

# 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).

№ 4.

А П Р Е Л Ъ.

(Вышел из печати 22 апреля).

---

При настоящем № подписчикам рассылается приложение:

Д-р Н. Н. Благовещенский.

**О МЕСТНОМ ИММУНИТЕТЕ.**

Под редакцией проф. В. М. Аристовского.

КАЗАНЬ.

Цена 65 коп.  
(без приложения).

## 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  $1\frac{1}{2}$  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.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

НА

**„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“**

**В 1929 г.**

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА:

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

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

Требования и деньги направлять по адресу:

г. Казань, Редакция „Казанского медицинского журнала“.

Открыта подписка на 1929 год на ежемесячный научно-врачебный грузинский журнал

Год издания VI

**ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА**

Год издания VI

орган научных работников медицинского факультета Тифлисского Государственного Университета. Отделы журнала: теоретическая, клиническая, общественная и практическая медицина, обзоры, корреспонденции, рефераты, библиография, хроника и отчеты медицинских обществ, конференций и научных экспедиций. В качестве бесплатного приложения подписчики получают: „Труды V Всегрузинского научного конгресса врачей“. Подписная плата: на год 10 р.; на  $\frac{1}{2}$  г.—5 р.; отдельный номер 1 р. Адрес редакции: С. С. Р. Грузии. Тифлис Ул. Камо, 47. «Танамедрове Медицина».

# 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).

**№ 4.**

**А П Р Е Л Ь.**

КАЗАНЬ.

Главлит ТССР № 2777.

Нар. № 4609.

Тираж 3500 экз.

---

Казань, 1929. ТАТПОЛИГРАФ. Казанская, 4.

## **К десятилетию пребывания М. И. Калинина на посту председателя ВЦИК.**

30 марта с. г. правительственные, партийные и профессиональные организации чествовали Михаила Ивановича Калинина по случаю десятилетия пребывания его на посту председателя ВЦИК. Кто не знает нашего Всесоюзного старосту! Все отмечают, что Михаил Иванович своим энтузиазмом заражает широкие трудящиеся массы. В своем обращении к участковым врачам на Всесоюзном съезде участковых врачей М. И. Калинин заявляет: „Вы все заброшены в глухие трущобы Советского Союза. Я знаю состояние этих трущоб, великолепно знаю состояние интеллигента, заброшенного в эти трущобы. Но, товарищи, от Вашей воли, от Вашей энергии зависит эти трущобы превратить в уголок Москвы. Когда бросишь взгляд в перспективу нашей отсталой Советской России, где интеллигенция вкраплена очень редко, где невежество и бедность царят полностью, видишь вместе с тем новую почву, которая существует, и думается, что доживем до того момента, когда наша отсталая республика будет стоять впереди всех государств“. И в своем обращении к делегатам 4-го Всесоюзного съезда врачей в феврале 1927 года Михаил Иванович вновь указывает: „Врачи никогда не были позади других частей интеллигенции. Наши врачи, в особенности наши земские врачи, народные, они всегда болели нуждами народа. Я не сомневаюсь, что и сейчас врачи, как частица интеллигенции, работающей в советском строе, не будет позади других слоев интеллигенции, что Вы будете в первых рядах нашего общего строительства и что у Вас будет достаточно оптимизма и уверенности в достижении тех целей, которые перед нами поставлены“.

Надо отметить особенно значительную роль Михаила Ивановича во всех областях советской работы. Как большевик-ленинец, как один из лучших исполнителей партийных решений, М. И. Калинин на своем посту в течение десяти лет осуществлял практически правильные взаимоотношения между рабочим классом и крестьянством.

Редакция шлет юбиляру привет и пожелания еще долгие годы работать на высоком посту.

---



## Профилактическое направление в лечебной медицине.

С. М. Шварц.

Хотя вопрос о профилактическом направлении в лечебной медицине и о взаимоотношении между профилактической и лечебной медициной стоял на многих съездах и, в частности, подвергался обсуждению на Всесоюзном съезде участковых врачей в конце 1925 г., тем не менее он и по сию пору еще волнует врачебную массу и не может считаться разрешенным в нашей повседневной практике. До сих пор вопрос о профилактической и лечебной медицине нередко ставится нашими периферическими советскими, профсоюзными, страховыми организациями, а очень часто и врачами в плоскости установления правильных пропорций между ними. Профилактическая медицина противопоставляется лечебной, пытаются установить грань между ними, установить процентную норму для той и другой. Правильна ли такая постановка вопроса?

Для того, чтобы дать ответ на этот волнующий врачебную массу вопрос, позволим себе сделать небольшую историческую экскурсию в область развития общественной медицины в России. Посмотрим, как ставился и разрешался вопрос о взаимоотношениях между лечебной медициной и профилактической в период земской медицины. Какие задачи ставили перед общественной медициной лучшие идеологи земской медицины? Вот как определяет в основном задачи общественной медицины один из виднейших ее представителей казанский профессор Петров еще в 70-ых годах прошлого столетия:

„После тысячелетий бесполезного служения отдельным единицам медицина и врачи призываются на службу целому обществу. Требуется излечить общественные болезни, поднять уровень общественного здоровья, возвысить общественное благосостояние... Сама медицина убедилась, что для достижения ее конечных целей—уничтожения болезней недостаточно тех средств, около которых она до сих пор вращалась и которые иногда были так могущественны в отдельных случаях или в руках отдельных врачей. Оказалось, что эти средства не имеют никакого значения в борьбе с болезнями целого населения и что для этой борьбы необходимы иные приемы, выполнение которых возможно лишь только силами самого населения“.

Петров, перечисляя задачи, стоящие перед земской медициной, в числе прочих, указывает: „Земской медицине придется бороться с невежеством народных масс и видоизменить целое их мировоззрение; без этой борьбы задачи земской медицины не будут выполнены“. В другом месте он говорит: „Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предупредительной. Эта наука, идя рука об руку с лечебной, принесет несомненную пользу человечеству“.

На основе этих положений и начал строиться земский профилактически-лечебный участок, ставящий перед собой задачей не только лечение заболеваний, но и проведение ряда мероприятий, долженствовавших уничтожить или, по крайней мере, ослабить, ограничить влияние причин, вызывающих заболевания широких масс населения.

Противопоставляется ли основоположниками земской медицины лечебная медицина профилактической? Нет, она не противопоставляется,

а увязывается с профилактической. Изменилась ли точка зрения земских врачей на роль и задачи участкового врача и на взаимоотношения лечебной медицины и профилактической? Вот, что пишет известный земский деятель Шингарев, спустя 40 лет после того, как были заложены первые ячейки общественного здравоохранения в сельской России, в своем предисловии ко второму изданию „Вымирающей деревни“:

„Участковая медицина без проведения профилактических мероприятий обречена была бы на чрезвычайно грустную роль чисто лечебной медицины без тени какой-либо надежды даже в отдаленном будущем уменьшить тот постоянный многотысячный прилив больных, который из года в год переполняет амбулатории земских врачей. Громадный наплыв больных в амбулатории еще больше подчеркивает всю безнадежность лечебной медицины. С этой точки зрения нельзя мириться с тем, что в состоянии дать одна лечебная медицина, и почти всякий участковый врач так или иначе приходит к мысли о необходимости целого ряда широких профилактических мероприятий, без которых немислимо оздоровление населения“.

Шингарев, как и другие лучшие земские врачи, ставит вопрос о задачах земского врача довольно четко. Участковый врач, ограничивающий свою работу только лечением больных, обрекает себя в значительной степени на бесплодную работу. Он должен принимать активное участие в оздоровлении тех условий, которые эту заболеваемость обуславливают.

Но осуществила ли земская медицина поставленные перед собой задачи не только оказывать лечебную помощь крестьянству, но и оздоровить среду, вызывавшую высокую заболеваемость русского села? Ей эти задачи выполнить не удалось. Земский лечебно-профилактический, по своей идее, участок постепенно выродился в подавляющем большинстве случаев в чисто лечебный. Это произошло потому, что проведение профилактических мероприятий наталкивалось, с одной стороны, на тяжелое экономическое положение крестьянства, на его политическое бесправие и некультурность; с другой стороны, значительная часть земских врачей была неподготовлена как полученным ими воспитанием в высшей школе, так и очень часто благодаря своим политическим взглядам к радикальной постановке вопросов, связанных с оздоровлением села. Попытки же лучших земских врачей ставить практически вопросы оздоровления крестьянского быта и повышения его санитарной культуры встречали активное противодействие со стороны царского чиновничества и очень часто со стороны заправил земства.

Естественно, что при таком положении вещей даже у наиболее активных земских врачей опускались руки. Врачу оставался выбор — либо уйти, бросить участок, бежать в город, либо замкнуться в своей амбулатории и, не имея возможности лечить этиологически, ограничиться хотя бы симптоматическим лечением, т. е. перейти всецело на рельсы лечебной медицины, в узком смысле этого слова, и отказаться от профилактики. Был еще один момент, который ускорил этот переход участка на чисто лечебный уклон работы, это — все растущая амбулатория, все нараставший наплыв больных, осмотр которых отнимал у врача все его время. Но, конечно, не это последнее обстоятельство явилось решающим, но оно обуславливало кризис земской медицины. Что это именно так, что кризис земской медицины был обусловлен политической обстановкой, бесправным положением крестьянства, его пауперизацией, усилением реакции, мы видим с особой четкостью в речах земских



деятели на X Пироговском съезде в 1907 г. (вступительная речь проф. Рейна на съезде, доклад доктора Шейна „К вопросу о кризисе земской медицины“, речи Тезякова, Котика и др.).

Итак, мы приходим к выводу, что если задачи, которые были поставлены идеологами земской медицины перед участковым врачом, не были практически осуществлены в большинстве случаев, то это явилось результатом не того, что идея создания лечебно-профилактического участка неосуществима вообще, а это результат той политической, в первую голову, обстановки, которая господствовала в то время, которая не давала возможности осуществить мероприятия по оздоровлению быта населения и по повышению уровня его санитарной культуры.

Вкратце остановимся еще на городской медицине. В городах влияние бюрократии было еще больше, чем в сельских местностях. Если с крестьянством царское правительство кое-когда заигрывало, то в городах гнет чиновничества, полиции был еще сильнее. Мог ли в городе врач-общественник ставить серьезно вопрос о проведении в жизнь радикальных или даже паллиативных мероприятий по оздоровлению условий труда и быта пролетариата? Дана ли была ему возможность нести санитарную культуру трудовому населению? Нет! Правящие классы боялись пускать врача в гущу населения. Врач ведь мог занести вместе с санитарным просвещением политическую „заразу“. На врача возлагалась чрезвычайно ограниченная задача: только лечить. Да и лечебная помощь была поставлена, в большинстве случаев, неудовлетворительно и не обеспечивала даже основные нужды в медпомощи трудового населения города.

