ультра-фиолетовых лучей.

На ионизацию воздуха, как на благотворный целебный фактор, у нас особенно указывал покойный проф. Соколов и некоторые немецкие клиницисты, которые путем клинических наблюдений и одновременных измерений ионизации и радиоактивности воздуха пытались установить взаимную связь этих обоих факторов. Такой взгляд на биологическое и терапевтическое действие ионизированного воздуха на человеческий организм отчасти подтверждается опытным путем (нормирование Са). Действие это, по авторам, сводится к возбуждению жизнедеятельности организма, прежде всего нервной системы.

Что касается ультра-фиолетовых лучей, наличие которых также обуславливает величину ионизации, то их биологическая ценность, физиологическое и терапевтическое действие в настоящее время является общепризнанным фактом. Их влиянию, как известно, приписывается благотворное действие климата горных высот. Как другие, так и наши собственные клинические наблюдения и экспериментальные данные над действием ультра-фиолетового облучения (лампой Вач'а) подтверждают влияние у.-ф. лучей на ферментативную способность, состав крови, минеральный обмен в крови и на весь жизненный тонус, особенно на нервную систему. Как общее правило, мы могли наблюдать у наших больных увеличение веса, улучшение самочувствия и настроения.

По данным нашей клиники, ультра-фиолетовый свет влияет на содержание некоторых электролитов крови (Са, К), на кислотно-щелочное равновесие (организма), а также на адсорбционную способность кровяной сыворотки (по отношению к К и Са).

Доказано влияние ультра-фиолетовых лучей на эндокринно-вегетативную систему (Клячкин, Гринбарг).

Все эти данные, касающиеся природных факторов Железноводска, позволяют считать этот курорт также климатическим, показанным и при некоторых других болезнях, как напр., состояния истощения, малокровие и некоторые страдания нервной системы. Это предположение находит себе подтверждение в наших собственных наблюдениях в течение текущего сезона в нервном кабинете Железноводской поликлиники.

Анализируя имевшийся в нашем распоряжении довольно значительный материал, мы можем здесь высказать свои впечатления относительно тех форм нервных заболеваний, которые дали нам в большей или меньшей степени благоприятные результаты. Все же мы воздерживаемся от каких-либо окончательных выводов, равным образом не решаемся пока выработать определенные показания и противопоказания, считая, что для этого мы не располагаем еще достаточно большим материалом и продолжительным временем наблюдения.

В общем, всех больных, обращавшихся в нервный кабинет, по форме заболеваний можно подразделить на несколько категорий: I. Больные с висцеральными невротами, обычно с секреторными расстройствами желудка. У одних из этих б-ных можно было констатировать общее функциональное расстройство нервной системы с преобладанием вегетативных симптомов; у других — наряду с функциональными изменениями — наблюдались и органические расстройства желудка и кишечника (язвы, катарры, рубцы).

У первого рода больных бальнеотерапия в комбинации с физиотерапией (анодизация солнечного сплетения, души, влажные укутывания, иногда диатермия и грязевые лепешки) весьма часто давали благоприятные результаты и даже клиническое излечение. Менее, разумеется, положительные результаты получались у б-ных, у которых в основе лежало органическое страдание. Но и здесь в ряде случаев получалось в большей или меньшей степени улучшение, что можно отнести на счет усиления нервного тонуса. То же имело место у некоторых гинекологических больных, где, наряду с беспорядками в женской сфере, наблюдалось нарушение овариальной функции. Здесь имелись больные, у которых под влиянием бальнео-физиотерапии наблюдалось значительное улучшение. Далее, к этой же категории можно отнести больных с холециститом и с урологическими страданиями на почве диатеза.

II. Следующую категорию б-ных составляют случаи органических заболеваний периферической нервной системы как-то невриты и плекситы с наличием нарушенного обмена; у таких б-ных в Железноводске получались благоприятные исходы, что мы склонны приписывать влиянию также климатических особенностей местности.

Наконец, к последней категории мы причисляем больных с общими функциональными расстройствами нервной системы. По отношению этого рода больных у нас составилось определенное убеждение, что Железноводск, вообще, для невротиков не является показанным. Но некоторые виды невроза все же могут с успехом пользоваться и в Железноводске. Сюда относятся функциональные расстройства нервной системы после истощающих болезней и все легкие и средние формы неврастения без сердечно-сосудистых расстройств и ирритативных явлений.

Но более резко выраженные формы неврозов являются, по нашим наблюдениям, абсолютно противопоказанными для Железноводска. Редкие

случаи Базедовой болезни, наблюдавшиеся нами в Железноводске, не дали никаких благоприятных результатов, а в одном случае получилось резкое ухудшение. Возможно, что для базедовиков внешние условия местности этого курорта являлись неблагоприятным фактором: при лабильном сердце, которое наблюдается у базедовиков, подъемы по высоким лестницам и поднятия по горам легко могут вызвать у них крайне тяжелые сердечные явления и усилить их легкую утомляемость.

Напротив, в наблюдавшихся нами единичных случаях гипотиреозов наблюдались хорошие результаты. Но можно ли отсюда сделать какие либо обобщения, сказать затрудняемся.

Итак, наши наблюдения и впечатления в течение 2-месячной врачебной работы в Железноводске дают нам некоторое право выставить следующие положения:

I. Курортные факторы Железноводска как бальнеологические, так и климатические благоприятны для лечения некоторых форм нервных заболеваний, каковы: а) висцеральные неврозы как самостоятельные заболевания, так и осложняющие органические страдания пищеварительных органов; г) миалгии, невралгии и невриты на почве нарушенного обмена; с) общие функциональные расстройства нервной системы после истощающих болезней и другие неврозы, не сопровождающиеся сердечно-сосудистыми расстройствами или ирритативными явлениями.

II. Тиреозы, Базедова болезнь (базедовизм, базедовид) являются противопоказанными для лечения в Железноводске, а потому должны быть исключены из списка болезненных форм, показанных для Железноводска.

Лугогэмотерапия как метод Reiztherapie при ревматических, суставных и некоторых гинекологических заболеваниях.

(По материалам сезона 1928 года курорта „Озеро Горькое“ Челябинского округа *).

Профессор А. А. Опокин (Томск) и д-р Р. И. Зак (Казань).

Интерес к комбинированным способам лечения при грязелечении стал дебатироваться в печати, на съездах и в обществах сравнительно недавно. По вопросу о так. наз. „дублировании“ процедур мнения авторов и до сих пор расходятся. Большое внимание к комбинированной методике при грязелечении уделено на некоторых наших русских грязелечебных курортах; так, на Куяльвицком лимане при участии профессора Е. М. Брусилковского созданы даже особые схемы комбинатного лечения ревматических заболеваний (Врач. дело, 1926 г., № 9. Отдел консултант. практики). Многие другие курорты, в частности и близкие к нам сибирские курорты—Карачи, Шира, Усолье—вели и ведут работы по комбинированным установкам в периоды грязевого лечения. Мы остановились на комбинированном лечении в виде протеннотерапии и баль-

*) Доложено на 5-й Научной конференции врачей курорта „Озеро Горькое“ Челябинского Округа, 4 сентября 1928 года и на 109-м Научн. собрании врачей Госуд. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани 27/XI 1928 г.

неотерапии. Этот метод был особенно проводим в эпоху, когда Weichardt'ом была создана протейнотерапия, захватившая столь много врачебных дисциплин. Была отдана большая дань протейнотерапии и со стороны физиотерапии. Работы в направлении комбинированного метода лечения в виде протейнотерапии и бальнеотерапии велись за границей, напр. Schöber'ом, Krebs'ом и Weskott'ом и мн. др., у нас в Союзе проф. Е. М. Брусиловским и М. С. Туркельтаубом, А. А. Опокиным, С. П. Ходкевичем, С. М. Рубашевым. Е. М. Брусиловским выставлены три комбинации: 1) Комбинация бальнеотерапии с неспецифической протейнотерапией (инъекции молока, казеозана, ятрен-казеина). 2) Комбинация бальнеотерапии со специфической протейнотерапией (вакцинация поливалентной гонококковой аутоактивной, аутогэмотерапией, аутосеротерапией, аутоэритроцитотерапией). 3) Комбинация бальнеотерапии по смешанному типу со специфической и неспецифической протейнотерапией (Gonojatreu, Staphylojatreu). Мы заинтересовались наиболее доступной в условиях курортной работы комбинацией грязелечения со специфической протейнотерапией, а именно с аутогэмотерапией. Мы предпочли инъекции крови, действующей на организм своими альбуминами, глобулинами, рядом аминокислот, связанных с эритроцитами, самими эритроцитами и т. п. инъекциям чистого молока, действующих белком, имея ввиду, что при проведении протейнотерапии на организм действуют и имеют для него значение все составные компоненты, входящие в вводимое вещество.

Уже на первых порах нашей работы выяснилось, что вопрос этот потребует много времени и во всей широте не может быть разрешен. В частности, многие необходимые исследования (напр. красной крови, исследование на стойкость красных кровяных шариков, белой крови на формулу и сдвиг по Schilling'y и количество), имеющие значение, как сопутствующие изменения при аутогэмотерапии, как методе Reiztherapie при грязелечении, нами выполнены быть не могли за недостатком времени. Схема выполнения задуманной работы в плановом порядке заключала в себе целых десять пунктов.

Однако опыт показал, что многие задания не пришлось выполнить в силу неясности наступающих клинических реакций и малого количества объективных данных. Кроме того, очевидно, конституциональные особенности организма и защитная их реакция настолько индивидуальна и многообразна, что общего подхода сделать нельзя и нужен большой материал, чтобы эти особенности организма выявить для надобности Reiztherapie. К сожалению, материал наш очень невелик, все же мы считаем необходимым поделиться им, так как вопрос об АГТ, как методе Reiztherapie при грязелечении, еще далеко не выяснен и нуждается в большем его освещении.

Всего нами было обследовано 47 человек больных, из которых 22 были ревматические больные (все они были с выпотными процессами, острыми, подострыми и хроническими) и 25—гинекологические. Из второй группы 25 человек с чисто гинекологическими процессами (oophorit'y, salpingo-oophorit'y, parametrit'y, periparametrit'y и т. п.) было 16 человек и со смешанным заболеванием (гинекологическое заболевание и мышечный или суставной ревматизм, причем преобладающим страданием являлось гинекологическое заболевание)—9 человек. Из всех обследо-

дованных нами 47 человек, 20 больных проделали купальную реакцию (местную, общую или ту и другую вместе) и не были подвергнуты АГТ, а лишь находились под контролем RS до начала лечения, в середине его и в конце. Остальные 27 человек подверглись АГТ, как непроредававшие купальной реакции. RS делалась всем больным по способу Панченкова. АГТ была проделана 13 больным один раз, 7 больным, не давшим реакции после первой АГТ, два раза и, наконец, 7 больным, не выявившим реакции и после второй АГТ, три раза. RS и АГТ больные подвергались натошак и до ванной процедуры. В первый раз брались пять кб. снт. крови из локтевой вены и вводилось в ягодичцу, во второй раз 7 кб. снт. и в третий раз вводилось 10 кб. снт. крови.

По роду заболевания 27 человек больных, подвергнувшихся АГТ, разделялись на 18 ревматиков и 9 гинекологических больных. Из 18-ти человек ревматиков 10 человек было с хроническим суставным ревматизмом, остальные 8—с острым и подострым. Все они подразделялись по количеству проделанных АГТ на 3 группы. Первую группу составляли 6 человек, давших реакцию уже после первой АГТ. У всех них после первой же инъекции собственной крови наступила большая местная реакция в виде сильных болей в области суставов, а у 5-ти из них и общая реакция в виде температуры (до $37,8^{\circ}$), общей слабости, разбитости. В одном случае появилось как бы анафилактическое состояние: высыпание сыпи по всему телу, зуд, $t^{\circ} 37,2-37,3^{\circ}$, зноб. Уже через несколько дней у всех этих больных было заметно резкое объективное улучшение: опухоль в суставах у одних совсем, у других почти совсем исчезла, больные получили возможность свободного движения, чего были лишены раньше. Интересна в этом отношении одна история болезни.

Больная М., страдавшая подострым суставным ревматизмом, не дала никакой купальной реакции после рапы. После 5 рапных ванн ей была проделана первая АГТ, после чего у 6-ой была резко выраженная местная и общая реакция в виде лихорадочного состояния, обильного пота, общей слабости, разбитости и сильных болей в суставах. Б-ая принуждена была на несколько дней лечь в постель. Через неделю б-ая отмечает в своем состоянии резкое улучшение. Опухоль в суставах почти исчезла, б-ая совершенно свободно ходит, спускается сама с лестницы, чего раньше не была в состоянии сделать. Впоследствии б-ая выписалась в стадии резкого улучшения, почти выздоровления. Моментальная RS у этой 6-ой вначале лечения резко выраженная, ускоренная (64 мм. за 1 час), потом она спустилась до стадии малого ускорения (15 мм. за 1 час), после первой АГТ снова выросла до выше среднего ускорения (31 мм. за час) и оставалась среднеускоренной (26 мм. за час) перед выпиской. Суточная RS все время была в одном состоянии (55—60 м.) как до, так и после лечения.

У остальных 6 больных не было единой картины в RS. У 2-х больных моментальная RS была в норме (7—8 мм. за 1 час.) как до, так и после АГТ. У 2-х—высокая вначале лечения, усиливалась после первой АГТ и дошла почти до нормы к концу лечения. У остальных 2-х больных высокая моментальная RS до АГТ оставалась в таком же положении и после нее. Что касается суточной RS, то за исключением 2-х больных, у остальных 4-х она являлась все время неизменно в цифрах 50—60 мм.

6 больных, совсем не проявивших купальной реакции или очень слабо выявивших ее как после первых 5-ти рапных ванн, так и после первой АГТ, были подвергнуты вторичной АГТ. После этого у всех 6-ти б-ых наступила местная и общая реакция в виде болей в суставах, по-

вышенной t^0 , зноба, общей разбитости и слабости, что вынудило некоторых б-ых слезь в постель. Через 3—4 дня все эти явления исчезли, самочувствие б-ных несколько улучшилось, они констатировали обычно исчезновение или довольно резко выраженное уменьшение болей в суставах и возможность ходить. Объективно почти исчезал выпот в суставах; хруст также исчезал, движения в суставах были безболезненны и свободны. Помоментная RS у этих б-х, повышенная вначале, доходила до нормы к концу лечения. Суточная RS была неизменно в пределах 50—55 мм.

6 ревматических больных, не давших реакции и после второй АГТ, подверглись ей в третий раз. Трое из этих б-ых были с хроническим суставным процессом (один с явлениями деформаций) и трое с подострым процессом. Все эти больные после третьей АГТ проредали и местную и общую реакции. Через несколько дней уже у всех этих больных отмечались более свободные движения в суставах и значительное уменьшение выпота.

Так, б-ая Н. с диагнозом „Polyarthritidis deformans progressiva infectiosa“ после третьей АГТ отмечает, что движения в коленных и голеностопных суставах настолько стали свободны, что она могла бы с помощью костыля ходить (раньше б-ая не могла ходить и на костылях), если бы не появившиеся впервые боль и опухоль в лучезапястном суставе, мешающая ей опереться на костыль. Помоментная RS у этой б-ой высокая вначале (35 мм. за 1 час) дошла до нормы после первой АГТ (9 мм. за час) и снова резко увеличилась после второй и третьей АГТ (стадия реакции). Суточная RS все время была в пределах 61—69 мм.

У больного Р. с диагнозом хронический деформирующий артрит левого тазобедренного сустава после третьей АГТ было констатировано увеличение степени отведения бедра, более свободное движение в левом тазобедренном суставе (флексия, отведение бедра при поступлении 110, при выписке 95). Помоментная RS у него несколько пониженная вначале (3—5 мм. за 1 час) доходит до нормы (8 мм.) к выписке, суточная RS все время нормальна (40 мм.).

У всех остальных б-ых этой группы помоментная RS несколько повышенная вначале, выравнивается до нормы к концу лечения, суточная же—несколько повышенная и все время без изменений.

Пять человек ревматиков с выпотными процессами, неподвергшиеся совсем АГТ, вследствие наблюдавшейся у них купальной реакции как после рапы, так и после грязи, были хронические больные. После грязевого лечения все они выписались с некоторым улучшением. Помоментная RS, за исключением двух б-ых, у всех была высокой, также как и суточная RS и к концу лечения оставалась без перемен.

Рассмотрим теперь вторую группу гинекологических б-ых из 9-ти человек, подвергнувшихся АГТ. Из них: 5-ти б-ым инъекция собственной крови была сделана один раз, 3-м два раза, и одной три раза. Все эти б-ые были по преимуществу с диагнозом: выпотные воспалительные процессы в женской половой сфере. Пять б-ых, подвергнувшихся одной АГТ, проредали общую и местную реакции. Все эти явления в два-три дня стихали и больные выписывались впоследствии с резким улучшением в женской половой сфере. Помоментная RS и суточная у 2 б-ых была нормальной, у 3-х—суточная оставалась все время без изменения и несколько повышенной, а помоментная RS, немного повышенная вначале (до 15 мм. за 1 час), доходила до нормы после первой АГТ (7—8 мм. за 1 час).

Трем б-ым, вследствие отсутствия реакции после первой АГТ, была сделана вторичная АГТ. Все эти б-ые дали сильную местную и общую

реакцию после второй АГТ, но у одной 6-ой реакция после второй АГТ совпала со временем после 5-ой ректальной грязи, когда (на озере Горьком) также может наступить реакция. В силу этого здесь реакцию можно с одинаковым правом отнести как за счет АГТ, так и за счет действия ректальной грязи. Все эти 6-ые выписались со значительным улучшением в женской половой сфере. Помоментная RS у 2-х 6-ых, повышенная вначале, выравнилась к концу лечения, у одной 6-ой она все время выпадала нормально. Суточная RS у всех 3-х 6-ых все время выпадала без изменения (от 50 до 55 мм.).

Одной 6-ой АГТ была проделана и в третий раз. Ее история болезни заслуживает особого интереса.

Б-ая К. с диагнозом «Salpingoophoritis dextr. Periparametritis chronica», после первых пяти ранных ванн купальная реакция как местная, так и общая отсутствует. Помоментная RS 31 мм. за 1 час., суточная—58 мм. Сделана первая АГТ. Реакция снова отсутствует. Реакция седimentирования эритроцитов почти без изменения (26 мм. за 1 час и 59 мм. за 24 часа). Сделана вторая АГТ. Реакции почти нет: очень незначительное усиление более внизу живота. RS почти без изменения (26 мм. и 48 мм.). Объективного улучшения нет. Сделана третья АГТ. Субъективно реакции нет, но увеличение RS (34 мм. за 1 час и 60 мм. за 24 часа) говорит за объективно протекающий процесс обострения после третьей АГТ. Объективно—значительное улучшение в женской половой сфере: размягчение инфильтрата, лучшая подвижность матки, «матка как-бы вытаяла из инфильтрата кругом и стала подвижной».

Что касается группы из 16-ти гинекологических 6-ых, давших купальную реакцию, а посему неподвергнутых АГТ, то, за исключением одной 6-ой, все они выписались со значительным улучшением в женской половой сфере. Почти у всех их повышенная помоментная RS вначале доходила до нормы к концу лечения, суточная RS была без изменения в пределах 50—60 мм.

Аутогемотерапевтический способ Reiztherapii, как показали наши данные, может быть назван сравнительно нежным физиологическим раздражителем. Реакции протекали хотя и сильно в некоторых случаях, но все же высоких цифр t^0 не достигала (самая большая t^0 у одного 6-ого 37,8°); выпоты, как реактивное явление, хотя и наступали, но в дальнейшем быстро спадали с общим улучшением местного процесса. Инъекций собственной крови, повторяемых много раз, нам не пришлось делать: единичная инъекция собственной крови была достаточной для 13 больных, две инъекции для 7-ми и 3-кратное повторение у 7-ми больных. Таким образом, один раз проделанная АГТ служила толчком почти в половине всех наших случаев. Что касается усиления реакций организма после последующих инъекций собственной крови в сравнении с реакциями у 6-ых, проделавших одну АГТ, то на основании нашего материала мы сказать не можем и ставим в зависимость это от особенностей конституции организма и общей ответной реакции организма на аутогемотерапевтическое вмешательство.

Выше мы уже сказали, что в половине наших случаев нам потребовалась всего лишь одна инъекция собственной крови, чтобы считать АГТ серьезным толчком для начала процесса улучшения или выздоровления. Суммирование аутогемотерапевтических эффектов в виде местных и общих реактивных явлений при производстве двух или трех сеансов АГТ по нашим данным не только улучшало состояние больных и воспалительные явления, но даже вело, можно сказать, к выздоровлению в зна-

чительно короткие сроки. Это дает нам основание, имея в виду ограниченное время лечения б-ых на курорте по трехсезонной системе, высказаться за безусловно желательную комбинацию АГТ с бальнеотерапией.

В отношении процессов, где АГТ дала нам возможность констатировать лечебный эффект, мы могли бы сказать, что главным показанием для АГТ являются хронические суставные процессы вторичного типа, а также гинекологические заболевания в виде выпотных процессов в околوماتочной и тазовой клетчатке. Следующими наиболее выгодными показаниями для АГТ являются подострые процессы. Что касается острых процессов, то к ним подход должен быть строго индивидуальный, и АГТ применяться должна только в особые периоды состояния организма, т. е. период, когда организм истощается защитные силы.

Что касается вопросов дозирования инъекций собственной крови, то, как выше сказано, мы брали 5,0, 7,0 и 10,0 куб. ст. Опыт показал нам, что большего количества вводимой крови (до 15, даже до 30 куб. см.), как это делалось многими авторами, и не требуется, тем более что в половине всех случаев был достаточен всего лишь один сеанс АГТ, чтобы вызвать реакцию организма. Клинически мы могли констатировать, что с каждой новой инъекцией собственной крови, если она показана, повышается лечебный эффект, особенно там, где наступила ответная реакция. Наш грязелечебный опыт показал, что одного чистого грязелечения недостаточно в случаях длительно существующих, хронически текущих воспалительных процессов, если нет ответной реакции организма. Такие объекты неблагоприятны для чисто грязевой терапии, и вот в этих-то случаях АГТ может улучшить положение, как это и было в нескольких наших наблюдениях (гинекологическая б-ая К., приводимая выше).

К сожалению, мы не имеем данных реакции крови как ткани, что, несомненно, было бы чрезвычайно ценным подсобным моментом для оценки аутогемотерапевтических лечебных эффектов. Что касается RS при проведении комбинированного метода лечения в виде грязелечения и АГТ, то в отношении ревматических суставных процессов приходится говорить, что у ряда б-ых (12 сл.) после первой АГТ была заметна резко усиленная помоментная и общая RS. Впоследствии, после окончания реакции от АГТ и дальнейшего проведения грязелечения RS выравнивалась до нормы (8 мм. за 1 час) за исключением 4-х случаев, где больные выписались в стадии тянущейся реакции оседания. Этот объективный критерий состояния организма с очевидностью подтверждал наличие ответной реакции организма на резорбирующийся под влиянием инъекции собственной крови воспалительный процесс. Если у некоторых больных при инъекциях собственной крови не было высоких подъемов оседания эритроцитов как помоментного, так и суточного, то это касается случаев с затяжными инфекционными артритам, преимущественно деформирующей природы, где RS вообще стоит на низких цифрах (Опокин и Мирецкая). Что касается гинекологических б-ых с выпотными процессами в женской половой сфере, то почти у всех б-ых после АГТ помоментная RS усиливалась (к одному часу) и выравнивалась до нормы к концу лечения, суточная RS оставалась без изменения.

На основании всего вышеизложенного и изучения литературы вопроса мы могли бы дать следующие предварительные положения.

1) АГТ, как метод *Reiztherapii* при безреактивно протекающих при грязелечении выпотных процессов, несомненно, заслуживает внимания

и дальнейшей разработки. 2) Грязелечение, как нежный и длительно действующий физиологический раздражитель, при некоторых конституциях организма не всегда является достаточным фактором для активирования клеточных тканей организма в борьбе с воспалительными процессами. 3) Из комбинированных способов при грязелечении метод бальнеотерапии в соединении с протеннотерапией, resp. аутогемотерапией, является наиболее доступным, простым и надежным в условиях курортной обстановки. 4) АГТ показана, главным образом, при хронических и подострых воспалительных процессах. В острых случаях показания к ней должны быть ограничены и индивидуализированы. 5) Для ряда случаев (подострые процессы) достаточно даже однократной инъекции собственной крови. Хронические затяжные процессы требуют большего количества сеансов АГТ для получения ответной реакции организма. 6) АГТ, в показанных для нее случаях, безусловно ускоряя и повышая лечебный эффект грязелечения, дает возможность б-ым с ограниченным сроком их пребывания на курорте получить максимум терапевтического эффекта от курортного лечения вообще. 7) Реакция седиментирования эритроцитов, как контрольный метод оценки аутогемотерапевтического эффекта, вполне оправдывает свое назначение.

Литература. Е. М. Брусиловский и М. С. Туркельтауб. Курортное дело, № 2, 1926 г.—?) Е. М. Брусиловский. Ibid., № 11—12, 1923 г.—3) Розен П. С. Успехи экспериментальной биологии, том. III, вып. 1—2, 1924 г.—4) Якушевич С. Г. Вр. дело, № 9, 1925 г.—5) Труды 7-го Съезда российских терапевтов., Ленинград 1925 г.—6) Казанский П. П. Каз. мед. жур., № 6, 1928 г.—7) Иванов В. М. Русская клиника, № 41, 1927 г.—8) Недригайлов. Вр. газета, № 10—11, 1922 г.—9) Малинин И. К. Каз. мед. жур. № 5, 1927 г.—10) Опокин А. А. и Мирецкая Т. И. Сиб. архив теоретич. и клинич. медицины, т. 2, кн. 3—5, 1927 г.—11) Морозкин Н. И. Вр. газета, № 22, 1927 г.—12) Сараджиев В. А. Вр. газета, № 13, 1926 г.—13) Krebs и Weskott. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. Bd. 26, 1922 г.—14) I. Schutz. Wien. kl. Wochenschr., 1923, № 22.—15) Опокин А. А. „Протеннотерапия при хирургических заболеваниях“. Сборник работ, посвящ. проф. Курлову.—17) Брусиловский Е. М. Вр. дело, № 9, 1928 г.—18) Бухштаб. Вр. дело, № 10, 1928 г.—19) Рубашев С. М. Кур. дело, № 1—2, 1925 г.

К вопросу о сравнительной оценке различных комбинированных методов лечения хронических полиартритов¹⁾.

Консультант Сергиевских мин. вод проф. **М. Н. Гремячкин** и ординатор **Н. В. Жуковская.**

Под комбинированными методами лечения хронических полиартритов разумеется сочетание бальнеопроцедур (серных и грязевых ванн) с фармако- или физио-терапевтическими средствами, т. е. одновременное проведение двух и более методов лечения. Цель комбинированного лечения—прежде всего интенсификация курортного лечения, т. е. повышение лечебного эффекта природных курортных факторов и, как следствие этого, сокращение срока курортного лечения больных и увеличение оборота койки (Брусиловский). С другой стороны, имеются формы хроничес-

¹⁾ Доложено на Научной конференции врачей Сергиевск. М. Вод 13/VIII 28 г.

ких полиартритов, которые мало или совсем не поддаются одному курортному лечению. Сюда нужно отнести первичный хронический ревматизм, особенно один из видов его—это так наз. *Polyarthrititis chronica progressiva primitiva destruens*. Это заболевание встречается приблизительно в 2—3% общего числа хронических полиартритов. Клиническая картина заболевания достаточно известна. С этиологической точки зрения, случаи первичного хронического ревматизма можно разделить на 3 группы: 1) инфекционную (Предтеченский, Munk, Aschenbach), 2) эндокриннотоксическую (Вельяминов, Levi и Rotschild, Гуревич и др.) и 3) эндокринно-инфекционную (Umbert), т. е. развитие инфекционного хронического полиартрита на фоне эндокринных расстройств. Клинически все три формы почти идентичны и дифференцировать их чрезвычайно трудно. Некоторые современные исследователи полагают, что для развития первичного хронического ревматизма необходимы две причины: 1) наличие предрасположенного к ревматизму организма, т. е. с пониженной сопротивляемостью всей мезенхимы то, что французы называют *terrain articulaire* и 2) воздействие ослабленной инфекции, гнездящейся где-нибудь в организме (носовая или ротовая полости, кишечный канал, мочеполовые органы и пр. Duvernay, Jond, Landouzy, Bernard, William Willcox). В результате этой инфекции, пораженные суставы являются сенсibilизированными к введению даже минимальных доз токсина бактерий, виновников данного ревматизма (Landouzy, Gougerot и Salin), а также реагируют неспецифической реакцией на введение других токсинов бактериальных и небактериальных. На влияние эндокринных расстройств, особенно щитовидной железы и яичников, при хроническом ревматизме указывает Langdon, Brown.

При первичном ревматизме, особенно в далеко зашедших случаях, одно грязелечение иногда мало действительно¹⁾. Здесь можно ожидать еще некоторого эффекта только от комбинированного лечения. Комбинированное лечение показано и при других хронических полиартритах—где грязелечение не оказывает терапевтического эффекта и где нужно более энергичное воздействие. Наконец, безусловно подлежат комбинированным методам лечения все эндокринно-токсические полиартриты. Ménard, Levi и Rotschild выделили тиреогенный ревматизм вследствие „*instabilité thyroïdienne*“. Также выделяется другая эндокриннотоксическая форма полиартрита—на почве расстройства половых желез у женщин (Вельяминов, Assmann, Straus, Levi и Rotschild, Umbert, Menge, Novak и пр.). *Arthritis deformans* (Payer, Оппель), а также „Бехтеревская форма“ *spondylos* могут развиваться на почве расстройств эндокринных желез (Сухов). Во всех этих эндокриннотоксических формах показано комбинированное лечение в форме сочетания грязелечения с элективной или групповой опотерапией (тиреондин, оварин, препараты гипофиза и пр.) Инициатива введения комбинированных методов лечения принадлежит французам. Они предложили сочетание грязелечения с так наз. „*opotherapie associée*“, Брусиловский в 1923 г. впервые предложил сочетание лиманотерапии с протеинотерапией. По его мнению такое сочетание дает наибольший успех, почти во всех 100%

¹⁾ Проф. М. Н. Гремячкин. К в-су о лечении некоторых форм хронических полиартритов на Серноводском курорте.

получился благоприятный результат такого лечения. Такие же хорошие результаты получил от такого сочетания и Фельдман в 1923 г.

Теоретически это сочетание вполне обосновано. По механизму воздействия на организм как бальнеотерапия, так и протеинотерапия очень близки друг к другу и представляют иммуно-биологическую реакцию в смысле „Reiztherapie“. Для обоих методов характерна очаговая и общая реакция с последующим накоплением в организме противотел, одноклеточные изменения крови, одинаковая перестройка тонуса вегетативной нервной системы, и тут и там мы имеем активирование защитных сил организма, повышение агглютинационного титра. Кривая колебания величины комплемента одинакова при обоих методах. При сочетании этих двух методов—оба они действуют синергетически и, сочетая свое аналогичное действие, вызывают к защите все реактивные силы организма. Защитная реакция протекает главным образом в мезенхимальной ткани и при протеинотерапии в первую очередь активируется эта ткань. По мнению Аничкова, клетки и ткани, находящиеся в состоянии раздражения, сильнее реагируют на всякое новое раздражение, путем повышения до максимальных размеров своих функций.

Таким образом протеинотерапия, активируя клетки, повышает их восприимчивость к последующим раздражениям, в форме грязелечения. Искусство и цель комбинированных методов лечения состоит в том, чтобы, взвешивая и следя за ходом реакции, осторожно дозировать как грязелечение, так и протеинотерапию. Кроме опло- и протеинотерапии, предложено еще сочетание вакцинотерапии с грязелечением. Эта комбинация чаще применяется при гонорройных артритах, где она давно уже завоевала себе прочное место в терапии. Мы пользовались еще сочетанным лечением с аутогемотерапией, главным образом при полиартритах, в этиологии которых можно было обвинять гонококковую инфекцию. Инъекции собственной крови больных теперь широко практикуются при всевозможного рода заболеваниях, особенно инфекционных. С большим успехом гемотерапия применяется при остром ревматизме. Не останавливаясь на теоретических обоснованиях аутогемотерапии, благоприятный лечебный эффект аутогемотерапии при остром ревматизме побудил нас применить сочетание аутогемотерапии с грязелечением при хронических полиартритах.

