

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).

№ 6.

И Ю Н Ъ.

(Вышел из печати 22 июня).

Цена 65 коп.

КАЗАНЬ.

К СВЕДЕНИЮ ПОДПИСЧИКОВ.

Следующий № 7—8 „Казанского медицинского журнала“ выйдет в увеличенном размере и будет разослан в конце августа м-ца.

№ № 1—4 „Казанского медицинского журнала“ 1929 г. полностью разошлись.

Подписка принимается с № 5. Подписная плата (с № 5 до конца года)—4 рубля. На второе полугодие (июль—декабрь)—3 р. 50 коп. Требования и деньги направлять по адресу: г. Казань, редакции „Казанского медицинского журнала“.

К сведению авторов.

Все статьи, присылаемые в редакцию, должны быть перепечатаны на пишущей машинке на одной стороне листа с достаточными расстояниями между строчками.

Размер статей не должен превышать $\frac{1}{2}$ печ. листа (20.000 печ. знаков).

Имена иностранных авторов, упоминаемые в статье, должны быть написаны латинским шрифтом.

Литературные введения в историю вопроса допускаются только в самых ограниченных размерах. Приводимые истории болезни должны быть отредактированы возможно кратко. Рисунки и таблицы помещаются только необходимые для понимания статьи.

Печатаемые в отделе „Из практики“ описания отдельных случаев принимаются, если они занимают не более 2 печ. страниц (5.000 печ. знаков) и имеют общий интерес.

Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять рукописи.

Статьи, где либо напечатанные (в русских или иностранных журналах), не принимаются.

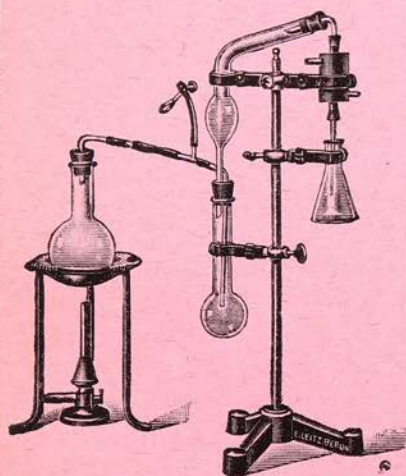
Гонораром работы не оплачиваются.

Ernst Leitz, Berlin

Влад. Franz Bergmann

NW 6, Luisenstrasse 45.

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



Микрокельдалевский аппарат.



По требованию специальный каталог № 31.

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. Плещицер.

1929 г.

(Год издания XXV).

№ 6.

И Ю Н Ъ.

КАЗАНЬ.

Главлит ТССР № 3139

Нар. № 6093.

Тираж 3500 экз.

Казань, 1929. ТАТПОЛИГРАФ, Казанская, 4.

Отдел I. Оригинальные статьи.

О ведении преподавания методики диспансеризации при поликлинических занятиях.

Проф. Д. М. Российский.

(Москва).

В настоящее время все больше и больше выясняется, какое огромное значение имеет правильно поставленное поликлиническое преподавание в общем плане изучения медицинских дисциплин и проведения семинарско-практического метода преподавания на медицинских факультетах. В поликлинике студенты под контролем профессора и преподавателей, но в то же время вполне самостоятельно, ведут разбор больных и практические работы, где наряду со сложными и тяжелыми больными они видят самые обыденные, легкие случаи и где им представляется возможность наблюдать и изучать многое, чего в стационарной клинике они не найдут. При поликлинических занятиях все студенты последнего курса разбиваются на небольшие группы для ведения работ, главная задача которых сводится к практическому усвоению студентами современных научных методов и выработке в них способности самостоятельно разбираться в заболеваниях, группировать их и научно анализировать получаемые данные. Большое количество больных, посещающих поликлинику, представляет для семинарско-практических занятий весьма разнообразный материал, где наряду со случаями серьезными и сложными проходит большое количество самых повседневных, обыденных заболеваний, с которыми будущему врачу необходимо быть знакомым и которые так часто отсутствуют в стационарных клиниках.

Принимая при занятиях в поликлинике активное участие в разборе больных; постановке дифференциального диагноза, в назначении соответствующей терапии и производстве разнообразных клинических исследований, студенты, несомненно, приобретают практический навык и способность к самостоятельной работе. При поликлинических занятиях студенты не остаются для преподавателей почти совершенно неизвестной и многоликой толпой учащихся, как это всегда бывает при чисто лекционной системе преподавания, а так как занятия в поликлинике ведутся групповые, то руководитель поликлиническими занятиями всегда знает, как воспринимается преподаваемое им знание, какие вопросы и сомнения зарождаются у слушателей и на что необходимо обратить особенное внимание для пополнения знания и опыта учащихся.

Преподавание в поликлинике, нося семинарско-групповой характер и имея в своей основе принцип активного участия студентов в работе, учит их разрешать практические задачи, которые им ставит повседневная жизнь. При поликлинических занятиях студент, занимавшийся в достаточной мере в стационарных клиниках, имеет полную возможность применить на практике полученные им в клинике медицинские познания и приобрести более уверенное отношение к больному.

Помимо всего вышесказанного, в поликлинике студенты имеют возможность изучать первые проявления болезни и следить за всем тече-

нием болезни, от начала до конца заболевания, подробно выяснять наследственность больных и знакомиться с условиями жизни, быта и заболеваний целых семейств, что нередко бывает недоступно для стационарной клиники.

Поликлиника, несомненно, развивает в студентах способность быстро ориентироваться, подавая быструю помощь и совет, и врач, прошедший поликлиническую школу, успешнее будет работать среди условий суровой действительности, которые так бесконечно далеки от идеальных условий стационарных клиник.

По мнению проф. Непос'а, „повседневный опыт студенты могут приобретать только в поликлинике. Студентам необходимо было бы вменять в обязанность в течение целого семестра посвящать себя исключительно только поликлиническим занятиям, что было бы крайне целесообразно“.

При поликлинических занятиях имеется также полная возможность знакомить студентов и с методикой диспансеризации, естественно являющейся неотъемлемой частью поликлинического преподавания.

Проф. Боткин видит большое значение поликлиники в том, что она приучает студентов к практической деятельности, в которой необходимо со стороны врача уметь приспособляться как к материальной, так и к нравственной обстановке больного. По мнению проф. Боткина, „поликлиника научает практиканта проводить определенное учение в случайно данных условиях, уметь найти высшую достижимую при этих условиях степень применения этого лечения, привыкнуть приходить к чувствующим людям в качестве врача, когда ничего еще не может быть в душе, кроме самого горячего желания помочь больному и поддержать окружающих—все это такие приобретения, ценности которых нельзя не обозначить слишком высоко“.

Все эти драгоценные качества поликлинического преподавания, по мнению проф. К. Н. Дегио, делают поликлинику „незаменимым учреждением и ставят ее в ряд важнейших учебно-вспомогательных учреждений медицинского факультета“.

В Германии на поликлиническое преподавание давно уже обращено самое серьезное внимание, и такими образцовыми поликлиниками, как поликлиники внутренних болезней в Берлине, Мюнхене, Марбурге, Тюбингене, Бонне, Гейдельберге и Эрлангене, германские медицинские факультеты могут вполне справедливо гордиться.

Студенты стремятся к поликлинической работе, так как убедились, что в поликлинике они получают возможность самостоятельно работать, проверять свои знания и приобретать новые под руководством преподавателей поликлиники, знакомясь в то же время на каждом шагу с теми случаями, какие дает повседневная жизнь и с какими им придется столкнуться сразу же при вступлении в самостоятельную практическую деятельность.

Поликлинические занятия являются неотъемлемой частью того цикла практических работ, которые ориентируют студента в вопросах практической медицины, лицом к лицу ставят его с необходимостью рассматривать больного в разрезе трудовой его жизни и быта, приучают учитывать профессиональные и социально-бытовые условия, способствующие возникновению болезней и наблюдать течение болезни в условиях быта и труда.

Высшее медицинское образование в СССР ставит своей целью подготовку научно-материалистически мыслящего врача, теоретически и практически подготовленного как в области лечебной, так и в области санитарно-профилактической и в настоящее время все преподавание в медицинских ВУЗ'ах реорганизуется в том направлении, чтобы давать студенту — „будущему врачу“ умение полностью учитывать профессиональные, бытовые и общие социально-экономические условия, способствующие как возникновению болезней, так и предупреждению и лечению их.

Профилактическое направление современной медицины с ее неотложными задачами борьбы с вредными условиями труда и быта, обуславливающими повышенную заболеваемость трудящегося населения и возможность облегчить эти задачи путем диспансеризации, ставящей своей целью взятие лечебными учреждениями под свое наблюдение здоровья населения, делают существенно важным дать оканчивающим медицинский факультет студентам необходимые сведения о значении диспансеризации и познакомить их с методикой ее проведения на практике.

Учитывая важность знакомства кончающих курс студентов с методикой диспансеризации, с которой им придется встретиться тотчас же по вступлении в самостоятельную практическую жизнь, Поликлиника внутренних болезней I МГУ взяла на себя в 1925—26 уч. году проведение диспансеризации и физического обследования рабочих Государственной шпильной фабрики, которое и стало проводиться с весны 1925 года.

С осеннего семестра 1926 г. в Поликлинике внутренних болезней I МГУ, в контакте с профилактическими кафедрами, начались систематические занятия по диспансеризации с группами студентов 5-го курса, проходящими в Поликлинике обязательные занятия по поликлинике внутренних болезней. С 1927 года, кроме рабочих Государственной шпильной фабрики, Поликлиника внут. бол. I МГУ проводит диспансеризацию рабочих, служащих и студентов - медиков I МГУ, а с 1929 г. проводит систематическую диспансеризацию студентов всех факультетов I МГУ.

При прохождении работ в Поликлинике студенты разбиваются на отдельные группы и под непосредственным руководством преподавательского персонала Поликлиники выясняют условия труда и быта диспансеризируемых, причем определяются мероприятия лечебного и социального характера, необходимые в профилактических целях для предохранения от возможных для данной профессии заболеваний и для предупреждения перехода острых заболеваний в хроническое состояние. Перед обследованием диспансеризируемых предварительно производится все необходимые антропометрические исследования, производимые при непосредственном участии студентов. После произведения антропометрических исследований студенты самостоятельно заполняют санитарный журнал диспансеризируемого со всеми прилагаемыми к санитарному журналу вкладными листами, пользуясь при этом как непосредственным руководством врачебного персонала Поликлиники, так и специальной инструкцией по заполнению санитарного журнала. После заполнения санитарного журнала и физического обследования больного происходит проверка педагогическим персоналом Поликлиники в присутствии всей студенческой группы, работающей в данное время в Поликлинике, данных, полученных студентами при заполнении санитарного журнала и обследовании диспансеризируемых.

Одновременно ведется соответствующая беседа о методике заполнения санитарного журнала, проверяются данные физического осмотра да-

диспансеризуемого, делаются соответствующие выводы о состоянии здоровья данного диспансеризуемого и в поликлинической лаборатории производятся все необходимые лабораторные исследования мочи, крови, желудочного сока и т. д.

При проведении диспансеризации больные изучаются не только клинически, но и этиологически, в их жизненной и рабочей обстановке, с оценкой влияния всех факторов их труда и быта на заболевания. Посещение больными, находящимися под диспансерным наблюдением Поликлиники, периодически повторяется всегда при непосредственном участии студентов, работающих в данное время в Поликлинике.

Основными моментами плана работы при проведении диспансеризации являются углубленное выяснение значения диспансеризации и, как переход от старых форм лечебной работы к новым ее формам, формам активного исследования и профилактических мероприятий, необходимость правильного врачебно-санитарного учета всего рабочего населения и правильное распределение различных видов профилактической и лечебной помощи, как способ оздоровления труда и быта рабочего населения.

При проведении диспансеризации, одновременно с учетом физического состояния здоровья диспансеризируемых, обращается внимание на выяснение этиологии заболеваемости в связи с социально-профессиональными условиями, т. е. с условиями производства и труда диспансеризируемых с одной стороны и, с другой стороны, с условиями жизни, жилищи и всего быта диспансеризируемых.

Введение в работу Поликлиники научно поставленной методики и практики диспансеризации вызывает естественный переход ее работы от старых лечебных форм к новым ее формам, а поликлинические наблюдения над прохождением, течением и последствиями различных заболеваний у диспансеризируемых больных с последующим учетом и суммированием всех сделанных наблюдений, расширяя перспективы научного творчества, дадут богатый материал для дальнейшего углубления и разработки диспансерного метода лечения.

Из Анатомического института Казанского гос. университета. (Директор проф. В. Н. Терновский).

Иннервация нормальной и подковообразной почки.

А. А. Вишневский.

(С 2 рис. на отд. табл.).

Ни один из органов, находящихся в брюшной полости человека, не дает такого частого и разнообразного отклонения от нормы, какое дают нам почки. Мы можем наблюдать различные варианты в смысле неправильного положения, формы, величины и даже числа их у субъектов вполне здоровых и не подозревающих этого. Очевидно, эти почки справляются с возложенной на них организмом работой—регулированием воды и выделением продуктов обмена веществ так же, как и нормальные.

Эта способность почек, как указывает Schillf, гораздо больше зависит от нервной системы, чем это до сих пор думали. Во всяком случае мы не можем определенно ответить на вопрос, почему существует у почек большое количество нервов. Последние, несмотря на различные

индивидуальные вариации, в своей основной, анатомической схеме всегда одинаково ее иннервируют. В этом легко можно убедиться, рассматривая различные типы иннервации аномалийных и нормальных почек. В настоящей своей работе мы и имеем в виду это сделать в отношении обычной и подковообразной почки.

В норме *plexus renalis* представляется густым, прерываемым различным количеством разнообразной формы узелков сплетением, сопровождающим почечную артерию в ворота почки (рис. 1). В случаях, когда артерия делится, то же самое происходит и с окружающими ее нервами, которые образуют соответственно разделившейся артерии ряд второстепенных сплетений.

Сам *plexus renalis* состоит из тонких нервных нитей, происходящих от *gang. semilunare*, *gang. aortico-renale*, *gang. mesentericum superius*, *nerv. splanchnicus minor* и нитей *pars. lumbalis* пограничного ствола *sympathici*. Самое большое число нитей происходит из *gang. semilunare* (рис. 1-ый; 1 и 7).

Если последний действительно полулунной формы, то нервные нити чаще всего отходят от нижнего рога или от нижнего края, близко к нижнему рогу. Часть нитей может отходить и гораздо выше, с вентральной или дорзальной поверхности, почти от верхнего рога. Однако, такое отхождение их встречается реже.

Форма полулунных узлов настолько разнообразна, что название полулунный может относиться только к очень немногим из них (Терновский, Сущевский). Обычно они имеют форму неправильного многоугольника, в некоторых случаях даже состоящего из нескольких узлов, связанных между собою нитями.

Веточки к *plexus renalis* отходят от тех частей узла, которые расположены ближе к почечной артерии. Они могут собираться для образования общего ствола (*Novelaque*) или оставаться раздельными, образуя 3 или 4 тоненьких нити, которые направляются сверху вниз, латерально, давая на своем пути различные отношения к *gang. aortico-renale*. Окружая почечную артерию, эти нити делятся как бы на два слоя, располагаясь один на ее передней поверхности, другой на задней. Часто они соединяются с маленькой веточкой от *nerv. splanchnicus minor* или от *nerv. splanchnicus inferior*, а иногда к ним подходит тоненькая веточка от *nerv. splanchnicus major* (*Novelaque*). Анатомические и экспериментальные данные говорят, что именно при посредстве этих нитей, идущих от *g. semilunare*, *vagus* участвует в иннервации почки. Прямого, анатомически доказанного соединения между *vagus*'ом и *plexus renalis*, по крайней мере для большинства случаев, не существует (*Reppner, Novelaque*).

Ellinger и *Hirt* доказали, что *vagus* иннервирует почку не отдельно как правый и левый, но что оба они сначала попадают в *g. semilunare* и только оттуда уже многочисленными веточками идут в почку. Правда, *Heitzmann* в свое время описал ветвь от правого *vagus*'а, идущую непосредственно к почечному сплетению, но никто из перечисленных выше авторов, ни мы лично этой ветви от правого *vagus*'а, идущей непосредственно к почке, не наблюдали¹⁾.

¹⁾ Нами исследовано 10 взрослых и 15 детских трупов в возрасте от одного месяца и до года.

На передней поверхности *art. renalis* располагаются также нити, происходящие от *gang. aortico-renale* (рис. I-ый; 2 и 8).

Сам узел небольших размеров, неопределенной формы, чаще всего в виде небольшой звездочки, лежит в массе жировой клетчатки, сбоку от аорты, над стволом почечной артерии. В зависимости от расстояния с одной стороны от аорты до узла, с другой от узла до *art. renalis*, а также от величины угла отхождения *art. renalis* от аорты, нити от *gang. aortico-renale* направляются в *hylus renalis*, идя или перпендикулярно к аорте, или косо вниз и, гораздо реже, косо вверх. Все они обычно располагаются на передней поверхности почечной артерии в количестве, не превышающем трех. Небольшое число нитей соединяет *gang. suprarenale* с *gang. aortico-renale*. В некоторых случаях нити от *gang. suprarenale* соединяются не с *gang. aortico-renale*, а с происходящими от него нитями, выше уже описанными.

Веточка, происходящая от *gang. mesentericum superius*, встречается довольно редко. *Novelaque* пишет, что „в случае ее существования, кажется, она идет по передней поверхности артерии“. *Frankenhäuser* же видел ее идущей к *gang. renal. posterius*. В нашем материале (25 трупов) было два случая, когда она оканчивалась в *gang. renale anterius* (*gang. mesent. super.* обозначен 3, 9 на рис. 1).

От *nerv. splanchnicus minor* отходит одна или две веточки, идущие сзади по *art. renalis*. Реже бывает, что одна веточка идет по задней, другая по передней поверхности артерии. Когда существует *gang. renale posterius*, ветви от *nerv. splanchnicus minor* могут непосредственно вступать в него, а иногда даже в *gang. renale posterius* может вступать и конечная ветвь *nerv. splanchnicus minor*.

Сам *gang. renale posterius* является небольшим, чаще всего плоским узелком, расположенным на задней поверхности почечной артерии, недалеко от места ее отхождения. *Novelaque* указывает, что при существовании *nerv. splanchnicus inferior*, *nerv. splanchnicus minor* обычно мало развит. Посылая несколько слабых веточек к почечной артерии, *nerv. splanchnic. inferior* некоторым образом как бы заменяет *nerv. splanchnicus minor*, часто достигая *gang. renale poster.*

Сравнительно редко можно видеть также ниточку, происходящую от *splanchnic. major*, оканчивающуюся в *gang. renale poster.* или направляющуюся к почечной артерии и анастомозирующую с одной из ветвей, происходящих от полулунного узла. От I-го и II-ого поясничного узла пограничного ствола *sympathici* (рис. I-ый; 5 и 11) идут 1—2 веточки, к почечному сплетению, достигая его в различных точках, чаще всего в *gang. renale posterius* (*Novelaque*) или в *gang. renale inferius* (Гартман-Вейнберг). Последний узел в виде небольшой звездочки выполняет угол между аортой и нижним краем ствола почечной артерии. От него отходят следующие веточки: одна - три к *gang. aortico-renale*, одна - две к *gang. spermaticum* и две - три в *hylus* почки. Иногда на передней поверхности почечной артерии, по пути сплетения, находятся один или несколько маленьких узелков в *gang. renale anterius* (рис. I-ый: 10).

Гартман-Вейнберг указывает, что и в них могут вступать веточки узлов пограничного ствола *sympathici*, связанного через *gang. commun.* со спинномозговыми нервами 19-м и 20-м. Никакой существен-

ной разницы между *plexus renalis* правой и левой почки мы не обнаружили. Сплетения обеих почек могут непосредственно соединяться между собой (12 случаев из 25), находясь в то же время в постоянной связи со сплетениями окружающих их органов.

Из всех вышеописанных нами нервов почек, прямо или косвенно участвующих в образовании *plexus renalis*, главная роль в отношении регуляции мочеобразования выпадает на *n. vagus*, *n. splanchnicus minor*, *n. splanchnicus major* и веточки поясничной части пограничного столба *nerv. sympathici*.

Является ли *vagus* в своем действии на диурез нервом секреторным для почки или, как некоторые думают, лишь только сосудодвигательным (расширяющим ее сосуды), до сих пор определенно неизвестно. Однако в последнее время, особенно после работ Ellinger'a, появляется все больше и больше сторонников секреторного действия *n. vagi*. Ellinger показал, что перерезка этого нерва повышает содержание азотистых веществ в моче, не увеличивая количества ее самой. Раздражая же периферический конец *n. vagi*, мы можем получить увеличение количества мочи, не вызывая в то же время ни малейшего расширения почечных сосудов. Перезка *n. splanchnici minor* повышает диурез, так как этот нерв несет в себе вазоконстрикторы для почечных артерий. Ellinger и Hirt указывают, что в своем влиянии на диурез импульсы, идущие от *n. vagus* и *n. splanchnicus minor*, тормозят друг друга.

Эти же авторы отмечают очень интересный факт, что два симпатических нерва—*n. splanchnicus major* и веточки поясничной части пограничного столба *n. sympathici*—являются антагонистами. В то время как первый задерживает выделение азота и способствует выделению фосфатов, второй, т. е. веточки поясничной части симпатического нерва, как раз наоборот, тормозят выделение фосфатов и способствуют в незначительной мере выделению азота. По Jost'у волокна, идущие от брюшного симпатического нерва, задерживают выделение воды и способствуют выделению NaCl.

Из всего этого видно, что между *n. vagus* и *n. sympathicus* антагонизм имеет место только для количества мочи, для выделения же фосфатов и азота антагонизм происходит через симпатические нервы.

Мы уже отмечали, что большинство почек, представляющих те или иные отклонения от нормы, справляются с возложенной на них организмом работой (регуляцией воды и выделением продуктов обмена веществ) почти так же хорошо, как и нормальные почки. С другой стороны, зная роль нервов в процессе мочеобразования, мы можем уже a priori предполагать, что иннервация любой аномальной почки у жизнеспособного субъекта будет такой же, как и нормальной.

В нашем материале, кроме двадцати пяти пар нормальных почек, было три подковообразных с расположенными кверху вогнутостями. В первом случае мы имели 3, во втором 6 и в третьем 4 почечных артерии, которые отходили от аорты и шли в ворота почки. Нервы, находившиеся на этих артериях, и явились предметом нашего исследования.

В результате, сравнивая *plexus renalis* подковообразной и нормальной почки, мы пришли к заключению, что оба сплетения состоят из одних и тех же основных элементов. Это совершенно ясно видно, когда

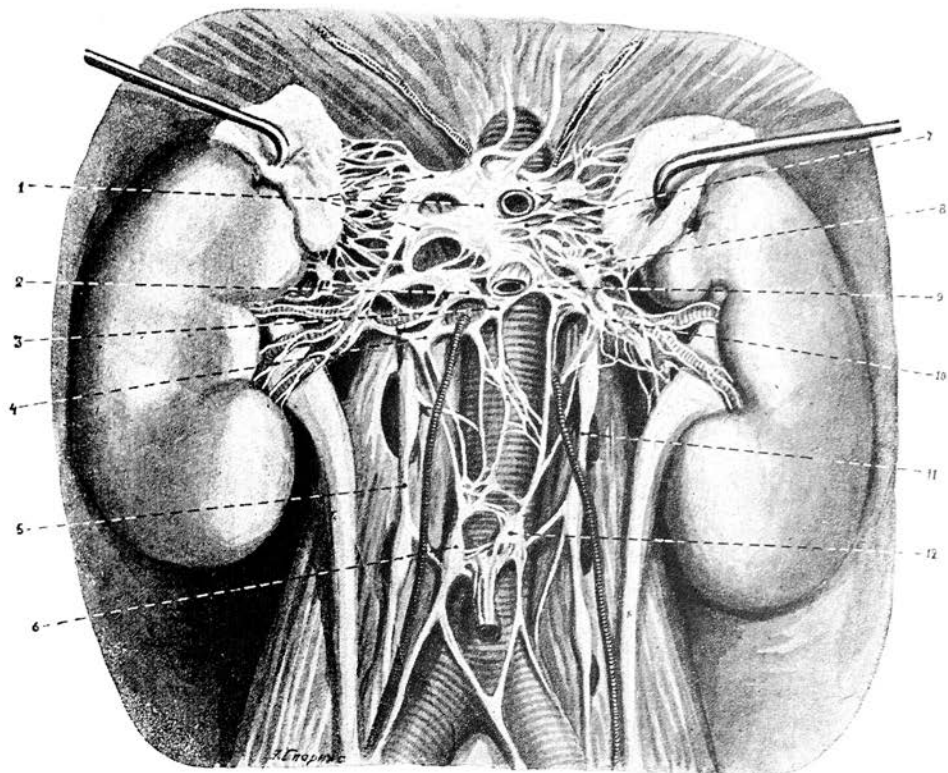


Рис. 1. 1—g. semilunare dext.; 2—g. aortico-renale dext. 3—g. mesent. sup. dext.; 4—g. renale inf. dext.; 5—пограничный столб n. sympathici (справа); 6—g. mesent. inf. dext. 7—g. semilunare sinist.; 8—g. aortico-renale sinist.; 9—g. mesent. sup. sinist.; 10—g. renale ant. sinist.; 11—пограничный столб n. sympathici (слева); 12—g. mesent. inf. sinist.

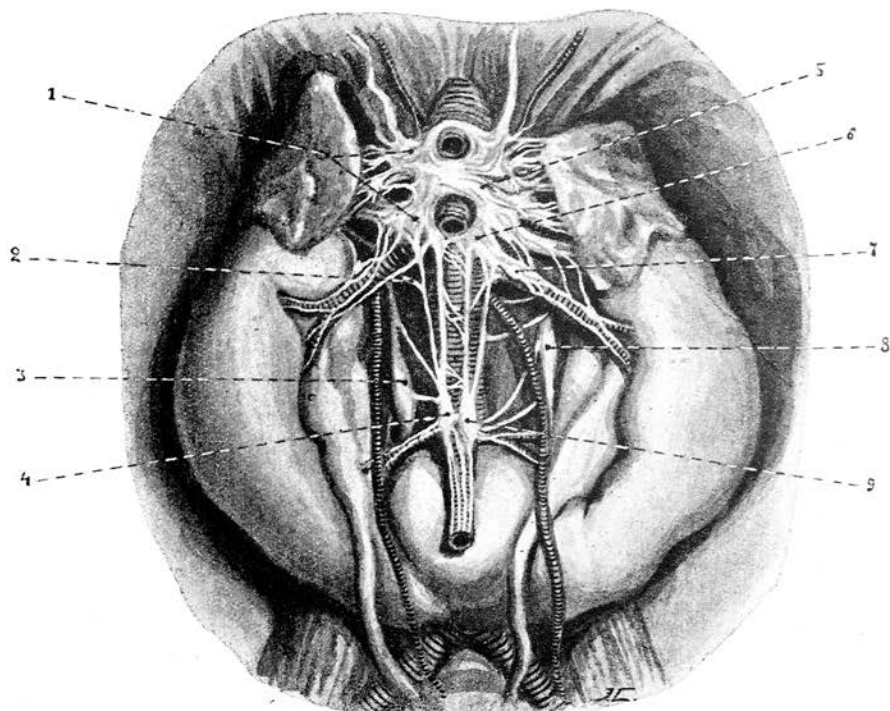


Рис. 2. 1—g. semilunare dext.; 2—N. splanchn. infer dext.; 3—пограничный столб n. sympathici (справа); 4—g. mesent. inf. dext.; 5—g. semilunare sinist.; 6—g. mesent. sup. sinist.; 7—g. aortico-renale sinist.; 8—пограничный столб n. sympathici (слева). 9—g. mesent. inf. sinist.

артерия подковообразной почки, одна или две, отходят от аорты на своем обычном месте (на уровне тела I-го и II-го поясничного позвонка). Каждая такая артерия имеет свое собственное сплетение, в образовании которого, как и в норме, участвуют нервы, происходящие от gang. semilunare, gang. aortico-renal, n. splanchnicus minor и веточек поясничной части пограничного столба n. sympathici.

Несколько иначе бывает в тех случаях, когда одна артерия находится на обычном месте, а вторая лежит много ниже первой, близко к месту отхождения art. mesenterica infer (рис. II-ой). Тогда сплетение, образующееся на нижней почечной артерии, берет свое начало, главным образом, от ниже-брыжеечного узла (рис. II-й; 4 и 9). Последний как бы заменяет здесь для такой артерии gang. semilunare и gang. aortico-renal, получая, очевидно, через plexus intermesentericus нити от plexus solaris, в которых находятся элементы vagus'a, n. splanchnici major и n. splanchnicus minor. (Здесь интересно отметить, что когда n. splanchnicus minor оканчивается не в gang. semilunare, а в gang. renal post., то ему приходится или непосредственно давать веточку к одному из нижебрыжеечных узлов, или же дать веточку, соединяющуюся с ними, идущими к этому узлу).

Если к сказанному еще добавить, что веточки поясничной части пограничного столба n. sympathici соединяются с gang. mesenter. infer., а также с идущими к нему нитями, то и здесь станет ясно, что такой нижебрыжеечный узел имеет все необходимые нервы для образования на добавочной почечной артерии вполне полноценного сплетения¹⁾.

Очевидно, что природа легко меняет форму, величину, число почек и, повидимому, никогда не изменяет основную схему их иннервации. Это обстоятельство должно служить для нас некоторым предупреждением, чтобы мы при своих хирургических мероприятиях на почке как можно бережнее обращались с ее нервами. Нужно помнить о их роли и влиянии на процессы мочеобразования и уж, конечно, избегать делать такие операции, как симпатектомия почечной артерии.

Литература: 1) Гартман-Вейнберг. Брюшная симпатическая система человека и антропоидов. Изв. науч. инст. им. Лесгафта. 1924.—2) Суцескский. Хирургическая анатомия чревного сплетения. Труды Воронежского ун-ва. Т. IV.—3) Терновский. К морфологии ганглиев plexus coeliacus. Труды III-го Всероссийск. съезда зоологов, анатомов и гистологов.—4) Ellinger u. Hirt. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. 1925.—5) Frankenhäuser. Die Nerven der Gebärmutter und ihre Endigung in den glatten Muskelfasern. Jena, 1867.—6) Heitzmann. Die Anatomie des Menschen. 1890.—7) Henle. Nervenlehre des Menschen. 1879.—8) Hirt. Die Innervation der Niere. 1924.—9) Hovelacque. Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du systeme grand sympathique chez l'homme. 1927.—10) Jost. Die sympathische Innervation der Niere. Zeitschr. f. Biol. 1914.—11) Mueller. Die Lebensnerven. Berlin, 1924.—12) O. Renner. Die Innervation der Niere. 1924.—13) Schile. Das autonome Nervensystem. Leipzig. 1926.—14) Wischniewsky jun. Plexus renalis der normalen und Hufeisenförmigen Niere. Ztschr. f. Anat. u. Entwicklungsg. 1928.

¹⁾ Интересующиеся более подробным описанием иннервации подковообразной почки могут найти его в нашей работе: „Plexus renalis der normalen und hufeisenförmigen Niere“. Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. 1928, Bd. 85, Hf. 5/6.

Из Бактериологического каб. Каз. госуд. ин-та для усов. врачей (зав. проф. М. П. Тушнов) и из Клиники болезней носа, горла и уха Казан. госуд. ин-та для усов. врачей (зав. проф. В. К. Трутнев).

К вопросу о специфичности и токсичности фильтратов по Безредка.

Прив.-доц. О. А. Германа и ордин. С. С. Шриро.

Как известно, т. наз. антивирус имеет по данным Безредка несколько характерных особенностей: 1) он вызывает специфическую задержку роста тех микробов, которые послужили исходным материалом для приготовления данного фильтрата, 2) специфически иммунизирует без образования в организме антител, 3) он нетоксичен и 4) очень термостабилен, так как не теряет своих свойств даже при кипячении в течение $\frac{1}{2}$ часа или при 120° в течение 20 минут.

Безредка, на основании наблюдений многих врачей, отмечает очень хорошее действие фильтратов на самые разнообразные заболевания. Подтверждают это также Epstein, Gerlach, Lotheisen, Moritsch и Oppolzer, Demel, Canelli, Куприяшина и Добрышевская, Клячко и Базилевская, Fränkel, Aschermann и Rosenbaum, Живаго и др. В частности при отитах, о которых у нас будет речь впереди, испробовали действие фильтратов Дайхес, Боржим, Черняк, Корсаков, Forschner, Alexander и др. Так как при этом обычно применяли фильтраты из культур, соответствовавших возбудителям болезни, то из этого заключали о специфичности действия фильтратов. Как правило, не пробовали лечить фильтратами неспецифическими (исключение, повидимому, составляют только 2 сл. Schweinburg'a), как это сделали несколько исследователей при иммунизации, когда наряду со специфическими применяли также неспецифические фильтраты. Правда, Eisler и Lehdorff, а также Demel, Driak и Moritsch применяли неспецифические фильтраты „Histan“ (взвесь, каких-нибудь микробов в соляном растворе, подверженная сначала аутолизу, затем пропущенная через фильтр и нагретая для уничтожения токсинов). Однако это уже совершенно особый фильтрат, имеющий мало общего с фильтратом Безредки.

В своей отиатрической практике мы сделали попытку лечить неспецифическим бульонным фильтратом, нагретым в течение 15 мин. при 120° и приготовленным из культур, выдержанных 11 дней при 37° . Результаты получились не хуже, чем у тех исследователей, которые применяли т. наз. специфические фильтраты.

Как пример, мы можем привести след. случай: у 6-ной, 28 л., хроническое гнойное воспаление левого среднего уха в продолжение нескольких лет. Лечилась она с перерывами до 8. III. 28 г., причем никакого улучшения не наблюдалось. Из гноя была выделена чистая культура стафилококка. 27. III. 28 введен стрептококковый фильтрат на турунде. Через сутки на тампоне оказался гной. Через день применен опять стрептококковый фильтрат; спустя 10 часов наступила такая резкая боль, что пришлось экстренно удалить турунду. Гноя уже однако не было. 2. IV.—опять стрептококковый фильтрат на сутки. Через 2 недели абсолютно никакого гноя в ухе. Заметно рубцевание краев перфорации. Через месяц гноя нет, рубцы у краев перфорации с уменьшением последней. Шума и головокружения нет, головная боль уменьшилась.

Таким образом, при гнойном воспалении среднего уха, не поддававшемся в течение 3-х лет лечению, получился хороший эффект от 3-крат-

ного применения стрептококкового фильтрата, тогда как в гное был обнаружен только стафилококк.

Кроме этого случая, мы лечили неспецифическим фильтратом ряд больных с хроническим гнойным средним отитом, длившимся много лет, причем получили разные результаты. У 5 лиц в выделявшемся из уха гное была обнаружена смешанная культура (стафилококки и др. микробы), тогда как совершенно отсутствовал стрептококк, а вместе с тем фильтрат как раз применялся стрептококковый, в одном же случае приготовленный из *proteus* x 19.

Так, у одного 6-ного с хроническим гнойным воспалением обоих средних ушей (у него же туберкулез легких) гноеотечение продолжалось непрерывно в течение 15 л. из правого и 5 л. из левого уха. Из левого уха после 6 нед. лечения (турунда с фильтратом в ухо каждые 3—4 дня на $\frac{1}{2}$ суток, в промежутки чистка уха) выделение гноя совершенно прекратилось и наступило рубцевание слизистой барабанной полости. Из правого уха гноеотечение еще продолжается, но в очень ничтожном количестве, причем на слизистой барабанной полости тоже началось рубцевание.

У другого 6-ного с хрон. гнойным воспалением обоих ушей гноеотечение было непрерывно в течение 3 лет. Через $1\frac{1}{2}$ мес. лечения фильтратом *proteus* x 19 в левом ухе гноеотечение прекратилось, в правом же выделение гноя значительно уменьшилось, в обоих ушах проявилась наклонность к рубцеванию.

У III-ей 6-ной с хрон. гнойным воспалением правого уха гноеотечение было непрерывно в течение 10 лет. Через месяц после лечения фильтратом гноеотечение совершенно прекратилось. Больная самостоятельно прекратила лечение, через следующие $1\frac{1}{2}$ месяца гноеотечение опять возобновилось.

Еще у 2 6-ных (у одного из них был, кроме того, еще туберкулез костей) после месячного в одном случае и 6-недельного лечения фильтратом в другом случае процесс из хронического перешел в острое состояние. Явного улучшения у них нельзя было отметить, но и у них каждый раз после вставления турунды с фильтратом исчезала тяжесть в голове.

Таким образом ухудшения у I го больного не наблюдалось вовсе, у II, IV и V сначала было обострение, которое по нашему мнению, зависело от токсичности фильтрата, о чем речь еще будет в дальнейшем.

Lutz, применяя т. наз. специфический фильтрат, заметил, что у 2 лиц с пситом, у которых был к тому же туберкулез, процесс значительно ухудшился, вследствие чего этот автор считает наличие туберкулеза противопоказанием при лечении фильтратом. Мы, применяя неспецифический фильтрат, получили при отите у туберкулезных больных в одном случае хороший результат, в другом — некоторое улучшение.

Работа в этом направлении далеко еще не закончена, и об этих больных, у которых мы принуждены были временно прекратить лечение из-за каникулярного времени, а также о новых больных будет сказано в другой работе особо.

Но и теперь уже можно сказать, что неспецифические фильтраты часто дают хороший лечебный эффект. Судя по опытам других исследователей, применявших специфические фильтраты, результаты у них получались также разные и притом приблизительно такие же, как и у нас, а в некоторых случаях даже менее отрадны. Так, Pick на 64 сл. разных заболеваний пришел к выводу, что специфические фильтраты в общем действуют не лучше, чем обыкновенные примочки из Буровской жидкости. Переменные результаты отмечают Forschner, Metzler, Singer и Spitzer и др., а отрицательные получили Heindl, Благовещенский, Березинская, Lutz и др. Наши опыты в общем ясно говорят за то, что фильтраты, оказывающие часто хоро-

шее лечебное действие, все же не обладают строгой специфичностью, так как мы применяли стрептококковый фильтрат или фильтрат из *proteus* x 19, а в гное находились совершенно другие микробы. Вследствие отсутствия специфичности в фильтрах, нет поэтому нужды терять время на определение микробов в пораженных очагах, а можно немедленно же приступить к лечению тем или другим фильтратом, имея таковой постоянно в запасе.

Что касается нетоксичности фильтрата, то, кроме Безредка, на это указывают еще Epstein, Pick, Fränkel, Живаго. Однако известно, что в Ветеринарном ин-те в Вене при интравенозном вливании фильтрата погибли 2 лошади. Далее Kraus и Stenitzer показали давно, что 0,5—3 к. сант. негетого фильтрата, приготовленного из 9-дн. тифозной культуры, убивает кролика в 4—24 часа. Эберт и Сажина, впрыскивая кроликам подкожно в ухо негретый стафилококковый фильтрат, получали у них резкие воспалительные явления. Бунин, не указывая, правда, способа приготовления фильтрата из палочек *typhi abd.* и *paratyphi B.*, нашел его токсичным для кроликов при интравенозном введении. Lougos и Gaessler утверждают, что стрептококковый фильтрат, приготовленный из бульонной культуры, которая выдерживалась 6—7 дней при 37°, бывал очень токсичным. Если, однако, культура хранилась при 37° дольше этого времени, или держалась при более высокой t°, то токсичности не отмечалось. К сожалению, авторы не указывают, долго ли они наблюдали за животными, а между тем длительность срока наблюдения, как мы увидим из наших опытов, имеет при этом решающее значение.

Для решения только что указанного вопроса мы иммунизировали 84 крысы; из них 16 дизентерийной и стафилококковой вакцинами, а 68 крыс дизентерийным и стафилококковым нагретыми при 120° в течение 15 мин. фильтрами, которые были приготовлены из бульонных культур, выдержанных 11 дней при 37°. Фильтраты по виду ничем не отличались от простого бульона. Крысы были иммунизированы троекратно с промежутками в 5 дней разными способами: подкожно (в 1-й раз по 1 к. см., затем по 1½ к. см. и в 3-й раз по 2 к. сант.); внутрикожно (3 раза каждый раз в 3 разных местах по 0,1) втиранием в кожу каждый раз после скарификации; per os (в 1-й раз по 2 к. сант., во 2-й по 3 к. сант., в 3-й по 4 к. сант., каждый раз вместе с 1 к. сант. желчи для сенсibilизации). Прежде чем заразить крыс, мы наблюдали за ними продолжительное время.

Оказалось при этом, что крысы вначале чувствовали себя как будто бы хорошо. В дальнейшем, однако, из 16 крыс, которым вводилась всего 3 раза вакцина (содержавшая 1 миллиард бактерий в кб. снт.) по 1½, 1½ и 1 к. снт., 3 крысы погибли через 34, 44 и 47 дней (2 от дизентерийной и 1 от стафилококковой вакцины). Из 68 крыс, которым вводились фильтраты, 9 погибли через 18, 19, 20, 29, 32, 37 (две), 45 и 72 дня после первого введения, причем погибали они как от дизентерийного фильтрата, так и от стафилококкового, независимо от способа введения. В тех случаях, когда мы заражали крыс различными путями стафилококком, дизентерийной или тифозной палочкой, в органах погибших животных мы всегда находили соответствующих микробов, тогда как в указанных опытах посевы из внутренних органов были во всех слу-

чаях стерильными. Среди контрольных крыс за это время смертных случаев не наблюдалось вовсе.

Результаты этих опытов не согласуются с тем, что сообщает Epstein, по данным которого свинки и кролики свободно переносили введенные 10—25 к. см. разных фильтратов, тогда как у нас часть крыс погибла от введения в 3 приема всего per os 9, подкожно $4\frac{1}{2}$, а внутримышечно даже 0,9 к. см. Впрочем, из сообщения Epstein'a не видно, ни сколько животным был введен фильтрат, ни как долго они оставались под наблюдением. А ведь известно, что число опытных животных имеет большое значение, так как индивидуальная невосприимчивость животных иногда колеблется в очень широких пределах, на что, между прочим, наряду с другими исследователями, один из нас (Герман) уже не раз указывал.

Наш гретый фильтрат оказался далеко небезразличным также и для морских свинок. Так, мы однократно вводили 12 свинкам интраперитонеально или подкожно такой фильтрат (одним дизентерийный, другим стафилококковый) по 10, 15, 20 и 25 к. см., причем часть из этих свинок реагировала значительным, длившимся целые недели, понижением t^0 (даже до $35,3^0$), а некоторые к тому же еще потеряли до $\frac{1}{3}$ своего веса. Сила реакции не вполне соответствовала введенному количеству: так, напр., свинки, которым впрыснули 20—25 к. см. фильтрата, ничем не реагировали на впрыскивание, а в весе как раз потеряли, те, которым впрыснули 10 и в особенности 15 к. см. Принимая во внимание, что взятые нами свинки были все взрослые (молодые свинки обычно сильнее реагируют на всякое вмешательство) и имея также в виду сравнительно небольшое число взятых для опыта свинок, мы все же, основываясь на наших опытах, и по отношению к свинкам не можем сказать, что фильтраты безвредны.

Таким образом приходится думать, что указание Безредка и др. исследователей о полной нетоксичности фильтратов в действительности не подтверждается. Токсичными оказываются не только негретые фильтраты из бульонных культур или выдержанные в течение недели при 37^0 , но также 11-дневные, пробывшие в автоклаве при 120^0 15 минут. От т. наз. антивируса также отпадает, следовательно, приписываемый ему признак нетоксичности.

При применении фильтрата с терапевтической целью некоторые указывали на быстрое болеутоляющее действие (Безредка, Pick, Alexander, Epstein, Fränkel, Lutz, Корсаков и мн. др.), а иногда на резкое обострение процесса (Lutz, Корсаков), что между прочим замечали и мы. Раз фильтраты токсичны, то можно себе представлять, что в зависимости от количества токсина, попадающего непосредственно на разветвление нервов в пораженном участке, и в зависимости от чувствительности к этому токсину тех или других лиц, периферические нервы то угнетаются и, следовательно, боль быстро утихает, то получается раздражение их и наступает временное обострение процесса.

Фильтраты все же, повидимому, менее токсичны, чем соответствующие вакцины, так как первые, применявшиеся нами в количествах вдвое больших, чем вакцины, вызвали все-таки немного меньшую смертность (вакцины—18,8%, фильтраты—13,2%). Впрочем, указанные проценты показывают только ориентировочные цифры, так как материал для более или менее точного выяснения % слишком мал.

Так как у других исследователей обычно не видно, чтобы они у погибших после введения фильтратов опытных животных бактериологически выясняли причину смерти, а также обычно не указано, как долго велось наблюдение, то часто остается неизвестным, сколько животных всего осталось в живых после заражения, а из погибших, сколько погибло от заражения микробами и сколько от самого фильтрата. Поэтому необходимо, чтобы в дальнейшем за зараженными при подобных опытах животными наблюдалось не меньше 3 месяцев (ведь в одном случае крыса у нас погибла через 62 дня после последнего и через 72 после первого введения фильтрата).

Для решения вопроса о том, имеют ли фильтраты специфические или неспецифические иммунизирующие свойства, нами был поставлен ряд опытов. Из 10 крыс, иммунизированных сначала тем или другим путем дизентерийным фильтратом культуры Schiga-Kruse и через 3 месяца зараженных интраперитонеально смертельной дозой суточной культуры той же палочки (доза установлена предварительно на 13 крысах), все животные погибли через 1—7 дней. Из этого следует, что после иммунизации дизентерийным фильтратом крысы не обладали специфическим иммунитетом против дизентерийной палочки.

Далее из 16 крыс, иммунизированных сначала различными путями стафилококковым фильтратом, а потом зараженных через 3 месяца в брюшину смертельной дозой суточной культуры дизентерийной палочки Schiga-Kruse, погибло через 1—13 дней 11 и остались в живых 5. Могло получиться на первый взгляд впечатление, что стафилококковый фильтрат как-будто бы лучше защищает от дизентерийной палочки, чем дизентерийный фильтрат. Однако незначительное количество выживших при этом крыс должно скорее быть объяснено тем, что при заражении смертельной дозой культуры всегда может остаться в живых небольшая часть даже совершенно неподготовленных контрольных животных, вследствие сравнительной индивидуальной невосприимчивости, колеблющейся часто в широких пределах. Во всяком случае, специфического иммунизирующего действия в этих опытах мы совершенно не видели, так как неспецифический стафилококковый фильтрат даже как будто бы защитил крыс лучше от дизентерийной палочки, чем дизентерийный фильтрат.

Такие же в общем результаты мы получили и при внутрибрюшинном заражении летальной дозой стафилококка 15 крыс, иммунизированных стафилококковым и 7 крыс дизентерийным фильтратом. И в этих опытах специфический фильтрат не оказал лучшего действия, чем неспецифический дизентерийный.

Что касается образования антител в организме животных после введения фильтратов, то об этом имеются самые разноречивые данные. Так, Kraus указывает на то, что в бульонных фильтратах обнаруживаются преципитиногены и агглютинины. Эберт и Сажина, а также Бунин не нашли преципитинов, но обнаружили агглютинины и связывающие комплемент вещества. Бактерицидное действие фильтратов установили Lehndorff и Brumlis, Epstein и Schweinburg, Weichardt же указывает на отсутствие этих свойств в фильтратах; опсонины обнаружили Combiesco и Popesco, а также Rossi, а Chikhanoff—алексины.

В виду разноречивых данных и мы попутно старались выяснить, образуются ли в организме животных агглютинины при трехкратном вве-

дении нагретого при 120° фильтрата. При этом мы заметили, что ни дизентерийный (23 опыта на крысах), ни стафилококковый фильтрат (21 крыса), независимо от способа введения, не вызывали образования агглютининов в организме опытных крыс. Испытание агглютининов производилось несколько раз до 72-го дня, причем ни разу не получалось агглютинации даже в слабых разведениях, между тем как при иммунизации крыс дизентерийной или стафилококковой вакциной в те же сроки, но со значительно меньшими дозами, почти во всех случаях получалась агглютинация в разведении 1:59—200 (максимальный титр в некоторых случаях не устанавливался).

В виду того, однако, что Эберт и Сажина установили у кроликов в негретом стафилококковом фильтрате агглютиногенные свойства, мы повторили этот опыт с нашим гретым стафилококковым фильтратом. С этой целью 2 парам кроликов мы вводили 2 дня подряд стафилококковый фильтрат (1-ой паре по 1 к. сант. в вену, 2-ой—по 2 к. сант. под кожу). Для контроля аналогичные опыты были произведены на 2 кроликах с заменой фильтрата стафилококковой вакциной (дозы, способы введения и сроки, как и в опытах 1-ого рода). Кровь для испытания агглютинации бралась в различные сроки от 4—40 дней.

На 14, 17, 33 и 40 день мы наблюдали как у кроликов, которым ввели фильтрат, так и у тех, которым ввели вакцину, неполную агглютинацию в разведении 1:50—200.

Однако точно такого же типа агглютинацию до такого же разведения, мы наблюдали и в тех случаях, когда эти же сыворотки смешали с культурой дизентерийной палочки Schiga-Kruse, а на 40 день еще и с брюшнотифозной палочкой, вследствие чего агглютинацию эту приходится считать неспецифической. Неспецифичность агглютинации доказана также реакцией насыщения по Castellani.

Эберт и Сажина получили также у 2 кроликов агглютинационный титр в 1:1000 после введения в вену уха по $\frac{1}{2}$ —1 ушку стафилококковой культуры. Когда мы повторили этот опыт на 2 кроликах (1 к. сант. $\frac{1}{10}$ суточной агаровой культуры), то оба кролика погибли через 1 и 2 суток, причем у обоих из внутренних органов была выделена чистая культура стафилококка, почему приходится думать что наша культура была значительно вирулентнее, чем у Эберта и Сажиной. Возможно, что Эберт и Сажина получили положительный результат потому, что они применяли негретый фильтрат, а быть может штамм их случайно особенно хорошо агглютинировался (по Klimmer'у и др. стафилококки вообще плохо агглютинируются).

Так как с одной стороны неспецифические фильтраты оказывают такое же хорошее лечебное действие, как и специфические (нагретые не менее, чем негретые), и с другой стороны антитела после введения фильтратов образуются в организме животных, как видно, не всегда, то можно пожалуй, сказать, что не антитела обуславливают лечебный эффект. В виду того, что при попытках выяснить, какая составная часть фильтрата оказывается действующей, мы натолкнулись на разноречивые результаты, необходимо соответствующие опыты еще продолжать в широких размерах.