Но вот грянула Октябрьская революция. Цепи, сковывавшие общественную медицину в дооктябрьский период, разорвались, спали. Те препятствия, которые стояли на пути развития общественной медицины в дореволюционное время и которые извратили намеченный ею путь развития, были в значительной степени устранены. Ставшие у власти трудящиеся массы стали строить свою систему советского здравоохранения, которая поставила перед собою для проведения в жизнь следующие основные задачи:

1) Организовать так дело здравоохранения, чтобы широким массам была не только обеспечена доступная квалифицированная медпомощь, но чтобы наряду с этим были проведены мероприятия, которые устранили бы причины, обуславливающие повышенную заболеваемость трудящихся масс, т. е. в первую голову ставилось оздоровление быта и труда населения. Говоря другими словами, не только лечить заболевания, но и предупреждать их.

2) Вовлечь в дело оздоровления быта и труда широких масс населения—само население,

Удалось ли советской медицине так построить аппарат здравоохранения, чтобы все составные части его вели к одной конечной цели—устранению причин, вызывающих заболевания трудового населения? Нужно признаться, что мы эту основную задачу еще не выполнили, мы только к ней теперь приближаемся. Действительно, что мы имеем на деле?

Начнем с города, которому больше всего было уделено внимания со стороны советского здравоохранения. Мы имеем здесь значительные успехи, о которых трудно было даже мечтать в дооктябрьский период.

Создана крепкая санитарная организация, развернута широкая сеть учреждений по охране материнства и детей, по борьбе с социальными болезнями, которые в большинстве своем выполняют основные принципы советского здравоохранения. Но основная часть советского здравоохранения—лечебная медицина, построена ли она так, что имеет возможность проводить в жизнь основные положения советской медицины? По какому пути пошла она в своем развитии?

Она пошла по пути повышения квалификации и специализации медпомощи населению, по пути максимального расширения своей сети и приближения лечущих учреждений к населению, большей их доступности для широких трудящихся масс. Несомненно, это—крупный успех. Но изменила ли лечебная медицина характер своей работы по сравнению с дооктябрьским периодом в соответствии с остальными основными положениями советского здравоохранения, имеет ли она возможность ставить перед собой задачи не только лечения больных, но и оздоровления тех условий, которые вызывают заболевания, сумела ли она вовлечь само население в дело его оздоровления?

К сожалению, мы этого констатировать не можем. Организационные формы лечебной медицины в настоящее время таковы, что она в выполнении этих основных задач еще не подошла. Действительно, чем отличается работа советской амбулатории от таковой до Октября? Да только тем, что эта амбулатория теперь ближе к трудовому населению, что она полнее обслуживает его нужды, что в этой амбулатории трудящийся может получить более квалифицированную, специализированную медпомощь. Но созданы ли организационные формы связи леч-амбулатории с широкими массами населения? Принимает ли врач в этих заведениях активное участие в намерении и проведении в жизнь мероприятий оздоровления быта и труда обслуживаемого им населения—этой основной предпосылки уменьшения заболеваемости его? Делаются ли попытки вовлечь население в дело его оздоровления? Нет. Принимает ли врач леч-учреждения участие в работе по повышению санитарной культуры широких масс населения? Лишь в очень ограниченных размерах. Устранено ли основное зло дооктябрьской амбулатории—самотек больных, когда к врачу попадают в большинстве случаев лица с далеко зашедшим хроническим заболеванием, когда врач уже бессилен даже при наилучших условиях что-либо сделать, чтобы восстановить здоровье больного, а лица с начальными формами заболевания при неостро-протекающих заболеваниях во-время к врачу не попадают?

Изменился ли подход амбулатории к больному? Имеет ли возможность врач воздействовать не только на отдельные симптомы обнаруженного им заболевания, но и сделать что-либо для оздоровления тех условий, которые это заболевание обуславливают? К сожалению, нет. Наша амбулатория организована так, что врач имеет возможность назначить больному только симптоматическо-медикаментозное, но не этиологическое лечение. Он бессилен что-либо сделать для устранения основных причин—вредных факторов среды, оказывающих влияние на здоровье обслуживаемых им индивидуумов, если бы он даже захотел что-либо в этом отношении сделать. Следует, однако, сказать, что еще и по сию пору значителен контингент врачей, которые не сознают всей необходимости социального подхода к больному, которые и по сию пору видят перед

собой не больного—продукт определенной среды, а абстрагированную болезнь с соответствующими симптомами, на которые они стараются воздействовать всем арсеналом доступных им медикаментов и не сознают необходимости пытаться устранить вредные, нездоровые условия быта и труда больного. В результате такого подхода к больному со стороны многих врачей и, что важнее всего, ввиду того, что организация лечебного дела не дает возможности ставить реально вопрос о социальной терапии больных, мы имеем колоссальную затрату сил и энергии со стороны лечеврачей при незначительном эффекте в смысле уменьшения заболеваемости населения. Неурегулированный ток больных в амбулатории, невозможность оказать больному социальную терапию, необходимость ограничиться только медикаментозным лечением приводят к тому, что больной, получив симптоматическое лечение, но оставленный в вредных условиях среды, исчерпав порошки и микстуру, давшие ему временное облегчение, часто только кажущееся, полагает, что болезнь не проходит потому только, что порошков или пилюль мало дали. Он ругает здравотдел, страхассу, врача и плетется еще и еще раз за порошками и микстурой в амбулаторию, а так как забота трудящихся о своем здоровье растет с каждым годом, то он ходит бесконечное число раз к врачу, меняет амбулатории в поисках лучшего врача, а ему и невдомек, что дело не в порошке и не во враче, а в том, что он остается под воздействием вредных факторов среды. Амбулатории загружаются этими хрониками донельзя. Несмотря на рост числа амбулаторий и врачей их обслуживающих, хвосты не уменьшаются, а увеличиваются. Это имеет место во всех крупных городах и в Казани, в частности. Так, в Москве общая посещаемость с 1922/23 г. по 1925/26 г. возросла в  $1\frac{1}{2}$  раза, по Московской губ. за 5 лет (с 1922 по 1926 г.) в 2,3 раза; на Украине за 3 года в 4,8 <sup>1)</sup>; в Казани за время с 1922 по 1927 г., т. е. за 6 лет—в четыре, а за время с 1923 по 1927 г.—в два раза. Чем это объяснить? Отнести это за счет ухудшившихся социально-экономических условий не приходится. Это, очевидно, результат, с одной стороны, резко повысившегося внимания населения к своему здоровью, расширения и большей доступности амбулаторной сети, все возрастающего доверия населения к специализированной амбулатории. Но, с другой стороны, здесь сыграло далеко не последнюю роль и то обстоятельство, что значительный контингент (по имеющимся данным много больше 50%) всех посещающих амбулатории—хроники, которые, получая только медикаментозное лечение, но оставленные в неизменной бытовой и трудовой обстановке, ходят без конца в амбулаторию, загружая ее сверх всякой возможности. Что это именно так, что посещаемость в амбулаториях растет, главным образом, за счет хроников, убежденных в том, что все их спасение в максимальном поглощении медикаментов, мы можем видеть из анализа данных роста первичной посещаемости, т. е. однократно зарегистрированной заболеваемости. Первичная посещаемость активно застрахованных по Казани возросла за время с 1923 по 1927 г. только на 38%, в то время как общая посещаемость возросла на 95%. Точно такую же картину дает и анализ посещаемости, первичной и об-

<sup>1)</sup> Данные взяты из работы д-ра Каца „Диспансерная система обслуживания населения“.

щей, для всего населения Казани, т. е. в основном рост общей посещаемости идет не за счет увеличивающейся заболеваемости, а за счет бесконечного посещения амбулаторий хрониками, не находящими там исцеления, несмотря на сравнительно высокую квалификацию и специализацию современных амбулаторий. Насколько часто посещают хронические больные амбулатории, можно видеть из того, что по Москве на одного застрахованного пришлось в год (1924/25 г.) 13,9 посещений, а на Украине на одного застрахованного—15,2 посещения при 2,6 заболеваний на одного застрахованного в Москве. Можно себе представить, что если на одного застрахованного в среднем приходится в Москве или Украине 13,9—15,2 посещения, сколько бы пришлось на одного хроника посещений, если бы мы выключили из статистики общей посещаемости застрахованных с острыми заболеваниями? Вне всякого сомнения, что тогда на одного хроника пришлось бы около 20 посещений в год, а для многих значительно больше. В Казани дело обстоит несколько иначе. И у нас, как и в Москве, приходится на одного активно застрахованного 2,65 заболеваний в год, но всего посещений на одного застрахованного приходится только 8. Из этого, конечно, не следует делать тот утешительный вывод, что у нас хроника скорее вылечиваются, чем в Москве или на Украине. Очевидно, наша амбулаторная сеть еще не столь доступна для населения, даже застрахованного, как в Москве, и если мы пойдем только по пути расширения нашей амбулаторной сети или числа работающих в ней врачей, то мы не только сумеем констатировать в ближайшие годы увеличение повторной посещаемости до размеров Москвы, но и ее перешагнем. Для этого пришлось бы увеличить число врачей почти вдвое, если даже не учитывать прирост населения, а если это сделано не будет, то на наши амбулатории будет давить все время бесконечный хвост хроников.

Итак, мы видим, что лечебная медицина, сделав за последние 10 лет крупнейшие успехи в смысле повышения квалификации лечебной помощи населению и в смысле роста специализации этой помощи, осталась той же в подходе к больному, что и до Октября. Самотек больных не устроен, не созданы необходимые формы связи с населением, ничего не сделано для того, чтобы привлечь население к делу его оздоровления, не созданы организационные формы, которые позволили бы врачу ставить реально вопросы оказания социальной помощи обслуживаемым больным и принимать активное участие в оздоровлении быта и условий труда населения. В результате этого мы имеем все возрастающую посещаемость амбулаторий, переполнение их хрониками. Стихийный, никем не регулируемый, рост посещаемости, отмеченный везде и повсюду, создает угрозу срыва квалификации медпомощи населению. Встает реально угроза кризиса лечпомощи. Эта угроза встает перед нами и в Казани. Ибо, как уже сказано выше, если нужно повысить число врачей в Казани почти вдвое, чтобы удовлетворить спрос на амбулаторную помощь, хотя бы до размеров этой помощи в Москве в 1925 году, то наш пятилетний план предусматривает увеличение числа врачей в ближайшие пять лет далеко недостаточное для удовлетворения растущего спроса на амбулаторную помощь. Нам, несомненно, предстоит пережить острый кризис лечпомощи в ближайшие же годы, ибо встать на путь беспредельного увеличения числа врачей и амбулаторий (в соответствии с ра-

стущим спросом на амбулаторную помощь) невозможно, т. к. это поглотило бы значительную часть бюджета здравоохранения.