Мы поставили себе задачей в протекший сезон проследить на больных Серноводского курорта влияние разных комбинированных методов на течение хронических полиартритов. Наблюдения проведены нами на Сер. Мин. Водах в летний сезон 28 года. Материалом для наших наблюдений служили санаторные больные хронич. артритами разной этиологии. Мы выбирали случаи с резко выраженными объективными изменениями в суставах и резкими функциональными расстройствами. Протеинотерапия в наших случаях являлась вынужденным методом лечения и применялась только в случаях, где грязелечение, само по себе, не давало должного эффекта, почему мы предпочитали выбирать больных, повторно и безрезультатно лечившихся на грязевых курортах. При группировке больных, мы пользовались классификацией, основанной на этиологическом моменте. По условиям работы мы не имели возможности прибегать к рентгеновскому исследованию и применять такие сложные лабораторные методы, как исследование базального азотистого обмена, все-

возможные бактериологические и серологические методы исследования и пр. Каждый больной исследовался на гоноррею, на tbc, lues, исследовались придаточ. полости носа и глотки. Об эндокринном характере заболевания мы судили главным образом по ряду типичных клинических признаков: струма, явления гипер- или гипо-тиреоза, инфантилизм, состояние кровяного давления, нарушение месячных, клиническое течение полнартрита, характер поражения суставов, анамнестические данные и пр. При проведении комбинированных методов лечения мы также не могли проводить биохимического контроля как реакция осаждения эритроцитов, систематической учет комплемента и пр., и ограничивались только клиническим критерием, т. е. подробным наблюдением за клиническим течением болезни. Этот критерий, по нашему мнению, является самым надежным. При применении протеинотерапии с грязелечением важно, чтобы отрицательная фаза одного не совпала с отрицательной фазой реакции другого и таким образом, чтобы не получилось суммирования и наслаивания отрицательных фаз. Для этого мы приступали к протеинотерапии или вначале курортного лечения, когда бальнеологическая реакция еще не выявилась, или тогда, когда реакция от грязелечения затихала. Таким образом заметного суммирования реакции не наблюдалось и, во всяком случае, реакция получалась несильная.

Наличие заметной очаговой клинической реакции при протеинотерапии мы считали обязательной как индикатор интенсивности лечения. В настоящее время еще не решен вопрос о необходимости при грязелечении для терапевтического эффекта общей и очаговой купальной реакции. Проблема купальной реакции еще не решена. Тогда как одни (Лозинский, Милк, Брусиловский и др.) считают ее необходимой, другие (Стефанович, Буйко, Великанов и пр.) считают ее необязательной. Мы придерживались середины и добивались умеренной реакции, и на основании наших наблюдений пришли к заключению, что хотя непосредственной связи между интенсивностью очаговой и общей реакцией и степенью терапевтического эффекта нет, но все-таки после выраженной очаговой реакции впоследствии получился лучший терапевтический эффект, чем при отсутствии ее. Протеинотерапию вначале мы применяли в форме инъекций растворов казеозана, но скоро перешли на молочную терапию. Молоко приготавливалось и стерилизовалось с соблюдением всех установленных правил. Впрыскивания делались 2 раза в неделю. Каждое последующее впрыскивание делалось после затихания общей и очаговой реакции. Дозы мы применяли минимальные, т. к. при грязелечении больные сильно реагируют на протеинотерапию. Чтобы не форсировать лечение, мы начинали с дозы 0,5, иногда даже с 0,1 и не превышали дозу в 3 к. е. Курс состоял из 2—5 инъекций, судя по реакции. Из опотерапевтических препаратов нами применялись—тиреоидин в виде подкожных впрыскиваний ежедневно по 0,1 или тироидин давался внутрь по 0,1 в день, оварин впрыскивался под кожу по 1 ампулле в день. Мы предпочитали пользоваться подкожным введением опопрепаратов, так как убедились в превосходстве и лучшем терапевтическом эффекте этого способа. Для сравнения действия различных комбинированных методов, мы одной группе больных проводили сочетание грязелечения с протеинотерапией, другой—сочетание опотерапии с грязелечением, третьей—опо и- протеинотерапию с грязелечением и, наконец, 4-й группе—сочетание грязелечения

с аутогэмотерапией и отчасти вакцинотерапией, в одном случае—сочетание грязелечения с внутримышечным введением ихтиола, предложенного для лечения хронического ревматизма Suessmann'ом и Georg Bitto. Все больные получали сначала входные серные ванны от 28 до 31° по R, а затем получали или общие грязевые ванны от 34 до 36°, или грязевые компрессы от 35 до 40°, попеременно с серными ваннами. Лечение заканчивалось отходными серными ваннами, а у некоторых еще углекислыми ваннами и душем Шарко.

Протеинотерапия проведена на 14 больных¹⁾. Результаты лечения мы разделили на 3 группы: 1) отсутствие терапевтического эффекта, 2) небольшое улучшение, 3) значительное улучшение.

Из 14 больных в 2 случаях со стойкими изменениями в суставах—деформацией и контрактурой, терапевтического эффекта не получилось, в 6 случаях получилось незначительное улучшение, в остальных 6 случаях—явное улучшение. Больные, со стойкими изменениями в суставах, где развилась стойкая фиброзная ткань, даже несмотря на резкую общую и очаговую реакцию, улучшения на курортах не получают—здесь уже никакое терапевтическое вмешательство, в том числе и комбинированное лечение, не поможет.

Комбинированное лечение бальнеопроцедур с опотерапией нами проведено в 7 случаях. Из них в 3 случ. получилось незначительное улучшение, в 4—хороший результат.

Комбинация бальнеопроцедур с опо- и протеино-терапией проведена на 9 больных. Из них в 1 случае незначительное улучшение, в 8 же случаях—выраженный терапевтический эффект. Это сочетание действует „d'une façon merveilleuse et comme par enchantement“, почему комбинацию опо-протеино и бальнеотерапию в случаях хронического ревматизма мы считаем наиболее действительным и целесообразным методом лечения. Протеинотерапия в сочетании с грязелечением, сенсибилизируя организм, создает благоприятные условия для действия опо-препаратов (оварин, тиреоидин). Аутогэмотерапия проведена на 5 больных. Из 5 больных в 3 случаях получился хороший эффект. От ихтиола особых результатов не получилось.

Доказать преимущество того или другого метода комбинированного лечения можно только в том случае, если провести ряд параллельных наблюдений при совершенно одинаковых условиях, комбинируя разные методы при идентичных формах полиартритов, что в наших случаях по возможности мы и старались сделать. Продолжительные (до 10 лет) клинические наблюдения одного из нас над группой больных хроническим полиартритом ясно доказывают преимущество комбинированных методов лечения.

Для иллюстрации сказанного, приведем очень краткие выдержки из историй болезней больных, находящихся под наблюдением в течение нескольких лет.

1) Больная С-ева (№ 15)—в течение трех сезонов лечилась на грязевых курортах, в том числе 2 года в Серноводске, без всякого улучшения. Проведенная в зимнее время—на дому—интенсивная протеинотерапия, а также продолжительный прием тиреоидина и оварина per os—никакого эффекта не оказали. Между тем комбинированное лечение на курорте оказало безусловно заметный эффект.

¹⁾ Приложенные к статье подробные таблицы по техническим причинам не могли быть помещены. *Ред.*

2) К-ова П. Т. (№ 25)—В зимнее время провела интенсивную протеинотерапию и принимала месяцами тиреоидин и оварин—безрезультатно. Значительное улучшение в Серноводске после проведения комбинированного лечения.

3) К-ва Е. М. (№ 24)—Ранее лечилась протеинотерапией безрезультатно—При комбинированном лечении значительное улучшение.

4) Больные: В-ца (№ 14); Ш-ка (№ 17); О-ов (№ 21); П-ев (№ 23); В-ев (№ 31); К-ов (№ 12); Р-ва (№ 26) и Е-ва (№ 35) лечились ранее на грязях—без заметного улучшения. Применение комбинированных методов лечения принесло существенную пользу.

5) Больной Н-ев (№ 1)—первую половину курса лечения проделал без протеинотерапии—никакого улучшения, никакой очаговой реакции не было; после комбинированного лечения получилась сильная очаговая реакция и послед.—значительное улучшение.

Известно, что максимум благоприятного результата от грязелечения получается при повторном лечении грязями. Поэтому можно было бы думать, что вышеупомянутые больные получили улучшение не от комбинированных методов лечения, а благодаря повторному лечению грязями. Однако целый ряд больных, как С-ва, Б-ца, В-ев, К-ца, лечились неоднократно ранее на грязевых курортах и без особого результата. Последние наблюдения, нам кажется, заслуживают особого внимания: они ясно доказывают преимущество именно комбинированных методов лечения. Ускоряя обратное развитие процесса, комбинированное лечение дает возможность рано приступить к механотерапии, что является чрезвычайно важным и необходимым, особенно при тугоподвижности, ригидности мышц и контрактурах.

Проблема комбинированных методов лечения очень сложна и требует многолетних наблюдений на многих грязевых курортах. Однако, из приведенных наблюдений намечаются некоторые выводы, а именно:

1) Комбинированные методы лечения повышают лечебный эффект грязелечения. 2) Сочетанное лечение оп- и протеинотерапии с грязелечением, в случаях эндокринотоксических артритов, а также при *polyarthr. chr. p. p. destruens*, является наиболее целесообразным и дает максимальный эффект.

Литература: 1) Проф. Брусиловский. Кур. дело, 23 г. № 11, 12, 3, 4 и 22; 2) Он-же. Бюллетень VI кур. съезда; 3) Он-же и Стоянов и Туркельтауб. К. дело, 24 г. № 9—10; 4) Он-же К. д. 25 г. № 9 и К. дело, 26 г. № 2. 5) Звоницкий. К. д. 24 г. № 6; 6) Розе. Успехи эксп. биологии, том 3 в. 1—2. 7) Якушевич. В. д. 25 г. № 9. 8) Труды VII съезда терапевтов 25 г. 9) Аничков. Kl. W. 24 г. № 38. 10) Assmann. K. W. 25 г. № 31—32. 11) Munk. Врач. обозр., 25 г., № 11. 12) Fraite de Landouzy, Bernard p. 440 à 446. 13) Landouzy, Gougerot et Salin. Rev. de med., 1910 г. 14) Duvergnay. Presse med. 28 г., № 73. 15) Он-же. Journ. de med. de Lyon, 1921. 5 mai. 16) Payer. Bruns Beiträge, 1926 г. S. 260. 17) Оппель. Вестник хир. 27 г., т. IX. 18) Бобров. Там же.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского гос. университета и Гинекологического отделения курорта Сергиевские минеральные воды. (Директор клиники и консультант курорта—проф. В. С. Груздев).

Продувание фаллопиевых труб в условиях грязелечения. Усовершенствование методики продувания и новый наконечник.

Д-ра Ю. А. Лейбчика,

ассистента клиники и завед. Гинекологическим отделением курорта С. М. В.

(С 3 рис.).

Несмотря на введение в диагностику трубной проходимости метода утеро-сальпингографии и усовершенствования техники последней с применением липиодоля и иодирина, воздушная проба Rubin'a все же несколько не потеряла своего значения. Ценность пертубации, как метода менее сложного и более доступного широкой врачебной массе, до сих пор сохраняется, тем более что вводимые в полость матки и труб контрастирующие вещества, по мнению некоторых авторов (Dyrgoff, Hoffmann, Haselhorst, Odenthal и др.), нередко вызывают в них явления раздражения, большие чем при обыкновенной пертубации. Если мы еще примем во внимание, что опыт последних лет определенно доказывает и существенный терапевтический эффект от продувания труб, именно в смысле восстановления их проходимости и наступления вскоре после этой операции беременности, то метод Rubin'a является поэтому, пожалуй, более выгодным и даже предпочтительным.

В виду этих соображений нам казалось особенно заманчивым применение данного способа непосредственно по окончании курса грязелечения, а также вскоре после него, в первые 2—3 месяца, когда эффект от грязелечения является максимальным. Правда, мы учитывали возражения, которые мы могли бы встретить, что гиперэмированные ткани и органы малого таза могут дать нам ложные результаты, а главное те или иные осложнения во время пертубации или непосредственно вслед за нею. Но нам казалось, что в течение периода грязелечения, именно в конце его, когда часть спаек нередко рассасывается, а другая разрыхляется, пертубация может скорее и в большем проценте случаев, чем при обычных условиях, дать лечебный эффект в смысле раскрытия просвета труб. Само собой понятно, что в тех случаях, где желаемого эффекта от продувания мы бы не получили, в нашем распоряжении все же в результате этого вмешательства остался бы ряд данных для диагноза, прогноза и дальнейшего плана лечения больной.

Первые мои наблюдения, в бальнеологическом сезоне 1927 года, на 5 больных, дали мне уверенность в безопасности и возможности дальнейшего применения этого метода в условиях грязелечения. Однако наличие гиперэмии половых органов послужила для меня стимулом к усовершенствованию методики продувания труб как с целью избежания возможных осложнений, так и с целью получения более правильных и отвечающих действительности результатов.

До сего времени наша клиника придерживалась методики Sellheim'a—Gerbert'a, упрощенной Легенченко исключением из аппарата для продувания труб манометра и снижения емкости шприца.

до 10 см³. Вместо постоянно портящегося от кипячения и по большей части пропускающего воздух между канюлей и каналом резинового конуса, мною, независимо от Оппо еще до опубликования его работы, был сконструирован наконечник*) из польского серебра, верхняя часть которого делается из олова и принимает по желанию любой изгиб, причем конус, выточенный из алюминия, перемещается по длине наконечника и может быть прочно и мягко закреплен на любом месте по длине последнего—в зависимости от длины полости матки.

Второе и наиболее существенное отличие нашей методики—это введение в полость матки перед продуванием 2% раствора кокаина с адреналином (1 капля раствора адреналина 1:1000 на 1,0 раствора кокаина), долженствующего, с одной стороны, притупить чувствительность матки к механическим раздражениям, а с другой—анэмпизировать слизистую оболочку матки и тем самым устранить возможность ложного закрытия маточного просвета фаллопиевых труб, которое может иметь место вследствие гиперемии и набухания слизистой в течение курса грязелечения.

Вся наша техника основана, главным образом, на учете источников ошибок и возможных псевдопрепятствий, а также исключении грубых манипуляций в половой сфере, которые могли бы повести к сокращению матки и маточных устьев труб.

Разумеется, в отношении устранения спазма матки и маточных отверстий яйцепроводов наилучшим средством является глубокий хлороформный наркоз; однако от применения последнего мы, как и многие другие авторы (Мандельштам, Черток и др.), в виду связанного с ним риска (случ. Мандельштама) принципиально отказались. Точно также мы перестали применять и параметранную анестезию, так как она отчасти затягивает операцию, а с другой стороны те 2—3 укола, которые приходится при ней делать, причиняют больной нередко больше боли, чем вся операция продувания в целом.

Итак, после исследования флоры влагалища и обычной подготовки больной, *portio vaginalis* осторожно обнажается ложкообразными зеркалами и захватывается пулевыми щипцами; при помощи шприца Брауна с тонким наконечником в полость матки вводится 0,5 см³ 2% раствора кокаина с адреналином, после чего, выждав 3—5 минут, мы производим осторожное зондирование полости матки и, в зависимости от длины полости и кривизны ее передней стенки, придаем изгиб мягкой части наконечника, устанавливая запирающий конус наконечника таким образом, чтобы при введении последнего в полость матки конец его отстоял на 1—1½ сант. от дна и, благодаря этому, не упирался бы ни в дно, ни в стенку матки, исключая тем самым возможность ложного диагноза непроходимости; затем к наконечнику присоединяется 10-граммовый Люэровский шприц; давлением на поршень его производится медленное нагнетание воздуха в полость матки, и одновременно помощник производит аускультацию при помощи фонендоскопа. При известном навыке уже по количеству введенного воздуха и сопротивлению поршня можно судить не только о проходимости труб или отсутствии таковой, но даже и о

*) Наконечник изготовлен механиком П. В. Марковым, Казань, 1-я Подлужная, 26.

месте заражения. Именно: при наличии заражения в интерстициальной части труб в полость матки можно бывает ввести не более 4—6 см³ воздуха, и с прекращением давления на поршень, последний быстро отходит назад; если же продолжать нагнетание воздуха, то, не находя

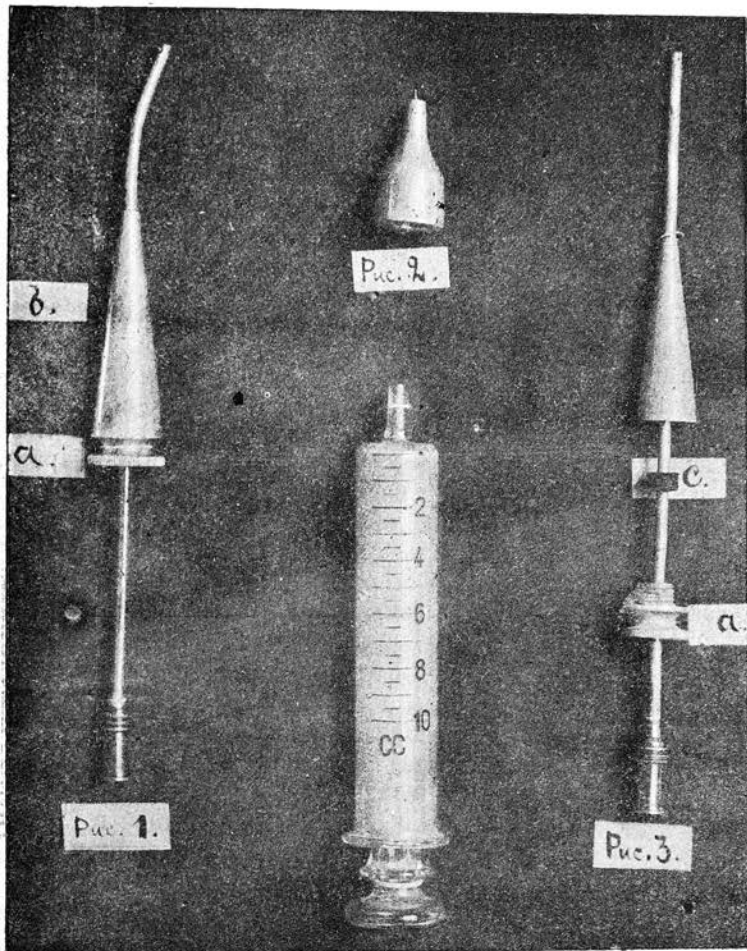


Рис. 1. Наконечник в собранном виде: а) основание конуса, являющееся в то же время частью фиксирующего механизма; б) самый конус, пригодный во всех случаях, особенно у рожавших и с надрывами наружного зева. Рис. 2. Дополнительный конус, несколько более удобный при узком круглом зеве у нерожавших. Рис. 3. Наконечник в разобранном виде: а) основание конуса,—часть фиксирующего механизма; с) резиновая шайбочка, помещающаяся в основании конуса (б), сжимается винтом (а), тем самым конус прочно укрепляется по длине канюли.

себе выхода в трубы, он оттесняет наконечник, вырываясь с шумом и пеной из полости матки. При наличии препятствия в истмической части воздух входит в пределах 6—7 см³, наконечник в случаях зарощения ампулярной части труб удается ввести воздуха не более 7—8 см³. В тех случаях, когда трубы проходимы, поршень идет мягко и плавно и с прекращением давления не отскакивает обратно.

Между прочим интересно отметить из практики нашей клиники, что в 2 случаях, где аускультаторно был поставлен диагноз проходимости труб,—при чревосечении, которое следовало за пертубацией, было обнаружено заращение абдоминальных концов труб с наличием двустороннего пневмосальпинкса. Из этого следует, что указанные нами границы объемов могущего быть введенным воздуха являются до известной степени относительными—в зависимости от величины полости матки и растяжимости труб, и аускультаторные данные не всегда бывают достоверные. Но комбинация этих данных и правильная оценка их в огромном большинстве случаев дает нам все же верное суждение о состоянии просвета фаллопиевых труб. Почти всегда сделанная таким образом тубоинсуффляция является почти совершенно безболезненной и дает нам определенные результаты в том или ином смысле.

Очень хорошо, как это советуют Laurentie и Moussali, вставлять больной перед продуванием свечи с опиум или белладонной,—мы же рекомендуем применяемое нами за последнее время подкожное впрыскивание атропина за $\frac{1}{2}$ —1 час до начала операции. Нам это кажется особенно уместным, так как большинство больных, подвергаемых пертубации, страдают инфантилизмом и нередко спазмофилией по Opitz'y, так что введение атропина, успокаивая и уменьшая гипертонус („Spannung“ немецких авторов) гладкой мускулатуры полового аппарата, также, как и кокаин-адrenalин, будет способствовать сухости слизистой оболочки и понижению возбудимости матки, предотвращая тем самым спазм и ложное закрытие маточных устьев труб.

Есть и еще одна выгодная сторона от применения нашей методики: именно, благодаря резкому анэмизированию эндометрия, мы имеем возможность при ней расширить время пертубации, не ограничиваясь сроком, напр. от 4-го до 7-го дня после окончания месячных, рекомендуемым Rubin'ом, Окинчицем и др., или временем в середине межменструального периода, как это предлагает Pribram.

Предлагаемый мною наконецник может одновременно служить и для введения липиодоля и иодирина, причем наша методика с предварительным введением атропина и кокаин адrenalина в значительной мере облегчает также и наполнение труб контрастирующими веществами.

В течение 1927/28 уч. года предлагаемая мною техника была проверена на материале нашей клиники и в бальнеологическом сезоне 1928 года с успехом применена проф. В. С. Груздевым и мною в ряде случаев у санаторных и поликлинических больных курорта „Сергиевские минеральные воды“.

Всего нами произведено продувание труб 31 раз, из них, как уже отмечено выше, 5 раз по обычной методике в сезоне 1927 года и 26—по новой методике в курортном сезоне 1928 г.

В 17 случаях операция была предпринята по поводу первичного бесплодия (инфантилизм разных степеней, ретроверзии и проч.) и в 14 случаях—по поводу вторичного бесплодия на почве гонорреи, абортов, родов и профилактических инъекций йода. У 5 из этих больных вслед за пертубацией было произведено расширение цервикального канала. У 5 больных сезона 1927 г. во всех случаях трубы оказались непроходимыми. Что же касается 26 больных сезона 1928 года, то из этого числа проходимость труб нам удалось констатировать лишь у 4. Здесь

следует отметить, что у двух из этих больных проходимость была установлена после повторного введения воздуха, причем создалось впечатление преодоленного препятствия. Быть может в данном случае мы как раз имели лечебный эффект от пертубации. Интересно отметить, что в обоих случаях наблюдался Phrenicus-Symptom—в 1 случае в довольно резкой форме. Это объясняется тем, что отчасти с целью совершенно убедиться в проходимости труб, а отчасти, чтобы окончательно их расправить, было введено воздуха несколько больше, чем это практикуется нами обычно.

Кроме того у 3 наших больных при исследовании проходимости труб результат воздушной пробы оказался сомнительным. Далее, из числа 5 больных прошлого сезона две подверглись повторной пертубации, причем у одной из них результат, бывший ранее отрицательным, на этот раз оказался сомнительным с большей трактовкой в положительную сторону. У другой больной, с инфантилизмом и ретроверзией матки, обе трубы были заращены в ампулярной части. При вторичном продувании трубы оказались заращенными в интерстициальной части, что, несомненно, явилось результатом перенесенного больной прошедшей зимою острого заболевания, длившегося в течение 2 месяцев и возникшего на почве травмы—поднятия значительной тяжести.

Опираясь на литературу (Vogt, Fuchs, Беляев, Schwarzwaller, Sellheim, Мандельштам, Länsimäki и в особенности Lange, Graff и многие друг.), где приводится значительный казуистический материал успешной терапии бесплодия тубоинсуфляцией, а также на повседневный значительный опыт нашей клиники в этом вопросе, мы приходим к убеждению в ценности, простоте и безопасности метода пертубации при строгом соблюдении показаний и индивидуализации каждого случая. Разумеется, как и при всякой операции, никто не застрахован и при этой от несчастных случаев (случаи Мандельштама, Frommolt'a, Horalek'a, Traugott'a, Macias de Torres'a и др.).

Наш скромный опыт в применении данного метода в условиях грязелечения говорит за то, что при условии строгого соблюдения показаний и предлагаемой нами техники, он может быть смело рекомендован не только с целью диагностической и прогностической, но главным образом с целью терапевтической, причем шансы на успех пертубации, в условиях грязелечения, по нашему мнению, являются несомненно повышенными.

Литература. 1) Hoffmann. Zentr. f. Gynäk., 1928, Nr. 19. 2) Sellheim. Bericht. üb. d. Ges. Gynäk. u. Geb., Bd. XIII, H. 1, 1927.—3) Pribram. Ibid. Bd. XIII, H. 3, 1927.—4) Laurentie et Moussali. Ibid.—5) Lange. Ibid. Bd. XIII, H. 11.—6) Traugott. Ibid. Bd. XIV, H. 5.—7) Macias de Torres. Ibid.—8) Mandelstamm. Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 78, H. 4/5, 1928; Zentr. f. Gynäk. 1926, Nr. 23.—9) Länsimäki. Bericht. Bd. XIII, H. 9, 1928.—10) Fuchs. Peф. Zentr. f. Gynäk. 1927, Nr. 9.—11) Graff. Peф. ibid. 1927, Nr. 15.—12) Чепрок. Ibid. 1927, Nr. 16.—13) Ohno. Ibid. 1927, Nr. 4.—14) Schwarzwaller. Ibid. 1926, Nr. 35.—15) Horalek. Ibid. 1926, Nr. 41.—16) Frommolt. Ibid. 1925, Nr. 3.—17) Легенченко. Каз. м. ж., 1925. № 8-9.—18) Беляев. Ibid. № 11.—19) Окинчиц. Кр. курс оперативной гинекол., 1929.—20) Dyroff. Deutsche med. Woch. 1926, Nr. 10.

Наблюдения над лечением хронических простатитов, сперматоциститов и функциональных расстройств мужского полового аппарата грязевыми комбинатами на „Сергиевских минеральных водах“ в лечебный сезон 1928 года¹⁾.

Д-ра А. И. Дмитриева.

(Предварительное сообщение).

Известно достаточно большое количество хронических поражений мужского полового аппарата, не поддающихся порой никаким методам современной консервативной терапии. Имея ввиду это обстоятельство, я решил испытать применение грязи „Сергиевских минеральных вод“ для лечения хронических простатитов, сперматоциститов и других расстройств половой сферы мужчин, употребляя ее в виде грязевых тазовых ванн и грязевых тампонов.

Нужно заметить, что для своих наблюдений я пользовался больными, прибывшими на курорт для лечения других заболеваний: ревматизм, подагра и др.; хотя был и известный контингент больных, прибывших на курорт лечить специально гонорройные заболевания; поэтому первым больным я назначал чаще компрессы на руки или ноги и всегда на таз, а также одновременно им применялся грязевой ректальный тампон, второй же категории больных назначались грязевые тазовые ванны и такой же тампон.

Способ приготовления грязи для тампонов прост: целебная грязь, доведенная испарением на воздухе до концентрации жидкой кашицы и протертая через мелкое сито, нагревается на водяной бане в особых стаканчиках (емкостью приблизительно в 150.0) до нужной температуры и затем быстро перекладывается в шприц (конструкции д-ра Бартанского, см. „Курортное дело“ № 5, 1927 г.) и при помощи точеного деревянного наконечника вводится *per anum* в прямую кишку. Далее больной или садится в тазовую ванну, или обкладывается грязевым компрессом той или иной температуры, где он остается 15 минут, затем, отправляясь домой, удаляет грязь дефекацией. Что касается температуры грязевых тампонов, то я обычно начинал лечение с $t^{\circ} 38-39^{\circ} R$ и заканчивал его $45-46^{\circ} R$.

Субъективные ощущения были весьма незначительны: введение наконечника равносильно введению пальца для обычного исследования; наполнение грязью *ampullae recti* обычно регулировалось субъективным ощущением полноты в последней. Вскоре, через 20—25 минут после введения тампона, появляется позыв на низ и грязь удаляется. Через несколько часов наблюдается скоропроходящее ощущение незначительной тяжести в прямой кишке, не сопровождающееся какими бы то ни было болевыми расстройствами.

Такой методикой было пользовано 30 больных, причем по картине болезни они распределялись следующим образом: 1) хронических простатитов—16, 2) хронических простатитов и сперматоциститов—6, 3) хро-

¹⁾ Сообщено на конференции врачей курорта 24 августа 1928 года и на заседании секции венерологов и дерматологов О-ва врачей при Казанском ун-те.

нических циститов—2, 4) старчески гипертрофированных предст. жел.—1 и 5) функциональных расстройств полов. аппарата—5, а всего—30 больных. К пункту 5. Два больных страдали импотенцией, причем один из них занимался онанизмом в молодости в течение долгого времени, другой перенес 17 лет тому назад гоноррею с поражением предстательной железы; у этих больных при анализе мочи, секрета предстательной железы и при уретроскопии не было обнаружено каких-либо патологических изменений. Трое остальных больных страдали *ejaculatio praecox* и *semipotencia coeundi*, имея в анамнезе гоноррею, они в момент лечения также не дали при исследовании каких либо заметных следов от бывшей инфекции.

Замечу здесь, что всем больным, кроме двух, страдавших циститом, производился массаж предстательной железы и семенных пузырьков 2 раза в неделю с последующей инстилляцией по G u o n'у азотно-кислым серебром 1—2% крепости. В дни массажа больные получали серные ванны, таким образом на неделю приходилось 4 комбината и 2 серных ванны, а всего за курс лечения 10—16 комбинатов.

Нескольким больным в начале лечения были назначены серные клизмы t° 37—40° R в 150—200 к. см. с целью подготовить слизистую оболочку прямой кишки к грязевым процедурам, однако, в дальнейшем я от этих клизм из серной воды отказался, ибо заметил, что они были излишни, так как грязевые тампоны и без предварительной подготовки клизмами переносились хорошо.

Большинство больных с простатитами и сперматоциститами были старые гонорройки с 1910—15—20 и 24 г.г., некоторые из них лечились очень аккуратно в продолжение 3—5 лет и даже более, причем им применялись, кроме обычных методов, новейшие способы лечения, как-то: диатермия, д'Арсонваль, прогревание предстательной железы электро-термом и т. д., и где эти способы не давали положительных результатов.

В процессе грязелечения отмечалось обострение процесса, выражавшееся наличием припухлости, отека, сочности предстательной железы, набуханием семенных пузырьков, в некоторых же случаях присоединялась незначительная болезненность в прямой кишке, пояснице, а также и в промежности; все эти явления я отмечаю в дальнейшем под именем „реактивных явлений“. Для уяснения и понимания тех изменений клинического характера в органах мочеполового аппарата, которые наступают под влиянием грязелечения, каждому больному регулярно чрез 8—10 дней производился анализ мочи и секрета предстательной железы 3-х стаканной пробой; этот анализ и служил до некоторой степени опознавательным пунктом в деле дальнейшей терапии и диагноза.

Результаты, полученные после этого способа лечения, оказались в общем неодинаковыми вследствие того, что простатиты и сперматоциститы, имея различную клиническую картину, различную давность своего существования, резко отличались друг от друга. Наглядности ради я позволю себе разделить случаи простатитов и сперматоциститов (22) на три группы: I группа—давностью до 2-х лет, II гр.—от 2 до 5 лет и III гр.—5 и более лет.

Что касается первой группы больных, где имелось наличие асимметрии железы, уплотнение *in toto* или только одной из долей, реактивные явления наступали чрез 5—7 тампонов и исчезали к 10—14 тампону, когда наблюдалось исчезновение плотности в железе, пальпация давала

картину ровной поверхности и симметрию ее. Только в одном случае реактивные явления держались до конца лечения (11 комбинатов) и больной должен был покинуть курорт, не закончив лечения. Клиническим изменениям в простате обычно соответствовали и изменения лейкоцитарной картины в секрете железы. В 2-х случаях было отмечено увеличение вдвое числа лейкоцитов в секрете в момент обострения; с его исчезновением параллельно шло и уменьшение лейкоцитоза. В одном случае наблюдалось снижение числа лейкоцитов в секрете в 10 раз по сравнению с числом их до лечения.