Выводы: 1) Фильтраты часто дают хороший лечебный эффект, но строго специфическими свойствами при этом не обладают, вследствие чего

можно всегда, не теряя времени на выяснение микрофлоры, немедленно приступать к лечению каким-нибудь из имеющихся в запасе фильтратов.

2) Фильтраты, вопреки утверждению Безредка и др., токсичны, притом не только негретые, но и гретые при 120° и приготовленные из культур, выдержанных 11 дней при 37°.

3) Фильтраты, повидимому, менее токсичны, чем соответствующие вакцины.

4) В виду токсичности фильтратов необходимо при применении их с лечебной целью соблюдать некоторую осторожность, а в опытах с животными учитывать этот фактор.

5) Что касается иммунизирующих свойств фильтратов, то в наших опытах специфические фильтраты действовали несколько не лучше, чем неспецифические.

6) Введение в организм крыс гретых фильтратов (стафилококкового и дизентерийного) не вызывает образования агглютининов, а у кроликов наблюдаются при введении стафилококкового фильтрата только неспецифические агглютинины.

7) Так как неспецифические фильтраты не всегда вызывают образование антител, то, очевидно, что лечебное действие не обуславливается последними ¹⁾.

Из Ленинградской центральной лаборатории б-цы «Память жертв революции». (Завед. лабор. проф. С. С. Халатов, главврач Г. С. Беленький).

Реакция Манойлова в связи с изогемоагглютинационными свойствами крови.

Д-ра А. И. Шапиро.

Прошло пять лет со времени опубликования „новой химической реакции крови для распознавания пола“ д-ра Манойлова. В течение этого времени как самому автору этой реакции, так и многим другим исследователям удалось установить тот факт, что „при одних и тех же условиях, а именно: одинаковыми реактивами и в одинаковых количествах весь видимый мир, всю природу, живую и мертвую, можно разделить на две части, что одним ключом открываются все три царства природы: мужская и женская половина в мире животных, мужское и женское начало в мире растений, кубы и ромбы в мире минералов...“

Около 80 работ посвящено изучению и углублению реакции Манойлова. Много внимания уделено этой реакции в связи с чисто клиническими вопросами. Установлено отношение этой реакции к ряду болезней с нарушением эндокринной системы. Реакция проверена в клиниках по самым разнообразным отраслям медицины; клиницисты разных специальностей старались не только проверить, но и углубить как методику, так и практику этой реакции. Почти все авторы пытаются подойти к разрешению сущности реакции, однако до сих пор она остается невыясненной. Главное разногласие авторов относится к вопросу о специ-

¹⁾ Обширный литературный указатель по техническим условиям не приводится. Ред.

фичности реакции. Одни из них (Соловцова, Феокритова, Исаева, Щеглова, Фридман и др.), на основании своих наблюдений приходят к выводу, что реакция Манойлова специфична и улавливает половой гормон. Другие же (Кузнецов, Галвяло, Шмидт и Перевозская и др.) считают реакцию неспецифичной, количественной, а не качественной, улавливающей либо разницу в окислительных процессах (Попов, Лившиц, Гусев), либо различие в напряженности общего обмена веществ в мужском и женском организме (Кузнецов, Феррейро-де-Мира). Каллисто, Альстерберг и Еконсон считают, что успешность реакции зависит от улавливаемой разницы в количестве органических веществ.

Несмотря на полную загадочность этой реакции и отсутствие действительных доказательств в пользу ее специфичности, Р. М. все больше и больше завоевывает свое право в отношении желательности накопления фактов, могущих облегчить путь к выявлению ее истинной сущности. Факт совпадений реакции с целым рядом клинических данных требует дальнейших наблюдений для расшифровки непонятных биологических процессов. В нашей работе мы подошли к изучению Р. М. именно с точки зрения накопления фактов, могущих быть полезными в деле дальнейших наблюдений, которые отыщут истинный путь к разгадке этой интересной реакции.

Приступивши к изучению реакции, мы прежде всего стремились ознакомиться с правильной методикой ее под непосредственным руководством автора реакции, за что приносим ему свою глубокую признательность. Овладев методикой, мы приступили к собственным наблюдениям.

Работая в Центральной лаборатории б-цы в Память жертв революции (б. Марининской) и располагая большим количеством сывороток и сгустков крови, остающихся после р. Вассермана, мы решили использовать этот материал в отношении Р. М. Прежде всего нам было небезынтересно самим убедиться в правильности результатов реакции и иметь собственное мнение по вопросу о проценте правильных данных при наличии большого числа наблюдений в руках одного и того же исследователя. С этой целью нами исследовано 1000 случаев. На долю мужчин пришлось 542 сл. и на женщин 458 сл. Правильных ответов (+++) всего 386 (196 мужч. и 190 жен.); неполноценных определений своего пола (++) было всего 171 сл. (80 муж. и 91 жен.). Таким образом % правильных результатов (55,7%) наших случаев значительно ниже, чем в руках других исследователей. Если же принять во внимание, что среди тысячи исследованных нами случаев количество заведомых луэтиков с р. Вассермана, давшей резко-положительный результат (++++) и проверенных клинически, оказалось равным 282, то станет ясно, что на другом материале реакция Манойлова могла бы дать больший процент правильных ответов, как это описано у многих авторов.

Из 282 заведомых сифилитиков с положительной р. Вассермана (++++) число правильных ответов равнялось 100; неполноценных ответов (++) своего же пола было 44 и с искаженной Р. М.—138 сл.

Если статья на точку зрения тех авторов, которые приписывают сущность Р. М. изменениям в процессах общего обмена веществ, то станет понятным, почему при люэсе часто получается искажение реакции.

То, что Р. М. не во всех случаях дает искаженную реакцию, с точки зрения сторонников значения метаболизма при этой реакции тоже легко объяснить тяжестью протекающего процесса. Таким образом, Р. М. может служить подспорьем для определения того, насколько глубоки процессы распада в том или другом случае при люэсе. Кроме сифилитиков искаженную Р. М. дали еще следующие заболевания: Базедова болезнь 3 сл., миокардит 7 сл., туберкулез легких 44 сл., воспаление яичников 14, тяжелая неврастения 2, диабет 1, аменорея 4 и гинекомастия 3 сл. Остальных больных, от которых исследовалась кровь, должно отнести к числу более или менее здоровых людей.

Ввиду того, что свойства крови здоровых людей неодинаковы и, очевидно, связаны с особенностями конституции, что доказано работами Ляндштейнера, Мосса, Янского и др., нам было интересно изучить связь Р. М. с изогемоагглютинационными свойствами крови. С этой целью каждая проба на реакцию Р. М. сопровождалась определением кровяной группы. Методика определения велась по Моссу. Первоначальные стандарты 2-й и 3-й группы сверялись по стандартным сывороткам, применявшимся в хирургическом отделении больницы для переливания крови, а в дальнейшем готовились и проверялись самостоятельно в Цент. лаборатории б-цы в Память жертв революции. Исследованные нами 1000 случаев распределяются по группам следующим образом: I-ая группа 100 сл., II-ая—412, III-я—210, IV-ая—278.

Связь Р. М. с изогемоагглютинационными свойствами крови удалось установить только по отношению к лицам, принадлежащим к 4-ой группе. Из 278 сл. этой группы в 164 Р. М. дала искаженный результат, т. е. обратную реакцию, и неполноценную реакцию своего же пола мы получили в 34 случаях. Вместе с тем, у подавляющего большинства лиц с 4-ой кровяной группой р. Вассермана дала отрицательный результат и, повидимому, никаких нарушений эндокринологического характера у этой группы лиц не замечалось. Таким образом мы столкнулись с фактом, что как женщины, так и мужчины, у которых констатируется 4-ая группа крови по Моссу, дают более чем в половине случаев искаженную Р. М. (т. е. мужчины дают женскую реакцию, женщины—мужскую). Этот установленный нами факт заставил нас обратить внимание на изучение взаимоотношения между кровяными группами и интенсивностью окислительных процессов. Нам казалось интересным проследить, нет ли какой-либо связи между той или иной группой крови с количеством резервной щелочности, которая хотя бы частично иллюстрировала интенсивность окислительных процессов. С этой целью нами было поставлено 88 проб определения резервной щелочности по Van-Slyke у здоровых лиц с параллельным определением кровяной группы.

Всех обследованных на резервную щелочность крови было 88; из них I-ой группы было 14 человек (8 муж. и 6 жен.), II-ой гр. 32 (муж. 18 и жен. 14), III-ей гр. 22 (м. 10 и ж. 12) и, наконец, IV-ой гр. 20 чел. (муж. и жен. по 10).

Из полученных нами данных видно, что какой-либо закономерности между отдельными группами и количеством резервной щелочности установить не удалось. Правда, небольшое число наблюдений не дает права делать окончательных выводов, но все же по этим 88 случаям можно предположительно считать, что связи между кровяными группами и ре-

верной щелочностью не наблюдается. Таким образом неправильность ответа Р. М. у лиц, принадлежащих к 4-й группе, остается неразгаданной точно так же, как и сущность реакции в целом. К ряду неизвестных, связанных с этой реакцией, присоединяется еще одно, а именно искажение реакции у лиц, принадлежащих к 4-ой группе. Известно, что лица этой группы отличаются большей выносливостью и крепостью организма вообще и при заболевании люэсом скорее освобождаются от положительной р. Вассермана, за что говорит работа Грингот и Мелких (Рус. клин., 1927 г., № 7), а также и наши собственные наблюдения. Очевидно, свойства крови, относящейся к 4-ой группе, резко отличаются от свойств крови других групп. С этой точки зрения нам кажется, что всестороннее изучение свойств крови 4-й группы должно привлечь внимание физиологов-химиков и этим последним, вероятно, будет принадлежать в свойствах крови, открытых Ландштейнером и далеко неизученных по существу.

Кроме вышеизложенных наблюдений нами были поставлены опыты для выяснения отношения неизвестного x , улавливаемого при помощи Р. М., к температурным влияниям. С этой целью мы готовили эмульсии крови для реакции Р. М., как обычно, в нескольких пробирках. Часть пробирок с эмульсией оставляли на час при комнатной t^0 , часть же нагревали в течение часа при 56^0 и, наконец, часть эмульсий ставили на холод при 0^0 . К эмульсиям, подвергнутым температурным влияниям, прибавлялись реактивы, как обычно для реакции Р. М. Всего обследовано нами 100 сл. Оказалось, что влияние комнатной t^0 и 0^0 реакция дает почти аналогичное (от 1 до 4) число крестов (+), при нагревании же до 56^0 может получиться даже большее число крестов. Из этого можно заключить, что улавливаемый Р. М. x под влиянием высокой t^0 не исчезает и представляет собою таким образом теплостойкое вещество; нагревание эмульсий до 56^0 способствует большей интенсивности реакции.

Прежде, чем перейти к непосредственным выводам, вытекающим из наших наблюдений, считаем необходимым в кратких чертах остановиться на некоторых деталях методики¹⁾. Сам автор реакции и другие исследователи рекомендуют готовить раствор папайотина и марганцево-кислого калия по мере надобности или за 2 часа до употребления. Наши наблюдения говорят за то, что если разводить эти реактивы в химически чистой посуде, то ими можно пользоваться без ущерба для результатов реакции не только в течение одного дня, но и на протяжении 10—12 дней. В отношении методики с нашей точки зрения весьма важен факт, как производить реакцию: со свежесплавленной кровью или с уже постоявшей. С целью выяснения, не влияет ли стояние крови в течение двух и более суток на результат реакции, нами проверено свыше 50 случаев, причем Р. М. проделывалась не только в день добывания крови, но и после стояния при комнатной t^0 через 24 и 48 часов. В 20 сл. из 50 повторно проверенных реакций, постоявшая кровь дала неправильный ответ, в большинстве случаев обратный реакции. Очевидно, при стоянии

¹⁾ Лучше всего методика реакции изложена в последней работе самого автора, печатающейся в Сборнике клинической эндокринологии, далее в работе Соловцовой и в немецкой диссертации Лециуса, где и собрана подробная литература вопроса.

крови усиливается разложение белков, и это, быть может, влияет на неизвестное, улавливаемое реакцией, или же углекислота воздуха способствует изменению x -вещества.

На основании литературных данных и собственных наблюдений позволим себе конкретизировать наши положения следующим образом:

1) Р. М. при правильной постановке улавливает разницу между мужской и женской кровью в большом проценте случаев. 2) Болезни, связанные с нарушением эндокринной системы и метаболическими изменениями (сифилис, Базедова болезнь, туберкулез, половые ненормальности), дают извращенную Р. М. 3) Кровь субъектов, относящихся к 4-ой группе по Моссу, в ряде случаев дает извращенную и неточную Р. М. 4) При клиническом толковании Р. М. следует принимать во внимание принадлежность крови к 4-ой группе. 5) Целесообразно параллельное определение кровяной группы при производстве реакции Р. М. 6) Неизвестное, улавливаемое Р. М.—вещество теплостойкое, исчезающее под влиянием нагревания до 56° . 7) Реакцию Р. М. лучше производить со свежес выпущенной кровью (в день взятия крови).

К терапии и клинике крупозного воспаления легких.

Д-ра мед. Д. И. Татарина (г. Уфа).

Из острых заболеваний легких крупозное воспаление представляет наибольший интерес, почему я позволю себе поделиться результатами 5-летних своих наблюдений в Уфимской терапевтической больнице над этой болезнью.

Наш материал в 236 больных относится исключительно к мужчинам в возрасте от 15 до 70 лет, главным образом к профессиям тяжелого физического труда (чернорабочие, грузчики, возчики и т. д.); значительно меньшая часть их—служащие и крестьяне.

Бактериологическое исследование мокроты у этих больных, за редкими исключениями, всегда давало присутствие диплококка *Fraenkel's* в большом или меньшем количестве, причем капсула иногда была выражена очень слабо. В 6 случаях одновременно были найдены диплобациллы *Friedländer's*, причем эти случаи отличались чрезвычайно тяжелым клиническим течением. Почти всегда мы встречали комбинированную инфекцию стрепто-и стафилококками; эта особенность стала нами отмечаться за последние 3 года, преимущественно весной и осенью, что, повидимому, надо поставить в связь с наибольшим распространением стрептококка в это время года.

Что касается клинического течения пневмоний, то за время 1923—1928 г. характер заболеваний в общем был одинаковым—средней тяжести. В отдельных случаях картина болезни была весьма тяжелой. Мне хотелось бы отметить одно обстоятельство, резко бросающееся в глаза—это несоответствие между тяжестью заболевания и величиной поражения легочной паренхимы: в части случаев незначительное поражение давало чрезвычайно тяжелые явления и, наоборот, при большом поражении заболевание протекало сравнительно легко. Все это, повидимому, связано главным образом с характером токсемии.

Позволю себе остановиться на некоторых характерных особенностях наших случаев. Со стороны сердца всегда имелись определенные

изменения, причем интенсивность их зависела от возраста, профессии, алкоголизма и перенесенных инфекций (тифа, малярии, скарлатины и т. д.); чем больше было этих влияний, тем сильнее изменения и реакция со стороны сосудистой системы. Расширение правого сердца встречалось приблизительно в половине наших случаев и не было очень выраженным, расширение же левого было всегда и колебалось от 1—4 см. при наличии сближения и глухости тонов; все эти изменения сопровождалось дикротическим пульсом и, у некоторых больных, с тяжелой токсемией, феноменом Сиротинина и усилением или акцентом второго тона аорты. Через несколько дней, по окончании легочного процесса, все эти явления полностью исчезали у молодых и в слабо выраженной форме оставались у пожилых.

Печень всегда очень энергично реагировала на крупозное воспаление легких; в большей или меньшей степени она увеличивалась в объеме, была мягка и очень болезненна при ощупывании, легкая желтушная окраска кожи и склер наблюдалась почти у всех больных. Со стороны кишечника часто отмечался метеоризм, иногда поносы.

Почки редко подвергались заболеванию и лишь в единичных случаях можно было отметить следы белка, редкие зернистые и гиалиновые цилиндры, единичные эритроциты; количество мочи всегда было уменьшено, удельный вес ее повышен и постоянно имелся большой осадок мочекислых солей.

Особенно интенсивно реагирует на крупозное воспаление нервная система: только, приблизительно, в 10—15% случаев можно отметить ее нормальное состояние. Уже на 2-й—3-й день заболевания всегда более или менее выражены явления угнетения, больные сонливы, вялы, апатичны, почти не реагируют на окружающую обстановку; с каждым днем болезни все эти симптомы усиливаются и к 6—7 дню некоторые больные впадают в полубессознательное состояние. Рефлексы при этом резко понижены. Гораздо реже наблюдается возбужденное состояние, требующее специального ухода. В 3-х случаях заболевание было осложнено кратковременным острым психозом, потребовавшим перевода больных в психиатрическую больницу.

Исследованиям крови при крупозном воспалении легких было посвящено много работ, и почти все они относятся к определению лейкоцитоза, зависимости его от вирулентности диплококков и его прогностического значения. Наши наблюдения вполне сходятся с высказанными ранее положениями. Тяжесть токсемии характеризуется лейкопенией, анэозинофилией, нейтрофилией, уменьшением лимфоцитов и моноцитов и сдвигом влево. Не имея возможности дать все истории болезней и гемограммы, я приведу для иллюстрации две.

С., 29 л., болен 10 дней. Двусторонняя крупозная пневмония, свободна только верхняя левая доля. Возбужденное состояние, бред. Кровяное давление по Курткову — 100—45. В моче белок, желчные пигменты, уробилин, эритроциты. Гемограмма крови за 14 час. до лизиса.

Число лейк.	Б	Э	М	Ю	П	С	Л	М
4.000	—	—	1	3	45	43	6	2

Три клетки Tü g k'a. Терапия: хинин, Са, пневмо- и стрептококковый фильтр Бэзредка.

А., 57 л., болен 5 дней. Месяц назад перенес двустороннюю крупозную пневмонию, малокровие, упадок питания. Левосторонняя крупозная пневмония. В мокроте диплококки F r a e n k e l'я и много стрептококков. Кровяное давление по Короткову 90—40. Гемограмма за 12 ч. до смерти:

Число лейк.	Б	Э	М	Ю	П	С	Л	М
16.600	—	—	—	6	69	24	1	—

99%

Эритроцитов—3.680.000

Гемоглобин — 65%

Цвет. показ.— 0,9

Терапия: хинин, Са, фильтр, камфора, адреналин.

Таким образом крупозная пневмония представляет тяжелое инфекционное заболевание, характеризующееся ярко выраженными явлениями токсемии. Нами было произведено исследование Са крови, Ph, и реакции Cothman'a, но ввиду их небольшого количества от каких-либо выводов мы воздерживаемся. Количество Са в первые дни заболевания всегда было понижено, Ph=7,5—7,3, реакция Cothman'a получалась через 6—10 минут. Изучение биологического фона, на котором разворачивается тяжелая токсемия крупозной пневмонии, представляет большой научный и практический интерес.

Переходя к вопросу о лечении, я должен указать здесь, что до сих пор, если не считать находящейся еще в периоде разработки сыноточной терапии, оно сводится почти исключительно к симптоматическому вмешательству. Около 70 лет тому назад был предложен хинин, но затем совершенно забыт и только за последнее время (Cahn-Bronner, John) снова был выдвинут в терапии крупозной пневмонии; в русской печати, насколько мне известно, имеется только работа Дайховского с благоприятным отзывом о хинине. С 1923 г., мы в Уфимской терапевтической больнице стали широко применять внутримышечные инъекции 50% раствора Chinini bimumiatici по 1,0 ежедневно до падения температуры. В редких тяжелых случаях первые 2—3 дня инъекции производились по 1,0 раствора через 12 часов. В оценке действия хинина мы вполне сходимся с приведенными авторами. Почти без исключения во всех случаях наблюдается укорочение лихорадочного периода болезни, литическое падение температуры, улучшение общего состояния и уменьшение явлений токсемии.

Объяснения такого благоприятного действия хинина в литературе не имеется и искать его следует в адсорбционных свойствах эритроцитов. Согласно экспериментальным исследованиям Збарского эритроциты чрезвычайно быстро поглощают продукты распада белков и токсины, разнося их затем по клеткам всего организма; хинин поглощается эритроцитами гораздо быстрее токсинов, благодаря чему уменьшается их адсорбционная способность и тем самым стихают явления токсемии. Это особенно рельефно Збарский получил при опытах на кроликах с внутривенными инъекциями хинина и дифтерийного токсина; чем раньше внутривенно ввести хинин, тем меньше адсорбция, тем слабее явления токсемии.

Вторым методом борьбы с токсическим напряжением в организме при крупозной пневмонии мы считаем применение хлористого кальция.

В экспериментальной литературе уже давно известны его тонизирующее действие на ядро и протоплазму клетки, противовоспалительные свойства, способность уплотнять клеточную мембрану и межклеточное вещество, уменьшая таким образом адсорбцию распада белков и токсинов. Исходя из этих соображений мы за последние 4 года в каждом случае крупозной пневмонии с начала заболевания и до окончания процесса рассасывания применяем хлористый кальций в 10% растворе per os, по столовой ложке через 2 часа, прибавляя к нему Liq. ammonii anisati или T-gam orii bensoicae в зависимости от характера кашля и количества мокроты.

За последнее время мы к внутренним приемам его начали прибавлять внутривенные вливания 10,0 смешанного по равной части 10% раствора хлористого натрия и 10% раствора хлористого кальция, ежедневно до падения температуры.

Не говоря уже о противовоспалительных и антитоксических свойствах хлористого кальция—он обладает прекрасным тонизирующим действием на сердце, вполне заслуживая названия минеральной наперстянки. Под его влиянием улучшаются тоны сердца, уменьшаются его размеры, повышается кровяное давление и становится более правильным и редким пульс. Сердечные средства при нем мы применяем только в исключительных единичных случаях.

Наконец, третьим фактором борьбы с токсическим напряжением в организме были фильтраты проф. Безредка, применявшиеся нами за последние 2 года в самых широких размерах. Предварительно бактериоскопически определяется флора мокроты и в связи с найденными бактериями назначается фильтрат, почти как правило стрепто- и диплококковый по равной части; им смачивается в несколько раз сложенная марля, накладывается на месте воспалительного фокуса, покрывается большим куском компрессной клеенки и поверх слоя ваты тщательно, во избежание быстрого высыхания, забинтовывается на сутки; затем дается отдых на 3—4 часа и повторяется снова таким же образом до падения температуры. В зависимости от применения фильтратов течение крупозной пневмонии принимало еще более гладкое и благоприятное течение.

На основании всего вышеизложенного мы позволяем сделать следующие выводы:

1) В клинической картине крупозной пневмонии преимущественную роль играют явления токсемии, влияние которой сказывается главным образом на сердце, печени, кроветворных органах и нервной системе.

2) Исследование крови по Schillingu является чрезвычайно важным в диагностическом и прогностическом отношениях.

3) Применение внутримышечных впрыскиваний хинина, фильтратов по Безредка и кальциевая терапия являются могущественным средством борьбы с тяжелыми явлениями токсического напряжения в организме при крупозной пневмонии.

4) При указанном способе лечения процент смертности равняется 5,5, несмотря на частую комбинированную инфекцию, двустороннее поражение и во многих случаях пожилой возраст больных.

Литература: 1) Дайховский. К лечению пневмонии, Казанский мед. журнал, 1923, № 5.—2) Збарский. Адсорбция эритроцитами продуктов распада белка и дифтерийного токсина. Журн. экпер. биол. и мед. 1925, № 1.—3) Оречкин. Успехи терапии. Врач. дело, 1927 г., № 16.

Из Центр. городск. поликлиники Рабмеда в Одессе (Главврач. Г. Ландесман).

К клинике расстройства проводимости в атрио-вентрикулярном узле после дигалена.

Д-ра Г. И. Нац.

С 1 электрокардиограммы.

Первым проявлением затруднения проводимости в Aschoff-Tawar'овском узле и His'овском пучке является удлинение интервала P—R на электрокардиограмме. Интервал P—R обычно равен 0,1", редко он удлиняется до 0,15", еще реже он доходит до 0,2", в патологических же случаях он может доходить до 0,25" и выше.

Если проводимость в Aschoff-Tawar'овском узле и His'овском пучке ухудшается, интервал P—R становится длиннее, и отдельные импульсы от предсердий могут вовсе не доходить до желудочков; тогда образуется неполный блок.

Если ухудшение проводимости нарастает постепенно, то в связи с этим замечается в ряде последовательных ударов постепенное удлинение интервала P—R. Тогда после нескольких ударов с все более и более нарастающим замедлением проводимости, выпадают отдельные сокращения желудочков; после этого проводимость специфической мышечной системы сердца опять восстанавливается; затем опять постепенно нарастает ухудшение проводимости, опять выпадают отдельные сокращения желудочков и т. д. и т. д. Эти постоянно и постепенно нарастающие интервалы носят, как известно, название периодов Wenkebach'a и могут служить предтечей неполных блоков; при высших же ступенях расстройства проводимости может наступить и полный сердечный блок.

На практике наблюдаются переходные формы, когда неполный блок переходит в полный или когда неполный блок переходит в правильный ритм сердца с нормальным или удлинненным временем проведения возбуждения от предсердий к желудочкам (Мандельштам). Straub полагает, что His'овский пучок проводит все импульсы с одинаковой быстротой, но в ослабленном виде; причем рефрактерная фаза сердечной мышцы по отношению к слабым раздражениям длительнее, чем при обычных условиях. Мандельштам придает большое значение состоянию узла Aschoff-Tawara, так как от его реактивной способности зависит сравнительно продолжительный период проведения раздражения от предсердий к желудочкам.

И, действительно, не представляя собой единообразного автоматического центра, Aschoff-Tawar'овский узел состоит из цепи друг с другом соединенных центров с разной высотой автоматии, причем центры эти анатомически друг от друга ничем не различаются, отличаясь только функционально (Wenkebach). Что касается проводимости в Aschoff-Tawar'овском узле, то Hering показал, что она здесь идет с большим опозданием, а Lewis вычислил, что скорость распространения возбуждения в узле в 20 раз меньше, чем в His'овском пучке: в одну секунду скорость в узле 200 mm., а в His'овском пучке—4.000 mm. Кроме того, из исследований Г. Ф. Ланга мы знаем, что иногда при разрушении части пучка, оставшиеся волокна продолжают нормально проводить импульсы, и блока, даже частичного, может и не быть (Арьев).

Max Stoss изучал специально клиническое значение „Ueberleitungszeit“ на Ekg, снятых у 156 лиц с здоровым и больным сердцем, тщательно измеряя промежуток времени от начала зубца P до начала зубца R. Измерения производились только на Ekg, снятых во II отведении, дающем наиболее точные данные с сравнительно более выраженными зубцами предсердий P. Лиц без органического порока было исследовано 73, с пороками сердца при явлениях недостаточной деятельности сердца 83. В случаях без пороков сердца Stoss нашел для интервала средние цифры в пределах $0,153''$ — $0,183''$, в случаях с пороками сердца в пределах $0,153''$ — $0,203''$. У здоровых в отношении сердца субъектов высокие цифры (maxim. $0,205''$) отмечены при наличии выраженной ваготонии. Наоборот, низкие цифры отмечены при симпатикотонии (в среднем $0,141''$). В группе с пороками сердца наиболее высокие цифры дают страдающие митральным стенозом, особо неблагоприятно отражающемся на предсердиях. Ценность определения интервала P—R для клиники Stoss видит в случаях без органического поражения сердца в возможности учета состояния вегетативной нервной системы и ее влияния на сердце. При пороках же сердца, удлинение интервала P—R, не говоря ни за, ни против миокардита, может дать указание на состояние предсердий; при повторных же исследованиях на грозящее мерцание предсердий, на возможность блока и, наконец, на *передозировку* дигиталиса.

Я подчеркиваю это последнее положение, так как из нижеприводимой истории болезни видно будет значение его.

Возвращаясь к Wenkebach'овским периодам, нужно отметить, что наблюдаются иногда случаи, где, несмотря на резкое понижение проводимости атрио-вентрикул. узла, вызывающее выпадение некоторых сокращений желудочков, не бывает удлинения интервала P—R (Мандельштам). Такие случаи неполной диссоциации с выпадением сокращений желудочков, но без предшествующего удлинения интервала P—R, зависят уже от органич. заболевания His'овского пучка (Г. Ф. Ланг, Мандельштам). Такие случаи представляют собой начальные стадии длительного полного блока и Adam-Stokes'овых припадков, в противоположность тем случаям, где мы имеем постепенное замедление проведения между предсердиями и желудочками, образование периодов Wenkebach'a и выпадение отдельных сокращений желудочков после наиболее длинного интервала. Случаи этого типа, по мнению некоторых исследователей (Hoffmann, Мандельштам), вызываются функциональными моментами, при раздражении нервов, отравлении, удушении и проч.

Очень редко встречаются кривые, где были бы периоды или волны Wenkebach'a без выпадения отдельных сокращений желудочков; к ним относится наш случай.

Р. Л., девица 24 лет от роду, по профессии учительница, живет в глухой провинции. Обратилась ко мне с жалобами на замирание и другие неопределенные ощущения в области сердца. Шесть лет тому назад она перенесла острый сочленовный ревматизм. До того имела корь и ветряную оспу. В последние 2 года начала „чувствовать“ сердце. Сначала при физических напряжениях, а потом и при волнениях, начались сердцебиения, которые сильно беспокоили б-ную. В последнее же время особенно начали беспокоить б-ную припадки замирания сердца и другие неопределенные ощущения в сердечной области, которые больная не могла точно формулировать.

Среднего роста, умеренного питания и сложения. Со стороны легких—укло-нений нет. Сердце: толчок в 5-м межреберном промежутке, frémissement cataire; верхняя граница у верхнего края 3-го ребра, левая—нормальна, правая на 1 па-лец за l. parastern. dextra. Пресистолический шум у верхушки, акцент на 2-ом тоне art. pulmonalis. Пульс 78 в 1', правильный. Кров. давление 120/70. Печень не увеличена, со стороны брюшных органов (желудка, кишек) ничего ненормаль-ного. Селезенка не увеличена. Menses—правильны. Моча: у. вес 1,020, белка сле-ды, сахару нет; в осадке крист. щавелевокисл. извести. Со стороны нервной си-стемы ничего ненормального.

Служа в провинции, познакомилась с фармацевтом, который стал ее жени-хом; узнав, что у нея болезнь сердца, он начал ее лечить дигаленом, который у него в количестве несколько флаконов остался от довоенного времени. После двух флаконов б-ная начала чувствовать замедление сердца, которое ее сильно волно-вало, почему она поспешила в Одессу, чтобы посоветоваться со специалистами.

Мы имели обыкновенный случай стеноза лев. венозн. отверстия на почве ревматического полиартрита в стадии полной компенсации. Из анам-неза очевидно, что компенсация ни разу в течение последних шести лет не нарушалась, следовательно никаких показаний к назначению дига-лена не было. При тщательном исследовании больной я не мог найти ни со стороны сердца, ни сосудов ничего такого, что объяснило бы мне ощущаемые больной „замедления“ сердца.

Зная свойства дигиталиса, который может в одних случаях пра-вильный ритм предсердий перевести в трепетание, а трепетание в мерцание (Арьев), в других случаях вызывать неполный или полный блок, главн-образом правой ножки His'овского пучка, как это показал Зеленин, или вызвать расстройство и понижение проводимости в Aschoff-Ta-waг'овском узле и His'овском пучке,—я предложил б-ной снять Ekg.



Из анализа этой Ekg, мы видим, что каждый оборот сердца=0,75", аритмии нет. Кроме того, в первом обороте интервал P—R=0,18"; во втором обороте интервал P—R=0,24"; в третьем обороте P—R=0,3"; в четвертом обороте P—R опять=0,18"; в пятом опять 0,24"; в ше-стом опять=0,3" и т. д., таким образом мы имеем постепенное удлинение интервала P—R, т. е. постепенное ухудшение проводи-мости в атрио-вентрикулярном узле, но без выпадения сокращений желудочков и без удлинения самого оборота сердца, который и при коротком интервале (0,18") и при длинном (0,3") равен 0,75". Интервал же P—P, т. е. время между сокращениями предсердий в первом обороте и втором=0,7", во втором и третьем=0,65", в третьем и четвертом=0,85"; в четвертом и пятом опять=0,7"; в пятом и шестом опять=0,65" и т. д.—повторяясь таким образом от начала до конца и от конца до начала. Суммируя данные анализа Ekg нашей больной, мы приходим к заключению, что в данном случае обнаружено: 1) образо-вание Wenckebach'овских волн вследствие постепенного ухудшения проводимости атриовентрикулярного узла и His'овского пучка; 2) отсут-ствие выпадений отдельных сокращений желудочков при максимальном удлинении интервала P—R, достигающем 0,3"; 3) особое избирательное действие, в данном случае дигалена, на левый блуждающий нерв, который

разветвляется в атрио-вентрикулярном узле и His'овском пучке и при раздражении коего мы имеем понижение проводимости там же, что было и в нашем случае. Если бы дигален одинаково действовал в данном случае и на правый блуждающий нерв, который разветвляется в Keit-Flak'овском узле, мы имели бы *понижение* образования импульсов к сокращению, т. е. уменьшение числа пульсовых ударов; этого в данном случае не было, так как пульс все время и по сердцу, и по лучевой артерии колебался между 78 и 80, в ", но не ниже. Во всяком случае нужно допустить, что в данном случае действие дигалена на левый блуждающий нерв было значительно сильнее действия его на правый, что в результате сказалось в понижении проводимости без замедления пульса. 4) Дигален, принимавшийся больной без нужды и без контроля и в сравнительно большой дозе (по 20 кап. 5 раз в день), произвел в данном случае укорочение паузы между систолой желудочков и систолой предсердий, удлинив в то же время паузу между систолой предсердий и систолой желудочков. 5) Этой внутренней „перетасовкой“ и можно объяснить те явления со стороны сердца, которые больная характеризовала, как „замирание“ сердца.

После прекращения приемов дигалена замирание сердца продолжалось еще семь дней, ослабевая с каждым днем. Начиная с восьмого дня после прекращения приемов дигалена замирание совершенно исчезло. Больная оставалась под наблюдением еще две недели, после чего была отпущена домой с советом впредь без врача не принимать никаких лекарств.

Через три месяца получено извещение, что больная чувствует себя прекрасно, работает и припадков „замирания“ сердца у нее больше нет.

Из Пропедевтической хирургической клиники Казанского гос. университета.
(Директор проф. П. М. Красин).

К вопросу о первичной саркоме желудка ¹⁾.

Ординатора Д. Н. Федорова.

В противоположность раковым новообразованиям желудка, встречающимся довольно часто и имеющим хорошо разработанную литературу, саркомы желудка (первичные) отличаются большой редкостью. Вопрос о первичных саркомах желудка до сих пор не выходит из периода накопления материала, описания отдельных случаев, суммирующих работ имеется сравнительно немного (Кричевский, Flebbe, Vatanne, Konietzny, Orator и др.). В силу той же редкости и отсутствия точных опорных пунктов для диагноза, саркомы желудка представляют, по большей части, неожиданную находку на операции или, что чаще, на аутопсии. Классические случаи Westphalen'a, Fleiner'a и Laibe, давших предварительную диагностику, первый на основании кусочков опухоли в промывной воде из желудка, вторые — на основании саркоматозных узлов в коже, являются единичными; труд-

¹⁾ Доложено в Хирургической секции Общества врачей г. Казани 29 февраля 1928 г.

ность же прижизненного распознавания сарком желудка объясняется разнообразием анатомических форм, имеющих различное течение и нередко едва заметно расстраивающих здоровье больного.

Не вдаваясь в перечисление многочисленных статистик авторов, мы позволим себе привести лишь некоторые данные, характеризующие редкость сарком желудка. Так, Носсх, на 13.387 вскрытий имел саркому 6 раз, Jates на 800 операций на желудке саркому имел в 2%, Ziesche, Davidsohn, Кричевский и некоторые другие считают, что саркомы желудка составляют около 1% всех других опухолей этого органа. Новые статистики дают почти те же проценты: Konietzny на 382 опухоли—5 сарком (1,3%). Hünnerman (из клиники Eiselsberg'a) на 231 карциному—7 сарком (3%). Vormann на 11.475 секций—240 карцином и 5 сарком (2%). Урода (Саратов) за 14 лет на секционном материале выводит 1,9% (53 карциномы, 1 саркома). Данные Северо-Кавказского государственного университета дают несколько меньший процент—0,8% (на 6055 вскрытий—119 карцином, 2 саркомы). Нами также, с любезного разрешения проф. И. П. Васильева, были просмотрены протоколы Патолого-анатомического кабинета Казанск. ун-та за 62 года (1866—1927 включительно) и получены следующие данные: на 6372 вскрытия было 183 карциномы и 1 саркома, т. е. 0,5%.

Наблюдавший нас случай следующий: 6-ой М. К., 55 л., поступил 28/XII 27 г. в клинику с жалобами на боли в подложечной области, усиливающиеся несколько после приема пищи. Считает себя больным около года, когда впервые стал замечать небольшие боли под ложечкой, с течением времени все усиливающиеся. Последнее время принужден был избегать грубой пищи, а иногда и совершенно воздерживаться от приема ее из-за сильных болей в области желудка. Отмечает отрыжку и сильное похудание в последние 1—1½ месяца.

Status praesens. Рост средний, телосложение нормальное. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, выглядит несколько осунувшимся. Слизистые бледны. Пульс 84 в 1'. Со стороны сердца и легких ничего патологического. При пальпации органов брюшной полости обнаружена болезненность в epigastrium, пальца на 3 левее и ниже мечевидн. отростка. Какое-либо уплотнение прощупать в области желудка не удается. Нижняя граница желудка определяется на 2 пальца выше пупка. Исследование желудочного сока: натощак добыто 15,0 к. с. щелочной реакции, без запаха, зеленоватого цвета жидкости со слизью. После пробного завтрака 10 к. с. щелочной реакции, более светлой окраски со слизью. Плохая переваримость углеводов. Исследование осадка—ничего патологического. Моча нормальна.

Клинический диагноз—*cancer pylori*.

5/1 28 г. проф. П. М. Красиным произведена операция (мест. анестезия, затем—эфир). Средним разрезом вскрыта брюшная полость. Желудок довольно легко поднят к ране; при осмотре его в препилорической части на большой кривизне, несколько кзади от прикрепления большого сальника обнаружена опухоль округлого очертания. Размеры опухоли достигают величины большого грецкого ореха. Консистенция ее мягко-эластическая. Опухоль располагается субсерозно, причем вся толща стенки желудка в ближайшей окружности представляется утолщенной. При обследовании печени, кишечника, малого и большого сальника ничего патологического не найдено. В области б. кривизны, в соседстве с опухолью, найдена несколько увеличенная лимфатическая железа с маленький орех величиной (взята для исследования). Произведена клиновидная резекция стенки желудка с опухолью в пределах неинфильтрированных тканей. Рана зашита наглухо. 6—7/1. Общее плохое состояние, падение пульса. 8—9—10/1. Улучшение состояния, постепенное исчезновение болей. 13/1. Сняты швы. 25/1. Выписан заметно поправившимся. Болей не отмечает. При пальпации боли в epigastrium почти отсутствуют. Имеет хороший аппетит.

Исследование резцированного участка. Макроскопический вид: размер—7×5 ст. Вся стенка желудка в резецированном участке несколько

утолщена, в наиболее тонком месте—0,8 ст., несколько плотнее, чем в норме. Под брюшиной расположена опухоль, величиной с большой грецкий орех, без резких границ переходящая в желудочную стенку. Опухоль расположена эксцентрически, консистенция ее мягко-эластическая. Со стороны слизистой, соответственно расположению опухоли (под ней), имеется неглубокая язвенная поверхность с пятнадцатипопечечную монету величиной. В этом месте складки слизистой оболочки совершенно отсутствуют и имеются точечные кровоизлияния. Сглаженность складок слизистой наблюдается во всем резецированном участке. На разрезе опухоль желеподобна, серовато-белого цвета, плохо режется ножом. На фиксированном препарате (формалин 10%) видно, что на разрезе, проведенном перпендикулярно к слоям желудочной стенки, опухоль без резких границ переходит в более глубокие слои.

Для микроскопического исследования взят срез 0,5 ст. толщиной, через весь резецированный участок в вышеуказанной плоскости и исследован (серия срезов). Окраска гематоксилин-эозин, Van-Gieson. Обнаружено: serosa несколько утолщена, под serosой располагается куполообразное образование, представляющее собой скопление клеток, почти без элементов соединительной ткани; клеточный субстрат отличается резким полиморфизмом, количество клеток настолько велико, что они совершенно заполняют все поле зрения. С трудом и не на всех препаратах можно найти нежно-сетчатую строму с редкими овально-продолговатыми ядрами, в которой залегают эти клетки опухоли, расположенные очень тесно. Клетки интенсивно красятся гематоксилином, по размеру и по виду несколько напоминают лимфоцитов, иногда клетки имеют большое ядро, занимающее всю ее поверхность. Это тесное скопление клеток под серозой, в участке, соответствующем опухоли, продолжается до слизистой, инфильтрируя и уничтожая muscularis, submucosa и musc. mucosae, элементы которых иногда видны в виде очень маленьких гомогенных глыбок. Слизистая также почти сплошь инфильтрирована теми же клеточными элементами. Железы атрофированы, ядра клеток плохо красятся, границы железистых клеток плохо различимы. На препаратах, захватывающих участки стенки тотчас же вокруг опухоли, наибольшее количество клеток видно также под серозной оболочкой, откуда они прорастают, как бы вглубь, обильно инфильтрируя muscularis, порой совершенно уничтожая его целостность, то раздвигая отдельные мышечные волокна продольного и кругового слоев, то образуя целые вкрапления.

Срезы участков, более удаленных от опухоли, имеют во всех слоях явления той же инфильтрации, но в меньшей степени: в muscularis видно, как клеточные тяжи продвигаются вдоль межмышечных промежутков, встречаясь и в самих волокнах. Submucosa имеет то диффузные, то единичные клеточные вкрапления, в mucosa клетки опухоли инфильтрируют железистую ткань, протоплазма и ядра клеток плохо красятся. Сосуды резецированного участка склерозированы; в adventitia сосуда можно иногда видеть отдельные клетки опухоли.

Диагноз—Lymphosarcoma (проверен проф. И. П. Васильевым). Взятая для исследования лимфатическая железа обнаружить чего-либо патологического и сходного по строению с клетками опухоли не позволила. За лимфосаркому в нашем случае говорит как полиморфизм клеточного субстрата, так и описанный характер—reticuli, считающиеся многими авторами (Ribbert, Paltauf, Oestreich и др.) отличительными признаками сарком.

Несмотря на то, что Nesse преимущественное развитие сарком указывает из других слоев желудочной стенки: submucosa 65%, muscularis—24%, mucosa и musc. mucosa 7%, и, наконец, subserosa—4%, наличие центра опухоли в подбрюшном слое, откуда уже идет инфильтрация вглубь, дают нам право предположить, что опухоль первично образовалась именно здесь, развившись из лимфатического узла подсерозного слоя. Имеющаяся на слизистой оболочке неглубокую язвенную поверхность мы склонны трактовать как изъязвление опухоли (лимфосаркомы), проросшей до слизистой, ибо лимфосаркомы желудка весьма склонны к изъязвлениям.

За первичный характер опухоли говорит также то обстоятельство, что при обследовании брюшной полости на операции не было обнаружено измененных лимфатических желез, особенно забрюшинных, саркомы которых нередко дают метастазы в желудок.

Переходя к клинике сарком желудка нужно отметить: боли, отсутствие аппетита, отрыжку, рвоту без примеси крови, непостоянного характера, *anaciditas*, *subaciditas*. Orator считает правилом наличие атрофического гастрита со всеми его симптомами. Характерно также отсутствие стенозов pylori даже при больших опухолях. Отмечают также, как характерное явление, понижение % гемоглобина до 50%, а иногда 10%—15% (Finlayson, Moser).

Некоторые авторы считают лимфоцитоз патогномичным для сарком желудка.

Лечение только оперативное: круговая (Bier) или клиновидная резекция желудка, по возможности ранняя. Высокий процент смертности при операциях (63% по Кричевскому) при наиболее злокачественных формах круглоклеточковых сарком и лимфо-сарcomaх зависит, видимо, от того, что оперируются случаи крайне запущенные с массой метастазов.

Наш случай представляет тот интерес, что больной обратился за помощью на сравнительно раннем сроке болезни, прекрасно перенес операцию и показывался нам через полтора месяца, отмечая полное исчезновение болей, а также чувствовал себя заметно окрепшим¹⁾.

К вопросу о грыжах белой линии.

Д-р Г. Б. Теплицкий.

(Горловка, Донбас).

Почти в любом руководстве по частной хирургии можно найти указания на то, что эпигастральная грыжа чрезвычайно часто сопровождается диспептическими явлениями. Больные в своих жалобах отмечают боль в эпигастрии, усиливающуюся в особенности после еды, чувство тяжести под ложечкой, тошноту, изжогу, иногда рвоту, похудание и т. д. Нередко жалобы больного заставляют думать лечащего врача о язве желудка, о „катарре желудка“, желудочной невралгии и т. д., и больные очень долго и безрезультатно лечатся до тех пор, пока не попадут к хирургу и радикальной операцией не будут избавлены от своего страдания. *Hernia epigastrica* может симулировать различные заболевания и давать чрезвычайно запутанную клиническую картину, о чем свидетельствует, например, случай Зыкова, вкратце заключающийся в следующем:

Больная, 35 лет, поступила в Московскую госпитальную хирургическую клинику в 1899 г. по поводу подвижной левой почки и неопределенной боли в подложечной области; раньше лечилась от катарра желудка. В 1895 г. причину страданий объясняли загибом матки, были произведены 2 гинекологические операции; в 1896 году подшили правую почку. В подложечной области боли оставались. В 1898 г. лапаротомия по поводу предполагаемых сращений в области желудка, но ничего не было найдено. В 1899 году—2 операции по поводу подвижной левой почки. Боли в подложечной области оставались попрежнему. В 1900 г.—удаление кистозно-перерожденного яичника, фибромы тела матки. Больная значительно поправилась. В 1901 г. вновь обратилась по поводу болей в подложеч-

¹⁾ Обширный литературный указатель по техническим условиям не приводится. *Ред.*

ной области; была найдена опухоль величиною в 2—3 горошины. Распознана предбрюшинная липома. На операции обнаружены 3 отверстия в белой линии. Вскрытие брюшины не обнаружило ничего ненормального. Отверстия зашиты. Через две недели больная уехала, совершенно оправившись от мучивших ее болей.

Наш материал, состоящий из 100 случаев эпигастральных грыж, представляет собой больных в большинстве своем стационарных (Хир. отд. 1-й Рабочей больницы гор. Артемовска — зав. д-р Эйбер и Хир. отд. Горловской раб. больницы — зав. д-р Пукевич), а также и амбулаторных (Хир. кабинет Горловской поликлиники), прошедших через упомянутые лечебные учреждения за время с 1/X 1925 г. по 1/II 1928 г. Наблюдаемые нами больные были мужчины; данное обстоятельство объясняется тем, что настоящая работа проходила среди горнорабочих Донбаса, а также и тем, что эпигастральная грыжа, как было отмечено многими авторами, встречается преимущественно у мужчин. В двух случаях эпигастральных грыж у женщин, наблюдавшихся в Хир. отд. Горловской раб. б-цы, по независящим от нас обстоятельствам не могло быть произведено лабораторное исследование, почему они в нашу статистику и не вошли:

По профессиям больные распределялись следующим образом:

1. Горнорабочих (забойщики, кренильщики, уборщ. пород и т. п.)	47 человек
2. Чернорабочих	23 "
3. Кузнецов	7 "
4. Различных профессий (счетовод. надзир. Допра, красно-армейцы и т. п.)	22 "
5. Крестьян	1 "

Итого 100 человек

Из приведенной таблицы следует, что 70% наших больных были горно- и чернорабочие, что, безусловно, должно быть объяснено условиями труда горнорабочих, среди которых грыжа белой линии должна быть признана профессиональным заболеванием. Отдельно выделен один крестьянин, т. к. у него, помимо Hern. еруг., были и явления перитифлита (о нем еще будет речь впереди). Возраст больных колебался от 19 до 38 лет.

В подавляющем большинстве своем больные отмечали боли в эпигастрии, тошноту, взбогу и т. п. Жалобы исключительно на боли были у 13 чел., жалобы диспептического характера и боли у 66 и жалобы отсутствовали в 21 сл.

Эти больные с отсутствием жалоб приходили с просьбой „вырезать у них катышек“ в эпигастрии, либо эпигастральная грыжа обнаруживалась при исследовании и носителям ее совершенно не была известна; 13 больных отмечали исключительно боли в эпигастрии, усиливающиеся при физическом напряжении, а у 66 больных были, помимо болей, и жалобы диспептического характера. Последнее обстоятельство обратило на себя наше внимание и мы задались целью выяснить, имеется ли параллелизм между диспептическими жалобами больных и изменением желудочного сока, и, если есть, то попытаться найти объяснения данному явлению. С этой целью мы предприняли на всех больных как опериро-

вавшихся, так и отказавшихся от операции (последних было 7 человек) исследование желудочного сока после пробного Эвальдского завтрака ¹⁾).

Жалобы больных и клиническая картина заболевания были похожи друг на друга.

Данные исследования желудочного сока у всех б-ных таковы:

Общая кислотность	до 20	1 чел.
" "	от 20 до 40	34 "
" "	от 40 до 60	36 "
" "	от 60 и выше	29 "

Итого 100 чел.

Мы считаем, что нормальные пределы колебания общей кислотности находятся примерно между 40 и 60 куб. см. $\frac{1}{10}$ NaOH. Общую кислотность выше и ниже этих границ должно рассматривать как патологические отклонения.