Какой же выход мыслим из этого положения? Как должно планироваться дело здравоохранения в дальнейшем, чтобы избежать этот неминуемый кризис? Выход лежит в изменении характера работы лечебных учреждений и он дан в той системе обслуживания населения, которая была впервые введена в Москве четыре года тому назад, когда Мосздравотдел стал вплотную перед угрозой кризиса лечебной помощи населению, и которая получила название диспансерной системы обслуживания населения. В чем же сущность этой системы?

1) Основное отличие этой системы заключается в том, что все обслуживающие дело здравоохранения того или иного района лечебные и профилактические учреждения, ведущие в настоящее время работу изолированно друг от друга, увязываются в своей работе. Вместо существующего в настоящее время своего рода разделения труда, когда профилактические учреждения и организации ставят перед собой, в первую голову, задачи оздоровления обслуживаемого населения, а лечебные учреждения только задачи оказания лечебной помощи обращающимся больным—вместо этих разрозненных частей создается единая согласованная в своей работе система. При этой системе лечебные учреждения активно втягиваются в дело повышения уровня санитарной культуры и оздоровления условий быта и труда населения в целом и отдельных индивидуумов больных в частности. Конкретно говоря, при этой системе объединяются в одно целое и увязывают свою работу все тяготеющие друг к другу по территориальному или другому признаку лечебные учреждения, диспансеры, учреждения по охране матмлада, по ОЗД, санитарная организация и их вспомогательные учреждения (так назыв. „амбулаторное объединение“).

2) Вся эта система лечебных и профилактических учреждений, увязанная в своей работе, ставящая перед собой в числе других задачу оздоровления населения, оказалась бы беспочвенной, если бы не были созданы организационные формы связи с населением в виде комиссий оздоровления труда и быта при объединенных лечсанучреждениях и отдельных частях этих объединений.

3) Для содействия комиссиям оздоровления труда и быта и лечсанучреждениям в их работе по оздоровлению бытовых и профессиональных условий создаются на перифериях ячейки здравоохранения на предприятиях, при крупных жилтовариществах, общежитиях и т. д.

4) При объединенных леч-профил-учреждениях создается сеть вспомогательных учреждений для оказания социальной помощи больным, а именно: ночные санатории, площадки, диет-столовые и т. д.

5) Диспансерная система позволяет сильно ослабить одно из основных зол современной амбулатории—самотек больных, стихийную никем нерегулируемую обращаемость. Достигается это тем, что при диспансерной системе обследуется постепенно, в определенном плановом порядке состояние здоровья наиболее важных коллективов населения (рабочие фабрик, заводов, школьники, служащие, члены семей рабочих и служащих). При этом обследовании вылавливаются не только лица с далеко зашедшими заболеваниями, но, что важнее всего, и лица с начальными проявлениями заболеваний, когда при правильном подходе к больному можно сделать многое для восстановления здоровья обследуемого. Эти

лица берутся на учет под постоянное диспансерное наблюдение и подвергаются периодически в плановом порядке повторному осмотру.

б) Диспансерная система обслуживания населения дает врачу возможность изменить свой подход к больному и не ограничиваться только медикаментозным лечением, но и оказывать ему необходимую социальную помощь (назначение в диетстоловую, ночной санаторий, планшадку, перевод на другую работу, содействие в оздоровлении жилища и т. д.).

Вот в основном сущность и содержание созданной 4 года тому назад в Москве системы диспансерного обслуживания населения. Оправдала ли себя эта система в опыте Москвы? Да. Приведем некоторые данные по Москве. Посещаемость амбулаторий, которая давала из года в год, начиная с 1922 года, большое нарастание как для всего населения, так и для застрахованных, дает в 1925 году лишь слабое нарастание, а с 1926 года дает на 100 застрахованных почти столько же посещений, что и в 1925 году. Чем объяснить эту стабилизацию посещаемости, буйный рост которой заставил Мосздравотдел стать на путь реорганизации всего дела здравоохранения в Москве и Московской губернии в 1923/24 году? Доктор Кац в своей работе: „Диспансерная система“ приходит к выводу, что „единственное объяснение стабилизации посещаемости застрахованных Москвы является диспансерная система обслуживания населения, которую Мосздравотдел проводит неуклонно с 1924 года“.

Но, конечно, реальная польза диспансерной системы не ограничивается только регулированием посещаемости и ее стабилизацией, но приводит, что важнее всего, к уменьшению заболеваемости населения. Это является результатом проводимых при диспансеризации мероприятий по оздоровлению условий быта и труда населения вообще и отдельных взятых под диспансерное наблюдение больных в частности.

Короче говоря, система диспансерного обслуживания населения, — лечебная медицина, оплодотворенная профилактикой, — дает наиболее ценные результаты в смысле уменьшения заболеваемости населения, что и является основной задачей здравоохранения. Почему же так туго, с таким трудом прививается эта система в жизнь? Да, эта система проводится с большим трудом не только у нас на периферии; она встретила значительное противодействие в начале своего проведения и в Москве, она подверглась жестокой критике со стороны многих инакомыслящих врачей в Ленинграде и других городах. Чем это объяснить? Нам кажется, что причины этого лежат, во-первых, в консерватизме как наших периферических руководящих организаций здравоохранения, так часто и врачебной массы; в том, что каждый человек, привыкший к определенной системе работы, к определенному подходу, не так легко переходит на другие рельсы работы. Ведь диспансерная система вносит революцию во всю систему здравоохранения в том подходе к больному, который вырабатывается у врача в высшей школе, а потом в течение ряда лет его практической деятельности. Врач не может, а часто и не хочет, приспособиться к новым методам работы. Ему они кажутся ненужным новаторством, никчемной реформой, бесплодной тратой энергии. Он противопоставляет требованию перевода работы леч-заведений на диспансерную систему — имеющиеся хвосты больных. „Кто же будет обслуживать всю эту

массу больных, которые заполняют наши амбулатории и которых мы не успеваем обслужить? Это возражение против проведения в жизнь диспансерной системы мы слышим не только со стороны определенной группы лечврачей, но и от страховиков, которые основную задачу здравоохранения часто видят в максимальном обслуживании амбулаторной помощью застрахованных больных. Чем больше прошло застрахованных больных через амбулаторию здравотдела, тем лучше его работа! Они опасаются, что при введении диспансерной системы придется урезать число принимаемых застрахованных хроников, что могут иметь место случаи отказа в приеме застрахованного; а что может быть хуже этого, по мнению многих страховиков. Но мы видели выше, что диспансерная система является лучшим средством от этих хвостов и поэтому не это соображение может служить возражением против диспансеризации.

Вторым не менее важным препятствием является то обстоятельство, что проведение диспансерной системы обслуживания населения требует создания специальной сети вспомогательных учреждений (диетстоловые, ночные санатории, профилактории), для организации которых нужны средства, а последние не всегда имеются, тем более, что финорганы, страхкасса, конечно, скептически относятся к этим новым, еще не имеющим за собой давности учреждениям. Но тем не менее, несмотря на недоверчивое отношение одних, скепсис других и враждебное отношение третьих,—диспансерная система пробивает себе дорогу и постепенно завоевывает один район за другим, в частности в Казани, где в настоящее время уже созданы два амбулаторных объединения, закончена диспансеризация трех заводов и приступлено к диспансерному обследованию четвертого. Правда, диспансеризация проводится медленно. Попытка со стороны санорганизации переводить постепенно работу лечучреждений на новые рельсы встретила скептическое, недоверчивое, часто проницательное отношение не только со стороны лечврачей, вовлекавшихся в диспансерную работу, но и со стороны некоторых работников здравотдела. Но постепенно сознание необходимости перевода работы лечучреждений на новые рельсы начинает охватывать все больший круг врачей, и можно надеяться, что в ближайшие годы диспансерная система обслуживания населения получит право гражданства и у нас в Казани.

Но, если диспансерная система обслуживания населения оправдала себя в условиях города, то можно ли ставить вопрос о проведении этой системы в жизнь в условиях нашего села? Несомненно, да. Эта система не только может, но и должна быть проведена с определенной постепенностью и осторожностью и на селе; безусловно, она там частично уже дает и даст не менее благотворные результаты, чем в городе. История земской медицины тому порукой.

Действительно, чем должен был быть медицинский участок на селе по мысли лучших идеологов земской медицины? Ничем иным, как диспансерным пунктом, который ставит себе задачей не только оказывать лечебную помощь сельскому населению, но, в первую голову, оздоровить быт крестьянства при непрерывном активном участии последнего. Мы уже подробно останавливались выше на причинах обусловивших кризис земской медицины. Мы доказали, что крах этой идеи обусловлен был не тем, что сама идея была неправильной, а тем, что политическая обстановка противодействовала этому. Но теперь этот основной противодей-

ствовавший фактор устранен. Трудовое крестьянство строит свою жизнь на новых началах. Даны все возможности, чтобы приступить к постепенному оздоровлению крестьянского быта, и роль участка и участкового врача в этом оздоровлении должна быть велика. В отношении оздоровления села было бы непростительной ошибкой ставить вопрос так: пусть эту работу возьмут на себя санитарные врачи, пусть этим займутся профилактики, дело же участкового врача—это лечить больных приходящих в амбулаторию, или лежащих в стационаре.