Вторую группу больных необходимо подразделить на 2 подгруппы: а) случаи с ясно выраженными изменениями в железе и пузырьках и б) случаи, где пальпация давала незначительные отклонения от нормы, но в наличии были либо болезненность в железе, либо значительный лейкоцитоз в секрете ее. В подгруппе „а“ обострение наступало через 5—6 комбинатов, держалось до 9-ти и, далее, к 12 комбинату процесс шел на убыль, давая улучшение. Параллельно с картиной клинических изменений в органах, наблюдалось вначале увеличение лейкоцитоза в секрете, а затем падение его до единичных гнойных клеток в поле зрения. Клинически к концу лечения можно отметить у данной подгруппы больных исчезновение асимметрии железы, восстановление эластичности в ней, ровную поверхность и уменьшение или исчезновение болей. В случаях подгруппы „б“ обострение наступало на 5—6 комбинате, держалось до 9—11-го и исчезало к 13—14-му. Здесь наблюдалась даже закономерность: увеличение лейкоцитоза в секрете временами достигало до 4—5 раз в момент обострения и в конечном результате приближение его либо к первоначальным цифрам, либо падение до единичных гнойных клеток в поле зрения.

Группа III. В случаях более застарелых реактивные явления наступали более поздно—в среднем к 7 комбинату и к 12—16 комбинату наблюдалось клиническое улучшение; только в 2-х случаях лейкоцитоз оставался на одних и тех же цифрах в течение всего курса лечения, во всех же остальных отмечалось его повышение в момент обострения и резкое падение до единичных гнойных клеток к концу лечения, т. е. к исчезновению клинических явлений болезни. Старчески гипертрофированная железа под влиянием 10 тампонов стала значительно мягче, меньше в размерах и менее болезненной при пальпации.

Все больные, как правило, во время лечения отмечали усиление libido через 5—6 тампонов, причем у импотентиков начали появляться эрекции. У 10 больных имелись довольно выраженные остатки бывшего когда-то гонорройного эпидидимита; под влиянием тазовых грязевых процедур эти остатки уменьшились в размерах; в одном случае подострого эпидидимита под влиянием тех же ванн быстро был получен благоприятный терапевтический эффект, выразившийся скорым исчезновением болей и уменьшением в размерах большого придатка.

Ввиду того, что я пользовался материалом случайного, курортного характера, я, разумеется, не мог выяснить конечные результаты лечения грязевыми комбинатами и мои наблюдения касаются только тех явлений, которые удалось увидеть в процессе лечения. В настоящее время я могу в заключение ограничиться только немногими замечаниями:

1. Грязь Серноводского курорта, применяемая в виде грязевых комбинатов (компресс+тампон, тазовая+тампон) показана для лечения хро-

нических простатитов и сперматоциститов, в особенности в тех случаях, где имеется плотная, увеличенная предстательная железа и семенные пузырьки и где другие методы лечения не имели успеха.

2. Те же комбинаты также показаны и при функциональных расстройствах половой деятельности мужчин: *impotentia*, *semipotentia coeundi* и *ejaculatio praecox*.

Кафедра экспериментальной гигиены Казанского ун-та. (Зав. проф. В. В. Милославский).

Материалы к характеристике основной профвредности ванщиков на курорте „Серноводск“ Самарской губернии.

Ассистент С. С. Шулинов.

Основными профвредностями ванщиков (36—40 человек) на Серноводском курорте являются: содержание H_2S в воздухе кабин, относительная влажность, температура и скорость движения воздуха. Кроме всех этих моментов нами попутно в некоторых местах определено и количество CO_2 ; последнее, главным образом, как показатель работы естественной вентиляции, т. е. искусственной в ванниках курорта нет.

Работа ванщиков, сама по себе сходная во всех кабинах (официальный рабочий день—6 часов), все же несколько разнится. Так, наиболее легкой она является в кабинах, где отпускаются углекислые и сероводородные ванны. Здесь по техническим условиям лучше возможна вентиляция сквозняками и есть небольшие перерывы в работе, когда ванщики могут выйти в коридор и не находиться в самих кабинах. Хуже дело в грязевых, где работают по преимуществу женщины; здесь кабины хуже вентилируются, меньше свободного времени и работа связана с передвижением тяжестей (ванна с грязью). Самыми плохими условиями труда обладают компрессные. Работа дня здесь очень уплотнена, нет никаких перерывов; работа идет все время в атмосфере газа. Источником последнего является, главным образом, минеральная вода; по условиям оборудования курорта—обмывание больных после грязи производится минеральной же водой, почему в помещение грязевых больных вводится H_2S , который мог бы и не загрязнять воздуха.

Количество H_2S и CO_2 в воздухе разных ванников и разных кабин приводится в таблице № I. Из этой таблицы видно, что количество H_2S в большинстве случаев, как правило, не достигает нормы Лемана в 0,1 mgr. на 1 литр воздуха (определялся H_2S иодометрически). Исключение составляет тот момент, когда идет приготовление ванны. Лицо ванщика в это время может находиться низко склоненным в парах воды из ванны. Здесь получена цифра 0,0763 и даже 0,142 mgr. на 1 L. Вдыхание таких доз, не являясь длительным, может влиять только во время приготовления ванны, и притом ванны с высоко поставленными кранами, сильно разбрызгивающими воду.

Метеорологические факторы, определенные во всех ванниках, сведены в таблицу № II. Здесь во всех графах приводятся двойные цифры. Над чертой цифра относится к уровню роста, а под чертой около 30—35 см. от пола.

ТАБЛИЦА I. Определение H_2S .

ВАННИК I.

6/VII.	Мужская компрессная; в кабине две ванны. В одну все время наливалась горячая и холодная вода, чтобы получить обстановку, в которой приходится работать ванщице, готовящей ванну (аналогичные условия во всех кабинах, имеющих высоко поставленные краны, причем вода разбрызгивается). На уровне ее рта установлен забор воздуха, т. е. в парах воды. Открыта фрамуга окна	0.0763
19/VIII.	Тоже, фрамуга закрыта	0.142
7/VII.	В той же кабине во время ее работы на уровне роста	0.0276
11/VII.	Тоже	0.0323
13/VII.	Тоже	0.0388
4/VIII.	Тоже у пола—закрыта фортка	0.043
4/VIII.	Тоже на 1 саж. над полом. Закрыта фортка	0.0693
7/VII.	Грязевая кабина во время ее работы на уровне дыхания	0.0223
7/VII.	» » » 8 верш. от пола	0.0158
11/VII.	Тоже грязевая на уровне роста	0.0374
13/VII.	Тоже	0.0229
17/VII.	Сероводородная кабина № 9 во время отпуска ванны	0.0286
17/VII.	Тоже № 3	0.0356
18/VII.	»	0.028
21/VII.	Коридор I-го ваника	0.029
23/VII.	Коридор I-го ваника	0.019
24/VII.	»	0.0114
21/VII.	Комната отдыха наверху	0.0033
23/VII.	»	0.0048
24/VII.	»	0.0037

ВАННИК II.

25/VII.	Серная кабина № 2 во время ее работы	0.0353
26/VII.	Углекислая кабина	0.0046
	(Углекислые ванны принимаются в том же ваннике, где идет отпуск и сероводородных ванн).	
25/VII.	Коридор у углекислого отделения	0.0214
26/VII.	Комната для ожидания—она непосредственно переходит в коридоры у серных и углекислых кабин	0.0215

Новый ванник—компрессные кабины.

2/VIII.	Первая кабина во время ее работы	0.012
3/VIII.	Над струей воды из душа	0.0446
2/VIII.	Вторая кабина во время ее работы	0.028
3/VIII.	В коридоре того ванника, где происходит и ожидание очереди	0.0093

Определение CO_2 в кб. стм. на 1 L. воздуха.

Ванник I.

1/VIII.	Кабина сероводородных ванн № 9 в конце приема ванны	1.488
1/VIII.	» » в начале приема ванны	0.696
1/VIII.	» » во время ванны	0.696
31/VII.	Комната отдыха	0.605

Ванник II, где отпускаются и углекислые ванны.

31/VII.	В кабине для сероводородных ванн во время приема ванны	0.73
31/VII.	» » после проветривания кабины	0.655
31/VII.	В этой же кабине во время приема углекислой ванны	1.316
31/VII.	» » на уровне S^0 от пола	1.859
31/VII.	В коридоре у углекислых ванн	0.7
31/VII.	» сероводородных ванн (открыто окно)	0.437

НОВЫЙ ВАННИК.

3/VIII.	В кабине № 1 во время ее работы (компрессы)	1.315
3/VIII.	» № 2 »	1.148
3/VIII.	В раздевальной комнате у каб. № 1 (разбито окно)	0.699
3/VIII.	» » № 2 (без всякой вентиляции)	1.72
3/VIII.	В коридоре—дверь на улицу открыта	0.559

ТАБЛИЦА II. МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ.

Время определе- ния	Где произведено определение	Т° помещения гр. Ц.	Окислительная влажность в %	Н сухого ката (не- личина охлаждения)	У скорость дви- жения воздуха	Эффективная t°	Примечание
8/VIII	Ванник II						
	Углекислая кабина	23.5	83	4.09	0.083	22.5	Во время перерыва
		22.5	82.5	4.28	0.071	21.5	
	Тоже	23.5	83	3.54	0.032	22.5	Во время ванны
		23	87	3.70	0.034	22.3	
	Коридор II-го ванника	20.5	85	6.04	0.203	19.5	
		20.5	85	5.74	0.158	19.6	
	Серная кабина	21.5	65	5.63	0.192	20.0	Во время перерыва
		21.0	73	5.81	0.192	19.6	
	Тоже	22.5	78	4.02	0.048	21.2	Во время ванны
		22.5	78	4.36	0.077	21.2	
	Тоже	23	83	3.78	0.040	22.2	В конце ванны
		22.5	83	3.94	0.041	21.7	
	Ванник I						
7/VIII	Серная кабина № 9	23	91	3.96	0.055	22.5	В конце ванны
		23	87	4.14	0.072	22.0	
	Тоже	20.5	81	6.04	0.196	19.7	Во время перерыва
		21	82	6.51	0.303	20.2	
	Коридор у серных кабин	21	82	4.67	0.064	20.2	
		21	78	4.74	0.071	20.0	
	Серная кабина № 3	23	91	3.87	0.048	22.5	В конце ванны
		23	91	3.75	0.037	22.5	
	Тоже	20	86	6.88	0.295	18.8	Во время перерыва
		21.5	82	6.01	0.253	19.5	
	Коридор у грязев. кабин	21.5	73	4.06	0.005	20.1	
		21	73	5.14	0.109	19.6	
	Улица	18.5	72	8.25	0.415	16.3	В тени
		20.5	81	8.56	0.702	17.4	
7/VIII	Грязевая кабина	24	96	3.61	0.05	23.8	Во время ванны
		23.5	95	4.14	0.087	23.3	
	Тоже	21	82	4.47	0.049	20.2	Во время пер.—от- крыт люк на улицу
		20.5	81	6.26	0.228	19.5	
	Раздевальня этой кабины	26	76	2.71	0.03	24.4	
		24.5	80	3.67	0.071	23.3	
	Комната отдыха	22	78	4.34	0.062	20.9	
		21.5	78	4.74	0.095	20.4	

Время определения	Где произведено определение	Т° помещения гр. Ц.	Относительная влажность в %	Н сухого ката (величина охлаждения)	У скорость движения воздуха	Эффективная т°	Примечание
7/VIII	Комната отдыха	22	78	4.5	0.076	20.9	
		21.5	78	4.98	0.109	20.4	
	Ванник III						
"	Компрессная № 1	24.5	100	3.44	0.048	24.5	Во время работы
		23.5	100	3.94	0.067	23.5	
"	Тоже	24	100	4.13	0.106	23.8	Во время уборки—откр. люк и окно.
		22	87	5.14	0.151	21.0	
"	Раздев. у этой же кабины	23.5	96	3.53	0.032	23.3	
		23.0	87	4.32	0.090	22.0	
"	Коридор	19.5	86	4.95	0.052	18.9	
		19.5	86	4.86	0.048	18.9	
"	Улица	18.5	86	5.89	0.101	18.0	В тени на ул.—перед этим шел дождь
		18.5	95	8.00	0.374	18.3	
8 VIII	Компрессная № 2	23	98	3.96	0.057	22.8	Во время работы
		22	100	4.32	0.061	22	
"	" № 1	22	96	4.54	0.08	21.8	Тоже
		21	100	4.88	0.083	21.0	
	Ванник I						
"	1-ая грязевая кабина	23	96	3.75	0.036	22.8	Во время работы
		22	96	4.32	0.058	21.8	
"	2-ая грязевая кабина	23	96	3.87	0.048	22.8	Во время работы
		22.5	96	4.44	0.085	22.3	
"	4-ая " "	25	97	3.3	0.048	24.8	Тоже
		24	96	3.3	0.026	23.8	
"	14-ая серная кабина	24.5	91	3.3	0.036	24	Тоже
		24.5	91	3.49	0.052	24	
"	15 " "	24.5	91	3.49	0.052	24	Во время работы
		24.25	91	3.53	0.049	23.75	
"	12 " "	23.5	87	3.46	0.027	22.7	Во время перерыва
		23.5	87	3.75	0.049	22.7	
"	№№ 10 и 11 серн. кабина	24	96	4.02	0.093	23.8	Во время работы
		24	96	3.97	0.087	23.8	
"	9-ая серная кабина	24	87	3.78	0.066	23.2	Во время перерыва
		24	87	3.73	0.061	23.2	
"	№№ 5 и 6 серн. кабина	25	92	3.46	0.064	24.5	Во время работы
		25	92	3.75	0.099	24.5	

Время определе- ния	Где произведено определение	Т° помещения гр. Ц.	Относительная влажность в %	Н сухого ката (ве- личина охлаждения)	У скорость дви- жения воздуха	Эффективная t°	Примечание
8/VIII	4-ая серная кабина	23.5 24	87 87	3.87 3.75	0.061 0.063	22.7 23.2	Тоже
"	1 " "	24.5 24.5	87 91	3.3 3.51	0.036 0.053	23.7 24.0	Тоже
"	Улица	21 20.5	73 77	4.71 5.03	0.067 0.082	19.9 19.4	В тени
Ванник II							
9/VIII	11 углекислая кабина	24 23	83 83	3.54 3.78	0.043 0.040	23.1 22.3	Во время работы
"	12 " "	24 23.5	87 91	3.61 3.94	0.049 0.067	23.3 23.2	Тоже
"	14 " "	25 24.5	92 91	2.86 3.09	0.014 0.021	24.5 24.1	Тоже
"	Тоже 14-ая	25 24.5	92 91	3.09 3.27	0.029 0.032	24.5 24.1	Тоже
"	Улица	25 24.5	64 100	5.32 5.19	0.433 0.336	21.8 23.5	В тени

Здесь наши данные характеризуют работу ванщиков, как работу, проходящую в тяжелой обстановке. Относительная влажность доходит до 96% в сероводородных ванниках, в грязевых до 97%, а в компрессных даже до 100%. Во II-м ваннике, где лучшие условия вентиляции сквозняками, влажность доходит только до 83%. Температура помещений в большинстве случаев 23—24°C, а иногда и 24,5°. Если прибавить сюда же очень слабое движение воздуха, то понятно, почему величина охлаждения кататермометра (Н) далеко не соответствует тяжести работы. Этим же объясняется и лежащая вне пределов комфорта эффективная температура.

К недостаткам проделанной нами работы нужно отнести то обстоятельство, что цифры, являясь показателями условий работы, относятся только к июльскому (частью начало августа) времени. Они могут получиться несколько иными, если провести работу в июне и августе, но для этого у нас не было, к сожалению, возможности. Далее, как это было выяснено на производственном совещании курорта, с целью учета влияния работы ванщиков на их здоровье необходимо обследование нанятой группы лиц на сезон и осмотр их и учет заболеваемости во время работы курорта и после 3 1/2 месяцев сезона лечебной деятельности.

В итоге работы можно было бы привести следующие пожелания, возможность которых, за исключением п. 8, установлена на производственном совещании курорта.

1. Провести врачебный осмотр специалистами всех ванщиков, поступающих на работу.

2. Вести точный учет всех заболеваний во время сезона среди обследованной группы лиц.

3. Учесть осенью, по окончании работ курорта, изменения в здоровье этой группы.

4. Произвести точный учет времени, в течение которого ванщики заняты работой в атмосфере H_2S и сколько времени падает на перерывы в работе и пребывание вне кабин.

5. Произвести обследование утомляемости ванщиков.

6. Производить подачу минеральной воды в ванны исключительно по рукавам, идущим ко дну ванны.

7. Обмывание больных проводить обыкновенной водой.

8. Устроить искусственную вытяжную вентиляцию из кабин, особенно из компрессных и грязевых.

Варзиатчинский курорт и результаты лечения в сезон 1928 года.

Д-ра А. Н. Семанин и Л. Г. Шварцкопф.

Курорт Варзи-ятчи находится в Можгинском уезде Вотской области в 25—30 километрах от паромной пристани Икское Устье на р. Каме и в 45—50 км. от гор. Агрыз Татарской Республики, почти на ее границе с Вотской областью. Расположен у грязевого болота, на левом возвышенном берегу маленькой реки Б. Варзи, впадающей в 8—10 километрах от курорта в реку Иж., приток Камы.

Болото с лечебной грязью занимает площадь в 28828 кв. метров. (Пчелин). Болото сплошь покрыто камышом и осокой; по берегам кустарник и лиственные деревья (ольха, ива, береза). Большая, северо-западная часть болота отделена от меньшей, юго-восточной, шпунтовым рядом и может быть, по мере надобности, заливаема водой, стекающей из 4 источников: Докторского, Овражного, Зыбуна и Конопляного, а также дождевой и весенними водами.

По исследованиям инженера Пчелина в 1925 г., болото состоит из следующих слоев: 1. Сверху торфяной покров, толщиной от 0,1—0,4 метра, покрытый травянистой растительностью, не имеющий запаха сероводорода (нелечебная грязь). 2. Под этим покровом торфянистая лечебная грязь и туфо-торфянистая (известковая) порода самых различных цветов: бурого, бурого-коричневого, бурого-желтого, серовато-коричневого, беловато-серого и серого. Торфянистые и туфо-торфянистые породы все пахнут сероводородом в той или иной степени.

Мощность этого слоя, по определению проф. Кротова (1889 г.), достигает до $2\frac{1}{2}$ сажен.

Анализ грязи, сделанный в 1889 году в лаборатории Ленинградского Технологического Института, дал следующие результаты, выраженные в процентах:

воды	87,960 ⁰ / ₁₀₀
сероводорода	0,198 ⁰ / ₁₀₀
сернистого железа	0,044 ⁰ / ₁₀₀
„ натрия	0,009 ⁰ / ₁₀₀
„ кальция	0,013 ⁰ / ₁₀₀
сернокислого магния	0,074 ⁰ / ₁₀₀
сернокислой извести	0,058 ⁰ / ₁₀₀
углекислой магнезии	0,046 ⁰ / ₁₀₀
углекислой извести	4,006 ⁰ / ₁₀₀
глинозема	0,002 ⁰ / ₁₀₀
кремневой кислоты	0,055 ⁰ / ₁₀₀
органические вещества	6,610 ⁰ / ₁₀₀
записи марганца, хлора, йода	следы.

Согласно исследования проф. Ульянина (1924 г.) Варзи-ятчинская грязь радиоактивностью не обладает.

Питание болота водой происходит, как уже сказано выше, из 4-х источников, доставляющих в общей массе, по замеру проф. К р о т о в а (1897 г.), до 6550 ведер в сутки с температурой 6,5—7°C.

Химический анализ воды, доставляемой этими источниками, следующий:

	Докторский	Конопляный	Овражный	Зыбун.
Серн. кислоты	0,0100	0,0052	Следы	Количественный
Окиси кальция	0,1232	0,1144	0,1064	анализ не произво-
„ магния	0,0500	0,0269	0,0163	дился.
„ калия	0,016	0,0077	0,0045	
„ натрия	0,0174	0,0103	0,0105	
Угльной кислоты	0,1720	0,1550	0,1404	
Свобод. и полусвобод. ам-				
миака, азотной кислоты,				
хлора	Следы	Следы	—	

В прежнее время вода их, стекая в торфяное болото и пройдя его, выступала у берега Б. Варзи в виде источника с содержанием сероводорода и носила собственно название „Варзи-ятчинской серной воды“. В настоящее время этот источник исчез и в качестве таковой воды за последнее время курорт использует воду, скопляющуюся на поверхности грязевого болота.

По рассказам местных старожилов, Варзи-ятчинские серные воды и их целебность были известны среди местных жителей с давних времен; в сороковых же годах прошлого столетия слава о целебной их силе распространилась далеко за пределы бывшей Вятской губернии. В 1874 г. на источник обратило внимание Елабужское Уездное Земство (Вятской губ.). Оно пригласило из Казанского университета химика Грабовского и лаборанта Ломана, которые отнесли источник к типу холодного сернистого источника. В 1885 году Елабужский купец Ушков, владелец Бондюжского завода, посылает своего химика англичанина Макклиланда для исследования грязи болота. Грязь была им признана лечебной, после чего Ушков с большим трудом арендовал у местных жителей болотистый участок земли в 7 десятин на 24 года и в 1888 году положил начало основанию курорта. Он построил ванный павильон и дома для служащих и больных и все это безвозмездно передал в ведение Вятского Земства.

Оборудование курорта со времени Ушкова не подвинулось далеко вперед; наоборот, за революционное время часть инвентаря была расхи-

щена, часть устарела, новым же ничем не пополнялось. Ваннй павильон имеет очень примитивное устройство, а именно: помещение на 30 разводных ванн и комнату для лечения грязевыми лепешками. Ванны в большинстве деревянные.

Грязь из болота добывается лопатами и доставляется к ванному павильону вагонетками по рельсовой дорожке. В самые ванны наносят грязь ведрами. Наношенная грязь разводится водой, взятой из болота и нагретой в паровых котлах до 85—95°C. Размешивается грязь деревянными лопатами, а комья разминаются просто руками. Подобное весьма примитивное устройство ванного павильона замедляет приготовление ванн, нервнирует конечно больных и значительно уменьшает пропускную способность курорта.

Сезон открывается в начале июня и закрывается в сентябре.

Курорт обслуживает, главным образом, Вотскую Область, Татреспублику и Вятскую губернию, но нередко среди больных встречаются и жители Урала, Сибири, Туркестана и других отдаленных мест.

В сезон 1928 года всего лечилось 305 больных, под постоянным наблюдением состояло 290 человек. По социальному положению и национальности они распределялись след. образом.

ТАБЛИЦА 1.

П О Л	Национальность				Социальное положение			
	Русских	Вотяков	Татар	Прочих	Рабочих	Крестьян	Служац.	Прочих
Мужчин	145	2	18	1	108	16	34	8
Женщины	112	5	7	—	41	24	34	25
Итого	257	7	25	1	149	40	68	33

По роду своего заболевания эти больные распределялись так:

ТАБЛИЦА 2.

Род заболевания	Мужчин	Женщин	Итого в числах	Итого в %	Лечение	
					Стационарное	Амбулат.
Заболевание костей и суставов	129	74	203	70	163	40
Нервные болезни	32	9	41	14,13	36	5
Женские болезни	—	40	40	13,7	33	7
Кожные болезни	5	1	6	2,17	6	—
Итого	166	124	290	—	238	52

Таким образом большой процент падает на заболевание костей и суставов, а именно 70%, затем 14,13%—на нервные болезни, 13,7%—на женские и 2,07%—на кожные. Из общего количества 290 человек—233 (82,07%) лечилось стационарно, помещаясь в курортных номерах и подчиняясь курортным правилам и режиму, и 52 человека (17,93%)—амбулаторно.

По приезде больным давался однодневный отдых, а потом назначались 2—3 входные серные ванны в 28—30°R; затем первая грязевая ванна. Ввиду того, что для обкладных ванн (местных и общих) была приспособлена одна очень маленькая комната, они назначались только больным с плохим состоянием сердца и истощением.

Первая разводная грязевая ванна назначалась в среднем в 32—33°R, последующие постепенно повышались до 35—37°R, затем держалась на одной высоте, а к моменту выписки постепенно снижалась до начальной температуры. Температура обкладных ванн колебалась от 36—41°R с аналогичным повышением и понижением, подобно разводным. Все грязевые ванны делались через день со средней продолжительностью от 12—15 минут. Между грязевыми давались серные той же продолжительности, но с температурой 28—33°R с постепенным повышением и понижением, подобно грязевым.

При наличии у больных резко выраженных функциональных заболеваний нервной системы кроме основного страдания, им назначались вначале одни хвойные ванны с t° 28°R и средней продолжительностью от 15—20 минут, и лишь после того как больные начинали себя чувствовать лучше, они переводились на обычное лечение с заменой серных ванн хвойными. При чистых формах функциональных заболеваний нервной системы, без наличия другого рода заболеваний, больные получали одни хвойные ванны. Под конец лечения больные получали по две соленых ванны с t° 28°R. Обычно срок лечения ограничивался одним месяцем; лишь в исключительных случаях дирекция курорта разрешала дальнейшее продление лечения.

Несмотря на то, что в сезон 1928 года весь июнь месяц был холодный и все лето дождливое, неблагоприятствующее лечению, а равно отсутствовали подсобные методы лечения, большинство больных все же получило улучшение.

Наибольший процент улучшения дали женские заболевания: из 40 человек—2 чел. (5%) получили субъективное улучшение, 33 человека (82,5%)—субъективное и объективное улучшение и лишь 5 человек (12,5%) уехали без изменения состояния болезни. Вероятно подобный результат лечения при женских заболеваниях был получен благодаря тому, что кроме обычных грязевых процедур, больные женщины через день получали влагалищные грязевые тампоны.

После женских болезней идут нервные заболевания: из 41 человека всех нервных больных 4 чел. (9,76%) получили субъективное улучшение, 31 чел. (75,6%)—субъективное и объективное улучшение, 3 человека (7,32%)—без всякого изменения состояния болезни и столько же уехало с обострением (ухудшением) заболевания.

На предпоследнем месте по успешности лечения стоят заболевания костей и суставов: из 203 чел.—31 человек (15,32%) получили субъективное улучшение и 101 чел. (49,75%)—субъективное и объективное

улучшение; остальные 62 чел. (30,53%) без изменения и 9 чел. (4,43%) — обострение (ухудшение) заболевания.

Что касается кожных болезней, а именно чешуйчатого лишая, то лечение большинству последней категории больных не только не принесло пользы, но повлекло явное ухудшение в форме появления новых очагов поражения кожи. Из всех 6 человек получили незначительное улучшение 2 человека, 3 человека — ухудшение и 1 — уехал без всякого изменения.

Общий же результат лечения всех 290 человек таков: 37 чел. (12,76%) получили субъективное улучшение, 167 чел. (57,59%) — субъективное и объективное улучшение, 71 человек (24,48%) — уехали с курорта без изменения состояния болезни и 15 чел. (5,17%) — с ухудшением.

Заслуживает быть отмеченным грязелечение разводными (общими и сидячими) ваннами, обкладными (местными и общими) и смешанными (разводными + обкладными); лучший результат получен от обкладных ванн. Из 31 чел., получавших подобные ванны, 4 человека (12,9%) получили субъективное улучшение, 24 человека (77,4%) субъективное и объективное и 3 человека (9,7%) остались без изменения в смысле картины заболевания.

Меньший результат получен от смешанных ванн. Из 24 больных, которые по тем или иным причинам переводились в процессе лечения с разводных на обкладные ванны и обратно, 5 чел. (20,83%) получили субъективное улучшение; 14 чел. (38,67%) субъективное и объективное и 5 чел. (20,83%) уехали без изменения в своем заболевании.

Что касается разводных ванн, то они дали наименьший процент улучшения, а именно: из 228 человек — 28 чел. (12,28%) получили субъективное улучшение; 123 чел. (53,94%) — субъективное и объективное улучшение; остальные 63 (27,63%) — уехали с курорта с прежним состоянием и 14 человек — получив обострение (ухудшение).

Течение болезни при разного рода заболеваниях шло весьма характерно. При заболеваниях костей и суставов под влиянием грязелечения местная реакция, т. е. усиление болей, покраснение, отечность и т. д. наступала чаще после 2—3 грязевых ванн и продолжалась в среднем около 5 дней: при нервных же — наступала после 4—5 ванн и продолжалась около 7 дней. При женских и кожных заболеваниях большинство местной реакции не испытало. Что касается общей реакции организма, в виде слабости, ухудшения самочувствия и других явлений, то она была у половины всего состава больных и в большинстве случаев наблюдалась одновременно с местной реакцией. На течение болезни заметное влияние оказывал и способ применения грязи, а именно: при лечении разводными ваннами местную реакцию перенесли 65% больных; при лечении обкладными — 68%. Общая реакция организма в первом случае имела место в 53,5%, во втором случае лишь в 29%. Таким образом, обкладные ванны почти не отличаются от разводных вызыванием местной реакции, но реже последних затрагивают организм в целом и, тем самым, больными легче переносятся.

Все вышеприведенные наблюдения нам пришлось основывать исключительно на субъективных показаниях и грубом объективном клиническом осмотре больных. Производство параллельного лабораторного наблюдения

нам не было возможным из-за отсутствия на курорте какого-бы то ни было лабораторного оборудования.

Выводы: 1) Варзи-ятчинский серный грязевой курорт является курортом *местного* значения, обслуживая по преимуществу рабочих находящихся вблизи крупных заводов: Ижевского оружейного, Бондюжского химического и нескольких мелких стекольных заводов.

2) Основной контингент больных, прошедших через курорт в сезон 1928 года, хроники, по преимуществу с суставным ревматизмом с давностью заболевания более 3-х лет.

3) Внушительный процент получивших улучшение с женскими и нервными заболеваниями мы склонны объяснить относительно меньшей давностью заболевания этой категории курортников.

4) Обкладные грязевые ванны легче переносятся больными и в то же время дают больший положительный эффект лечения, чем разводные.

5) Месячный срок пребывания больных на курорте считаем недостаточным, т. к. многие больные должны были выехать с курорта в периоде наступившей местной и общей реакций организма под влиянием грязелечения.

Литература: 1) Инженер Пчелин. Отчет о Варзи-ятчинском курорте за 1925 г. 2) Клячкин Л. Н. Каз. мед журн. 1925, № 4; 3) Он же. Врач. дело, — 1926 г. № 17; 4) Лозинский (Бальнеология практ. врача.

Клиника и профилактика.

Д-р К. В. Волков (Ядрин).

С профилактикой неблагополучно... Таков общий голос участников 2-го Совещания профилактических кафедр, состоявшегося в Ленинграде в мае 1928 г. И действительно, развернутая в прениях картина состояния профилактических кафедр на местах весьма неутешительна. Даже в бодрой вступительной речи неизменно бодрого т. Н. А. Семашко звучали тревожные нотки: „Положение с нашими профилактическими кафедрами неблагополучное, тяжелое. Наше студенчество, казалось бы, должно быть отзывчиво к профилактике, но тем не менее мы замечаем холодок, часто даже прямо неглижирование. Это ненормальное явление“. Единодушное признание этого неблагополучия легло мрачной тенью на всю работу совещания, окрасив ее в унылые оттенки пессимизма, растерянности и гамлетовских сомнений („быть или не быть профилактике“). Эти настроения были подытожены представителем Главпрофобра т. Кедровым, который сказал: „Ничего оптимистического в деле профилактики в наших медвузах нет. Положение весьма тяжелое. Мы идем к худшему... Надо быть откровенным и констатировать, что мы умеем до сих пор написать хорошие тезисы, составить хороший план, но практически провести его в жизнь мы не могли, и выпускаемые нами врачи не отвечают тем требованиям, какие им предъявляет Наркомздрав“.