Прежде, чем приступить к разбору нашего материала, считаем уместным изложить краткие анатомические данные белой линии и патогенез *hern. epigastr.*

Как известно, под белой линией понимается сухожильный тяж, расположенный на передней брюшной стенке, по средней линии между мечевидным отростком и лбом. Белая линия, составляясь из сухожильных окончаний широких мышц живота, делится вместе со всей брюшной полостью на всем известные следующие отделы: 1) *reg. epigastr.*, 2) *reg. mesogastr.* и 3) *reg. hypogastr.* Разделяясь пупком на два отдела, верхний и нижний, *lin. alba* в верхнем своем отделе относительно широка, мягка и тонка в своем переднезаднем диаметре. Далее книзу она постепенно суживается и уже на некотором расстоянии от пупка белая линия представляет собой шнур, утолщенный в передне-заднем диаметре и прикрепляющийся к лобку. Сухожильные волокна мышц передне-брюшной стенки, направляясь с обеих сторон к средней линии, перекрещиваются между собой, образуя во многих местах щели для прохождения сосудов и нервов. Задняя поверхность белой линии в норме совершенно гладка и на местах, соответствующих щелям на передней ее поверхности, имеет углубления, которые в силу тех или иных патологических причин могут образовываться в отверстия, путем раздвигания сухожильных волокон. Сейчас же за белой линией находится тонкий листок предбрюшинной фасции. Пространство между последним и брюшиной выполнено предбрюшинной жировой клетчаткой. Сосудистый пучок, проходящий между щелями в белой линии, есть тот путь, по которому и выходит чаще всего грыжа. Это рельсы, уготованные самой природой для того, чтобы в случае особо неблагоприятных для данного индивидуума условий по ним и происходил бы процесс выхода грыжи.

В механизме образования эпигастральной грыжи можно различать 3 стадии: *1-я стадия*. Предбрюшинный жир под влиянием тех или иных факторов начинает „выползать“ либо по сосудисто-нервному пучку, либо в пространство, образовавшееся вследствие расхождения волокон белой линии. Мы имеем перед собой, по существу, предбрюшинную липому или, по терминологии Зыкова, *hern. retrofascial*. Последнее название является более точным и соответствующим действительному процессу. *2-я стадия*. Предбрюшинный жир, вываливаясь все более и более, тем самым тянет за собой брюшину, принимающую воронкообразную форму, верхушкой обращенную кпереди. Эта стадия характеризуется наличием грыжевого мешка, но без его содержимого. *3-я стадия* предста-

¹⁾ Мы не смогли провести повторного исследования желудочного сока в послеоперационном периоде, т. к. б-ные, чувствуя себя хорошо, категорически отказывались подвергнуться вторично этой не совсем приятной манипуляции.

влетает собой типичную грыжу с грыжевым мешком, его содержимым и т. д.

На нашем материале нельзя было провести строгой параллели между жалобами больных и той или иной стадией *hern. epygastr.* Во всех стадиях больные отмечали либо боль в подложечной области, либо наличие, помимо боли, и диспептических явлений, и во всех же стадиях грыжи в 21-м случае жалобы отсутствовали; но тем не менее наше общее впечатление склоняется к тому, что 1-я и 2-я стадии эпигастральной грыжи причиняют по преимуществу боль ее носителям, 2-я и 3-я стадии чаще всего дают болезненные явления диспептического характера. Изменения кислотности желудочного сока как общей, так и связанной соляной кислоты наблюдались также во всех стадиях грыжеобразования и, как видно из приведенной ранее таблицы, пониженная кислотность была в 35 случаях, а повышенная в 29 случаях. В довольно значительном числе случаев патологическое состояние кислотности желудочного сока сопровождалось увеличенным количеством слизи, наличием белых кровяных телец и т. п. Последнее обстоятельство указывает на несомненный воспалительный, катаральный процесс в слизистой оболочке желудка, сопровождающий *hern. epygastr.*

В 1-й и во 2-й стадиях грыжеобразования выползший предбрюшинный комочек жира, будучи частично ущемленным в крохотном грыжевом отверстии, каковым является щель в белой линии, несомненно, служит источником боли, вследствие постоянного раздражения чувствительных нервов, заложенных в предбрюшинной клетчатке. Особой чувствительностью обладает эпигастральная область, на что указывает также и *Guillome* Болевые ощущения при *hern. epygastr.* должны усиливаться еще и благодаря постоянному раздражению брюшины, вызываемому тянущим комком предбрюшинного жира, которое в конце концов должно привести к местному слипчивому перитониту; ограниченное, незначительное по своим размерам воспаление брюшины, сопровождающее эпигастр. грыжу рефлекторно отражается на функции желудка и может, конечно, служить источником вышеупомянутых секреторных расстройств его. *Зыков*, например, на основании работ *Head'a* говорит следующее: „При страдании в области париетальной брюшины, в силу соединения чувствительных ветвей спинно-мозговых нервов с узлами симпатической нервной системы, болевые ощущения брюшных покровов должны передаваться на различные отделы желудочно-кишечного тракта и обуславливать самые разнообразные расстройства в функциях желудка и кишечника, каковые явления часто и считаются за первичные нервные страдания“. Попутно следует отметить, что вопрос о чувствительности брюшины, ее иннервации и по настоящее время не может считаться окончательно разрешенным, но вместе с тем следует признать, что симпатическая нервная система принимает самое близкое участие в иннервации париетальной брюшины. В руководстве *Гарре и Борхарда* мы находим указание на то, что брюшину иннервируют *p.n. vagus* и *sympathicus*.

Вторая стадия *hern. epygastr.*, вследствие наличия, как было ранее упомянуто, ограниченного воспаления брюшины, нередко сопровождается спайками между органами брюшной полости и париетальной брюшиной; чаще всего таким органом оказывается сальник, он же почти всегда бывает содержимым эпигастральных грыж и в 3-й стадии.

Припаянный сальник еще более способствует нарастанию диспептических явлений и изменению кислотности желудочного сока, т. к. во время моторной деятельности желудка создаются условия тяги сальника желудком, с одной стороны, и натяжение желудка сальником—с другой. Этим обстоятельством и должно быть объяснено усиление болей после еды, которое отмечают больные эпигастральной грыжей. Проф. Струнников, ссылаясь на работы Kelling'a, Mandl'a, Müller'a, Latzel'a и др. приходит к тому выводу, что при hern. epygast., в силу натяжения сальника, создаются условия: 1) спазма и сжатия сосудов, что ведет к анемии определенного участка желудка, 2) раздражение gang. coeliac. от сдавления нервов, вызывающего диспептические явления (функционального и двигательного характера), 3) раздражение симпатических нервов, ведущих к анемии ткани, 4) травмы желудка, вызываемой приросшим сальником, 5) спазма pylori вследствие упомянутых раздражений. Все перечисленные моменты служат, по Струнникову, причиной hyper- и hyperaciditas при эпигастральных грыжах и являются этиологическим моментом в образовании язвы желудка или duodeni. Д-р Ланде из клиники проф. Зимницкого в своей работе, посвященной состоянию тонуса вегетативной нервной системы при желудочных заболеваниях, приходит, между прочим, к следующим выводам: 1) Имеется тесная связь между заболеваниями желудка и состоянием тонуса вегетативной нервной системы, 2) при повышенной кислотности во всех случаях имеется ваготония, 3) при суб- и анацидных катаррах имеется понижение тонуса вегетативной нервной системы, главным образом, vagus'a, 4) секреция желудка находится в известной зависимости от состояния тонуса вегетативной нервной системы: при повышении этого тонуса наступает усиление секреции, при понижении—ее уменьшение. Д-р Фокин также отмечает, что hyper- и hyperaciditas сопровождается гипер- и гиповаготонией либо гипер-гипосимпатикотонией. Работы Павлова, Дрезеля, Guillome'a и других с несомненностью показали, что состояние вегетативной нервной системы играет колоссальную роль в процессе заболевания желудка.

Из анатомио-физиологического очерка, приводимого Дрезелем, яствует, что желудок получает нервные тонусы, с одной стороны, от vagus'a и sympath., с другой стороны имеет свою собственную автономную нервную систему, заложенную в мышечной и субсерозной тканях (Ауэрбаховское и Мейснеровское сплетение). Большая часть вегетативных волокон, направляющихся к желудку, берет свое начало в продолговатом мозгу из дорзального ядра n. vagi. Симпатические волокна частью также начинаются из дорзального ядра n. vagi, что послужило основанием Леви назвать это ядро „вегетативным ядром продолговатого мозга“. Вегетативные волокна, начинающиеся в продолговатом мозгу, идут частью почти через весь спинной мозг и только в нижних его сегментах покидают его. Основная же масса клеток, дающих начало симпатическим волокнам, заложена в грудном и поясничном отделах спинного мозга, в боковых его отделах серого вещества. Аксоны этих клеток идут через передние корешки и в виде gami communic. albi соединяются с клетками нервных узлов пограничного столба. Волокна gami comm. albi частично заканчиваются в пограничном столбе, частично минуют его и направляются к заложенным в брюшной полости паравerteбральным ганглиям, из коих наиболее важные 1) gangl. coeliac., 2) gang. mesenter. sup. и 3) gang. mesenter. infer. Симпатические волокна, которые прерываются в ганглиях пограничного столба, идут далее вместе с волокнами gami commun. grisei и присоединяются к ходу спинальных нервов.

Как vagus, так и sympath. имеет так называемые пре- и постганглиарные волокна, причем для вагуса, как указывает Дрезель, постганглиарные волокна находятся в самой стенке желудка и расположены, главным образом, в Ауэрбаховском сплетении.

Работами физиологов, главным образом И. П. Павлова, выявлено, что *vagus* в своем составе содержит секреторные нервы для желудка, что раздражение его, как указывают также Дрезель, Hess и др., вызывает повышение секреции и тонические сокращения желудка. Импульсы совершенно противоположные исходят от *sympathic.*, и взгляд Гесса, что в симпатической и парасимпатической нервных системах заложены как усиливающие, так и тормозящие волокна, Дрезелем не разделяются. Все авторы единодушно отмечают, что необходимым условием для наилучшей работы желудка является состояние равновесия между двумя упомянутыми нервными системами; Hess же включает сюда и взаимное уравновешение между экстра- и интрагастральной нервными системами. Всякое нарушение этого равновесия, будь оно вызвано психическими, химическими или механическими раздражениями (раздр. болевые), ведет к нарушению функции желудка.

Болевые раздражения, вызываемые эпигастральной грыжей и исходящие из предбрюшинной клетчатки, а равно и раздражения брюшины, передаются по чувствующим нервам через спинной ганглий в задний корешок, оттуда через передний корешок, *rami communic. albi.* к *ganglion coeliac.* и от него уже по постганглионарным волокнам к желудку. Создается как бы условие постоянного раздражения симпатических волокон, которые, как известно, угнетают секреторную деятельность желудка, тем самым стало-быть уменьшают и его кислотность и ведут, конечно, как и отметил проф. Струнников, к анемии того или иного участка желудка.

Раздражение париетальной брюшины, раздражение *gangl. coel.*, привошим сальником (Струнников) может служить также и источником угнетения симпатической нервной системы и тем самым, стало-быть, создавать условия для клинической гиперваготонии. Этим же процессом могут как бы создаваться условия, если не полного, то частичного выключения симпатикуса. Если ваготония сопровождается увеличенной кислотностью, если после эпигастрального грыжесечения у больных клинические симптомы болезни исчезали, возврата диспептических явлений не было, больные „расцветали“, то мы вправе предположить, что при *hern. epygast.* существуют моменты и раздражения *vagus'a*, гипертония его без относительной гипосимпатикотонии. И действительно, если вспомнить вышеприведенный анатомический очерк вегетативной нервной системы, то станет ясным, что раздражение симпатических волокон может идти и далее паравerteбрального ганглия (*resp. gang. coeliac.*), достигая спинного мозга и дойти до вегетативного ядра, в котором, естественно, раздражения могут передаваться и на вегетативные волокна, входящие в блуждающий нерв. Наконец, *plexus postganglion.*, *resp.* Ауэрбаховское сплетение, представляет собой сплетение постганглионарных волокон *vagus*а и симпатикуса, и вследствие раздражения желудка, каковое мы имеем, например, при наличии привапанного сальника к париетальной брюшине в самой стенке желудка, как указывает Дрезель, может происходить передача рефлекса с симпатикуса на *vagus*. Если согласиться с Гарре и Бурхардом, что брюшина также иннервируется и *vagus*ом (хотя в доступной мне литературе я на это указаний не находил), то только что высказанное положение становится более ясным.

Всем вышесказанным и должны быть объяснены изменения кислотности желудочного сока, отмеченные нами у 64 больных из 100.

Патолого-анатомической картиной данного заболевания, когда в процесс, вызываемый эпигастральной грыжей, вовлекается и вегетативная нервная система, может быть объяснен и тот симптомокомплекс, который зачастую служит причиной ошибочных диагнозов и нередко таких, как язва желудка.

Основная литература: 1) К. Дрезель. Заболевания вегетативной нервной системы. — 2) Guillome. Ваготония, симпатикотония. — 3) Hess. Вегетативная нервная система и заболевания желудка. — 4) И. П. Павлов. Лекции о работе главных пищев. желез. — 5) Д-р Ланде. Состояние тонуса вегетативной нервной системы при желудочных заболеваниях. — 6) Проф. Струнников. Вестник хирур. и погр. областей, т. VII, 1926 г.

Из Пропедевтической хирургической клиники Саратовского университета.
(Директор проф. В. И. Разумовский).

К казуистике первичных опухолей мозгового слоя надпочечной железы.

Ассистента д-ра **А. А. Крылова.**

Первичные опухоли надпочечников, как объект оперативного вмешательства для практического хирурга, являются большою редкостью и обыкновенно неожиданностью. Этот вид новообразований, уже сам по себе редко встречающийся, чаще входит в поле зрения патолого-анатома на аутопсиях случаев, где при жизни предполагался порою совершенно иной характер болезненного процесса. Клиническая картина при развитии опухоли в надпочечнике б. ч. не выделяет каких-либо особо типичных и надежных признаков, руководствуясь которыми можно было бы с большим вероятием определить истинную натуру страдания. Поэтому, насколько видно из данных литературы по этому вопросу, прижизненный (до операции) диагноз опухоли надпочечника был установлен лишь в единичных случаях.

В надпочечнике мы имеем орган с довольно сложным эмбриологическим генезом и дифференцированной функцией различных морфологических элементов, его составляющих. В отношении структуры в надпочечнике различают периферический корковый слой (cortex) и центрально заложенную мозговую массу (medulla), которые функционально неоднозначны уже в силу их неодинакового эмбриологического происхождения. Имея в виду последнее обстоятельство, можно предполагать, что и клинические симптомокомплексы, соответствующие элективному поражению того или другого компонента органа (периферии или центра), будут заключать в своем содержании известные отличительные черты. Однако, поскольку орган представляет собою компактное анатомическое целое, диффузность патологического процесса в последующем обыкновенно приводит к загущиванию специфичности реакции организма в зависимости от избирательного поражения той или другой части органа. Так может обстоять дело, напр., при туберкулезном разрушении паренхимы железы. При неопластических процессах надпочечника, по крайней мере в первые фазы их эволюции, возможно изолированное поражение того или иного слоя. В отношении сравнительной частоты новообразований корковой и медуллярной зоны, по имеющимся статистическим данным, первые являются пре-

обладающими (аденомы, гипернефромы, т. наз. *struma suprarenalis* и др.). Опухоли из медуллярного слоя, представленного структурально нервными элементами симпатогенного типа (ганглиозные клетки и волокна), параганглиозной тканью и сосудистыми синусами, встречаются гораздо реже. Патолого-гистологическая характеристика их определяется специфическим отношением составляющих мозговое вещество элементов к определенным химическим реактивам (хромаффинность), каковые свойства разделяются и клетками атипической симпатобластомной пролиферации. В рамки нашего краткого сообщения не входит детальный анализ гистопатологической картины отдельных видов этого типа бластом (нейроцитомы, ганглионейромы, параганглиомы и др.). По указаниям литературы эти опухоли наблюдались преимущественно в детском возрасте в противоположность опухолям коркового слоя, встречающимся чаще у пожилых субъектов. Найденные нами за самое последнее время четыре описания первичных медуллярных опухолей надпочечника (Карпова, Бузин, Davidson и Hurst, Gellerstedt и Hjelms) все относились к возрасту не свыше 10 лет. Из этих описаний видно, что эти опухоли уже при малом объеме первичного фокуса склонны давать метастазы в различные органы (очень часто в печень) и ткани, иногда весьма отдаленные, как например твердая мозговая оболочка и кости черепа.

Если же при опухоли надпочечника на первый план выступает увеличение объема опухоли *in loca primario*, то сопредельные органы (почка, *v. cava*, *colon* и др.) подвергаются прижатию и соответственному нарушению своей функции. Во всяком случае, опухоли мозговой субстанции надпочечника гораздо менее склонны, оставаясь местным процессом, увеличиваться, напр., до таких размеров, чтобы занимать всю соответствующую половину брюшной полости, как это было описано Боголюбовым в случае проф. Разумовского, относившемуся к разряду корковых аденом. Но, повидимому, возможно более или менее длительное бессимптомное существование этих опухолей, напр., при одностороннем развитии и с более зрелым типом клеточных элементов.

Как уже было замечено выше, предугадать локализацию болезненного (опухолевого) процесса в надпочечнике за неимением надежных опорных пунктов является трудным и тем более мало возможностей, остановившись на предположении опухоли надпочечника, предпринять из какого слоя она исходит. Попытки подметить те или иные характерные, как бы специфичные, штрихи в клинической картине при новообразованиях надпочечных желез имели место неоднократно. Так, с прогрессивными resp. бластоматозными процессами в коре надпочечника ставят в связь явления т. наз. „надпочечниково-полового синдрома“; наблюдались в отдельных случаях симптомы адиссонизма (нефермальная пигментация, миастения и проч.). При новообразованиях медуллярного слоя, поскольку этот компонент органа считается продуцирующим адреналин, следствием развития опухоли в этой зоне надо ожидать расстройств в балансе этого гормона. Поэтому при бластоматозных процессах, протекающих с угнетением функции *medullae*, особенно если сопутствуют изменения в другой железе, на сцену должны бы выступать явления гипотонии.

Langeron и Lohéac (*La Presse Medicale*, 1928, № 73), изучая динамику кровяного давления в связи с количественными изменениями

адреналина в организме, на основании экспериментальных данных и клинических наблюдений при медуллогенных опухолях надпочечника, считают, что гипертония сопутствует опухолям коры и параганглиомам, а гипотония—опухолям мозговой субстанции (симпатомам). Однако этот вопрос нуждается еще в дальнейших исследованиях и наблюдениях, которые позволили бы прийти к более или менее определенным выводам. Должно не упускать из виду, что в организме хромаффинная ткань не ограничивается лишь адреналовой системой, так что отношения здесь могут быть сложнее, чем представляется в начале.

Предпослав эти краткие замечания, позволим себе перейти к изложению собственного случая.

Больной К., 42-х лет, крестьянин, поступил в Пропед. хир. клинику 2/XII 27 г. с жалобами на боли в глубине правого подреберья с характером постоянного тупого давления, длительную диспепсию (отсутствие аппетита, поносы) и резкий упадок сил, выражающийся в быстрой утомляемости даже при незначительных и кратковременных физических напряжениях. По словам больного, он ходит „как ослабленный“. Начало заболевания относит к периоду времени около одного года тому назад и причинно связывает его с однократным злоупотреблением алкоголем, после которого желудочно-кишечные расстройства приняли хронически-перемежающееся течение. Месяца 3 тому назад частота стула доходила до 15 раз в сутки, в настоящее время реже. Каких-либо ненормальных примесей к испражнениям (а также моче) не замечал. За последнее время присоединилось равномерное вздутие живота. Боли в наружной половине правого подреберья носят тупой характер и до степени приступа никогда не обострялись. Зависимости от фаз пищеварения—нет. Кроме описанного, страдает еще упорным кашлем с мокротой (2 брата больного умерли от тbc). В анамнезе воспаление легких и брюшной тиф.

Status praesens: пациент в состоянии весьма выраженного истощения; почти полное отсутствие жировой клетчатки. Кожные покровы бледно-землистого цвета, без каких-либо пигментаций. Прощупываются паховые лимфатические железы с обеих сторон. Констатируется заметная атрофия мышечной ткани. Больной производит впечатление астеника или даже кахектика.

Грудная клетка: в легких справа и слева очаги рассеянных сухих и влажных хрипов. Тоны сердца чисты, глуховаты. Кровяное давление по качеству пульсовой волны—понижено (пульс 88, малого напряжения, правильный).

При обследовании брюшной полости видно равномерное вздутие живота. Чувствительность к пальпации диффузная, усиливающаяся до степени болезненности в правом подреберье и эпигастрии. Ясно уловимых опухолевидных образований или инфильтратов в брюшной полости не определяется за исключением неясной резистенции в правом подреберье. Мочевыделение без особенностей. Объективных изменений со стороны нервной системы нет.

В отношении диагноза наши предположения колебались между туберкулезным перитонитом или наличием глубоко расположенной злокачественной опухоли, имея в виду существование легочного процесса и кахектического status'a.

6/XII 27 г. операция под хлороформным наркозом. Разрез по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка и захода за последний ниже. В брюшной полости экссудата нет. Желудок без особенностей. Желчный пузырь раздут (hydrogors), но без следов перихолецистита и без камней. Печень по виду в N-состоянии. По ходу тонкого кишечника препятствий к прохождению кишечного содержимого (стриктуры, опухоли) не имеется. Туберкулов на серозе также нет. В области соесис старые перитифлитические пленки. Фиброзный мезентерия и гиперплазия лимфатических желез брыжейки в области илео-цекального угла и в mesosigma. Увеличены и забрюшинные железы. При обследовании правой почки в направлении верхнего полюса ее прощупывается округлых контуров опухоль, дальнейшая ориентация относительно свойств которой не могла быть продолжаема, т. к. у больного внезапно произошло резкое падение пульса. Операция была приостановлена, но через короткое время, несмотря на принятые меры, сердечная деятельность и дыхание окончательно парализовались и больной умер на столе. До этого момента течение наркоза происходило без особенностей. Продолжительность операции была около 25 минут.

Выдержки из данных аутопсии (прозектор Н. Н. Литварев) указывают следующее: *Phthisis pulmonum utriusque ulcero-cavernosa. Cor N. Hepar—N. Atrophica lienis. Hydrops vesicae felleae. Hyperplasia gland. lymphat. mesenter. et retroperitonealium. Ren sin. et glandula supraren. sin.—N. Hyperaemia cyanotica renis dextri. Struma glandulae suprarenalis dextrae.*

Опухоль правого надпочечника, привлекающая здесь наше внимание, представляла собой равномерное увеличение в объеме всего органа до размеров большого апельсина. Контуры опухоли правильно округлые, консистенция плотная. Снаружи опухоль покрывается капсулой; с верхним полюсом правой почки соединена лишь фиброзными тяжами. На разрезе ткань опухоли желтоватого цвета, разделена соединительными прослойками. Кортикальный слой истончен, оттеснен к периферии разрастающейся тканью опухоли, исходящей из центральной массы органа. Правая почка несет на себе признаки застойной гиперемии. Печень, левая почка и надпочечник без особенностей.

При исследовании микроскопического препарата (прозектор Ун-та М. А. Коза) оказалось следующее: сильное сдавление с признаками атрофии клеточных элементов коры надпочечника. Без резких границ к элементам корковой зоны прилежит ткань опухоли. Последняя состоит из нежной ретикулярной основы, в которой группами залегают клеточные элементы разной величины и формы. Б. ч. это клетки эпителиоидного типа с мелкозернистой протоплазмой и одним или несколькими светлыми пузырьковидными ядрами. Имеются также скопления клеток лимфоцитарного типа с узким ободком протоплазмы и большим круглым ядром, красящимся светлее, чем у лимфоцитов. Довольно часто попадаются гигантские клетки. Далее следуют группы уже типичных ганглиозных клеток, расположенных то диффузно, то изолированно. Между описанными клеточными элементами разветвляются пучки тонких волокон. Кровеносные сосуды типа капилляров и синусы, обильно развитые, окружены гнездами клеток упомянутых видов, иногда попадающих в просвет сосуда. В некоторых участках имеется выходение эритроцитов в стromу опухоли. Типичного расположения клеточных масс в виде «розеток» отметить не удается.

В печени, почках метастатических узлов не обнаружено, увеличенные железы брыжжейки и забрюшинные представляют простую лимфоидную гиперплазию.

По своему строению вышеописанная опухоль относится к исходящим из мозгового слоя надпочечника. Составляющие ее элементы в значительном большинстве представляют собою ранний стадий дифференциации клеток медуллярной зоны с уклоном в атипическую пролиферацию. Гистопатологически ее можно отнести к типу ганглионейроцитом (симпатобластом).

Почти у всех из встреченных нами описаний подобных опухолей имеются указания на развитие метастатических узлов, состоящих из клеточных скоплений, аналогичных первичному фокусу. Особенно часто поражается печень. В нашем случае мы этого констатировать не могли. Далее опухоли типа незрелых симпатобластом проявляют себя клинически уже в раннем детском возрасте, что также отмечается многими авторами. Злокачественность их в смысле склонности давать переносы довольно ясно выражена. Нашему пациенту было 42 года. Эволюция опухоли была, по видимому, весьма медленной по темпу. Это обстоятельство, а равно и отсутствие метастазов опухоли в нашем случае говорит за доброкачественный характер бластомы с относительной зрелостью ее элементов.

Мы потеряли пациента на операционном столе, по видимому, от наркоза. Является вопросом, стоит ли эта наркотизация или б. м. вследствие операционного шока смерть в какой-нибудь связи с функциональной недостаточностью сердечно-сосудистой системы, обусловленной в свою очередь поражением надпочечников?

В *La Presse Medicale*, 1927 г., № 54 в протоколах *Societe de chirurgie de Lyon* упоминается о случае Villard'a, который во время

экстирпации опухоли надпочечника потерял больного при аналогичных обстоятельствах (коллапс и смерть в течение одного часа). Автор говорит применительно к этому случаю об „insuffisance surrénale aigue“. У нашего больного до операции мы имели заметную гипотонию, миастению и общий кахектический status. Следовательно, напрашивается предположение, не явилась ли в данном случае адреналиновая недостаточность причинным моментом операционной syncope? В этом направлении мы воздерживаемся высказаться в утвердительном смысле. Во-первых, уже наличие второго неизмененного надпочечника могло компенсировать дефект продукции адреналина на почве поражения правосторонней железы. С другой стороны, адреналин, специфический гормон медуллярного слоя, хотя и в состоянии вызывать глубокие фармакологические реакции в организме, однако, как показывают экспериментальные данные, подавление медуллярной секреции не обязательно влечет за собой прекращение жизни. Наоборот cortex есть тот жизненно необходимый орган, изолированное удаление которого в условиях опыта неизбежно ведет к смерти.

Но если полноценная функция medullae и не является быть может обязательным условием поддержания жизни, все же весьма важное значение медуллярного гормона адреналина в общей экономии организма в ряде других инкретов тем самым не отрицается. При критических же состояниях организма, каковые могут являть собою наркозный и вообще операционный шок, недостаточность адреналина может выступить на сцену со всей яркостью и даже привести к трагической развязке. Поэтому, уже обращаясь к практической стороне вопроса, можно прийти к выводу, что в случаях, где имеются основания предполагать наличие недостаточности адреналина, как фактора, влияющего на сердечно-сосудистый тонус, искусственная адреналинизация организма является вполне уместной. А при известных состояниях (резкое падение кровяного давления на почве острого ослабления тонуса сосудов) необходимость этой меры выявится еще отчетливее.

Что касается оперативно-технической стороны при опухолях надпочечника вообще, то здесь нельзя наметить какой-либо единой схемы. Подход к каждому случаю во многом определяется его индивидуальными особенностями. Вопросы об операционных подступах к надпочечнику (по-ясничным, люмбо-абдоминальным и чисто-абдоминальным) мы здесь касаться не будем, т. к. он разбирается в существующих специальных работах на эту тему.

Литература. 1) Карпова. Русск. клиника, 1927 г., № 34.—2) Бузин. Одесск. мед. журн., 1927 г., №№ 1—6. 3) Федоров. Хирургия почек и мочеточников, в. II, 1923 г. 4) Gellerstedt and Hjelms. Journ. of Am. Med. Ass., 1928, vol. 91, № 10 (abstract).—5) Davidson and Hurst. Brit. Journ. of Surgery, 1927, Oct., p. 216.—6) Bogoliuboff. Arch. für klin. Chir., 1906, Bd. 80.—7) Langeron et Lohéac. La Presse Medicale, 1928, № 73.—8) Villard. La Presse Medicale, 1927, № 54.

Из клиники болезней носа, горла и уха Казанского гос. университета. (Директор профессор В. К. Трутнев).

Холестеатома Гайморовой полости.

Ассистента Н. Трутнева.

Рино-ларинго-отоларам больше, чем представителям других дисциплин, приходится иметь дело с холестеатомой, но они привыкли встречать ее чаще всего в полостях среднего уха. Просматривая специальную литературу по данному вопросу, находим лишь единичные случаи описания поражения холестеатомой придаточных полостей носа. Не вдаваясь в подробный гистолого-патологический разбор вопроса о жемчужной опухоли, вкратце только коснемся взглядов и теорий возникновения данной опухоли. Virchow считает холестеатому за новообразование и как доказательство выдвигает то положение, что нормально как в полостях среднего уха, так и придатках носа нет клеточных элементов, из которых образуется указанная опухоль, и они являются как бы заблудшими. Должно отметить, что здесь речь идет, главным образом, об эпидермоидальных элементах потому что они являются основой холестеатомы. Вышеуказанные клетки при благоприятных для них условиях начинают разрастаться и, претерпевая целый ряд биохимических процессов, образуют опухоль. Как продукт реакции со стороны окружающей ткани, выделяется холестерин и жирные кислоты, способствующие склеиванию разрастающихся и слущивающихся эпидермоидальных клеток. Нелишне отметить, что тот специфический холестеатомный запах, который мы, как правило, наблюдаем при всех холестеатомных новообразованиях, есть продукт, главным образом, разложившихся кислот и холестерина.

Под обаянием авторитета Virchow'a долгое время этот взгляд являлся единственным и его разделяли Miculicz и др. По мере накопления клинического материала стали выдвигаться и другие соображения по поводу возникновения холестеатомы. Особенно заслуживает внимания взгляд Tröltzsch'a. Последний, в противовес теории Virchow'a, считает, что холестеатома есть результат постоянного и длительного воспалительного процесса. Он доказывает, что благодаря постоянному отделению и раздражению гнойным секретом происходит перерождение клеток всех видов в клетки эпидермоидального типа. Wendt признает холестеатому за продукт десквамативного процесса метаплазированной слизистой. Поллицер происхождение холестеатомы объясняет таким образом, что имеющиеся в среднем ухе бухтообразные углубления слизистой сверху закрываются, а в образовавшиеся вследствие этого карманы врастает эпителий, где он постепенно откладывается. Все вышеуказанные попытки объяснения происхождения холестеатомы представляют, как необходимую предпосылку, метаплазию эпителия, что является для некоторых спорным.

Наbermanн, доказывая образование холестеатомы в среднем ухе, настаивает на внедрении плоского эпителия наружного слухового прохода через перфорацию барабанной перепонки, где он и откладывается. При таком взгляде становится понятным наличие холестеатомы в среднем ухе, при имеющемся отверстии в барабанной перепонке. Позже этот взгляд получил поддержку со стороны Bezold'a. Однако единства

среди представителей этой теории нет, и они, в свою очередь, разошлись по вопросу, каким образом происходит процесс внедрения эпителиальных клеток или разрастание в том же среднем ухе.

Остановливаясь на кратком обзоре литературных данных относительно развития холестеатомы уха, мы имели в виду, что последние по своим свойствам, надо предполагать, тождественна холестеатомам придаточных полостей. Weinlicher, разбирая случай холестеатомы лобной пазухи, считает, что она является продуктом длительного воспалительного процесса. Kuhnt и Kahn метаплазию эпителия специально для лобной пазухи доказывают микроскопически. Что же касается Гайморовых полостей, то, по их мнению, этой возможности способствует неблагоприятное для стока секрета положение выводного отверстия. Hegetschwiler холестеатому придаточной полости носа склонен объяснить внедрением эпителия через операционное отверстие в дунке зуба.

Интересны указания некоторых авторов на связь озоны с холестеатомой. Они основывают свой взгляд на следующих соображениях: при гистологическом исследовании слизистой носа, пораженной озоновым процессом, отмечается перерождение мерцательного эпителия в плоский. Они допускают, что через естественное отверстие носа процесс может переходить на слизистую Гайморовой полости и поражать ее. В связи с таким патологическим перерождением клеток развивается резко атрофический процесс как в носу, так и в придаточных полостях. Также постоянным спутником, по их взгляду, данного поражения является образование обильного количества корок и выделение холестерина с жирными кислотами. Но, принимая во внимание, что полости носа открыты, почему частично корки механически удаляются, тогда как в Гайморовых пазухах, благодаря своеобразному положению естественного отверстия, постепенно происходит откладывание перерожденного эпителия и, в конце концов, образуется холестеатома. Надо иметь ввиду, что подобное образование холестеатомной опухоли поддерживается хроническим воспалением.

Кто прав—сказать пока трудно, но можно утверждать, что большинство авторов склонны считать за холестеатому образования, состоящие из луковичеобразно включенных друг в друга пластинок, состоящих из больших полигональных клеток эпидермоидального характера, пропитанных холестерином и жирными кислотами.

Нами наблюдалось несколько случаев жемчужной опухоли пазухи, описание которых представляем ниже. Первый случай я имею возможность описать благодаря любезному разрешению проф. М. Ф. Цытовича, в клинике которого (Саратов) больной курирован, а остальные из Казанских клиник.

Сл. 1. Больной А., тридцатилетний мужчина, явился в клинику носовых, горловых и ушных болезней Саратовского университета 27 апреля 1923 года с жалобами на резко затрудненное дыхание через левую половину носа, обильное отделяемое гнойного характера и сильные головные боли, локализирующиеся в левой половине. Данное заболевание связывает с огнестрельным пулевым ранением, бывшим в мае 1917 года. В течение полутора месяца после ранения больной был нем. Через месяц была спита нижняя челюсть, до этого свободно болтавшаяся своими обломками. В первые полгода наблюдалось ограничение подвижности челюсти и раскрывания рта, постепенно прошедшие. При осмотре 28 апреля 1919 г. отмечено: левая половина лица, в сравнении с правой, значительно выстоит вперед. Справа на нижней челюсти, сант. на 4 отступив от средней линии, имеется рубец на мягких тканях и дефект кости—вход пули. Параллельно восходящей

ветви нижней челюсти, имеется ряд рубцов, след выходного отверстия и бывших секвестротомий. Носовая перегородка резко смещена вправо. В левой половине носа, соответственно нижней раковине, имеется опухоль, свободный край которой изъязвлен. Носовые ходы полны гноя. Сильная болезненность при давлении в области *fos. canina*. Высунутый язык заметно отклоняется влево. Зубы левой половины верхней челюсти отсутствуют, имеются лишь корни. На месте второго малого коренного зуба—свищ, выполненный вилыми грануляциями с гнойным отделяемым. Через свищ зонд поднимается кверху сант. на 4, не встречая кости. Книзу зондируется кость. Левая половина твердого неба опущена, слизистая в этом месте бледно-фиолетового цвета, флюктуирует. На внутренней поверхности слева (щеки) имеются неровности в виде бугров. При задней риноскопии—на мягком небе рубцы. Просвечивание дало абсолютное затемнение в области левой Гайморовой полости.

Второго мая 1919 года под местной кокаином-адреналиновой анестезией произведено вскрытие левой Гайморовой полости через *fossam caninam*. Разрез по левому краю филтра от начала кожной части перегородки вдоль всей верхней губы. Разрез по переходной складке слизистой губы, перпендикулярный к первому разрезу. Обнажение передней стенки Гайморовой полости. Передняя стенка оказалась почти сплошь разрушенной, лишь в некоторых участках имелась костная пластинка толщиной в папиросную бумагу, так что долотом работать не представлялось возможным. Полость выполнена холестеатомными массами. Медиальная и нижняя стенка почти на всем протяжении разрушены. Полость вычистили. Сделано отверстие в нос. По удалении холестеатомных масс, „опухоль“, закрывавшая просвет левой половины носа, значительно уменьшилась. Носовой ход стал значительно шире. В верхне-челюстную пазуху введено три тампона с выводниками в нос. Рана закрыта шелковыми швами. Кровотечение при операции очень незначительно. Наложена повязка. Общее состояние удовлетворительное. 3/V. Промокшая повязка сменена. Небольшой запах от раны. Жалобы на головные боли. 4/V. Удалены тампоны. Из полости запах. Вместе с тампонами выделались кусочки холестеатомы. 5/V. Сменили турунду. Из полости резкий запах. Турунда имеет грязный вид. Общее состояние удовлетворительно. 7/V. Сменили турунду. В полости почти чисто. Сняты швы. Края раны спаялись. Осталось небольшое отверстие на переходной складке верхней губы, через которое вставлялась турунда. Зыбление и опущение твердого неба держится. Дальнейшее лечение состояло в перевязках, осмотре и чистке Гайморовой полости. В начале июня полость представлялась совершенно чистой, опущение твердого неба исчезло. Носовое дыхание свободно. Общее состояние очень хорошее. 12/VI. Под местной кокаином-адреналиновой анестезией было закрыто отверстие, ведущее в Гайморову полость из-под верхней губы, зажившее первичным натяжением, и 19/VI больной выписался из клиники.

Сл. 2. Большой Е., хлебопашец, 29 лет, явился в клинику Казанского гос. университета с жалобами на затрудненное носовое дыхание, постоянные насморки с обильным отделением гнойного характера. Данное страдание появилось около шести лет тому назад после рожи лица. Головных болей не отмечает. Перенес тифы сыпной и возвратный, рожу лица два раза и малярию. Венерическими болезнями не страдает. Резкое затемнение левой Гайморовой полости носа на рентгеновом снимке.

2/XII 27 г. под местной анестезией произведена левосторонняя радикальная операция Гайморовой полости по *L u c - S a l d w e l l* 'ю. Из Гайморовой полости выделены в большом количестве холестеатомные массы с специфическим запахом. После тщательного удаления холестеатомы и очистки Гайморовой полости, оказалось, что отверстие в нос проделывать нет необходимости, т. к. медиальная стенка Гайморовой полости была разрушена. Резецирован передний конец нижней раковины. Повязка. 3/XII.—Повязка снята. В области нижней носовой раковины и дна носа имеются массы слизисто-гнойного характера с запахом. Самочувствие больного удовлетворительное. Жалоб нет. 5/XII. Оперированная полость промыта. Промывная вода мутная с специфическим холестеатомным запахом. 6/XII.—Полость носа промыта физиологическим раствором. Слизистая оболочка левой половины носа покрыта пленками серого цвета, с трудом удаляемыми. (B. Löffler'a). 8/XII. Операционная полость промыта. Введена внутримышечно антидифтерийная сыворотка в количестве 5.000 единиц. 9/XII. Полость промыта, промывная жид-

кость со специфическим холестеатомным запахом. 10/XII 27 г. Самочувствие больного хорошее, жалоб нет, и он выписан для амбулаторного лечения.

Сл. 3. Больной С. явился в ушную клинику Казанского гос. университета с жалобами на головную боль, насморки. С 1920 года после тифа стал замечать припухлость левой половины лица. Сначала данному заболеванию он уделял мало внимания, но потом оно разрослось до размера приблизительно среднего кулака и появилась фистула на передней стороне десны, соответственно второму малому коренному зубу. При зондировании данной фистулы, зонд идет по направлению к Гайморовой полости и свободно входит на 3—4 сант., ощущая костную стенку. По временам из указанной фистулы появляется гноетечение с неприятным запахом. Общее состояние удовлетворительно. *Нос.* Атрофирующийся процесс. Искривление носовой перегородки влево. Средняя раковина с левой стороны покрыта гнойным отделяемым. *Глотка.* Миндалины нерезко увеличены и имеют неглубокие лакуны. Грануляции на задней стенке глотки. *Оба уха.* Втянутость барабанной перепонки и имеется небольшое помутнение ее. *Гортань.* Без видимых изменений.

10/XII. Под местной анестезией сделана операция—вскрытие левой Гайморовой полости по Luc-Caldwell'ю. После разреза и отсепаиривания мягких частей распатором показался гной в окружности фистулы, идущей в Гайморову полость. В полости оказалась холестеатома и много гноя. Сделано широкое отверстие в полость носа. Повязка. 11/XII. Повязка удалена. Отмечается обильное зловонное отделяемое из полостей носа и припухлость левой половины лица. Подобные изменения держались приблизительно около трех—четырёх дней, а потом все утихло, и больной чувствовал себя хорошо, и 20/XII—выписался для амбулаторного лечения.

Сл. 4. Больной III. явился в ушную клинику с жалобами на частые насморки, подолгу продолжающиеся и возникающие без всякой причины, на головные боли, на полное отсутствие носового дыхания и на обильное слизисто-гнойное отделяемое из полостей носа. Особенно обильно отделяемое бывает утром. Больным считает себя три года. В ноябре месяце 1927 г. ему была сделана операция на правой Гайморовой полости, после чего он отмечает значительное улучшение с этой стороны. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, сыпной тиф, малярию и ангину. *Нос.* Атрофирующийся процесс. Средние раковины полипозны больше слева и покрыты гнойным отделяемым. Отверстие в правую Гайморову полость зондируется. *Глотка.* На задней стенке—гнойное отделяемое и грануляции. Миндалины не увеличены, но с лакунами. В носоглотке гной. *Оба уха.* Помутнение барабанных перепонок.

18/X. Под местной анестезией произведена радикальная операция по Luc-Caldwell'ю на левой Гайморовой полости. В полости обнаружены холестеатомные массы и гной. Удалены полипозные разражения из полостей носа. Повязка. 19/X.—В области левой половины лица имеется припухлость. Жалуются на боль в голове и левой половине лица. Снята повязка. 20/X.—Отмечает затрудненное носовое дыхание. В левой полости носа имеется зловонное обильное отделяемое. Припухлость щеки слева, держатся и небольшие головные боли. 21/X.—Самочувствие удовлетворительное. Жалоб нет, за исключением на небольшую припухлость левой половины лица. 24/X 28 г. Больной выписался для амбулаторного лечения.

В наблюдаемых нами случаях возникновению холестеатомы предшествовало хроническое воспаление, особенно это демонстративно по отношению к первому случаю, что подтверждает выдвинутое положение взгляда Tröltsch'a. Также интересно, что в одном из случаев образованию холестеатомной опухоли предшествовала рожа лица. Возможно, это случайное совпадение, но допустимо, что erysipelas тоже имеет какое-либо отношение к данному заболеванию.

Из лаборатории Акушерско-гинекологической клиники Гос. института для усоверш. врачей им. В. И. Ленина в г. Казани. (Заведующий проф. А. И. Тимофеев).

О некоторых лабораторных методах диагностики внематочной беременности.

Ассистента клиники д-ра Б. С. Тарло.

Как известно, некоторые случаи прервавшейся внематочной беременности представляют для диагноза большие затруднения и по справедливости можно сказать, что глава о диагностике внематочной беременности изобилует описанием различных диагностических ошибок. В настоящем сообщении мы хотели бы изложить те приемы, главным образом лабораторных методов исследования, которыми мы пользуемся в нашей клинике в этих затруднительных случаях. Особенный интерес за последние годы вызывает у гинекологов применение при внематочной беременности так называемой пирамидоновой пробы на гематин (Антошина, Бакшт, Живатов, Иванов, Побединский, Мандельштам, Повжитков, Wermbter, Haselhorst, Thormählen, Arons, Семенов и др.).

Еще в 1914 г. Schottmüller обратил внимание на то обстоятельство, что при нарушенной внематочной беременности сыворотка крови больных имеет коричневатый оттенок, который он объяснял наличием гематина, в норме в ней не содержащегося и появляющегося в результате всасывания из старых очагов кровоизлияния.

С 1918 года, когда Thevenon и Roland предложили простой способ—посредством спиртового раствора пирамидона обнаруживать в кале кровь при скрытых кишечных кровотечениях—многие заинтересовались этим методом. Проба была затем модифицирована Егоровым, а Антошиной введена в гинекологию.

Несмотря на довольно большое уже количество работ, относящихся к этой пробе при внематочной беременности, единообразия во взглядах на ее клиническое значение не наблюдается. Встречая со стороны некоторых авторов весьма одобрительные отзывы об этой реакции, мы проверили ее на нашем клиническом материале.

Количество поставленных нами исследований равняется 278 на 215 случаев с различными заболеваниями, в том числе при подозрении на внематочную беременность у 53 больных. В основу наших исследований мы положили реакцию Thevenon-Roland'a, видоизмененную Антошиной с сывороткой крови. Впоследствии, после ряда параллельных опытов с сывороткой и плазмой (Мандельштам, Живатов, Wermbter и др.), мы не только убедились в их равноценности, но даже отдали предпочтение пробе с плазмой из тех соображений, что по исследованиям Haselhorst'a, любая сыворотка может дать положительную п. пр. благодаря присутствию большего или меньшего количества в ней оксигемоглобина, который может появиться в результате самых незначительных, но все же почти неизбежных механических повреждений при взятии крови,—как, например,—влияние металлической канюли, сотрясения, центрифугирования, переливания сыворотки и т. д. Технику пирам. пробы мы постепенно видоизменяли и окончательно с началом

1927 г., после сообщения Скорыходовым своего метода контроля как плазмы, так и реактивов, мы остановились на следующей методике.

В три чистые сухие одинакового диаметра пробирки наливается: в первую—3 кб. см. 5% раствора пирамидона в 95° спирте+8 капель 50% раствора ледяной уксусной кислоты+8 капель 3% раствора свежеприготовленной из пергидроля перекиси водорода; во вторую пробирку—2 кб. см. того же 5% раствора пирамидона в 95° спирте+1 кб. см. 95° этилового спирта+8 капель той же уксусной кислоты+8 капель 3% раствора перекиси водорода; в третью пробирку—1 кб. см. указанного раствора пирамидона+2 кб. см. 95° спирта+8 капель 50% раствора уксусной кислоты+8 капель той же перекиси водорода. В каждую из указанных пробирок добавляется по одной капле плазмы, добытой Пастеровской пипеткой из трубочки Linzenmeier'a по окончании реакции оседания эритроцитов, которой мы широко пользуемся в клинике.

При резко положительной пробе после прибавления капли сыворотки (resp. плазмы) во всех трех пробирках получается аметисто-фиолетовое окрашивание. В зависимости от степени окрашивания мы определяем результат как положительный, слабо-положительный и отрицательный. Необходимым условием правильного производства п. пр. является свежесть реактивов, в особенности перекиси водорода, затем микроскопический контроль сыворотки (resp. плазмы) на наличие эритроцитов и, по предложению Скорыходова, контроль реактивов и цитратной плазмы, который производится так. Для контроля реактивов в пробирку со смесью из 3 кб. см 5% раствора пирамидона в спирте+8 кап. 50% раств. л. укс. кисл.+8 кап. 3% раствора перекиси водорода прибавляется одна капля цельной крови (вместо цитрата плазмы); а для контроля цитратной плазмы на примесь эритроцитов к реактиву Weber'a (насыщенный раствор гваяковой смолы и равная часть озонированного скипидара) прибавляется несколько капель цитратной плазмы. Пирамидоновая проба может считаться доказательной, если первая контрольная пробирка обнаружит с цельной кровью фиолетово-аметистовое окрашивание, а вторая даст явно отрицательный результат.

Результаты, полученные нами с пирамидоновой пробой, видны из таблицы 1, где отмечены заболевания, при которых она ставилась и степень ее интенсивности. Просматривая данные таблицы, нетрудно заметить, что положительный результат получался не только при прервавшейся эктопической беременности, но и при целом ряде других заболеваний, хотя все же надо отметить, что наибольшая частота положительных результатов падает на внематочную беременность. Таблица 2 показывает, что из 37 случ. внематочной беременности, установленных оперативно, п. пр. была положительной 22 раза. Отрицательных результатов реакции при несомненной эктопической беременности мы имели 8. Из 7 случаев, давших слабо-положительную реакцию, в двух—эктопическая беременность протекала по типу трубного аборта с haematocoele peritub., окруженной довольно плотной соединительнотканной капсулой и с ничтожным количеством свертков крови в брюшной полости. Из 8 случаев установленной внематочной беременности, давших отрицательный результат, в двух при вскрытии брюшной полости свободной крови обнаружено не было. В одном случае имелся осумкованный гематосальпинкс, а другой случай касается растущей вторичной брюшинной бере-

менности во второй ее половине. Так что, редуцируя число отрицательных случаев, мы получим 83% совпадений положительной и слабо-положительной п. пр. при нарушенной эктопической беременности с кровоизлиянием в брюшную полость. Что касается 5 случаев со слабо-положительной реакцией и других 6 случаев с отрицательной—то обращает на себя внимание одно обстоятельство, которое мы подвергли изучению.

Табл. 1.

Клинический диагноз	Число случаев	Полож. реакция	Слабо-полож. р.	Отриц. р.
Беременность маточная	19	—	1	18
Аборт неполный	10	—	2	8
Аборт лихорадящий	3	1	1	1
Missed abortion	1	—	—	1
Послеродовой период	9	1	1	7
Послеоперационный период	18	1	4	13
Нормальные женщины	9	—	—	9
„ мужчины	10	—	—	10
Менструация	1	—	1	—
Гематометра—кольпос	2	—	1	1
Остро-воспал. заб. прид.	11	1	3	7
Хронич. восп. прид.	7	—	—	7
Аппендицит	2	—	—	2
Септические заболевания	3	1	1	1
Изменение полож. матки	13	—	—	13
Метропатия	10	1	6	3
Миома	8	3	1	4
Эхинококк	1	—	—	1
Анемия пернициозн.	1	1	—	—
Полип плацентарный	6	—	1	5
Рак матки операб.	5	1	—	4
„ неопераб.	5	—	3	2
Киста яичник.	9	—	—	9
Установл. внематочная беремен. . .	37	22	7	8
Сомнит. {—в стор. внемат. берем. .	8	2	3	3
	7	1	2	4
	215			

Анализируя в случаях с установленной прервавшейся внематочной беременностью (табл. 2) зависимость интенсивности п. пр. от времени, протекшего от начала инсульта, т. е. начала внутреннего кровотечения, мы получим некоторую закономерность. Правда, необходимо указать, что вопрос о начале внутреннего кровотечения п. в связи с этим, давности

гематомы разрешается с большим трудом. Нам пришлось считать за начало нарушения эктопической беременности *гспр.* внутреннего кровотечения совокупность симптомов, характеризующих его, а именно—наступлени схваткообразных болей, наружное кровотечение, потеря сознания, *phngenicus*-симптом и т. д.