Как бы санитарная организация ни была усилена количественно на селе, она сама, без содействия участкового врача, без его активного участия, не сумеет справиться с этой задачей. Необходимо работу участка ставить так, чтобы участковый врач имел возможность постепенно, шаг за шагом проводить оздоровление быта, повышать санитарную культуру обслуживаемого населения. Правда, на селе еще больше, чем в городе, по этому пути лежат большие трудности и материального, и иного характера, но они могут и должны быть преодолены. Если же участок останется только лечебной ячейкой, если он откажется от профилактических задач, то тот кризис земской медицины, который разразился в довоенный период, обострится еще больше. Ибо нельзя думать, что наш участок, если бы даже число врачей на каждом из них было удвоено, сумеет удовлетворить все нарастающую посещаемость, которую мы констатируем везде и повсюду, и у нас в ТР в частности. Число посещений сельских амбулаторий Татарской Республики возросло за последние пять лет почти в два раза (190%) при недостаточном удовлетворении крестьянства лечебной помощью. В ближайшие годы мы должны ожидать значительного увеличения роста обращаемости крестьянства. И, если подход к больному, к обслуживаемому населению на участке останется тем же, каким он является в большинстве наших участков, не будут проведены меры к постепенному оздоровлению чрезвычайно вредных бытовых условий крестьянства, не будет поднят уровень его санитарной культуры, и если крестьянство будет и впредь верить только в могущество порошков и микстуры и не осознает необходимости наряду с пользованием порошками в микстурой изменить свой быт, то можно быть уверенным, что крестьянская масса захлестнет нашу амбулаторию. Посещаемость будет расти до бесконечности, квалификация медпомощи будет все понижаться, и врач будет в значительной части творить бесполезную или недостаточно полезную работу.

Единственный выход из положения—это наряду с укреплением нашего участка врачебными силами (дача второго врача на участок), наряду с обеспечением его необходимой материальной обстановкой, квалифицированным вспомогательным персоналом, средствами для разъездов, обеспечением врача нормальной в правовом отношении обстановкой—необходим перевод участка на новые рельсы лечебно-профилактической работы. Наш теперешний лечебный участок должен стать диспансерным пунктом, должен стать лечебно-профилактическим участком.

Но можно ли, действительно, сделать что-либо реальное для оздоровления села? Является ли это выполнимой задачей в условиях нашей экономически отсталой, низкой в культурном отношении деревни? Этот вопрос ставил перед собой еще в начале этого столетия проф. Капустин. В своем докладе на VIII Пироговском съезде он дает на этот



вопрос утвердительный ответ. Он подробно останавливается в своем докладе „Задачи гигиены в сельской России“ на тех конкретных мероприятиях по оздоровлению быта деревни, по предупреждению болезней, которые могут быть проведены в сельских условиях земским врачом. Если проф. Капустин на основании своего многолетнего опыта пришел к такому выводу в отношении возможности оздоровления нашей деревенской русской деревни, то с тем большей уверенностью можем мы об этом говорить теперь, когда условия изменились к лучшему. Что возможности постепенного оздоровления деревни имеются, что это может с успехом выполнить участок,—показывает нам опыт Московской губернии, Украины и ряда других районов СССР.

Особенно большая работа по оздоровлению деревни проделана Московской губернией, где врач сельского участка <sup>1)</sup> не только активно помогает санитарной организации в деле проведения оздоровительных мероприятий общего характера, но где участковые врачи приступили практически к постепенному диспансерному обследованию обслуживаемого ими населения и к выделению из числа обследуемых больных, которые берутся на учет и постоянное диспансерное наблюдение.

Но даны ли такие возможности в других районах? Может ли медучасток, имея радиус в 10—20 верст и населения 20—30 тысяч человек и более, ставить реально вопрос о какой-либо работе, кроме чисто лечебной, да еще при наличии одного врача на участке? Посмотрим на опыт Украины. Этот опыт еще пока не обобщен, имеются разрозненные сведения по отдельным участкам, но эти единичные опыты показывают нам, как можно ставить дело при желании и соответствующем умении. Так, д-р Полинский в своих статьях „Опыт профилактической работы на сельском амбулаторном участке“ <sup>2)</sup> и „Сельский врач и социалистическое переустройство деревни“ <sup>3)</sup> приводит данные, которые показывают, что даже при одном враче на участке при радиусе в 12 верст, с 10.000 чел. обслуживаемого населения и 3 работниках среднего медицинского персонала, возможно развернуть большую профилактическую работу.

До 1926 г. участок вел исключительно лечебную работу и никакого участия в работе по оздоровлению обслуживаемого населения не принимал. С 1926 г. участок берет профилактический уклон в работе, и вот что он успел сделать за год: организованы санитарные комиссии при сельсоветах, которые в большинстве своем работали довольно активно, произведено санобследование колодезей, школ, части сельских дворов и приняты меры к устранению обнаруженных санитарных дефектов, обследовано 167 хат, проведена прививочная кампания ввиду угрозы scarlatinosой эпидемии (962 прививки), осмотрено 1082 школьника, проведено 80 лекций и бесед, на акушерку возложена обязанность не только оказывать помощь при родах, но и проведение патронажной работы.

Таковы успехи врачебного участка за год работы при правильно-взятом курсе и не менее отрадны результаты, к которым привела тесная связь врачебного участка с населением в течение его трехлетней работы на новых началах.

В своей статье „Сельский врач и социалистическое переустройство деревни“ д-р Полинский указывает не только на тот бурный культурный рост, который имеет место в нашей деревне, но и на изменение обстановки работы медицин-

<sup>1)</sup> «Труды I и II Профилактического съезда Московской губернии».

<sup>2)</sup> «Профилактическая медицина» № 11, 1927.

<sup>3)</sup> Ibid. № 1, 1929.

ского участка. Вместо амбулатории с одним врачом, плохо обеспеченным, имеется хорошо оборудованная больница на 10 коек, штат врачей увеличен до 2. Медперсонал обеспечен транспортом, медицинской литературой, хорошими квартирами. Отношение населения, а также РНК-а и сельсоветов как к медперсоналу, так и его профилактической работе вполне удовлетворительное, в то время как с 1922 до 1926 г. сменилось четыре врача (взаимоотношения врачей с сельсоветами были очень обостренные).

На опыте работы этого участка мы видим, что даже при наличии только одного врача на участке возможно проделать сравнительно большую работу по оздоровлению села. Конечно, этот опыт постепенного перевода работы медучастка на рельсы лечебно-профилактической работы далеко не единичный. Д-р Горфин в своей статье „Охрана здоровья крестьянства за 10 лет“<sup>1)</sup> это подтверждает.

На основе анализа официальных данных, полученных в НКЗ РСФСР, и данных обследований РКН по 20 губ., Горфин показывает, что за последнее время участки помимо обычной лечебной работы стали интересоваться санитарно-просветительной и обще-культурной работой на селе, вопросами охраны матмлада и детства и борьбы с социальными и бытовыми болезнями, стали активно работать по организации самодеятельности крестьянского населения в области здравоохранения. Осуществить эту работу на первых порах стало возможным благодаря тому, что целый ряд губерний и областей, как например, Орловская, Воронежская, Тамбовская, Самарская, Ярославская, Уральская, Чеченская и Адыгейская Автономные Области и Башкирская ССР, ввели везде на участках один обязательный «профилактический день» в неделю.

Как обстоит дело с проведением профилактического дня в Татарской республике? По имеющимся в НКЗ отрывочным сведениям, очевидно, не совсем благополучно. Следует сказать, что до самого последнего времени обстановка работы в наших медучастках такова, что для развертывания профилактической работы представлялись большие трудности: радиус участка в среднем 22 версты, на одного врача приходится чуть ли не 30—40 тысяч чел. крестьянского населения, и, естественно, что весь рабочий день врача главным образом уходит на оказание неотложной помощи. Неблагоприятная материальная обстановка медучастка, отсутствие квалифицированного среднего медперсонала ограничивают возможности лечащего врача ставить работу участка на новые рельсы. Все это приводило и приводит к тому, что участковый врач очень часто вынужден, даже при наличии самых лучших порывов изменить свою работу в сторону большого осуществления профилактических начал—ограничиваться только оказанием первой помощи больным и исключительно медикаментозным лечением. Но, несомненно, что далеко не последнюю роль в сохранении нашим участком старой установки работы сыграло не только тяжелое материальное положение и другие неблагоприятные условия его работы, но и чисто лечебная установка значительной части наших участковых врачей, у которых часто не хватает инициативы, твердости ставить и настойчиво проводить в жизнь мероприятия по оздоровлению не только своего участка, но даже того села, в центре которого расположен участок. Отчеты санврачей показывают, что в тех участках, где врач оказывался достаточно энергичным, профилактический день привился и дает, несомненно, хорошие результаты (обследование источников водоснабжения, осповивание, санпросветработа, консультация матерей и т. д.).

<sup>1)</sup> Сборник: «10 лет Октября и советской медицины».

Каковы ближайшие перспективы? Несомненно, что ближайшие годы будут решающими. Внимание, которое уделяется в последнее время деревне, является гарантией того, что намеченный пятилетний план развертывания сельской сети будет осуществлен. По этому плану предполагается довести, в кантонах Татарской Республики в ближайшие годы, количество населения обслуживаемого одним врачом с 38.000 человек до 9—10 тысяч. Ряд наших мед-участков получит второго врача. Большинство участков укомплектуется более квалифицированным средним медперсоналом, и тогда, несомненно, удастся профилактическую работу участка расширить.

Но должны ли мы согласиться с тем, чтобы до того времени на нашем мед-участке совершенно не велась профилактическая работа? Нам кажется, что даже в настоящее время необходимо ставить на медучастке работу так, чтобы по мере сил и возможности участок наряду с чисто лечебной работой проводил и работу по оздоровлению быта села и по проведению предупредительных мероприятий. Да и сама работа по оказанию лечебной помощи отдельным больным должна быть по мере возможности увязана с оздоровлением его быта.

В заключение дадим ответ на поставленные выше вопросы. Существует ли грань между профилактической и лечебной медициной, нужно ли устанавливать процентную норму для той и другой, верна ли точка зрения многих лечврачей, что их задача только лечить болезни, а задача оздоровления среды, предупреждения заболевания—это дело только профилактиков?

На эти вопросы мы, на основании всего сказанного, даем категорический ответ—между профилактической и лечебной медициной не должны быть устанавливаемы никакие грани. Они должны быть увязаны между собой, лечебная медицина должна быть пропитана, импрегнирована профилактикой. Задача оздоровления быта и труда, как индивидуума, так и целого коллектива, лежит не только на враче профилактики, но и на лечвраче. В синтезе лечебной и профилактической медицины—залог нашего успеха в борьбе с заболеваемостью.

---

Из Патолого-анатомического института Казанского университета.