Это самоубийственное признание собственной несостоятельности производит тяжелое впечатление своей дисгармонией с той бодрой доминантой здорового революционного оптимизма, которая звучит на всех участках нашего социалистического строительства. „Революционеры не пессимисты,

и в открывающихся сейчас перед нами перспективах нет решительно ничего такого, что могло бы настраивать нас пессимистически. Но мы должны смотреть действительности прямо в лицо, чтобы наметить методы работы, способные изменить создавшееся положение, чтобы удвоить нашу работу, удесятить нашу борьбу "... Эти слова были сказаны т. Лозовским на IV Конгрессе Профинтерна применительно к профдвижению, но они целиком и полностью могут быть приложены и к борьбе за профилактику и за внедрение ее в „массы“ студенчества, клиницистов и врачей вообще. Безболезненно вскрыть все больные места, наметить иные методы работы, удесятить энергию и сдвинуться с мертвой точки — такова программа действий диалектика-материалиста. Из всей этой программы Совещанием была выполнена только вступительная часть — регистрация досадных дефектов, тормозящих проведение в жизнь „хорошо составленного плана“, но никому из участников совещания не пришло на мысль спросить себя, можно ли назвать „хорошим“ тот план, который невозможно провести в жизнь в силу наличия объективных непреодолимых препятствий; не нуждается ли этот „хороший“ план в пересмотре и увязке его, хотя бы ценой „ухудшения“, с наличием конкретных условий текущего момента; не нужно ли изменить методы самой работы, подойти к ней с какого-то другого конца, по-новому. Причины, воспрепятствовавшие проведению „хорошего“ плана в жизнь, многообразны. Особенно настойчиво указывалось всеми участниками совещания на скудость бюджетных ассигнований, совершенно не соответствующую широкому размаху профилактического плано-творчества (особый профилактический факультет; свои собственные клиники, диспансеры, амбулатории; увеличение штатов, повышение оплаты труда; усиление снабжения аппаратурой и пособиями и пр.). Указывалось на отсутствие кадра достаточно подготовленных преподавателей и даже надежд на то, чтобы иметь таковых в ближайшие годы; на „прохладное“ отношение студенчества к профилактическим дисциплинам; на неприязненные отношения со стороны „уважаемых товарищей клиницистов“; на узость взглядов и отсталость нашего студенчества и профессуры; легкость и поверхностность преподавания социальной гигиены, доходящую до „профилактического фейерверка“; отсутствие твердой линии в политике Главпрофобра; жесткое и формальное отношение со стороны РКИ, покушающейся на „неприкосновенность“ предусмотренных „хорошим планом“ 4 кафедр гигиены, хотя многие из них годами пустуют в 12 медвузах за отсутствием соответствующих кандидатов и пр. и пр.

К сожалению, в изыскании мер борьбы со всеми вышепоименованными „вредностями“ совещание ограничилось высказыванием абстрактных пожеланий об устранении таковых, расходясь, очевидно, с точкой зрения представителя Главпрофобра, что „винить отдельных лиц и руководство здесь не приходится“. По крайней мере, резолюция по общим вопросам основной корень зла видит в том, что „реформа медобразования проводится в жизнь недостаточно твердо и последовательно“ и рекомендует „принять более решительные меры“: а) в отстаивании неприкосновенности 4 профилактических кафедр и б) в укреплении материальной базы путем отпуска необходимых средств. Политика решительных мер — дело очень хорошее в борьбе с извращениями Советской власти: бюрократизмом, головотяпством, халатностью и т. п., и ее можно было бы

приветствовать, если бы на Совещании было доказано наличие этих элементов в отношениях руководящих органов к профилактическим кафедрам. Но так как этого не было и не может быть доказано, то решительная резолюция о необходимости решительных мер утрачивает всякое содержание. Кто и против кого должен принять решительные меры: Главпрофобр против нападений РКИ и скуности бюджетных органов, или РКИ против Главпрофобра и его „антипрофилактического окружения“ (Марцинковский)? Еще менее можно возлагать надежд на успех решительных мер в применении к студенчеству, охладевшему к профилактике, и к клинической профессуре с ее „реакционными тенденциями“. Уж если в области хозяйственной революции мы давно перешли с методов принуждения и приказа на методы убеждения и показа, то в области культурной революции расчет на эффективность решительных мер звучит совсем странным анахронизмом. Быстротой и натиском тут ничего не сделаешь, нужна наличность далекого перспективного плана, организация труда, зверский режим экономии, настойчивость, выдержка, завоевание „равнодушных“ масс наличием реальных достижений (хотя бы и скромных) и непоколебимая вера в победу. Совещание не пошло по этому пути, оно не решилось поступиться красивыми, но абстрактными лозунгами профилактического максимализма и отстаивает их вопреки сопротивлению среды. Но упрямство фактов побеждается не упрямством идеологии, а выдержкой идеологии, что далеко не одно и то же. Первая идет всегда по прямой линии (как ворона летает) и всегда вперед, только вперед; вторая, считаясь с особенностями пути, не стесняется дать крюку и даже попятиться назад, если это попятное движение приближает ее к конечной цели. Избыток торопливой прямолинейности может только скомпрометировать самую идею в глазах несочувствующей ей массы, вопреки субъективным целям идеологов. Так, по крайней мере, обстоит дело для сегодняшнего дня, для переживаемого нами периода реконструкции нашего народного хозяйства. Но было время, и мы все его хорошо помним, когда истина заключалась в противоположном. Это было в первое пятилетие советской медицины, в период „лихорадочной героики“, в накаленной атмосфере гражданской войны, требующей максимального заострения лозунгов „нового мира“ во всей их принципиальной четкости и захватывающей дух красоте. Боевая обстановка исторически вполне оправдывала тогда стремительный натиск профилактических идей социалистического здравоохранения на буржуазно-филантропический строй земской и городской медицины с их демократической установкой на общедоступность лечебной помощи. Идеологи демократической медицины („пироговцы“), за ничтожными исключениями, оказались не на высоте исторического понимания вещей. Они (в том числе и автор настоящей статьи) пришли в священный ужас от кощунственного обращения „насильников“ с лучшими заветами народничества. По существу это было взаимное недопонимание, в котором ни та, ни другая сторона субъективно не были виновны, поскольку разговор шел на разных языках, но отлилось это взаимное непонимание в форму отчуждения, враждебности. Приверженность к „субъективизму“ в социологии, органически связанная с теоретической беззаботностью, философской беспечностью и переоценкой практического „здорового смысла“, жестоко отмстила за себя своим адептам, затащив кое-кого из них в грязное болото саботажа. Впрочем,

сводить все к беззаботности тоже было бы данью субъективизму. „На известной стадии экономического развития данной страны в головах ее интеллигенции *необходимо* вырастают известные благоглупости“ (Г. В. Плеханов).

Земцы, люди реальной политики и практического дела, возмущались впрочем не столько против идей профилактики, зачатки которой таила в себе и земская медицина, сколько против митинговых непрактичных форм ее провозглашения. Они не понимали, что „революция не могла развиваться иначе, как через период всеобщего универсального митингования по всем вопросам... Это создавало путаницу. Это было так, это неизбежно, но нужно прямо сказать, что это и не опасно“ (Ленин. XVIII, 1,378).

И путаницы, особенно на местах, эта проповедь профилактики, резко противопоставлявшей себя лечебничеству, действительно наделала не мало, сбив с толку врачей-земцев. Но Ленин, как всегда, был прав: это оказалось совсем „не опасно“. Искренние демократы, по мере уразумения исторического смысла пролетарской революции, обрели в системе советского здравоохранения свое настоящее место, и отнюдь не в качестве „побежденных“, но в качестве торжествующе „убежденных“, по прекрасному выражению тов. М. М. Гран. Они убедились в односторонности и бескрылости тех идей практицизма, о которых так хорошо пишет американец В. Вудворт в своем романе „Хлеба и зрелищ“:

„Практичные люди прекрасно выполняют не столь важные дела: могут изобрести наилучший способ наклеивать ярлыки на жестянки, могут продавать подтяжки или поднять обувное производство. Но в делах действительно серьезных, затрагивающих интересы широких масс, они всегда допускают промахи и иногда причиняют существенный вред... Разрешение таких вопросов следовало бы предоставлять непрактичным людям, облеченным властью“ (222). И это не априорная сентенция, а точный вывод из наблюдений над ходом русской революции, сделанный практиком до конца ногтей, бывшим директором концерна в 42 банка, превратившимся в 1922 году из типичного businessman в блестящего писателя-сатирика.

Но вот отшумела героика военного коммунизма. Пришли хозяйственные работы. Революционеры, сделавшие величайшую в мире революцию, были посланы Лениным „в выучку к рядовому приказчику, который бегал в лабазе десять лет, который это дело знает, а он ответственный коммунист и преданный революционер, не только этого не знает, но даже не знает и того, что этого не знает“ (XVIII, 2, 3). Закончив восстановительный период, мы вступили в период реконструкции гос. промышленности на основе укрепления тяжелой индустрии и повышения урожайности. Перед нами очень большой путь, в который нас направил Ленин и наказал крепко запомнить его совет: „Поменьше политической трескотни, поменьше общих рассуждений и абстрактных лозунгов, которыми услаждаются неопытные и непонявшие своих задач коммунисты, побольше производственной пропаганды, а всего больше делового, умелого, приспособленного к уровню развития массы учета практического опыта“ (XVIII, 1,79).

Прислушиваясь к голосу вождя и учитывая уровень развития массы, советская медицина, при всей своей преданности лозунгу профилактики,

отдает три четверти своего бюджета на удовлетворение насущных, неотложных нужд лечебной медицины. Это обстоятельство, между прочим, подает повод к торжеству иным „зубрам“ земской медицины.

Ага!.. говорят они. Вот видите теперь, как мы были правы в свое время, обвиняя вас в утопизме. Теперь вы сами переходите на наши позиции... Нет, дорогие товарищи. Ошибаетесь. Ваши позиции, это ваш *конечный* идеал, а для нас они только *временная* ступень, на которой мы не задержимся и при первой возможности перешагнем на платформу профилактики. Захватив в своем революционном порыве „с налету, на гребне энтузиазма необъятно много“, больше чем мы в состоянии осилить, ассимилировать, претворить в жизнь, мы отступаем, но наше отступление не результат поражения под натиском врага, а логическое следствие нашей сверх-победы, не бегство, а тактический маневр, предусмотренный законами диалектики.

Основная ошибка Совещания профилактических кафедр заключается в том, что оно задержалось значительно дольше, чем следует, на пройденном уже этапе истории, не углубило своей самокритики соответственно духом времени, и не поискало того основного звена в цепи причин и следствий, ухватившись за которое оно могло бы прийти к правильному разрешению „кризиса“ профилактики своими собственными силами, не перелажая этого тяжелого бремени на плечи Главпрофобра и не ставя ему заведомо невыполнимых бюджетных и проч. требований, как условия *sine qua non* процветания профилактических кафедр в мединститутах.

В интересах дела, совещанию было бы правильнее принять скудость бюджета, недостаточность и слабость преподавательского персонала, равнодушные студенчества, неприязненность клиницистов и „придирчивость“ РКИ на известный период времени, хотя бы на срок ближайшей пятилетки, за величины постоянные и соответствующим образом перестроить на этот срок свою программу и тактику, перейти на методы „производственной пропаганды“ профилактики, хотя бы и в самых скромных размерах. В этом отношении может быть очень плодотворной высказанная в резолюции мысль о „принятии организованных мер к увязке профилактических кафедр с клиниками в целях сообщения последним профилактического направления“ или, как теперь принято выражаться, о внедрении профилактического направления в клинические дисциплины, но при условии, что эта правильная мысль найдет и правильные формы для своего осуществления. И здесь необходимо сделать несколько предостерегающих оговорок. Поскольку это дело новое, не имеющее за собой опыта, постольку и принятие „организованных мер“ для его проведения казалось бы преждевременным, так как всякая регламентация его будет носить характер кабинетного творчества. Наоборот, здесь нужно развязать инициативу и самостоятельность мест для творческого искания в разных направлениях. Жизнь впоследствии отберет ценное и отбросит негодное.

Далее, если необходимо внедрение профилактической мысли в клинику, то не менее необходимо и внедрение клинической мысли в профилактику. Если профилактика будет нисходить с горных высот своего пребывания в низины клинических дисциплин и с видом обладателя всей полноты истины поучать чернь непросвещенную, то ясно, что от таких методов внедрения ничего, кроме отвращения к профилактике,

у изучаемых не получится. Профилактик должен идти в клинику не только для того, чтобы учить, но и для того, чтобы учиться, ибо невозможно быть профилактиком, оторвавшись от знания патологии и умения разбираться в ее проявлениях. Не может профилактика лежать в одном кармане, а лечебное дело в другом. И „чистый“ профилактик, отвертывающийся от клиники, ничем не лучше „чистого“ клинициста, затыкающего уши от голоса профилактики. Не субординация, а кооперация должна быть положена в основу общей работы, иначе толку не будет. И профилактики, как сторона идеологически наступающая, должны первые подать пример максимальной тактичности и товарищеской доброжелательности.

Если мы встанем на ту точку зрения, что революционность для текущего момента заключается не в максимализме требований, а в максимализме их осуществимости, или — иными словами — в формуле: „лучше меньше, да лучше“, и если мы положим эту формулу в основу организационного оформления взаимоотношения клиники и профилактики, то мы будем поражены обилием и разнообразием открывающихся перед нами конкретных форм и путей для совместной работы, равно плодотворной для обеих сторон.

В заключение, отмечам любопытный парадокс, совершенно необъяснимый с точки зрения формальной логики. Два таких резко противоположных явления, как максимализм профилактиков и консерватизм клиницистов вызваны в сущности одной и той же причиной — философским равнодушием к диалектическому методу и некритически усвоенным излишним доверием к законам формальной логики, не терпящей никаких противоречий. Диалектик учитывает не только различие, но и единство противоположностей; используя до конца все реальные возможности клиницизма, он их в тоже время и отрицает своей основной идеологической направленностью к профилактике. Но это единство противоположностей достигается вовсе не механическим компромиссом, как думают многие, принимающие диалектику за софистику; оно может быть представлено в виде системы подвижного равновесия, охраняющей свою относительную устойчивость от возмущающего действия как правого, так и левого уклона, согласно закона Лешателье.

Впрочем, чтобы до конца остаться верными диалектике, мы и за уклонами должны признать известное положительное значение и даже диалектическую их необходимость, памятуя, что только „противоречие толкает вперед“, но не забывая и о том, что полезный эффект уклонов определяется амплитудой их отклонений от диалектического *optimum'a*, пределы которых декретируются для каждого момента классовой волей пролетариата.

Поэтому задачей преодоления уклонов вообще, а в частности профилактического и клинического, должно быть не *coincidentia opinionum*, а только некий не тормозящий общей работы *consensus*, для достижения которого требуется, чтобы *обе* стороны двинулись навстречу друг другу.

По поводу заметки прив.-доц. А. П. Егорова: „О значении „миогенных“ сдвигов картины крови“.

Проф. Н. К. Горяев.

Директор госпитальной терапевт. клин. Казанского гос. университета.

В связи с полемикой, возникшей между А. П. Егоровым и моим сотрудником Дрягиным К. А. и другими ¹⁾, по вопросу о том, как понимать взгляд Naegeli на природу лейкоцитоза, развивающегося после мускульной работы, я обратился к О. Naegeli с просьбой выяснить нам, как нужно понимать мнение, сформулированное им в книге *Blutkrankheiten* (издание 1923 г., стр. 223—234). Привожу ответ О. Naegeli:

„Sehr geehrter Herr Kollege,

Bei der Leukozytose nach Muskeltätigkeit handelt es sich nach meiner Meinung zu einem Teil um Ausschwemmung von Lymphozyten und neutrophilen Zellen, bis zu einem gewissen Grade aber zweifellos auch um Neubildung und also um eine echte Leukozytose. Denn es ist ohne weiteres anzunehmen, dass alle Stoffwechselproducte, die bei reger Muskeltätigkeit entstehen, einem erheblichen Einfluss auf das lymphatische und myeloische System ausüben müssen. Eigene Untersuchungen habe ich in dieser Frage nie vorgenommen. Man muss bestimmt annehmen, dass in Analogie mit der Graviditätsleukozytose die starke Stoffwechselsteigerung in beiden Fällen zu lebhaften Reactionen führt“ ²⁾.

Нам кажется, теперь отпадают сомнения в том, что Naegeli, хотя бы частью, считал миелогенным лейкоцитоз после мускульной работы.

¹⁾ См. «Каз. мед. ж.», 1928 г., № 8 и 1929 г., № 4.

²⁾ «При лейкоцитозе после мускульной работы дело идет, по моему мнению, отчасти о вымывании лимфоцитов и нейтрофильных клеток, но без сомнения также до известной степени о новообразовании, и значит о настоящем лейкоцитозе. Бесспорно следует признать, что все продукты обмена веществ, которые возникают при энергичной работе мускулов, должны оказывать значительное влияние на лимфатическую и миелоидную систему. Собственных исследований я по этому вопросу никогда не предпринимал. Определенно следует признать, что по аналогии с лейкоцитозом беременности сильное повышение обмена веществ в обоих случаях ведет к оживленным реакциям».

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Химиотерапия и фармакология¹⁾.

Проф. И. А. Смородинцев.

Химиотерапия, как и фармакология, изучает действие лекарственных веществ на организм, но пути изучения у них совершенно различны. Фармакология наблюдает, какой эффект производит тот или иной препарат на функции *здорового животного*, а химиотерапия имеет дело почти исключительно с *организмом, инфицированным паразитами*. Фармакология изучает физиологические свойства вещества, химиотерапия ставит акцент на его терапевтических свойствах.

Фармакология исследует изменения, вызываемые данным препаратом в организме *высших или низших животных*; но, как правило, она изучает действие вещества только на *один организм* или отдельные составные части его. Химиотерапия же всегда имеет дело с *двумя организмами*,—с организмом *хозяина* и с организмом *паразита*,—подвергая их *одновременно* действию испытываемого вещества.

Эта особенность химиотерапии, эта, так сказать, двойственность устремления ее внимания служит объяснением того, что в химиотерапии выдвигаются такие вопросы, которые чужды фармакологии. Если фармаколог, напр., исследует анестезирующие свойства кокаина и находит при этом нарушение функции чувствующих нервов, то он заключает отсюда, что кокаин, или, быть может, образующееся из него вещество действует на самые чувствующие нервные волокна, но он не считает нужным выдвигать предположение, что кокаин скопляется в печени и, воздействуя на ее клетки, заставляет их выделять фермент или другое подобное вещество, способное оказывать влияние на функции чувствующих нервов. Фармаколог всегда допускает непосредственное влияние лекарства на ткани, напр. на нервные волокна, а химиотерапевт, замечаящий исчезновение трипанозом из крови, сталкивается с дилеммой, действует ли изучаемое вещество прямо на паразитов или через посредство печени и других тканей хозяина, вырабатывающих иммунные или иные защитительные вещества для борьбы с возбудителями болезни. Фармаколог думает о непосредственном токсическом влиянии лекарства на паразитов, а химиотерапевт подходит к этому вопросу с точки зрения учения об иммунитете, о стимулировании защитительных сил организма под влиянием введенного вещества. Ведь мы знаем, что очень часто организм хозяина без всякого лечения обнаруживает способность защищаться против паразитов при помощи преципитинов, лизинов и проч., или путем захвата и уничтожения их в известных органах.

Важнейшая задача химиотерапии сводится к экспериментальному разрешению вопроса, действует ли данное вещество паразитотропно или иммунным путем.

На первый взгляд химиотерапевту просто ответить на этот вопрос: стоит только выделить трипанозомы из инфицированного организма и посмотреть под микроскопом, влияет ли испытываемое вещество на двигательные способности паразитов. Допустим, что движения паразитов не прекращаются; отсюда мы еще не имеем права сделать вывода о непрямом влиянии вещества. Если препарат в течение часов и дней вызывает исчезновение паразитов из крови зараженного животного, то нельзя ожидать, чтобы он в течение нескольких минут обязательно прекратил движения их. Вполне достаточно для терапевтического эффекта, если средство обнаружит способность задерживать размножение паразитов, путем воздействия на их ядерный аппарат; двигательная функция паразитов при этом может остаться незатронутой. Повреждение двигательного аппарата можно сравнить с действием кураре, а повреждение ядерного—с разрушением половых желез при помощи кастрации или лучей Рентгена. В доказательство повреждения ядерного аппарата у паразитов приводят такой опыт: держат паразитов *in vitro* в растворе лекарственного вещества, отделяют путем центрифугирования и прививают здоровому

¹⁾ Доложено на конференции Московского тропического института 11 марта 1929 года.

животному: паразиты часто сохраняют свойство оживленно двигаться, но утрачивают способность размножаться и погибают.

Подобные опыты, однако, нельзя считать бесспорным доказательством повреждения именно ядерного аппарата. Можно также предполагать нарушение какой-нибудь важной функции обмена веществ, при котором паразиты могут жить в течение часов или даже дней, но уже не в состоянии оправиться от отравления. Ослабление вирулентности паразитов в данном случае можно сравнить, напр., с подострым отравлением млекопитающих сулемой, от которого они погибают через много дней (обыкновенно после длительного хронического нефрита).

Подобного рода нарушение жизненных функций паразитов играет важную роль в так наз. комбинированном лечении. Если трипанозом подвергнуть сначала влиянию трипанрот, а потом мышьяковистой кислоты¹⁾, или «205» и сурьмяного препарата²⁾, то они гораздо сильнее страдают, чем в том случае, когда применяют эти препараты по отдельности.

По степени глубины влияния отличают четыре стадии бактериотропного действия химиотерапевтических агентов по возрастающей интенсивности: 1) задержка движения, 2) задержка воспроизведения, 3) задержка дыхания и 4) задержка споруляции³⁾. Паразитотоксное влияние химиотерапевтических препаратов доказано еще Ehrlich'ом. Если мышам, зараженным трипанозомами, ввести дозу мышьяковистого препарата, недостаточную для исцеления и лишь ослабляющую инфекцию, и сделать прививку этими трипанозомами другим мышам, то в заключение можно получить такую расу паразитов, которые окажутся нечувствительными к данному As-препарату. Получаем мышьяко-упорную расу, которая, однако, не застрахована от действия других препаратов, напр., трипанблау, или трипаросана⁴⁾. Сторонник иммунного влияния химиотерапевтических средств скажет, что паразиты приобрели резистентность не против As-препарата, а против тех антител или защитных сил, которые развиваются в организме хозяина под влиянием вводимых лечебных препаратов. Эти соображения опровергаются опытом: резистентные к As трипанозомы *in vitro* переносят такие концентрации препарата, при которых непривыкшие паразиты в несколько секунд делаются неподвижными и погибают. Отсюда ясно, что препарат действует прямо на паразита: непривыкшие к нему паразиты уничтожаются, ставшие резистентными *in vivo*, противостоят ему и *in vitro*. Антитела, какие мог бы выработать хозяин, не в состоянии в данном случае оказать влияния. Эта прямое доказательство паразитотоксного трипаноцидного действия препарата.

Бактерицидные химиотерапевтические препараты отличаются от обыкновенных дезинфицирующих средств (напр. сулема) тем, что животные белки не только не ослабляют их действия, но часто даже усиливают его, вследствие повышения степени дисперсности, напр., производных акридинового ряда⁵⁾.

Отравление паразита следует признать за первичное влияние химиотерапевтического средства, а образование антител в теле хозяина—за вторичное действие того же препарата, потому что повышенное образование антител не является существенным моментом в механизме химиотерапевтического воздействия лекарств. Наиболее ценными с точки зрения химиотерапии являются вещества, относительно безвредные для хозяина и ядовитые для паразита⁶⁾.

Рассмотрим несколько примеров. Хинин при малярии действует не иммунным путем, а паразитотропным. Хотя хинин *in vitro* не убивает паразитов малярии даже в концентрации 1:500 в течение 3 часов, *in vivo* он препятствует заражению в течение 15—30 минут, будучи введен в концентрации 1:5.000 по отношению к общему объему крови. При промежутке времени в 1/2—6 часов от момента введения хинина до прививки, последняя оказывается действительной, только инкубация удлиняется до 25 дней. Если этот промежуток превысит 6 час. до 24 час., то заражение происходит с обычным инкубационным периодом⁷⁾. Заразительность

¹⁾ Laveran, C. r. 140.

²⁾ J. Morgenroth и R. Freund, Klin. Ws. 3, 53, 1924; Berg, Deut. Thierärz. Ws. 1925, № 24.

³⁾ W. Churschman, Stain. techn. 1, 27, 1926.

⁴⁾ Н. А. Смородинцев. Acta medica 12, 66, Харьков, 1926.

⁵⁾ Н. А. Смородинцев. Успехи биол. хим. 3, 67, 1926.

⁶⁾ W. Roehl, D. med. Ws 52, 2017 (1926).

⁷⁾ Г. Эпштейн и Б. Рубинштейн. Arch. Sch. Tr. 29, 76 (1925).

крови, содержащей плазмодии, несмотря на обработку ее хинином, приводили в доказательство непрямого действия хинина на возбудителей малярии. Однако опыт наставания хинина с кровью малярика не говорит против прямого действия препарата на паразитов. Процесс адсорбции обратим: циркулируя в крови, паразиты отмываются от хинина подробно тому, как напр., кокаин вымывается кровью из нервных окончаний. В одном случае прогрессивный паралитик подвергался предварительной, профилактической хинизации в течение целого месяца и малярия все таки привилась. Если месячная хинизация (перед прививкой) не предохраняет от заражения спустя 3 часа после последнего приема алкалоида, то, наоборот, 1 гр. хинина *после заражения* в корне уничтожает инфекцию. Этот факт указывает на прямой токсический эффект хинина на плазмодий и говорит против иммунного действия хинина.

Между тем как под «прямым влиянием» разумеют непосредственное соединение лекарства с клеткой паразита в смысле Р. Ehrlich'a, «непрямое действие» определяют различно. Некоторые полагают, что на плазмодий действует не сам хинин, а ядовитые продукты его превращения, образующиеся в человеческом организме. Однако, все попытки открыть в моче и кале какие-либо продукты превращения хинина оказывались безуспешными, с другой стороны, многочисленные и разнообразные производные *хинолина* не обнаружили целительного эффекта при малярии—эти факты свидетельствуют в пользу прямого действия неизменной молекулы хинина.

Другие авторы¹⁾ допускают, что хинин «активирует» иммунные способности организма, усиливает производство естественных антител, защитных тел. Если бы это предположение было справедливо, то подобным образом, кроме хинина, должны были бы действовать и другие средства, но таковых до сего дня не удалось найти.

Напротив, уже небольшие изменения в строении молекулы хинина (в $\text{C}_6\text{H}_5\text{ON}$ -группе) лишают его антималярийных свойств. Отсюда следует, что указанная группа является специфически гаптофорной²⁾.

Далее, предположение об иммунном действии опровергается тем фактом, что антитела, как правило, всегда образуются только против того вещества, по отношению к которому производится иммунизация.

Антитела должны были бы образоваться уже после первой дачи хинина и должны бы действовать долгое время без хинина, между тем практика показывает что для излечения малярии иной раз надо месяцами вводить хинин.

При опытах *in vitro*, которые выставлялись против теории прямого действия хинина, не учитывалась концентрация ионов водорода, которая весьма существенно влияет на активность хинина. Кроме того, эти опыты продолжались 12—24 часа, а организм подвергается воздействию хинина в течение многих недель и месяцев. Указанные факты говорят против теории иммунного действия хинина, но это не значит, что иммунные процессы вообще не принимают участия в самопроизвольном излечении малярии.

Возможно, что в этом деле первую роль играют не собственно иммунные тела, а вещества ферментативной природы.

Далее, ряд авторов (Nocht³⁾, Morgenroth⁴⁾, Halberkann⁵⁾ и др.) указывают, что 35—48% введенного хинина адсорбируются эритроцитами и отсюда он переходит на паразитов. Этот процесс, по аналогии с переходом амбоцетора, Morgenroth назвал трансгрессией. На основании этих данных он построил теорию о механизме действия хинина при малярии. Сначала происходит эктоглобулярная стерилизация плазмы или непосредственно, или путем трансгрессии. Параллельно идет и эндоглобулярная стерилизация. Наряду с этим возможно также не прямое действие: скапливаясь в эритроцитах, хинин служит причиной отрицательного химиотаксиса, препятствующего паразитам проникать в шарики—отсюда репульсивное влияние хинина—*репульсивная теория* для объяснения химиотерапевтического эффекта хинина при малярии.

¹⁾ P. Mühlens, Arch. Sch. Tr. 24, 173 (1920); P. Mühlens и W. Kirschbaum, Zs. f. Hygiene 94, 1 (1921); Arch. Sch. Tr. 28, 131 (1924).

²⁾ G. Giemsa, Arch. Sch. Tr. Beih. 30, 63 (1926).

³⁾ B. Nocht, Verh. kolon. Kongr. 1905, стр. 218.

⁴⁾ I. Morgenroth, D. med. Ws. 44, 961, 988 (1918).

⁵⁾ I. Halberkann, Biochem. Z. 95, 24 (1919).

Giemsa и Schumann¹⁾ решительно отрицают адсорбцию хинина эритроцитами: хинин, действительно, исчезает из циркулирующей крови, но в эритроцитах его совершенно нет, а в сыроворотке остаются только следы, так что репульсивная теория Morgenroth'a не имеет под собой почвы. Хинин поглощается из крови не эритроцитами, а эндотелием капилляров²⁾ преимущественно внутренних органов, а не периферических сосудов—в печени, селезенке, почках, легких, мозгу: проходя по капиллярам, паразиты отбирают у эндотелия хинин, который содержится там не в виде хлористой или сернокислой соли, а в форме карбоната с большей поверхностной активностью, более доступной для захвата хинофильными клетками. Plehn отмечает, что его теория не вяжется с наблюдениями Giemsa и Prowazek'a³⁾, согласно которым коллидии при равных количествах хинина лучше всего развиваются в эмульсии из тех органов, которые способны больше всего связывать хинин. На это надо указать, что 1) коллидии не плазмодии, 2) клетки *in vitro* вообще иначе относятся к хинину, чем *in vivo* и 3) ввиду прекращения циркуляции паразиты перестают приходить в соприкосновение с капиллярами. Успешность метода лечения малярии по Nocht'sy фракционированной стерилизацией организма малыми дозами хинина (5 раз в сутки) вместо однократной большей легче понять и объяснить с точки зрения теории фиксирования хинина капиллярами. Можно думать, что хинин, захваченный эндотелием, независимо от количества, через некоторое время постепенно переходит в такие места, где он разрушается. Когда хинин вводится дробными дозами, то у него имеется больше шансов воздействовать на паразитов; при дробных дозах относительно меньше хинина разрушается⁴⁾ без осуществления им его прямого назначения. Что касается самого способа воздействия хинина на паразитов, то его приписывают присущему ему свойству *радиоактивности*⁵⁾. Хинин специфически влияет на плазмодии малярии благодаря своей способности флюоресцировать. Циркулируя в крови, хинин буквально бомбардирует паразитов своими излучениями, напоминающими emanацию радия⁶⁾.

В отличие от этого действие „Bayet 205“ приходится отнести к непрямому, своего рода иммунному типу: *in vitro* это вещество почти не влияет на некоторые виды трипанозом, *in vivo* же оно проявляет колоссальную трипаноцидную силу, которая месяцами сохраняется в крови животного после впрыскивания этого препарата.

В некоторых случаях в организм вводится уже, так сказать, готовое трипаноцидное средство, но чаще оно постепенно приобретает целебные свойства под влиянием воздействия на него тканей организма и медленно *in vivo* переходит из неактивного в бактерицидное вещество, каждый раз при разных условиях. Сальварсан, напр., и препараты золота выгоднее вводить в менее концентрированных растворах, потому что окисление улучшает их активность, а препараты трехвалентной сурьмы предпочтительнее давать в более концентрированных растворах, потому что окисление понижает их целительный эффект⁷⁾.

После более или менее продолжительного настаивания при 37° растворов различных препаратов висмута в физиологическом хлористом натрии с равным объемом экстрактов из печени, селезенки, мозга и др. органов образуется осадок, одаренный сильными бактерицидными свойствами. Этот препарат назван бисмоксилем. Он обладает целебным и профилактическим действием при трипанозомозах и является терапевтическим агентом первого ранга при экспериментальном сифилисе у животных и сифилисе человека⁸⁾.

Существует мнение, что ретикулоэндотелиальная система играет важную роль в усилении целительных способностей многих химиотерапевтических препаратов. После повреждения ретикулоэндотелиальной системы у мышей, удаления селезенки, инфекция *recurrens* протекает более бурно и с повышенной смерт-

¹⁾ G. Giemsa и H. Schumann, Arch. Sch. Tr. 11, Beih. 3, 1907.

²⁾ A. Plehn. Arch. Sch. Tr. 13 Beih. 6, 145 (1909).

³⁾ G. Giemsa и S. Prowazek. Arch. Sch. Tr. 12, Beih. 5, 88, 1908.

⁴⁾ G. Giemsa, Münch. med. Ws. 74, 574 (1927); отд. отт.

⁵⁾ И. А. Смородинов. Русск. журн. троп. мед. 5, 583 (1927).

⁶⁾ Le Dantec. Journ. de méd. Bordeaux, 1924.

⁷⁾ H. Króó и Y. Mano, D. med. Ws. 53, 603 (1927).