Табл. 2.

Длительность заболевания	Число случаев	Полож. р.	Слабо-полож. р.	Отриц. р.
В день инсульта	5	1	1	3
1—5 дней	4	1	2	1
5—10 „	6	6	—	—
10—15 „	4	3	1	—
15—20 „	4	4	—	—
20—30 „	3	2	1	—
1—2 мес.	3	3	—	—
2—3 „	6	2	2	2
Без инсульта	2	—	—	2*)
	37	22	7	8

На нашем материале, относящемся к внематочной беременности, мы могли подметить, что результат п. пр., повидимому, зависит от возраста кровоизлияния. Как показывает таб. 2, из 9 случаев, где кровоизлияние было не старше 5 дней, мы получили 4 отрицательных и 3 слабо-положительных результата—в то время как при гематоцеле 10—13-дневного возраста—на 17 сл. мы имели 2 слабо-положительных и ни одного отрицательного результата. Так что, если и слабо положительный эффект п. пр. отнести к положительным пробам, достоверность реакции будет равна здесь 100%. После 2-х месячного существования кровоизлияния точность реакции опять начинает падать. Едва ли эти данные, которые совпадают также с наблюдениями других авторов (Иванов, Haselhorst и др.), можно считать случайными. Очевидно—в зависимости от условий образования и обратного поступления в кровь из очагов кровоизлияния гематина требуется известный срок, длительность которого, несмотря на имеющиеся экспериментальные исследования (Schimm, Hegler, Bingold и др.) еще не установлена. Желая проверить, действительно ли результат п. пр. зависит от времени существования очага кровоизлияния, мы поставили несколько опытов на кроликах, состоявших в том, что 15—20 куб. см. собственной крови животного впрыскивалось в брюшную полость, чтобы создать условия, аналогичные таковым при нарушенной внематочной беременности. Предварительно сыворотка (*resp.* плазма) крови, добытой из ушной вены, контролировалась пирамидоновой пробой, которая во всех случаях давала отрицательный

*) Один сл.—гематосальпинкс без разрыва.
Второй „ —брюшная вторичн. берем. 7 мес.

результат. Начиная со следующего дня после внутрибрюшинного введения крови у животного ежедневно ставилась п. пр.. Обычно проба начинала давать положительный результат не ранее 6-го дня после введения крови и становилась отрицательной после 11-го дня. В одном случае, где проба оказалась положительной уже со второго дня после инъекции крови, мы нашли в плазме под микроскопом эритроциты. В другом случае, где мы ни разу не получили положительного результата—на вскрытии оказалось, что кровяной сверток инкапсулирован среди плотных брюшинных спаек. Таким образом, как клинические наблюдения, так и эти наши опыты показывают, что п. пр., как метод обнаружения крововизлияния, приобретает известную ценность лишь в том случае, когда с момента поступления крови прошел известный срок—в среднем не менее 5 дней, и когда не создается условий, препятствующих поступлению образующегося гематина в кровь. Такими условиями, повидимому, следует считать наличие плотной капсулы в окружности крововизлияния. Отсутствием условий для хорошего всасывания, вероятно, следует объяснить отрицательный результат п. пр. при чистых гематосальпинксах без свободного крововизлияния в брюшную полость.

Из 8 случаев, где клинически мы должны были диагностировать старые haematocoele retrouter., в 3-х реакция оказалась отрицательной, что как раз можно объяснить, с одной стороны, наличием плотной капсулы, с другой—давностью крововизлияния.

Здесь интересно отметить, что из двух случаев haematocolpos, которые могут служить примером крововизлияния в замкнутой оболочке, мы 1 раз получили слабо-положительную реакцию.

Из 7 случаев, подозрительных на внематочную беременность, где клиническое наблюдение, однако, склоняло нас скорее к диагнозу воспалительных заболеваний в придатках—мы только в одном имели резко положительную п. пр., которую неоднократно получали при повторных контролях. Случай этот протекал с высокой температурой и с резким ослаблением организма, и сопровождался, повидимому, сильным распадом белков, что также иногда отражается на результатах п. пр.

Что касается п. пр. при заболеваниях, не сопровождающихся крововизлиянием, то, как показывает таблица I, положительный результат мы получали лишь в единичных случаях. При этом интересно отметить характер этих случаев, а именно: это были заболевания, сопровождающиеся распадом белка тканей (септич. процессы, рак матки), наружным кровотечением (метроррагии) или явлениями анемии—словом такими состояниями, при которых, несомненно, страдает красная кровь и содержание Hb. Положительный результат п. пробы в этих случаях становится понятным после исследований Wermbter'a, Побединского и др., которые связывают наличие гематина в сыворотке с понижением содержания гемоглобина в крови, что, повидимому, имеет своим следствием дегенерацию красных кровяных шариков.

При установлении диагноза внематочной беременности большие затруднения мы встречаем иногда, когда приходится дифференцировать ее со случаями воспалительных заболеваний придатков, или же маточного аборта с явлениями, напоминающими картину внематочной беременности. В нашем материале неполный аборт из 10 случаев в 8 дал отрицательную реакцию, а в 2 только слабо-положительную.

Все 7 случаев хронического воспаления придатков дали нам отрицательный результат пробы. Ярким примером значения п. пр. в случаях с неясным диагнозом могут служить 2 истории болезни, где в первом случае анамнестические и объективные данные могли говорить скорее за острый воспалительный процесс, но п. пр. была положительной, и операцией подтвердилось наличие внематочной беременности (Вр. ж., 460, 1925 г.).

В другом случае (Вр. ж., 155, 1926) дело касалось больной, у которой и анамнез, и пальпаторная картина говорили в пользу гематосальпинкса на почве прервавшейся трубной беременности, но пирамидообразная проба была отрицательная. При операции было обнаружено кистовидное изменение и апоплексия левого яичника и хронический аппендицит.

Резюмируя наше отношение к п. пробе, мы считаем возможным признать ее ценным вспомогательным диагностическим приемом, в значительной мере могущим уточнить нашу диагностику прервавшейся трубной беременности—в особенности в связи с другими лабораторными методами исследования. Наиболее пригодной она является для дифференцирования воспалительных опухолей придатков от продуктов прервавшейся внематочной беременности. Правда, реакция оказывается иногда положительной при заболеваниях, не сопровождающихся кровотечением, но заболевания эти настолько характерны, что их обычно не приходится принимать в расчет при дифференцировании диагноза внематочной беременности. Отсутствие положительных результатов пробы в некоторых „острых“ случаях внематочной беременности со свободным кровотечением в брюшную полость, тоже не обесценивает окончательно п. пр., так как в этих случаях, где экстренная операция жизненно показана, проба является излишней.

Наиболее типичный метод определения гематина—именно спектроскопический,—при помощи которого Schottmüller, Haselhorst и др. и доказали наличие его в сыворотке, мы по условиям нашей работы клинически применять не могли.

Из других лабораторных методов исследования, которые мы применяем при внематочной беременности, укажу на исследование скорости оседания эритроцитов (RS). Наибольшее ускорение RS до 10 минут по Linzenmeier'y давали нам случаи с острым свободным кровотечением в брюшную полость как при наружном, так и при внутреннем разрыве плодовместилища. Наибольшее значение, однако, RS может иметь в случаях прервавшейся трубной беременности с затяжным течением по типу трубного аборта с образованием заматочных и околотрубных гематом. Как раз в этих случаях приходится нередко проводить дифференциальный диагноз с воспалением придатков, в особенности в остром или подостром их состоянии.

В соответствии с данными других авторов (Ханина-Гайдук, Frommolt и Motiloff, Silzer и др.) мы считаем, что неускоренная или умеренно ускоренная R. S. говорит *caeteris paribus* в пользу haematocoele, а не воспалительного процесса. В зависимости от вызываемого кровоизлиянием раздражения брюшины, степень которого определяется давностью процесса, RS в случаях этой группы колебалась довольно широко, не ускоряясь все же в среднем ниже 50 мин. Ускорение ниже 50 мин. для этих неострых случаев трубной беременности не характерно и скорее говорит за воспалительный процесс в придатках.

Считая изучение RS в целом ряде случаев внематочной беременности весьма полезным диагностическим приемом, мы все же не находим возможным строить окончательное заключение только на основании одной этой реакции. Мы считаем ее данные особенно убедительными лишь в связи с изучением состава белой крови, в отношении которой мы изучаем количество лейкоцитов и состояние лейкоцитарной формулы.

Что касается количества лейкоцитов, то в случаях внематочной беременности оно высоких цифр обычно не достигает, давая в общем колебания от 3700 до 8000. Лишь 2 раза мы имели лейкоцитов до 13850. Рассматривая наши случаи в зависимости от типа нарушения беременности, мы получили такие же данные, как и Gragert, Krüger-Franke, Окунчик, Иванов.

При трубном аборте количество лейкоцитов остается обычно в пределах нормы, за исключением гиперлейкоцитоза, зависящего, по Gragert'у, повидимому, от функционального раздражения в связи с продолжительностью заболевания.

Свежие разрывы трубы, в зависимости от количества излившейся крови, дают разное количество лейкоцитов. Обильные кровопотери, повидимому, вызывающие изменение структуры крови (Gragert)—могут дать постгеморрагический лейкоцитоз. Основывать дифференциальный диагноз только на количестве лейкоцитов весьма рискованно. Применение же счета лейкоцитов в совокупности с RS может оказать большую услугу при распознавании трубного аборта от воспалительного подострого или острого воспаления придатков: в частности, например, картина трубного аборта, запутанная несколько вследствие гиперлейкоцитоза, при отсутствии ускоренной RS выясняется в пользу диагноза трубной беременности. Напр., в одном случае с лейкоцитозом в 9800 при RS=1 часу, именно эта последняя склонила наш диагноз в сторону трубной беременности, что и подтвердилось операцией.

Необходимо все же подчеркнуть, что указанные методы исследования, как RS и определение лейкоцитоза, является только симптоматической, а не специфической реакцией, почему подходить к ним должно с необходимой критической оценкой.

В равной мере это же соображение должно относиться и к картине белой крови, изучавшейся нами по формуле Arneeth-Schilling'a. Литературных данных по этому вопросу при эктопической беременности еще неполно достаточно. Из имеющихся работ Fuss'a, Heun'a, Krüger-Franke'a, Окунчик'a и др. видно, что ненарушенная внематочная беременность в первой своей половине заметных отклонений от нормальной картины белой крови не дает. При нарушении внематочной беременности иногда наблюдается незначительное нарастание в процентном отношении палочкоядерных нейтрофилов за счет усиленной их регенерации.

При прервавшейся трубной беременности с обильным кровоизлиянием в брюшную полость Heun получил следующую гемограмму:

Лейкоцитов	B	E	M	S	St	S	Ly	Mon
12 тысяч	—	—	—	16	16	60 ¹ / ₂	6 ¹ / ₂	1.

Мы такого сильного сдвига влево никогда не получали, за исключением случая заматочной кровяной опухоли с явлениями ее инфекции (больн. Б., ист. б. 408, 1926 г.). Одна гемограмма без счета лейкоцитов:

и определения RS типичных картин для диагностики внематочной беременности по нашим материалам не дает. В большинстве случаев на гемограмму надо смотреть только как на клинический симптом. Только из комбинации гемограммы, лейкоцитоза и одновременно поставленной RS— можно сделать заключения и во многих случаях вполне определенные, в особенности при дифференцировании воспалительных процессов, для которых очень характерным является заметный сдвиг влево.

Определение процента гемоглобина ценно в свежих случаях нарушения эктопической беременности с сильным кровотечением в брюшную полость. В дальнейшем, когда сгустки крови начинают организовываться и процесс принимает хронический характер, этот признак начинает сглаживаться.

Оценивая еще раз приведенные лабораторные методы исследования при нарушенной внематочной беременности, мы хотели бы подчеркнуть их несомненно большое диагностическое значение, но только в сочетании друг с другом при одновременной критической оценке всей картины заболевания у постели больной с тщательным изучением анамнеза и объективных данных.

Литература. 1) Антошина. Сб. научн. тр., посв. проф. Л. Л. Окин-чицу, 1924;—2) Agons. D. med. Woch., 1921, № 17;—3) Arneht. Qualitative Leukozytose. Bd. 2, Leipzig, 1920;—4) Бакшт. Ztrbl. f. Gyn., 59, 1927;—5) Binsgold. Virch. Arch. 1921, Kl. Woch., 1926, № 24;—6) Wermbter. Ztrbl. f. Gyn., 1927, № 20;—7) Gragert. Ibid., 1923, № 45;—8) Haselhorst. Ibid., 1927, № 49;—9) Hegler. M. med. Woch., 1912;—10) Heyn. Ztschr. f. Geb. u. Gyn., 1923;—11) Егоров. Цит. по Мандельштаму;—12) Живатов. Цит. по Побединскому;—13) Silzer. Ztrbl. f. Gyn. 1926, № 6;—14) Иванов. Гине-к. и акуш., 1927, № 6;—15) Krüger-Frank. Ref. Ztrbl. f. Gyn., 1926, № 37;—16) А. Э. Мандельштам. D. med. Woch., 1926, № 20;—17) Л. Л. Окинчиц. Гинеколог. клиника, ч. II, 1926;—18) Побединский. Ж. ак-и ж. бол., 1927, № 6;—19) Повжитков. Врач. дело, 1928, № 18;—20) Семен-ов. Цит. по Мандельштаму;—21) Скороходов. Лаборат. практика, 1927, № 2;—22) Thevenon et Roland. La Presse med., 1918, № 46;—23) А. И. Тимофеев. Каз. мед. ж., 1927, № 1;—24) Thormählen. Цит. по Hasel-horst;—25) Frommolt и Motiloff. Ztrbl. f. Gyn., 1926, № 6;—26) Fuss. D. med. Woch., 1922;—27) Ханина-Гайдук. Каз. мед. ж., 1925, № 2;—28) Schilling. Das Blutbild und seine klinische Verwertung, 1924, Jena;—29) Schottmüller. M. med. Woch., 1914, № 15;—30) Schumm. Bioch. Ztschr. Bd. CXCI, H. 4, Abderhald. H. d. Bioch. Arb., Abt. IV, T. 4, H. 6.

Из Глазной клиники Гос. института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в г. Казани. (Заведующий—проф. В. Е. Адамюк).

Случай папилломы роговой оболочки¹⁾.

Н. М. Морозов.

Наш случай папилломы роговицы касается крестьянина Свияжского кантона Татарской Республики Б., 62 лет, явившегося на амбулаторный прием 28/VII 1926 года по поводу заболевания левого глаза.

Из анамнеза выяснилось, что год тому назад больной заметил на внутреннем лимбальном крае роговицы левого глаза появление пятна серовато-белого цвета, величиною с булавочную головку. В дальнейшем

¹⁾ Сообщено в конференции глазных врачей 27/XI 1926 г. с демонстрацией микроскопических препаратов.

пятно стало увеличиваться в размерах, занимая все большие и большие участки и стало мешать зрению, что и заставило больного обратиться к врачу.

Больной выше среднего роста, правильного телосложения, всегда пользовался хорошим здоровьем и на зрение раньше не жаловался, хотя отмечает, что по временам у него болели глаза, причем болезнь каждый раз сопровождалась покраснением глаза, чувством жара и покалывания, а также появлением отделяемого, иногда в значительном количестве. Но все эти явления обычно продолжались недолго и проходили без всякого лечения. Родные и родственники его глазами не болеют.

При объективном исследовании найдено следующее: со стороны правого глаза, кроме умеренной гиперемии конъюнктивы век и незначительной шероховатости ее поверхности, отклонений от нормы нет. Дно глаза особенностей не представляет; $\text{vis}=0.7$; $N\ 1.0\ D$. Тензия в пределах нормы. На левом глазу со стороны кожи и краев век отклонений от нормы нет. Конъюнктивa век гиперемизирована умеренно, конъюнктивa глазного яблока инъецирована с внутренней стороны, в виде целого ряда сосудов, идущих пучками к лимбу. Внутренний квадрант роговицы, начиная с лимбы и до зрачкового края занят новообразованием, серовато-белого цвета, овальной формы, имеющим в вертикальном меридиане около 4 мм., в горизонтальном до 5 мм., а в высоту до $1\frac{1}{2}$ мм. На ощупь новообразование плотной консистенции, имеет слегка бугристую поверхность, сращено с роговицей на всем протяжении и неподвижно у основания. У лимба оно переходит в окружающую конъюнктиву, от которой к нему идут разветвляющиеся сосуды. Остальная часть роговицы прозрачна. Радужка серого цвета с ясным рисунком; зрачок круглый, нормальной ширины; реакция на свет живая. Дно глаза особенностей не представляет. $\text{Vis}=0.1\ \text{Astigm. irregul.}$; коррекция стеклами зрения не улучшает. Внутриглазное давление нормально. Подвижность глазного яблока сохранена.

Самый вид опухоли, сравнительно медленный ее рост и распространение главным образом на поверхности, без наклонности к изъязвлению, а также отсутствие каких-либо метастазов, говорили за доброкачественный ее характер. Для определения вида опухоли, путем патолого-гистологического ее исследования, мною 3/VII 1926 года амбулаторно была произведена биопсия (была срезана поверхностная часть опухоли параллельно ее основанию, толщиной до 1 мм.). Появившееся при этом незначительное кровотечение скоро прекратилось. Наложена повязка с 1% колларголовой мазью. 4/VII перевязка: отмечено незначительное раздражение глаза. Поверхность срезанной опухоли беловатого цвета, не кровоточит. Болей и ломоты в глазу нет. Наложена повязка с 1% колларголовой мазью. 5/VIII. Состояние глаза без перемен. В дальнейшем до 12/VIII больному ежедневно делалась смена повязки с 1% колларголовой мазью. К этому времени раздражение глаза прошло и срезанная поверхность опухоли почти вся покрылась эпителием. Больной уехал домой с тем, чтобы через месяц снова показаться, чего он, к сожалению, не исполнил.

Срезанный кусочек опухоли, после фиксации в 10% растворе формалина с последующим уплотнением в спиртах возрастающей крепости, был залит в парафин. Срезы были окрашены гематоксилином-эозином и по V. Gieson'y.

Микроскопическая картина препаратов оказалась такой: при слабом увеличении видно, что опухоль состоит из соединительно-тканых сосочков, покрытых многими слоями клеток. В состав соединительно-тканной основы входят кровеносные сосуды. При сильном увеличении видно, что клетки, покрывающие сосочки, принадлежат к типу эпителиальных, причем базальный слой их имеет цилиндрическую и кубическую форму с большими овальными или круглыми ядрами,

а в некоторых местах они вытянуты в длину и имеют веретенообразную форму. Кнаружи наблюдается утолщение клеток, доходящее в поверхностно-лежащих слоях до тонких пластинок включительно, но с сохранением ядер, иногда в виде темно-окрашенной черточки. В некоторых участках покровного эпителия имеются жемчужно-подобные образования из concentрически наслоенных утолщенных эпителиальных клеток, интенсивно-красящихся эозином в розово-красный цвет с сохранившимися, вытянутыми в длину и хорошо окрашивающимися ядрами. Эти клеточные тела кажутся гомогенными и сильно окрашенными эозином. Местами в поверхностных же слоях эпителия встречается довольно большое количество многоядерных лейкоцитов. Весь эпителиальный покров утолщен и имеет неровную поверхность, причем рост эпителия местами энергичный. Основа сосочков состоит из молодой, богатой ядрами соединительной ткани и небольшого количества кровеносных сосудов, преимущественно капиллярного типа, наполненных красными кровяными шариками и лейкоцитами. Соединительнотканная основа местами вокруг сосудов инфильтрирована многоядерными лейкоцитами. Граница соединительнотканной основы и эпителия везде резко определена, а также везде замечается типичный, поверхностный рост эпителия без наклонности врастания в подлежащую ткань. Следов Боуэнновой оболочки и собственной ткани роговицы на препарате не оказалось.

Результаты гистологического исследования дают возможность сделать заключение, что в данном случае мы имеем доброкачественную опухоль, так называемую папиллomu роговицы.

Препарат был просмотрен профессором К. Г. Боль и им даны мне некоторые разъяснения, за что и приношу ему глубокую благодарность.

Папиллома роговой оболочки является сравнительно редким заболеванием и впервые была описана Gayet в 1879 году. В дальнейшем случаи этого заболевания, описанные в офтальмологической литературе до 1914 года, приведены в работах Lauber'a¹, Lagrange'a², Rascheff'a³, Юдина⁴, Полева⁵ и Благовещенского⁶, а потому я не буду останавливаться на их перечислении. В новейшей литературе имеются сообщения Birch-Hirschfeld'a⁷, описавшего случай папилломы, расположенной на лимбе в виде большой опухоли, распространяющейся на конъюнктиву и роговицу, с одновременным наличием большого количества мелких разрастаний в верхней части конъюнктивы века, и Böhm'a⁸), где на правом глазу новообразование локализовалось на конъюнктиве и роговице, а на левом на всей поверхности глаза были расположены мелкие папилломы.

В большинстве описанных случаев папиллома начиналась на конъюнктиве лимба и уже впоследствии переходила на роговицу, причем иногда первичную локализацию заболевания проследить не удавалось, но все же можно было установить связь его с конъюнктивной лимба.

Совершенно обособленными являются случаи Lagrange'a, Dean'a, Moissonier'a⁹ и Юдина, где папиллома развивалась только на роговице и была отделена от лимба прозрачным участком последней. Связь с конъюнктивной выражалась только васкуляризацией новообразования сосудами, идущими с лимба. Эти случаи дали возможность описавшим их авторам предположить о существовании т. н. первичных папиллом, т. е. исходящих только из роговицы, в отличие от вторичных, исходящих из конъюнктивы лимба. Rascheff, предполагая, что в описанных случаях первичных папиллом вместе с сосудами доставлялась и соединительная ткань, входящая в основу сосочков, считает их, как и все остальные папилломы, вторичными, т. е. исходящими из лимба, но в силу механических или гистологических причин развившихся на роговице. Lagrange, относя свой случай к первичным папилломам, допускает развитие сосудов и соединительной ткани сосочков из конъюнктивы, а не

из ткани роговицы, считая это явление вторичным, аналогично *rapinus crassus*, составляющим все же болезнь роговицы. Юдин, основываясь на случае Lagrange'a, где при микроскопическом исследовании было найдено не только разрушение Боуэновской оболочки, но и поверхностных слоев собственной ткани роговицы, не исключает возможности участия *membranae propriae* роговицы в развитии соединительно-тканной основы сосочков, а в силу этого и существования первичных папиллом. По его мнению и с генетической точки зрения подобный переход элементов роговой оболочки в соединительную ткань является возможным.

Таким образом в настоящее время нет достаточных данных отрицать существование т. н. первичных папиллом.

Среди отдельных форм эпителиальных новообразований роговой оболочки и лимба, весьма разнообразных по своему анатомическому и гистологическому строению, папилломы, в которых коррелятивные соотношения между папиллярной стромой и паренхимой являются не нарушенными и рост эпителия по преимуществу экстринсивный по поверхности и ввысь, принято считать доброкачественными опухолями, в отличие от злокачественных, характеризующихся деструктивным ростом в глубину и разрушением ткани. Такое деление имеет громадное практическое значение, но с точки зрения злокачественности не всегда является выполнимым по той причине, что эпителиальные опухоли роговицы отличаются весьма сложным соотношением свойств, касающихся роста, развития рецидивов и образования метастазов. Это обстоятельство затрудняет определение степени злокачественности их, а следовательно и дифференциальную диагностику между отдельными их формами.

Точно также и в существующих классификациях эпителиальных новообразований роговицы в основу положен принцип злокачественности. Lagrange разделяет эпителиальные новообразования роговицы на три группы: 1) эпителиомы, представляющие начальные стадии опухолевидного разрастания эпителия роговицы, 2) папилломы и 3) эпителиомы. Neillbun предлагает классифицировать их на: 1) доброкачественные опухолевидные, рецидивирующие эпителиальные гиперплазии, 2) эпителиальные гиперплазии с уплотнением соединительно-тканной основы, образующей места сосочки (переходная форма к папилломам), 3) папилломы и 4) карциномы. Общепринятой классификации для эпителиальных лимбокорнеальных новообразований до сего времени не имеется¹⁾.

¹⁾ *Примечание.* После сделанного мною доклада в Р. О. Ж., № 2 за 1927 год напечатана статья профессора А. И. Полева¹⁾. „К патологии эпителиальных опухолей роговицы и лимба“, где автор на основании патолого-анатомических исследований и клинических наблюдений 18 случаев различных эпителиальных опухолей лимба и роговицы, излагая гипотезу генетической связи указанных опухолей между собой, предлагает классификацию их по гистогенетическому принципу, а именно: 1) *Epithelioma initiale* (средняя форма), 2) *Epithelioma papillomatos* (папилломы), 3) *Epithelioma carcinomatos* (карцинома), причем слово „*Epithelioma*“ он употребляет исключительно в генетическом смысле. По его мнению все эпителиальные, лимбокорнеальные новообразования в начальной своей стадии представляют простую эпителиальную гиперплазию, но с некоторыми морфологическими отклонениями, сохраняющимися и в дальнейшем развитии опухоли (*Epithel. initiale*). В дальнейшем из этой общей формы при помощи новообразования соединительной ткани развивается фиброэпителиома (*Ep. papillom.*) или же в случае сильного атипического разрастания эпителия—карцинома (*Ep. carcinom.*). Таким образом, *Epith. initiale* может переходить в папиллому или карциному. В свою очередь папиллома тоже может перейти в злокачественную карциному.

Этиология заболевания до сих пор остается невыясненной. Полагают, что травматические повреждения роговицы и в особенности хроническое воспаление ее и конъюнктивы могут служить predisposing моментами к развитию папиллом, причем сосуды лимба, васкуляризирующие роговицу, могут доставлять материал для образования сосочков папилломы, а разрастание эпителия может быть следствием воспалительного процесса. Полеву, в собранной им статистике из 23 случаев папиллом роговицы, удалось установить следующие этиологические моменты: в 4 случаях—*rannus*, в 1—*keratitis superf.*; в 1—ожога; в 1—травма роговицы; в 1—*ectropium* после операции на щеке; в 1—трахома и в 1—наличие грануляций; а в остальных 13 случаях анамнестические указания отсутствовали или были неопределенны. В нашем случае predisposing моментом является, повидимому, только хронический конъюнктивит. Прогноз часто бывает неблагоприятный в виду склонности папиллом рецидивировать. Терапия сводится к тщательному удалению опухоли хирургическим путем с последующим применением лучистой энергии. В случаях часто рецидивирующих папиллом, угрожающих потерей зрения, может явиться неизбежной энуклеация глаза.

Литература: 1. Lauber. Beitrag zur Erkenntnis der Entstehung der Hornhautpapillome. Zeitschrift. f. A., 1906. — 2) Lagrange. Traité des tumeurs de l'œil. Paris, 1901 и arch. d'ophtalmol. 1899. — 3) Pascheff. La Clinique Ophthalmologique, 1904. — 4) К. Юдин. В. О. 1909 год. 5) Полев Л. Ueber die Papillome der Hornhaut. Würzburg, 1911 г. — 6) М. Н. Благовещенский В. О., 1914 г. 7) Birch-Hirschfeld. Zeitschr. f. A., 1915. — 8) Böhm. Zeitschr. f. A., 1921 г. — 9) Moissonier. Klin. Mon. f. A., 1908. — 10) Heilbrun. Arch. f. Ophthalm. 1910. — 11) Полев Л. Русск. Офт. журн., 1927 г., № 2.

Из Детской клиники Саратовского гос. университета (Директор—
проф. И. Н. Быстрин).

Картина крови по методу Sondern'a при пневмониях у детей.

Ординатор С. А. Кушнер.

Работ по изучению морфологии крови в настоящее время имеется много как в русской, так и иностранной литературе, причем главное внимание уделено состоянию белой крови, наиболее ярко реагирующей на все изменения, происходящие в больном организме.

В 1905 году американский хирург Sondern в своих работах указал, что для более ясного представления взаимоотношений между инфекцией и организмом необходимо производить не только исчисление общего количества лейкоцитов, но и исчисление процентного содержания нейтрофилов. „Увеличение числа полинуклеаров—есть показатель степени всасывания токсина, а высота лейкоцитоза есть указатель сопротивления организма этому всасыванию“,—говорят Sondern. Таким образом, чтобы составить себе ясное представление о болезни по Sondern'у, нужно сравнить кривые лейкоцитоза и нейтрофилеза. Отношение между общим числом лейкоцитоза и % числом нейтрофилеза дает точную картину состояния больного (тяжесть инфекции с одной стороны и сила сопротивляемости организма с другой). Sondern дает следующие положения:

1. Незначительное увеличение нейтрофилов указывает на легкую инфекцию, значительное увеличение—на тяжелую инфекцию.

2. Незначительный нейтрофилез и незначительный лейкоцитоз указывает на легкую инфекцию и достаточно хорошую сопротивляемость.

3. Незначительный нейтрофилез и высокий лейкоцитоз—легкую инфекцию с ясно выраженной сопротивляемостью.

4. Выраженный нейтрофилез и резко выраженный лейкоцитоз—тяжелую инфекцию и хорошую сопротивляемость.

5. Выраженный нейтрофилез и незначительный лейкоцитоз—тяжелую инфекцию и плохую сопротивляемость.

6. Выраженный нейтрофилез и отсутствие лейкоцитоза—тяжелую инфекцию и отсутствие сопротивляемости.

7. Нарастающий нейтрофилез и убывающий лейкоцитоз—нарастающую тяжесть инфекции и уменьшающуюся сопротивляемость.

8. Убывающий нейтрофилез и убывающий лейкоцитоз—улучшение.

Работы *Sondern'a* и его последователей касаются, главным образом, изменения крови взрослых. Сравнительно меньше разработан этот вопрос в детском возрасте, что и побудило нас приступить к настоящей работе, учитывая, конечно, различный возрастной нормальный состав крови. Материалом для настоящей работы послужили данные стационарного отделения Детской клиники, полученные мной при исследовании крови по методу *Sondern'a* у детей с различного рода пневмониями.

Всего обследовано 53 ребенка, причем по возрасту они распределялись следующим образом: 0—12 месяцев—21 ребенок, от 1 г.—5 л.—28; старше 5-ти лет—4. Сделано около 200 исследований крови. Кровь исследовалась, как правило, при поступлении больного в клинику и несколько раз в течение болезни, причем показателем для исследования крови служило изменение общего состояния больного в сторону улучшения или ухудшения, главным образом колебания температурной кривой. Все суждения о взаимодействии сил организма и инфекции определялись на основании положений линии нейтрофилов и лейкоцитов на скале и их взаимоотношений. Что касается возрастных различий состава крови, то за норму взяты данные *Гундобина*.

Весь обследованный материал разбит на три группы: 1. Случаи легкие—без осложнений—28 детей, 2) случаи с осложнениями затяжного характера—20 детей и 3) случаи с летальным исходом—5.

Рассмотрим первую группу: случай с девочкой 6 мес., Ниной С., поступившей под наше наблюдение 14/1 на 8-й день заболевания. Крепкий, упитанный ребенок со здоровой наследственностью. В легких явления левосторонней бронхо-пневмонии: состояние довольно тяжелое. Кровь—52% нейтрофилов и 14000 лейкоцитов. На таблице ¹⁾ мы видим довольно значительное расхождение линий, причем кривая нейтрофилеза выше лейкоцитоза; по *Sondern'u* имеем сравнительно тяжелую инфекцию и плохую сопротивляемость, на 5-й день пребывания в клинике параллельно с разрешением пневмонических фокусов и улучшением общего состояния—происходит перекрест линий в сторону лейкоцитоза, как бы перелом к улучшению и в позднейшем вплоть до полного выздо-

¹⁾ По техническим причинам таблицы опущены. *Ред.*

рования больного—кривая лейкоцитоза лежит выше кривой нейтрофилеза—организм сравнительно легко победил инфекцию.

Второй случай из этой группы—ребенок Боря Л., 8½ мес., поступил 10/IV с явлениями двухсторонней бронхо-пневмонии. Дистрофичный, вялый ребенок; в анамнезе имеются указания на частые гриппозные заболевания и склонность к диспепсиям. Клинически—обильные крепитирующие хрипы в обоих легких; высокая T^0 , одышка. Кровь: лейкоцитов 12.400 нейтрофилов—48%. Рассуждая по *Sondern'y*, имеем слабую инфекцию и недостаточную сопротивляемость организма этой инфекции,—кривая нейтрофилеза лежит выше кривой лейкоцитоза. В дальнейшем, по мере улучшения общего состояния, падения T^0 —происходит нарастающее лейкоцитоз до 16.000 и незначительное падение нейтрофилов до 42%. Картина крови вполне совпадает с клиническими данными. Начальному, более тяжелому периоду соответствует более высокое положение нейтрофилов на шкале; в дальнейшем кривые сближаются—нарастает сопротивляемость организма, слабеет инфекция. Но все же, несмотря на хорошее состояние ребенка, малую интоксикацию, кривая нейтрофилеза стоит выше кривой лейкоцитоза.

Сравнение этих двух случаев ярко показывает, какое огромное значение имеет состояние питания ребенка на течение одной и той же инфекции. Здоровый, крепкий организм сравнительно легко справился с инфекцией и линии на шкале быстро приняли нормальное соотношение, тогда как сопротивляемость атрофичного, к тому же ослабленного постоянными инфекциями ребенка резко понижена и даже при начавшемся выздоровлении мы еще видим довольно значительное расхождение линий на шкале.

Обращает еще на себя внимание случай с мальчиком Валей Б., 2-х лет, поступившем в Клинику 7/IV в тяжелом состоянии, T^0 —40°, резкая одышка, цианоз; в легких справа между лопаткой и позвоночником на уровне четвертого грудного позвонка—резкая бронхофония; под углом лопатки—бронхиальное дыхание. Исследование крови: лейкоцитов 10.608, нейтрофилов—68%. Кривая нейтрофилеза значительно выше на шкале кривой лейкоцитоза—по *Sondern'y*, следовательно, имеем тяжелую инфекцию и слабую сопротивляемость организма этой инфекции. 10/IV: дыхание стало несколько легче; появились крепитирующие хрипы по *axillar'nym* линиям;—общее состояние попрежнему тяжелое. Кровь—нарастание лейкоцитов до 16.792, падение нейтрофилов до 56%. Инфекция в организме еще сильна, но резко выступают защитные силы организма, видна борьба его и сопротивляемость этой тяжелой инфекции. 14/IV: процентное содержание нейтрофилов вновь возрастает до 62%—сила инфекции не слабеет; количество лейкоцитов несколько увеличивается—23.188—сопротивляемость возрастает, кривые сближаются.

16/IV: клинически—обильные крепитирующие хрипы, вялость, сонливость, падение T^0 ; со стороны крови нарастание лейкоцитоза, резкое падение нейтрофилеза до 46%, линии дали перекрест, причем линия лейкоцитов над линией нейтрофилов,—по *Sondern'y* победа организма над инфекцией; в дальнейшем—по мере улучшения общего состояния и нарастания сил организма—кривая лейкоцитоза оставалась выше кривой нейтрофилеза.

Вторая, довольно многочисленная группа пневмоний затяжного характера, дает резко выраженный нейтрофилез и лейкоцитоз—тяжелую

инфекцию и хорошую сопротивляемость. Колебания улучшений или ухудшений общего состояния отражаются тотчас же на кривых крови, но в общем следует отметить малую склонность кривых к падению, что указывает на затяжный характер болезни.

Для иллюстрации приведем случай с девочкой 7-ми месяцев, поступившей под наше наблюдение 1/III 26 г. Пастозный, рыхлый ребенок. Пульс аритмичный, едва уловимый. Тоны сердца глухи. Общее состояние тяжелое,—ребенок все время стонет. В легких—обильные крепитирующие хрипы, бронхиальное дыхание.

Кровь: лейкоцитов 12.180, нейтрофилов 84%—огромное расхождение линий на шкале; тяжелая инфекция, плохая сопротивляемость. В дальнейшем—под влиянием протеинотерапии—улучшение общего состояния ребенка,—некоторая тенденция линий к сближению; на таблице—падение нейтрофилов до 66% и значительное повышение лейкоцитов до 18.000; с появлением нового фокуса в легких—вновь усиливающееся расхождение линий—нарастает инфекция—80% нейтрофилов, но растет и сопротивляемость—19.000 лейкоцитов; в дальнейшем, несмотря на улучшение общего состояния ребенка, кривая нейтрофилеза оставалась все время выше кривой лейкоцитоза—отсюда силы инфекции падают, но силы организма восстанавливаются очень медленно.

Не менее характерен случай пневмонии, осложнившийся гнойным отитом. В разгаре болезни—сравнительно высокий нейтрофилез—56% и незначительный лейкоцитоз—11.408; через сутки после введения грудного молока количество лейкоцитов увеличилось до 16.000, кривая нейтрофилов упала до 47%, клинически—сознание прояснилось, ребенок стал кушать.

15/IV—Т° поднялась до 38,4°—явления в легких незначительны, общее самочувствие удовлетворительное, но присоединяется гнойный отит, и кровь тотчас же реагирует увеличением количества нейтрофилов до 60% при почти прежнем числе лейкоцитов; ослабевший организм, обремененный новым заболеванием, повидимому, плохо с ним справляется,—течение становится вялым, затяжным, давая колебания в сторону улучшения или ухудшения, причем клинические данные вполне совпадают с данными крови.

Во всех остальных случаях этой группы кривая нейтрофилеза оставалась выше кривой лейкоцитоза при высоком положении линий на шкале.

При высокой Т°, тяжелом общем состоянии—отмечается повышение как лейкоцитоза, так и нейтрофилеза, причем чем выше нейтрофилез, хотя бы и при высоком лейкоцитозе, тем опасней состояние ребенка.

Совершенно особо в этой группе стоит случай с мальчиком Ризой Х.—11 мес., где клинические данные не вполне соответствовали картине крови. Вначале картина крови вполне аналогична предыдущему случаю, т. е. улучшению состояния соответствует повышение лейкоцитов и снижение нейтрофилов. В дальнейшем общее состояние ребенка улучшается, сознание проясняется, явления в легких стихают, между тем как картина крови принимает угрожающий характер—90% нейтрофилов при 11.000 лейкоцитов.

Клинические данные говорят за улучшение,—кровь за плохой прогноз. Прогноз по картине крови оказался правильным—больной вскоре умер. Тяжелую картину крови приходится объяснить наличием мельчайших фокусов в легких, которые клинически не определялись.

Обращает на себя внимание еще группа пневмоний специфического туберкулезного характера. Все наблюдаемые нами случаи туберкулезных

пневмоний имели вялое, затяжное течение, причем со стороны крови, как правило, мы имеем в начальной стадии невысокий лейкоцитоз и увеличенный лимфоцитоз, кривая нейтрофилов близка к норме. При обострениях — на кривых выявляются колебания линий лейкоцитоза и нейтрофилеза; общий лейкоцитоз повышается, лимфоцитоз — тоже, кривая нейтрофилеза также идет выше, но даже в тяжелых случаях редко превышает лейкоцитоз и быстро спадает соответственно улучшению местного процесса и общего состояния, и только в случаях летального исхода — кривая нейтрофилов лежит высоко на шкале; таким образом нейтрофилез, повидимому, и здесь характеризует токсичность туберкулеза и активность процесса.

Основываясь на нашем материале, приходим к заключению, что метод Sonder'n'a применим при пневмониях специфического характера только частично, большее значение в прогностическом отношении приходится придавать здесь высоте лимфоцитоза, что находит себе подтверждение и в литературных данных, где имеются определенные указания на то, что лимфатическая функция детского организма тесно связана с реактивной способностью его по отношению к туберкулезной инфекции.

Таким образом, на основании нашего, правда, очень небольшого материала, лишний раз приходим к заключению, что метод Sonder'n'a является ценным дополнением к клиническому исследованию. С помощью метода Sonder'n'a можно ясно представить состояние больного в каждый взятый момент заболевания, силу его сопротивляемости и силу инфекции. Метод ценен также и в отношении прогноза.

Из Детской клиники Гос. института для усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина в Казани. (Зав. — профессор Е. М. Лепский).

Экспериментальное испытание противорахитического действия Jecorol'a.

Д-ров С. А. Егеревой и Э. Е. Михлиной.

(С 1 рис.).

До открытия Гульдшинским значения ультрафиолетовых лучей в защите и лечении организма от рахита, наиболее надежным средством при последнем давно считался рыбий жир.

Благодаря блестящим открытиям последних лет (обнаружение Mc. Collum'ом антирахитического витастерина в животных жирах, получение Windaus'ом, Hess'ом, Rosenheim'ом и Webster'ом противорахитического фактора из эргостерина) терапия рахита стала более успешной, но тресковый жир не потерял своего значения. Недостача его на рынке заставляет, однако, интересоваться и препаратами, его заменяющими.

Татмедторгом выпущен в продажу препарат „Jecorol“, рекомендуемый для замены рыбьего жира.

Согласно надписи он „содержит в себе составные части рыбьего жира, не обладает противным вкусом, не обнаруживает побочных явлений (наблюдаемых при употреблении рыбьего жира), прекрасно сохраняется при любой температуре и поэтому охотно принимается как взрослыми, так и детьми“.

Об экспериментальном испытании противорахитического действия Jecorol'a в литературе нам не удалось найти указаний, и мы, по предло-

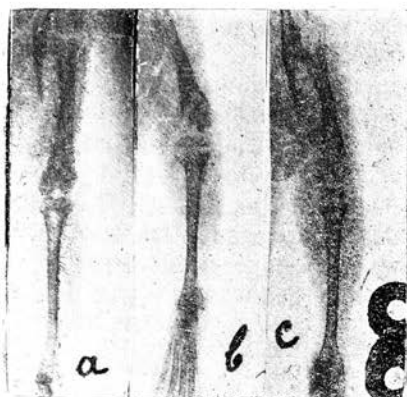
женню проф. Е. М. Лепского, занялись испытанием противорахитического действия его.

Так как действие Jescorol'a приравняется к рыбьему жиру, то мы исследовали и рыбий жир, представленный нам Татмедторгом.

Jescorol сиропообразная жидкость, сладковатого вкуса, бледно-желтого цвета.

Нами исследовалось как профилактическое, так и лечебное действие Jescorol'a и рыбьего жира. Опыты производились на молодых белых крысах в возрасте 3—4 недель, весом в среднем 40 грамм.

Все крысы рассаживались в клетки, защищенные от света, и получали рахитогенную пищу Schermann и Parrenheimer'a № 84 и дистиллированную воду для питья.



a—ol. jec. aselli 0,2 pro die, b—Jescorol 0,2 pro die, c—контроль.

При этом в опытах, имеющих целью профилактическое действие Jescorol'a и рыбьего жира, крысы с первого дня опыта получали в добавление к указанному корму: I группа—Jescorol'a по 0,2 pro die, другие—рыбий жир в различных разведениях с растительным маслом, так что чистого рыбьего жира животные получали 0,2—0,04—0,01; кроме того, были оставлены контроли, которые кроме пищи № 84 ничего не получали.

Каждая серия опытов длилась 3—4 недели. В конце опыта делались рентгеновские снимки с коленного сустава¹⁾, крысы вскрывались, производилось исследование неорганического фосфора в сыворотке крови по микрометоду проф. Е. М. Лепского и д-ра Вrehme²⁾ и готовились гистологические препараты; на основании данных, получавшихся при этих исследованиях, мы делали свои заключения о результатах наших экспериментов.

Еще при жизни животного можно обнаружить рахит при помощи рентгеновских снимков. У крыс, не имеющих рахита, эпифиз отделен от диафиза узкой полоской хряща, при рахите имеется широкая полоса хряща между эпифизом и диафизом.

Как видно на наших снимках, у крыс, получавших рыбий жир, полоса хряща очень узка, у крыс же, получавших Jescorol, как и у контрольных, имеется широкая полоса хряща между эпифизом и диафизом, т. е. при рыбьем жире рахита нет, у контролей же и крыс, получавших Jescorol, сильный рахит.

Исследование фосфора крови и гистологические препараты также подтверждали наличие рахита у крыс, получавших Jescorol, и отсутствие его при рыбьем жире (при всех указанных дозах).

¹⁾ Снимки производились рентгеновским кабинетом Гос. института, за что зав. Кабинетом доц. Р. Я. Гасулю и докторам М. И. Гольдштейну и Ц. В. Хаскиной (делавшим снимки) приносим свою глубокую благодарность.

²⁾ Клиническая медицина, 1928 г., № 13.

Для испытания лечебного действия Jescorol'a и рыбьего жира, крысы в течение 3-х недель находились на рахитогенной пище № 84, и после получения у них рахита, что устанавливалось рентгенологически, они в течение 8 дней подвергались лечению — I группа Jescorol'ем, другие группы рыбьим жиром, после чего крысы вскрывались.

При выздоровлении от рахита начинается отложение извести в золе provizorного обызвествления (Schmorl, Pommer). Mc. Collum предложил так называемую „линейную пробу“, посредством которой можно обнаружить отложение извести в хряще; состоит она в том, что расколотая по длине tibia помещается в 1% раствор AgNO_3 на 10 минут, при этом там, где имеется отложение фосфорно-кислого кальция, образуется фосфорно-кислое серебро, при последующем освещении кости дуговым фонарем в течение 5 мин. на месте отложения извести происходит восстановление металлического серебра — получается черная полоса; при отрицательной пробе — черная полоса отсутствует ¹⁾.

В наших опытах у крыс, леченных рыбьим жиром, проба Mc. Collum'a оказалась положительной, у крыс же, леченных Jescorol'ем, и у контролей мы получили отрицательную пробу Mc. Collum'a, т. е. Jescorol отложения извести не вызывает.

Как показал Behrendt, терапевтически действующей составной частью рыбьего жира является неомыляющаяся фракция его. Действие его обуславливается наличием в нем активного эргостерина, а жир, как таковой, целебным эффектом при рахите не обладает.

На ряде опытов мы установили, что рыбий жир является верно действующим средством и при экспериментальном рахите крыс, причем достаточно дозы в 0,01 pro die (в течение 3-х недель), чтобы предохранить, и дозы в 0,04 pro die в течение 8 дней, чтобы получить заметное излечение процесса.

Jescorol же не оказывает ни профилактического, ни лечебного действия при экспериментальном рахите. Он не содержит противорахитического фактора и не может быть рекомендован для лечения рахита.

Литература: 1) Pfaundler. Münch. med. Woch., 1927, №№ 16—17.—
2) Windaus u. Hess. Nach. d. Gesselsch. d. Wissensch. Göttingen Math. Phys. Kl., 1926, H. 2.

Из Психиатрической клиники Казанского гос. ун-та (Директор проф. Т. И. Юдин).

Об острых вспышках pseudologiae phantasticae ²⁾.

Ординатора Н. М. Тамбовцева.

За последнее время мы наблюдали в Психиатрической клинике Казанского университета следующий интересный случай.

16-го марта 1929 г. на амбулаторный прием в Психиатрическую клинику обратился гр-н К-ов, 22 лет, делопроизводитель Правления кооператива с просьбой освидетельствовать состояние его здоровья и сообщить результаты в Правление. В своих жа-

¹⁾ Подробности см. Экспериментальные исследования о рахите проф. Е. М. Лепского, д-ра С. А. Егерева и д-ра Э. Е. Михлиной. Журнал Экспериментальной медицины и биологии, 1928 г., кн. № 27.

²⁾ Доложено в заседании Казанского о-ва невропатологов и психиатров 30/III 29 г.

лобах гр-н К-ов заявляет, что его „беспокоят нецелесообразные поступки, во время которых он не отдает себе отчета“, что за последнее время отмечает головные боли, сильную нервность, раздражительность и бессонницу.

А н а м н е з: Родился 27/XII 1906 г. в семье рабочего-кровельщика первым по счету ребенком. В детстве рос болезненным, страдал рахитом. Помнит себя лет с 6, когда изучал буквы по азбуке с картинками. Учиться начал лет с 7. В начальной школе учился хорошо, окончил 11-ти лет с похвальным листом. Затем поступил в высшее начальное училище, с реорганизацией его в Советскую школу кончил 1-ю ступень и, проучившись 2 года во II-ой ступени, по семейным обстоятельствам был вынужден поступить в школу Фабзавуча при Полиграфической промышленности, по окончании которой в 1926 г., был выпущен наборщиком 6-го разряда и командирован в типографию „Пролетарское Слово“, где и проработал до мая 1927 г. В мае 1927 г. по вызову одного знакомого выехал в г. Воронеж, где работал в органах Г. П. У. несколько месяцев. Ввиду семейных неприятностей вынужден был снова приехать в Казань, так как жена с ребенком были в Казани. С 4/XII 27 г. по февраль 1928 г. был на допризывной подготовке. В феврале 1928 г. был командирован в качестве Зав. красным уголком, где проработал до июля 1928 г.; затем работал кассиром в коопер. магазине. 1/II 1929 г. переведен в организационный отдел техническим работником, где и работает до сих пор.

Еще в школе больной очень интересовался литературой, участвовал в литературном кружке, позднее в драматическом и спортивном. Из всех предметов больше всего нравилась и нравится литература; любит читать. Больше всех любит Пушкина и Гоголя. Любит до сих пор сказки. Признается, что в 1926 г., прежде чем подарить младшему брату „Сказки Гримма“, сам их долго и с удовольствием читал. Говорит, что до сих пор „Войну и Мир“ и „Анну Каренину“ не может понять: „вот все признают их за образцы, а меня эти вещи не захватывают, как например, другие вещи... Не понимаю я их“. Произведения Достоевского, хотя и несколько раз принимался читать, одолеть не смог: „не принимает душа“. В полиграфическую школу (Фабзавуч) поступил потому, что надо было помогать семье, так как умер отец, „выбирать не было времени, я поступил на первое, что мне попало“. В работу быстро втянулся. Увлекался „акцидентным набором“ (выбор шрифта для заголовка книги, обложка книги); говорит, что в этот отдел можно вложить творчество, что в этом „сказывается вкус“. По этой специальности больше не работает, так как был назначен работать в кооперацию. Говорит, что у него есть стремление уехать из Казани, так как „найти работу, которая бы мне нравилась и хотелось, в условиях Татареспублики нельзя“.