## **К вопросу об учащении случаев тромбоза и эмболий в последнее время.**

**Проф. И. П. Васильева.**

В самые последние годы в иностранной литературе появился ряд сообщений о значительном увеличении за истекшие 3—10 лет случаев тромбоза и эмболий вообще и в частности смертельных эмболий легочной артерии. Это увеличение, по данным некоторых авторов (Fahr) принявшее угрожающие размеры, подчеркивается не только со стороны клиницистов—хирургов, гинекологов, акушеров и интернистов [Watson (1923, 1924), Linhardt (1926), Kappis (1926), Oehler (1926), Rost (1927), Noordmann (1927), Kübler (1927), Reye (1927), Schönbauer (1927), Hegler (1927), Flörcken (1927), Martini

(1927), Stich (1928), Stöhr u. Kazda (1928), Sulger (1928), Loewe (1928), Calmann (1928), Detering (1928), Prochnow (1928) и др.), но и подтверждается с особой рельефностью на секционном материале [Fahr (1927), Höring (1928), Oberndorfer (1918), Martini (1928), Martini u. Oppitz (1928)]. По F. König'у, „вопрос о тромбозах и эмболиях в настоящее время для хирургов почти столь же жгуч, как раньше для наших предшественников вопрос о послеоперативном сепсисе“.

В громадном большинстве случаев при участвовавших смертельных тромбоэмболиях дело касается эмболии легочных артерий (Hegler, Rost, Fahr, Корнман и Самохин, Юкельсон, Martini, Oberndorfer и др.), реже тромбоза art. meseraica и мозговых синусов (Fahr), эмболий или тромбозов артерий мозга (Brack). Отмечается также учащение несмертельных легочных инфарктов (Linhardt).

Martini дает точное определение тому, что следует подразумевать под смертельными легочными эмболиями, а именно те случаи, где смерть наступает в немного минут при явлениях кислородного голодания и падении кровяного давления, обусловливаемых эмболией или основного ствола легочной артерии, или одной или обеих ее главных ветвей (ramus dex. et sin. art. pulmonalis): в более редких случаях дело касается при этом массовой закупорки средних ветвей легочных артерий.

Hegler, Linhardt, Noordmann, Oberndorfer и др. подчеркивают, что сами хирургические операции, вид наркоза, а также материал для перевязки сосудов (кетгут), не являются прямой причиной такого увеличения, но что вообще нарастание тромбоэмболий наблюдается не только в хирургических, гинекологических и акушерских отделениях, но и в отделениях внутренних болезней (Fahr, Oberndorfer). По этим же авторам, большая часть случаев смертельных эмболий падает на заболевания сердца и сосудов (включая апроplexia cerebri и encerephalomalacia), далее на инфекционные болезни. При остальных страданиях (опухоль, туберкулез, нарушение обмена веществ и пр.) увеличение тромбоэмболий наблюдалось наиболее редко. По Martini u. Oppitz'у, на первом месте по частоте стоят заболевания сердца с артериосклеротическими изменениями сосудов, на втором—болезни сердца без артериосклероза, на 3—5 местах—инфекционные заболевания, включая туберкулез, опухоли и чистый артериосклероз.

При объяснении факта учащения тромбоэмболий причину, несомненно, следует искать в повышенной склонности крови к свертыванию. Что же касается ближайших условий, способствующих этому, то в этом направлении имеется ряд гипотез без особых фактических оснований. Так, Fahr один из первых высказал предположение, что в качестве условного момента должны являться широко применяемые в последнее время интравенозные инъекции т. наз. сердечных и др. средств. Среди последних Oehler называет afenilin (препарат кальция для предупреждения послеоперационных пневмоний); Linhardt считает особенно опасным введение белковых тел, которые вообще ускоряют время свертывания крови и благоприятствуют тромбообразованию. Значение интравенозных впрыскиваний подтверждают Hoff, Martini, Маркузе и др. Oberndorfer считает также не лишними значения для возникновения тромбоза и подкожные впрыскивания. Однако Hegler, Reye,

Nieden, Morawitz, Detering, Loewe, Rippel отрицают роль инъекций. Последний автор не без основания указывает, что массовые внутривенные впрыскивания начались не в последние годы, когда начало обнаруживаться увеличение тромбоэмболий.

Nieden, Butzengeiger, Calmann объясняют увеличение тромбоэмболий бывшей эпидемией гриппа и обусловливаемым гриппозной инфекцией повреждением эндотелия сосудов. Едва ли, однако, это так, ибо в самую большую эпидемию гриппа в 1917—18 г.г. такого увеличения не наблюдалось (Loewe). По Morawitz'у, увеличение тромбоэмболий есть результат пониженной сопротивляемости к стрептококковой инфекции.

Значение инфекций для возникновения тромбов в настоящее время можно считать твердо установленной (Kretz, Helly, Lubarsch, Rippel и др.). Однако предположение некоторых авторов, что при увеличении тромбоэмболий дело касается септической инфекции, по Loewe, противоречит всякой непредвзятой оценке клинических данных и наблюдениям из доантисептического периода, когда инфекция широко поражала хирургические отделения и когда, тем не менее, с эмболией легких сталкивались очень редко. Также редко, подчеркивает далее этот автор, были эмболии среди септических больных, наполнивших лазареты во время всемирной войны. Исключая септическую инфекцию, Loewe, тем не менее допускает воздействие инфекции *suī generis*, которая и обуславливает увеличение тромбоэмболий и которая периодически существовала и раньше. Так, он ссылается на Kümmell'я, который в 1906—07 г.г. потерял от эмболии около 1% своих лапаратомированных больных. Rosenow в большом проценте случаев тромбоза находил диплострептококка слабой вирулентности, которого он, на основании прививок животным, считает за специфического возбудителя тромбоза. Юкельсон, Karris и др. полагают, однако, что инфекция не всегда является необходимым условием у хирургических больных для образования тромбозов, так как последние наблюдаются и при совершенно асептическом течении раны.

Увеличение тромбоэмболий у больных, умерших от внутренних болезней, Oberndorfer пытается объяснить успехами современной терапии сердечных болезней, когда из сердца выжато все, что можно. Теперь, поэтому, на секцию поступают иные больные, чем раньше. В настоящее время, по Oberndorfer'у, значительно уменьшилось против прежнего времени число случаев с тяжелой водяной полостью и отеками, и трупы умерших от сердечных болезней становятся более „сухими“. Приходится думать поэтому, что, благодаря активной терапии и продлению жизни, больные доживают теперь до легочной эмболии, в то время как раньше умирали от сердечной недостаточности. Burwinkel считает мало вероятным такое предположение.

Исходя из того факта, что при операциях зубов почти никогда не наблюдается эмболий, клиники Mayo, а также Fründ, предполагают, что эмболики страдают гипотиреондизмом. Отсюда профилактика по отношению к тромбоэмболиям в виде предварительного введения препаратов щитовидной железы.

Не обошлось дело и без обвинений в учащении случаев тромбоэмболий широкого применения рентгенизации (Braudes), Hegler и Loewe отрицают это.

Для хирургических случаев могут до известной степени иметь значение широкая травматизация тканей, перевязка сосудов en bloc, потеря жидкости или недостаточное введение ее после операции (Schönbauer и др.), раннее вставание оперированных. По другим авторам (Jaschke, Юкельсон), тромбообразованию способствуют долгое лежание и отсутствие упражнений. Zweifel, Oehler и др. обвиняют применение Тренделенбургского положения при операциях вследствие сдавления подколенных вен и т. д.

В качестве предрасполагающих моментов Rost и др. называют конституциональное предрасположение. Prochnow говорит о „тромбоэмболической конституции“, подразумевая под этим людей с сильным туловищем, с короткими конечностями, с сильно развитым жировым слоем и ожиревшим сердцем. Hegler указывает на пикнический тип и подчеркивает склонность к ожирению. Больные Loewe, получившие после операций тромб эмболии, были настоящие люди с короткой шеей и с бросающейся в глаза бледностью с синеватым оттенком. Snell наблюдал у тучных лиц легочные эмболии, как причину смерти, в 3 раза чаще, чем у лиц обычного сложения. Зависимость между ожирением и частотой смертельных эмболий подчеркивают Schumacher, Hendersson. Calmann указывает на наследственное предрасположение к тромбозу.

При учащении случаев тромбоэмболий в отношении пола, по Fahr'y, Martini и Oppitz'y, нет никакого различия; по данным других (Detering) существует особая диспозиция женского пола: по Noordmann'y, наоборот, смертельных эмболий у мужчин было в 2 раза больше. Наиболее резко учащение тромбоэмболий обычно наблюдалось в возрасте 50—70 лет.

Материалом для эмболий чаще всего служат тромбы вен нижних конечностей (чаще левой, Fehling) и тазовые вены, где, по Lubarsch'y, а также Martini, наблюдается около  $\frac{1}{2}$ , а по Логвинскому даже  $\frac{2}{3}$  всех случаев тромбоза. Burwinkel считает источником эмболий правое сердце, где образующиеся между трабекулами и гребенчатыми мышцами тромбы, при начинающем энергичнее работать сердце под влиянием вспрыскиваемых сердечных средств или быстрого поднятия с постели, легко могут отрываться и вызывать эмболию. По статистике de Quervain'a в 17% место первичного тромбоза не было обнаружено. Часто эмболии наступают раньше, чем тромбоз распознается клинически, так как свертывание крови, напр., в тазовых венах, протекает скрытно без всяких симптомов (Логвинский).

Увеличение случаев тромбоэмболий в количественном отношении различно по сравнению с предшествовавшими годами (чаще 1913—1916—1919 г.). Так, Fahr констатировал на секционном материале увеличение в 10 раз (за 1915—23 г. тромбоэмболий было 1—4,2% всех вскрытий, за 1925—27 г. 2—4%). По вычислению Martini и Oppitz'a (секционный материал проф. Borst'a) за 4 года (с 1924—27 г) тромбоэмболии обнаружены в 22,4% всех вскрытий (261 сл.). Из этого числа легочных эмболий было 67 сл., т. е. 5,7% всех вскрытий, и в 1,1% (13 сл.) эмболии большого круга кровообращения. По Oberndorfer'y, увеличение в  $2\frac{1}{2}$  раза.