⁸⁾ S. Nicolaïu, Recherches biochimiques sur le mécanisme d'action du bismuth dans les spirilleuses et les trypanosomoses. Thèse de Paris, 1925.

ностью, чем у нормальных мышей. Введение серебряного неосальварсана (1:350:600) в тех дозах, которые обычно вызывают стерилизацию, при повреждении ретикулоэндотелиальной системы ухудшает положение. Точно также и „205“, антимосан, триафлавин и др. препараты у мышей с блокированной ретикуло-эндотелиальной системой слабее действуют на трипанозом. Повидимому, подобное вмешательство ослабляет способность ретикулоэндотелиальной системы переводить неактивные *in vitro* агенты в бактерицидные *in vivo*¹⁾.

Бесспорно, что удаление селезенки, прямое или функциональное, влечет за собой заметное уменьшение профилактического и терапевтического действия лекарственных веществ. Это зависит от антиинфекционной способности самого органа, а не от того, что в ней накапливаются лекарственные вещества и затем постепенно пускаются в оборот²⁾. Другие авторы решительно отрицают, что ретикулоэндотелиальная система играет какую-нибудь особенную или даже решающую роль в действии химиотерапевтических агентов³⁾.

Нормальная сыворотка человека также обнаруживает трипаноцидные способности при введении мышам, зараженным трипанозомами. Это ее специфическое свойство. Его нельзя приписать простому раздражению (протеинотерапия), потому что впрыскивание белков, желчи, мочевины, а также сыворотки кролика, морской свинки, барана и др. животных остается недействительным. При нагревании до 62° трипаноцидные свойства человеческой сыворотки уничтожаются и не восстанавливаются от прибавления свежей сыворотки морской свинки. При сифилисе трипаноцидные свойства, повидимому, усиливаются. В отличие от германина, человеческая сыворотка не обладает способностью вполне уничтожать возбудителей⁴⁾ и стерилизовать организм мышей.

Трипаноцидные свойства нормальной сыворотки зависят от состояния печени. При здоровой печени они резко выражены, чем при заболевании этого органа⁵⁾.

На основании вышеизложенного не трудно прийти к заключению, что задача химиотерапии гораздо сложнее, чем фармакологии. Фармаколог довольствуется констатированием определенного эффекта изучаемого вещества на тот или другой орган или систему органов, а химиотерапевт должен разрешить проблему о механизме действия его, прямом, непрямом или комбинированном, и терапевтической ценности препарата.

Расовая патология и медицинская география.

Проф. М. М. Гран.

По поводу нового „Общества изучения расовой патологии и географического распространения болезней“.

22-го марта в Москве в помещении ЦЕКБУ состоялось учредительное собрание нового „Общества изучения расовой патологии и географического распространения болезней“.

Председательствовал на собрании проф. Д. Д. Плетнев; в программе учредительного собрания стояли два доклада: 1) проф. Н. К. Кольцова «Задачи Общества» — идеологическое обоснование задач нового Общества; 2) проф. В. В. Бунака «Что такое раса?» — первый вступительный научный доклад. Собрание привлекло большую аудиторию с широким участием профессуры, причем в аудитории объединились два фронта: клиницисты и, мы сказали бы, социальные биологи. Мы отметили бы, судя по первым двум докладчикам с крупными именами, что новое Общество рождается из недр двух Обществ — евгенического и антропологического, как развитие и некоторое дочернее ответвление, и посвящено конкретной, актуальной и специальной задаче проблеме „расовой патологии и медицинской

¹⁾ C. W. Jungeblut, *Zs. f. Hygiene* 107, 357 (1927); A. Feldt и A. Schott, *ibidem*, 453.

²⁾ И. Л. Кричевский, *Zs. Immun.* 53, 506, 1927.

³⁾ H. Schlossberger, *Cbl. f. Bakter. Orig.* 110, 210, 1929; отд. отд.

⁴⁾ P. Adams, *Zs. Immun.* 58, 459, 1928.

⁵⁾ F. Munster, *Klin. Ws.* 4, 1927, 1925.

географии*. Расовая патология и медицинская география могут трактоваться и как самостоятельные проблемы, но в данном случае они сознательно увязывались и связывались: по крайней мере так это вытекало из доклада проф. Н. К. Кольцова.

Нарождение нового Общества надо безусловно приветствовать по многим причинам общего порядка и порядка нашего русского, советского. Расовой биологии и патологии в Европе и Америке уже давно уделяется много внимания; проблема эта ставится широко в связи с конституцией, наследственностью, антропологией, евгеникой; вводятся новые методы изучения в этой области; в Зап. Европе и Америке выпускается большая монографическая и периодическая литература в данной области.

Но мы знаем, что во всем этом большом научном движении в этой области в Зап. Европе и Америке имеются не только светлые потоки, но и мутные ручьи: мы знаем, что в Германии, Англии, Италии и Америке есть определенно ложные националистически-шовинистические уклоны и направления в этой научной области; например, попытки доказать, что кровь определенных рас и наций имеет „дегенеративный“, „патологический“ характер (кровь „черная, белая, голубая“); в области изучения генетики („родословных“) — есть та же тенденция выявлять „низшие“ и „высшие“ расы и популяции. Нам известна точка зрения проф. Гротьяна и Хайеса (Берлин), которая выражена в формуле: „нам нужен научный Институт расовой медицины и гигиены, хотя бы для того, чтобы противопоставить национально-шовинистическому подходу к изучению вопросов расы — истинно научные объективные методы исследования“. Мы отмечаем это лишь для того, чтобы подчеркнуть, насколько данный вопрос актуален, важен и серьезен, настолько он требует к себе особо серьезного, осторожного и вдумчивого подхода.

А в то же время этот вопрос надо считать особо актуальным в Советской стране, в Советской республике при том разнообразии рас и национальностей, которые заселяют Советский Союз. В связи с этим мы сказали бы, что проблема расовой биологии и патологии в Советском Союзе является одной из наиболее жизненных, практических, которая должна к себе приковывать внимание антропологов, социологов, биологов, клиницистов и широкой массы врачей — лечебников, клиницистов — особенно тех, на долю которых выпадает работа в районах и областях, заселенных нацменьшинским населением. В частности это касается и нашего Казанского края.

Но повторяем с тем большим вниманием, осторожностью и вдумчивостью нам приходится подходить к вопросу об изучении расовой биологии и патологии.

И эта вдумчивость должна относиться главным образом к программе работ нового Общества, а еще более важно к методологии, которая будет положена в основание работ.

В этом смысле доклад проф. Н. К. Кольцова, причитанный на учредительном собрании, как «программно-идеологический» вызывает и ставит ряд вопросов.

Проф. Кольцов правильно отметил во вступительной части своего доклада, что термин «раса» не отражает определенно ограниченного понятия в биологическом смысле; этот термин ныне склонны заменять термином «популяция», желая этим отразить комплексную группировку известных коллективов населения, связанных между собой генетически и биологически в определенных комбинационных сочетаниях. Этот факт особенно осложняет вопрос о методологии изучения расы, расовой биологии и патологии.

При этих условиях нам кажется, что схема, нарисованная проф. Кольцовым для начала работ нового Общества, вызывает ряд вопросов и сомнений.

Последнее лето проф. Кольцов провел в экспедиции по Туркестану. Наблюдения и собеседования с местными врачами и натолкнули его на ряд тем, которые он и предлагает для начала положить в программу работ нового Общества; темы эти, к примеру, таковы:

1) Аппендициты в расовом распространении. Эта тема фиксируется проф. Кольцовым с точки зрения расово-эмбриологической. Аппендикс — рудиментарный орган; как протекает регрессивно-атрофический процесс этого рудиментарного органа в различных расовых «популяциях»?

2) Эндемический зоб, его распространение в расово-биологическом разрезе.

3) Инфекционно-эпидемическая заболеваемость также в нормально-расовом разрезе в связи с иммунитетом, биологически-защитными средствами организма.

Таковы — к примеру — темы, выдвигаемые проф. Кольцовым. Но интересно: он тут же оговаривает, что, например, туберкулез он был бы склонен по-

крайней мере на первых порах—исключить из числа тем, связанных с «расовой» патологией ввиду трудности, сложности, запутанности этой проблемы, хотя эту социальную болезнь очень многие прежде всего освещают в связи с «конституцией» —разрез казалось бы более всего расовый.

Нам кажется, что такой именно подход проф. Кольцова к изучению расовой патологии более всего вызывает ряд вопросов и сомнений. Нам кажется, что намеченные темы, по крайней мере об аппендиците и зобе, являются в расовой патологии более всего эпизодическими, фрагментными темами. Более широкой темой «расового» порядка является тема об инфекционных заболеваниях в связи с иммунитетом. Менее всего должна бы вызывать страх тема о туберкулезе (также же страх вызывает у проф. Кольцова и тема о сифилисе среди нацменьшинств), ибо эти темы действительно сложные, трудные и запутанные а priori—более всего могут быть связаны с расой, также как они связаны и с социальными условиями. На этих именно темах более всего, казалось бы, можно и должно сравнительно выявить роль фактора расового и социального, дифференцировать роль того и другого, определить—какой из них доминирующий.

Все эти соображения клонятся лишь к тому, чтобы сказать, что вопрос о начале работ нового Общества, программы его деятельности и методологии, которая будет положена в основание работ нового общества, должен быть проработан шире и глубже.

Что касается задач Общества в области изучения «географического распространения болезней», т. е. «медицинской географии», то вопрос этот также является исключительно актуальным. Он безусловно связан и с вопросом расовой патологии, но он может трактоваться и самостоятельно. В области «медицинской географии» —мы должны до некоторой степени «реставрироваться». В истории Европейской и Русской медицины «медицинская география» когда-то занимала очень солидное место. Правда, теперь и в плановом, и в установочном смысле, и методологически (статистически) к «медицинской географии» надо подходить иначе, чем в далеком прошлом. Но во всяком случае и эта часть задач нового Общества должна фиксировать на себе особое внимание.

В заключение мы хотели бы приветствовать новое Общество и сказать, что для нашего Казанского края с его большим нацменьшинским населением оно представляет особый интерес.

По городам Германии.

Проф. М. Дыхно.

В план моей поездки по Германии входило ознакомление с достижениями в области благоустройства и санитарной техники городов, а также с практическими достижениями в области социально-гигиенического обслуживания населения Германии, сосредотачивая при этом свое внимание на тех сторонах жизни ее, которые могли бы быть полезными для СССР.

Внимательно присматриваясь к жизни Германии, видим всюду интенсивную работу по заживлению ран, нанесенных войной. Выйдя из той трясины, в которую попал после войны, Германия за последние годы быстро идет вперед, несмотря на ряд ограничений и тягот, навязанных ей мирным договором. Однако при наличии громадных успехов в области своего возрождения, экономическое положение Германии еще не достигло довоенного уровня. В ней свыше 2 миллионов безработных, а вместе с членами их семейств и временными работниками количество это переходит за 10 миллионов, т. е. почти одна седьмая населения. Питание населения еще не достигло довоенного уровня, жилищные условия тяжелы и в качественном и количественном отношениях. В области охраны здоровья населения Германия за последние годы сделала много, проводя в жизнь ряд существенных санитарно-профилактических мероприятий, развертывая интенсивно профилактические учреждения, пропагандируя среди населения идеи охраны здоровья. Уход за здоровьем проникает во все поры жизни жителей Германии всех возрастов, особенно ее молодого поколения. Нигде я не видел такого движения к воде, как в Германии. В окрестностях Берлина в праздничные дни озера Wannsee, Müggelsee привлекают массу людей несмотря ни на какую погоду. Гребной спорт чрезвычайно развит

и лодки-поскодонки, легко разнимающиеся и складывающиеся, в огромном количестве снуют по воде. В окрестностях городов всюду, в лесах, в горах, лугах и полях, встречаются толпы пешеходов и группы велосипедистов; в садах, парках в громадном числе разбросанные открытые бассейны и солнечные площадки привлекают массы городского населения. Чрезвычайно широко развиты в праздничные дни речные и морские прогулки: по Эльбе, Рейну и Немецкому морю сует масса кораблей с переполненными пассажирами, ищущими отдыха и здорового воздуха. В Германии всяческими путями поощряются меры по укреплению физического здоровья населения, этой основной мощи страны.

Среди рабочих и служащих, огромное распространение получило движение „Конец недели“, движение, имеющее несомненно большое социально-гигиеническое значение. Основная цель движения—организовать отдых в период времени от конца рабочего дня, субботы, до начала его—понедельник—без какого-либо напряжения своего бюджета. Движение это в настоящее время приняло огромные размеры. К какому бы крупному городу ни подъехать, видны на громадном расстоянии разбросанные садики-беседки, ласкающие глаз яркими красками своих цветов, это так называемые „шребервские рабочие домики“, созданные по инициативе доктора Шребера; они группируются обычно в объединения с различными флагами, характеризующими политическое настроение жителей этих поселений. Еще в 1900 году таких садилов-беседок было всего 800, а в настоящее время вокруг одного только Берлина их имеется около 160 тыс., в которых отдыхает более полумиллиона человек. Началось это движение со стремления родителей вывести на время своих детей из тесных и душных городских квартир на простор, поближе к вольному воздуху полей, а за детьми потянулись и родители. Нужно видеть с какой любовью и заботой обсаживают семьи цветами, фруктовыми деревьями и овощами маленькие кусочки земли, величиной в 50—100 метров, полученные за низкую арендную плату.

Однако, если присмотреться внимательно к этим многочисленным домикам-беседкам, нельзя не заметить, что многие из них приспособлены не только для летнего, но и для зимнего пребывания. И действительно, можно скоро убедиться в том, что в них живет круглый год немалая часть рабочего населения. И это потому, что в Германии тяжело для рабочего населения разрешается жилищный вопрос. Несмотря на огромное жилищное строительство жилищный кризис далеко не разрешен. В Мюнхене, напр., 30% населения живет в однокомнатных квартирах, 48% занимает максимум две. Особенно тяжело разрешается жилищный кризис в городах Рурского бассейна. Промышленные города из-за перенаселенности и быстрого роста не могут удовлетворять жилищной потребности населения. Как растет население города, приведу для примера данные по Берлину: перед войной население Берлина доходило до 3 миллионов, а сейчас 4180000, из них только 40% уроженцев города. Для того, чтобы вместить эту массу населения Берлин с 1924 г. стал Gross-Берлин: включил в себя 93 общины, окружавшие старый город, довел площадь до 874 кв. километров. В настоящее время Берлин, среди крупных городов мира, стоит на 5-м месте, площадь его в 3½ раза превышает площадь современной Москвы.

Недостаток в жилищах в Германии исчисляется в миллион квартир. Для удовлетворения жилищной нужды Германия должна ежегодно строить 150.000 квартир, и она за последние годы строит это число. Так, в 1924 г. построено 106502 кварт., домов 49413; в 1925 г. кварт. 118930, дом. 82380; в 1926 г. кварт. 205793, дом. 89204. Какие дома строятся в настоящее время в Германии? Идет строительство как высоких, так и низких одноэтажных домов. Все зависит от стоимости земли. Земельная политика Германии, как известно, свято охраняет основу собственности и земля является частью таковой, служа средством наживы и спекуляции. Частые усилия городских самоуправлений развить свое земельное хозяйство развиваются о барьер собственников на землю. На периферии городов свыше 80% жилищного строительства осуществляется по линии мелких домов. Для развития таковых имеется ряд реальных предпосылок. На первом месте является глубокое сочувствие немецкого населения идеям Говарда, строительства городов-садов. Еще до войны эта идея находила в Германии свое реальное осуществление. Так, в окрестностях Дрездена в 1912 году был создан город-сад Heideau в окрестностях Гамбурга—Wandsbek. Обследования жизни населения городов-садов показали благоприятное влияние их на развитие детского населения: вес, рост и физическое состояние. Для развития городов-садов немаловажное значение приобретает скорость и удобство городских путей сообщения. Чрезвычайно ценный материал для осмот-

гров в Берлине и его окрестностях дало жилищное строительство в Нейкельне, Целлендорфе, Шпандау и др. В жилищном строительстве как Берлина, так и других городов мы встречаем много интересного и поучительного. Техническое усовершенствование, механизация и быстрота постройки нас часто поражают. Следует также отметить красоту построек, их простоту, изящество стиля, зеленые площадки при домах, образцовое санитарное оборудование жилищ, удовлетворяющее всем гигиеническим требованиям, максимальное обеспечение естественным освещением не только жилых комнат и кухон, но и передних и уборных. Заслуживает внимания также и то, что при постройке домов 50% площади оставляется под устройство дворов-садов, обеспечивающих вентиляцию, освещение квартир и служащих местом отдыха для взрослых и игр для детей. Выстроенный дом — большое украшение улицы, особенно, когда он еще украшен разнообразными цветами на окнах и балконах, что так любят немцы. В текущем году в Берлине функционировала выставка образцов жилищ различных по типу и размерам, сооруженная группой крупных немецких архитекторов. Выставка «Строительство и жизнь» (Bau und Wohnen) была представлена 35-ю домами в 150 квартир разнообразной величины и заключала в себе все решительно удобства, необходимые для жизни. Поставив себе задачу построить небольшие, но удобные и красивые квартиры, большинство архитекторов справились с ней, доказав, что все культурные удобства могут быть использованы и устроены независимо от площади квартир.

Но разрешает ли идущее интенсивно в Германии строительство жилищные нужды рабочего населения? На этот вопрос приходится ответить отрицательно. Рабочий не в состоянии платить даже среднюю цену за квартиру, не говоря уже о большом вступительном взносе при въезде в нее. Даже и для служащего непосильны высокие цены за квартиру. По данным отдела государственного страхования $\frac{1}{3}$ служащих в Германии получает заработок меньше 100 марок, что на наши деньги составляет 45 руб., следующая треть зарабатывает от 45 до 85 рублей. Вот почему повсегда идут в расчет в качестве квартирантimateлей эти две группы служащих, вот почему несостоятельная часть рабочего населения живет круглый год в вышеописанных домиках-беседках, приспособляя их к зимнему жилью, не говоря уже о лишенных и этого крова, бездомных и безработных, наполняющих ночлежные дома, ночующих часто на улицах, скверах и садах!

Заслуживает особого внимания внешнее благоустройство городов Германии — чистота улиц и площадей, обилие садов и парков, колоссальное движение пешеходов и автомобилей, трамваев, автобусов и велосипедов. Нигде мне не приходилось видеть такого огромного движения на улицах как в Берлине, особенно в часы, когда начинается и кончается работа в учреждениях. Чтобы дать некоторое представление об этом, приведу такой пример: в один из июньских дней в 1927 г. было подсчитано, сколько проезжает и проходит пассажиров через площадь Potsdamer-Platz, и оказалось: проехало 1753 трамвая, 11584 грузовика, 1169 автомобилей, 1430 велосипедистов, 383 мотора и проч. всего в сумме 24000, пешеходов прошло 175000. Обилие автомобилей, растущее в городах с головокружительной быстротой, переполняет улицы, внося элемент чрезвычайного оживления в уличное городское движение. Регулируется уличное движение автоматически вспыхивающими красными, зелеными и желтыми сигналами. На людных площадях и перекрестках улиц стоят также рослые шпунданы, управляющие уличными движениями, точно дирижеры оркестром. В деловые часы дня быстрым способом передвижения по городу являются подземные и надземные железные дороги, переносящие пассажиров из одной части его в другую. Особенно быстро идет движение подземных электрических поездов, выбрасывающее каждые $1\frac{1}{2}$ минуты громадные толпы на улицы центра. Вторым по скорости способом передвижения являются надземные железные дороги. По улицам, на высоте 2—3 этажа домов, проложены железные виадуки, по которым с грохотом и шумом проезжают каждые 5 минут поезда. Наконец, Берлин имеет электрический трамвай и свыше 700 автобусов, соединяющие все части города по всем его направлениям. Все вышеуказанные пути сообщения не только быстро, но и дешево переносят пассажиров из одной части города в другую, причем интересно отметить, что, взяв билет в одной части города, можно в течение 2-х часов его использовать и ехать любым путем и на какое угодно расстояние только в одном направлении. Нельзя не отметить здесь и подводный тоннель в Гамбурге под р. Эльбой, быстрый и удобный путь сообщения.

Одним из крупных достижений городов Германии в области благоустройства является образцовое состояние мостовых. В вечерние часы асфальтовые мостовые,

залитые электрическим светом, кажутся как бы отполированными. Опрятные и прочные мостовые мы находим также и на окраинах городов. Замоещение улиц поддерживается всегда в должном порядке специальным штатом людей, в самом начале устраняющим малейшую порчу. Пневматическими сверлами место порчи откалывается, выравнивается край, засыпается асфальтом, трамбуется, укатывается, разглаживается и быстро все приводится в прежний вид. Прессованный асфальт в Германии в настоящее время является преобладающим видом существующих асфальтовых мостовых. Нагретый на асфальтовом заводе порошок переправляется на место производства работ, укладывается равномерным слоем на бетонном основании, легко утрамбовывается, укатывается горячим ручным катком, и затирается нагретыми металлическими утюгами. Такая мостовая служит 15—20 лет. Помимо асфальтовых мостовых в Берлине в настоящее время с его 23-мя миллионами кв. мет. замощенной площади улиц и площадей 60% составляют каменные мостовые. Каменная мостовая, брусчатка из твердых пород, особенно распространена в других городах Германии. Камни укладываются со тщательной пригонкой их друг к другу по основанию, покрытому бетоном или песком, швы между камнями заполняются горячей смолой, благотворно влияющей на прочность и санитарное состояние мостовых. В том же образцовом состоянии, как и мостовые, находятся тротуары, имеющие обычно ширину соразмерную с пропускной способностью данной улицы. В новых частях городов нередко можно встретить между улицей и тротуаром свободное место утрамбованной земли для велосипедной езды. В Германии велосипед сделался буквально средством передвижения рабочих и крестьян. На велосипеде едет на базар кухарка, на работу и с работы рабочий, в поле и с поля крестьянка; этому, конечно, способствуют прекрасные пути сообщения как в городах, так и вне их.

Нельзя не коснуться в двух словах освещения. Совершенно исключительное зрелище представляют крупные города Германии, особенно в центральных их частях, в вечерние часы. Перед вами льются потоки света, часто не видны контуры домов. Стены служат наводкой для световых подвижных реклам, которые имеются всюду: на вывесках, домах, тротуарах, стенах, в окнах магазинов и в воздухе.

Устройству садов, парков и скверов немцы уделяют большое внимание: они смотрят на них не только с точки зрения удовлетворения художественно-воспитательных задач, но и санитарно-гигиенических, так как, по их мнению, нельзя создать здорового жилища, не окружив его достаточной зеленой поверхностью. Первое место в этом отношении принадлежит Дрездену, имеющему громадную площадь, занятую зелеными насаждениями. Знаменитый Дрезденский большой парк с его богатейшими садовыми устройствами, прекрасными аллеями и цветниками, привлекает внимание всех приезжающих. Немало сделано также в этом отношении Берлином, который имеет в самом центре города Тиргартен, разбитый на месте существовавшего когда-то здесь дремучего леса, еще до сих пор сохранившийся в некоторых местах вековые деревья различных пород. Немалую площадь занимает система зеленых насаждений и в Мюнхене с его знаменитым английским парком, обилием красивых, быстро несущихся горных потоков и живописными ландшафтами. Но особенно прельщают глаз зеленые насаждения Гамбурга с его обилием скверов, садов и парков. Поражает своей красотой недавно открытый городской парк с прекрасными цветниками, свободными для прогулок и отдыха зелеными лугами, аллеями, художественными статуями на них, искусственными озерами и пляжами для детей. Нельзя не отметить сказочной красоты Ольсдорфского кладбища в Гамбурге с его парком и лесом, привлекающим население города для отдыха и прогулок. Могилы на кладбище не видны, они спрятаны за тенистыми деревьями парка.

Коснусь кратко водоснабжения. Снабжение населения водой является жизненной необходимостью каждого города, и в Германии этому вопросу городские муниципалитеты уделяют большое внимание. Со времени окончания войны в больших немецких городах потребность в воде значительно повысилась, приблизительно на 10—25% на душу населения. Коснусь некоторых из осматриваемых установок по водоснабжению. Как известно, в Берлине одновременно с образованием Gross-Berлина образовалось центральное управление водопроводов—Городское акционерное общество, фактически муниципализировавшее все дело в своих руках, снабжающее свыше 3-х миллионов жителей водой; остальную часть населения, снабжает частное Акционерное Шарлотенбургское общество, имеющее наиболее новую водопроводную станцию, получающую воду из залеженных вблизи озера Havel более 50 трубчатых колодцев в 15—30 метров глубиной. Вода из них собирается

в сборный колодец станции, откуда подается в здание очистки для выделения бо-
гатых железистых соединений путем аэрации и последующего удаления их путем
фльтрации на быстродействующих американских фильтрах; после очистки вода
попадает в резервуар емкостью в 800 тыс. ведер, откуда машинами перекачи-
вается в распределительную сеть. Следует отметить, что из сети более отдален-
ных скважин вода направляется в сборный колодец при помощи электромашин,
расположенных под землей на расстоянии 3 километров от водопроводной станции.

Осмотренная в Дрездене водопроводная станция Saloppe расположена на
берегу реки Эльбы, она пользуется береговой, грунтовой водой, богатой органиче-
скими веществами и магниезальными солями, на станции вода подвергается смяг-
чению и хлорированию при помощи газообразного хлора аппаратами Орнштей-
на. Для смягчения вода проходит через камеры, засыпанные гипсом, после чего
становится прозрачной. В настоящее время город Дрезден приступил к оборудо-
ванию новой станции для добывания грунтовой воды в окрестностях Pilmitz. Инте-
ресно коснуться также водоснабжения Гамбурга, питающего жителей города водой
реки Эльбы; здесь работают по сию пору классические гамбургские открытые
английские фильтры. Речная вода при помощи нагнетательных машин после пред-
варительной коагуляции направляется в сборные резервуары емкостью в 300 тыс.
куб. метров. Отсюда она направляется на 22 песочных английских фильтра с по-
верхностью каждого 7650 кв. метр., а затем двумя трубопроводами после дезин-
фекции газообразным хлором направляется в водохранилище, откуда перегоняется
в городскую распределительную сеть. Однако, помимо речной воды Гамбург снаб-
жает жителей уже на 75% грунтовой водой, постепенно сокращая снабжение го-
рода водой реки Эльбы.

Нельзя здесь не отметить всего значения в деле изучения вопросов водо-
снабжения и очистки сточных вод Прусского санитарно-гигиенического института
(Die Preussische Landesanstalt für Wasser Boden und Lufthygiene) и музея инсти-
тута по канализации очистки сточных вод и водоснабжения. Задачи института:
научное разрешение вышеуказанных вопросов, педагогическая деятельность и кон-
сультация местам.

Заслуживает изучения постановка дела удаления и очистки сточных вод
в Германии можно ознакомиться с самыми разнообразными методами очистки.
В Берлине, например, функционируют самые крупные во всем мире поля ороше-
ния, занимающие площадь около 10 тысяч гектаров. Общее количество сточной
жидкости в год превышает 100 миллионов куб. метров, составая в среднем в день
более 25 миллионов ведер. Сточная жидкость на полях предварительно проходит
через осадочные бассейны и жиroleвки, а затем распределяется по полям ороше-
ния. Дренажные каналы идут в шахматном порядке, вывод очищенную через
почву воду, в реку Шпрее. На полях орошения до последнего времени
возделывались полевые и огородные растения. В настоящее время, в связи
с развитием молочного хозяйства, поля орошения широко используются под
заливные луга. В Берлине функционирует также новейшая очистительная
станция в Вассмансдорфе, обслуживающая пригороды Нейкельн и Шенеберг. Эта
станция является грандиозным сооружением для предварительной очистки сточных
вод, которые направляются отсюда на поля орошения. Станция состоит из девяти
очистительных бассейнов, устроенных по типу Эмшеровских колодцев. Перегнив-
ший ил из гнилостных камер перекачивается на осушительные площадки, где
после высыхания идет на удобрение полей. Интересным является добывание из
перегнившего ила горючего болотного газа, обладающего двойной теплотворной
способностью по сравнению с светильным газом.

В Дрездене удалось ознакомиться с городской канализационной станцией в Ка-
довице, где происходит механическая очистка предварительно освобожденных от
крупной части сточных вод при помощи аппаратов-сит Риндша. После очистки
воды спускают в Эльбу. На случай эпидемии имеется хлоратор Орнштейна.
Общее внешнее впечатление от станции самое лучшее. Поучительной является
очистка сточных вод в Лейпциге. Здесь широко применяется хлорирование воды
при помощи газообразного хлора. Сточные воды достигают 100 тыс. куб. метров
в сутки, имеют гнилостный запах из-за отсутствия правильной канализации го-
рода. Правда, установленные хлораторы системы Орнштейна, как указывают
данные исследования станции, приводят к уменьшению загнивания, устранению
запаха и уменьшению содержания бактерий, все же постоянные жалобы на загряз-
нение рек Elster и Luppe заставляют очистительную станцию сточных вод прово-
дить опытную установку и с другими методами очистки, напр., аэрацией с активи-

рованным илом. Поражает грандиозностью замыслов очистка сточных вод Мюнхена. Между городом и акционерным обществом Средне-изарских силовых станций состоялось соглашение, по которому общество должно использовать энергию городских сточных и дождевых вод для гидроэлектрических станций. В настоящее время уже закончены очистные сооружения для предварительной механической и биологической очистки вод. Они состоят из очистительной станции, двух проточных бассейнов для выравнивания суточного количества сточных вод, дюкера под рекой Изар, главной насосной станции, напорного трубопровода и системы биологических прудов. Канализационные воды до поступления на станцию предварительной очистки проходят через песочник, откуда текут в распределительные каналы очистительной станции, состоящей из 16 бассейнов, имеющих каждый по два отстойника и камеру для перегнивания ила. Сухка ила происходит на особых площадках, расположенных в ближайшем соседстве со станцией, куда перегнивший ил перекачивается насосной станцией. Высушенный ил употребляется в качестве ценного удобрильного материала на прилегающих к станции полях. Как все новейшие очистительные станции, Мюнхенская станция снабжена приспособлениями для собирания болотного газа. После предварительной очистки на очистительной станции сточные воды поступают самотеком сначала в первый проточный бассейн, а затем через дюкер под Изаром во второй. Отсюда они подаются насосной станцией через напорный трубопровод в очистные биологические пруды, занимающие площадь приблизительно в 300 гектаров. К очищенным сточным водам прудов прибавляется чистая вода из рабочего канала реки Изар. Согласно расчета пруды должны давать в год около 7000 пудов рыбьего (карпов) и 3000 пудов утиного мяса, не говоря уже о той громадной энергии, которая может быть использована гидро-электрическими предприятиями акционерного общества «Средний Изар».

Интересны сооружения по очистке сточных вод в гор. Эссене, находящемся в центре Рурского бассейна. В этой области текут две реки—Эмшер, принимающий в большом количестве сточные и фабричные воды, сильно загрязняющие его, что делает невозможным использование его для питья,—и река Рур—менее загрязненная, служащая для целей водопользования. Задача очистительных сооружений двух акционерных обществ, работающих в г. Эссене—перерабатывать сточные воды так, чтобы они не загрязняли вышеуказанных рек. Осмотренные мною некоторые очистительные станции того и другого общества привлекают своей простотой, чистотой содержания и новейшими техническими усовершенствованиями. Здесь можно ознакомиться с методом очистки сточных вод при помощи аэрации с активированным илом и техникой получения газов из гнилостных камер. Интересно отметить применение, с целью увеличения добычи газа, искусственного обогрева гнилостных бассейнов, расположенных не в земле, а над уровнем ее и выше отстойников. Осаждающийся в последних ил предварительно нагревается в особом резервуаре и при помощи насоса перекачивается в расположенную выше гнилостную камеру. Таковы наиболее важные санитарно-технические сооружения из области городского благоустройства.

Нельзя не отметить высоко поучительного значения выставки в Дрездене «техника города» (Technische Stadt), посвященной вопросам коммунального благоустройства. Экспонаты, модели, диаграммы, таблицы, представленные на выставке городами всех концов Германии, давали интересный материал для ознакомления с новейшими достижениями в области городского благоустройства и санитарной техники. Так, в отделе водоснабжения была наглядно продемонстрирована работа водокачек, выставлены новейшие типы водомеров. В отделе канализации были выставлены чрезвычайно демонстративные модели различных методов очистки сточных вод. Очень много нового и интересного имелось в отделе очистки улиц и удаления мусора, как-то: специальные типы автомобилей для поливки и чистки мостовой, вывоза мусора, модели мусоросжигательных печей. В отделе отопления демонстрировались все виды его, начиная от простой печи и кончая центральными станциями отопления районов города. На выставке можно было изучить всевозможные случаи применения электрической энергии в городском и домашнем хозяйстве, а также и в промышленности. В газовом отделе имелись прекрасные модели газовых заводов и их оборудования, знакомящие с проблемой широкой газификации Германии. В отделе дорожного хозяйства интересны были выставленные всякого рода типы современных дорожных строительных машин, а также модели подземных сооружений благоустроенного большого города.