В гор. Воронеж уехал потому, что хотелось новой работы. На предложение работать в органах ГПУ с радостью согласился, так как „было интересно, работа нравилась, как новая работа, открывался совсем новый горизонт—работать можно по убеждению“... „А там, где власть чернил и штампа, там работать трудно“, заканчивает свою речь больной. В комсомоле состоит с 1923 г., а с 1926 г. членом партии. С партийной и служебной работой справлялся всегда удовлетворительно. Был всегда здоровым, и кроме испанки в 1922 г. и катара верхушек легких—«как следствие работы в типографии»—ничем не болел. Отмечал головные боли случайного типа, которые больного мало беспокоили.

За последние два месяца, ввиду спешной раздачи хлебных карточек приходилось работать по 12—14 часов в сутки, работать спешно; вследствие утомительной работы головные боли стали сильнее; к вечеру уже не мог заниматься из-за сильной головной боли; стал сильнее и быстрее утомляться. Говорит, что иногда приходилось вставать рано, часов в 5—6, для того, чтобы сделать нужную работу, так как вечером не мог заниматься совершенно. Содействовали утомлению и усилению головных болей также и служебные неприятности: он получил строгий выговор за то, что не информировал о скрытом пьянстве между его сослуживцами.

Больной характеризует себя как человека исполнительного, любящего порядок. Любит справедливость и горячо вступает за восстановление правды. Вспыльчивый. Если вспылит, то минут через 10—15 отходит, и сам первый делает первый шаг к примирению. Летом частенько уходит на рыбалку, где чувствует себя хорошо в одиночестве. Участвовал в литературных кружках, где выступал со своими произведениями. Написанное им драматическое произведение „Перед восходом солнца“ ставилось на школьном празднике; сам играл одного из главных участвующих лиц этой пьесы. Писал и рассказы, и стихи (в клинике имеются образцы

произведений 6-ого, довольно удовлетворительные по форме, отражающие мечты 6-ого).

В отношении своего заболевания рассказал следующее: 14-го марта встал в 8 часов утра; попив чаю, пошел на службу, где выдавал справки и заборные книжки. Часам к 11-ти утомился настолько, что одного надоедливов посетителя, которому он много раз давал объяснения, при повторном обращении послал „к чорту“ в довольно резкой и грубой форме, что вообще ему несвойственно. Это его разволновало самого; после этого инцидента выдал еще 2 книжки, получил 20 коп., о чем очень хорошо помнит, пошел в Правление (через улицу) и попросил у журналистки дать ему 2 бланка для приема телефонограмм. Потом вышел в Организационный отдел и там написал телефонограмму „я ее сейчас помню... Там, где написано от кого, я написал от Контрольной Комиссии Областкама, кому, — К-ву, — поставил свою фамилию. 18-го, не то 18-го, не то 19-го марта, в Контрольной Комиссии города Воронежа будет разбираться ваше дело. Подписал Ляпидус, передал не помню кто, принял — подписал свою фамилию“.

Заранее о том, чтобы послать такую телефонограмму вовсе не думал; вышло как-то само собой. Никакого плана уехать куда-либо обманным путем не было, да и незачем ему было ехать.

После того как написал, счел полученную телефонограмму вполне реальной: „помню, читал, удивлялся и думал, по какому же это делу меня вызывают и что же я отвечать буду“, а потом, минут через 20—30, пошел к секретарю партячейки, он же был зав. столом личного состава, и показал ему телефонограмму; он дал согласие на вынужденный отъезд в счет декретного отпуска. Хотя и сам написал телефонограмму и знал это, однако в то же время считал ее появление реальным, и, придя домой, велел жене собирать вещи в чемодан „так как завтра уезжаю“. Потом дома переписывал и дополнял тезисы для отчетного доклада на комсомольском собрании. В 6½ часов был на собрании, выступал с основным докладом, читал доклад минут 50, участвовал в прениях и в заключительном слове давал резкий, против обыкновения, ответ на „неверные выступления товарищей“. Пришел домой в 11-м часу, чувствовал себя утомленным, лег не раздеваясь отдохнуть перед ужином, но уснул на всю ночь.

Утром 15-го марта 1929 г., на другой день, проснувшись, стал вспоминать ход собрания; „я получил известное удовлетворение, так как мою работу признали удовлетворительной; потом вдруг, словно стрелой кольнула телефонограмма... я соскочил раздетый с кровати каким-то дрожащим, бросило сразу в жар, сунулся в карманы пальто и, прочитав телефонограмму, почувствовал себя обессиленным... На глазах появились слезы, опустил голову и воскликнул „ах, что я наделал, что я наделал“. Хорошо теперь понимал, что вышел какой-то бесцельный и ненужный обман. Зачем и почему это сделал, не понимал. Потом поспешно оделся, времени было 10-й час; пошел в правление. Предварительно дома написал заявление в котором просил вчерашнюю телефонограмму считать недействительной, а „следствием нервного и слишком утомленного состояния“. Товарищи выразили сочувствие и советовали ему обратиться в Психиатрическую клинику, что больной и сделал в тот же день, но на прием опоздал. В этот день, 15/III 29 г., от работы был освобожден. Слегка болела голова. 20/III был положен в клинику. С 16 по 20/III не работал, был дома, слегка побаливала голова, вечерами ходил в кино, катался на лыжах по озеру.

Слова в телефонограмме „имеется дело“ ставит в связь с неприятностью, кончившейся в январе 1929 г. выговором.

Status при поступлении в клинику: по телосложению больной — средний. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно. Правое плечо на 2 сант. ниже левого. Несколько выдающиеся рахитические лобные бугры. Череп высокий, слегка башнеобразный. Линия волос на лобке нерезко мужская. Парезов и параличей нет. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не имеется. Зрачки равномерны, прямая, содружественная и на конвергенцию реакции — удовлетворит. Сухожильные рефлексы в пределах нормы. Патологических рефлексов (Babinski, Oppenheim, Rossolimo, Мендель-Бехтерев и др.) нет. Со стороны вегетативной нервной системы: выраженный красный, белый и несколько слабее рефлекторный дермографизмы. A s c h n e r—12; эпигастрический—6; ортостатический+18; E g e r+6 (инвертиров. тип); клоностатический—6; кроме того отмечает потливость, больше на подошвенных и ладонных поверхностях. Глазное дно: имеются незначительные мнотического характера изменения. Сифилис отрицает; R. W. с кровью отрицательная. Гипервентиляция, длившаяся 33 м., дала отрицательный результат.

Со стороны психики—восприятие достаточное, внимание слегка ослаблено, память удовлетворительная, комбин. способности—хорошие, осмысление удовлетв. Критика—удовл. Решает задачи быстро.

При исследовании по Rorschach'y получается: T—20%, Obj—55%, M—8%, Md—11%, Anat—5%, F—90%, F-Fb—5%, B—5%, Fb—0%, Orig(F+)—46%. Обращает на себя внимание малый % указаний на фигуры зверей и большое количество оригинальных ответов, что по Rorschach'y указывает на повышенную одаренность фантазии. Ответы относ. формы, движений, переход от целого к частям (Succession)—соответствуют норме. Полное отсутствие ответов, принимающих во внимание цвет пятна—свидетельствует о некотором эмоциональном заторможении. Равное почти число M и Md характерно по Rorschach'y для людей полунинтеллигентных. Таким образом исследование по Rorschach'y дало характеристику больного, вполне соответствующую и клиническим данным.

За 10-дневное пребывание в клинике б-ой вел себя спокойно, никаких припадков не наблюдалось. Ориентирован, поведение правильное, доступен, познакомился со всеми больными, общителен. Принимает участие с другими больными в игре в карты, шашки, читает газеты, журналы; первые дни жаловался на легкую головную боль, беспокоился о состоянии своего здоровья, осведомился у врачей о своей болезни и высказывал желание „излечиться“. Прекрасно сознавал и подчеркивал, что телефонограмму написал сам, собственноручно, как-то вдруг; что заранее выработанного плана уехать из Казани обманным путем у него не было; что написанную телефонограмму рассматривал, как реальность; что поверил в нее и прекрасно помнит, что, написав, думал о том, зачем же его вызывают, какие же там есть дела и что-то он там будет говорить. Сознает, что надобности уезжать из Казани не было, что произошло что-то для него непонятное.

Выписался 30 марта 29 г. с заключением клиники: „Гр-н К-ов находился с 20/III по 30/III 29 г. в Психиатрической клинике по поводу острой бредовой вспышки (Pseudologia phantastica), развившейся на почве переутомления. В настоящее время состояние улучшилось, специального лечения не требуется. Для окончательного восстановления здоровья необходим отдых на срок не менее 1-го месяца, лучше в деревенской обстановке“.

Несомненно здесь мы имели дело со случаем острой вспышки Pseudologiae phantasticae.

Еще со времен Delbrück'a, который в 1891 г. описал особый патологический синдром, названный им pseudologia phantastica, мы знаем, что пациенты при этом синдроме живут в мире вымысла, что свои фантазирования они переживают очень ярко, теряя чувство реальности.

Подобно тому, как мы имеем генинную шизофрению, генинную эпилепсию, которые заканчиваются стойким изменением личности, так и описанная Delbrück'ом картина болезни, когда больной всю жизнь является лгуном, фантастом, всегда склонен к небылицам, всегда живет в мире своих фантазий—является, так сказать, генинной формой pseudologiae phantasticae. Но кроме генинной шизофрении и эпилепсии мы имеем огромное число случаев, когда пациент проделывает шизофреническую, кататоническую вспышку в ответ на сильное переживание, или после травмы дает эпилептиформные припадки. Эти реактивные проявления, эти реактивные вспышки на инфекцию, на травму, на переживания бывают разными по своей длительности, по своей остроте. У одних сравнительно незначительные экзогенные факторы вызывают довольно серьезные и продолжительные вспышки; у лиц с генинной болезнью эти экзогенные факторы настолько малы, что болезнь вспыхивает при ничтожном их участии. С другой стороны, более сильные экзогенные факторы дают более легкие и кратковременные вспышки, которые проходят бесследно. Зависит это от того, насколько велика предрасположенность больного: если у больного имеется полный набор шизофренных ген, болезнь вспыхивает при минимальном участии со стороны экзоген-

ного фактора. В таких случаях практически экзогенный фактор равняется „0“. Наоборот, в случае, где имеется неполный набор ген (напр. Ххуу-шизид), больной заболевает не так скоро, не так легко: экзогенный фактор должен быть достаточно сильным, чтобы человек заболел, и вспышка его кончается нередко выздоровлением. Наконец, в случаях, где не имеется предрасположения, там никакие внешние экзогенные факторы не вызывают патологических реакций¹⁾.

Длительных случаев *pseudologiae phantasticae*, гениальной *pseudologiae* типа Delbrück'a описано в психиатрической литературе не мало. Но есть большой ряд людей, которые, являясь конституциональными псевдологами, владеют этими глубинными механизмами и в жизни их проявляют вполне разумно. Но аффективный тон у подобных фантастов звучит в некоторые моменты их жизни так громко, что больной забывает временами отличать реальность от фантазии.

Описаны в литературе и острые кратковременные патологические вспышки *pseudologiae phantasticae* у таких конституциональных фантастов, бывающие у них в моменты острых заболеваний.

Так, например: 1) Binswanger (Die klinische Stellung der Degenerationspsychosen. Arch. für Psychiatric. Band 83. 1928, S. 324, случай 6) описывает молодого офицера, перенесшего ранение глаза, после которого офицер был несколько дней в двигательном возбужденном состоянии. Уже после прояснения сознания он неожиданно заявил, что он Фридрих Великий. Так продолжалось 3 дня. Интересно, что после этой вспышки больной не повторял подобных вспышек всю жизнь и душевного расстройства не было. Со стороны наследственности: мать своеобразная, большей частью депрессивная, неспособная к умозаключению, одна сестра — способная, другая сестра истеричка. Перед тем как перенести ранение, пациент интересовался и работал над историей Фридриха Великого. 2) Hoerphner («Anfall phantastischer Lungentuberculose. Zeitschrift für die ges. N. u. Ps. B. IV, 1911). описывает фабриканта 34 лет, сына слесаря. Учился плохо, потому что ленился, что в „голову приходили всякие возможные и невозможные проделки“. Несколько раз исключался из-за них из школы. Позднее любил всякие фантастические экцентричности: ездил на одноколесном велосипеде; мог сам выдумывать и писать театральные сценки и рассказы. В дальнейшем хороший семьянин и лгуном в настоящем смысле этого слова не был. Умело и хорошо вел свое дело, нажил фабрику. Никогда не было эксцессов in Baccho et in Venere. 34 л. заболевает тbc с высокой температурой. Лечился в Баденвейлере, где и развился при высокой температуре приступ фантазирования. Затемнения сознания не было. Понимал, что это фантазия, но при продолжении переживания чувство реальности пропадало. Воспринимал все как реально происходящее. Если кто-нибудь к нему подходил, или он обедал, фантазирования прерывались, а потом снова возобновлялись. Например, ему ярко представлялось, будто он едет по железной дороге в Верхней Италии, но в Базеле стал чувствовать себя плохо и вызвал родственника. Они встретились в Цюрихе и поехали вместе. В их купе сидел подозрительный субъект, больной сразу узнает у него искусственную бороду. Пересели в другое купе и сказали кондуктору о своих подозрениях. Явились власти. Подозрительный субъект оказывается крупным преступником, у него оказалось много денег, которые были спрятаны в складах двойного пальто. По соображению больного преступников должна быть целая шайка: по его указанию в Мюнхене эту шайку ловят, он получает большую премию, а преступников гильотинируют в Мюнхене. Переживания больного крайне живы. Сон прерывал переживания, но при засыпании, в полусне фантазия продолжалась. Такое состояние продолжалось 3 недели при высокой температуре.

3) В 1924 г. Redlich (Zur Kenntniss der pseudologia phantastica. Monatschr. f. Ps. B. 56, 1924) описал два случая острого приступа фантазирования у лютников и 2 случая у истериков.

¹⁾ См. Т. И. Юдин. Психопатические конституции. Изд. Сабашниковых. М., 1926, а также Т. И. Юдин. Изучение наследственности при эпилепсии. Работы псих. кл. Каз. у-та. Вып. II. Казань, 1928.

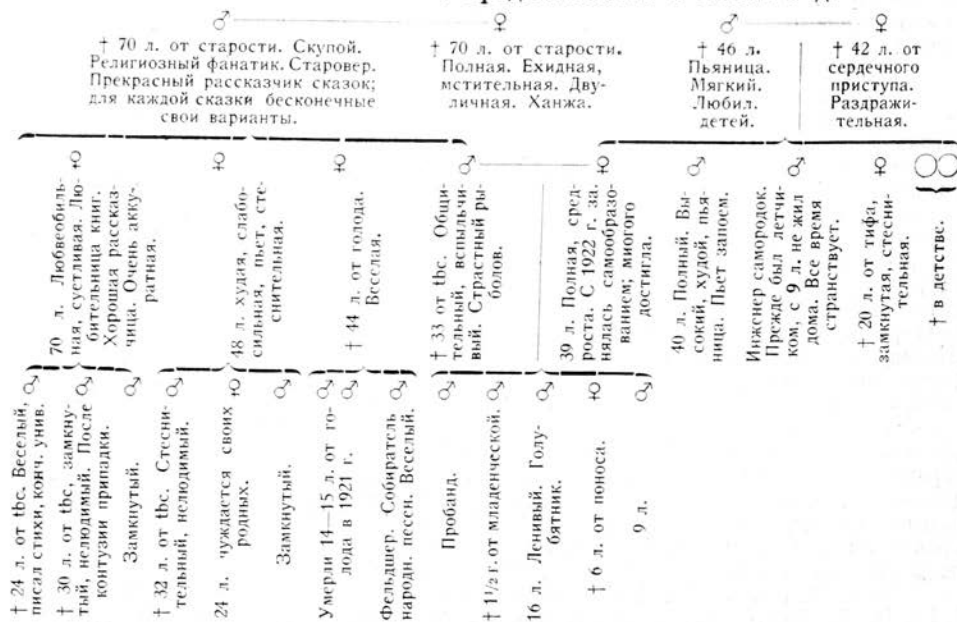
4) Кроме того, van-der-Torren¹⁾ описывает случай, когда во время острого психоза с беспокойством, галлюцинациями, но без определенного затемнения сознания, некоторое время наблюдалась вполне выраженная Pseudologia phantastica.

5) Другой интересный случай, по нашему мнению острой вспышки Pseudologia phantastica описан проф. Ганнушкиным (Острая паранойя 1904). Больной 17 лет, приказчик, всегда склонный к фантазированию, у которого всегда была заветная мечта разбогатеть, причем он рисовал в своем воображении картины того счастья, которое выпало бы на его долю, если бы он разбогател, склонный всегда ко сну (спал по 10—12 часов в сутки), остро заболел головной болью. К вечеру того же дня он стал рассказывать, что уедет к богатому дяде в Сибирь, что он нашел 105 тысяч. Утром не пошел на службу, стал рассказывать, что он встретил богатую даму, ехавшую в карете; она пригласила его в карету и отвезла домой, здесь его накормила, после чего он оправился с барыней в спальню; барыня после этого дала ему 35 тысяч и эти деньги лежат в банке. Указывал брату даже тот дом, где все это происходило. Помещенный в Психиатрическую клинику Московского университета охотно и обстоятельно рассказывал всю эту историю, прибавляя каждый раз все больше подробностей. Он имел дело не только с барыней, но и с ее дочерью-красавицей и получил за это еще 100 тысяч. Все время был занят мыслями о своем богатстве, фантазировал об ожидающей его привольной жизни. В окружающем оставался ориентированным, галлюцинаций и иллюзий не было. Говорил только, что болит голова. Так продолжалось 3 дня и после этого наступило вполне критическое отношение к своим фантазиям, и в дальнейшем выписался вполне здоровым.

П. Б. Ганнушкин в параллель с этим случаем ставит еще случай Leggiana, где мужчина 30 лет в течение 3 дней воображал себя Наполеоном, галлюцинаций не наблюдалось, а по истечении 3-х дней больной вполне поправился.

Наш случай также представляет случай острой вспышки pseudologiae у конституционально предрасположенного к тому субъекта.

Генеалогия нашего больного представляется в таком виде:



Мы видим, что со стороны отца в семье был целый ряд прекрасных рассказчиков, дед по отцу („начнет рассказывать одну и ту же сказку и не узнаешь

¹⁾ Цитирую по книге проф. Юдина „Психопатические Конституции“, стр. 109, 1926 г.

второй раз—все по новому и по своему перескажет“), тетка по отцу, двоюродный брат писал стихи, другой двоюродный брат собиратель народных песен. В семье матери имеется также дядя—инженер-самородок, летчик, все время странствующий. Сам пациент—писатель, поэт.

Вспышку свою он проделал внезапно. Напряженная работа, предшествовавшие неприятности, кончившиеся выговором, утомление—приходилось работать по 12—14 часов—и, наконец, быть может какая-то инфекция (головные боли) повели к своеобразной вспышке: б-ой сам написал ненужную телефонограмму и сам поверил в ее реальность.

Так обычно и бывает при вспышках фантазии: сам создает ее и сам же верит. Маленький мальчик скачет на палочке и верит, что это лошадь. Он, собственно, разумом прекрасно знает, что это палка, а не лошадь, но чувствует себя как на лошади, забывает в момент игры, что эту палку сам же он срезал. „Die Luge, как говорит Aschaffenburg, geht mit ihnen durch“. Для мальчика, ребенка—это обычное состояние, для взрослого—это состояние патологическое, возможное только на почве фантастической конституции и при патологических условиях.

Сознание у нашего больного все время сохранялось, он знал, что он сам написал телефонограмму; это не было „Dämmerzustand“, как при эпилепсии; но фантазия (ложь) „прошла через него“, завладела им, являясь его конституциональной сущностью: здоровый он справлялся со своими патологическими конституциональными особенностями, но когда он психически ослабел, истощился, патологическая конституция на время овладела им, его действиями, порвала связь с реальностью.

Из научно-консультативного Бюро Татотдела Союза „Медсантруд“.

О травматизме медработников Казанской окружной психиатрической лечебницы.

Д-ра М. С. Лифшица.

Среди всех работников медико-санитарного дела одно из первых мест по тяжелым условиям труда, несомненно, принадлежит персоналу психобольниц. Своеобразная обстановка работы, заключающаяся в постоянном общении с душевно-больными, является причиной многих специфических моментов профессиональной вредности труда, из которых особенного внимания заслуживает большая травматизация обслуживающего медперсонала. По предложению ЦНКБ нами проведена, по специально выработанным картам, регистрация травматизма медработников Казанской окружной психиатрической лечебницы за время с 1-го апреля 1928 г. по 1-е апреля 1929 г. Сравнительно небольшое количество случаев травматизма за этот период (175) объясняется тем, что в начале регистрации велась недостаточно точно, и только в последние месяцы, благодаря ряду принятых мер, она улучшилась. Иллюстрацией может служить следующее: в среднем на каждый из первых 7 м-цев падает по 9 случаев травм, а на каждый из последних 5 м-цев по 23 случая. Последнее количество нужно считать более близким к истине. Однако до самого конца регистрации оставалась далеко неполной, так как регистрировались только более или менее тяжелые случаи, где имелись объективные следы по-

вреждения: раны, царапины, ожоги и т. п., которые проверялись врачами. Другие же случаи, как легкие удары, толчки, различные оскорбления, вовсе не отмечались, так как медперсонал, во-первых, не придавал им значения, считая их обычными и совершенно неизбежными явлениями своей профессии, а, во-вторых, для регистрации этих легких случаев травм, слишком частых, у дежурного персонала не хватало времени.

Прежде чем перейти к оценке травматизма, необходимо кратко остановиться на характеристике медперсонала и условий труда. Казанская психиатрическая лечебница, рассчитанная на 575 штатных коек, фактически имеет 670 больных. Вследствие недостатка коек в соответствии с потребностью в них населения (лечебница обслуживает 4.200.000 жителей Татареспублики, Вотг., Мари и Чувобластей) в нее принимаются только социально-опасные хроники и острые больные: на 670 человек — имеется всего 60 спокойных больных. Штат, непосредственно обслуживающий больных, состоит из 9 врачей, кроме директора и его помощника, 36 человек среднего персонала и 183 чел. младшего персонала. По продолжительности службы в лечебнице и полу персонал распределяется следующим образом.

ТАБЛИЦА № 1.

Продолжительность службы	Врачи		Ср. медперс.		Мл. медперс.		Всего	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
До 3-х мес.	1	1	1	—	—	—	2	1
От 3-х до 6 мес.	—	—	5	3	23	12	28	15
» 6 » 9 »	—	—	—	—	8	4	8	4
» 9 » 1 года	—	—	—	—	2	—	2	—
» 1 г. » 2 лет	—	—	3	6	8	3	11	9
» 2 л. » 3 »	2	—	1	1	3	7	6	8
Свыше 3-х лет	5	—	9	7	34	79	48	86
Итого	8	1	19	17	78	105	105	123

Как показывает таблица № 1, среди младшего персонала преобладающий процент (62%) составляют лица со стажем больше 3-х лет, наименьший % со стажем от 1—2 и 2—3 лет, что, возможно, является следствием ухода некоторой части вновь поступающих в течение первого же года службы, остаются только наиболее стойкие элементы, которые в дальнейшем дают основной кадр работников. Почти аналогичное можно сказать о среднем персонале. Врачи дают более стойкий состав, так как среди них, повидимому, на работу по психиатрии идут люди преимущественно по призванию.

К характеристике медперсонала нужно добавить низкую квалификацию значительной части младшего и среднего персонала. Среди младшего персонала 5% неграмотных и 41% малограмотных. Прошедших санитарные курсы всего 23 человека, т. е. 12,5%. Среди среднего медперсонала школьных фельдшеров—20%, ротных фельдшеров 32,5%, окончивших специальные курсы (сестры милосердия) 25% и только с практическим стажем—22,5%. На каждое лицо младшего персонала приходится в среднем 3,66 больных, среднего персонала 18,6 больных, между тем как раньше, например, в Харьковской психиатрической лечебнице в 1909 г. на 1 служителя падало 4,16, на 1 фельдшера—28,7 больных; но, не-

смотря на это среднее уменьшение, действительная нагрузка младшего персонала во время дежурства значительно увеличилась вследствие сокращения рабочего дня до 6 часов и введения, в связи с этим, 4-х смен дежурств. На одного санитар-ку в среднем *во время дежурства* падает днем 18 чел. больных, а ночью 27 больных, в то время, как раньше было 13 чел., а на одно лицо среднего персонала—днем 60—90 больных, а ночью 220 больных. Если учесть то, что состав больных изменился к худшему, приходится сказать, что нагрузка является чрезмерно большой.

Переходим к рассмотрению травматизма. Из 175 зарегистрированных случаев травматизма приходится:

на врачей	2 случая, в средн. на кажд.	0,22
„ сред. мед. персон.	14	„ „ „ 0,39
„ млад. мед. персон.	159	„ „ „ 0,87
из них: на мужчин . .	66	„ „ „ 0,6
„ женщин	109	„ „ „ 0,9

т. е. в течение года почти каждый санитар в среднем получил хотя одну значительную травму. Количество случаев травматизма, приходящееся на каждого работника лечебницы—0,8 в год, значительно меньше, чем в других ¹⁾ психолечебницах, что объясняется, как было уже сказано, неполной регистрацией.

Большое количество травм у женщин отчасти может быть объяснено более частыми нападениями в женских палатах, обслуживаемых преимущественно женским персоналом (см. табл. 2).

Т А Б Л И Ц А № 2.

№№ п/п.	Отделение	Число травм	№№ п/п.	Отделение	Число травм
1	Муж. лечеб.	18	7	Муж. слабое	7
2	Женск. „	31	8	Жен. „	4
3	Муж. полуспок.	10	9	Муж. спокойн.	1
4	Жен. „	1	10	Жен. полуспок.	5
5	Муж. беспок.	31	12	Жен. полуспок.	9
6	Жен. беспок.	52	—	Приемн. покой	1

Как видно из таблицы № 2, во всех женских палатах было 98 случаев или 56% всех травм, хотя общее число больных женщин меньше числа мужчин (На 1/1 29 г. состояло больных мужчин 372, женщин 296) По характеру травмы распределяются следующим образом:

Т А Б Л И Ц А № 3.

Название травм	К-во	%/0/0
Ссадины, царапины и ушибы . . .	132	75,4
Укусы	14	8,0
Раны	9	5,1
Вырывание волос	8	4,6
Ожоги	3	1,7
Тяж. псих. реакции (плач, «истерии»)	9	5,1
Итого . . .	175	100%0

¹⁾ В Харьковской психолечебнице в 1909 г. было зарегистрировано 2,6 случая травматизма на каждого работника, в больнице им. Кащенко в Москве в 1926 г. приходилось в среднем—4,3 травм на 1 работника, считая и все мелкие травмы и психические реакции.

Большинство травм не повлекло за собой каких-нибудь серьезных последствий, только в 8 случаях повреждения были настолько значительны, что повлекли за собой временную нетрудоспособность от 1 до 7 дней. В прошлом бывали также тяжелые увечия служащих, например, в 1925/26 г.г. были 2 случая перелома руки и 2 случая серьезной флегмоны после укуса.

По локализации травм на первом месте—лицо: 50 случаев, на 2-м конечности—42 случая, а затем голова—34, грудь—30 и живот—18 случаев. Преобладающее число нападенний приходится на день—138, и только 37 случаев на ночь.

Больные действуют при нападении преимущественно кулаками, зубами, ногтями, но в 9 случаях орудиями нападения служили также тарелки, стулья, кирпичи и проч. Наибольшее количество повреждений нанесено шизофрениками—105, а затем эпилептиками 52 случая, на остальных больных падает всего 18 случаев. Какой-нибудь определенной зависимости между количеством травм и стажем медперсонала нельзя установить. (См. таб. № 4).

ТАБЛИЦА № 4.

Продолжительность службы	Число служ.	Число травм.	Число травм на 1 чел.
До 1 года	60	33	0,55
От 1 до 2-х лет	20	21	1,05
" 2 " 3-х "	14	12	0,85
Свыше 3-х лет	134	110	0,81

Интересно отметить, что на неграмотных приходится больше травм, а именно, на каждого неграмотного свыше 4-х случаев, между тем как на остальных меньше одного случая.

Постоянная травматизация и другие особенности условий труда в психолечебницах являются причиной высокой заболеваемости, особенно нервной системы, у медперсонала. К сожалению, у нас нет данных о состоянии здоровья у медработников Казанской психиатрической лечебницы, так как ТНКЗ до сих пор не приступил к их диспансеризации. Но по данным обследования медработников психобольниц Москвы¹⁾ видно, что среди них имеется только 22% здоровых, 48% страдают в средней степени и 29% в тяжелой степени заболеваниями нервно-психической сферы. Такой значительный процент больных обратил на себя серьезное внимание правительственных и союзных органов. В будущем стоит проблема дальнейшего улучшения труда и быта этой группы медработников. В частности, в отношении Казанской психолечебницы нужно обратить внимание на нормализацию нагрузки и доведение штатов соответственно фактическому количеству коек.

Вторая важная задача—это поднятие квалификации и культурного уровня среднего и младшего персонала, и, наконец, ТНКЗ следует приступить к немедленной диспансеризации медперсонала Окружной лечеб-

¹⁾ Из доклада д-ра Шрейдер на 3-м Всесоюзном совещании НКБ о нервно-психическом здоровье психо-работников.

ницы, причем должны быть установлены периодические переводы лиц с подорванной нервной устойчивостью в другие лечебные заведения.

В заключение от имени НКБ приношу глубокую благодарность директору Окружной психиатрической лечебницы проф. Т. И. Юдину за содействие в проведении регистрации и разработки материала.

Из судебно-медицинского кабинета Казанского гос. университета. (Заведывающий—доцент А. Д. Гусев).

Судебно-медицинское значение определения роданистых солей в слюне¹⁾.

Д-ра Е. Т. Дитякиной-Голяевой.

Судебно-медицинская экспертиза должна быть основана на точных научных данных, полученных путем опыта и наблюдения. В тех случаях, когда экспертиза касается вопросов, не имеющих достаточного опытного обоснования, нам приходится прибегать к эксперименту для подтверждения своего заключения.

С таким случаем медицинской экспертизы пришлось иметь дело судебно-медицинскому кабинету Казанского у-та.

В октябре 1927 г. в судебно-медицинский кабинет был прислан рабочий для решения вопроса, курит он или нет. Обстоятельства дела таковы. На одном из крупных заводов г. Казани рабочий Б. был на посту в отделении завода, где запрещалось курить. При проверке постов на полу был обнаружен окурочек от папиросы и на этого рабочего пало подозрение в курении, за что он и был снят со службы. Рабочий доказывал, что он некурящий, и вследствие этого его направили в комиссию экспертизы и контроля, которая препроводила его на заключение по данному вопросу к областному эксперту А. Д. Гусеву.

В судебно-медицинской литературе нам не встретилось описания случаев подобной экспертизы, почему и пришлось искать каких-либо данных для разрешения предложенного вопроса. По Мунк'у, слюна курящих людей содержит в себе 0,1% роданистых солей, слюна же некурящих — около 0,03—0,04%.

Определение роданистых солей слюны может быть произведено простым колориметрическим способом, предложенным еще Норре-Сеу-гером. Этим способом воспользовались и мы. Опыт был поставлен следующим образом: слюна исследуемого субъекта бралась в пробирку после выдыхания паров эфира для более скорого и обильного выделения, после чего мы ее фильтровали обычным образом. Затем брали несколько пробирок: 1) с цельной слюной исследуемого, 2) с разведением 1 к. см. слюны испытуемого в 10 к. см. воды, 3) с 1% раствором роданистого калия, 1 к. см. + 10 к. см. воды и 4) со слюной заведомо курящего человека. Содержимое всех пробирок подкислялось одной каплей крепкой соляной кислоты и добавлялось по 2 капли полугорохлористого железа. При этом интенсивное окрашивание красно-коричневого цвета получалось в III и IV-ой пробирке, а в I и II ой окраска смеси оставалась бледно-

¹⁾ Доложено в физиологической секции 6.XI. 1928.

желтого цвета. Последнее обстоятельство дало повод считать реакцию слюны исследуемого субъекта отрицательной, так как слабо положительная реакция, по Munk'у, дает светло-оранжево-красную окраску, испытываемая же слюна была светло-желтого цвета, т. е. содержала роданистой щелочи 0,05 pro mille, вследствие чего она должна быть отнесена к слюне некурящих. Так как подобная экспертиза, очевидно, впервые встречается в судебно-медицинской практике, то невольно напрашивается вопрос, имели ли мы право на основании данного метода давать заключение. Для решения этого вопроса прежде всего следует обратиться к литературным данным.

Определение роданистых солей в слюне до недавнего времени имело в большинстве случаев чисто теоретическое значение. Лишь в последние годы количественное отношение их изучалось в связи с беременностью, а также с различными заболеваниями организма (подагра, caries dentis) и применением различных лекарственных веществ, напр., иода, ртути и т. д.

Первым автором, открывшим в слюне присутствие сульфоцианистой кислоты, был Treviranus (1814 г.), но он не знал ее таковой и называл это тело „Blutsäure“, на том основании, что оно с насыщенным раствором железа в азотной или разбавленной серной кислоте давало соединение, имеющее цвет крови. Двенадцать лет спустя сульфоцианистая кислота стала известной Porret'у и вскоре Tiedemann и Gmelin рядом реакций установили идентичность „Blutsäure“ и роданистоводородной кислоты; они также указали, что в слюне имеются соединения калия с указанной кислотой. Якубович (1848) определяет уже количественное содержание роданистого калия в смешанной слюне человека в 0,0062%, Frerichs же у здоровых индивидуумов находит 0,01% роданистого калия, но оба эти автора еще не отмечают разницы в содержании роданистого калия в слюне курящих и некурящих. Только Норре-Сейлер (1865) подразделяет испытуемых лиц на курящих и некурящих. Он определял роданистую щелочь по колориметрическому способу, для чего брал слюну и прибавлял к ней соляной кислоты до ясно-кислой реакции и раствора хлористого железа, при этом получалось красное окрашивание жидкости, что с вероятностью показывает присутствие сероцианистых соединений. Позднее Munk (1877) также определял сульфоцианистую щелочь в слюне человека по способу Норре-Сейлера. Этим исследованием было установлено, что слюна курящих содержит роданистой щелочи приблизительно около 0,1‰, слюна некурящих содержит меньше (0,03—0,04).

Krüger (1899) исследовал 147 молодых людей в возрасте от 19—24 лет, которые жили в одинаковых условиях. Исследование производилось вскоре после утреннего чая. Из общего числа исследуемых было 77 курящих, 70 некурящих. Из числа курящих дали отчетливую реакцию 56 человек (72,7‰), слабую реакцию 21—27‰. Некурящие дали ясную реакцию 5 человек (7‰), слабую 23 чел. (33‰) и следы—42 чел. (60‰). За резкую реакцию считалась та, где ‰ содержания роданистых солей было от 0,005‰ и более; за слабую между 0,001 и 0,005‰, а следы можно считать отрицательной реакцией.

Krüger согласен с утверждением Longet'a, что болезненное и здоровое состояние зубов не оказывает значительного влияния на содержание сульфоцианистой кислоты в слюне.

Познее Беликов (1924) при исследовании слюны для определения влияния *caries dentis* на содержание роданистой щелочи в слюне, разводил ее в 2—3 раза водой и подкислял соляной кислотой, прибавляя еще 5 капель 10% раствора полуторохлористого железа. Полученное окрашивание сравнивалось с готовым штандартом, который требовал по временам проверки. Автор не пришел к определенным выводам по вопросу о влиянии *caries dentis* на содержание роданистой щелочи в слюне и указал, что вопрос этот нуждается в дальнейшей разработке. Затем Бейн-Леви (1925) определял соли родана по способу Майзельса, при котором предварительно слюна фильтровалась посредством аппарата, сконструированного по принципу водяного насоса. Затем брались две пробирки одинакового калибра и цвета. В 1-ую пробирку наливалось 1 к. см. профильтрованной слюны, 9 к. см. *aq. destil.*, одна капля соляной кислоты и 3—4 капли полуторохлористого железа, вследствие чего получалась жидкость определенной окраски. Во 2-ую пробирку наливалось 10 к. см. *aq. destil.* и столько индикатора, сколько было необходимо для получения такой же окраски, как и в 1-ой пробирке. По количеству израсходованного индикатора судили о содержании родана в 1 к. см. слюны, так как индикатор готовился таким образом, что 1 к. см. его содержал 0,001 родана—соответственно 1 к. см. слюны. По Бейн-Леви содержание родана в 1 к. см. слюны = 0,0019. Задачей Бейн-Леви было также определение влияния *caries dentis* на содержание роданистой щелочи в слюне, и он так же, как и Беликов, не пришел к определенным выводам.

Полякова (1927) в своей работе: „Опыт изучения слюны беременных“ определяла соли родана по способу Майзельса и получила средний процент = 0,005. К каким-либо вполне определенным выводам о влиянии беременности и *caries dentis* на изменение роданистой щелочи в слюне Полякова тоже не пришла.

Таким образом мы видим, что вопрос о влиянии *caries dentis* и некоторых других явлений на содержание родана в слюне до сих пор не разрешен, почему может возникнуть некоторое сомнение в правильности и нашего заключения. Для того, чтобы разрешить эти сомнения, нами был поставлен ряд опытов, при которых мы пользовались тоже колориметрическим способом. Материалом для обследования служили студенты(-ки) и посторонние лица (200 человек), в возрасте от 16 до 57 л. Слюна собиралась в пробирки в количестве 5—6 к. см., с предварительным вдыханием эфира для более быстрого отделения, и исследовалась не позже, чем через 2—4 часа. При взятии слюны определялась лакмусовой бумажкой реакция слюны.

При исследовании на другой день содержание родана то уменьшалось, то увеличивалось, и какой-либо закономерности при этом установить нам не удалось. Собранный слюна фильтровалась и к ней прибавлялась 1 капля соляной кислоты + 3 капли полуторохлористого железа; при этом получалась различной интенсивности окраска, от бледно-оранжевого цвета до густо-красного. Одновременно приготавлился штандарт с разведением KCNS с 1:1000; 1:2000; 1:5000 до 1:100000. Через три дня штандарт готовился вновь, так как опыт показал, что окраска штандартных растворов в дальнейшем изменялась, несмотря на то, что

пробирки с этими растворами всегда сохранялись в темном месте. Как для штандарта, так и для исследования слюны, пробирки брались одинакового цвета и калибра. Исследование производилось исключительно при дневном проходящем свете, на фоне матового стекла. У лиц, у которых бралась слюна, собирались сведения, курит или нет, сколько лет курит, как часто курит, сколько кариозных зубов, каков уход за полостью рта. Кроме того, отмечалось взятие слюны—перед, во время и после куренья. Затем нами было обследовано несколько лиц, слюна которых исследовалась многократно при различных условиях: натошак, перед едой и после, до и после курения. На основании этих нескольких случаев можно было установить, что у некурящих реакция была отрицательной, так как не разбавленная и разведенная (1:2—5) слюна давала светло-желтую окраску, несходную ни с одним из наших штандартов; слюна же курящих давала постоянно резкую реакцию и количественное содержание родана в ней колебалось в узких пределах.

Из всех исследованных лиц было курящих мужчин 73, женщин 18. По времени курения эта группа людей распределялась следующим образом (таб. I). Количество роданистой щелочи в их слюне колебалось в пределах от 0,005‰ до 0,1‰ (таб. II).

ТАБЛИЦА I-ая,

Сроки	Муж.	Жен.
До 1 года	1	—
„ 5 лет	20	13
„ 10 „	16	5
„ 20 „	33	—
„ 30 „	3	—
	73	18

ТАБЛИЦА II-я

‰ родана	М.	Ж.
0,1	6	—
0,075	9	—
0,06	10	—
0,05	2	—
0,03	9	—
0,015	10	1
0,01	20	4
0,0075	2	6
0,006	4	5
0,005	1	2
	73	18

Вторую группу составляют лица, которые бросили курить от 1 месяца до 3 лет. Таковых лиц было мужчин 4, женщин 5 (таб. III).

Количество роданистой щелочи в слюне у всех их оказалось ниже 0,006‰.

Третью группу составляют некурящие, каковых всего было обследовано 100 человек. Из них 13 мужчин и 15 женщин дали положительную реакцию на роданистую щелочь, но количество родана в слюне этой группы всегда было ниже 0,005‰ (таб. IV). У большей же части этой группы людей (72 чел.) слюна дала отрицательную реакцию на роданистую щелочь.

ТАБЛИЦА III.

% родана	М.	Ж.
0,005	1	1
0,004	1	1
0,003	1	2
0,001	1	1
	4	5

ТАБЛИЦА IV.

% родана	М.	Ж.
0,004	2	2
0,003	8	11
0,001	3	2
	13	15

Что касается колебания родана в зависимости от возраста, то из нашего материала видно, что родана меньше в юном возрасте, а к 27-40 годам содержание его достигает maximum'a (табл. V).

ТАБЛИЦА V.

% родана	До 20 лет	21—30	31—40	41—50	51—60	Итого
0,1	—	—	3	2	1	6
0,075	—	4	2	3	—	9
0,06	—	3	4	3	—	10
0,05	—	—	2	—	—	2
0,03	—	3	5	1	—	9
0,015	2	5	3	1	—	11
0,01	3	13	8	—	—	24
0,0075	1	1	6	—	—	8
0,006	4	3	2	—	—	9
0,005	3	—	—	—	—	3
	13	32	35	10	1	91

Кроме исследования слюны от живых людей, нами была сделана попытка исследования слюнных желез, взятых из трупа, на содержание в них родана. Вопрос этот был интересен в том отношении, что если бы на трупе удалось установить курил или нет данный человек при жизни, то решение этого вопроса оказало бы существенную помощь в случаях исследования неопознанных трупов. Мы поступали таким образом: слюнные железы, взятые при вскрытиях, тщательно измельчались в ступке с небольшим количеством aq. destil., и эта масса оставалась на сутки при комнатной температуре. На другой день производилась фильтрация, и с полученным фильтратом ставилась такая же реакция, как и с обыкновенной слюной (с соляной кислотой и полуторхлористым железом). Во всех этих случаях реакция была отрицательной: получалась светло-зеленая окраска, цвет которой не совпадал ни с одним цветом приготовленного штандарта. Таким образом открыть присутствие роданистых солей в слюнных железах трупа нам не удалось. Возможно, что причиной этого было уже начавшееся загнивание трупа.

На основании поставленных опытов мы приходим к следующим выводам:

1) Количество роданистой щелочи в слюне курящих значительно выше (от 0,005% до 0,1%), чем в слюне некурящих (не выше 0,004%). Следовательно на основании содержания в слюне роданистой щелочи не менее 0,005% можно делать заключение о том, что данный человек курит.

2) Чем больше лет субъект курит, тем более повышается содержание роданистой щелочи в его слюне.

3) Caries dentis не дает определенных точных колебаний в количестве роданистой щелочи.

4) Указанным методом нельзя пользоваться для определения роданистой щелочи в слюне на трупах.

Литература: 1) Hoppe-Seyler. Handb. d. physiol. u. pathol. chemisch. Analyse. 1865.—2) Munk. Virch. Arch., 1877, Bd. 69.—3) Krüger. Zeitschr. f. Biol., 1899, Bd. 37.—4) Беликов. Журн. одонт. и стомат., 1924, № 1—2.—5) Бейн-Леви. Ibid., 1925, № 6.—6) Полякова. Каз. мед. жур., 1927, № 3.—7) Гаммарстен. Учебн. физиол. химии, 1925.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Патолого-анатомического кабинета Гос. института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Завед. проф. К. Г. Боль).

Редкий случай базальноклеточного рака желудка.

Ассистента д-ра А. М. Кlementьевой.

Со времени работ Krompacher'a под именем Basalzellenkrebs обозначаются группы раков, которые берут свое начало из базальных клеток многослойного эпителия кожи и слизистых оболочек различных органов. Боггшанц избегает этого названия, считая его неправильным. Рассматривая эпителий в его эмбриональной дифференцировке как одно целое, а процесс орогования в верхних слоях, как физиологический процесс обновления, он не видит возможности приписать эпителию в его отдельных слоях различные биологические свойства в смысле морфологии опухолей, происходящих из различных слоев эпителия. Вопрос, по его мнению, можно решить в положительном смысле в том случае, если принять положение Scharfetter'a и Cohen's'a о наличии во всем эпидермисе клеточных комплексов, оставшихся на эмбриональной степени развития. Раки кожи он делит на плоско-эпителиальный, ороговевающий (канкроид) и на неороговевающий или атипически ороговевающий плоско-эпителиальный (паракератозный) рак. Lauche производит эти раки во всем кишечном канале из эмбриональных эпителиальных участков, оставшихся совершенно не дифференцированными. Гистологически эти раки построены из крупно-веретенчатых клеток, бедных плазмой, с ядром богатым хроматином. По своей структуре эти клетки похожи на элементы основных слоев эпителия кожи и слизистых, редко подвергаясь дальнейшей дифференцировке в форме орогования и образования слизи. Duschl отмечает некоторые характерные особенности строения этого рака в желудке: в наружных рядах опухоли клетки имеют форму цилиндрическую, внутренние яйцеобразную и веретенчатую. Часто можно видеть в раковых участках круглые железистые просветы. Локализация этих опухолей: кожа лица, носа, губ, твердого неба, слизистая гортани, трахеи, мочевого пузыря, пищевод, кишечник, appendix. Случай базально-клеточного рака в желудке описан только Duschl'em.

Мы имели возможность секцировать подобный случай, любезно предоставленный нам для описания проф. В. Л. Боголюбовым, за что приносим ему свою благодарность.

Б-ная С., 50 л., поступила в хир. клинику Госинститута 22. IX. 27 по поводу опухоли брюшной стенки, расположенной слева на уровне пупка. В мае т. г.

в городской больнице г. Чистополя у б-ной определена в брюшной полости опухоль с куриное яйцо, спаянная с брюшной стенкой. В опухоли был свищ, через который периодически выделялся гной с резким запахом.

St. praes.: Больная с резко пониженным питанием. В области epigastrii и mesogastrii с левой стороны от белой линии определяется опухоль разлитой формы, величиной с кулак, плотной консистенции, малоболлезненная. В области пупка имеется свищевой ход, из которого выделяется серозно-гнойная жидкость. 22. X. 27 произведен линейный разрез около латерального края т. гесті слева и другой разрез около свища. При разрезе выделялась распавшаяся воючая масса творожистого вида. При исследовании свища палец глубоко проникал в полость с бугристыми, легко кровоточащими стенками. В дальнейшем при перевязках из отверстия свища стали выделяться пищевые массы. Больная быстро слабела. 16. IX ext. let. Клини. диагноз: рак желудка.

Из данных протокола вскрытия приводим следующее: на коже живота, слева от пупка имеется линейный разрез 6—7 см. длиной. Края кожного покрова ограничивают слегка бугристую поверхность белой мягкой ткани, плотно спаянной с кожным покровом. В середине имеется отверстие, пропускающее палец. Край отверстия грязно-серого цвета, разрыхлены. В желудке, не доходя 4 см. до пилорической части, обнаружено новообразование величиной 10 X 13 см., занимающее правую половину большой кривизны желудка, плотно спаянное с брюшной стенкой по средней линии и в большей части слева. Левая половина поперечной ободочной кишки передней поверхностью спаяна с инфильтрированной задне-нижней стенкой желудка. Дно новообразования большой кривизны желудка состоит из грязно-серых распадающихся масс. Инфильтрированные края язвы переходят в вышеописанный свищевой ход, заполненный серо-грязными воючими массами и соединяющий дно желудка с наружной поверхностью кожи. Ткань новообразования в разрезе серовато-белого цвета, мягкой консистенции. Из изменений других органов отмечено: бурая атрофия сердечной мышцы и печени, отек легких. Метастазов новообразования нигде не найдено.

Микроскопически опухоль состояла из эпителиальных полей, разделенных соединительнотканнми тяжами, местами мощно выраженными. Эпителиальные участки круглой, вытянутой, неправильной формы, состоят из круглых бедных протоплазмой клеток с интенсивно окрашенным, богатым хроматином ядром. В наружных слоях эпителиальных гнезд местами отчетливо видны кубической и цилиндрической формы клетки; внутренние слои представлены в виде круглых, овальных и местами исключительно веретенчатых клеток. Другие участки представляют собой более или менее обширные гнезда крупно-веретенчатой формы клеток, идущих пучками в различных направлениях, перекрещиваясь, переплетаясь и представляя полное сходство с крупно-веретенчатой саркомой. В центральных частях некоторых из альвеол имеется некроз и распад эпителия, окруженный поясом лимфоидных элементов и лейкоцитов. При исследовании места перехода стенки желудка в новообразование отмечена разлитая инфильтрация слизистой и подслизистой тяжами, лимфоидными элементами, фиброцитами и плазматическими клетками, а также гнездами раковых клеток. Ближе к язвенной поверхности вся масса новообразования подвергается некрозу и распаду. В глубину идущие раковые участки сплошь прорастают мышечный слой. Местами можно было видеть, что раковые клетки кубической или вытянутой формы располагались венчиком, окружая небольшой железнстоподобный просвет, — явление, которое было отмечено Duschl'em.

При исследовании места сращения опухоли с брюшной стенкой отмечено: новообразование из раковых эпителиальных гнезд подходит вплотную и тесно спаяно с мышечной тканью брюшной стенки. Однако прорастания новообразованием стенки незаметно.

Таким образом на основании гистологического исследования данную опухоль желудка должно отнести к базальноклеточковым ракам, которые в желудке встречаются редко и описаны в литературе только Duschl'em.

Литература: 1) Henke und Lubarsch. Haudb. d. spez. pathol. Anat. u. Histol., 1926, Bd. IV. — 2) Duschl. Centralb. f. allg. Pathol., 1923, Bd. 33, № 16.

Из Наченальской больницы Ардатов. уезда Ульяновской губ.

Случай мнимого вправления ущемленной грыжи.

Врача А. Е. Алеева.