Также различны цифры увеличения тромбозов и эмболий и для хирургических случаев. Так, по Detering'y, увеличение тромбозов с 2—4%

в 1919 г. до  $16^{0/00}$  в 1927 г., увеличение же эмболий за эти годы с  $0—1^{0/00}$  до  $3—4^{0/00}$ . По Watson'у, в 1922—23 г. при хирургических операциях в Лондонской больнице св. Варфоломея число смертельных легочных эмболий увеличилось более, чем в 5 раз по сравнению с 1912—14 г. и в 1,6 раз по сравнению с 1919—21 г. По этому автору число смертельных эмболий легкого около  $1,5^{0/0}$  общего числа вскрытий (1490 секций), по Oehler'у, а также Noordmann'у, увеличение тромбоэмболий в 3 раза, по Loewe, в 5 раз. По Prochnow'у, увеличение тромбов в 1923—1927 г. по сравнению с 1915—22 г. возросло в 4—7 раз, в то время как смертельные эмболии легочной артерии в среднем в 6 раз, а в 1927 г. даже в 11 раз. По Rost'у, увеличение смертельных тромбоэмболий начало нарастать с 1923 г., и в 1926 г. было более, чем в 5 раз. По Linhardt'у, почти у  $\frac{1}{4}^{0/0}$  всех оперированных наблюдались эмболии; увеличение обнаружено, кроме того, также и у неоперированных. По Reue, у 161 умерших после хирургических операций в первые 9 месяцев 1927 г. 41 раз ( $25,5^{0/0}$ ) найдены тромбозы. Для хирургических случаев частота смертельных эмболий легочной артерии по различным авторам колеблется между  $0,04—2,75^{0/0}$  (Корнман и Самохин). По Юкельсону, из 300—330 лапаротомированных один погибает от легочной эмболии. Более же или менее длительные и тяжелые, хотя и не смертельные, осложнения тромбоэмболиями выражаются в цифрах гораздо больших.

Увеличение тромбоэмболий обнаружено также и акушерами. Так, Wyder (1926) в Цюрихе с 1902—13 г. на 19.000 родов не имел ни одного случая эмболии легкого, а с 1914—20 г. наблюдал 6 смертельных эмболий ( $0,05^{0/0}$  общего числа родов). Также Walthard во Франкфурте на большое количество родов не имел ни одной смертельной эмболии, перейдя же в Цюрих на 3585 родов встретил 3 случая эмболий ( $0,08^{0/0}$ ). Частота смертельных легочных эмболий в акушерской практике колеблется у различных авторов между  $0,02—0,3^{0/0}$  (Корнман и Самохин).

Что касается того, в какой частоте после тромбоза возникают эмболии в практике хирургов, то, по Fehling'у, в  $\frac{1}{10}$  случаев тромбоза имеют место эмболии. По Юкельсону, частота, с которой происходят отрывы эмболов, исчисляется авторами различно; в общем, однако, от  $59—70^{0/0}$  тромбоза после операций оканчивается эмболией.

Эмболии чаще всего наступают между 6 и 10 днем после операции (Fehling); по Юкельсону, между 6 и 16 днем; по Oehler'у, в среднем 10 дней, по Kirschner'у, 6—7 дней, по Noordmann'у, между 4 и 34 днем. По истечении 3 недель (Linhardt, Oehler, Юкельсон) редко дело доходит до образования эмболий.

У Martini имеется точное указание локализации эмболических пробок в случаях смертельно протекшей эмболии легких. Таковых за период с 1917 по I.VII.1928 г. на 9972 аутопсий было 246 сл. В 55 сл. пробки обнаружены в основном стволе легочной артерии, в 60 сл. эмболы находились в обоих основных ветвях art. pulmonalis (ramus dex. et sin.), 60 раз в одной ramus dex. и 48 раз в ramus sin. и только в 23 сл. многочисленные эмболы заполняли средние ветви легочных артерий.

Есть основание думать, что увеличение тромбоэмболий имеет место и у нас в Союзе; по крайней мере вопрос этот был поставлен на по-

вестку дня II Всеукраинского съезда хирургов в Киеве в 1927 г. Делавший на этом съезде доклад Юкельсон сообщал о 2 сл. смертельных эмболий легких, наступивших через 7 и 23 дня после операции. Принимающий участие в прениях проф. Вознесенский привел случай эмболии легких, окончившийся смертью на 15 день после операции.

Проф. Корнман и Самохин по поводу наблюдавшегося ими после операции смертельного случая эмболии легочной артерии использовали секционный материал кафедр патологической анатомии и судебной медицины Одесского мединститута и ряда прозекторий больниц в том же городе. Оказалось, что на общее число 15233 вскрытий имелось 4 сл. (0,026%) смертельных эмболий легочной артерии, происшедших одна за другой в начале 1927 г., и притом все у женщин после различных операций. Кроме приведенных 4 сл., авторы упоминают еще о 3 таковых случаях, подтвержденных вскрытиями и имевших место приблизительно на 4.500 чревосечений. Несмотря на „удивительное совпадение во времени 4 случаев эмболий легочной артерии“, по мнению Корнмана и Самохина, „все-таки нет достаточных оснований, чтобы признать наличие в Одессе общего грозного учащения этого осложнения в последние годы“.

Лонгвинский (1928) указывает на учащение в 1926 г. в Гинекологической клинике Киевского клинического института случаев тромбоза, закончившихся в 2 случаях смертельной эмболией легочной артерии. Маркузе (1928) на основании материала хир. отделения 2-ой Моск. город. б-цы и пропедев. хир. клиники 2 М. Г. У. на 4700 приблизительно операций с 15.V.1922 по 1928 г. не наблюдал учащения тромбоэмболий и вообще подчеркивает незначительное число последних, что он склонен объяснить „сдержанным отношением к внутривенной терапии“.

Встретившийся нам на вскрытии в 1928 г. случай смертельной эмболии легочной артерии после операции<sup>1)</sup>, заставил нас, в связи с указаниями на учащение случаев тромбоэмболий, просмотреть протоколы вскрытий Патолого-анатомического ин-та Казанского университета за последние годы (с 1924 г. по 1-ое фев. 1929 г.) и для сравнения взять приблизительно равное число секций из дореволюционного периода (1908—1916 г. включ.). Полученные результаты, представлены в таблице, составленной аналогично таковым Fahr'a, Oberndorfer'a и др. (см. ниже).

В основу статистики нами положены все случаи тромбоза и эмболий различных органов, как это сделано Martini и Oppitz'em. Отдельно, кроме того, приведены случаи эмболий ветвей легочной артерии. Весь материал касается несмертельных случаев тромбоэмболий, так как за оба периода наблюдался всего один указанный выше случай смертельной эмболии легких.

<sup>1)</sup> Случай этот след.: Довольно упитанная женщ., 46 л., погибла почти внезапно в Фак. Хир. клинике Казан. у-та во время перевязки, на 3-й день после одномоментного удаления под местной инфильтрационной анестезией желчного пузыря и червеобразного отростка. При вскрытии обнаружены в правом предсердии суховатые серокрасного цвета эмболы, величиною с большую сливу, расправившиеся в воде в длинные тяжи с боковыми ответвлениями (слепки с какого-то сосуда, очевидно, с v. hypogastrica dext., где найдены остатки тромба). Подобного вида эмболы закупоривали часть легочной артерии и обе главные ее ветви.



	Число вскрытий		Тромбоэмб. в % к общ. числу вскрытий	Локализация тромбоэмболий				Основное заболевание					Пол	Откуда поступил труп					
	Общее число тромбоэмболий	Эмболия ветвей легочной арт. (инфаркты)		В % к общ. числу вскрытий	В % к общ. числ. тромбоэмб.	Тромбоэмб. остальных сосудов	В % к общ. числу вскрытий	Серд. болез.+ артериосклероз.	В % к общ. числ. тромбоэмб.	Инфек. заболеваний.+ пневмония	В % к общ. числу тромбоэмб.	Опухоли, наруш. обм. вещ. и пр.		В % к общ. числу тромбоэмб.	Мужчин	Женщин	Терапевтич. клиники	Хирургическ.	Гистологич.
1908—1916 г.	855	102	11,9	49	5,7	48	53	6,2	36	35,3	42	41,2	24	23,5	70	32	79	16	7
1924 по I. II																			
1929 г. . . .	829	124	14,9	57	6,9	46	67	8,1	70	56,4	34	27,4	20	16,1	71	53	104	15	5

Из приведенной таблицы видно, что на 855 секций за 9 лет дореволюционного периода имелось 102 сл. тромбоэмболий, равное 11,9% всех вскрытий, за 1924—29 г.г. на 829 вскрытий было 124 тромбоэмболии, т. е. 14,9% аутопсий. На долю эмболий ветвей легочной артерии (не вызвавших внезапной или очень быстрой смерти) приходится 49 сл. (5,7% вскрытий) и во II-ой период 57 сл. (6,9%). Об эмболиях легких мы судили главным образом по существованию инфарктов; в более редких случаях в протоколах было отмечено обнаружение эмболических пробок в сосудах легких. К другому ряду случаев (без легочных тромбоэмболий) нами отнесены все те, в которых были налицо тромбозы или эмболии в инфарктами в различных органах и областях, как напр., инфаркты селезенки, почек, марантические тромбы сердца, тромбоз вен таза и конечностей и т. п.

Таким образом в обоих сравниваемых периодах времени на приблизительно равное число вскрытий падают довольно близкие числа (в %) как по отношению к общему числу тромбоэмболий, так и по отношению к легочным эмболиям. Незначительное увеличение тромбоэмболий во II-м периоде нужно, по нашему убеждению, объяснить более подробным датированием в протоколах вскрытий в последнее время встречавшихся в органах изменений. Если же принять во внимание, что за оба указанных периода имелся всего один случай смертельной эмболии легких, то можно утверждать, что к счастью у нас в Казани пока нет оснований говорить о заметном увеличении тромбоэмболий в последние годы. Возможно также отметить, что тот небольшой процент увеличения тромбоэмболий, который обнаруживается во II-м периоде, приходится главным образом на терапевтические отделения и притом на заболевания сердца и сосудов.

Не касаясь остальных данных, вполне понятных из таблицы, следует подчеркнуть, что почти половина всех случаев тромбоэмболий (48% в I-й период и 46% во II-й) падает на случаи эмболии ветвей легочной артерии.

В момент сдачи данной работы в печать нам сделался известным случай смертельной эмболии легких, имевший недавно место в Гинек. клинике Казан. госуд. ин-та для усовер. врачей после удаления миомы матки.