Но еще более поучительным является «Немецкий Музей» (Deutsches Museum) в Мюнхене с его неисчерпаемыми по богатству коллекциями по всем отраслям

техники. Глубокая разработка проблем, максимальная наглядность экспонатов привлекают сюда и крупного специалиста, и массового посетителя. Здесь развитие техники удалось показать на оригинальных приборах и машинах. В музее имеются подъемные машины современных шахт, паровые молоты современных металлургических заводов, паровоз в натуральную величину в разрезе. Многие машины и приборы приводятся в действие самим посетителем. Всюду имеются к ним понятные модели, чертежи, объяснительные таблицы. Отделы горного, рудного дела, металлургии, металлообрабатывающей промышленности, силовых и паровых машин дают возможность проследить все развитие техники в Германии. Интересно представлены отделы средств сообщений по суше, воде и воздуху. Очень наглядным здесь является отдел дорог.

Здесь ясно видно, в какой зависимости от состояния путей сообщения находится высота культуры того или иного времени. Детально представлены модели устройств улиц и способы мощения современных больших городов и средства сообщения в них, модели из области судоходства и мореплавания. Водоснабжение, канализация, освещение и городское строительство особенно привлекали мое внимание. Нет никакой возможности даже в отдельной статье охарактеризовать подробно другой отдел Музея—отдел науки, бесконечно богатый своими объектами.

Оригинальные приборы дают возможность посетителям ознакомиться с прошлым науки и оценить ее современные достижения. Не имея возможности более подробно остановиться на достижениях Германии в области санитарной техники и вопросов городского благоустройства, перехожу к краткому изложению интересовавших меня отделов питания. Нужно сказать, что проблема питания тяжело разрешается для рабочего населения Германии. Официальные данные показали, что в 1926 г. потребление пищевых продуктов в Германии равнялось 14,9 миллиардам марок, вместо 18 мил. в 1913 г., т. е. имело снижение на 17%, причем индекс пищевых продуктов повысился на 51,9%. Уменьшение потребления сказалось на продуктах первой необходимости: по хлебу снижение с 160 до 152 килограмм на душу в год, т. е. на 5%, а по маслу еще более—вместо 6 килограмм в 1913 году потребляется 5 килограмм, т. е. уменьшение на 16%, причем надо иметь в виду, что нормы 1913 года нельзя считать вполне удовлетворительными. Это повело к уменьшению среднего количества калорий, получаемых одним человеком в сутки: довоенная норма была 3200 кал., теперь—2470.

Все это является следствием слабого развития производства продовольственных продуктов внутри страны, а между тем германское правительство не может пойти на свободный ввоз предметов продовольствия как по мотивам валютным, так и по мотивам внешней и внутренней политики. Вот почему, проводя последовательное увеличение ввозных пошлин на продовольственные продукты, оно стремится сократить их импорт и уменьшить почти в два раза бюджет по сравнению с довоенным временем (4 миллиона марок на ввоз пищевых продуктов в 1927 г. против 2,1 в 1913 г.).

Основная задача Германии—удешевить питание населения. Весь вопрос в том, каким путем это сделать. Германия идет по пути механизации производства пищевых продуктов, его централизации и замены одних продуктов другими меньшей ценности. Значение централизации можно изучить на молочном снабжении. Следует отметить, что до войны Германия выпивала до 20 миллиардов литров молока, а сейчас выпивает меньше половины этого количества. Молочное дело в крупных городах Германии, с целью его удешевления, более широкого потребления и контроля над качеством молока, централизовано. Мною осмотрены молочные станции в Дрездене, Дюссельдорфе, Нюрнберге, где ежедневно перерабатывается до 50—150 тысяч литров молока. Им снабжается, приблизительно, 70—90% населения. Доставленное на молочные станции вышеуказанных городов молоко подвергается в центрофугах предварительной очистке, пастеризуется, далее охлаждается до низкой температуры, а затем разливается механическим путем в стерилизованные бутылки, механически также закупоривается и сохраняется при температуре 4 градусов. В таком виде молоко поступает в продажу. Часть молока идет на изготовление масла, сыра. Бидоны моются механическим путем.

Немецкое население испытывает также недостаток в масле. Раньше маслом снабжала Германию Сибирь, сейчас Голландия и Дания. Однако, масло дорого, своего масла мало, почему оно не может служить продуктом широкого употребления. Его заменяет маргарин. У нас к маргарину существует предубеждение. Конечно, надо сказать, это не масло, но Рама-маргарин, приготовляемый в Гамбурге—продукт, несомненно, имеющий питательную ценность. Я видел в Гамбурге

первую в мире маргариновую фабрику, выпускающую более полмиллиона фунтов маргарина в день. Он готовится из всевозможных сортов растительных масел с прибавлением животных жиров и молока. Смесь плотного кокосового или пальмового масла и различных видов растительных и рафинированных жиров смешивается с пастеризованным (т. е. нагретым до 64° в течение $\frac{1}{2}$ часа) молоком. Эмульгированная смесь подкрашивается сухим яичным желтком, отпрессовывается на ребристых вальцах, солится, уплотняется, а затем механическим путем нарезается на фунты. Количество воды в маргарине не более 15%, все остальные — жиры. Все на фабрике механизировано. Маргарин, вырабатываемый в Гамбурге, представляет собой крупное завоевание в области жировой промышленности и широко потребляется по всей Германии, конкурируя по цене с маслом.

Для ознакомления с постановкой дела снабжения населения здоровыми мясными продуктами, мною были осмотрены бойни и рынки Берлина, Дрездена и Мюнхена. Из боен особенно сильное впечатление произвели на меня общественные бойни в Дрездене. Сооруженные в 1905—1906 году, они представляют наиболее усовершенствованный тип постройки, удовлетворяющий всем современным требованиям ветеринарной (и санитарной) науки и холодильного дела. К главнейшим особенностям следует отнести строго выдержанный план расположения на территории боен всех специальных зданий, собственно боен, идущих параллельными рядами и перпендикулярно к продольной оси холодильника, образуя между ними соединительную галлерею. Через нее идет быстрый транспорт мяса из боен по подземным путям в холодильники и равно для погрузки его. Постройки боен, предназначенные для выгрузки, содержания и продажи скота, залы для убоя скота и разделки туш содержатся в прекрасном санитарном состоянии. В таком же виде находятся и подсобные заводы для проработки и утилизации отбросов убоя. Заслуживает внимания механическое оборудование убойных зал со всякого рода приспособлениями для подъема и опускания мясных туш, ускоряющее работу, облегчающее труд рабочих и улучшающее качество продукции. Особо следует отметить гуманный способ убоя скота путем его оглушения при помощи револьвера. По примеру Дрездена устроены бойни и в других городах. В Мюнхене, правда, они более старые, недавно праздновали 50-летний юбилей своего существования. Представляет интерес в Мюнхене лаборатория по обследованию мяса на трихины при помощи трихиноскопов, отражающих объект исследования на стену. Таково в общих чертах состояние муниципальных боен в Германии.

Организация снабжения населения съестными припасами и пищевыми продуктами идет в Германии через базары и рынки. Берлин имеет 10 крытых рынков в разных частях города, кроме того 54 временных базара, где главным образом продаются зелень и фрукты. Интересно проследить, как вырастают они рано утром, когда на пустую площадь съезжаются подводы и тележки с продуктами и как быстро они к полдню исчезают, и площадь приводится в полный порядок. Крытый рынок в Дрездене занимает площадь в 4500 кв. метров. Под всем зданием расположены погреба и холодильники. Рынок ведет оптовую торговлю, связан с подъездными путями железной дороги. Внутри расположены места для торговли продуктами. Подвальные помещения состоят из ряда отделений, часть которых занята под холодильники для мяса и дичи.

С целью пропаганды наиболее дешевого и рационального питания в Берлине была устроена летом 1928 года грандиозная выставка по питанию (Ernährungsaufstellung). Она занимала огромную площадь в трех корпусах. В одном были размещены отделы — наука о питании, в другой — техника питания и в третьем — рационализация домашнего питания. Выставка была полна научно-практическим содержанием материалов. Достаточно привести ее отделы, чтобы получить впечатление о разнообразии тем, затронутых ею. В отделе 1-го корпуса наглядно представлены материалы по вопросам: человек и его питание, мать и ребенок и их питание, питание и труд, сельское хозяйство, продовольствие Берлина, продовольствие других городов Германии, оборудованная лаборатория по исследованию пищевых продуктов, лаборатория по коллоидной химии питания, осмотр мяса, безалкогольные напитки, статистика питания, патология питания, фармакология питания, зубы и их содержание, ежедневное питание семьи, вода и водоснабжение, история питания. Чтобы показать, как наглядно для массового посетителя представлено питание человека, укажу на следующий пример. Представлено, сколько человек съедает за 70 лет своей жизни. Оказывается, его питание составляет 6000 кило хлеба, 4000 кило мяса, 2000 кило рыбы, 18000 кило картофеля, выпивает 15000 литров пива. Наглядно представлено питание Берлина, он поедает в год 31 миллион пудов раз-

личных овощей, из них свыше 8 мил. получены со своих полей орошения. Все экспонаты на выставке сделаны так тщательно и так наглядно, что становится ясным массовому посетителю, какую роль играет питание в личной жизни и государственном бюджете.

Во 2-м отделении „Промышленность и техника питания“ демонстрировались механические установки и оборудования в ряде областей пищевой промышленности. Здесь наглядно представлена механизация производства пищевых продуктов. Вот, хлебный завод, где в одной только печи выпекается 15 тысяч хлебов в день, причем все процессы от поступления муки со склада до гигиенических упаковок отпускаемых хлебцев—совершаются автоматически. Через прозрачное окно видно, как горят сотни тысяч горелок и как движется по ленте из одного конца печи в другой хлеб, успевающий хорошо выпекаться. Поодаль от хлебозавода в этом же корпусе, расположена мельница, а там колбасная, где можно проследить за всем производством колбас. Еще дальше демонстрируется солодовое „безалкогольное“ хорошо рекламируемое пиво и даже отпуск его детям. В нижней части здания расположен хлев, где содержится ряд породных коров.

В последнем корпусе в отделе техники, применяемой в домашнем хозяйстве, наглядно представлено, как можно использовать и газ, и электричество, и другие приспособления на кухне для облегчения труда хозяйки.

Говоря об организации выставки, нельзя не отметить крупной роли в области распространения санитарного просвещения Дрезденского гигиенического музея, широко известного не только в пределах Германии, но и во всей Европе. Проводя широко организацию подвижных выставок по отдельным вопросам гигиены в различных городах Германии, создавая и распространяя ряд прекрасных наглядных пособий, Дрезденский гигиенический музей делает крупное дело.

Заканчивая краткое описание далеко не всего осмотренного мною в области санитарного благоустройства городов в Германии, нужно в общем сказать, что область санитарной техники и коммунальной гигиены в этой стране заслуживает глубокого внимания и изучения, особенно, когда в настоящее время вопросы благоустройства городов Союза сделались актуальными и злободневными. Изучить и возможно использовать в наших городах технику коммунального благоустройства в Германии—такова задача, которая стоит перед всеми научными и практическими деятелями, работающими по линии коммунальной гигиены населения Союза.

В заключение не могу не отметить всего значения бесед с крупными представителями научной мысли Германии по вопросам коммунальной гигиены профф. Tumm, Kolkwitz, Neumann, Imhoff, Bach, Klein и др. Их указания по ряду вопросов благоустройства городов и в частности города Казани были чрезвычайно ценны. Чувство глубокой признательности у меня по отношению к профессору З. Френкелю—руководителю экскурсии студентов НКХ, с которым совместно мы осматривали ряд учреждений.

БМЭ и усовершенствование врачей.

Проф. Р. А. Лурия.

Вопросы поднятия квалификации врачей занимают видное место в системе советского здравоохранения и можно без преувеличения сказать, что усовершенствование является в настоящее время задачей каждого отдельного врача и на периферии, и в центре. Это задание ставит ему ежедневно сама жизнь, начиная с буйного роста потребностей населения в квалифицированной и специальной медицинской помощи и кончая огромной сетью профилактических и лечебных учреждений Наркомздрава, постоянно нуждающихся не только во врачах вообще, но в особенности предъявляющих спрос на специалистов, стоящих на высоте современных медицинских знаний. Институты усовершенствования врачей, многочисленные специальные научные Институты Наркомздрава, различного рода отдельные курсы всяких наименований ведут напряженную и плодотворную работу по пополнению знаний врача и по выработке научно-образованных специалистов всех областей медицины.

Несколько лет тому назад одним из серьезнейших препятствий в деле повышения квалификации врача было отсутствие медицинской литературы, руководств,

учебников и пособий. В настоящее время дефект этот в значительной мере изжит, и затруднения эти остались позади. У нас вполне достаточно и медицинских периодических изданий, а может быть даже многовато их, это не раз отмечалось уже в медицинской прессе. Имеется, наконец, „Центральный медицинский журнал“, дающий возможность ориентироваться и в русской медицинской литературе. Это я считаю большим достижением последних лет (Р. Дурин. Один из организационных вопросов нашей медицинской прессы, Врачебное дело, 1926 г., № 5).

Книжный рынок пополняется, таким образом, значительным количеством изданий и переводных, и оригинальных, являющихся для врача учебными пособиями на трудном его пути переподготовки и получения специальных знаний. Пожалуй, единственным и главным недостатком является уже не отсутствие книги, а дороговизна ее, невозможность приобрести книгу вследствие материальной необеспеченности врачей. Этому надо идти навстречу Госмедиздату, поскольку оно возможно. Не забудем, что лет двадцать тому назад, учась на медные гроши, большинство из нас все же имело кое-какую библиотечку медицинских книг из изданного бюджета земского врача. Задача приближения книги по цене к периферическому врачу это задача усовершенствования врача. Не лишено интереса, что наша врачебная масса, включая сюда, разумеется, и широкие круги научных работников, является одним из крупнейших потребителей немецких и французских издательств, в чем я имел возможность убедиться лично из бесед с несколькими германскими книгоиздательствами. На иностранную книгу у нас все еще большой спрос, хотя и появились отлично изданные русские одноименные руководства. Одной из многочисленных причин этого является недостаточное знакомство с нашими изданиями, почти не рекламирующимися в наших условиях, тогда как иностранные медицинские издательства буквально забрасывают русского врача своими анонсами, рецензиями и рекламами.

Отсутствием достаточной информации я отчасти и объясняю относительно слабое знакомство врачей с Большой Медицинской Энциклопедией (БМЭ), и мне кажется, что именно это отсутствие достаточной и конкретной информации, а не одна только дороговизна, как думают многие, имеет особенно существенное значение в этом вопросе и является препятствием для продвижения БМЭ в толщу врачебной массы. БМЭ — огромное, смело и широко задуманное предприятие, имеющее главной и основной задачей *усовершенствование* врача. Теперь можно уже прямо сказать, в некоторых академических сферах проект этого издания встречен был по меньшей мере скептически, казалось, что проект создания Советской Медицинской Энциклопедии, первой серьезной и оригинальной медицинской энциклопедии на *русском* языке, и сам по себе утопичен, и едва ли выполним при наличных экономических условиях и современной технике полиграфического искусства в СССР.

Теперь, когда вышло уже *шесть* томов БМЭ—можно и нужно подвести первые итоги задуманного плана. БМЭ прежде всего огромный коллективный труд советских ученых. Редакция БМЭ во главе с проф. Н. А. Семашко взяла на свои плечи исключительно важную, ответственнойшую и труднейшую задачу—объединить в БМЭ научную работу всех деятелей Советской медицины, здравоохранения и пограничных областей знания. Это участие огромного числа авторов—каждого в области, в которой он работает многие годы, делает БМЭ не изданием только центральных работников, а действительно коллективным творчеством ученых, рассеянных по всему Союзу.

БМЭ сравнивают часто с Реальной Медицинской Энциклопедией Эйленбурга, которая много десятилетий была настольной книгой русского врача и ученого; она переведена с немецкого языка и имела два издания на русском языке (последнее не закончено). Мне кажется, что здесь аналогия идет не очень далеко. Реальная Медицинская Энциклопедия прежде всего значительно меньше по своему объему. Уделяя крупным вопросам относительно много места, она не дает возможности среднему врачу, да и научному работнику, ориентироваться в большом ряде терминов, понятий и представлений,—почему энциклопедией может называться условно, так как кроме нее требуется иметь еще соответствующие и недешевые справочные издания. Но имеется еще и другое существенно важное отличие этих двух энциклопедий. Не говоря уже о том, что Реальная Медицинская Энциклопедия значительно устарела, она мало отражает запросы советского здравоохранения, и в этом отношении совершенно уже не может удовлетворить нашего врача и научного работника. И, наконец, что не безразлично, БМЭ идеологически, по-

сколько это возможно при современном состоянии медицинских знаний, является выдержанной в своей философской установке, освещаая необозримый фактический материал единым диалектическим мышлением. При этом, что относится к достоинствам БМЭ,—это проработка материала с точки зрения исторического материализма, поставлена в строго научные рамки, не подчиняя факты методу мышления, а выводя это мышление из фактов в их социальном и экономическом разрезе. Это обстоятельство является, на мой взгляд, исключительно важным с точки зрения воспитания широких масс врачей и научных работников в духе монистического медицинского мышления. Этого, разумеется, нельзя ожидать от заграничных изданий. Таким образом, между Реальной Медицинской Энциклопедией Эйле-бурга и БМЭ имеется значительная разница и, пожалуй, именно БМЭ имеет большие и серьезные основания называться реальной.

БМЭ дает материал по всем вопросам клинической, профилактической, профессиональной и социальной медицине, уделяя, разумеется, различное место каждому вопросу, сообразно его теоретическому и практическому интересу. Так, например, из теоретических проблем: авитаминозы, анафилаксия, архитектоника мозга, бактерии, белки, болезни, вегетативная нервная система, воспаление, внутренняя секреция и многие другие занимают печатный лист и более очень небольшого и сокращенного шрифта и дают исчерпывающие обзоры современного состояния вопроса, вполне достаточные для ориентировки в нем и являющиеся руководящими при дальнейшем углублении в этих вопросах. Из вопросов клиники занимают видное место: аборт, акушерские операции, (поворот, щипцы, исследование), анемия, аневризмы, артериосклероз, аритмии сердца, аппендицит, брюшной тиф, бесплодие, беременность, возвратный тиф, вывихи, гелиминтозы, гельминтологические методы исследования, гемиплегия и многие другие. Из вопросов санитарии и гигиены отметим: английские фильтры, артезианские воды, ассенизация, бассейны, благоустройство населенных мест, вентиляция, водоснабжение, воздух, вода, а из военно-санитарных проблем: военная гигиена; боевые отравляющие вещества, война, военно-санитарное дело и многие другие. Особенно существенным является освещение вопросов советского здравоохранения. Сюда относятся статьи:—алкоголизм, больницы, венерические болезни, выставка, врачебный участок, больничные кассы и многие другие. Надо приветствовать также систематическое изложение состояния здравоохранения в других странах, например, в Бельгии, Великобритании; Германии посвящена большая статья. К сожалению, не была освещена постановка здравоохранения в Америке.

Удачным является поручение разработки одного и того же вопроса различными авторами, излагающими тему в различных разрезах, что в результате гарантирует всестороннее и объективное освещение проблемы. Не забыты и история и философия медицины. Надо сказать, что в этом ощущается особенно большой пробел образования не только у среднего врача, но даже у высоко стоящих руководителей отдельных дисциплин, особенно клинических. В цикле предметов, преподаваемых на Медфаках и в Институтах, истории медицины и ее энциклопедии (философские течения в медицине) не уделяется вовсе места; от этого, конечно, не мало страдает наше врачебное мышление и надо пожелать, чтобы в следующих томах БМЭ посвятила этому еще больше места, чем до сих пор, так как едва ли можно рассчитывать, чтобы средний врач и научный работник могли бы приобрести соответствующие руководства и книги, если бы они даже и появились на рынке.

Я не считаю нужным останавливаться на дефектах в изложении отдельных статей; пожалуй, можно согласиться с сделанными уже в медицинской прессе замечаниями о слишком большом количестве иностранных слов у некоторых авторов, затрудняющих иногда понимание вопросов, но отнюдь нельзя присоединиться к мнению о необходимости упростить и более популярно излагать темы. Изложение должно оставаться строго научным, воспитывающим врачебную аудиторию энциклопедически.

Большинство статей, посвященных темам, имеющим сколько-нибудь теоретический или практический интерес, снабжены краткой библиографией, дающей возможность при желании ориентироваться в основной литературе вопроса. Иллюстрации на отдельных таблицах выполнены очень хорошо, местами несколько не уступая заграничным изданиям и оставляют отличное впечатление. Зато хуже обстоит дело с иллюстрациями в тексте; они очень интересны по смыслу, достаточно многочисленны, но выполнение их заставляет желать много лучшего. Надо приветствовать помещение большого числа портретов ученых как советских, так

и заграничных, опять таки, однако, не всегда выполненных удачно технически (иногда не узнаешь и близко знакомого человека). Один из недостатков—качество бумаги, на которой напечатана БМЭ; для издания, рассчитанного на библиотеки и на читателя в течение ряда десятилетий, нужно все же достать лучшую бумагу: это кстати, значительно улучшит и качество рисунков в тексте. Последний недостаток—дороговизна. Имея в виду колоссальные расходы, стоимость издания по существу (7 р. 50 коп. за том) нельзя считать дорогой. Ведь часто маленькая книжка стоит 2—3 рубля. БМЭ дорога относительно, принимая во внимание потребности среднего врача и научного работника и его малую обеспеченность. Поэтому, если нельзя удешевить издание, необходимо дать врачу с определенными гарантиями возможную и практически проводимую рассрочку в платежах. В значительной мере это уже выполнено.

БМЭ—издание безусловно практически осуществляющее дело усовершенствования врачей, возможность пользоваться ею является неслучайным условием для научной работы и самостоятельности врача и на периферии и в центре. Отсюда ясно, что каждая клиника, больница, каждое профилактическое учреждение должны иметь у себя БМЭ. Скажу больше: каждый сельский участок должен быть снабжен БМЭ. Но этого мало. Необходимо сделать БМЭ основой медицинской библиотеки каждого врача и отдельного научного работника, настольной книгой, необходимой ему каждый день и в практической, и в научной его работе. Надо прежде всего ближе и конкретно познакомить врачей с этой огромной коллективной работой советских ученых. Я знаю много врачей, и не только с периферии, но и крупных научных центров, еще ни разу не видевших БМЭ и заявляющих, что это издание проблематично, не будет доведено до конца и т. д. Жаль, если огромная работа и затраты на БМЭ останутся недостаточными, это одинаково повредит и делу усовершенствования врачей, и делу советского здравоохранения. Одним из способов распространения БМЭ я предложил бы поднесение БМЭ больницам, лечебным и профилактическим учреждениям при ознаменовании торжественных дат их жизни (открытие учреждения, годовщины и т. п.), а также поднесение ее в виде коллективного подарка заслуженным врачам вместо трафаретных адресов, папок и т. д. Это надо ввести в наш врачебный быт, ибо что может быть приятнее для врача, чем попытка помочь ему в основной его заботе—постоянно идти вперед к усовершенствованию. БМЭ стоит особняком в ряду крупных достижений советской медицинской прессы. Она требует особенного общественного внимания, как смело и грандиозно задуманная и уже частично с успехом выполненная задача советского здравоохранения, как памятник коллективной научной работы целого поколения ученых и неиссякаемый источник пополнения знаний врача.

Рефераты.

а) Общая патология, бактериология и иммунитет.

139. *Гистологический прогноз злокачественных опухолей.* Broders, исходя из далеко не нового указания, что опухоль будет тем доброкачественнее, чем более дифференцированы ее клеточные элементы, делит раки по степени злокачественности на 4 группы. По мнению Kahestorfa (Zschr. f. Krebsforsch. Bd. 26, 1928), едва ли можно всецело базироваться на этих признаках, так как при этом не принимаются в расчет другие факторы, определяющие отчасти доброкачественность, как напр., фиброз стромы, лимфоцитарная инфильтрация; с другой стороны, иногда и резко дифференцированные опухоли могут выявлять злокачественность, давая метастазы (например, так называемые злокачественные метастазирующие струмы, папиллярные аденомы почки—сл. Battaglia и т. д.). В дальнейшем автор останавливается вообще на вопросе о том, существуют ли факторы, на основании которых можно определить по гистологической картине степень злокачественности. Выводы автора не столь утешительны: только до известной степени вероятности может быть поставлен неблагоприятный прогноз и главным образом тогда, когда в опухоли обнаруживается много неправильных и прямых фигур деления ядра. Прогностически неблагоприятными должны считаться также опухоли из клеток с очень мелкими ядрами. Кровоизлияния и некрозы признаки быстрого роста. Потенция роста опухолей эмбрионального происхождения значительно меньше, чем у бластом, развивающихся из клеток,

которые лишились своей более высокой дифференцировки. Что же касается лимфоцитарной инфильтрации стромы, а также других изменений последней, то вопрос пока должен считаться открытым за отсутствием широких исследований в этом направлении. Понятно, что для гистологического прогноза необходимо изучение многих участков опухоли.

В.

140. *Понятие и значение ретикуло-эндотелиальной системы (R. E. S.).* Существенное свойство R. E. S. это способность к Speicherung. Однако не все органы, принадлежащие к R. E. S. одинаково воспринимают краску; органы, не относящиеся к R. E. S., могут при некоторых условиях воспринимать краску в виде Speicherung. Так, Grossmann установил, что, если одновременно вводить животным краску и печеночный яд, то можно вызвать отложение краски также в печеночных клетках, между тем как нормальные печеночные клетки воспринимали краску только при введении животному большого количества коллоида (Ribbert, Moellendorff). Имеются противоречия в изменении функции R. E. S. под влиянием Speicherung у различных авторов. Jaffi (Dtsch. med. Woch., № 6, 1929) находит, что изменение функции органа, которое наступает после Speicherung, нельзя толковать как функцию R. E. S. В согласии с Siegmund'ом он считает, что R. E. S. не представляет собою застывшую систему (Starres System), но eine fließende funktionelle Struktur. Автор не считает возможным выделить R. E. S. из всей активной мезенхимы, имеющей большое значение как в функции отдельного органа, так и всего организма в целом.

Л. Виленский.

141. *О влиянии рентгеновских лучей на функцию ретикуло-эндотелиального аппарата.* Zacherl (Wien. kl. Woch. 1928, № 47). У кроликов спустя 6 часов после освещения рентгеном определялась способность поглощения рет.-энд. системы введением ferrum sacchar. oxyd. Затем чрез определенные промежутки времени в сыворотке производилось определение содержания абсолютного количества железа по методу Lundwall и Zschneger'a. Опыты показали, что способность поглощения зависит от дозы облучения (повышение от слабых доз).

В.

142. *Убавается ли сифилитическая инфекция у собак, овец, коз и лам?* В результате тщательных двухлетних наблюдений Bruno Albrecht (Dermatol. Zeitschr., Bd. 53) приходит к заключению, что применение различных штаммов бледной спирохеты, долго пассивуемых на кроликах и дававших бессимптомную сифилитическую инфекцию у крыс, морских свинок и мышей — не давали ни манифестной, ни бессимптомной инфекции у коз, овец, собак и лам; попутно выяснилось, что, вопреки некоторым литературным данным, сыворотка лам не имеет никакой терапевтической ценности при экспериментальном сифилисе кроликов.

А. Вайнштейн.

143. *К бактериологии возбудителя мягкого шанкра.* Wilhelm Frei (Arch. f. D. u. Syph. Bd. 156, H. 3, S. 604—612), культивируя 5 различных штаммов бациллы Ducrey-Uppa на средах с человеческой, бараньей и кроличьей кровью, нашел, что бацилл, являясь факультативным анаэробом, обладает в культурах ферментирующими свойствами; к нагреванию и дезинфицирующим средствам (фенол, сублимат) он много чувствительнее b. coli, staph. pyogenes и гонококков. Штамм, полученный от больного с ulcus molle serpiginosum, ничем не отличался от других штаммов палочки мягкого шанкра.

А. Дмитриев.

б) Физиотерапия.

144. *Теоретические и практические данные применения грязи совместно с некоторыми видами электротерапии.* С. Д. Бассель (Кл. мед., № 6, 1929) считает, что лечебный успех грязевых лепешек может быть повышен совместным применением некоторых видов электротерапии, что выполнимо в во внекурортной обстановке. Благоприятные результаты получаются при кожных рубцах и заболеваниях отдельных суставов, а также при формах заболеваний спинного мозга, где в клинической картине преобладает оболочечно-корешковый симптоматический комплекс. Благоприятные результаты и при ряде заболеваний периферической нервной системы.

Л. Н. Клячкин.

145. Ф. Д. Стоянов (Кл. мед. № 6, 1929) пришел к заключению, что под влиянием *грязелечения у больных с самопроизвольной гангреной* вскоре образуются демаркационная линия вокруг гангренозных частей, мертвые части отторгаются, язвы заживают, отечность исчезает, боли утихают. В далеко зашедших случаях предпочтительно применение местных грязевых процедур в виде ножных ванночек t° в $28^{\circ}R$, так как грязевые процедуры невысокой t° обладают большим болеутоляющим свойством и лучше тренируют периферические сосуды. Результат лечения является достаточно длительным и улучшение процесса сказывается не столько в период лечения, сколько значительно позже после его окончания. Курс *грязелечения* в далеко зашедших случаях должен быть достаточно продолжительным (до 3-х месяцев).

Л. Н. Клячкин.

146. Влияние *Мацестинских сероводородных ванн на течение свинцового отравления* изучал А. М. Марков. (Кл. мед. № 6, 1929) в санаторной обстановке. Наблюдается значительное улучшение состояния больных, что выражается как в исчезновении токсических проявлений сатурнизма со стороны внутренних органов, нервно-мышечной системы, так и в выравнивании физико-химического состава крови и в повышении обмена. Выраженная базофильная зернистость эритроцитов, и особенно наличие ядерных форм их, в острых случаях сатурнизма служит показателем благоприятного течения заболевания.

Л. Н. Клячкин.

147. *Гидростатическое действие ванн при нарушенном периферическом кровообращении.* Schulhauf (Z. physik. Ther. Bd 35, H. 3, 1928) отмечает, что величина водяного давления на различных участках тела, помимо чисто анатомических причин, зависит от водяного столба. Так, например, если больной находится в стоячей ванне определенной глубины, то наибольшее давление падает на периферические части тела и наименьшее — на верхние отделы его. Исходя, главным образом, из этих соображений и что в ванне отток венозной крови облегчается от периферии к центру, автор в течение последних 10 лет с успехом лечит больных с плоской стопой и варикозным расширением вен (более 1000 наблюдений), с тромбозом и тромбофлебитом (более 30 наблюдений) длительными стоячими ваннами. Отмечено уменьшение отечности, ригидности мышц и увеличение объема движений в конечностях. Принимая во внимание, что на сердце возлагается повышенная деятельность, необходимо до и во время курса лечения следить за органами кровообращения. Температуру, глубину и продолжительность ванны приходится индивидуализировать.

А. Гринберг.

148. Влияние *грязелечения на агглютинационный титр.* Е. В. Глотова и З. А. Игнатович (Кур. Дело, № 10—11, 1928 г.) пришли к заключению, что *грязелечение* вызывает накопление агглютининов в иммунном организме, причем нарастание агглютинационного титра по времени совпадает с появлением „обострения“ и указывает на начавшееся активирование организма. После 8—10 ванн начинается более или менее быстрое падение титра. Привходящие заболевания, действуя ослабляюще на организм, понижают агглютинационный титр и сигнализируют об осторожном возобновлении ванн. Местные грязевые ванны являются таким же положительным активатором, как и общие, хотя несколько более слабым. Ранние ванны влияют на агглютинационный титр так же, как и грязевые.

Л. Н. Клячкин.

в) Внутренняя секреция.