14/XII 26 г. в Наченальскую участковую больницу поступил б-ной В., 36 л., присланный для оперативного лечения по поводу заворота кишечника. От местожительства до б-цы он проделал расстояние в 45 верст. Из расспроса выяснилось, что он уже несколько лет страдает правосторонней паховой грыжей, которая всегда довольно легко вправлялась, а 3 дня тому назад, несмотря на то, что грыжу вправил, облегчения не наступило. Наоборот, болезненные явления усилились, началась рвота, икота, наступила полная бездеятельность кишечника. Осмотром установлено, что со стороны грудных органов отклонений от нормы нет, пульс хорошего наполнения, ритмичен, до 80 ударов в минуту; ¹⁰ тела нормальна. Живот равномерно вздут, резко болезнен; особенно болезненной оказывается правая паховая область, где тотчас же выше наружного пахового кольца, прощупывается эластическая опухоль. За время осмотра у больного была рвота с примесью желчи. Предложена операция по поводу ущемленной грыжи и сейчас же в 5 1/2 ч. вечера произведена операция. Паховой канал под местной анестезией вскрыт обычным для грыжесечения разрезом. По вскрытии стенки опухоли, находящейся в паховом канале, легко можно было пальцами пройти в брюшную полость и установить, между прочим, тесную связь этой опухоли с одной из кишечных петель. Чтобы разобраться, с чем в данном случае приходится иметь дело, я вынужден был перейти на общий хлороформный наркоз и сделать дополнительный разрез брюшной стенки. Оказалось, что со стороны брюшной полости в этой опухоли имелось кольцо, в котором ущемлена петля тонкой кишки. Таким образом выяснилось, что эта опухоль принадлежит грыжевому мешку с его содержимым и что вскрытая в паховом канале стенка опухоли составляет наружную стенку ввороченного в себя грыжевого мешка. По рассечении со стороны брюшной полости ущемляющего кольца, из грыжевого мешка извлечена омертвевшая кишечная петля (ущемление длилось 3 1/2 суток). Омертвевший участок кишки, длиной до 15 сант., вместе с соответствующей брыжейкой иссечен, а проходимость кишечника восстановлена боковым анастомозом. Грыжевой мешок удален. Рана брюшной стенки не зашивалась. Послеоперационный период в первые три дня протекал при явлениях перитонита, а на 4-ый день, по введенной в прямую кишку трубке, началось отхождение газов. В этот же день поставлена клизма, которая вызвала небольшой стул. В последующие дни явления паралича кишечника исчезли совершенно. Кожная рана заживала вторичным натяжением.

Итак, в данном случае на долю больного выпало несчастье вправить ущемленную грыжу вместе с мешком. Вот на этом-то мне и хотелось остановиться. Прежде всего возникает вопрос, что же должно способствовать ложному вправлению. Мне кажется, что этому способствует рыхлая связь пристеночной брюшины с брюшной стенкой, когда при вправлении грыжи пристеночная брюшина, начиная от ущемляющего кольца, давлением извне легко оттесняется от брюшной стенки, увлекая за собой весь грыжевой мешок и, наряду с этим, должно быть наличие настолько сильное ущемление, что о действительном вправлении не может быть никакой речи, даже при энергичных попытках к вправлению как раз эти последние и будут непосредственной причиной мнимого вправления при наличии указанных способствующих условий. Так или не так, но случаи ложного вправления в практике встречаются и, естественно возникает вопрос о показаниях и противопоказаниях к бескровному вправлению. Являясь защитником бескровного вправления застарелых травматических вывихов, о чем я имел уже возможность сказать несколько слов на страницах Каз. мед. журн., ущемленные грыжи, какую бы давность они не имели, я буду лечить только кровавой операцией и с большой робостью буду приступать к бескровному вправлению, если больной категорически откажется от операции. Бояться бескровного вправления ущемленной грыжи приходится по многим причинам. Во-первых, можно произвести ложное вправление и, тем самым, если не себе, то другому усложнить операцию и, само собой понятно, увеличить опасность для больного. Во-вторых, весьма поучительным и точно также заставляющим отказываться от бескровного вправления является случай проф. Боголюбова, описанный им в Каз. мед. ж. в 1925 г. Это случай грыжевого

заворота, симулирующий собой ущемленную грыжу. Автор статьи приходит к выводу, что возможность наличия при ущемленных грыжах грыжевого заворота увеличивает опасность вправления. Затем, на основании одного своего случая мне хочется показать, как быстро иногда может развиваться омертвление ущемленной кишечной петли. Производя операцию спустя 12 часов с момента ущемления, мне пришлось уже прибегнуть к резекции. Правда, в нескольких случаях, даже по прошествии 2-х, а в одном случае 3-х суток гангрены не наступило. Очевидно, степень сжатия кишечной петли ущемляющим кольцом имеет решающее значение. Ссылаясь на случай быстрого сравнительно наступления некроза ущемившейся кишки, приходится подчеркнуть возможность опасности вправления из-за омертвления даже в первые часы по ущемлении. Имею в своем распоряжении еще один собственный случай, который опять-таки говорит только за кровавое вправление. Это случай, когда ущемленную грыжу симулировало острое воспаление червеобразного отростка, находящегося в грыжевом мешке. Кроме указанных причин, сводящих почти на нет показания к бескровному вправлению, следует иметь ввиду при попытке к вправлению возможность грубого нарушения кишечной петли.

Сообщая о случае мнимого вправления ущемленной грыжи, я далек от того, чтобы назвать его редким. Наоборот, я беру на себя смелость предполагать, что подобных случаев гораздо больше, чем их описано. Правда, просматривая доступную мне периодическую литературу за последние 4 года, подобных случаев я не встретил, но думаю, что чем больше было бы их опубликовано, тем меньше было бы попыток к бескровному вправлению.

Из Туберкулезного санатория „Сосновка“ II-го В. Д. О. имени тов. Петровского. (Главный врач проф. Тростанецкий).

К вопросу о френикотомии при легочном туберкулезе.

Е. В. Миртовская.

Лечение туберкулеза легких идет двумя путями: одно консервативное, а другое хирургическое. Принципы того и другого лечения один — возбудить и усилить иммунно-биологические силы организма, что достигается относительным покоем больного органа. За последние годы было выдвинуто лечение туберкулеза легких перерезкой или выкручиванием п. phrenici. Этот метод заслужил доверие в немецкой школе (Зауэрбуха, Гарре, Брауэра), заняв видное место в терапии тбс легких. В России френикотомия еще не имеет широкого применения, а поэтому небезынтересен случай ранения п. phrenici, повлекший за собой паралич диафрагмы у больного, страдающего экссудативной формой тбс левого легкого.

Больной С., 26 лет, член союза химиков, поступил в санаторий с диагнозом В1, и жалобами на общую слабость, боли в правой половине груди и кашель.

Анамнез: второй ребенок у матери рос хилым, перенес в детстве: корь и скарлатину. Условия жизни плохие. С 14 лет — тяжелый физический труд чернорабочего на постройках, с 16 лет рассыльным при заводе, с 18 лет — счетоводом на заводе, где служит 8 лет. Отец умер от паралича сердца, мать и сестра больны тбс, последняя бациллоносительница. До 1925 года с больными тесный контакт. Женат 3 года, жена и ребенок здоровы.

Болен с 1916 года, было часто повышение температуры до 38, кровохарканье, ночные поты. Не лечился. В 1918 году случайно ранен во дворе в область шеи левой стороны. После ранения 7 дней повышенная температура до 40, кровохарканье. Врачами констатирован активный туберкулез левого легкого. Через три недели встал, была общая резкая слабость, головокружение, одышка не отмечается. Кровохарканье не повторялось, температура Н. После ранения заметно окреп, температура норма, вес прибавлялся, кашель почти исчез, самочувствие хорошее до 1920 года. В 1920 году правосторонний сухой плеврит. В 1924 году грипп, после которого врачи находят свежее заболевание правой верхушки легкого, температура субфебрильная, вес резко падает. В 1926 году самочувствие хуже, в 1927 году резкая слабость; направлен в санаторий. В мокроте Б. К. нет.

St. praesens: рост 166 см., вес. 52 кг. Правильного телосложения, пониженного питания, мышцы левой половины груди слегка атрофичны. Кожа в области

левой m. scalenus et sternocleidomastoid. имеет рубец от огнестрельного ранения и второй рубец над остью лопатки слева. Слизистые бледны. Лимфатические железы: незначительно увеличены шейные. Астеническая форма груди. При дыхании левая сторона отстает в сравнении с правой. Стояние верхушек: левое—низкое, правое—среднее. Поле уменьшено резко слева. Нижняя граница легких:

Правое по scap. 10 реб. по паровerteбр. 11 остист. позвон. axillar. 7 реб.
 Левое » » 9 » » 10 » » » 6 реб.

Подвижность и проявляемость звука во всех отделах слева понижена. При осмотре области epigastrii заметно втяжение этой области внутрь при дыхании. Перкуторно имеем: приглушение перкуторного звука на обеих верхушках, интенсивнее выраженное на левой. В остальных отделах звук легочной. При аускультации: удлинненный жесткий выдох и ослабленное дыхание на верхушке слева, и ослабленное дыхание по всему левому легкому. Справа на верхушке выдох и крепление по всему левому легкому. Тоны сердечные: левое слегка заходит за сосок, верхушечный. Cor: сердечный толчок в пятом межреберьи около соска, плохо прощупываемый. Относительная сердечная тупость: левое слегка заходит за сосок, верхушечное до третьего ребра, правое нормально. Тоны глухи, но чисты, пульс ритмичен, хорошего наполнения, 86 в минуту, сосуды не склерозированы. В паренхиматозных органах отклонений от нормы нет. Нервная система: повышение сухожильных рефлексов, красный дермографизм, быстрая утомляемость и возбудимость. Рентгеновское просвещение: левая верхушка опущена наполовину межреберья и значительно затемнена, правая затемнена менее интенсивно. Стояние купола диафрагмы: слева по l. axillar. 8 ребро по l. scapul. 10 ребро. Разница в экскурсии обоих куполов диафрагмы, правая экскурсирует на два межреберья, а левая наполовину межреберья, движение ее слева парадоксально. Сердце норма.

Итак, здесь мы имеем уменьшенную экскурсию левой половины грудной клетки и изменение левого легкого, которое слегка сжато. В доказательство этому мы имеем—нижние границы левого легкого во всех отделах стоят выше, чем в норме, и к тому же аускультация доказывает ослабление везикулярного дыхания левого легкого. Перкуторно мы имеем одинаковый звук с обеих сторон, что возможно оттого, что слева имеется атрофирование грудных и спинных мышц. Рентген указывает на пониженность и парадоксальность движения левого купола диафрагмы, что также говорит за меньшую инспираторную функцию левого легкого. Проведение левого легкого при дыхании происходит менее интенсивно, опять указание на относительную сжатость его. Парадоксальность движения диафрагмы ясно говорит за ее паралич (Вальтер). Вторым доказательством паралича диафрагмы является высокое стояние ее. Мы имеем при покойном состоянии равномерное ее стояние с обеих сторон, но если учесть, что в норме левый купол стоит ниже правого на 1—1½ межреберьям, то налицо и повышенное ее стояние. Высокое стояние диафрагмы производит механическое сжатие, особенно нижних отделов легкого, а ее паралич уменьшает инспираторную расширяемость легкого. Эти моменты влекут за собой относительный покой больного органа, увеличивая иммунно-биологические силы организма. Изменение сердца при левостороннем параличе диафрагмы отмечается Вальтером, который отмечал так называемое «сплющенное сердце», происходящее от того, что, поднимаясь, диафрагма смещает вверх сердечную верхушку, отчего сердце становится шире.

В заключение необходимо отметить у нашего больного две фазы в течении его болезни: 1) общее состояние после ранения, 2) изменение в течении tbc процесса в левом легком после ранения. Больной отмечает, что после ранения не было одышки, стеснения в груди и не вызывались другие побочные явления со стороны органов дыхания и сердца. Следовательно, само ранение не повлекло неприятных последствий, так как больной до 1927 года не чувствовал, что имеет изменение в дыхательных мышцах левой стороны, и второе, что является показательным, это остановка туберкулезного процесса, происшедшего после ранения, процесса активного с выраженной интоксикацией. Верхушка уплотнена (рентген и физикальные данные) и до 1924 года больной считал себя здоровым, когда уже вновь заболел (возможно реинфекция от сестры) tbc правой стороны без обострения в левой.

Данный случай интересен и с той стороны, что оказал такое благотворное влияние на активный верхушечный процесс, несмотря на то, что терапевтический успех искусственного паралича левой диафрагмы, значительно менее, чем справа, из-за давления сердца, мешающего поднятию ее вверх (Бродский).

Из Хирургического отделения Елабужской кантонной больницы.

К вопросу о лечении ожогов.

Е. Н. Аврова.

Поводом к написанию этой работы послужило наблюдение над 49-ю больными с распространенными ожогами, прошедшими за последние 3 года через заведываемое мною хирургическое отделение.

Из наблюдавшихся мною 49 случаев детей было 10 ч., остальные взрослые. Смертных случаев было 5, из них детей—2-е. Большинство ожогов (32) было причинено действием кипятка, остальные 17—пламенем при пожарах.

Стационарно лечились исключительно случаи тяжелые. Первой степени было 12, с распространением от $\frac{1}{3}$ и более $\frac{2}{3}$ поверхности тела с одним смертным случаем; второй степени было 30, с распространением от $\frac{1}{10}$ и более $\frac{2}{3}$ с 2-мя смертями; 3-ей степени—7 чел., с распространением от $\frac{1}{15}$ -й до $\frac{1}{3}$ с двумя смертями.

Что касается патологии ожогов, то за последнее время, благодаря главным образом американским авторам, знания наши значительно расширились. Так, Weiskotten доказал, что в случаях распространенных ожогов надпочечники увеличиваются в весе в 3 и даже в 5 раз, а содержание эпинефрина в них становится низким или даже совсем отсутствует. Olbricht обнаружил в надпочечниках людей и животных при распространенных ожогах резкие анатомические изменения, состоящие в интенсивной гиперемии и экхимозах, уменьшении или даже полном исчезновении хромафинового вещества и липоидов в зависимости от распространенности ожога и возраста больного, более резко выраженные у детей. Он подчеркивает, что надпочечники представляют тот же характер изменений, как и при анафилактическом шоке и интоксикации пептонами, приписывая эти изменения токсическому действию от разложения протеинов в обожженных тканях. Интересная работа Greenwald'a указывает, что у кроликов причина смерти от ожога может быть разделена на два стадии: 1-й начальный стадий, зависящий от шока и сопровождающийся высоким содержанием сахара в крови в зависимости от гиперфункции надпочечников и 2-й стадий, зависящий от дегенеративных изменений в них; из этого ясно, что применение адреналина, уместное во второй стадии, противопоказано в 1-й.

Garrington и Rack указали, посредством определения гемоглобина, на увеличенную концентрацию крови. Они нашли, что при распространенных, хотя бы и поверхностных ожогах, кровь становится высококонцентрированной, и считают, что степень концентрации крови может служить показателем общего состояния пациента. Davidson и Mathew объясняют эту концентрацию крови увеличенной проницаемостью капилляров. Чрезвычайная концентрация крови требует обильного введения жидкостей всеми путями. Кроме этого Davidson указывает также на понижение в крови хлоридов, которое пропорционально количеству поврежденных тканей.

Отчасти на основании изучения литературы, частью же на основании собственного опыта, мною выработан и проводился такой план лечения: при распространенных ожогах больные представляют картину первичного шока, подобно шоку хирургическому; у них отмечается притупление чувствительности, холодная влажная кожа, субнормальная ректальная температура, неправильное поверхностное дыхание, быстрый нитевидный пульс и очень низкое кровяное давление. С целью борьбы с первичным шоком мною назначался морфий в дозах достаточных, чтобы блокировать боль; применялось введение больших количеств жидкостей в виде клизмы или подкожно.

Через сутки и позднее до 14 дня появляются симптомы токсического шока от всасывания распада протеинов. Температура повышается, пульс частый, больной бывает сонливый или в бреду, частая рвота, и в этом стадии может наступить смерть. Здесь приходится принимать меры с целью обезвредить токсины или по возможности их удалить. С этой целью лечения токсемий я вводил большие количества от 4—5 литров хлористого натра в виде вливания в вену, подкожно и в клизмах, раствор соды давался через рот. Все это устраняет повышенную концентрацию крови и повышает содержание хлоридов. С целью борьбы с недостаточностью надпочечников назначался адреналин.

Многие, особенно американские авторы, советуют переливание крови. Так, Richl в 1921 г. сообщил о переливании в 32-х тяжелых случаях ожога; 10 слу-

чаев, которые по тяжести представлялись безнадежными — выздоровели; в 11 случаях была продлена жизнь. Davidson также делал переливание крови с успехом в тяжелых, почти безнадежных случаях. Это переливание должно быть сделано по возможности до появления шока. Если же шок развивается, оно должно быть повторено. Благодаря условиям местной работы, я в широких пределах не мог пользоваться переливанием, но в 3-х очень тяжелых случаях я все же его применил, в 2-х случаях с очень благоприятным результатом.

В целях борьбы с местной токсемией Davidson в 1925 г. предложил танин, как фиксирующее ядовитые вещества в обожженных тканях. Обожженная область должна быть возможно рано покрыта марлей, смоченной в 2½% свежеприготовленном водном растворе танина. Марля должна быть оставлена сутки или более, пока поверхность ожога не покроется буровой корочкой и не будет суха. Я это лечение танином проводил систематически и во всех случаях вынес от него очень благоприятное впечатление.

После этого ожог лечится открыто в теплом воздухе, подогреваемом электрическими лампами. Полезно орошение поверхности ожога теплым раствором борной кислоты, соды или физиологическим раствором.

Некоторые советуют применять гипертонические растворы с целью извлекать токсины в повязку. Так, Wilson применял раствор хлористого натрия и глицерина, а позднее насыщенный борный раствор, часто меняя повязки. Robertson и Boyd употребляют насыщенный раствор соды.

При лечении ожогов надо помнить, что ожог есть рана, а поэтому все антисептические и асептические требования должны быть соблюдены. Сильно антисептических надо избегать и лучше применять ирригации слабым раствором марганцево-кислого калия, борным или физиологическим. Пузыри должны быть вскрыты сбоку; эпидермис их должен быть сохранен как закрытие гранулирующей поверхности; гранулирующая поверхность перевязывается разного рода мазями, как-то: борной, ксероформной и др., а для устранения боли хорошо применять мазь с фенолом.

Более быстрая эпителизация на поверхности ожога происходит под парафином, который способствует образованию меньшего рубца. В последнее время Frist рекомендовал комбинацию желатины с формальдегидом, которая образует на поверхности ожога резиноподобное вещество. На больших поверхностях, где можно ожидать контрактур, как в подмышечной и подколенной ямках, приходится прибегать к пересадкам по Тиршу.

Из всего вышеизложенного я позволю себе сделать следующие выводы: распространенные ожоги (от 10% и больше поверхности тела) должны быть лечимы, прежде всего, от шока морфием, помещаемы в теплую среду, обильным применением жидкости и, где возможно, переливанием крови.

Повязка из марли, смоченная 2½% раствором танина, должна быть наложена возможно рано и оставлена в течение суток или более до получения дубления обожженной кожи, после чего лечение производится открыто в среде теплого воздуха, с применением орошений теплыми растворами борной кислоты или соды. В этой стадии показано назначение адреналина, обильное введение жидкости и повторное переливание крови. Когда струп отпадает, для облегчения эпителизации назначается повязка с мазями — борной и др.

Из Верхне-Хавской больницы Воронежск. окр.

Редкий случай конкремента в брюшной полости.

Д-ра М. Е. Седых.

(С 2 рис.).

При операции паховой грыжи мне пришлось натолкнуться в брюшной полости, близ внутреннего пахового канала на инкапсулированный конкремент величиною с гусиное яйцо (см. фотографии). Вследствие интереса случая сообщаю кратко историю болезни.

Л. Г., 50 л., крестьянин, поступил в больницу 30. I. 29 г. с правосторонней паховой грыжей. Больной — мужчина среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания, ничем, по его словам, ранее не болел; о детских инфекциях

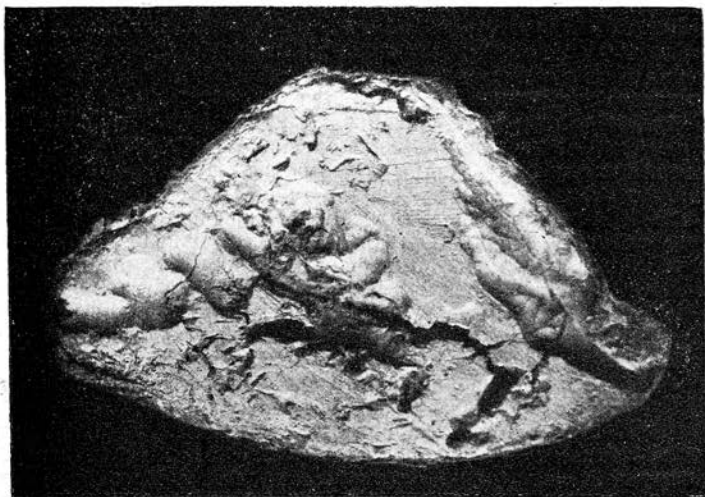
ничего не сообщает. Грыжа была им обнаружена три года назад. 31. I. 29—грыже-сечение под спинномозговой анестезией повосап'ом. По вскрытии грыжевого мешка, при исследовании брюшной полости пальцем был обнаружен конкремент, который был окружен спайками в виде тяжей длиной от 8—10 см. с близь находящейся стенкой брюшины у пахового канала. По отделении спаек конкремент



Общий вид.

был извлечен чрез паховое отверстие грыжевого мешка. Заживление рег ргмаш. Больной выписан 10. II. 29 г.

Выделенный конкремент — белого цвета (как мел), весом 69,8 гр. Длинной 8 см., шириной 6 см., толщиной 4 см.; неправильной формы, напоминающей мор-



Распил.

скую раковину. При распиле в продольном направлении обнаружено следующее: в одной из половин конкремента имеется продолговатое жгутообразное вещество, окаменевшее, темно-коричневатого цвета, длиной 6 см. и в диаметре поперечного сечения $1\frac{1}{2}$ см. Вокруг этого вещества отложена известковая масса в $1\frac{1}{2}$ см. толщиной. Все пространство другой половины выполнено известковой массой

толщиной в 4 см. Для дальнейшего исследования конкремент направлен в патолого-анатомический институт Казанского государственного университета, где при гистологическом исследовании вещества жгутообразной массы обнаружена фиброзная ткань и следы жировой в виде сетки. Ясно выраженных жировых капель и эластических волокон не наблюдается.

Таким образом, повидимому, мы имели дело с салником, вероятно перекрутившимся, отшнуровавшимся, и вторично, как инородное тело, обызвестившимся.

В литературе известны случаи обызвестления инородных тел, напр., хирургического инструментария, оставленного в брюшной полости во время операции, ваты, тампонов, эхинококка, окаменение плода, умершего и остающегося долго в организме матери, напр., при внематочной беременности т. наз. lithopaedion и проч.

Что касается данного нашего случая, то в доступной нам литературе подобных случаев мы не нашли.

Из Маркштадтской б-цы А.С.С.Р. Немцев Поволжья.

Случай тромбоза брыжейки подвздошной кишки, излеченный резекцией.

Врача Т. А. Грасмик.

Больной Б., 34 лет, доставлен в Маркштадтскую больницу 21/XII 27 с сильнейшими болями внизу живота и рассказал следующее. В ночь с 18 на 19 декабря больной в компании пьянствовал, под утро у него вышла грыжа, на что он вначале не обратил внимания, грыжа выходила и раньше и спускалась в мошонку (была величиною с гусиное яйцо). В конце концов появились явления ущемления и сильные боли. Больной попытался сейчас же вправить грыжу, но она не вправлялась и он поехал домой за 50 верст. По дороге пациент производил опять, повидимому, весьма энергичные попытки вправления грыжи, которую в конце концов ему удалось вправить (часов через 6—7 после ее ущемления). Грыжа вправилась, с большим шумом, но боли не проходили. По приезде домой рвота стала реже, но боли стали сильнее, на следующее утро произвольный стул, прослабило в течение дня раз 5—6. Еще через сутки больной доставлен в б-цу. Тяжело больной на вид, он вошел в б-цу с чужой помощью; боли очень сильные вокруг пупка, в пояснице и внизу живота, рвоты больше нет, пульс частит, дыхание грудное. Живот вздут, напряжен, имеется правосторонняя пахово-мошоночная грыжа—пустая и не болезненная, грыжевые ворота расширены. При ощупывании резко выраженный defense musculaire, в особенности внизу живота; перкуторно и пальпаторно определяется ограниченный перитонеальный процесс на палец ниже пупка, влево притупление спускается к подвздошной ости, вправо спускается сначала книзу, но в области слепой кишки притупление поднималось кверху. При первоначальном осмотре диагноз склонялся в сторону ограниченного перитонита. Пульс частый, плохого наполнения. Вскоре больного прослабило несколько раз подряд, стул дегтеобразный с примесью крови. Все эти симптомы навели нас на мысль, что перед нами инфаркт кишки на почве бывшего ущемления или может быть тромбоза сосудов брыжейки. Операция через 64 часа после начала заболевания. Наркоз эфирно-атропин-морфий. Разрез ниже пупка. Когда дошли до брюшины, через брюшину просвечивала кровь; по вскрытии брюшины излилось значительное количество кровянистой жидкости без запаха и показало несколько багрово-красных кишечных петель; в брюшной полости—сращения. Кровянистая жидкость удалена по возможности вся тампонами; извлечена большая кишка, причем спайки нарушены, на пристеночной брюшине толстые фибриновые наслоения. Извлеченная кишка оказалась нижним отрезком подвздошной кишки, багрово-красного цвета, местами почти черная, отечная, местами покрыта отложениями фибрина; по снятии фибриновых налетов обнажена стенка кишки с омертвевшими участками с горошину, рассеянными по кишке. Брыжейка, прилежащая к кишке такого же цвета, припухшая, но у корня брыжейка имеет нормальный вид. В пораженных частях пульсации нет. Подвздошная кишка поражена от 7—8 ст. от слепой кишки вверх на 9 четвертой, переход в здоровую кишку нерезкий, никаких признаков ущемления в форме странгуляционной полосы ни на кишечнике ни на брыжейке нет. Толстые кишки полны крови. Тремя лигатурами перевязана брыжейка у корня, дополнительная перевязка отдельных сосудов, резекция тонкой кишки с пораженной брыжейкой, соединение конец в конец. С брюшины удалены все фибриновые

наслоения. Шов брюшной стенки наглухо. Приблизительная длина резецированной кишки 160—170 см. Послеоперационное течение. После операции больной спал с перерывами почти двое суток. Перистальтика хорошая, мучили газы, несколько сифонных клизм. На 3-й день катарральная двухсторонняя пневмония, разрешившаяся в течение недели. Стул с 3 дня жидкий, раз 5—6 в ночь и 2—3 раза днем. Через 2 недели выписан, слабит 3—4 раза в сутки, самочувствие прекрасное. Через 2½ месяца являлся для операции паховой грыжи. При домашней крестьянской пище понос. При диете число испражнений сокращается до 2-х—3-х.

Тромбоз сосудов брыжейки тонкой кишки—заболевание редкое и еще реже случаи выздоровления от этого заболевания. Плохой прогноз зависит главным образом от тяжести основного заболевания: застой на почве заболевания сердца, артериосклероз. Диагностика в острых случаях почти невозможна, в затяжных случаях диагноз выясняется благодаря типичной картине кишечного инфаркта, так ясно выраженного в нашем случае, но у нас инфекция на почве очагового омертвления кишечной стенки вызвала местный перитонит.

Случай наш интересен в этиологическом отношении. У вполне здорового человека развился тромбоз брыжейки, вероятно, на почве травматизации ее при попытках вправления выпавшего в грыжу кишечника. Маловероятен первичный некроз кишки на протяжении более 1½ метра при ущемленной грыже с гусиное яйцо (заявление больного) с последующим тромбозом сосудов. И, кроме того, ни на кишке, ни на брыжейке не было следов ущемления, и переход от нежизнеспособной кишки к нормальной был нерезкий. Травматизация брыжейки кишки, как можно было судить по рассказу больного, была значительная.

Из Физиотерапевтической клиники Государств. ин-та для усоверш. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Заведующий—проф. Г. А. Клячкин).

Лечение кожных болезней кварцевой лампой системы Баха¹⁾.

Д-р Я. В. Хорош.

Лечение светом в дерматологии ведет свое начало от Финзена, метод которого получил широкое распространение. Аппарат Финзена нашел себе применение, главным образом, при лечении туберкулеза кожи и особенно lupus vulgaris, где получаются положительные результаты. Но дороговизна аппарата и сложность его вызвали попытку использовать для лечения другие источники света. Из числа последних в настоящее время большим успехом пользуется ртутно-кварцевая лампа, нашедшая себе применение при лечении многих болезненных процессов, в том числе и болезней кожи. На Западе свет кварцевой лампы применяется многими дерматологами (Kromayer, Jesionek, Schmidt, Nagelschmidt, Stümpke, Hümpfriss, Lancaschir, Castle, Sibley) при следующего рода кожных болезнях: alopecia areata, lupus vulgaris, acne vulgaris, acne rosacea, eczema, furunculosis, dermatitis и др. В русской дерматологической литературе, насколько нам известно, по вопросу о применении кварца имеются лишь немногочисленные наблюдения. Наша клиника, имея значительный материал по лечению ртутно-кварцевой лампой, главным образом при заболеваниях нервной системы и внутренних органов, располагает также некоторым материалом, правда пока немногочисленным, и в области болезней кожи.

Лечебное значение ультрафиолетовых лучей при кожных заболеваниях заключается в легко вызываемой ими фото-химической реакции, в виде эритемы, гиперемии и экссудации, т. е. воспалительной реакции, которой добиваются дерматологи для лечения большинства хронических заболеваний кожи.

Всего под нашим наблюдением было 69 случаев: alopecia areata—36, trichophytia capitis et onychomycosis—8, acne vulgaris—8, furunculosis—1, lupus vulgaris—4, lupus erythematodes—3, eczema squamosa diffusa—5, ulcus cruris—3 и dermatitis herpetiformis (Dühring'a)—1. Все больные направлялись на лечение и проводились консультативно с представителями нашей кожной клиники.

Из всех перечисленных заболеваний наиболее положительные результаты мы получили при alopecia areata. Эти результаты сказались и на притоке к нам больных с названным заболеванием. В 90% случаев alop. areatae нами получено

¹⁾ Доложено на 1-м Поволжском съезде дерматологов и венерологов (1926).

полное излечение, в остальных 10% наблюдалось значительное улучшение. Нужно только отметить, что в первой группе были случаи рецидивов, но очаги гнездных выпадений были новые. Что касается второй группы, то обычно в случаях многочисленных очагов выпадения рост волос шел интенсивно и заканчивался полным восстановлением на участках более поздних, на участках же, с которых начался процесс, полного роста добиться не удавалось. Здесь вырастали лишь слабо пигментированные волосы или часто даже пушковые. Несколько особенно удачных случаев излечения, где у больных в течение нескольких лет было полное облысение, а после курса лечения появились густо растущие нормально пигментированные волосы, были мною продемонстрированы в одном из научных заседаний врачей Института. Нужно добавить, что большинство наших больных с *alop. areata* пользовались раньше медикаментозным лечением безуспешно или с самым незначительным результатом.

Следующим заболеванием, бывшим под нашим наблюдением, были *trichophytia*. И здесь светолечение дало нам благоприятные результаты. Особенно быстрый и хороший эффект мы имели при лечении упорных случаев *onychomycosis*'а. Только один случай *trichophytiae capitis* с глубоким поражением остался неизлеченным. Наши результаты лечения поверхностных *trichophytia* не совпадают с результатами большинства авторов (в том числе и *Jesionek*'а). Только *Stimpke* и *Рудницкий* говорят о положительных эффектах при поверхностных трихофитиях.

Успешные результаты дало нам лечение *acne vulgaris* и *furunculosis*'а. В одном нашем случае вся спина больного была покрыта acne; на обеих ягодицах были большие, плотные фурункулы. После 12 сеансов кварца acne почти все исчезли, фурункулы вскрылись и зажили.

Из 4-х больных с *lupus vulgaris* у одного больного, находившегося в стационарном отделении нашей кожной клиники, у которого были поверхностно расположенные узлы на шее, около уха, в углу рта и около кистей рук, последовало исчезновение узлов и появление нежных рубцов. Больной вернулся к своей работе (молотобоец в кузнице). Но через год он явился с рецидивом. Новый курс лечения, который протекал благоприятно, закончить не удалось ввиду закрытия клиники. Остальные 3 случая застарелого *lupus*'а, с глубоко расположенными узлами, лечились безуспешно, что как раз соответствует указаниям авторов. Только Кильская кожная клиника сообщает о хороших результатах лечения кварцем во всех случаях *lupus*'а.

Что касается случаев *lupus erythematoses*, то ни в одном из них мы не могли добиться удовлетворительного результата, что также совпадает с указанием большинства авторов. Лишь некоторые, как *Рудницкий*, приводят случаи успешного лечения.

Сравнительно удовлетворительные результаты мы имели при лечении *eczema squamosa diffusa*. Из пяти случаев только в двух последовал рецидив.

3 случая *ulcus scuris* протекали так: 1 сл.—больная с сомнительным в смысле *lues*'а анамнезом (неоднократные исследования на *R. W.* отрицательны) имела язвы на голених в течение трех лет. Один курс специфического лечения (ртуть-сальварсан) и различное медикаментозное лечение не оказали никакого воздействия на процесс; гноящиеся, зияющие язвы остались. Назначен кварц. После 3-его сеанса освещения началась грануляция. После 17-ти сеансов язвы затянулись нежным рубцом. Второй случай:—больной с большими язвами на голених, почти с полной атрофией мышц нижних конечностей. В данном случае диагноз склонялся к *trichophytia profunda* (бактериоскопически установить не удалось). Больной доставлялся из кожной клиники на носилках. После 25 сеансов энергичного лечения кварцем язвы зажили, больной в состоянии стал владеть ногами, и значительно улучшилось общее состояние. 3-ий случай: раньше лечился безуспешно, при кварцевой же терапии получился хороший результат.

При лечении единственного случая *dermatitis herpetiformis Dühring*'а мы получили успешный результат, что и было своевременно отмечено демонстрировавшим этот случай клиницистом-дерматологом.

Малочисленный материал, имевшийся в нашем распоряжении, не дает нам права делать какие-нибудь определенные выводы. Только дальнейшие, более многочисленные наблюдения, быть может, дадут нам возможность прийти к определенным заключениям о влиянии ультра-фиолетовых лучей на некоторые болезненные процессы кожи.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

К учению о „женском половом гормоне“.

Д-ра А. И. Сигалевича.

Если до сего времени с достаточной определенностью не выяснены функции отдельных элементов яичника и не вполне ясен еще механизм действия его внутренних секретов, то все же в настоящее время накопился значительный фактический материал, дающий возможность несколько охарактеризовать внутреннюю секрецию яичников в их влиянии на органы полового аппарата и на весь организм женщины. В яичнике зрелой в половом отношении женщины для внутрисекреторной функции его могут иметь значение три образования: желтое тело, фолликулярный аппарат и интерстициальная железа. Временное возникновение желтого тела, в виде *corpus lut. menstruationis* и длительная персистенция его во время беременности в виде *corpus lut. graviditatis* уже давно привлекали внимание многих исследователей и указывали на его функциональное значение. После того как Vogt и Pregant высказали взгляд, что желтое тело является железой с внутренней секрецией, этот вопрос стал разрабатываться целым рядом исследователей. В настоящее время, на основании имеющегося в литературе большого количества экспериментальных данных, добытых как на животном, так и на человеческом материале, можно указать на некоторые положения, которые являются более или менее общепризнанными.

I. Зависимость секреторной стадии слизистой оболочки матки от инкреторного влияния желтого тела, причем расцвет последнего соответствует „предгравидной“ стадии эндометрия, а регрессивные изменения его совпадают с «менструальным некрозом» эндометрия (Schröder, R. Meyer, Watrin, Margschall, Loeb, Paranicolaou, Скробанский и другие).

II. Желтое тело своими гормонами препятствует новому созреванию фолликулов, обеспечивая, таким образом, правильность всего полового ритма (Pregant, Graenkel, R. Meyer, Biedl, Завадовский, Сахаров, Haberlandt, Knaus, Allen и Doisy и др.).

III. Гормоны желтого тела оказывают протективное влияние на яйцо и матку в первую половину беременности. Удаление в это время желтых тел вызывает аборт (Graenkel, R. Meyer, Biedl и др.). Есть основание думать, что указанными функциями не ограничивается значение желтого тела. Так, имеются указания на способность желтого тела оказывать влияние на рост грудных желез, лактацию (Ansel, Fellner, Herrmann, Белов), на обмен веществ, на кровяное давление и ритм сердечных сокращений (Белов, Гамбаров, Соловьев) и на целый ряд других функциональных проявлений, каковых Сердюков мог насчитать в соответствующей литературе—19, а Mulon даже 26.

Что касается фолликулярного аппарата, то исследования R. Schröder'a, R. Meyer'a и C. Ruge и др. показали, что послеме́нструальная регенерация слизистой матки идет параллельно развитию фолликула. Отсюда многие авторы заключают, что трофические влияния на слизистую оболочку матки до образования желтого тела исходят от зреющего фолликула. С наступлением же овуляции, дальнейшие изменения слизистой матки зависят уже от инкреторного влияния желтого тела. С этим вполне согласуются и новейшие наблюдения Zondek'a и Aschheim'a. Эти авторы, при помощи вагинальной реакции на кастрированных мышах, установили, что и зрелые фолликулы и *corpus lut. menstruationis* в периоде расцвета и *corpus lut. graviditatis* дают одинаковый биологический эффект.

Большое внимание исследователей за последние 20 лет привлекли своеобразные клетки стромы яичника, совокупность которых получила название «интерстициальной железы». После Limon'a, Bouin'a и Ansel, первых, высказавших взгляд, что интерстициальная железа является железой с внутренней секрецией, было произведено много исследований, направленных к выяснению гистогенеза и функции этих образований. Если в вопросе о гистогенезе интерстициальных клеток яичника мнения большинства авторов (Seitz, Lipschütz, Limon, Bouin, Ansel, Biedl, Улезко-Строганова и др.) сходятся на том, что эти образования соединительно-тканного характера, исходящие из клеток тесис интер-

нае атретических фолликулов, то в вопросе об их функциональном значении встречается целый ряд противоречивых взглядов. Наряду с некоторыми авторами (L. Fraenkel, R. Meyer, Retterer, Gley, Гамбаров, Завадовский, за последнее время и Воронов и др.), отрицающими за интерстициальной железой значение эндокринного органа, имеется целый ряд авторов, которые считают интерстициальную железу самостоятельным образованием со специальной эндокринной функцией. Особенно это мнение отстаивает Steinach, от которого интерстициальная железа получила название „пубертатной“; он приписывает интерстициальной железе влияние на половое влечение, на цикличность процессов женского организма, на развитие вторичных половых признаков и т. п. Но тот факт, что высшего своего развития интерстициальная железа достигает во время беременности, именно в тот момент, когда начинается обратное развитие желтого тела и, далее, сильное развитие ее у животных, не имеющих периодических желтых тел, заставляет многих авторов признать функциональную связь между желтым телом и интерстициальной железой. Zondek и Aschheim, на основании своих исследований гормонообразовательной функции отдельных элементов яичника, приходят к выводу, что „фолликулы, менструальное желтое тело, в периоде расцвета, желтое тело беременности и атретические фолликулы беременности продуцируют одинаковый гормон“.

Здесь уместным будет поставить вопрос, что является *primum movens* в ритме половых функций женского организма. Господствующим мнением до последнего времени считалось мнение о первенстве в этом ритме яйцевой клетки; от ее жизни зависит желтое тело, последнее, с своей стороны, препятствует новой овуляции. И только тогда, когда яйцо, вследствие неоплодотворения, погибает, желтое тело подвергается обратному развитию, происходит новое созревание яйца, новая овуляция. Первенство яйцевой клетки в этом ритме формулируется R. Meyer'ом следующим образом: „нет функции желтого тела без зреющей яйцевой клетки, нет функции слизистой оболочки матки без *corpus luteum*“. За последний год этот вопрос вызвал горячую дискуссию благодаря интересным работам Zondek'a и Aschheim'a, направленным к выяснению роли в половом ритме гормона передней доли гипофиза. Эти авторы, впрыскивая экстракты, полученные из передней доли гипофиза или имплантируя кусочки из соответствующей части этого органа неполовозрелым мышам, могли наблюдать у последних увеличение фолликулов, созревание яиц и образование желтых тел. Косвенным путем, благодаря искусственному, преждевременному созреванию яичников, ускорялось также и развитие полового канала. Такие же результаты на крысах, при имплантации им передней доли гипофиза, получил и Smith. Это подтверждает своими опытами Biedl. Zondek и Aschheim, на основании своих исследований, пришли к заключению, что гормон передней доли гипофиза является „мотором“ половой функции, первичным гормоном, а яичниковый—вторичным. По их мнению „гормон передней доли гипофиза приводит в действие фолликулярный аппарат, вызывает созревание фолликулов и мобилизует вторично в фолликулярных клетках яичниковый гормон; последний действует уже специфически на матку и влагалище. Яйцо при этом не играет главной роли, оно не вызывает продукции гормонов“. Последнее высказанное ими мнение о роли яйца в продукции гормона они подтверждают опытами Schubert'a и Parkes'a. Эти авторы, освещая яичники неполовозрелых и взрослых животных (мышей) большими дозами рентгеновских лучей, и, вызывая таким образом полное, гистологически доказанное уничтожение яиц, могли отметить, что цикл течки не нарушался и правильно продолжался в течение еще долгого времени после опыта. Следовательно, продукция яичникового гормона является возможной и без существования яйца. С другой стороны, Zondek и Aschheim своими собственными опытами доказали, что яичниковый гормон, в свою очередь, не вызывает созревания яиц. Вводя парентерально инфантильным мышам „Follikulin“, они во всех случаях могли вызвать у них во влагалище и матке явления течки, но в яичнике при этом не находили ни одного зрелого яйца. Отсюда эти авторы отрицают первенство яйцевой клетки и полагают, что яичниковый гормон и яйцо регулируются в своих функциях гормоном передней доли гипофиза. Сообщение Zondek'a по этому вопросу на 20-м съезде немецкого гинекологического общества в 1927 г. в Бонне вызвало горячую полемику. Часть авторов, в частности R. Meyer, придавая большое значение экспериментам Zondek'a и Aschheim'a и не отрицая трофического влияния передней доли гипофиза на яичник, предостерегают все же от определенных выводов, т. к. считают еще не доказанным существование в передней доле гипофиза т. наз. „мотора“ половой функции.

Наблюдения над изменениями, наступающими в женском организме при полном или частичном выключении функции яичников (кастрация в разные периоды жизни, климактерий, инфантилизм) показывают, что многие важнейшие жизненные процессы в женском организме находятся, известным образом, под воздействием внутренней секреции яичников. Влияние яичниковых гормонов на развитие половых органов, на общий обмен веществ, на вегетативную нервную систему, на психику, на другие эндокринные железы признается в настоящее время многими авторами. Возникает только вопрос:—играет ли внутренняя секреция яичников во всех этих влияниях доминирующую роль, или она осуществляет свои влияния во взаимодействии с другими эндокринными железами, при посредстве нервной системы и других физико-химических приспособлений организма. Чрезвычайно важную роль играет внутренняя секреция яичников и в области патологии женского организма. Целый ряд патолого-анатомических изменений и функциональных расстройств, наблюдаемых в половой сфере и во всем организме женщины, может быть поставлен в связь с теми или иными нарушениями внутрисекреторной деятельности яичников. Известно, что при понижении или выключении функции яичников можно встретить в половой сфере разнообразные явления,—как инфантилизм, атрофию матки, и целый ряд таких функциональных расстройств, как аменорея, олигоменорея, бесплодие и др. Всем знакомы в этих случаях жалобы больных на душевное угнетение, ослабление памяти, отсутствие полового влечения, также тягостные ощущения жара и озноба, головные боли, потливость, известные под названием „явлений выпадений“. Сюда относятся также и такие расстройства обмена веществ, как ожирение и, отмеченные многими авторами, поражения суставов в виде так назыв. „arthropathia ovaripriva (Menge, Novak, Fliegel и Straus).

Чрезмерное проявление внутрисекреторной деятельности яичников также может вести к целому ряду изменений в половом аппарате женщины. Сюда относятся некоторые случаи мено- и метроррагий, бели, а по мнению многих авторов и в этиологии фибромиом не последнее место занимает гиперфункция яичников. Из других патологических состояний женского организма, находящихся пока еще не в совсем ясной для нас связи с нарушениями внутренней секреции яичников, можно указать на дисменорею, остеопороз, хлороз, неукротимую рвоту беременных, истерию, эпилепсию и др. Все вышеизложенное достаточно убедительно доказывает, насколько актуальным является вопрос о рациональной терапии патологических состояний, зависящих от расстройств внутренней секреции яичников. В этом отношении, уже с давних пор, в связи с развитием эндокринологии, намечались два пути:—пересадка яичников и лечение эндокринными препаратами их. Пересадка яичников, в особенности в форме ауто- и гомотрансплантации, дают иногда, в случаях приживления, довольно стойкий гормонально-стимулирующий эффект. Об удачных пересадках такого рода, с хорошими функциональными результатами, сообщали в разное время Morris, Brewitt, Martin, Pankow, Kroenig, Tuffier, Bumm, Sippel, Лукашевич и ряд других авторов. Некоторые авторы (Halliday, Sippel, Croom и Lee) после удачной трансплантации могли наблюдать наступление беременности и даже нормальные роды. Но, несмотря на сравнительно хорошие результаты, получаемые многими авторами от пересадки, область применения ее останется всегда ограниченной. С одной стороны, в силу возможных гуморальных и клеточных особенностей воспринимающего организма и трансплантата—наличие в организме реципиента органоспецифических противотел, гемоагглютинационные свойства кровяной сыворотки его, антигенные свойства самого трансплантата—пересадка в целом ряде случаев обречена на неудачу. С другой стороны, этот вид терапии встречает и ряд технических затруднений. Во-первых, он недоступен широкому кругу врачей, т. к. пересадка, являясь, правда, операцией несложной, все же требует соответствующей хирургической обстановки. Получение материала для гомотрансплантации встречает особые затруднения, т. к. для этого вида пересадки требуются полноценные яичники здоровой женщины. Правда, гетеротрансплантация избавляет нас от последнего рода затруднений, но этот вид пересадки дал хорошие результаты в руках только немногих авторов. О положительных результатах при гетеротрансплантации сообщают Воронов и Dartigues, Висюра, Лукашевич, Сердюков, но данные этих авторов не получили еще общего признания. Из сказанного о пересадках мы можем заключить, что практическое применение этого метода в настоящее время еще невелико. Что касается другого метода—лечения вытяжками и экстрактами из яичников, то уже одно обилие предложенных

в разное время различных приготовленных эндокринных препаратов яичника достаточно указывает на то, что ни один из них не обладает более или менее верным специфическим действием. Этим объясняются и те разнообразные и подчас противоречивые выводы, к которым пришли в своих клинических и экспериментальных наблюдениях различные авторы, работавшие с овариальными экстрактами и вытяжками. Если некоторые авторы (Груздев, Окинчиц, Микертчянц, Proshownik и др.) и видели успех от применения яичниковых препаратов, то этот эффект, по мнению многих авторов, не стойкий, скоропреходящий и зависящий, может быть, не столько от имеющегося в препарате специфического гормона, сколько от побочных примесей в нем. Малоценность этих препаратов, указываемую целым рядом авторов (у нас Сердюков, Гамбаров, Брауде), мы также могли подтвердить на основании наших клинических наблюдений над 36 больными, леченными различными продажными овариальными препаратами.

В новый этап развития вступил вопрос об овариально-эндокринной терапии с тех пор, как была открыта биологическая реакция, позволяющая судить о специфичности и активности изготавливаемого препарата. В свете этих новых знаний мы получаем также и некоторый ответ на вопрос, — почему все, имевшиеся в продаже до последнего времени овариальные препараты, в большинстве случаев оказались мало действительными. С одной стороны, как полагают некоторые авторы (Zondek и Aschheim), овариальный гормон, будучи связан с липоидами, которые являются для него растворителем, растворяется в воде только при условии, если нарушена связь его с липоидами, для чего последние должны быть подвергнуты специальной обработке (воздействию HCl, ацетона, омылению и т. д.). Этим они и объясняют, что наиболее распространенные в продаже, схематически приготовленные водные экстракты яичников содержат очень мало гормонально-специфических веществ. Многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями эти авторы могли подтвердить правильность своих взглядов. С другой стороны, методы, которыми пользовались различные авторы для испытания специфичности изготавливаемых препаратов, оказались ненадежными, т. к. и другие вещества вызвали подобные же явления. В разное время предлагались различные объекты контроля: обмен веществ, сокращение кишечной мускулатуры, гиперемия половых органов, замедление сокращений изолированной матки, рост половых органов и др. Последний Testobject (нем. авт.) рост половых органов — считался до последнего времени многими авторами достаточно специфичным для яичниковых экстрактов (Hermann, Faust, Uhlmann, Binz и Trivino, Iscovesko, Fellner и др.). Но, как показали исследования Zondek'a и Robinson'a, влияние на рост оказывают также и экстракты гипофиза и зобной железы, яичек и даже парэнтеральное введение белка и гистамина. Отсутствие, таким образом, верного и общепризнанного критерия для суждения о специфичности и активности овариальных препаратов невольно толкало многих исследователей на новые изыскания в этой области. И только за последнее время, благодаря работам Stockard'a и Paranicolaou, был найден новый биологический объект. Еще в 1893 г. Latasté, позднее Retterer и Moreau сообщили о циклических изменениях в эпителии слизистой оболочки влагалища у грызунов, зависящие от процессов созревания фолликулов в яичниках. Наблюдаемые им во влагалище изменения Latasté назвал «вагинальным ритмом». В 1907 г. эти факты были подтверждены Königstein'ом. Работы указанных авторов, представляя безусловно большой теоретический интерес, для практических целей, в частности для определения активности и специфичности овариальных препаратов, не могли иметь большого значения, т. к. в каждом отдельном случае приходилось подвергать гистологическому исследованию половые органы животного, чтобы, на основании отмеченных изменений, выяснить влияние испытуемого экстракта на половой цикл данного животного. И только в 1917 г., благодаря работам Stockard'a и Paranicolaou и введенным ими новым методам исследования, мы получили возможность проследить все циклические процессы полового аппарата на живом животном. Эти авторы доказали, что микроскопическая картина влагалищного секрета морской свинки в разное время различна и строго соответствует определенным циклическим изменениям во всем половом аппарате животного, т. е. взятый из вагины животного мазок дает полное представление о той стадии полового цикла, в которой находится в данный момент исследуемое животное. В дальнейшем, Long, Evans и Allen, работая на крысах и мышах, могли полностью подтвердить правильность полученных Stockard'ом и Paranicolaou результатов. Frei и Metzger обнаружили вагинальный цикл у ко-

ровы, по Wilson'у, он существует также у свиньи. У обезьяны его наблюдал Allen. Что же касается циклических изменений во влагалище женщины, то о них сообщает только Dierks, что, однако, другими исследователями (King, Sehnann, в новейшее время Emma Moser) не подтверждается.