*Литература:* 1) Brack. Kl. Woch. 1928, № 37.—2) Burwinkel. Mün. m. Woch. 1928, № 26.—3) Calmann. Zbl. f. Gyn. 1928, № 37.—4) Detering. Beitr. z. kl. Chir. 1928, Bd. 144.—5) Fahr. Kl. Woch. 1927, № 46.—6) Florcken. Zbl. f. Chir. 1927.—7) Hegler. D. m. Woch. 1927, № 41.—8) Hoff. по Burwinkel'ю.—9) Höring. Ztsch. f. Chir. Bd. 207, Hf. 5—6.—10) Kappis. D. m. Woch. 1927, № 50.—11) Kübler. Zbl. f. Chir. 1927.—12) Корнмани Самохин. Одес. мед. жур. 1927, № 1—6.—13) Linhardt. Zbl. f. Chir. 1926, № 30.—14) Loeuwe. Mün. m. Woch. 1928, № 27.—15) Лонгвинский. Жур. ак. и жен. бол. 1928, № 2.—16) Маркузе. Вестн. совр. мед. 1928, № 10.—17) Martini Zeitschr. f. Chir. 1928.—18) Martini u. Oppitz. Mün. m. Woch. 1928, № 37.—19) Morawitz. Mün. m. Woch. 1928, № 1.—20) Noordmann. Zbl. f. Chir. 1927, № 30.—21) Oberndorfer. Mün. m. Woch. 1928, № 16.—22) Oehler. Mün. m. Woch. 1927, № 29.—23) Prochnow. Arch. f. Chir. 1928, Bd. 151.—24) Reye. D. m. Woch. 1927, № 50.—25) Rippe. Wien. kl. Woch. 1928, № 17.—26) Rost. Mün. m. Woch. 1927, № 20.—27) Schönbauer. Arch. f. kl. Chir. Bd. 149.—28) Schumacher. Arch. f. Gyn. Bd. 129.—29) Stich. Mün. m. Woch. 1928, № 5.—30) Stöhr u. Kazda. Zeitschr. f. Chir. 1928, Bd. 208.—31) Sulger. Mün. m. Woch. 1928, № 9.—32) Юкельсон. Вестн. хир. и погр. обл. 1927, т. 33.—33) Watson. Zentralorg. f. Chir. 18.—34) Wyder. Schw. med. Woch. 1927, № 3—4.—35) Walthard по Корнману и Самохину.

---

Из 2-й хирургической клиники Белорус. гос. унив. (Директор проф. М. П. Соколовский).

## О быстрой микроскопической диагностике во время операций по методу Dudgeon-Patrick'a.

Г. А. Суханов.

(Предварительное сообщение).

За последние 25 лет патологами было предложено много разных способов быстрой заделки биопсированных кусочков и быстрой микроскопической диагностики опухолей и различных тканей, взятых во время операций. Главной целью всех предложенных методов является: дать хирургу быстрый ответ во время самой операции о характере удаляемой ткани или опухоли и тем создать постоянный и тесный контакт в работе патолога и клинициста, другими словами,—приблизить патолога к операционной.

Одним из первых, предложивших более простой и практически доступный метод исследования биопсированного кусочка, был американец Wilson (1905). Его метод сводился к замораживанию свежих кусочков в растворе декстрина и к последующему окрашиванию среза полихром-метиленовой синькой по Уппа с заделкой в смесь глюкозы с глицерином. Wilson достиг такого совершенства, что сокращал время на приготовление среза до 1½ минуты. В 1906—10 году Looskwood и Ernest Shaw дали свои методы и демонстрировали их простоту, доступность и ценность на большом материале. Метод данных авторов в нескольких словах может быть выражен в следующем: кусочек ткани

кладется на диск-столлик замораживающего микротомата и окружается „gum-solution“. Все это замораживается, и бритвой делаются срезы; срезы после ополаскивания в холодной воде и фиксации—красятся несколькими каплями метиленовой синьки Löffler'a; покровные стекла помещаются на срез после нескольких секунд окрашивания и слегка придавливаются, дабы изъять избыток воды, и препарат готов для исследования под микроскопом. Время, потребное для приготовления препарата, равно 3—5 минутам. В 1923 г. Shaw несколько изменил свой метод, введя в процедуру замораживания этил-хлорид и окрашивая срезы не целой Löffler'овской метиленовой синькой, а 25% раствором ее, мотивируя, что окрашивание среза целой метиленовой синькой дает слишком густое окрашивание и тем затрудняет микроскопическую диагностику. Из многих „быстрых методов“ заслуживает внимание метод Cooke-Terry, состоящий в том, что срезы делаются от руки бритвой „Жилет“ и окрашиваются несколько секунд раствором полихром-метиленовой синьки по Унна или в последнее время по Terry, причем красится только одна сторона среза. Окраска годна на несколько минут.

Но все эти способы, рассчитанные только на быстроту, не вполне достигают своего назначения, так как сама быстрота приготовления среза часто технически влечет ошибки и затемняет ясность патологической картины, а поэтому все эти способы у нас в Союзе в настоящее время ни у патологов, ни у хирургов не имеют широкого распространения.

В 1924 году появилась работа Dudgeon and Jewesbury—„The Bacteriology of human milk“, где авторы занимались долгое время исследованием человеческого молока, приготавливая из сливок и центрифугата молока рожениц, в разные периоды, мазки, которые они фиксировали в жидкости Schaudinn'a и окрашивали гематооксилином и эозином. При этих цитологических исследованиях они получали прекрасные препараты различных клеток. Это дало повод Dudgeon'у и Patrick'у применить метод мазка и при исследовании злокачественных новообразований, полученных от хирурга во время операции.

В „The British Journal of Surgery“ в октябре 1927 г. появляется работа указанных авторов: „A new method for the rapid microscopical diagnosis of tumours“ с двумястами исследованных случаев. В этой работе авторы приводят свой метод быстрого приготовления мазка из ткани. рекомендуют его, как наиболее технически простой и точный для быстрой микроскопической диагностики опухолей.

Лаборатория 2-ой хирургической клиники Б. Г. У. занялась проверкой этого метода и произвела исследование в 50 случаев.

*Техника.* Как только опухоль удалена, она немедленно, дабы не дать ей высохнуть, сейчас же режется острым скальпелем на несколько частей, и из свежих срезов поверхностей острием ножа делается соскоб. Этот соскоб переносится со скальпеля на чистое предметное стекло и тонко размазывается при помощи другого стекла, лучше шлифованного, по всей поверхности стекла, как это делается при размазывании капли крови. Полученный таким образом мазок тут же, пока стекло еще влажное, опускается в стаканчик профильтрованного Schaudinn'овского раствора на 5—10 минут для фиксации. Состав Schaudinn'овской жидкости таков: смешиваются 2 части насыщенного на aq. destil. и профильтрованного раствора сулемы и 1 часть абсолютного спирта и к смеси прибавляется ледяная уксусная кислота в таком количестве, чтобы получился 4% раствор кислоты по отношению ко всей смеси.

После фиксации стекло с мазком промывается в 95% спирте несколько раз. Обмывается струей дистиллированной воды, избыток последней стряхивается,

красится гематоксилином 3 минуты, промывается в дистиллированной воде, красится эозинном  $\frac{1}{2}$  минуты и снова промывается в воде, обезживается спиртом, вначале 95%, а затем абсолютным, просветляется карбол-ксиололом, промокается фильтровальной бумагой, наносится капля или две канадского бальзама и мазок покрывается несколькими покровными стеклами.

Приготовленные таким методом мазки рассматривались под микроскопом и микроскопическая диагностика контролировалась на срезах, полученных обычными способами путем заливки кусочков в парафин, смесь Альтмана или целлоидин с окраской гематоксилин-эозинном.

Приведенная ниже таблица I показывает результаты исследований и таблица II—результаты исследований по органам.

ТАБЛИЦА I.

	Число случаев	Диагноз мазка	
		Правильно	Неправильно
<i>Воспалительн. заболеваний</i> . . . . .	9	—	—
Из них: { простых . . . . .	7	7	0
{ туберкулез. . . . .	2	1	1
<i>Новообразования</i> . . . . .	32	—	—
Доброкачествен. . . . .	13	12	1
Злокачествен.: { сарком. . . . .	9	8	1
{ рак. . . . .	10	8	2
<i>Разное</i> . . . . .	9	9	0

ТАБЛИЦА II.

Название	Диагноз мазка		Всего
	Правильно	Неправильно	
Остеома головы . . . . .	1	—	1
Туберкулез желез . . . . .	1	1	2
Рак губы . . . . .	4	1	5
Саркома неба . . . . .	1	—	1
Зоб коллоидный . . . . .	2	1	3
Зоб паренхиматозный . . . . .	2	—	2
<i>Struma adenomatosa</i> . . . . .	—	1	1
Маститы . . . . .	5	—	5
Рак грудной железы . . . . .	3	—	3
Саркома грудной клетки . . . . .	2	—	2
Фиброма груди . . . . .	1	—	1
Фиброма спины . . . . .	2	—	2
Рак сальника . . . . .	1	—	1
Саркома . . . . .	1	—	1
Гипертрофия простаты . . . . .	3	—	3
Липома плеча . . . . .	1	—	1
Саркома бедренной культы . . . . .	1	—	1
Саркома бедра . . . . .	3	1	4
Хрон. язвенные процессы верхней губы и голени . . . . .	2	—	2
Разное . . . . .	9	—	9
Итого . . . . .	45	5	50

Рассматривая эти таблицы, мы видим, что на 50 произведенных исследований было 5 ошибок. Первая из этих ошибок касается опухоли щитовидной железы, которая была удалена мелкими частями и представляла легко расплывающуюся под руками массу. Приготовить мазок из этих, полученных из операционной, кусочков удалось с большим трудом. При микроскопическом исследовании мазка найдена масса крови и отдельные кусочки клеток, подозрительных по раку, а поэтому диагноза не было поставлено никакого. На приготовленном же срезе обнаружена *struma adenomatosa* с большим разрастанием фиброзной ткани, подозрительная по раку. Вторая ошибка относилась к язве верхней губы,—мазок показал картину хронического воспаления, а на срезе обнаружен плоскоклеточный рак с несколькими жемчужинами. Третья ошибка касалась опухоли бедра, где на мазке найдена масса клеток, одинаковых по величине и виду, с маленьким окрашенным и центрально-расположенным ядром, т. е. картина доброкачественной опухоли, а срез выявил картину кругло-клеточной саркомы. Четвертой ошибкой была опухоль лимф. железы на шее: исследование мазка показало картину хронического воспалительного процесса, а срез.—типичный туберкулез железы. Последняя ошибка—*gland. thyreioidea*: мазок дал картину паренхиматозного зоба, а срез—коллоидный зоб.