149. О *работоспособности яичка и о взаимоотношении основного обмена и внутренней секреции яичка.* Для выяснения данного вопроса Loewenstein и Schwarz (по Ber. ü. d. ges. Gyn. Bd. XIV H. 11, 1928) проследили на больных с различного рода половым расстройством выделенные в настоящее время три функции яичка: пластическую, трофическую и сексуальную, при этом обращалось внимание на величину и консистенцию яичка. Из наблюдений выяснилось, что между этими четырьмя элементами нет взаимной связи: так, резко пониженный основной обмен (до 24,2%) встречался как в случаях тяжелых конституциональных расстройств, так и при нормальном развитии организма, и наоборот. У лиц с плохим состоянием яичка (установлено пальпаторно) находили нормальный основной обмен, в то же время наблюдались случаи с здоровым яичком и плохим основным обменом. Характер расстройства потенции находится, по мнению L. и S., вне зависимости от соматического фактора, а определяется чисто психически: так, лучший и самый легкий психотерапевтический эффект получен у больного с тяжелой атро-

фией яичка, евнухоидным видом и плохим основным обменом. Определение состояния основного обмена не является „биологическим“ анализом в случаях сексуального расстройства, т. е. не может служить индикатором недостаточности яичка.

М. Д.

150. *Влияние кормления свежей щитовидной железой или ее экстрактом на яичник* проследил Superbi (Ber. d. g. Gyn. Bd. XIV. N. 11, 1928) на опытах с кроликами, которым вводил свежую коровью щитовидную железу или ее экстракты. S. разделил кроликов на пять серий. В первой серии кролики получали в течение 14 дней ежедневно 0,5 г. свежей щитовидной железы. Наблюдалось резкое падение веса на 500—700 г. Микроскопическая картина половых органов: матка атрофична, в яичниках зрелых фолликулов мало, больше атретичных. Тонус маточной мускулатуры понижен, атрофия слизистой с едва заметными железистыми каналами. Во второй серии кролики получали в течение 40 дней ежедневно 3—4 капли экстракта щитовид. железы. Животные прибавляли заметно в весе. Матка и яичники макро- и микроскопически Н. Эта серия опытов говорит, что малые дозы щитовид. железы хорошо влияют при Базедовой болезни. В третьей серии животные получили в течение месяца 25 сг. свежей щитовид. жел., резко исхудали, потеряв до 500 г. в весе. Микроскопическая картина такая же, как и в первой серии: особенно резки дегенеративные изменения в фолликулах, 4-ая серия—животные получали месяц экстракт щитовид. жел., повышая медленно дозу, по 5—10 капель per os. Незначительная потеря в весе до 150 г. Макро- и микроскопически никаких изменений в половых органах не обнаружено. В пятой серии—кролики в возрасте 3-х месяцев получали в течение 4-х недель ежедневно 3—5 капель экстракта. Незначительное падение в весе, матка и яичники без изменений. Эти опыты, по мнению S., говорят, что щитовидная железа введенная per os также оказывает свое действие и что при определенном количестве могут наступить резкие изменения женских половых органов М. Д.

г) Внутренние болезни.

151. *Новые взгляды в клинике артериосклероза.* Prof. Fritz Munk (Med. Kl. № 45, 1928) ставит в связь артериосклероз с конституцией и образом жизни человека. С. М. Райский.

152. *Причины ослабления сердечно-сосудистой системы после физического напряжения*, по мнению Kaup'a и Grosse (Zeitsch. f. Kreislauf. № 24, 1928), кроются в недостатке кислорода в организме и в уменьшенном ударном объеме сердца (Schlagvolumen). С. М. Райский.

153. *Грудная жаба, как ангиоспазм, и ее лечение.* Prof. J. Pal (Med. Klin. № 1, 1929) рассматривает грудную жабу исключительно как спазм коронарных артерий, который наступает преимущественно от раздражения вазоконстрикторов, проходящих в vagus'e. Исходным пунктом их раздражения в значительном числе случаев являются склеротические или воспалительные процессы артерий сердца и восходящей аорты, которые, как показали вскрытия, начинаются всегда с интимы. Автором не отрицается существование описанной Nothnagel'ем вазомоторной грудной жабы, механизм происхождения которой, однако, по автору, тот же, несмотря на то, что на вскрытиях эти случаи не дают органических изменений в сосудах. Местом возникновения болевого раздражения является корень коронарных артерий (Wurzelgebiet). Боль не является обязательным спутником припадка. Angor pectoris есть недооцениваемый до сих пор симптом. P. подчеркивает тот факт, что припадки грудной жабы прекращаются при лихорадке и при сердечной недостаточности. Для ликвидации припадка P. считает нерациональным применение тех средств, которые устраняют некоторые симптомы, но не устраняют опасности спазма, как напр., морфий или кровопускание. В случаях грудной жабы несомненно спастического характера автор из числа терапевтических (нехирургических) средств рекомендует: атропин или еще лучше менее токсичный Novatropin; комбинация Novatropin'a с папаверином; морфий с атропином или Novatropin'ом; 2—3 капли 1% спиртного раствора нитроглицерина внутрь; ингаляцию амилнитрита; теобромин, теофиллин, кофеин. Все эти препараты действуют сосудорасширяюще и следовательно наиболее рационально и эффективно.

С. М. Райский.

154. *Раннее проявление висцерального лues'a.* Berger (Zschr. f. d. ges. Exp. Med. Bd. 55) при заражении сифилисом кроликов мог констатировать у них

изменения со стороны сердечно-сосудистой системы через 5—6 месяцев. Уже в это время можно было видеть аневризму аорты; аневризма была установлена не только в области аорты, но также и аорт. сагитт. Со стороны сердца наблюдались явления пристеночного эндокардита и воспалительные изменения сердечной мышцы.

Л. Виленский.

155. *Эфетонин при rhinitis vasomotorica*. W. K. Fraenkel (Med. Klinik, 1928, № 35) приводит случай возвратного вазомоторного ринита у оперной певицы 30 лет, сопротивлявшегося 2½ года всякому лечению и ослабевшего лишь за последние 8 месяцев, когда больная при появлении предвестников стала принимать эфетонин. Две таблетки этого лекарства надежно обрывали приступ, да и самые приступы стали много реже.

С. Г-в.

156. Otto Jul Nielsen (Acta medica Scandinavica, Vol. LXX (1929), fasc. I) исследовал влияние *septacrol'a* (производное акридина) на содержание сахара в крови у различных больных с нормальным углеводным обменом и у диабетиков. *Septacrol* вводился внутривенно по 5 кб. с. В первых случаях количество сахара в крови не изменялось, а во-вторых, правда, было некоторое понижение, но по величине оно не превышало тех цифр, какие получались при исследовании сахара крови у голодающих больных. Эти результаты дают право Н'у считать действие *septacrol'a* резко отличным от действия инсулина. З. Блюмштейн.

д) Хирургия.

157. *Пизмография воздухом*. Прив.-доц. Я. Г. Готтлиб и Ф. Я. Строков. (Журн. соврем. хирургия, вып. 20, 1929), применяя пизмографию газом в 75 случ. не наблюдали раздражений даже при гидронефрозах, получая изображения от камней, которые обычно тени не дают.

П. Цимхес.

158. *Результаты оперативного лечения переломов надколенника*. K. Werwarth (Zentralblatt f. Chir. № 11, 1929) приводит 45 случ. перелома надколенника, наблюдавшихся в течение 10 лет в клинике Klose (Danzig). В 26 случаях был поперечный перелом. Консервативному лечению подверглись 16 сл. (35%), оперативному—29 (65%). В результате своих отдаленных наблюдений W. считает, что переломы с большим расхождением отломков и разрывом связочного аппарата требуют оперативного лечения. При поперечных переломах следует накладывать продольный шов с укрепляющим металлическим швом. При незначительных расхождениях отломков можно применять кетгутовые швы. П. Цимхес.

159. *Травматические невроты*. А. Р. Безверченко из клиники проф. С. П. Федорова (Zentralblatt f. Chirurgie, № 8, 1929) экспериментально изучал условия происхождения невром и способы их профилактики. Травматическая неврома является физиологической регенерацией центрального сегмента поврежденного нерва. Болезненность невром есть результат врастания неорганизованной рубцовой ткани с последующим ущемлением регенерирующих осевых цилиндров. Механическая обработка центрального конца поврежденного нерва для предупреждения болезненности невром по способу Krüger'a, Bardenheuer'a, Bier'a, каутеризация и др. не имеют практического значения. Впрыскивание 90% алкоголя в центральный конец поврежденного нерва не спасает от образования болезненных невром. Наиболее верным средством профилактики болезненных невром является способ Федорова: обработка центрального конца поврежденного нерва при помощи ас. carbol. liq. П. Цимхес.

160. *О хирургическом лечении эмпием у детей*. Doz. A. Fischer (Zentralblatt f. Chir., № 11, 1929) в 21 случае у детей в возрасте от 2 месяцев до 16 лет применил с успехом лечение эмпием закрытым дренажем при помощи сконструированной им трубки. Принцип устройства дренажа тот же, что и устройство трахеотомической трубки: полая прямая металлическая трубка с приданной перпендикулярно к ней металлической пластинкой и отверстием для продвижения. В эту трубку вставляется другая металлическая трубка с меньшей перпендикулярно пластинкой и трубчатым концом для надевания резиновой трубки. Внутренняя трубка запирается в наружной, как в трахеотомической трубке. Для введения такой трубки берется стилет троакара, точно подогнанный к наружной трубке и совместно с ней проводится в плевральную полость. После извлечения стилета вводится внутренняя трубка с резиновой трубкой, и все это фиксируется. F. надеется, что и у взрослых можно применять этот способ лечения эмпием.

П. Цимхес.

161. *О лечении инфицированных ран 10% раствором поваренной соли.* Б. М. Штарк (Журн. соврем. хирургии, в. 20, 1929) на 104 больных с гнойными панарициями, вскрытыми острыми абсцессами и флегмонами, лимфаденитами, паротитами маститами и др. проводил лечение 10% раствором NaCl. При этом лечении в первые 2—3 дня исчезают субъективные симптомы, отечность тканей быстро спадает, тампоны обильно пропитываются вначале серозногнойной жидкостью, затем гной становится более густым, разжижаясь после 2—3 перевязок. Рана выполняется пышными грануляциями с последующей быстрой эпителизацией. III. особенно отмечает клинический эффект его метода при лечении ран с глубокими некрозами в подкожной клетчатке и тканях железистого строения. Бактерицидное раствора действие незначительно. *II. Цимхес.*

162. *О лечении сотрясения мозга виноградным сахаром.* Fred W. Thomas (Zentralblatt f. Chir., № 10, 1929) получил прекрасные результаты от применения 50% раствора виноградного сахара при сотрясении и различных повреждениях мозга. Впрыскивается внутривенно по 100 к. с. 3 раза в день. После впрыскивания наблюдается усиленный диурез. При гликозурии применение этого средства противопоказано. *II. Цимхес.*

163. *Остановка кровотечений кусками паренхиматозных органов.* А. А. Ожерельев и И. Б. Колоднер (Новая хирургия, № 10, 1928) экспериментально изучали кровоостанавливающее действие различных гетерогенных паренхиматозных органов, как то: легких, мышц, печени, селезенки и почки при паренхиматозных кровотечениях у собак как в условиях нормальной, так и экспериментальной пониженной свертываемости крови. Паренхиматозные органы брались у кошки, нарезались на маленькие пластинки. Последние вкладывались на сделанные плоскостные раны селезенки собаки. Отмечалось время наложения пластинки и время полной остановки кровотечения. Гетерогенные паренхиматозные органы полезны, как живая тампонада, для остановки профузных паренхиматозных кровотечений. В смысле способности останавливать кровотечение выдающееся место в ряду паренхиматозных органов занимают легкие; затем понижаясь идут: селезенка, почка, печень, мышцы и марля. *II. Цимхес.*

е) Акушерство и гинекология.

164. *Инфекция послеродовой матки со стороны полости рта.* Sachs (Zentr. f. Gyn., 1928, № 16) подчеркивает необходимость с профилактической целью следить за полостью рта во время беременности, так как заболевание зубов и полости рта очень часто служит источником тяжелых послеродовых инфекций. Автор приводит случай, где у женщины роды произошли быстро и самопроизвольно, но послеродовой период осложнился тяжелым септическим эндометритом у матери и насморком с токсическими явлениями у новорожденного. Выздоровление у матери наступило после должного зубохирургического вмешательства. В лохияльном секрете у матери, в выделениях из носа у новорожденного и в гное из челюсти у матери были найдены зеленый стрептококк и гемолитический стафилококк. *М. Д.*

165. *Лечение рака матки при беременности.* Karg (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78, 1928) лечит рак шейки матки при беременности лучами Рентгена, сохраняя таким путем не только жизнь матери, но и жизнь плода. Автор приводит два случая из клиники Döderlein'a. В одном—был рак передней губы шейки матки при беременности шести месяцев. Лечение радием в VI и VII месяц и непосредственно перед родами (55 mg. Element. на 24 ч., в общем 400 mg. Elem. час.). Срочные роды здоровым плодом. Мать умерла год спустя от рака. Второй случай—беременность 8-ми мес., рак шейки матки. Лечение радием через влагалище (55 mg. Elem. на 24=1320 mg. час.). Срочные роды здоровым плодом. Еще два раза облучение после родов. Мать в течение 1½ лет здорова. Такой способ, по мнению автора, не отражается на плоде и не ведет к прерыванию беременности. Автор приводит еще четыре случая рака шейки, где после успешного лечения радием наступила беременность, окончившаяся нормальными родами. *М. Дыхно.*

166. *Обзор современного лечения рака тела и шейки матки лучистой энергией* (по Ber. ü. d. ges. Gyn. Bd. XIV. H. 11, 1928). Gunsett указывает, что формы зрелого плоскоклеточного рака более чувствительны к лучам радия, чем формы незрелые и аденокарциномы, поэтому последние после облучения должны подвергнуться оперативному вмешательству. Важным затруднением при лечении

рака является инфекция, сопровождающая всегда рак шейки и часто ведущая после облучения к воспалительным процессам, перитониту и сепсису. Лечение радием может быть или кратким с большими дозами, или же на протяжении пяти дней малыми дозами. Радий может быть применим только до операции удаления матки, ввиду того, что после экстирпации возможно образование ректального и вагинального свищей. Радий является местной терапией, хотя G. применяет и терапию на расстоянии (Radiumfernetherapie), которая подобно лучам Рентгена, действует в глубину. Лечение Рентгеном после короткого облучения радием действительно. При метастазах применяются исключительно лучи Рентгена. В зависимости от показаний к той или иной терапии, автор делит рак шейки на 4 группы: 1) Начальная стадия—поражен ограниченный участок; подлежит операции; 2) рак начинает переходить границы шейки, матка подвижна—на границе операбельности; 3) поражена тазовая клетчатка с одной или обеих сторон—случаи не операбельные; 4) метастазы в соседних органах—случаи не поддаются никакому лечению. К первой группе случаев Gunsett относит кроме того еще раки при беременности, раки, осложненные старым воспалительным процессом, и случаи резистентные в отношении радия. М. Д.

167. *Всегда ли необходимы большие дозы радия при лечении рака шейки матки?* (по Ber. II. d. ges. Gyn. Bd. XIV, N. 11, 1928). В то время как общее направление во Франции применять при лечении рака лучами радия очень высокие дозы (школа Regaud доводит дозы до 9000 milligr.-Element. часов), Degrais, первый применивший во Франции лучи радия в 1908 году, делится некоторыми своими случаями, в которых рак шейки установлен клинически и гистологически, где автор применял минимальные дозы радия с хорошим успехом, напр., случай, имевший место в 1926 году. Больная, получив 360 milligr.-Element. часов., от дальнейшего лечения отказалась и, несмотря на это, до сих пор клинически здорова. Эти наблюдения заставляют автора высказать сомнения, действительно ли сущность лечения рака лучами радия заключается во все возрастающих дозах. М. Д.

168. *Ранняя диагностика рака шейки матки* может быть обнаружена по мнению Heidler'a (Wien. klin. Woch. № 24, 1928) кольпоскопом Hinselmann'a. Соскоб открытых беловатых мест и их гистологическое исследование—обеспечивает раннюю диагностику. Leukoplakia, по мнению автора, есть истинная картина начальной формы рака шейки матки. До сего времени неизвестно в литературе ни одного случая leukoplaki'i, из которой рано или поздно не образовалось бы рака. М. Дыжно.

169. *Миомы, сердце и яичник.* Spirito (по Ber. II. d. ges. Gyn. Bd. XIV N. 11, 1928), желая выяснить, может ли измененная функция яичника, вызвать расстройства деятельности матки, сердца и желез внутренней секреции (надпочечник, щитовидная железа) и кроме того, может ли миома, как таковая, вызвать те же расстройства в вышеназванных органах. Для этой цели автор изготовил четыре различных экстракта из нормальной маточной стенки, миомы, нормального яичника и яичника женщины с миомой. Впрыскивая морским свинкам внутривенно 1—3 куб. см. в продолжение 4-х месяцев, автор установил, что овариальный экстракт всегда имеет влияние на матку и вызывает в ней состояние близкое к течке. Экстракты маточной мускулатуры и миомы никакого влияния на матку не оказывают; кроме того ни один из экстрактов не вызвал и в надпочечнике каких-либо изменений. Иначе реагирует щитовидная железа на введение экстрактов, особенно полученного из миомы. Автор всегда находил гиперфункцию как в смысле гистологическом, так и функциональном. S. объясняет эти изменения защитной реакцией организма на токсическое действие экстракта миомы. Влияние экстрактов на сердечно-сосудистую систему выражается только в незначительном падении кровяного давления,—макро и микроскопических изменений не наблюдается. S. присоединяется к мнению Mirto, Desio и др., что токсичность миомы зависит от самой субстанции миомы и этой именно токсичностью объясняет нарушение сердечной деятельности и изменения кровяного давления при миоме. М. Дыжно.

170. *Местная вакцинотерапия при гонорее у женщин.* Aitoff (La presse med., № 77, 1928 г.) применял гонококковый антивирус по Безредке при различных формах женской гонорее. Антивирус находился в соприкосновении со слизистой в течение 2—4 дней, затем наступал отдых, во время которого произво-

дидесь обильные промывания. Под наблюдением автора было 26 больных, причем излечение наступило в 16 случаях, улучшение в 6, а в 4 случаях отмечено ухудшение. А. Дмитриев.

ж) Невропатология.

171. Prof. Rothfeld описывает случай *аффективной потери тонуса при смехе и при оргазме* (Gelo- und Orgasmolepsia) (Zeitschr. f. d. g. N. u. P. Bd 115, 1928 г.) у мужчины 39 л., причем иногда эти состояния сопровождаются мимолетной потерей сознания (1—2 сек.). Припадков сна никогда не отмечалось. Б-ой много курил, иногда выпивал; никотин и алкоголизм благоприятствовали наступлению припадков. Исследование внутрен. орг., неврологическое, глазное дно, RW—дало отрицательные результаты; рентгенограмма черепа тоже без особенностей. Исследование вегетативной н. системы указывало на умеренную ваготонию. Наличие одновременной аффективной потери тонуса и сознания при смехе отличает данный случай от нарколепсии. В данном заболевании, по мнению автора, играет роль недостаточность центральной нервной системы, в особенности субкортикальных ганглий. Такое наблюдение раньше (в 1902 г.) описал Oppenheim и некоторой вероятностью сюда может быть отнесен случай Ferriri; других случаев в литературе не описано. С. Эсселевич.

172. Филимонов в статье „*К вопросу о клинических методах измерения тонуса*“ (Zeitschr. f. d. g. N. u. P. Bd. 115, 1928 г.) подчеркивает положительные и отрицательные стороны метода Rieger-Spiegel'a и своего (предложенного им в Zeitsch. f. d. g. N. u. P. Bd. 96. Н. 1—2); отмечает, что оба метода имеют дело с принципиально различными клиническими феноменами и один из них не может быть заменен другим. А. констатирует, что метод Spiegel'a дает «превосходную картину «der plastischen Hypertonie», метод же автора регистрирует пассивные движения, как непрерывный процесс, благодаря чему возможно исследовать всю клиническую картину гипертоний, а особенно Py-Hypertonie, со всеми ее атрибутами. Задачу своего метода автор формулирует следующим образом: 1) Так называемые «Py-Hypertonie» или, что тоже, „spastische Hypertonie“ характеризуются «stossartige» явлениями; 2) вопрос о том: следует ли причислять эти „stossartigen“ явления к понятию о тонусе или нет, имеет совершенно условное значение; важно только, что эти явления имеют большое значение; 3) изучение этих явлений возможно только методом, регистрирующим пассивные движения как один непрерывный процесс. С. Эсселевич.

173. Carr делает попытку на основании двух случаев объяснить *психогенез ипохондрического симптомокомплекса* (Zeitschr. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 115, 28 г.). Некоторые авторы рассматривали ипохондрический симпт., как выявление невращения или же выражение другой болезненной формы (Kraepelin, Bleuler, Wollenberg, Tuzek и др.); другие же рассматривали как самостоятельную картину болезни (Sommer, Boettiger, Raescke и др.). Schüle причиной считает гиперестезию чувствительных нервов в определенных областях. Freund и Ferenczi считают, что происходит „генитализация ипохондрически рассматриваемого органа, вследствие сдвига либидо из генитальной сферы на определенный орган“. Вследствие психотравматического переживания ощущений, libido накапливается на определенном месте организма в связи с чрезмерной концентрацией внимания на этом месте. „Эта гипотеза, как отражающая современные психологические воззрения приближает к более глубокому пониманию психогенеза ипохондрий“, говорит автор, переходя к своим случаям. В случае А, б-ой 28 лет, страдает последние 10 лет «неврастенически-ипохондрически окрашенным симптомокомплексом с состояниями страха и деперсонализации личности». Своеобразные жалобы б-ого—(„толстеет и распухает спина... появляется чувство жара... чувство увеличения головы и спины... все тело во мне напрягается... если выходит слез со стулом, с мочей... тогда наступает приятное чувство усталости... когда все напрягается, тогда мне кажется все чуждым... бывает чувство страха“) — автор сравнивает с теми, которыми сопровождается генитальная эрекция. Деперсонализация выступает в особенности на высоте кульминационного пункта. Б-ой страдал частыми поллюциями и считал себя «психическим импотентом». Комплекс импотенции по мнению автора обязан своим происхождением „Kastrationskomplex“, происходящему из инфантильной психико-сексуальной организации субъекта. В случае Б, б-ой 42 лет, болен два года, заболел после супружеской неверности, стал и импотентом, „одновременно выступили меланхолический симптомокомплекс и ипохон-

дрические идеи". Неверность жены дала повод к утрате либидо, либидинозные узы с женой были разорваны. Примитивные импульсы нарцисстического характера снова выступили у б-ого. Излишек нарцисстического либидо через либидинозное напряжение послужил поводом к патологическому самонаблюдению, которое выразилось в данном случае в ипохондрических идеях. Выражение б-ого „вся жизнь из головы вылилась“ автор готов рассматривать, как выражение генитализирования этой части тела, которая просценируется чувством импотенции.

В заключение автор, отметив связь между деперсонализацией, ипохондрией и нарцисстическим направлением—подчеркивает, что „при данном заболевании остается нетронутой одна часть личности, а именно критическая функция“.

С. Иселевич.

з) Социальная медицина.

174. Об эпидемиологическом противоречии между мягким шанкром и чесоткой. Buschke и Spanier (Klin. Woch., 1929, № 7) указывают, что за последние годы отмечается увеличение мягкого шанкра и резкое сокращение чесотки. Так, если в 1925 г. в клинике авторов отмечалось 83 случая мягкого шанкра, то в 1928 г. это число возросло до 282, т. е. увеличилось более чем втрое. Что касается чесотки, то, наоборот, последняя резко сократилась. Чесотка становится редкой болезнью в Германии. По мнению авторов, экономическое положение населения различно отражается на обеих инфекциях: мягкий шанкр с улучшением экономического положения увеличивается, чесотка уменьшается. В виду резкого уменьшения чесотки в Германии можно было бы говорить об улучшении экономического положения населения, между тем в действительности этого нет—и нужда населения (в особенности жилищная) еще очень велика. Все это заставляет прийти к выводу, что в эпидемиологическом основании обеих инфекций лежат, помимо, какие-то еще не учитываемые нами факторы.

А. Вайнштейн.

и) Методика.

175. К методике добывания крови из вены для различных исследований ее. J. D a g a n y i (Med. Klin., 1928, № 25), в видах замедления свертывания крови набирает в шприц (5—10 куб. с. вместимости) 0,1—0,2 куб. с. раствора 15% шавелевокислого калия и 0,1% сулемы и дальнейшим извлечением поршня увлажняет этим раствором внутренние стенки шприца, после чего раствор совершенно выталкивается из последнего, и в него набирается кровь.

С. Г.

176. Способ минутной гистологической диагностики просвечиванием кусочка ткани или органа. Sabrazés и Magrou (Annal. d'anat. pathol. 1928, № 9) описывают видоизменение способа, предложенного Terry и Christeller'ом. Способ состоит в след.: свежий кусочек ткани или органа помещается на пробку, закрепляется здесь иголками или крючками, и влажной бритвой или тонким ножом с плоским лезвием делаются срезы около миллим. толщиной и сант. в квадрате. Срезы переносятся на предметное стекло, на их поверхность с помощью пипетки наносят несколько капель воды и проводят кисточкой, смоченной нейтральной полихромной синью (Terry, Christeller) или карболовой толудиновой синью (Sabrazés, Magrou) след. состава: toluidinblau R. A. L. или Grübler'a 1,0, абсол. алкоголя 10,0, карб. кисл. 3,0, дистилл. воды до 100 куб. сан. Тотчас после окраски промывают окрашенную поверхность водой из пипетки и еще влажную покрывают покровным стеклом. Препарат рассматривается при сильном освещении с вогнутым зеркалом, без осветителя Abbé. При этом методе окрашивается поверхностный слой объекта, что дает ему вид тонкого среза, приготовленного с помощью микротомы. Но через 5—10 мин. краска проникает в глубокие слои среза, прозрачность его уменьшается и препарат становится негодным для изучения. Авторы предлагают пользоваться осветительным прибором следующего устройства: изготовляется деревянный ящик в виде трапедии с меньшей передней поверхностью, в которой делается отверстие для принятия шара с водой, покрашенной синью; внутренняя поверхность ящика белая. Источником света служит лампа силою $\frac{1}{2}$ W., помещаемая в ящике. На аналогичную тему недавно появилось на русском языке сообщение П и е т т а (Журн. д. ус. вр., 1928, № 10).

В. Журавлева.

Библиография и рецензии.

Проф. А. М. Левин. «Дуоденальный зонд и его применение в диагностике и терапии». Библиотека практического врача, кн. 48, 187 стр. Гиз. 1929 г.

Новые методы исследования, являясь существенной предпосылкой достижений в распознавании и терапии болезней, могут получить особенно большое значение и принесут особенно большую пользу, если широкие круги врачей будут основательно знакомы с историей метода, техникой его применения и результатами, полученными новой методикой в различных областях приложения ее. Эту задачу и ставит себе автор книги о дуоденальном зонде. Чрезвычайно простой по существу своему и дающий возможность практического применения в самых скромных условиях врачебной работы дуоденальный зонд мало применяется еще в широких кругах практических врачей, и с этой стороны книга проф. Левина, несомненно, заполняет большой дефект нашей литературы.

Первые главы посвящены истории метода и технике его; вторая часть книги рассматривает применение дуоденального зонда в диагностике заболеваний печени, поджелудочной железы и желудка, в третьей части излагается терапевтическое применение дуоденального зонда. Автор не ограничивается одним изложением технического применения дуоденального зонда, но дает практический обзор физиологических и патологических процессов, с которыми приходится сталкиваться, применяя зонд, и которые частично получили свое новое освещение именно путем новой методики. Сюда относится изложение современного состояния вопроса о физиологии желчных путей, о расстройствах динамики желчеотделения, учение о «пузырном» рефлексе, учение о функциональной диагностике поджелудочной железы, кинетическом исследовании желудочной секреции и т. д. Имеется обширная свodka мировой литературы за исключением, как полагается, отечественной.

Не говоря уже о том, что при описании заболеваний желчных путей большой ряд работ русских авторов как диагностических, так и терапевтических не упомянут, кетати цитируемых, однако, заграничной литературой.—отдел функционального исследования желудка, где русскими авторами сделано особенно много и даже раньше, чем иностранными, отмечает только работы одного исследователя близкой автору клиники. Не говоря уже о том, что совсем не упоминаются работы, например, Филимонова, Шварца, Зельдиной, Зимницкого и большого ряда других авторов, в этой главе совсем опущено исследование желудка хромоскопией, именно то, где новые подходы к изучению секреции желудка получены методикой тонкого зонда; исследования эти, дающие нечто новое в учении, например, об ахилии тоже аккуратно цитируются в иностранной литературе. Почему? Мне все же кажется, что нельзя проходить мимо работ наших исследователей, и это несомненно один из существенных дефектов этой хорошей и нужной книги; вполне достаточно только просмотреть литературный указатель ее, чтобы убедиться в правильности нашего замечания. Во всяком случае книжка проф. Левина пополняет, повторяем, большой дефект нашей литературы, одинаково полезна как для клинического терапевта, так и для практического врача, и увеличит число сторонников исследования болезни желчных путей, печени, желудка и поджелудочной железы дуоденальным зондом и поможет разработке новой терапии применением этой методики.

Проф. Р. Лурия.

Горальд Энелль. «Язвы желудка». Библиотека практического врача, кн. 30. Гиз. 1929 г., 123 стр., цена 1 р.

Автор ставит себе целью осветить «язвенную болезнь» (Die Magengeschwürkrankheit), ее патологию и терапию с точки зрения терапевта. Этому вопросу посвящено, как известно, кроме очень подробных глав в крупных руководствах, множество отдельных монографий (назову только Яроцкого, Enriquez et Durand'a, Ruhlman'a, Balint'a, F. Ramond'a, Тагера из работ последнего времени), но огромный практический интерес, представляемый учением о пептической язве, делает нелишним и новое освещение вопроса; особенно любопытными являются наблюдения, сделанные в стране, где условия быта несколько иные, чем в средней Европе, в Швеции. Автор поставил себе целью написать книгу для практического врача и его установку не на язву желудка, как на локальное заболевание, а на «язвенную» болезнь, надо считать правильной. Однако переводчик почему-то изменил немецкое название книги и неудачно, ибо «язвы желудка» не включают представления о «язвенной» болезни в смысле предрасположения организма к появлению пептической язвы (Ulcusbereitschaft немецких авторов).

Книжка написана сжато, но это не везде с пользой для дела. Так, например, из главы «этиология и патогенез», помещенной на 4-х страничках, практический врач едва ли получит представление о состоянии вопроса, хотя и не решенного, но все же лежащего в основе терапии язвы как болезни не одного желудка, а всего организма. Нельзя считать также удачным и распределение всего остального материала. Так, анамнез, представляющий особенный интерес для практического врача, недостаточно разработан, а с некоторыми положениями автора едва ли можно согласиться: например, с диагностическим значением отрыжки с запахом сероводорода, рвотой съеденной пищи; это, очевидно, надо считать симптомами уже не язвы, а ее осложнений: стеноза привратника, гастрита, расширение желудка и т. д.

Объективное исследование начинается и уделяет большое место лабораторному методу исследования больного, например, определенному соотношению пепсина к антипепсину, концентрации водородных ионов, содержанию сахара в крови, реакции оседания эритроцитов и т. д., далеко не установленных еще при этой болезни и практически уже совсем не имеющих значения. Это все с пользой для понимания «язвенной» болезни желудка можно было бы свободно опустить в сжатом изложении. Приводя подробно методику исследования желудочного содержимого, автор с другой стороны не упоминает о также очень простом, но очень существенном методе, как поколачивание живота молоточком по Mendelю, имеющему именно практический интерес.

Автор правильно выделяет типы язвы и осложнения ее, но в изложении клиники не систематизирует материала в этом направлении, почему и получается недостаточная четкость изложения. Не совсем прав автор, заявляя, что диагноз *lues ventriculi* ставится точно только при аутопсии. Это заблуждение; между тем автор не дает дифференциальной диагностики язвы у сифилитиков от сифилитической язвы желудка.