На основе имеющихся по этому вопросу работ, также на основании наших собственных наблюдений (в связи с нашими исследованиями над действием овариолита, мы имели возможность проследить свыше 500 вагинальных циклов у белой мыши), картина циклических изменений в половом аппарате белой мыши представляется в следующем виде. Все эти изменения могут быть разделены на 4 стадии, соответственно 4 фазам овариального цикла. В стадии покоя (Dioestrus) мы находим в яичнике маленькие и средние растущие фолликулы, желтые тела предшествовавших циклов. Матка показывает на разрезе круглый просвет, сдавленные железы, низкий эпителий. Слизистая оболочка влагалища покрыта в это время одним рядом базального цилиндрич. эпителия, поверх которого располагается 1—2 ряда цилиндрич. слизистых клеток. Взятый в этой стадии мазок обнаруживает умеренное количество ядросодержащего эпителия, большое количество лейкоцитов и слизи. Эта стадия длится 2—3 дня и переходит в следующую стадию, соответствующую созреванию фолликулов — Pro-oestrus. В яичнике в этой стадии находят несколько больших фолликулов с полостями, растянутыми фолликулярной жидкостью. Матка показывает просвет с извилистыми контурами, высокий эпителий, довольно значительное количество желез. Покровный эпителий слизистой влагалища состоит из одного ряда базального эпителия, над которым располагается слой из 8—10 рядов полигональных клеток, обнаруживающих в своих верхних рядах кератогиалиновые зернышки. Самый верхний слой образуют 1—2 ряда не функционирующих слизистых клеток. Взятый в этой стадии мазок показывает исключительно ядросодержащие эпителиальные клетки. Эта стадия длится не больше одного дня и переходит в стадию течки (Oestrus). Последняя характеризуется нарастанием всех, отмеченных нами в предыдущей стадии, явлений. В яичнике происходит лопанье вполне созревших в это время фолликулов (овуляция). Матка значительно увеличена в своих размерах. Покровный эпителий слизистой влагалища состоит из 10—12 рядов полигональных клеток, расположенных на основном базальном слое. Верхние ряды полигональных клеток превращены в безъядерные ороговые клетки, отторгающиеся в большом количестве в просвет влагалища. Лейкоциты отсутствуют. Влагалищный секрет в этой стадии состоит исключительно из безъядерных, плоских, сильно окрашивающихся эозином клеток, которые немцы называют „Schollen“, или „Schuppen“ — чешуйки. Таким образом, стадия „Oestrus“ физиологически означает течку. Эта стадия длится 2—3 дня и переходит в следующую и последнюю стадию metaoestrus — стадию восстановления, соответствующую развитию в яичнике молодых желтых тел из лопнувших фолликулов. Матка уменьшается в своих размерах, просвет ее делается узким, кругловатым. Резкие изменения претерпевает в этой стадии слизистая оболочка влагалища. Ее слоистый эпителий, состоящий в стадии „Oestrus“ из 12 рядов, быстро разрушается инфильтрирующими его лейкоцитами. Разрушение идет вплоть до базального слоя, который, освободившись от располагающегося над ним слоя полигональных клеток, начинает вновь продуцировать слой слизистого эпителия. Мазок, взятый в этой стадии, характеризуется единичными безъядерными клетками — „Schollen“, незначительным количеством ядросодержащих эпителиальных клеток, а главное, обилием лейкоцитов.

Таковы циклические изменения, наблюдаемые в половом тракте нормальной, половозрелой, изолированной от самцов белой мыши. У кастрированной мыши подобные циклические изменения в слизистой и в содержимом влагалища не наблюдаются, но могут быть вызваны введением животному определенных веществ, содержащих овариальный гормон. Мазок, взятый у кастрированной мыши, напоминает картину „Dioestrus“. Этими особенностями влагалищного секрета кастрированной мыши авторы воспользовались для изучения функций яичника и получения активно и специфически действующих на половой аппарат веществ.

Allen и Doisy в 1923 г., пользуясь методом вагинальных мазков, впервые доказали присутствие в фолликулярной жидкости действующих начал яичника. Вводя парентерально фолликулярную жидкость, они вызывали у кастрированных крыс половой цикл. В дальнейшем ряд других авторов (Congier, Loewe, Zondek и Aschheim), экспериментируя на различных животных, подтвердили наблюдения Allen'a и Doisy. Наши собственные исследования

над белыми мышами тоже показали активность фолликулярной жидкости. Особенно интересны работы Zondek'a и Aschheim'a. Они имплантировали кастрированным мышам в мышцы бедра кусочки отдельных элементов яичника женщины и на основании полученного эффекта,—появления полового цикла—судили о гормональной природе имплантата. Эти опыты позволили им сделать вышеприведенные нами выводы. Этим же путем доказали, что яичниковый гормон не обладает видовой специфичностью, что гормон человека, птиц и млекопитающих оказывает одинаковое действие. Попытки некоторых авторов (Allen и Doisy, Frank, Zondek и Aschheim, Lange) вызвать половой цикл у кастрированных животных другими веществами и органомоноэкстрактами, не содержащими овариального гормона, не увенчались успехом. Наши собственные исследования в этом направлении со скипидаром, молоком, имплантацией кусочков ткани щитовидной железы и др. дали отрицательный результат. Отсюда можно заключить, что указанный „Testobject“ является высоко специфичным для яичникового гормона. Присутствие яичникового гормона в настоящее время обнаружено: в фолликулярной жидкости; в стенке созревшего фолликула; в атретических фолликулах яичника в первые 4-5 м-ца беременности; в желтом теле в первые 4 м-ца беременности; в плаценте с 5 м-ца беременности; в околоплодной жидкости; в крови беременных; в молоке в первые дни после родов; в моче беременных после 5 м-ца беременности. Все эти работы, имея высоко научный интерес, послужили одновременно базой для практических целей. Целый ряд исследователей, вооружившись новым биологическим контролем, занялись изготовлением высоко активных специфических экстрактов из яичника, стараясь выделить овариальный гормон в чистом виде.

Zondek'у первому удалось в 1925 г. получить, путем алкогольно-эфирной экстракции и омыления липидов яичника и плаценты, растворимый в воде гормон, который он назвал „Follikulin'om“. Почти одновременно получил водный раствор гормона Laqueur, который назвал его „Menformon“. R. Meyer также сообщает об изготовленном его сотрудником Raeth'ом, по его предложению, водном растворе гормона. По мнению R. Meyer'a, все указанные препараты по своему действию одинаковы, но ни один из них не представляет из себя еще химически-чистого гормона.

Из физико-химических свойств овариального гормона всеми авторами признается большая стойкость их к различного рода химическим и физическим агентам. Он полностью сохраняет свою активность при нагревании в воде до 250°, а в масле даже до 350°. Такую же стойкость проявляют они и к низким температурам. Они не поддаются действию крепких кислот и щелочей.

Из биологических действий, приписываемых этим препаратам, отметим, главным образом, влияние их на течку и рост половых органов. Zondek и Aschheim, Laqueur, Brougha и Simonnet, выпрыскивая их кастрированным и незрелым самкам, могли наблюдать у первых характерные явления полового цикла, а у последних—заметный рост половых органов, которые увеличивались в весе в 4—5 раз по сравнению с весом их у контрольных животных, причем сила действия их в этом отношении до того велика, что, например, 1,0 гр. сухого вещества, приготовленного Laqueur'ом «Menformon'a» содержит свыше 10000 «мышинных единиц». Zondek за одну «мышинную единицу» принимает наименьшее количество препарата, требуемое для вызывания течки у кастрированной мыши. Еще более активным оказался препарат, полученный Lipschütz'ем, которому удалось вызвать течку своим препаратом при разведении 1 на 10 миллионов, что дает основание этим авторам утверждать, что активность приготовленных ими препаратов уже близка к пределу. Steinach, Heinlen и Wiesnek, применяя овариальный гормон, наблюдали у старых самок, у которых до того долгое время отсутствовали половые циклы, не только возвращение течки, но и общее омоложение.

Что касается влияния их на обмен веществ, на кровеносную систему, грудные железы, на мужские половые органы, то произведенные в этом направлении экспериментальные исследования не дают еще возможности делать определенных выводов.

Касаясь терапевтического применения указанных овариальных препаратов в гинекологической практике, должен сказать, что за последнее время накопилось значительное количество клинических наблюдений довольно авторитетных исследователей, доказавших высокую активность и ценность этих препаратов. Brougha и Simonnet, также и Zondek, применяя эти препараты у кастрированных женщин, сообщают о случаях появления у последних менструаций с соответствующими

щими изменениями в слизистой оболочке матки и обнаружением в соскобе гликогена. О подобных же результатах, с восстановлением функционирующей слизистой оболочки матки, у женщин, страдавших аменореей, сообщают Joseph и Zondek. Вполне удовлетворительные результаты от применения этих препаратов получили Pratt и Allen при климактерических расстройствах. Особенно легко поддаются воздействию препаратов овариального гормона различного рода дисфункции у молодых женщин (Biedl, Daels, Joseph, Rissmann и др.). Большой интерес представляют сообщения Brougha и Simonnet о наблюдавшихся ими случаях беременностей леченных овариальным гормоном женщин, которые до того долгое время страдали бесплодием. Об успешном применении этих препаратов сообщает целый ряд других авторов (L. Fränkel, Ehrhardt, Hornung, Gräfenberg, Mürken). Но, несмотря на эффективность полученных многими авторами результатов от применения препаратов овариального гормона, было бы, однако, преждевременно переходить к окончательным выводам, т. к. этот вопрос находится пока еще в стадии экспериментальной разработки и накопления клинических наблюдений. Непрекращающиеся усилия научной мысли, направленные к исканию все новых и новых путей лечения овариальных эндокринопатий, указывают, что эта задача полностью еще не разрешена.

Литература: 1) Allen. E. Americ. journ. of. anat. 1922;—2) Белов. Рус. врач, 1910;—3) Белов. Glandula lutea и ovarium в экономии женского организма. Дисс. Харьков, 1911;—4) Biedl. A. Внутренняя секреция, 1914;—5) Брауде. Гинекол. и акуш., № 4—5, 1926;—6) Гамбаров.—Жур. ак. и женских бол., 1912;—7) Гамбаров.—Руководство по женск. бол. под ред. Кривского, 1927;—8) Dirlks. Arch. f. Gynäkol. 130. H. 1. 1927;—9) Fellner. O. Deut. m. Woch. № 40, 1924;—10) Fraenkel. L. Arch. f. Gyn. 91, 1910;—11) Fraenkel. L. Ztschr. für. Geb. und Gyn. 74, 1913;—12) Fraenkel. Zentr. f. Gyn. № 9, 1928;—13) Завадский. Б. Очерки внутренней секреции. 1928;—14) Haberlandt L.—Pflüger's Arch. Bd. 202. H. 1/2, 1924;—15) Haberlandt. L.—Münch. m. Woch. № 2, 1927;—16) Laqueur. E.—Deut. m. Woch. № 41, 1925;—17) Laqueur. Klin. Woch. VI, № 9, 1927;—18) Lipschütz.—Zentr. f. Gyn. № 46. 1925;—19) Lipschütz. Вестник эндокринологии № 1 (7), 1927;—20) Meyer. R.—Ber. über die ges. Gyn. und Geb. Bd. XIII, 241;—21) Loewe. S.—Zentr. f. Gyn. № 31, 1925; 22) Menge. Ibid. № 70, 1924;—23) Окинчиц.—Журн. акуш. и жен. бол., 1911;—24) Окинчиц. К вопросу о взаимоотношениях некоторых желез с внутренней секрецией 1913;—25) Сахаров. Вестник эндокринологии № 5 (11), 1928;—26) Сердюков.—Труды VII Всесоюзного Съезда акушер. и гинекол.;—27) Schröder.—Arch. f. Gynäkol. 101, 1913;—28) Schröder.—Zentr. f. Gyn. 35, 1918;—29) Улезко-Строганова. Труды VII Всесоюзного Съезда акушер. и гинекол.;—30) Zondek, B.—Klin. Woch. № № 33, 42. 1926;—31) Zondek. B. u. Aschheim.—Arch. f. Gyn., 127. H. 1, 1925;—32) Они же.—Klin. Woch. № № 22, 47, 1926;—33) Они же. Arch. f. Gynäkol. 130, H. № 1, 1927.

Библиография и рецензии.

„Естествознание и марксизм“. Журнал (4 раза в год по 12—15 печ. лист. каждая книга). Изд. „Секции естественных и точных наук Коммунистической академии“. Отв. редактор О. Ю. Шмидт. Изд. 1929 г., № № 1 и 2. Цена в год 7 руб. 50 к.

Редакционная коллегия так анонсирует это новое периодическое издание: „Издание такого журнала является назревшей потребностью, так как интерес к вопросам философии за последние годы захватывает все больший круг естествовников. Это обстоятельство объясняется главным образом тем, что накопившийся в изобилии сплошь и рядом противоречивый фактический материал в разных областях естествознания настоятельно требует глубокой философско-методологической проработки. Разговоры о кризисе естествознания не сходят со страниц специальной печати. Вряд ли требуется специально доказывать, что марксизм является той теорией, которая может и должна помочь естествознанию изжить этот кризис. Кроме того, выявившиеся за последнее время тенденции к ревизии

диалектического материализма—тенденции, опирающиеся на *яко бы* „последние выводы науки“, делают настоятельно необходимым углубленную разработку и пропаганду марксистского метода в применении к естествознанию. Наконец, выросшие за последние два года научные марксистские общества, организованные секцией естественных и точных наук (врачей, биологов, физиков-математиков, невропатологов) нуждаются в органе, который систематически отражал бы их деятельность. Существующие обще-философские журналы—«Под знаменем марксизма» и «Вестник коммунистической академии», не будучи рассчитаны на специалистов-естественника, вышеизложенных задач ставить себе не могут, почему издание журнала «Естествознание и марксизм» является крайне своевременным».

Нельзя не признать, что основные идеологические предпосылки нового журнала безусловно правильны. Естествоник-биолог без философско-методологической базы обречен на научное аналитически-синтетическое бесплодие; в лучшем случае ему суждено лишь—может быть и талантливо—эмпирически-интуитивное творчество. В то же время широкие кадры наших естествоников-биологов, основная их масса—лишены этой философско-методологической базы. Отсюда вытекает наше широкое «научное кустарничество». И надо признать, что особенно болеем этим мы—врачи. В связи с этим вопрос о «кризисе естествознания» применительно к биологии и медицине—надо считать особенно острым. Вопрос о научной методологии применительно к лечебной (клинической) и профилактической медицине становится у нас все более и более актуальным. Вопросы «органо-патологии» и «антропос-патологии» могут быть правильно разрешены лишь на базе философско-методологического мышления, а здесь мы невольно сталкиваемся с вопросом диалектики и диалектического мышления. Не приходится говорить о том, что современность, ищущая разрешения всех вопросов нашего индивидуального и коллективного бытия повелительно связывает нас с вопросами философского мышления и нас, врачей,—прежде всего—в области естествознания и биологии.

Ввиду этого для нас, врачей, новый журнал «Естествознание и марксизм»—представляет особый интерес. Прежде всего он сулит нам многое для познания биологии и медицины в увязке с естествознанием вообще, а во-вторых, по своей программе он сулит многое по чистой медицине—в частности. Уже в первых двух книжках мы находим ряд статей, научных обзоров и фактического материала по медицине: С. Левит—О «понятии болезни», Л. Вygотский—«Генетические корни мышления и речи», Н. Дубинин—«Природа и строение гена», Е. С. Смирнов—«Проблемы учения о наследственности», М. А. Гремяцкий—«К проблеме расовых различий», Ал. Р. Лурия—«Пути развития детского мышления», С. М. Розенцвайг—«Рефлексологический метод в клинике», П. П. Агол—«Общая биология. Введение в учение о жизни (по поводу Макса Гарзмана)», С. Левит—«Общее учение о конституции (по поводу О. Негеля)».

В библиотеке врача, связанного с наукой, должен быть журнал «Естествознание и марксизм».

Проф. М. Гран.

Вопросы социальной гигиены, физиологии и патологии детского возраста. Под редакцией Н. Ф. Альтгаузена, А. П. Баландера, С. О. Дулицкого, Р. О. Лунца и А. С. Соколова. Библиотека «Охрана материнства и младенчества», Госмедиздат. Москва, 1929 г., цена 4 рубля.

Сборник, изданный группой товарищей и друзей профессора педиатра Георгия Нестеровича Сперанского, посвящен тридцатилетию его плодотворной врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности. Этот сборник ярко отражает как то большое место, которое занимает Г. Н. Сперанский в отечественной педиатрии, так и те чувства уважения и любви, которые к нему питают педиатры. Выражением этого явились статьи в сборнике большинства работников педиатрии СССР. Состав статей сборника, как напр., «Основные принципы лечения токсических диспепсий» проф. П. Медовикова; «О диетотерапии острых геморрагических колитов у детей» проф. В. О. Мочан и мн. др., вызовут, несомненно, большой интерес к сборнику со стороны врачей-педиатров.

Е. Кливанская-Кроль.

Проф. Ю. Цапперт—*Болезни нервной системы у детей.* Госмедиздат, 1927.

Небольшая книжка (211 стр.) представляет собою клинические лекции, охватывающие важнейшие нервные заболевания у детей: гл. I—воспаления мозговых оболочек; гл. II—болезнь Гейне-Медина и другие острые заболевания; гл. III—

хронические заболевания мозга (головная водянка, опухоли, церебральный детский паралич, слабоумие); гл. IV—эпилепсия, спазмофилия и проч. припадочные болезни; гл. V—психогенные заболевания. Последняя глава, не соответствующая названию,—вкратце охватывает различные картины реактивных и конституциональных невротических и психопатических проявлений.

Появление этой книги на русском языке можно приветствовать. Опыт клинициста, талант педагога, чуткость и теплота отношения врача к больным, сочувствие в авторе, обеспечивают книге интерес со стороны и специалистов (которые найдут в ней ценные отдельные указания), и широких врачебных кругов: автор не стремится здесь ставить и разрешать новые научные проблемы, а делится с читателями, в живой и доступной форме, своим богатым опытом в области практически-важных диагностических и терапевтических вопросов детской невропатологии. К сожалению, русское издание далеко небезукоризненно: обилие опечаток, особенно в иностранных терминах (в латинской транскрипции—почти всегда, в русской—очень часто: «бактереологический, крипогенный, обсолютно, психостения» и мн. др.); неудачные выражения («ребенок рвал»—говорится о рвоте! «процессы кишечника» и т. д.); временами небрежность, доводящая до затруднений в чтении (стр. 23, начало; стр. 209—конец)—все это производит досадное впечатление.

М. Андреев.

Новое в дефектологии—Сборник (первый) под ред. проф. А. С. Гriebоедова (Труды Дефектологического отдела Гос. Психо-неврологической Академии с Гос. рефлексологическим институтом), Ленинград, 1928.

Сборник заключает на 339 стр. 16 статей различных авторов—проф. А. С. Гriebоедова и его сотрудников. Преимущественное содержание статей—разработка вопросов методического характера. Большая статья Ю. А. Левина подробно излагает «массовые методы исследования одаренности школьников и дошкольников нормальных и специальных групп» с приложением отдельных схем исследования, М. М. Шершенъ дает интересную попытку построения социальнодиагностического профиля, в работе д-ров Е. С. Никитиной и В. В. Рейнгардт дана проверка и оценка известного метода Downey (тесты для исследования «волевого процесса»). Другие статьи заключают разработку более узких вопросов как диагностического (реакция Buscaino, метод Бинэ у слепых, капиллярскопия и др.), так и терапевтического порядка (лечение заикания по Э. Фрешельсу, влияние коллагрола при метэнцефалитических изменениях психики, лечение и профилактика гипотиреоза). Реферирование всех этих статей здесь невозможно по обилию заключаемого материала.

В целом сборник представляет большой интерес для лиц, работающих в области дефектологии, захватывая широкий круг новых и важных проблем: указанное содержание его говорит само за себя. Надо надеяться, что следующие сборники этого же издания с равной последовательностью и настойчивостью пойдут по пути и расширения, и углубления проработки дефектологических проблем.

М. Андреев.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Гигиеническая секция.

В заседании 5/II—29 г. были произведены перевыборы бюро секции. Председателем избран проф. В. В. Милославский, заместителем д-р И. А. Кондаков и секретарем д-р Л. И. Лось.

Заседание 26/III 29 г.

1. Д-р Л. И. Лось. *Состав некоторых пищевых продуктов Марийской Автономной Области*. Работа проделана совместно с проф. В. В. Милославским.

Исследованы были следующие пищевые продукты: ржаная мука—36 проб, гречневая мука—2 пробы, гречневая крупа—3 пробы, овсяная мука—2 пробы, картофель—5 проб, молоко—16 проб, всего 64 пробы. На основании этих исследований можно констатировать, что не имеется резкой разницы в количестве содержащихся в них пищевых начал по сравнению с средними данными других

анализов по нашему Союзу. Некоторое увеличение количества азотистых веществ по сравнению с данными К ö n i g'a зависит от климатических условий. Во всяком случае, разница в составе даже и с данными К ö n i g'a не существенна, и вообще анализы дают право утверждать, что те стандарты, по которым ЦСУ определяет питательную ценность пищевых продуктов при разработке анкетных данных о питании населения, применимы и к Маробласти. Это соображение важно потому, что разработка данных о питании населения в июле 1928 г. производилась именно стандартами ЦСУ.

2. Л. Н. Лось. *Питание сельского населения Звениговского и Моркинского кантонов Марийской Автономной Области*. По данным анкетного обследования 23/VII 5/VIII 1928 г. Работа проделана совместно с проф. В. В. Милославским.

Если оценивать уровень питания населения только по количеству приходящихся на едока калорий, то в этом отношении калорийность крестьянского пайка в обоих кантонах достаточно высока и мало отличается от средней по всему СССР. Применительно к физиологическим нормам разных авторов питание крестьян обоих кантонов также соответствует нагрузке. По своему характеру питание крестьян за рассматриваемый период относится к типу молочно-растительного, причем растительная пища явно преобладает, на мясные продукты падает всего 1,37—1,9% всех калорий.

Сравнивая питание населения обоих кантонов, большой количественной разницы не находим, как это показывает следующая таблица:

	Белки	Жиры	Углеводы	калорий
Звениговский кантон	139,4	66,9	775,7	4377
Моркинский кантон	135,4	57,0	721,6	4042

Получившаяся разница в 300 калорий может быть, разумеется, и случайной. Что же касается качественной разницы, то она почти совершенно отсутствует.

В Звениговском кантоне малопосевные крестьяне получают с пищей больше калорий (4690), чем среднепосевные; в Моркинском кантоне калорийность пайка растет с увеличением посевности. Это явление можно объяснить тем, что благодаря тому, что через Звениговский кантон проходит жел. дорога, малопосевные больше зарабатывают, например—извозным промыслом.

Имеет ли состояние питания населения Марийской Автономной Области какую-либо связь с эндемией зоба? Как уже отмечено, преобладание в пище неполноценных белков может, конечно, отразиться на функции щитовидной железы. Но так как все сельское население питается аналогично населению Мариобласти, можно лишь говорить о меньшей сопротивляемости организма действию того фактора, который обуславливает заболевание эндемическим зобом.

Секретарь Л. Лось.

Рино-ляринго-отитатрическая секция.

23-е заседание 26/XII—1928 г.

Проф. В. К. Трутнев сообщил о смерти заслуженного деятеля науки проф. Н. А. Миславского. Собрание почтило память покойного вставанием.

Д-р Э. В. Петрулевич продемонстрировала *инородное тело* (большая рыбная кость—3 сант. длины и 1½ сант. ширины), *удаленное с помощью эзофагоскопа из пищевода*. Докладчица подробно остановилась на достоинствах метода.—Прения: д-ра Шабалин, Герасимов, Моерман, Лебедевский, ст. Векслин и проф. В. К. Трутнев.

Д-р П. Ф. Герасимов. *Материалы к изучению групп крови у татарского населения*. Напечатано в № 3 нашего журнала за 1929 г.

Д-р В. А. Чудносов. *Заболеваемость верхних воздухоносных путей у рабочих гидрогенизационного цеха госуд. мыловарен. завода № 1 в Татарии*. Вначале приводится краткое описание производства, цель и сущность работ, а также те вредности, с которыми приходится встречаться рабочим при работах в цехе. Для выявления изменений верхних воздухоносных путей и органа слуха было обследовано 98 человек, из которых через 2 года после первого осмотра повторному обследованию подверглось только 19 человек вследствие громадной текучести рабочих, связанной с тяжелыми условиями работ в производстве. Высокая температура атмосферы помещений, сквозняки, присутствие акролеина, окиси углерода, следов сероводорода, продуктов неполного сго-

рания, известковой и угольной пыли обуславливают массовое заболевание верхних воздухоносных путей, и особенно полости носа, доходящее в общей сложности до 86%. В связи с этим наблюдается и значительное количество поражений катаральным отитом. В больших размерах встречаются поражения лимфатической и сосудистой (до 70%) систем. Такому широкому распространению заболеваний верхних воздухоносных путей безусловно способствует широкое развитие табачокурения, алкоголизм и неудовлетворительные санитарно-жилищные условия. Все осмотренные рабочие разделены по возрасту на 5 групп и по стажу на 4. Первые 3 года работы в цехе сказываются появлением острых форм, постепенно переходящих в гипертрофические, которые и превалируют в этот период, по истечении же 3—5 лет исчезают, уступая свое место атрофическим, дающим наибольший процент с увеличением стажа. — Прения: д-ра Дробышев, Чихирев, Моерман, Лебедевский и студ. Векслин.

Научные собрания врачей Гос. ин-та для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.

111-ое собрание 26/II 1929 г.

1. Проф. А. И. Тимофеев и д-р А. В. Голяев — *Смертельная эмболия легочной артерии* у больной, умершей на 5-ый день после операции удаления миомы матки; материалом для эмбола послужил тромбоз задних вен таза. — Прения: — Проф. И. П. Васильев, Р. А. Лурья, прив.-доц. Р. И. Лепская.

2. Д-р Н. В. Бусыгин. *Гемоагглютинация при некоторых болезнях глаз*. Докладчик, обследуя группы крови у больных с катарактой, высказал предположение, что послеоперационное течение (extractio cataractae) лучше протекает у лиц, принадлежащих к IV группе (по Мессу). Трахомой больше болевают члены семьи, принадлежащие к II группе крови. Громадная заболеваемость трахомой (преимущественно детей) чувашского населения, по мнению докладчика, зависит от большой заболеваемости детей чуваш корью сравнительно с другими национальностями, под влиянием кори конъюнктивита детей становится более восприимчивой к трахоматозному virus'у. — Прения: — Д-ра Герасимов, Дерчинский, Коленко и С. Я. Голосовкер, который отметил, что подмен факторов социальных факторами биологическими не должен иметь места.

3. Д-р А. М. Миропольская. *Наблюдения над анизокорией у туберкулезно-нервных больных* (по данным Шафрановского кумысолечебного курорта, сезон 1928 г.). По данным докладчицы анизокория встречается у туберкулезно-нервных больных в 27% как компенсированного, так и субкомпенсированного туберкулеза, причем в далеко зашедших стадиях анизокория встречается чаще, чем в начальных стадиях. Анизокория у туберкулезно-нервных больных принадлежит к так называемым простым анизокориям, так как не сопровождается изменением зрачковых реакций. Приводя теории, объясняющие анизокорию у туберкулезных больных токсикоинтоксикационную, рефлекторную и анатомическую, докладчица, однако, подчеркивает последнюю. Решение вопроса о том, какой зрачек считать патологическим, возможно при помощи фармакологических реакций и измерения зрачков пупилоскопом.

4. Проф. Р. А. Лурья. *О диагностической ценности зрачковых симптомов при висцеральном сифилисе*. Своевременное и правильное распознавание висцерального сифилиса, столь важное для судьбы больного, наталкивается на весьма значительные препятствия. Сюда относятся: отсутствие сколько-нибудь типичных для висцерального lues'a клинических картин, относительное только значение анамнеза, особенно у женщин, непостоянство RW при сифилисе внутренних органов и отсутствие следов перенесенного lues'a на коже, слизистых оболочках и костях. Вот почему особенное значение для дифференциального диагноза сифилиса внутренних органов имеет одновременное наличие подозрительных на сифилис симптомов со стороны различных органов или их систем. Висцеральный сифилис чаще всего представляет собою плоривисцеральное заболевание. Наиболее часты сочетания сифилиса внутренних органов с сифилисом нервной системы. Это сочетание в значительной мере облегчает диагноз висцерального сифилиса.

Но кроме таких случаев, где диагноз органического заболевания нервной системы не представляет никаких сомнений, имеется ряд случаев, где дело идет об очень неясных, ускользающих от внимания врачей симптомах, которые часто надо тщательно искать, но если они обнаружены, то имеют большое значение для распознавания висцерального сифилиса. Речь идет об анизокории, симптоме

Argyll-Robertson'a и выцветании радужной оболочки глаз. Автор приводит целый ряд наблюдений из своей клиники, где имелись явления со стороны зрачков без всякого поражения центральной нервной системы; этим изолированным зрачковым симптомом автор придает особенное значение для распознавания висцерального сифилиса. Он видел этот зрачковый синдром при сифилитических поражениях аорты в ранних стадиях этой болезни, при сифилогенных поражениях желудка, чаще всего при *radiculitis syphilitica*, симулировавшем органическое заболевание желудка. Автор приводит случаи, где у больной было сделано 4 серьезных операций (аппендэктомия, *cholecystectomy*, резекция желудка и нефрэктомия), а исследование зрачков сразу заставило поставить вопрос о висцеральном сифилисе и специфическое лечение действительно избавило больную от болей. Приводится еще целый ряд случаев, где аномалия зрачков привела к диагнозу сифилиса легких, *diabetes mellitus*, *diabetes insipidus*, сифилитических нефропатий. Автор обращает внимание на то, что зрачковый синдром при висцеральном сифилисе очень стабилен и не исчезает даже после специфической терапии, наблюдались также случаи анизокории и Argyll-Robertson'a при врожденном *lues'e*. Теоретическое обоснование частого появления аномалий зрачков при висцеральном сифилисе очень различное. В то время как одни авторы считают симптом Argyll-Robertson'a патогномичным симптомом *tabes dorsalis* и видят в нем только ранний моносимптом *tabes'a*, другие видят в аномалиях зрачков результат латентно протекающего во вторичном стадии сифилиса менингита. Автор склонен видеть в появлении зрачковых симптомов выражение раннего и латентного поражения вегетативной нервной системы — симпатических волокон и ганглий, например *ganglion ciliare* и основывает свое предположение на исследованиях Могильницкого, показавшего, что уже в ранних стадиях сифилитической инфекции имеются очевидные морфологические изменения вегетативной нервной системы.

Какой бы ни принимать патогенез зрачковых симптомов при висцеральном сифилисе, они практически имеют большое значение для распознавания сифилитических поражений внутренних органов уже по одному тому, что заставят врача подумать о возможности висцерального *lues'a*, а также потому, что наличие этих маленьких симптомов является доказательством плевровисцеральности процесса, что является весьма существенным признаком для поражения сифилисом внутренних органов. — Прения: проф. А. В. Фаворский и другие отметили большой интерес доклада; стремление автора ввести неврологические методы в клинику внутренних болезней следует приветствовать. Оппонент отметил, что при проверке зрачковых реакций желательно проверять их в темной комнате с электрической лампочкой или свечей. Прив.-доц. Н. Н. Русецкий указал на сложность зрачковой иннервации (миотическая и мидриатическая рефлекторная дуга) и на влияние на ширину зрачка целого ряда моментов (*sensorium commune*, эмоция, кора большого мозга, поражение *striati*). Заболевание внутренних органов дают мидриаз. Для суждения о характере световой реакции имеют значение колебания зрачка в «состоянии покоя» (*Pupillenruhe*, Löwenstein). Кроме того в прениях приняли участие профф. В. Е. Адамюк, Г. А. Клячкин, прив.-доц. Р. Я. Гасуль и др. Секретарь д-р Виленский.

Деятельность Общества невропатологов и психиатров при Казанском гос. университете за 1928 г.

Деятельность Общества в 1928 г. выражалась устройством научных заседаний и помещением научных трудов членов Об-ва в периодических медицинских изданиях.

На 6 научных заседаниях Общества, из которых одно было посвящено памяти В. М. Бехтерева, были заслушаны следующие доклады и сообщения: 1) В. М. Бехтерев, как невропатолог (проф. А. В. Фаворский), 2) В. М. Бехтерев, как рефлексолог (проф. Т. Н. Юдин), 3) Роль конституции в течении хронического алкоголизма (Ксенократов), 4) Случай общего цистицерка с поражением мозга (Вылегжанин), 5) Случай хронического менинго-миелита нижнего отдела спинного мозга (Чураев), 6) Групповая принадлежность крови, телосложение и психозы (Кашеварова), 7) О нормальных сухожильных рефлексах (Русецкий), 8) Соматометрические профили телосложения у женщин (Ульянова), 9) Демонстрация микроскопических препаратов, относящихся к слу-

чаю „прыгающих зрачков“ (Бадюл), 10) Демонстрация паркинсоника с эпилепсией (Первушин), 11) Случай *neuroleues'a* подкорковых узлов (Первушин), 12) Пателлярный рефлекс при церебральном гемипарезе и паркинсонизме (Русецкий), 13) Демонстрация опухоли мозга (Винокур), 14) Современное состояние учения об архитектонике коры головного мозга (Алуф), 15) Течение маниакально-депрессивного психоза в зависимости от генетической структуры (проф. Т. П. Юдин), 16) К клинике интрамедуллярного солитарного туберкулеза спинного мозга (Молчанова), 17) Случай раннего поражения *n-vi cochlearis* при *tabes dorsalis* (Крейцберг).

В разных периодических изданиях членами Общества помещены в 1928 г. следующие научные статьи: 1) К клинике эрготизма (*pseudotabes ergotinis*)—(Максудов), 2) О сне (Русецкий), 3) О показаниях к применению серных ванн при органических заболеваниях центральной нервной системы (проф. А. В. Фаворский), 4) *Die Vergleichende der Cytoarchitectonic d. Area striata* (Алуф), 5) Эволюция учения о боковом амиотрофическом склерозе (Кочергин), 6) Результаты лечения серными и грязевыми ваннами органических заболеваний нервной системы (Кочергин), 7) Случай *neuroleues'a* с поражением подкорковых узлов (Первушин).

Средства Общества заключались в членских взносах, никаких других источников доходов не было. На 1 января 1928 года остаток сумм выражался 15 руб. 98 коп. Поступило членских взносов за 1928 г.—54 руб., $\frac{9}{10}\%$ за 1928 г.—1 руб., 43 коп., итого—71 руб., 41 к., израсходовано 16 руб. 75 коп. Состоит на 1 января 1929 г.—54 руб. 66 коп.

Председатель Общества—А. Фаворский.

Секретарь—Ворошилов.

Общество невропатологов и психиатров при Казанском гос. университете.

Физиотерапевтическая секция.

1-ое заседание 24/IV—29 г.

Проф. А. В. Фаворский (председатель О-ва невропатологов и психиатров), открывая заседание, приветствует организацию Физиотерапевтической секции именно при Обществе невропатологов потому, что путь воздействия, по современному взгляду, всех физических методов—есть нервная система, точнее—вегетативная нервная система. Тесный контакт невропатологов и физиотерапевтов будет взаимно полезен. Проф. Фаворский желает секции плодотворной работы и передает ведение собрания проф. Г. А. Клячкину—председателю Физиотерапевтической секции и секретарю—д-ру Я. В. Хорош.

1. Проф. Г. А. Клячкин. *Физиотерапия, как наука и как предмет преподавания.* Докладчик, дав краткий исторический очерк развития физиотерапии, отмечает огромные успехи, достигнутые в настоящее время в этой области, благодаря чему физиотерапия в настоящее время признана всеми как самостоятельная научная дисциплина наряду с другими медицинскими дисциплинами. Касаясь вопроса о преподавании физиотерапии на медфаках и курсах усовершенствования врачей, д-к указывает, что в то время как в Америке и везде на Западе введен обязательный курс физиотерапии и существуют самостоятельные кафедры, у нас в Союзе пока число таких кафедр еще незначительно и преподавание этой дисциплины ведется даже не на всех медфаках, как, например, на Казанском медфаке.

2. Проф. А. И. Тимофеев. *Физиотерапия в гинекологии.* Расцвет гинекологии совпадает главным образом с расцветом хирургии (оперативная гинекология). Но в последнее время вместе с развитием физики, химии и особенно учения о конституции, по которому локальности заболевания отводится все менее почетное место, консервативная терапия, в форме пользования естественными факторами (бальнео-, климато-и гелио-терапия) и трансформированными видами этих методов лечения (термо-гидротерапия, фототерапия и др.) начинает играть все более значительную роль в гинекологии. Из форм применения естественных сил природы докладчик отмечает грязелечение, как могучий способ лечения хронических воспалительных процессов женской половой сферы, восстанавливающий функциональную способность органов. В. С. С. С. Р. ныне широко применяется грязелечение как курортное, так и внекурортное, и ведется очень интенсивное

изучение значения этого метода в гинекологии. Дальше д-к последовательно рассматривает все виды физических методов лечения (электротерапию, фото-рентгено-радио-терапию). Из токов низкого и высокого напряжения д-к отделяет роль гальванизации, особенно ионтофоретические свойства этого тока (иодионофорез) и диатермию для гинекологии. Затем отмечает широкое применение лучистой энергии, особенно коротко-волновой ее части. На значении последней (рентгено- и радио-терапии) д-к останавливается подробнее ввиду колоссального значения этих методов для борьбы со злокачественными и доброкачественными новообразованиями. В заключение д-к, отмечая большие заслуги гинекологов в развитии физиотерапии, полагает, что перед физиотерапией сейчас стоит наиболее трудный вопрос — дозировки, и этот вопрос может быть решен лишь объединенной работой представителей различных клиник с физиатрами. Поэтому Секция физиотерапевтов, являясь связующим звеном между всеми клиниками, должна сыграть большую роль в деле продвижения научных изысканий в этой области.

3. Д-р А. Г. Гринбарг. *Ишиас и его лечение инъекциями антипирина с одномоментной гальванизацией*. Докладчик рассматривает причину ишиаса как неврит периферического симпатического нервного ствола, сопровождающего сосуда. Лечение: инъекцией 40% антипирина в мышцу в наиболее болезненные места по ходу седалищного нерва и одновременная стабильная гальванизация (сила тока 25—30 М. А., продолжительность 15'—50'), применяется при острых, подострых и хронических случаях ишиаса. После 8—15 сеансов даже в очень упорных случаях этот метод давал благоприятные результаты. — Прения: д-р Н. А. Подзоров, прив.-доц. П. Н. Русецкий и проф. Г. А. Клячкин.

Казанское общество рентгенологов и радиологов.

Заседание 22/X 28 г.

1. Д-р М. Н. Гольдштейн. *Демонстрация случая множественных уродств верхней конечности*. Сорокалетняя женщина, с детства помнящая себя с изуродованной верхней конечностью, дала на рентгенограммах плеч и предплечий целый ряд уродств — вывих луч. и локт. костей, смещение эпифизов, картилогенный экзостозы и микродактилию. В прениях высказались: Е. Г. Гефен и доц. Р. Я. Гасуль, который дифференцировал случай между врожденным и приобретенным уродством.

2. Д-р Е. Г. Гефен. *Случай большого камня мочевого пузыря* (демонстрация) — высказались д-р П. В. Домрачев, доц. Р. Я. Гасуль.

3. Д-р А. Н. Кревер. *Нужно ли уточнить номенклатуру рентгеновской картины легочного туберкулеза*. Докладчик указал на отсутствие общего языка в описании рентг. картины у многих рентгенологов. Слишком яркое отражение индивидуального перехода от голого описания теневых изображений к качественной диагностике процесса, необходимо увязать рентгеновский язык с классификацией туберкулеза и сделать ее всегда понятной и близкой клиницисту. По докладу высказались: доц. Р. Я. Гасуль, д-ра М. Н. Ойфебах, М. Н. Аксаянцев, П. В. Дезидерьев, М. Н. Гольдштейн — которые, указывая на практическую важность затронутого вопроса, предложили разработать эту тему доц. Р. Я. Гасулю и д-ру А. Н. Креверу на совместном заседании Туберкулез. секции Об-ва врачей при КГУ и Об-ва рентгенологов.

Заседание 22/XII 28 г., объединенное с туберкулезной секцией Об-ва врачей при КГУ.

1. Доц. Р. Я. Гасуль. *Теория и практика номенклатуры рентгеновской картины легочного туберкулеза*. Рентгеновская номенклатура легочного туберкулеза ни по методике, ни по существу не успела привиться и принять четкие формы в повседневной работе многих рентгенологов. Анализ рентгеновской картины требует умения описывать в строгом порядке рентгеновские данные и, сопоставляя с клинической картиной и с патолого-анатомическим или патофизиологическим субстратом, дать заключение, т. е. поставить рентгеновский диагноз. Если последний акт анализа не всегда возможен, то первый описательный акт должен быть проведен *lege artis*. Для этого докладчик предлагает пользоваться следующими категориями, по которым должно последовательно располагаться описание как положительных, так и отрицательных контрастов (света и тени) на картине:

1) число, 2) форма, 3) величина, 4) контуры, 5) интенсивность, 6) структура, 7) положение, 8) топография и 9) динамика. Далее докладчик остановился на графических элементах картины, методике исследования больного и рентгеновской классификации Graepke-Albrecht's, Assmann'a и докладчика.

2. Д-р А. Н. Кревер. *К вопросу о рентгеновской номенклатуре легочного туберкулеза.* Докладчик предложил быть осторожным в попытках качественной диагностики тбс на рентгене, так как деление тбс на экссудативную и продуктивную форму со всеми следующими отсюда выводами не оправдывает себя. Рентгеновский диагноз должно слить с клиническим диагнозом. Целый ряд графических, не оправдывающих себя заключений о состоянии hilus'a, желез, верхушек нужно выбросить. Ставиться вопрос о необходимости каждому врачу в той или иной мере быть знакомым с рентгеновской методикой. По обоим докладом высказались проф. Р. А. Лурия, Б. А. Вольтер, д-ра П. В. Дезидерьев, М. П. Ойфебах, А. А. Кулагин и друг., которые указали на своевременность и практическую ценность выдвинутого вопроса о номенклатуре. Профессор Р. А. Лурия подчеркнул необходимость теснейшего общения рентгенологов с клиникой. Выбрана комиссия в составе: проф. Б. А. Вольтер, доц. Р. Я. Гасуль, д-ров М. И. Аксентьева, А. Н. Кревер, д-ра П. В. Дезидерьева для проработки предложений доц. Гасуля, схемы категорий и номенклатуры рентгеновской картины легочного туберкулеза.

Оренбургское физико-медицинское общество за 1920—28 г.г.

Оренбургское физико-медицинское общество было учреждено в 1865 г., существовало непрерывно до 1919 года, когда в силу соответствующего декрета о дореволюционных научных обществах прекратило свою работу. В связи с I-ым Поволжским съездом научных работников в августе 1920 года в Оренбурге был организован Оренбургский отдел Бюро Съезда, составленный главным образом, из представителей бывших Оренбургских Физико-Медицинского, Географического и Педагогического Обществ. На совещаниях, созванных этим Бюро, после ряда официальных переговоров, было постановлено возобновить работу указанных обществ и 20 октября 1920 г. состоялось первое (по возобновлении) заседание Оренбургского физико-медицинского о-ва, носившее организационный характер.

Возобновленное Общество было организовано при Кирнаркомпросе, при котором и существовало до 1926 г., когда центр Казахстана был перенесен в Кызыл-Орду, Оренбург же отошел к РСФСР. В 1926 году Оренбургское физико-медицинское общество было включено в состав учреждений Главнауки, под ведением которой и ведет с того времени свою работу. В 1924 году Оренбургскому физико-медицинскому обществу были приданы права и обязанности Казахстанского Краевого учреждения; в качестве Краевого учреждения оно и выполняло свою работу вплоть до перехода в ведение Главнауки.

Общество по возобновлении работало и работает в составе секций медицинской, физической, ветеринарной и одонтологической. Медицинской секции в 1922 года были приданы права и полномочия пленума Общества; Физическая секция с организацией и расширением Географического общества, Педагогического и затем Общества инженеров в 1926 году прекратила свое существование. Ветеринарная и Одонтологическая секции продолжают вести свою работу. Общество существует и ведет свою работу на свои членские взносы. Лишь в 1925 году Общество получило от Кирнаркомпроса 200 р. на выпуск научных изданий. Общество имеет значительную библиотеку, состоящую, главным образом, из различных диссертаций.

Работа Общества почти исключительно проявилась в разработке и обсуждении докладов по различным научным вопросам и различных информациях практически-научного характера. С 1928 года Общество привлечено к непосредственному участию в состоянии при Губплане Бюро по разработке производительных сил края. За период времени с 20 октября 1920 г. по октябрь 1928 г. в Медицинской секции было сделано 161 доклад и 80 демонстраций, в Физической секции—8 докладов, Ветеринарной—12 и в Одонтологической—6¹⁾.

Председатель О-ва Н. Н. Даркиевич.

Секретарь С. А. Покровский.

¹⁾ По техническим условиям полный перечень всех докладов не приведен.
Ред.

У Всесоюзный съезд врачебных секций¹⁾.

А. Я. Плещицер.

Созыв V Всесоюзного съезда врачебных секций 25—30 апреля с. г. состоялся через 2 года после IV съезда (февраль 1927 г.) и совпал во времени с работой XVI съезда Всесоюзной коммунистической партии. Революционный энтузиазм предстоящего грандиозного социалистического строительства в течение предстоящего пятилетия нашел свое отражение и в работах врачебного съезда. Догнать и перегнать капиталистические страны — вот задача, вставшая перед делегатами врачебного съезда во весь рост. Все воодушевлены были желанием принять самое активное участие в этой работе и потому всем было понятно приветствие Центрального бюро врачебных секций делегатам съезда, в котором говорилось, «что необходимо обратить внимание всей врачебной массы на то, что в переживаемый этап развития социальной революции, требующей от всей страны величайшего напряжения всех сил для содействия намеченному партией и советской властью темпу индустриализации страны и социалистического переустройства сельского хозяйства, — советский врач более чем когда-либо должен четко осознать свои задачи и отдать все свои силы на осуществление намеченной линии как в области своей непосредственной работы, так и в широкой общественной деятельности».

Первым был заслушан доклад Ц. К. Медсантруд (Сенюшкин). В работе Ц. К. большое место занимали вопросы общественно-политического воспитания членов союза, усиления их активности при проведении важнейших политических кампаний и разъяснения задач Советского государства. Особенно широко была развернута работа по обеспечению максимального участия медработников в пере выборах Советов и по разъяснению классовой линии, которую они должны проводить во всей своей работе, в частности на селе. Детально был проработан вопрос об общественном контроле над работой лечебных учреждений. Было выявлено, что проводимый в настоящее время контроль не гарантирует действительного и своевременного устранения недочетов в деле здравоохранения.

По оргработе ЦК было в докладе отмечено, что общее количество членов союза на 1/X 28 года равняется 548.637 чел., из них женщин 65,4%, учащихся среди членов 33889 ч. Число безработных снизилось с 79,660 до 76,270 ч. и составляет 13,9% к общему числу членов союза. Руководство местами значительно усилилось. Практиковалась длительная работа членов Президиума в пяти организациях. Обследования велись более углубленно и охватывали все стороны союзной жизни.

Союзные финансы: на 1929 год доход по всему союзу утвержден по сметам в 6.309.219 р. 40 к., расход предусмотрен в 6.197.242 р. На личный состав предусмотрено по всему союзу, включая и ЦК 25,23%; на адм.-хозяйствен. расходы 5,39%; на орграсходы 7,78%, в культфонд 23,25, в фонд помощи безработным 11,67%, санаторно-курортный фонд 3,87%. На содержание секций предусмотрено 6,03% общего прихода. Больным местом в финансовой работе союза являются растраты. В Нижегородском Губотделе с 1924 по 1928 год растрчено 40.117 р. 50 к.

По массовой работе союза докладчик указал, что рядовая масса членов союза все больше проникается сознанием необходимости развертывания самокритики, усиливается посещаемость общих собраний и постепенно усиливается активность на селе рядовых членов союза. Отмечаются также и недостатки: доклады и отчеты продолжают носить общий характер, крайне продолжительны и мало затрагивают интересы работы. Общественная работа членов союза на селе выражается в проведении санпросветработы среди крестьян, в которую, помимо медицинских врачей, вовлечены также ветврачи и средний медперсонал. Значительной помехой в деле надлежащего развития общественной работы медветработников на селе является перегруженность их своей основной работой. Касаясь тарифно-экономической работы, останавливаемся только на следующих материалах. Много внимания было уделено вопросу подтягивания зарплаты. НКЗдравом отпущено на подтягивание зарплаты 1.022 тысячи рублей. Кроме того отпущено на периодические прибавки 1.130.000 руб., на приглашение заместителей на время отпусков 100.000 рублей и на спецдежду 145.000 рублей. По Наркомпросу на

¹⁾ Содержание докладов изложено конспективно по материалам, розданным делегатам.

подтягивание зарплаты медработников клиник отпущено 235 тысяч рублей, по Наркомзему для ветработников 450.352 рубля.

Проведенное в 1927-28 году госнормирование зарплаты дало возможность приступить к постепенному изжитию пестроты в зарплате однородных групп. В процессе проведения госнормирования в ряде мест было допущено массовое снижение зарплат, вследствие неподготовленности союзных органов. Большая часть ошибок была исправлена на местах, в отдельных случаях понадобилось вмешательство ЦК. Средние основные оклады общие по всем профессиям, по всем бюджетам для членов союза, работающих в губ. и област. городах—54 р. 87 коп., работающих в окружных городах—52 р. 35 коп.; в заводских поселках и местечках—54 р. 71 к.; на селе—45 р. 30 коп.; и в лечучреждениях транспорта—65 р. 81 к.