Подробно изложена терапия, но тоже, к сожалению, недостаточно систематически. Мне кажется в книге для терапевтов критике методики операции на желудке не следовало бы отдавать много места. Немного неожиданно заявление автора о частом появлении паротитов и авитаминозов при диетическом лечении язвы; у нас ни того, ни другого не бывает. Едва ли при лечении язвы надо целые 4 недели держать больного на спине, не вращаясь; а заявление, что это не представляет для больного затруднений, не убедит практического врача и не сделает его сторонником этого метода, требующего, по автору, назначения втечение нескольких ночей веронал-натрия. Видоизмененному методу Sippy принадлежит большее место, чем ему отведено. Автор правильно отмечает значение новопротина, как средства, облегчающего терапию язвы желудка (см. между прочими Р. Лурья: «О лечении язвы желудка новопротином», Каз. мед. журн., 1926 г., № 5—6). Полезная в общем книжка Энелла много выиграла бы в глазах практического врача, если бы материал был изложен более систематически и не был бы загружен еще не получившими признания методами распознавания и лечения язвенной болезни.

Проф. Р. Лурья.

O. Strauss und O. Müller. *Leitfaden der Röntgendiagnostik und Röntgentherapie für den praktischen Arzt.* 445 стр., изд. C. Marhold, Halle. Цена 20 м., в пер. 22 м. 1928.

Из книг по рентгенологии, предназначенных для студента и практического врача, настоящая выгодно отличается от многих других компендиумов последних 2-х лет на книжном рынке Германии и Франции. Это объясняется личностью авторов, являющихся опытными и широко эрудированными практиками, которые почти в каждой главе делятся своим личным опытом. Характер книги не позволил репродукций рентгенограмм, но зато схемы удачно подобраны и взяты из лучших известных нам немецких руководств и монографий. Не плохо представлен и отдел физики в диагностике и терапии. Неудачно помещена глава о пищеводе — между главой о сердце и об изображении спинномозгового канала, после главы о желудке. Книга вполне оправдывает поставленную авторами цель. Р. Я. Гасуль.

Aschner, Bernhard. *Die Krise der Medizin. Konstitutions therapie als Ausweg.* 562 Seiten Gr. 8°. 1928. Broschiert RM. 18.—Hippokratesverlag. Stuttgart, Leipzig, Zürich.

Книга Ашнера состоит из двух частей: общей и частной. В общей части автор говорит о тех методах лечения, которые, по его мнению, должны после долгих лет забвения завоевать прежнюю свою известность, как универсальные могу-

ние лечебные средства; в частной части говорится о тех же методах в применении к отдельным болезням из всех специальностей медицины.

Ашнер говорит: Какое неслыханное высокомерие, что критически мыслящие клиницисты под руководством таких, правда, незаурядных мыслителей, как Рокитанский и Скода, с одной стороны, целлюлярной патологии гениального Вирхова и построенной на ней официальной теории, с другой стороны, объявили и забросили до того ходкую терапию, хотя она была построена на наблюдениях многих тысячелетий, как негодную. Как нескромно думать, что *настоящая* медицина начала только существовать с началом естественно-научной точности в медицине.

Разве успехи нашего лечения оправдывают принятый медициной курс? Там где гигиена работает с помощью современной техники и организации, были достигнуты значительные результаты в рамках известных экономических предпосылок, прежде всего в борьбе с эпидемиями. А чудеса, достигнутые хирургией-Больной же, обращающийся как отдельный индивид к врачу за помощью, получает все же более плохое лечение и реже вылечивается, чем это было до наступления новой целлюлярнопатологической эры с ее локализаторской и специалистической установкой, которая в целом бессознательно мыслит нигилистически.

Лучших успехов, уменьшения страданий, увеличения числа излечений, удлинения продолжительности жизни достигала старая, охаянная, как «наивная», медицина. И народ, который имеет полный респект перед великими научными открытиями, воспринимает совершенно иначе клиническое лечение каждого отдельного б-го: народ идет большими толпами ко всякого рода знахарям и верует во всякого рода народную медицину. И разве это не есть отчасти своего рода кризис медицины, если больной не хочет обращаться к врачам, а обращается к знахарям?

Кризис в медицине может быть счастливо ликвидирован при помощи плодотворного ренессанса. Ренессанс означает больше чем возврат к старому. Он ставит исследовательской естественно-научной медицине целый ряд задач, требуя замены эмпирии только в случаях точной индикации.

Ашнер старается на основании своего личного опыта доказать, что эмпирически установленные методы лечения: кровопускание, очищение крови (путем отвода на кишечник и кожу), применение резольвенций, диафореза, прежде всего эмменагогических средств, одним словом всего того, что в народе рассматривается и применяется, как основательное лечение, имеют право на существование и в научной медицине. Признанные негодными альтерации выдвигаются опять на почетное место. Лечение направлено против диатезов! И все учение Ашнера превращается в учение о конституциональной терапии (*Konstitutionstherapie*).

Причем выявляются противоположности между старым и новым в их настоящей остроте: локальное лечение заменяется общим, универсальным, или местное лечение дополняется универсальным. Солидарно патологическое понимание болезней замещается гуморально патологическим; хирургическое лечение болезней становится часто лишним. Врачу специалисту вменяется в обязанность лечить, собственно умение лечить не только специальную болезнь, а всего человека: вместе с ренессансом медицины придет, конечно, ренессанс и самого врача.

Свое учение о конституциональной терапии Ашнер основывает на большом количестве практически важных наблюдений и фактических данных, благодаря чему книга Ашнера делается весьма ценным источником новых терапевтических советов и лечебных средств даже для тех, которые являются противниками его направления в медицине.

Ив. Галант. (Москва).

Проф. В. К. Меншиков.

8-го мая с. г. в аудитории детской клиники К. Г. У. на расширенном заседании педиатрической секции О-ва врачей при Казанском университете состоялось чествование председателя секции, директора клиники детских болезней К. Г. У. проф. Виктора Константиновича Меншикова по поводу исполнившего 30-летия его научно-педагогической и врачебной деятельности. Чествование юбиляра собрало переполненную аудиторию. В. К. тепло приветствовали представители правительственных учреждений, общественных организаций г. Казани, Правление университета, Медицинский факультет, представители кли-

ник университета, Институт для усовершенствования врачей, многочисленные ученики, сослуживцы и пациенты. Кроме того на юбилей откликнулись целый ряд научно-лечебных учреждений Союза, а также отдельные ученые из разных городов СССР и из заграницы (Германии).

В. К. Меньшиков родился в небольшом с. Пановке, Казанской губ., в 1874 г. По окончании гимназии В. К. поступил на медфак К. Г. У., который окончил в 1898 г. В следующем году В. К. избирается Медфакультетом на должность ординатора детской клиники К. Г. У., в стенах которой протекает вся его даль-

нейшая деятельность. Занимая последовательно должности лаборанта, ассистента и защитив в 1906 г. диссертацию на тему „Бактериология кори“, В. К. получает звание доктора медицины, а затем в следующем году Медц. факультет избирает его приват-доцентом при кафедре детских болезней. В 1912 г. после смерти проф. П. М. Аргутинского-Долгорукова В. К. избирается факультетом профессором на кафедру детских болезней и вступает на должность директора детской клиники.

Являясь учеником покойного проф. Аргутинского-Долгорукова, В. К. неоднократно бывал в научных заграничных командировках, где работал под руководством выдающихся ученых. В 1902 г. В. К. получает первую командировку в Вену, где он под руководством проф. Escherich'a изучает вопрос о сывороточном лечении скарлатины. По возвращении из заграницы В. К. работает над вопросом об этиологии задне-глоточных нарывов (Русский Вр., 1905 г.) и вте-



чение ряда лет разрабатывает вопрос об этиологии кори, результатом чего является его, указанный выше, монографический труд. В 1910 г. В. К. вторично командировается за границу сроком на один год. За это время В. К. работает в клиниках Берлина у проф. Heubner'a, Finkelstein'a, Keller'a. В клинике проф. Keller'a В. К. ведет исследования вскармливания детей пахтанием. Эту работу он опубликовал на немецком языке (Zur Frage der Buttermilchernährung des Säuglings). В зиму 1910—11 г.г. В. К. работает в Вене в клинике проф. Escherich'a над изучением свойств стрептококков и их дифференцировки. Полученные В. К. данные опубликованы в монографии Escherich'a и Schloka, посвященной скарлатине. Одновременно В. К. вел экспериментальную работу по вопросам бактериологии и иммунитета в серо-терапевтическом Институте проф. Paltauf'a под руководством проф. Kraus'a. [«Experimentelle Beiträge zum Mechanismus der Antitoxinwirkung». (Central. f. Bakt. Orig. Bd. 61, H. 3), «Ueber die ätiologische Bedeutung des Bordet'schen Keuchhustenbacillus und den Versuch einer spezifischen Therapie der Pertussis». Ibid.]. Смерть проф. Escherich'a заставила В. К. прервать работу, он переехал в Мюнхен и посещал клинику проф. Pfander'a. Продление научной командировки на 4 месяца дало возможность В. К. под руководством выдающегося педиатра проф. Czernu (Страсбург) изучать вопросы, связанные с экссудативным диатезом и обменом веществ при нем (Chlorretention bei exudativen Prozessen der Haut. Monatschr. f. K. 1911). Летом 1913—14 г.г. В. К. продолжает работать у проф. Czernu в Берлине.

Помимо своих научно-преподавательских обязанностей В. К. много уделял сил и энергии вопросам, связанным с благополучием ребенка. С первых дней занятия кафедры детских болезней проф. В. К. Меньшиков организовал отделение для грудных детей при Клинике. Он первый подал идею и осуществил

организацию Казанского о-ва борьбы с детской смертностью под своим председательством. В. К. неоднократно выступал с публичными лекциями по вопросам борьбы с детской смертностью, по профилактике туберкулеза, по борьбе с заразными болезнями, и в течение двух лет читал лекции на курсах для учителей гимнастики и спорта по вопросу о гигиене спорта и физического развития школьников. В. К., состоя членом правления Всесоюзного о-ва врачей педиатров, принимал активное участие в работе Всероссийских съездов детских врачей. Он уделял много внимания учебной жизни Медфакультета, состоя в 1921—22 г.г. заместителем Декана Медфака, и в течение целого ряда лет состоит членом Совета Факультета. В. К. в течение пяти лет избирается председателем Хозяйств. совета всех клиник Университета. В. К. принадлежит инициатива и организация за последние годы консультации для матерей при Клинике и Педиатрической секции О-ва врачей при Каз. Унив., председателем которой он состоит в настоящее время. Одновременно он несет обязанности члена Комиссии по профилактике туберкулеза по способу Calmette'a, в комиссии по борьбе со скарлатиной, является председателем Предметной комиссии при кафедре Детских болезней и принимает деятельное участие в работе других комиссий.

Проф. В. К. Меншикову принадлежит около 30-ти печатных научных трудов, из которых многие носят монографический характер по различным вопросам педиатрии. Главное внимание при научных изысканиях В. К. уделял вопросам диететики больного ребенка, как краеугольному камню именно той области, которая является самой актуальной отраслью современной педиатрии. Строго обоснованная уверенность важности диететики больного индивида спасла не одну сотню больных детей, обреченных на верную гибель. Проводимые В. К. с кем доктрины неизгладимо запечатлевали в умах учеников сознание бесспорной правоты и истины.

Под руководством проф. В. К. Меншикова вышло около восьмидесяти ценных работ его учеников по самым разнообразным вопросам педиатрии.

Хроника.

87) По утвержденному СНК СССР бюджету органов Социального Страхования на 1928/29 год на санаторно-курортную помощь и дома отдыха ассигновано 36.500.000 рублей, против 30.000.000 в 1927/26 году. Из этой суммы на дома отдыха, санатории и курорты ассигновано 26.817.000 руб., т. е. 73,5%; на строительство 5.345.000, т. е. 14,6%; на капитальный ремонт и оборудование 4.125.000 руб.—11,3% и на резервные расходы—211.000 рублей—0,6%. Основная сумма (26.817.000 руб.) распределяется так:

На дома отдыха	14.587.000—54,6%
„ местные санатории	7.910.000—29,7%
„ курорты	3.028.000—11,5%
„ проезд	1.220.000—4,2%

Таким образом, основной вид отдыха («ремонта»), какой у нас обеспечивается трудящимся—это дома отдыха, поглощающие у нас более 50% сметы; на втором месте стоят «местные санатории» и только на третьем месте—курорты. Естественно, наиболее дорогая форма помощи—это курортная: в среднем курортный клиент обходится государству—239 руб. 50 к. в месяц, местная санатория—136 руб. 21 к., а место в доме отдыха всего лишь 27 руб. 45 коп.

По Соцстраху на текущий 1928/29 год намечено пропустить: через дома отдыха—531.405 чел., местные санатории—50.071 ч. и через курорты—12.664 чел. По всему Союзу на 1000 застрахованных будет пропущено: в Домах Отдыха—51 чел., в местных санаториях—5 чел., в курортах—1 чел. Однако надо сказать, что указанными цифрами не исчерпывается число пользующихся курортной и санаторно-климатической помощью; приведенные цифры относятся к Соцстраху и его сети домов отдыха, местных санаторий и курортов; Наркомздрав и ряд других органов и учреждений имеют свои сети; наиболее крупная из них—это Наркомздравская.

88) По Татарской Республике на курорты Цустраха за время с 1-го января 1928 года по 1-ое января 1929 года было направлено различными профессиональными союзами в различные курорты всего 84 больных в следующем распределении:

Профсоюзы:	Кисло- водск	Пяти- горск	Ессен- тун	Желез- новодск	Сочи- Мац.	Евнатор.	Крым	Всего
1. Химики	10	—	—	1	2	1	—	14
2. Текстильщики	3	2	1	1	1	2	—	10
3. Печатники	1	—	2	—	1	—	—	4
4. Металлисты	3	1	—	—	—	2	2	8
5. Кожевники	4/1	1	—	—	—	2	—	8
6. Коммунальн.	2	1	—	—	—	1	—	4
7. Совторгслуж.	0/3	0/1	0/1	—	1	0/2	—	8
8. Раброс	0/2	—	—	—	0/1	0/2	—	5
9. Медсантруд	0/2	—	—	—	1	1	0/1	5
10. Пищевики	3	—	1	1	—	1	—	6
11. Нарсвязь	—	—	—	1	—	—	0/1	2
12. Зем-лес	2	—	—	—	—	—	—	2
13. Строители	1	—	—	—	1	—	—	2
14. Трансп. раб.	—	—	—	—	—	1	—	1
15. Швейники	2	—	—	—	1	—	—	3
16. Деревообделочники	—	—	—	—	—	—	1	1
17. Рабис	—	—	—	—	—	—	1	1
Всего	39	6	5	4	9	15	6	84

В этой таблице не-дробные числа обозначают число рабочих, пользовавшихся курортной помощью, а в дробях—в числителе значатся «рабочие», а в знаменателе «служащие». В общем эта таблица характерна: 1) она указывает, сколь ограниченное число курортных мест падает на Татреспублику вообще; 2) сколь ограничено число мест, приходящееся на каждую профессиональную группу рабочих; 3) таблица свидетельствует, что из всех курортов наибольшим спросом пользуется Кисловодск, второе место занимает Евпатория, т. е. первое место принадлежит «сердечному» курорту, второе—«грязевому»; 4) наибольшее число мест принадлежало, естественно, рабочим и лишь 17 из 84 «служащим».

Татнаркомздрав с 1-го октября 1927 года по 1-ое октября 1928 года получил 116 крестьянских мест, из них 61 место в Ливадии; 55 мест получено по различным курортам и санаториям, а именно: по кумысолечению (Оренбург)—28 мест, Сергиевские минеральные воды—18, Кисловодск—6, Евпатория (детский туберкулез)—3 м. Все эти места распределены по преимуществу по кантонам. Помимо указанных Пустьраховских и Наркомздравских бесплатных мест—по Татреспублике продано еще 143 места за наличный расчет, которые также предоставлены рабочим и служащим (нетрудовому элементу предоставлено всего лишь 2 м.). В итоге, по справке Бюро по распределению курортных и санаторных мест, по Татреспублике удовлетворяется потребность в таких местах лишь в 10% спроса. Приведенные данные по Татреспублике не касаются и не охватывают данных по местным домам отдыха и местным санаториям (туберкулезным).

89) В 1927 году комиссия геологов под руководством проф. М. Э. Но и н с к о г о произвела геологические исследования некоторых мест Чистопольского и Бугульм. кан. ТССР, а в 1928 г. доп. химик Каменцев сделал качественный химический анализ имеющихся там источников и илесто-торфяных грязей. Исследования не вполне еще закончены, но, по имеющимся уже данным, можно констатировать, что они содержат сернистые соединения, значительное количество серы в коллоидном

состоянии, много аминокислот и коллоидное сернистое железо. Следовательно, имеется полное основание причислить данные местности к целебным (по Ноинскому у., — близки к Серноводским). Особенно надлежит выделить серные источники и грязи Бугульминского кантона (при дер. Бакирово-Штерьяк), как расположенные недалеко от железной дороги (Самаро-Златоустовской), в возвышенной лесистой местности, лишенной комаров, вполне пригодной для курортно-санаторного строительства. Запасы грязей весьма велики, значителен также дебит источника.

С 1928 года в Физиатрической клинике Казанского гос. И-та для усовершенствования врачей им. Ленина под руководством проф. Г. А. Клячкина ведутся клинические наблюдения над лечебным действием Бугульминских грязей. Исследования эти еще не закончены, но позволительно уже сделать вывод, что лечебный эффект этих грязей ничем не разнится от того, который наблюдается от параллельно с ними применяемых клинкой Варзи-ятчинских грязей. Дальнейшие наблюдения должны представить более определенные данные.

90) Санаторий при Ижевском минеральном источнике (Татреспублика), перешедший с 1 октября 1928 г. в ведение Гос. акц. О-ва „Ижминвод“ при Татнаркомздраве, начнет функционировать в текущем году с 1 июня. Санаторий расширяется до 65 коек и предполагается произвести значительное переоборудование его.

91) На Нижне-Сергинском курорте (Свердловский округ Уральской области, серные источники) к наступающему сезону заново оборудованы и богато обставлены аппаратурой кабинеты физических методов лечения. Курорт рассчитан на 230 санаторных больных, продолжительность курса лечения—35 дней. Сезон с 1 июня по 15 сентября.

92) По сообщению „Правды“ (13 IV № 85) Главнаука с октября открывает в Казани научно-исследовательский институт химии имени А. М. Бутлерова.

93) Порядок проведения летней производственной практики студентов медицинских вузов остается в этом году таким же, что и в 1928 г. Полный перечень Здравоотделов, прикрепленных к определенному ВУЗ'у, приведен в № 14 прилож. к журналу „Вопросы Здравоохранения“ за т. г.

94) В связи с переходом на 7-часовой рабочий день в ближайшее пятилетие всех предприятий промышленного характера, НКЗдрав предложил Здравоотделам детально разработать план организации всех видов медпомощи с учетом всех факторов, вытекающих из этого перехода (Прил. к «Вопросам Здравоохранения» № 14, 1929 г.).

95) Первый съезд по прикладной психофизиологии и психотехнике состоится в декабре 1929 г. в г. Ленинграде. Программными вопросами съезда являются следующие: профессиональный отбор, профессиональная ориентация, психофизиология труда и его рационализация и организация психотехнической работы. Оргбюро съезда находится в г. Ленинграде. Председатель Оргбюро—проф. В. П. Осипов. За справками обращаться к секретарю Оргбюро д-ру П. А. Митникову, ул. Марата, д. 35, кв. 25.

96) Орг. бюро по созыву в Одессе с 27 по 31 августа 1929 г. III Всесоюзного съезда ото-рино-ларингологов (см. „Каз. мед. журн.“, № 4, стр. 466) дополнительно включило программной темой: „Состояние ото-рино-ларингологической помощи на Украине и ее перспективы“. Желающих выступать содокладчиком на эту тему просят уведомить Председателя оргбюро д-ра Розенфельда (Одесса, Шешкина, 4) в ближайшее время.

97) В апреле будущего года имеют состояться одновременно съезды по физиотерапии (в Севастополе) и по курортологии (в Ялте).

98) Летом текущего года в Вене состоится международная научная конференция по физиотерапии под председательством проф. G. Ober'a.

99) В Париже образовался под председательством проф. D'Arsonval'я Комитет по актинологии. Такой же Комитет решено образовать и у нас в Союзе. В июне с. г. состоится в Париже Международный съезд по актинологии.

100) При о-ве Невропатологов и Психиатров при Казанском университете организовалась Физиотерапевтическая секция. Председателем секции избран проф. Г. А. Клячкин, секретарем д-р Я. В. Хорош.

101) Татбюро врачебной секции организовало бесплатную заочную врачебную консультацию для трудящихся Татарии, живущих вне Казани. Консультация ставит своей целью давать исчерпывающие ответы по всем вопросам, касающимся восстановления расстроенного здоровья, личной профилактики, санитарии и гигиены.

102) Ленинградским Облздравотделом проводится плановая санация полости рта всех школьников гор. Ленинграда. Санация будет проведена в течение 3-х лет и охватит 300.000 человек.

103) Президиум Бакинского Совета установил 25-рублевые штрафы, которые увеличиваются, если врач вызывается на дом исключительно для получения от него документа или справки. В случаях хулиганского вызова врача районной помощи на дому, виновные будут привлекаться к ответственности. За необоснованный вызов скорой помощи установлен штраф в 50 рублей («Вопросы Здравоохранения», № 7, 1929 г.).

104) В Дании по постановлению апелляционного суда будет применяться проба на принадлежность к той или иной группе крови, как средство по установлению отцовства.

105) Смертность женщин-матерей от причин, связанных с деторождением, наименее низка в Голландии, составляя 2,3 на 1000 живорожденных, в С. А. С. Ш. наиболее высока, достигая 6,6 по всей стране при колебании в отдельных Штатах от 4,5 до 12,1 также на 1000 живорожденных.

106) Распространившаяся в январе, феврале и марте т. г. по всей Европе сильнейшая эпидемия гриппа, по сообщениям Гигиенического отдела Лиги Наций, за последние недели апреля начала спадать. Эта эпидемия была самой сильной после эпидемии 1918/19 года. Хотя в некоторых местностях болезнь и протекала легко, но во многих странах—особенно в Англии, Прирейнских областях, в северной Франции, Бельгии и Голландии—приняла тяжелые формы и резко повысила смертность—в Англии до 60 про mille. Большая часть смертных случаев в текущую эпидемию падала на возрасты свыше 60 лет, в то время, как в прежние эпидемии больше всего страдали люди в возрасте 15—45 лет.

107) 14 мая с. г. Государственная медицинская библиотека (Москва, Петровка, 28). Наркомздрава отпраздновала 10-летие со дня своего основания. Библиотека составлена из целого ряда ведомственных библиотек (Управления Главн. Врач. Инспектора, Редакции Военно-Мед. журнала, Туберкулезной лиги) и библиотек обществ (Физико-медицинского, земский союз и т. п.). С 1920 года началось получение иностранных журналов. В настоящее время в ЦМБ собрано свыше 330.000 книг по вопросам медицины и пограничных областей. Особенно ценной частью библиотеки являются обширные комплекты иностранных журналов, а также ценное собрание земской медицинской литературы. С самого начала своего существования ЦМБ была весьма доступна самым широким врачебным массам: в ней был организован ряд всем широко доступных читальных зал, в которых все новинки выдавались без всяких формальностей, организована была тематическая консультация, выделена библиотека популярных изданий для рабочего читателя и т. п. В 1920—21 г. библиотека была единственным местом, где русские врачи могли ознакомиться с новой иностранной литературой. В настоящее время ЦМБ становится центром медицинской библиографии, ею ведется ежегодный семинарий медицинской книги на библиотечных курсах, подготавливается ряд библиографий на специальные темы, проектируется участие ЦМБ в общей организации медицинских библиотек, находящихся в ведении Губ- и Уздрав'ов и т. п.

Редакция поздравляет Библиотеку и желает дальнейшего развития и процветания.

108) Государственный Акушерско-Гинекологический Институт (в Ленинграде) торжественно праздновал 12 мая с. г. 25-летие своей деятельности в занимаемом им помещении (131-я годовщина жизни Института).

109) 27 апреля с. г. Институт биологической физики НКЗдрава праздновал 10-летие своего существования.

110) 28 мая с. г. исполняется 50 лет существования Таганрогского медицинского о-ва. Торжественное заседание по этому поводу состоится 1 июня в 8 час. веч. в помещении о-ва, Таганрог, ул. Фрунзе, 37.

111) 18 мая 1929 года исполнилось 45-летие научно-педагогической, врачебной и общественной деятельности профессора педиатрии Саратовского унив-та И. Н. Быстрина.

112) Проф. Romberg недавно праздновал 50-летний юбилей своей научной деятельности, совпавший с 86-летием со дня его рождения.

Письма в редакцию.

I.

Многоуважаемые товарищи!

Приступая к изданию 4-го тома „Интернациональной радиотерапии“ (J. R.) I. Wetterer'a, который выйдет в октябре тек. года, обращаемся к товарищам-радиологам с просьбой прислать мне до начала июня те работы или сообщения с авторефератами по радиологии и терапии, которые почему либо еще не были реферированы ни в Союзе, ни в заграничной печати.

Соредактор J. R.

Приват-доцент д-р P. Гасуль.

Казань. Кафедра рентгенологии Госуд. ун-та для усовер. врачей им. Ленина.

II.

Уважаемый Collega!

Во 2-м номере „Каз. мед. журнала“ в статье т. Ойфебаха „О классификации легочного туберкулеза“, принятой IV туб. съездом, между прочим говорится, что наличие каверны является признаком *безусловно 3 стадии туб.*, между тем как в 1-м номере „Вопросов Туберкулеза“ в отчете о том же съезде в ст. В. А. Воробьева „К оценке принятой в СССР классификации легочн. форм тбс“ говорится, что „каверны, даже значительных размеров, *не переводят случай в III стадий*, они могут быть во всех стадиях“. Насколько мне приходилось беседовать с товарищами, бывшими на съезде, правильно вопрос освещен у Воробьева, а у т. Ойфебаха неправильно. Желательно получение разъяснений.

С приветом А. Михайлов.

III.

В редакцию Казанского мед. журнала.

На запрос д-ра А. Я. Михайлова могу сообщить следующее: в моей статье указано, что докладчиком д-ром Хольцманом было выдвинуто положение, в согласии с тезисами проф. Воробьева (см. Тезисы IV туб. съезда и В. Туб., № 1, 1929 г.), что наличие каверны не относит случай к III стадий. В прениях большинство не согласилось с мнением докладчика и таким образом создано впечатление, что это предложение окончательно съездом не принято и передано в Межсъездную Комиссию для окончательного согласования наряду с другими спорными вопросами классификации (Ibid.). Должен к этому прибавить, что моя статья была передана в редакцию „Каз. мед. журнала“ до получения № 1 „Вопросов Туберкулеза“, вышедшего в 1929 году с опозданием. Таким образом, строго руководствуясь постановлением IV съезда, надо считать, что по новой классификации не всякий случай легочного кавернозного тбс должен быть отнесен к III ст.

М. Ойфебах.

ПЕЙТЕ

РАДИОАКТИВНУЮ НАТУРАЛЬНУЮ МИНЕРАЛЬНУЮ ВОДУ

„ИЖЕВСКИЙ ИСТОЧНИК“.

Минеральная вода „ИЖЕВСКИЙ ИСТОЧНИК“

детально исследована рядом выдающихся ученых клиницистов профессоров, врачей и **признана целебной** при ряде заболеваний желудка, кишок, печени, мочевых путей, почек, при алкоголизме, нарушенном обмене веществ, подагре.

Подробные отзывы об Ижевской Минеральной воде в специальной брошюре, которая раздается бесплатно в складах, магазинах и киосках „Ижминвода“.

При источнике имеется **бальнеологический курорт**, расположенный на живописном берегу Камы близ **Икского устья**.

Цена койки за месяц по договорам 100 р. Одиночкам членам профсоюзов 110 р. и прочим 150 р.

Койки продаются во всех городах курбюро Главкурупра Н.К.З. и подотделом экспертизы и контроля Татнаркомздрава—Казань, уг. Покровской и Поп.-Казанской, дом № 17. Тел. 2-53.

ЛУЧШИЙ СТОЛОВЫЙ

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ НАПИТОК.

ТРЕБУЙТЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ, СТОЛОВЫХ, МАГАЗИНАХ, В БУФЕТАХ: ПАРОХОДОВ, КЛУБОВ, КИНО, ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГ.

С ЗАКАЗАМИ ОБРАЩАТЬСЯ:

- К а з а н ь:** 1. Правление Гос. Акц. О-ва «ИЖМИНВОД» Б. Проломная, д. 50/7. Тел. № 15-72.
2. Склад Гос. Акц. О-ва «ИЖМИНВОД» Б. Пролом. на дворе Каз. Подворья.
- М о с к в а:** 1. Контора, Ильинка—Ст. Панск. пер. № 1-5 ТАТПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО. Тел. 2-12-84.
2. Склад, угол Петровки и Петровск. линии № 18. Тел. 4-43-34.
- Ленинград:** Склад и Контора Стремянн. 2. Тел. 64-64.
- Харьков:** Склад и Контора ул. Карла Либкнехта № 2. Тел. 82-54.

СОДЕРЖАНИЕ.

Стр.

Памяти Billroth'a (с порт. на отд. таблице). Проф. П. М. Красина. 473

Отдел I. Оригинальные статьи.

Проф. М. М. Гран (Казань). Курорты, профессия и охрана труда.	476
Р. М. Ахрем-Ахремович (Казань). Изменения тромбоцитов у туберкулезных больных при кумысолечении (с 1 диагр.).	478
Р. М. Ахрем-Ахремович и А. М. Мокеев (Казань). Эритропоэз при туберкулезе легких и его изменения под влиянием кумысолечения (с 4 диагр.).	484
А. М. Миропольская (Казань). Наблюдения над нервно-легочными больными Шафрановского кумысолечебного курорта сезона 1928 г.	494
Проф. Б. А. Вольтер (Казань). Лечебное значение Ижевского источника.	499
П. Ф. Горский (Казань). О действии минеральной воды „Ижевский источник“ на изолированное сердце.	509
А. М. Козлова. К вопросу о лечении параличей лицевого нерва ионизацией через Эльтонскую грязь (с 2 рис.).	510
Проф. Г. А. Клячкин (Казань). Неврологические впечатления в Железноводске.	515
Проф. А. А. Опокин (Томск) и д-р Р. И. Зак (Казань). Аутогэмотерапия как метод Reiztherapie при ревматических, суставных и некоторых гинекологических заболеваниях.	519
Проф. М. Н. Гремячкин и орд. Н. В. Жуковская (Сергиевск. мин. воды). К вопросу о сравнительной оценке различных комбинированных методов лечения хронических полиартритов.	525
Ю. А. Лейбчик (Казань). Продувание фаллопиевых труб в условиях грязелечения. Усовершенствование методики продувания и новый наконечник (с 3 рис.).	531
А. М. Дмитриев. Наблюдения над лечением хронических простатитов, сперматоциститов и функциональных расстройств мужского полового аппарата грязевыми комбинациями на Сергиевских минеральных водах в лечебный сезон 1928 г.	536
С. С. Шулинов (Казань). Материалы к характеристике основной профвредности ванщиков на курорте „Серноводск“ Самарской губ. (с 2 табл.)	539
А. Н. Семакин и Л. Г. Шварцкопф. Варзятчинский курорт и результаты лечения в сезон 1928 г.	544
К. В. Волков (Ядрин). Клиника и профилактика.	549
Проф. Н. К. Горяев (Казань). По поводу заметки прив.-доц. А. П. Егорова: «О значении «миогенных» сдвигов картины крови».	555

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Проф. И. А. Смородинцев (Москва). Химиотерапия и фармакология.	556
Проф. М. М. Гран (Казань). Расовая патология и медицинская география.	560
Проф. М. Дыхно (Казань). По городам Германии.	562
Проф. Р. А. Лурия (Казань) БМЭ и усовершенствование врачей.	570
Рефераты по общей патологии, бактериологии и иммунитету, физиотерапии, внутренней секреции, внутренним болезням, хирургии, акушерству и гинекологии, невропатологии, социальной медицине и методике.	573
Библиография и рецензии: 1) проф. А. М. Левин. „Дуоденальный зонд и его применение в диагностике и терапии“. Проф. Р. А. Лурия. 2) Г. Энелль. „Язвы желудка“. Проф. Р. А. Лурия. 3) O. Strauss u. O. Müller. „Leitfaden der Röntgendiagnostik und Röntgentherapie für den praktischen Arzt“ Р. Я. Гасуля. 4) B. Aschner. Die Krise der Medizin. Konstitutionstherapie als Ausweg. Ив. Галанта.	582
Проф. В. К. Меньшиков. XXX-летний юбилей.	584
Хроника.	586
Письма в редакцию.	590