Из мероприятий по охране труда докладчик останавливался на мероприятиях по правильному учету рабочего времени. Весьма большим является вопрос об учете рабочего времени на участках. Удалось получить официальное согласие НКТ на внесение в кодифицированный список работников с дополнительными отпусками медработников тубдиспансеров. Просмотрен список профессий и групп медработников, которые должны быть приравнены в пользовании санаториями и курортами к рабочим от станка (работники тубучреждений, психработники, участковые). Вопрос находится на согласовании с ВЦСПС. ЦК возбудил вопрос о пенсионном обеспечении участковых медработников за выслугу лет. Этот закон в настоящее время утвержден СНК РСФСР и передан на утверждение в СНК СССР.

В основу культработы легли директивы VII Всесоюзного съезда Медсантруд об усилении политически-классового воспитания членов союза, углублении работы по профпросвещению и работы среди наименьшинств, усилении обслуживания квалифицированных групп медработников, расширении культработы на селе. Приводим нижеследующие отдельные данные, иллюстрирующие этот раздел работы—68,7% низовых ячеек имеют красные уголки, из общего числа низовых ячеек 46,3% ведут кружковую работу, причем на каждую ячейку падает 2,1 кружка с числом участников 15 членов. Соотношение статей расхода по культурному таковы: на массовую работу 50%, на библиотечную 15%, на пропаганду 10%. В клубной работе отмечается, что первое место занимают кино, спектакли, инсценировки и вечера. Имеется рост докладов и бесед по вопросам обороны и на антирелигиозные темы. Слабо обстоит дело с экскурсионной работой. Неграмотность в нашем союзе за последние годы приняла устойчивый характер (около 4%). В библиотечной работе взят курс на централизацию библиотек и переход к системе передвижных библиотек и коллективного абонементов. Культурная работа на участке сводится к следующим формам: громкое чтение, санитарно-просветит. лекции, библиотек на участке нет.... Этими краткими данными заканчиваем доклад ЦК Медсантруд, но оговариваемся, что затронута часть вопросов, многое, не менее важное, нами опущено.

Отчет о работе Центрального бюро врачсекций сделал ответств. секретарь Воробьев. Докладчик указал, что к отчетному периоду секции объединяют приблизительно 65000 членов. Как общее правило, наблюдается более сильный рост в промышленных и отдаленных областях. Ц. Б. объединяет 8 ресбюро, 8 краевых и областных бюро, 11 областных бюро национальных автономных республик и 15 нерайонированных еще губернских секций. Связь с периферией значительно усилилась, увеличилась средняя продолжительность выездов членов ЦБ на места, посещены наиболее отдаленные секции. Докладчик подробно остановился на вопросе об институте уполномоченных врачсекций в низовых союзных ячейках и констатировал, что опыт выделения уполномоченного еще недостаточно изучен. Предсъездовский пленум ЦБ пересмотрел свое решение по этому вопросу на V пленуме (в котором говорилось, что уполномоченные выбираются на местах, на общих собраниях врачей) и высказался за необходимость продолжать опыт института уполномоченных из врачей-членов месткомов и распространить его на все организации (что и принято съездом). Говоря о *фондах взаимопомощи*, докладчик указал, что имеются сведения о состоянии фондов в 31 секции. Более или менее удовлетворительно проведена работа только в 14 секциях. Наиболее мощными являются фонды Московский и Нижегородский. Докладчик указал, что и по этому вопросу последний предсъездовский пленум внес коренное изменение своего постановления, принятого на V пленуме в январе 1929 г., и высказался против организации самостоятельных касс взаимопомощи врачей (съездом принято постановление о сохранении целевых фондов).

Подведена более прочная финансовая база секции. В 1928 году все организационные расходы врачесекций выразились в сумме 118902 руб., в 1929 году по общей смете предусмотрено 192.285 рублей.

Общий рост зарплаты врачей за охваченный период выразился в среднем по СССР в размере 35%. Средние ставки врачей в 1928 году были—следующие: а) в губ., областных городах и столичных—завед. учреждениями—152 р. 30 к., ординаторы стационаров—111 р. 91 к., санитарные врачи—114 р. 09 к., зубные врачи—85 р. 48 к. б) на селе: завед. учреждением—110 р. 13 к., ординаторы больниц—96 р. 38 к., санитарные врачи—113 р. 00 к., зубные врачи—67 р. 84 к. в) на транспорте: завед. учреждением—151 р. 38 к., ординаторы больниц—122 р. 99 коп., санитарные врачи—137 р. 47 коп., зубные врачи—87 р. 04 коп. В связи с проработкой в пятилетнем плане вопросов труда, ЦБ выставило требование о доведении средней зарплаты врача до довоенного уровня, что в переводе на червонный рубль должно выразиться в размере 210—220 рублей.

За отчетный период сократился рост судебных процессов врачей. По данным 21 секции, на общее число врачей 10565, за 27 и 28 годы было привлечено к ответственности 156 врачей и только в 44 случаях вынесены обвинительные приговоры. Подавляющее большинство случаев привлечения относится к ст. ст. 111 и 157 Угол. Кодекса. ЦБ представил в Наркомюст докладную записку, в которой предлагает ввести в Уголовный Кодекс новую медицинскую статью взамен статьи 111 (халатное отношение). Второе предложение записки относится к уточнению ст. 157 (неоказание медпомощи). Кампания по борьбе с эксцессами против врачей продолжалась течение всего отчетного периода. При помощи ЦК центрального бюро обращалось к содействию центральной печати и членам правительства в целях мобилизации советской общественности в защиту врачей.

ЦБ проработало вопрос о нормах нагрузки. НКЗдрав РСФСР согласился с нормами, предложенными ЦК и ЦБ. На одного врача в стационаре терапевтическом 35—40 больных; хирургическом 35—40, тоже в гинекологическом, глазном и ушном; в венерологическом—40, в нервном—35—40; в заразном—40; в беспокойном психическом 30—35; в родильном 35 и т. д. Число больных течение одного часа амбулаторного приема установлено для терапевтов 6, хирурга 9—10, гинеколога—6, невропатолога—6, отиатра—8, окулиста—7—8; зубврача без помощника—12 консерват., 15 хирург. течение 5 часов и зубврача с помощником 16 консерват., 20 хирург. течение 5 часов. Эта нагрузка признана максимальной. ЦБ принимало активное участие в проработке ряда декретов и положений о льготах отдельным группам медработников (суд.-мед. экспертам, работникам психучреждений, лепрозориев и работающих на чуме). Основным достижением является утверждение декрета о пенсиях за выслугу лет квалифицированному медперсоналу, работающему в деревне. В настоящее время декрет передан на утверждение в ЦИК СССР.

Окончательно разрешен вопрос о квартплате с врачей (врачи были приравнены к научным работникам, деятелям изобразительных искусств в отношении размера максимальной заработка (400 р.)), дающего право на оплату квартир по ставкам рабочих и служащих. Большая работа проделана по содействию в приеме детей в ВУЗ-ы, удалось почти полностью удовлетворить детей врачей по периферическим ВУЗ ам. До сих пор декрет от 2/XII 1925 года выполняется еще не полностью и местные организации недостаточно контролируют его выполнение.

Безработица среди врачей все еще велика. По данным НКТ СССР на 1 X 28 г. числилось безработных 5090 медврачей и 1655 зубврачей; основная масса безработных—это врачи последних выпусков, причем в подавляющем числе женщины. Около 90% всех безработных приходится на университетские города. ЦБ считает необходимым усилить борьбу с уклоняющимися от поездки на периферию. ЦБ наметило основные формы участия врачебных коллективов в широком общественном контроле над делом здравоохранения. ЦБ отмечает недостаточную производственную работу секций на местах. ЦБ уделило много внимания вопросам пятилетнего плана здравоохранения и вопросам рационализации медико-санитарного дела. Пленум ЦБ признал необходимым передать конкурсные комиссии из органов здравоохранения в органы труда и строго ограничить круг врачебных должностей, подлежащих замещению через конкурс. Докладчик констатирует, что вопросы культурного обслуживания врачей попрежнему занимают второстепенное место. Места крайне слабо развили работу по культобслуживанию участкового врача. За отчетный период число научных ассоциаций увеличилось в 4 раза и доходит до 40. В ряде мест попытки бюро секций приступить к организации ассоциаций встречает сопротивление со стороны квалифицированной группы врачей

или местной профессуры, объединенных в старые О-ва врачей. ЦБ считает эту форму организации практических врачей наиболее жизненной. Основная установка этих организаций заключается в постепенном сосредоточивании коллективной научной врачебной мысли на разрешении практических проблем здравоохранения, на базе диалектического материализма. На других не менее важных вопросах не имеем возможности остановиться из-за отсутствия места.

Много внимания съезд уделил вопросу пятилетнего плана здравоохранения. Докладчиками от НКЗдрава РСФСР были т.т. Семашко и Коновалов, доклад от Госплана РСФСР сделал т. Донской. Общая установка пятилетнего плана здравоохранения, данная докладчиками, исходит из задач индустриализации нашей страны, укрепления союза города и деревни, поднятия хозяйственного и культурного уровня национальных республик и областей, а также районирования страны. В пределах финансовых лимитов в целях поднятия уровня санитарного состояния страны и борьбы с эпидемиями, а также в целях усиления обороноспособности страны НКЗдрав намечает обширный ряд противоэпидемических мероприятий, в частности разворачивается свыше 16000 заразных косяк. Задача индустриализации страны возлагает на НКЗдрав обязанности по оздоровлению и воспроизводству рабочей силы. С этой целью НКЗдрав разворачивает в первую очередь в промрайонах и в местах нового промышленного строительства сеть профилактических учреждений и оздоровительных мероприятий. Учитывая то особое значение с точки зрения индустриализации страны, которое имеет в настоящее время развитие сельского хозяйства, являющееся рынком и сырьевой базой для развивающейся промышленности, пятилетка НКЗдрава намечает значительное расширение сети здравоохранения на селе, в первую очередь в тех местах, где лечебно-профилактическая сеть отсутствует и в особенности в Совхозах и центрах коллективизации сельского хозяйства, а также в тех местах, куда направляются главные массы переселенцев. Особое внимание в пятилетке уделено национальным республикам и областям, а также народностям крайнего Севера. По отдельным проблемам пятилетки докладчиками НКЗдрава представлены следующие данные: а) по бюджету—запроектировано денежных вложений 3,377 миллионов рублей; из них по госбюджету 333,1 милл. руб.; по местному бюджету 1453,5 милл. руб., по фонду медпомощи (территориальн.)—1137,9 милл. руб., по фонду медпомощи (транспортному)—217,7 милл. руб., спецсредства 134,8 милл. руб., по промышленности на новое строительство 100,0 милл. руб. По проекту НКЗдрава рост ассигнований на здравоохранение по госбюджету составляет 88%, по проектировке Госплана рост намечен на 75%. По госбюджету на 1932—33 год на душу населения намечается 72,7 коп., против 43,7 в 28—29 году, т. е. рост в 66,3%. Дополнительный расход на одного активно-застрахованного по проекту НКЗдрава выражается в 35 р. 19 коп., против 24 р. 04 коп. в 1927—28 г. По местному бюджету: расходы здравоохранения на душу населения в 27—28 году составляют 1 р. 62 к., намечается довести к 1932—33 г. до 3 р. 27 коп., что даст повышение на 101,0%. Удельный вес здравоохранения в местном бюджете намечается в 32—33 г. в 15,5%. Запроектированные темпы строительства здравоохранения совершенно отстают от темпа развития нашей промышленности. На строительство новых лечебно-профилактических учреждений НКЗдраву не хватает 100 милл. рублей, которые должны быть выделены промышленностью.

Расходы на здравоохранение по отдельным статьям намечаются следующие:

На лечебное дело в 1927—28 г.	297 милл. руб.	53,1%
Всего за 5 лет	1909 » »	—54,6%
На санпроф. в 1927—28 г.	91 » »	—16,9%
Всего за 5 лет	656 » »	—18,7%
На курорты — в 1927—28 году	1,0 » »	—0,2%
Всего за 5 лет	7,4 » »	—0,2%
Капитальные вложения в 27—28 г.	114,5 » »	—21,2%
Всего за 5 лет	697,1 » »	—20%

Разворачивание сети: пункты первой помощи на предприятиях,— в 27—28 году в РСФСР было 1122 пунктов, в течение 5-летия число пунктов доводится до 2289 (увелич. на 88,1%). Врачи помощи на дому: в 27—28 году было 1330 врачей или один врач на 13797 человек гор. населения, в 1932—33 году колич. врачей предполагается довести до 2547 человек. Амбулаторная помощь: имеется 6512 врачебных амбулаторных кабинетов, предполагается довести до 8157 каб., т. е., увеличить на 25%. Больничная помощь: план предусматривает увеличение коечной сети в городах к 1932—33 году до 146971 койки, для чего пона-

добится 36485 новых коек, что составляет увеличение на 32%. Средний показатель по РСФСР составит на 1000 ч. населения 6,64; в 27—28 году приходится на 1000 населения 6,0 коек. *Расширение сети врачебных участков* до 5959, для чего потребуется 1278 новых участков, что составит увеличение на 27,3%, при этом количество больниц доводится до 3410 (633 новые больницы), а количество коек возрастает до 64214 (20814 новых коек, что составляет увеличение на 47,5%). Показатель на 1000 населения 0,67 койки против 0,5 койки; один врачебный участок на 16070 жителей против 18290 человек, один больничный участок на 28490 жителей, против 30820 в 27—28 году. Планом предусматривается повышение средней нормы расхода на 1 сельскую койку с 682 до 916 руб. в год. План НКЗдрава предусматривает развертывание 1380 новых коек, а также 45 новых врачебных амбулаторных участков в местах населения переселенцев. В области *психиатрической помощи* намечается увеличение общего числа коек до 31645 против 20963 психиатр. койки в 27—28, —средний показатель обеспеченности населения психиатрич. помощью выразится в 0,28 на 1000 населения против 0,2 на 1000 в 27—28 году. *Зубоврачебная помощь* будет доведена до одного зубоврачебного кресла на 7900 человек в городах против 9300 в 27—28 году, и в сельских местностях одно зубоврачебное кресло на 100.000 населения против 147.000 в 27—28 году. В области *протезирования* намечается по плану, что выпуск протезов должен увеличиться до 17000 в 32—33 году для инвалидов войны, инвалидам труда до 24000, —до 3,0 единиц на 1000 активно застрахованных вместо 1,8 прот. единицы, — и для инвалидов транспорта в 32—33 году —3,800 протезов против 1500 в 27—28 году. По *санитарно-профилактическому* делу пятилетний план предусматривает: увеличение заразных коек, доводя их до 36500, вместо 19300 коек; увеличивается сеть лабораторий с 192 до 360, увеличивается количество малярийных станций на 23. По *борьбе с туберкулезом* —план предусматривает рост тубдиспансеров на 62%, число коек доводится до 12940. Темп роста санаторных коек взят на 40%. Для обслуживания сел и национальностей предусматривается увеличение тубпунктов до 24. По *борьбе с венерическими болезнями* намечается иметь в 1932—33 году 287 вендиспансеров и 597 венпунктов (рост вендиспансеров на 56%). В деле борьбы с проституцией и венерическими болезнями план предусматривает организацию трудовых профилакториев для женщин в наиболее крупных центрах, где проституция достигает больших размеров. План построения сети по *профилактике заболеваний* предусматривает увеличение сети профинститута до 7 и профдиспансеров до 49 с таким расчетом, чтобы к концу пятилетия эти учреждения охватывали бы существующие промышленные районы. В области *охраны материнства и младенчества* пятилетним планом намечается в связи с переходом промышленности на 7-часовой рабочий день и на 3-сменную работу увеличение числа мест в яслях на 1000 женщин членов профсоюзных с 26 до 44 в 32—33 году. Рост городских консультаций с 572 до 926 (63%); сельских консультаций с 257 до 678. Предполагается диспансерное обслуживание беременных женщин. На пятилетие НКЗ намечено 100% охвата беременных в городе и 25% на селе. В области *охраны здоровья детей и подростков* намечается увеличение детпрофамбулаторий с 130 до 229; вспомогательных коек с 1587 до 3810, койки в санат. колонии для рабочих подростков —с 608 до 3915, койки пионеров —с 500 до 2635. Врачей ОЗД увеличить с 1297 до 2034. В области *защиты населения на транспорте* проектируется увеличение коек из расчета 4,5 на 1000 населения, вместо 3,3 на 1.000 в 27—28 году. Амбулаторная сеть из расчета 1 врач на 3000 населения и один зубврач на 6000 населения.

В вопросах труда пятилетний план намечает увеличение сети медвузов и расширение существующих медфаков. При существующей сети намечается нехватка врачей к концу пятилетия в 14000 чел. Также и среднего медперсонала к концу пятилетия не хватит около 26714 человек. Встают задачи срочного расширения существующей сети медтехникумов и открытия новых. Планом предусмотрено следующее повышение зарплаты. В 32—33 году средняя ставка предполагается в 87 р. 10 к., вместо 53 р. 30 к. Средняя ставка для врача 220 р. вместо 114 руб., для среднего медперсонала 85 руб. против 50 руб. и для прочего персонала 60 руб. против 40 рублей. Удельный вес зарплаты в 32—33 году в общем бюджете здравоохранения занимает 50%.

Остановившись на этом докладе больше, чем на других, нужно все же огорчить, что нами материал представлен в высшей степени конспективно. Постановка этого доклада на V съезде врачесекций преследует цели сделать пятилетний план достоянием широких врачебных кругов. Дальнейшая работа над планом

должна вестись при самом серьезном внимании к этому делу всего коллектива врачебной общественности на местах. Вполне приложимы слова т. Рыкова на XVI Партконференции по докладу о пятилетнем плане народного хозяйства: „Характеризуя значение пятилетнего плана, я особенно обращаю Ваше внимание на ту роль его, которую он должен сыграть в отношении мобилизации масс для задач социалистического строительства.... Пятилетний план в виду своей конкретности, календарности, фиксированности результатов работы на каждый год является превосходным орудием мобилизации широчайших народных масс для организации нового общества“.

Не меньше внимания съезд уделил вопросу о рационализации в медико-санитарном деле. Докладчик т. Коновалов (НКЗдрав РСФСР) указал, что задачи рационализации особенно заостряются в разрезе выводов пятилетнего перспективного плана здравоохранения. Рост культурных запросов населения и, в частности, повышение требований, предъявляемых к медорганизации, значительно превышают экономические возможности страны по удовлетворению этих запросов, и поэтому рационализаторские мероприятия в условиях настоящих финансовых ресурсов, т. е. получение наибольшего эффекта при наименьшей затрате— является серьезным оружием для сжатия этих „ножниц“. Имеющийся у нас в медучреждениях опыт рационализации показывает, что рационализаторские мероприятия могут дать значительное повышение производительности труда и улучшение качества работ учреждения без увеличения материальных затрат. Докладчик указывает, что сущность рационализации в медико-санитарной организации заключается в двух основных направлениях: а) в рационализации собственно медпомощи населению (производство) и б) в рационализации управленческих аппаратов здравоохранения. Подходы, методы рационализации в медучреждениях будут и должны различаться с методами, применяемыми для учреждений канцелярского, управленческого типа, но объем рационализаторских задач в общих чертах является единым для всех наших государственных учреждений. Эти общие черты— улучшение обслуживания (в данном случае медпомощью) рабоче-крестьянских масс, приближение аппарата к нуждам трудящихся. Т. Коновалов указал, что как в центре, так и на местах проводится частично рационализаторская работа. Имеется упрощение аппаратов, край, обл. и губздравотделов, упрощена медико-санитарная отчетность на 40—50%, передан местам ряд управленческих функций по линии здравоохранения, регламентированы права и обязанности основных категорий медработников, изданы типовые проекты зданий, в ряде мест широко проводятся работы по механизации изготовления лекарств, применяются системы стандартных рецептных формул, ряд амбулаторий с успехом осуществляет упрощение процедуры повторной регистрации, производится объединение административных и хозяйственных функций нескольких мелких учреждений и т. д. Подводя итоги, докладчик указывает, что прежде всего нет систематического учета этих мероприятий, работа в республиканском масштабе носит эпизодический характер, проведены отдельные, очень нужные рационализаторские мероприятия, но необходимость постоянной рационализаторской функции еще не осознана и работа не опирается на твердые организационные формы. Участие производственных советов и комиссий в этой работе было проявлено, но инициативная роль этих организаций ослаблялась крайне невнимательным отношением к предложениям со стороны администрации медико-санитарных учреждений. Особенно слабо участие в этой работе со стороны врачей. Основное направление дальнейшей работы по рационализации должно быть: в установлении четкой персональной ответственности работников; *проверка выполнения* является неотъемлемым звеном всей работы медико-санитарного учреждения, помимо контроля по административной линии необходимо добиться систематической самопроверки, в проверку фактического выполнения должны быть втянуты организации широких слоев трудящихся (секции здравоохранения, профсоюзы). Должна вестись борьба с бюрократизмом и бездушным формализмом; бюрократические извращения и волокита еще живут в наших учреждениях, имеется много примеров «формально правильного, а по существу «издевательского» отношения к больному. Должно быть правильное использование работника и оно даст значительное повышение производительности труда. Особое значение приобретает вопрос о поднятии трудовой дисциплины; оно является необходимым условием успешности рационализаторских мероприятий.

Конкретными рационализаторскими мероприятиями на ближайшее время являются: рационализация построения сети медучреждений, рационализация нового строительства медико-санитарных учреждений, установление рациональных форм

приема первичных и повторных больных, борьба с очередями, рационализация труда младшего, среднего и старшего медперсонала, повышение производительности лечебного учреждения (борьба с залеживанием стационарных больных и др.), рационализация лекарственной помощи, рационализация использования медицинского и специального оборудования, разработка форм рациональной организации хозяйства медико-санитарного дела, вопросы дальнейшей рационализации медицинской отчетности.

Последний вопрос, который занимал внимание всего съезда—это участие врачей и медико-санитарных учреждений в социалистическом соревновании. Специального доклада на эту тему не было, но каждый докладчик подробно останавливался на этом вопросе, и эти призывы находили дружный отклик. Врачи и все медработники не хотят отстать от того подъема и энтузиазма, который охватил рабочих фабрик и заводов нашего Союза в работе за улучшение качества работы и поднятия производительности труда. Основными лозунгами съезда были: поднятие трудовой дисциплины, поднятие производительности труда, улучшение качества работы, усиление рационалистических мероприятий, участие в социалистическом соревновании, борьба с бюрократизмом и волокитой в наших лечебных учреждениях, большое внимание и активное содействие всех медработников по проведению пятилетнего плана здравоохранения, усиление политико-воспитательной работы среди врачей и дружный отпор всем антисоветским элементам в нашей среде.

Дана могучая зарядка и задачи, долг врачей—отдать все свои силы и энергию на выполнение этих задач.

Резолюции съезда будут полностью опубликованы в бюллетенях Ц. К. Медсантруда.

Хроника.

113) Согласно распоряжению Коллегии Наркомпроса в ближайшее время подлежат переизбранию все научные работники ВУЗ'ов, которые выслужили к I/X с. г.—профессора 10 лет, преподаватели—7 лет. Срок службы каждого работника исчисляется по всей совокупности его службы в одной и той же должности, начиная с момента занятия им данной должности, независимо от имевших место последующих утверждений его в связи с переходом в другой ВУЗ на такую же должность. Переизбрание производится с объявлением конкурса ГУС'ом или ГПФ. В целях планомерного осуществления производства переизборов объявление конкурса будет произведено не по всем ВУЗ'ам одновременно. Очередь переизборов по отдельным ВУЗ'ам будет объявляться ГПФ. В первую очередь из медвузов переизборы объявлены в I Московском университете и Воронежском университете. (Еженедельник НКП, № 20—21).

114) Согласно ходатайства Медфака Каз. университета на кафедру физиологии, освободившуюся за смертью проф. Н. А. Миславского, ГУС'ом утвержден проф. А. Ф. Самойлов.

115) Профессором топографической анатомии и десмургии Казанского университета ГУС'ом утвержден прив.-доц. I Моск. ун-в. Я. М. Брускин.

116) На кафедру Патологической физиологии Казанского университета ГУС'ом утвержден ассистент при кафедре Патол. физиологии 2 Московского университета Н. Н. Сиротинин.

117) 21 и 22 мая с. г. Физиологической секцией Об-ва врачей при Казанском университете была организована двухдневная научная конференция, посвященная памяти проф. Н. А. Миславского. На конференции было прочитано 25 научных докладов. Конференция прошла с успехом. Доклады, прочитанные на конференции, будут напечатаны в одном из ближайших номеров „Ученых записок Казанского университета“ и затем выйдут отдельным сборником.

118) С 8 по 11 июня в Казани состоялся III краевой съезд рино-лаларинго-отитров. Съезд собрал 178 членов, среди них 64 иногородних. В съезде участвовали проф. Цитович (Саратов), Луков (Баку), Шевалев (Пермь), Комендантов (Ростов), Бондаренко (Иркутск), Трутнев (Казань). Председателем съезда был избран проф. Цитович. Отчет о съезде будет помещен в ближайшем номере „Каз. мед. жур.“.

119) 25, 27, 28 и 30 мая по приглашению Медфака, Института для усовершенствования врачей, Врачебной секции, Секции научных работников, Исполбюро

пролетстуда д-ром К. В. Волковым (Ядрин) были прочитаны в Актовом зале университета 4 лекции из цикла «Диалектика и медицина»: 1) Политика, философия и наука, 2) Патология и диалектика, 3) Диалектика у постели больного и 4) Городская и участковая медицина. Актовый зал был переполнен слушателями, лекции слушались с большим интересом. Несомненно, лекции послужат большим толчком для врачей в изучении вопросов диалектической философии. Лекции имели и большое общественно-воспитательное значение, т. к. показали, что при соответствующей установке врач и в глухой провинции не отрывается от науки, от общественной философии.

120) По приглашению Государственного Института усовершенствования врачей им. Ленина Казань посетил профессор Терапевтической клиники Амстердамского университета И. Снаппер, пробывший в Казани с 22 по 26 мая. Профессор Снаппер прочитал командированным в Институт врачам лекцию об отеках, сделал в конференции Физиологической секции О-ва врачей доклад о гиперфункции паратиреоидных желез; в Научном собрании врачей Института проф. Снаппер сделал очень интересное сообщение о неэскреторной функции почек, поделившись своими многолетними наблюдениями о синтетической функции почечной ткани и значении этой функции для обмена веществ в организме. Проф. Снаппер очень детально познакомился с постановкой дела усовершенствования врачей в СССР, и в частности в Казанском Институте, и выразил свое удивление, что проблема поднятия квалификации сельского врача, не разрешенная в Западной Европе, получила такое удачное и целесообразное разрешение в Союзе, где это дело является одним из звеньев государственной организации здравоохранения. Проф. Снаппер изучает постановку здравоохранения в СССР, особенно профилактические учреждения, возникшие после революции. В Москве проф. Снаппер тоже сделал несколько научных докладов.

121) На состоявшемся в Харькове врачебном диспуте «допустима ли частная практика в условиях социалистического строительства» врачи-диспутанты высказались за недопустимость частной практики для советского врача, смотрящего на свою работу как на вклад в социалистическое строительство. В условиях диктатуры пролетариата врач, усвоивший марксистскую идеологию, должен отказаться от частной практики, находящейся на службе у непролетарских слоев населения и отражающей их идеологию (Врач. дело, № 9).

122) Научное Об-во врачей г. Ульяновска, считая нецелесообразным существование двух параллельных об-в (Научное об-во и Научная Ассоциация врачей) прекратило на днях свое существование.

123) В Берлине Обществом арабских ученых „El-Arabiya“ совместно с Обществом врачей-иностранцев в Германии 7 и 8 июня было организовано празднование 1000-летнего юбилея арабской медицины. Дата юбилея считается с года рождения (929) Абу-л-Касима, арабского врача и исследователя, автора знаменитого трактата по практической медицине „Al-Tassrif“. В праздновании принимали участие выдающиеся ученые современной Германии, как-то W. His, A. Bier, H. Sigerist и друг.

К юбилею проф. Д. О. Отта.

Бюро юбилейного чествования профессора Д. О. Отта прислало редакции следующее обращение к врачам и почитателям маститого юбиляра.

„19 декабря сего 1929 года исполнится 50 лет научной, врачебной и общественной деятельности проф. Дм. Оск. Отт. День знаменательного, столь редкого для представителей врачебной науки юбилея получает еще особое значение благодаря исключительности такого деятеля как проф. Дмитрий Оскарович Отт, и приобретает историческое значение для акушерско-гинекологической дисциплины, завершая полувековой период, отмеченный его деятельностью.

Однако, не для одних гинекологов должно быть ценно имя Дмитрия Оскаровича. Не только как знаменитый хирург и исследователь женского организма, но и как педагог, учитель многих тысяч врачей, создатель одного из лучших медицинских учреждений в мире, общественный деятель, добившийся признания равноправия женщин-врачей, много потрудившийся в деле единения и совместной работы представителей медицинского мира на Пироговских и акушерско-гинекологических съездах, высоко поднявший престиж русского врача за границей своим влиянием и пропагандой русской медицины в Европе, Африке и Америке, напи-

савший более 100 ученых работ и отразивший свои направления и моральную и техническую школу в руководстве „Оперативной Гинекологии“—Димитрий Оскарович должен являться гордостью русской гинекологии и всех врачей нашего обширного отечества.

Считая своим долгом почтить 50-летний юбилей работы Димитрия Оскаровича должным образом, образовавшийся в Ленинграде Юбилейный комитет, составленный из всех профессоров - гинекологов Ленинграда, постановил усилить себя включением представителей местных сил и провинциальных Медицинских обществ и учреждений и предложил осуществить следующие предложения: 1. Издать том трудов „Юбилейного сборника научных работ“, посвященный юбилею, в размере 25—40 печатных листов, с рисунками и пр.; 2. Возбудить ходатайство о наименовании Государственного акушерско-гинекологического института, созданного Димитрием Оскаровичем, который был его руководителем в наиболее блестящую пору своей деятельности „Акушерско-Гинекологический Институт имени Д. О. Отт“. 3. Выпустить „Золотую Книгу“, содержащую список трудов Д. О. Отт, его жизнеписание, характеристику его деятельности в различных областях и с различных сторон в форме ряда статей различных авторов; в ней же, если позволит объем, будут помещены и тексты приветственных речей.

Юбилейное Бюро, на обязанности которого лежит выполнение данных предначертаний, позволяет себе надеяться, что осуществление указанных мероприятий окажется возможным при широком содействии друзей, учеников и почитателей Димитрия Оскаровича, и потому, через посредство медицинской прессы, обращается ко всем представителям врачебного мира, интересы которого были всегда столь дороги Димитрию Оскаровичу, с предложением принять участие в юбилейных торжествах, что может выразиться участием в предполагаемых юбилейных изданиях статьями, присылкой соответствующих денежных средств, личными и письменными приветствиями в день юбилея и проч.

Взносы частями или полностью принимаются казначеем Бюро проф. Д. И. Бубличенко, Ленинград, В. О. 34. Улица Менделеева, 3, кв. 1.

Взносы предполагаются индивидуальные и из сумм медицинских обществ. Индивидуальные взносы проектированы в размере от 5 до 15 руб., которые можно присылать сразу или частями (по 5 руб.). Присылка первой части желательна возможно ранее, чтобы Бюро по размерам подписки могло своевременно составить себе представление о широте заготовки юбилейных изданий; последние будут распределяться среди участников в зависимости от размеров взносов и стоимости изданий (так стоимость „Сборника“ предполагается от 8 до 10 руб., „Золотой Книги“—4—5 руб., причем при взносе важно указать, в каких изданиях данное лицо заинтересовано).

По разного рода вопросам можно обращаться в Юбилейное Бюро в лице председателя проф. В. В. Преображенского. Ленинград, В. О. 34. Улица Менделеева, 3, кв. 7. (Госуд. акуш. гин. институт).

Пред. Бюро В. Преображенский.

Памяти профессора Г. Н. Пинегина.

6 февраля в г. Ташкенте скончался от кровоизлияния в мозг профессор по кафедре гигиены Медицинского факультета 1-го Государственного Средне-Азиатского университета Григорий Николаевич Пинегин.

Среднее образование покойный получил в Вятской гимназии, высшее же сперва в С. Петербургском университете, каковой окончил со званием кандидата естественных наук, а потом в Военно-Медицинской Академии. По делу о „Рабочей библиотеке“ он был сослан в Сольвычегодск (Вологодской губ.), а вследствие этого в дальнейшем вынужден был покинуть пределы России и жить за-границей (Англия и Америка), где он, однако, тоже не переставал заниматься изучением медицины и, в частности, гигиены. В Лондоне он окончил курсы санитарных врачей, а пребывая в Нью-Йорке, получил степень доктора медицины тамосного университета. На медицинском факультете 1-го Ср.-Аз. университета покойный был вначале самостоятельным преподавателем по кафедре гигиены, а в 1922 г.—избран и утвержден профессором по той же кафедре.

Только в научной работе усматривал он свой идеал и только ему поклонялся он до самого конца своих дней, наглядным доказательством чего служит список

его многочисленных научных работ и докладов по разным вопросам общественной медицины, санитарии и гигиены¹⁾.

Однако, годы слишком тревожной, кочующей и притом трудовой жизни не прошли бесследно для здоровья; на этой почве у него развился преждевременный склероз с последовательными нефритом, миокардитом, расширением сердца (cor bovinum), в довершение всего осложнившиеся еще и диабетом, что в конце надломило его силы и привело к столь безвременной развязке: остро заболел вечером 3 го февраля, 6 го февраля он скончался.

Человек прямолинейный, вдумчивый, прекрасной души и чуткого сердца, на редкость хороший товарищ по службе, ученый, беззаветно преданный своему делу, западно-европеец по образованию, демократ в лучшем смысле этого слова,—профессор Г. Н. Пинегин вполне заслуживает, чтобы мы остановили на памяти о нем свое внимание и воздали должное по делам его.

Проф. И. М. Михайловский.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

19) 1) Распространяется ли постановление ЦИК СССР о пенсиях мед и вет-персоналу сельских медучастков—на участковых врачей и медперсонала железных дорог, и 2) с какого момента считается срок выслуги 25 лет на получение пенсии.

2) Возможно ли и удобно ли разделять акушерство от гинекологии в практической работе участкового врача?

Подп. № 1558.

Ответы. 1) Декрет о пенсии квалифицированному медветперсоналу за выслугу лет находится на утверждении ЦИК СССР. Исчерпывающий ответ можно будет дать по затронутому вопросу только после утверждения ЦИК СССР.

2) В практической работе участкового врача не представляется возможным разделять акушерство от гинекологии.

Д-р А. И. Плещицер.

20) Просьба дать ответ на следующее: ребенку 5 л. 3 м., находившемуся на амбулаторном лечении малярийной станции (болел малярией 2 мес.) ввиду наличия ascaris lumbricoides был назначен педиатром santonin по 0,25, на прием. Эти порошки отец ребенка давал в течение 4 дней подряд по 1 пор. в день. По словам родителей у ребенка после приема первого порошка была рвота, полусознательное состояние, подергивание конечностей, широкие зрачки; мочится мало и моча мутная, красноватого цвета, с большим осадком. Через неделю после дачи первого порошка santonin'a был вызван врач на дом к ребенку; определяется meningo-encephalitis toxica. На 14-й день после дачи первого порошка santonin'a ребенок погибает. За время болезни¹⁾ доходило до 39,0. Произведенным вскрытием установлен милиарный туберкулез всех внутренних органов, в том числе и головного мозга и мозговых оболочек с наличием гноя. Просьба дать разъяснение: не могла ли отравляющая доза santonin'a ускорить появление видимых симптомов милиарного tbc, в частности туберкул. менингита, или же здесь было наличие двух факторов: действие токсической дозы сantonina (0,25 для 5 л. ребенка) и явления милиарного туберкулеза?

Подп. № 1824.

Ответ. Доза сantonina по 0,25 для ребенка 5-летнего возраста является токсической. Даже взрослому эта доза велика. Приходится удивляться, как аптека могла отпустить такую дозу, не запросив предварительно врача. Что касается последующей смерти ребенка от милиарного туберкулеза, то, конечно, предшествовавшее отравление сantoninom здесь не играло доминирующей роли, так как печальный исход был предreshen уже ранее бывшим туберкулезом.

Проф. В. Меньшиков.

21) 1) Как бороться с трахомой, осложненной упорным паннусом, когда обычные средства (Cuprum-Stift) оказываются мало действительными, острота зрения не повышается или повышается крайне медленно. Хотел бы получить рецептные формулы, проверенные Каз. трахомат. институтом и являющиеся наиболее рациональными в указанных случаях. 2) Издает ли Каз. трахоматозный институт свои работы по трахоме и где их можно получить? 3) Работает ли в течение лета Каз. трахоматозный институт? 4) В реферативном отделе Вашего Журнала (№ 3—1929 г.) имеется указание на применение при трахоме препарата „Тракумин“. Проверялось ли действие этого препарата Каз. трахом. институтом и можно ли его где-нибудь достать в СССР? 5) Где можно получить хлорное золото для та-тажа по К n a p'у?

Подп. № 1964.

¹⁾ Перечень работ по техническим условиям не приводится. *Ред.*

Ответ. 1) Против паниуса в указанных Вами случаях применяется операция Denig'a, подконъюнктивные инъекции hydarg. суапати, аутогемо-и аутосеро-терапии и проч. 2) Работы трахоматозного института печатаются в периодической печати, отдельного сборника не издается. 3) С 1 июля по 1 сентября трах. институт закрыт. 4) Наблюдения над применением "Тракумина" при трахоме ведутся, но еще не закончены. 5) Медикаменты, о которых Вы спрашиваете, нам удавалось просто получать в аптеках НКЗдрава.

Проф. В. Адамюк.
22) Может ли беременность продолжаться лишний месяц сверх обычного срока беременности?

Подп. № 1472.
Ответ. Т. к. продолжительность человеческой беременности подвержена значительным колебаниям, а момент ее наступления не поддается точному учету, случаи, подобные запрашиваемому, вполне возможны.

Проф. А. Тимофеев.
23) Какая имеется русская литература по вопросу о повреждениях химическим карандашом в хирургии, дерматологии и офтальмологии?

Подп. № 1336.
Ответы. а) Относительно повреждений глаз химическим карандашом в русской литературе сообщений мало. Могу указать на работу д-ра Груздева (Врачебная газета, № 3, 1928). На немецком языке мне известны работы Müllius'a (Ztschr. f. Augenh., Bd. 59, 1926), Jritzer-Braun'a (Klin. Monatsschr. f. Aug., 1928, июнь), Wissman (Z. f. Aug. Bd., 41). Проф. В. Е. Адамюк.

б) о повреждениях химическ. каранда. других областей см. работу Н. Д. Корабельникова (Казанск. мед. журнал, № 10, 1925 г.).

Ред.
24) Может ли вызвать серьезные осложнения (гангрена, сепсис) попадание нескольких куб. сант. 10% раствора хлористого кальция паравенозно при внутреннем его введении в случае распространенной экземы?

Подп. № 1372.
Ответ. При случайном попадании нескольких куб. сант. 10% раствора хлористого кальция в подкожную клетчатку возможно образование абсцесса. Что касается гангрены и сепсиса, то их возникновение может быть объяснено несоблюдением правил асептики, обязательных при производстве внутривенных вливаний.

Прив.-доц. Н. Яснитский.

Письмо в редакцию.

Многоуважаемый редактор.

Межсездняя комиссия по классификации туберкулезных заболеваний, образованная по постановлению IV Туберкулезного съезда, обращает Ваше внимание на то, что в № 2 Казанского медицинского журнала за 1929 г., в статье М. И. Ойфебаха "О классификации туберкулезных процессов" неправильно передано содержание доклада В. С. Хольцмана на эту тему на Всесоюзном туберкулезном съезде в Тифлисе—в пункте, касающемся значения каверны в оценке стадия легочного туберкулеза (стр. 152, нижние 9 строк) и неверно изложено относящееся сюда постановление Съезда.

От имени презсездной комиссии по классификации В. С. Хольцман предложил следующее: "каверны даже значительных размеров или множественные не переводят случаи в III стадию, каверны могут быть во всех стадиях, каверны обозначаются отдельно".

Съезд принял это предложение, и в утвержденной Съездом классификации в основной обязательной характеристике, в разделе: а) легочный процесс пункт 1: распространенность и интенсивность процесса—при определении стадий процесса—нигде не говорится про каверны, а в следующем отдельном пункте 2 сказано: Каверны (Кв.).

Между тем в статье М. И. Ойфебаха указано противоположное: "Съезд однако с этим предложением (В. С. Хольцмана) не согласился и все случаи каверны по новой кл. должны быть отнесены к III ст. и пр."

В виду могущих последовать крупных ошибок в применении новой классификации среди читателей Казанского медицинского журнала в связи с указанной неточностью изложения М. И. Ойфебаха, Комиссия по классификации просит Вас сделать соответствующую поправку в ближайшем № Вашего уважаемого журнала.

Председатель комиссии проф. В. Воробьев.

Необходимое исправление.

В № 4 "Каз. мед. ж." (стр. 436) в заголовке статьи д-ра Фридмана "Случай одностороннего паралича конечностей с загадочным патогенезом" написано: Из Петергофской горбольницы (Зав. проф. М. П. Никитин). Надо: Из Петергофской горбольницы (завед. д-р А. А. Николаев) и из клиники нервных болезней Ленингр. мединститута (Завед. проф. М. Н. Никитин).

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmaz.-Wiss. Abteilung „*Bayer-Meister-Lucius*“
Leverkusen a. Rhein.

PLASMOCHIN

Синт. дериват алкил-амино-6-метокси-хинолина

НОВОЕ СРЕДСТВО ПРОТИВ МАЛЯРИИ

НЕ ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПРОИЗВОДНЫМ ХИНИНА

Уничтожает гаметы

Применяется для профилактики и лечения различных форм малярии (Действует спасительно при злокачественной гемоглобинурии)

Не обладает горьким вкусом хинина.

ANTIMOSAN STIBOSAN

препараты сурьмы для парэнтеральной терапии

С успехом применяются при лечении тропических заболеваний:

Kala-Azar, Leishmaniosis, Granuloma-Venereum, Bilharziosis, Clonorchiasis.

ТРУПАФЛАВИН

Хемотерапевтический ANTISEPTICUM высокого бактерицидного действия:

Показания: Cysto-Pyelitis, Peritonitis, Sepsis, Influenza, Encephalitis, Gonnorrhoe.

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ДЛЯ СССР:

IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H.

BERLIN NW 7, DOROTHEEN-STRASSE 35

В Москве представители Игерусско при Русско-Германск. Торг.
Акц. О-ве, Москва 9. Тверская 34

Образцы по требованию лечущих учреждений бесплатно
Литература, к услугам врачей. — Обращаться к представителям
Игерусско в Москве.



Вышел из печати и поступил в продажу: **„Сборник рецептов Клиник Казанского Университета“** с приложением таблиц доз и противоядий. Стр. 208. Цена 1 р. 40 коп. Составили И. Г. Делиб, Т. М. Лукин, Д. Г. Петров, Г. Р. Поль и А. П. Хунтер.

Сборник заключает в себе рецепты по клиникам внутренних болезней, глазных, акушерству и гинекологии кожных болезней, рино-ларинго-отитологии, одонтологии, нервных болезней, психиатрии, урологии, хирургии и детских болезней.

Сборник проверен профессорами и преподавателями Каз. Университета. С требованиями обращаться: г. Казань, в редакцию „Казанского Медицинского Журнала“. Высылается наложенным платежом, без задатка. Приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно. При требованиях пишите кратко „Сборник рецептов К. Г. У.“.

Волжско-Камское Управление Связи

ПОЧТОВО-ГАЗЕТНОЕ БЮРО

г. Казань, Чернышевская 8. Телефон 1—88.

Товарищи!

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ ГАЗЕТУ И ЖУРНАЛ В СРОК
ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ НА ПОЧТЕ.

Почта имеет генеральные договора со всеми крупными Изд-вами (Правда, Изв. ЦИК СССР, Рабочая газета, Крестьянская газета и пр.).

Полная материальная ответственность за принятую подписку и своевременную доставку.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА ВСЕ ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ СССР:

повсеместно всеми почтово-телеграфными предприятиями, сельпосылками, газетноносцами, организаторами подписки. По городу—Газетным Бюро, (Чернышевская 8) и его уполномоченными. Киоском-распределителем (по Б. Проломной, дом № 40) и для удобства, установлен прием подписки по телефону. Звоните 1-88, 16-81, к Вам пришлют на дом, в учрежд. по данному адресу сотрудника для приема заказа.

Ждем от Вас подписки на любое произведение печати.

Казанское Почтово-Газетное Бюро.

II год издания

„ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ“

II год издания

(LES PROBLEMES D'ONKOLOGIE)

журнал посвященный изучению злокачественных новообразований и борьбы с ними. Редакционный совет: проф. А. И. Абрикосов, проф. П. А. Герцен, Д. И. Ефимов, проф. А. А. Кронтовский, проф. М. И. Лифшиц, проф. Н. Н. Петров, проф. А. В. Репрев, проф. Г. И. Хармандарьян. Секретарь редакции д-р Б. М. Варшавский. В журнале следующие отделы: 1. Экспериментальный. 2. Морфологический. 3. Клинический. 4. Радиологический. 5. Отдел социальной патологии и статистики, обзоры, рефераты рецензии. Журнал выходит 4 раза в год отдельными книжками по 6 печатных листов каждая. Подписная цена: на год 6 рублей, на полгода 3 руб. 50 коп. Допускается рассрочка платежа: 3 рубля при подписке и 3 рубля к 1 июля 1929 г. В отдельной продаже стоимость одного номера—2 рубля. Статьи просим направлять по адресу: гор. Харьков, Пушкинская улица, № 53, Украинский Государственный Рентгенологический и Радиологический Институт, редакции журнала „Вопросы Онкологии“. Подписку и денежные переводы направлять по адресу: Всеукраинское Медицинское Издательство „Научная Мысль“ Харьков, ул. Свободной Академии 6/8.

П Е Й Т Е

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.

Отдел I. Оригинальные статьи.

	Стр.
Проф. Д. М. Российский (Москва). О ведении преподавания методики диспансеризации при поликлинических занятиях.	593
А. А. Вишневский (Казань). Иннервация нормальной и подковообразной почки (с 2 рис. на отд. табл.).	596
Прив.-доц. О. А. Герман и орд. С. С. Шпиро (Казань). К вопросу о специфичности и токсичности фильтратов по Безредка.	601
А. И. Шапиро (Ленинград). Реакция Маноилова в связи с изогемоагглютинационными свойствами крови.	607
Д-р мед. Д. И. Татаринцов (Уфа). К терапии и клинике крупозного воспаления легких.	611
Г. И. Кац (Одесса). К клинике расстройства проводимости в атрио-вентрикулярном узле после дигалена (с 1 электрокардиогр.)	615
Д. Н. Федоров (Казань). К вопросу о первичной саркоме желудка.	618
Г. Б. Теплицкий (Горловка, Донбас). К вопросу о грыжах белой линии.	621
А. А. Крылов (Саратов). К казуистике первичных опухолей мозгового слоя надпочечной железы.	627
Н. Трутнев (Казань). Холестеатома Гайморовой полости.	632
Б. С. Тарло (Казань). О некоторых лабораторных методах диагностики внематочной беременности.	636
Н. М. Морозов (Казань). Случай папилломы роговой оболочки.	643
С. А. Кушнер (Саратов). Картина крови по методу Sonderg'a при пневмониях у детей.	647
С. А. Егерев и Э. Е. Михлина (Казань). Экспериментальное испытание противорахитического действия Jescorol'a (с 1 рис.).	651
Н. М. Тамбовцев (Казань). Об острых вспышках pseudologie phantasticae.	653
М. С. Лившиц (Казань). О травматизме медработников Казанской окружной психиатрической лечебницы.	659
Е. Т. Дитякина-Голяева (Казань). Судебно-медицинское значение определения роданистых солей в слюне.	663

Из практики.

А. М. Клементьева (Казань). Редкий сл. базальноклеточного рака желудка.	668
А. Е. Алеев (Наченальская б-ца). Сл. мнимого вправления ущемленной грыжи.	670
Е. В. Миртовская (Губ. санат. «Сосновка»). К вопросу о френикотомии при легочном туберкулезе.	671
Е. Н. Авров (Елабуга). К вопросу о лечении ожогов.	673
М. Е. Седых (Верхне-Хавская б-ца). Редкий случай конкремента в брюшной полости (с 2 рис.).	674
Т. А. Грасмик (Марксштадт). Случай тромбоза брыжейки подвздошной кишки, излеченный резекцией.	676
Я. В. Хорош (Казань). Лечение кожных болезней кварц. лампой сист. Баха.	677

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

А. И. Сигалевич (Казань). К учению о «женском половом гормоне».	679
Библиография и рецензии: 1) «Естествознание и марксизм», №№ 1 и 2. Проф. М. Гран. 2) «Вопросы социальной гигиены, физиологии и патологии детского возраста». Сборник. Е. Кливанской-Кроль. 3) Проф. Ю. Цапперт. «Болезни нервной системы у детей». М. Андреева. 4) «Новое в дефектологии». Сборник Л. М. Андреева.	685
Заседания медицинских обществ: О-во врачей при Каз. университете: гигиеническая и рино-ларинго-отоларингическая секции.	687
Научные собрания врачей Гос. ин-та для усоверш. врачей им. В. И. Ленина в Казани.	689
Деятельность О-ва невропатол. и психиатр. при Каз. ун-те за 1928 г.	690
О-во невропатол. и психиатров при Каз. ун-те. Физиотерапевт. секция.	691
Казанское о-во рентгенологов и радиологов.	692
Оренбургское физико-медицинское о-во за 1920-28 г.г.	693
А. Я. Плещицер. V Всесоюзный съезд врачебных секций.	694
Хроника	700
К юбилею проф. Д. О. Отта	701
Памяти проф. Г. Н. Пинегина Проф. Н. М. Михайловского.	702
Вопросы и ответы.	703
Письмо в редакцию.	704