Все эти ошибки падали на первый и второй десяток исследований, когда глаз не привык еще тонко разбираться в структурном строении самих клеток, характере их расположения, окраски ядер и в расположении ядра в самой клетке. Чем больше исследовалось мазков, тем яснее становилась для нас получаемая микроскопическая картина, тем вернее и быстрее становился микроскопический диагноз. Да и техника приготовления препаратов-мазков играла немаловажную роль—чем тоньше мазок, тем красивее и яснее картина. *Dudgeon and Patrick* прямо отмечают, что „прежде, чем ввести этот метод в свою повседневную лабораторную практику, надо тщательно его проработать“, т. е. научиться разбираться в микроскопической картине и уметь хорошо готовить препараты-мазки.

Просматривая приготовленные мазки-препараты, можно видеть, что клетки злокачественных новообразований представляются большим, чем нормальные соединительно-тканые и эпителиальные клетки. Ядра их часто лежат эксцентрично, занимая большую часть клетки. При хорошей окраске ядро, ядрышко и митотические фигуры деления обычно видны весьма ясно. Злокачественные клетки часто варьируют в величине, между тем как препараты простых опухолей или нормальной ткани дают клетки правильного вида и величины с маленьким „окрашенным, центрально расположенным ядром“ (*Dudgeon and Patrick*).

Характер расположения клеток крайне разнообразен и зависит от типа тканей. Чем нормальнее ткань, тем хуже, в смысле микроскопической картины, препарат. Нормальные ткани вообще не дают хорошего препарата, так как обрывки нормальной ткани, вроде: эпителия слизистых оболочек, нитей слизистой и тяжей соединительной ткани, встречаются как „изолированные массы“ без промежуточных клеток. Соскобы с незлокачественной опухоли дают клетки в более тесных кучках, чем соскобы нормальной ткани.

Полнее всего в соскобе-мазке располагаются клетки рака. Клетки не только различны по виду, но и по своей величине. Клетки как бы

сгруппированы в маленькие кучки. Сама строма рака обычно не видна, поэтому и является иногда „трудность дифференцировать рак от саркомы“ (Dudgeon).

Саркоматозные клетки, как правило, располагаются одна около другой, давая картину клеток, собранных как бы в рамку и наклеенных на мазок-препарат. Эти кучки саркоматозных клеток или „plaques“, как называет их Dudgeon, иногда бывают отделены друг от друга значительным (под микроскопом) пространством.

Соскобы-мазки, приготовляемые нами из материала, полученного при аутопсиях, не дают никакой диагностической картины вследствие аутолиза тканей. То же самое говорят в своей работе Dudgeon and Patrick.

Резюмируя все вышесказанное можно отметить, что метод соскоба-мазка, являясь методом фиксации в полном смысле этого слова, демонстративно и подчас даже красиво показывает злокачественные и другие клетки, хорошо выявляя их структурные особенности. Он вполне пригоден, как показали наши наблюдения, для быстрой микроскопической диагностики, технически прост, удобно выполняем, требует не более 10 минут для приготовления, включая и окрашивание.

Затрачиваемый материал крайне ничтожен, аппаратура несложна, портативна и может быть, при спешке и надобности, помещена вместе с микроскопом на окне операционной. Всем этим он резко выделяется из ряда других методов и может и должен занять свое место в наших скромных хирургических лабораториях, где всегда необходим быстрый ответ при минимуме потраченного на приготовление времени, а по простоте своей техники он будет являться находкой.

Но считаем необходимым вторично подчеркнуть, что к микроскопической картине соскоба-мазка надо привыкнуть, надо уметь отличать клетки и по виду, и по характеру расположения самих клеток и их ядер, и по окраске ядер. Тогда только можно верно дифференцировать, а это удается только путем опыта и навыка. Да и к технике приготовления препаратов-мазков тоже необходимо привыкнуть,—чем больше их делать, тем быстрее и лучше они получаются.

*Литература:* 1) E. H. Shaw. The Lancet, 1910 и 1923.—2) L. Dudgeon and R. Jewsbury. The Journal of Hygiene, 1924.—3) L. Dudgeon and Patrick. The British Journal of Surgery, № 56, 1927.—4) E. S. Christeller. Klin. Woch., № 10, 1928.—5) Проф. Криницкий. Нов. хир. арх., № 50, 1927.—6) Проф. Н. Н. Петров. «Общее учение об опухолях», 1928.—7) Д-р Черваков. Белорус. мед. журнал, 1928.

---

Из Фак. терапев. клиники Одесского мед. ин-та. (Дир. проф. Л. Б. Бухштаб).

## Лямблиоз желчных путей<sup>1)</sup>.

**Е. С. Гликсберг.**

Вопрос о лямблиозе известен в литературе давно и заключается в паразитировании особых простейших из группы Flagellata. Впервые они были описаны Lambl'em в 1859 г. и названы cercomonas. Grassi

<sup>1)</sup> Доложено в Одесском терапевтическом обществе 3 марта 1928 г.

впоследствии описал их, как *Megastoma intestinalis* и это название встречается в литературе до настоящего времени. Blanchard, в честь впервые открывшего их, дал этому простейшему название *Lamblia intestinalis*. Во французской и английской литературе он фигурирует под названием *Giardia intestinalis*.

Лямблия обычно населяет верхние отделы тонких кишек, где живет в свободном состоянии в виде грушевидных образований с углублением на передней поверхности, двумя ядрами и четырьмя парами бичей. Эти образования хорошо видны при окраске по Giemsa. В толстых кишках они встречаются в виде более стойких образований, цист, особенно обнаруживаемых во время поносов в свежем кале. Число выделенных в сутки лямблий и цист достигает 14—18 миллиардов (Moritz). Исиновский путем промывания отрезка тонких кишек кролика, болеющего лямблиозом, и последующего подсчета лямблий в промывных водах, обнаружил 37.625.000 лямблий (1 миллион на 1 кв. см. кишки). У человека аналогичного подсчета пока не сделано.

Относительно способов заражения лямблиями существуют разногласия. В виду того, что аналогичное заболевание встречается у мышей, крыс, кошек, собак, многие авторы придают большое значение пероральному заражению материалом, содержащим цисты, например пище, зараженной крысами. Играет роль, особенно в заражении детей, домашняя пыль, содержащая цисты, и питьевая вода. Американские авторы (MacLouna, Sahorsky), на основании отрицательных результатов экспериментальных исследований, приходят к заключению, что лямблиоз у человека человеческого происхождения.

Старые авторы (Cohnheim, Zabel) находили лямблии в желудочном содержимом; чаще их находили при энтероколитах в кале, особенно у детей (Jaksch) и солдат во время войны. В основе целого ряда эпидемий характера холероподобных и дизентерийных заболеваний (Fantam, Luger) признавали лямблиоз. Степень заражения лямблиозом среди населения недостаточно учтена, особенно в России, и роль этих простейших в клинике еще сравнительно мало выяснена. По данным английской статистики на 8.029 человек число инфицированных— $6\frac{1}{2}\%$  (Boeck и Stiles); на 3146 исследований Dobell'я 9,3% положительных результатов. Число заражений у детей значительно превышает таковое у взрослых: дети 39,8%, взрослые 3,6%. Эти данные представляют только приблизительную картину заражения, т. к. основаны на исследованиях кала. В дуоденальном содержимом лямблии находили раньше только на трупах (Moritz и Hölze). С открытием дуоденального зонда, нахождение лямблий учащается и становится более очевидной роль этих простейших при заболеваниях двенадцатиперстной кишки и желчных путей. Беляев (Томск), ведший свои наблюдения с 1922 г., описывает 12 случаев дуоденита, в основе которых он ставит найденные им в дуоденальном соке лямблии. Кузнецова в 1924 г. на VII Съезде терапевтов в Москве доложила о 12 положительных результатах нахождения лямблий (на 46 зондирований). Распространение лямблиоза по родам заболеваний, по мнению Кузнецовой, резко бросается в глаза: из 12 положительных случаев 3 приходятся на энтероколиты, 9 на ангиохолиты. Целый ряд немецких авторов (Lederer, Korkes u. Luger, Loeber, Wezler, Westphal, Winkler и др.) приводит

также ряд заболеваний желчных путей—катарральные желтухи, холециститы, ангиохолиты, при которых найдены в массовом числе лямблии.

Можно ли связывать эти явления и вообще придавать какое-либо патогенетическое значение этим простейшим? Старые авторы, особенно зоологи, отрицали их патогенное значение, считая их невинными сапрофитами. Их действительно иногда находят у совершенно здоровых людей. В организме ослабленном, у туберкулезных и раковых больных, у лиц, перенесших желудочно-кишечные заболевания, они находят себе лучшую среду. Работы Moritz'a, Шевакова, Grassi выяснили, что лямблии не находятся в подвижном состоянии в кишечнике, а присасываются своей перистой к эпителию кишки, питаясь осмотическим путем. Это доказывает их паразитирование и их патогенность. Большинство авторов, особенно в последнее время, отмечает определенное патогенетическое значение этих простейших. Паразитируя на кишечнике, они выключают целые отделы его и нарушают всасываемость его (Schmidt, Winkler), у детей вызывают задержку роста и развития, что заставляет особенно американских и английских педиатров фиксировать внимание на этих простейших. Высказываются предположения о роли их при пернициозной анемии (Savolin) и нервных заболеваниях (Barrow).

Частота нахождения лямблий при заболеваниях желчных путей, а также эффект терапии в этих случаях, склоняют всех авторов (Grassi, Luger, Fellenreich и Saatke и др.) к мнению, что роль лямблий при этих заболеваниях несомненна.

Описываемый нами вкратце случай представляет интерес, благодаря клинической картине и течению заболевания, в связи с возможностью в этом случае постоянного исследования дуоденальным зондом.

Больная П., 29 лет, поступила в клинику 26/1 с жалобами на боли в верхней части живота, особенно в правом подреберьи и рвоту по утрам. Больна 7 лет с тех пор, как стала ощущать боли в правом подреберьи постоянного характера, усиливающиеся приступами и отдающие в правую лопатку. Иногда боли локализируются в левом подреберьи. Боли ухудшаются после приема пищи, после физической работы и волнений, особенно беспокоят больную ночью. В течение последнего года страдает ежедневными тошнотами и крайне мучительными рвотами по утрам: рвота слизью, небольшими количествами, без содержания пищевых масс. В моменты усиления болей, в период ухудшения своего состояния, отмечала повышенную температуру. Общее состояние больной значительно пострадало: ощущает общую слабость, понижение трудоспособности физической и умственной, угнетенное настроение, плохой сон, ослабление памяти, сердцебиения. Стул временами задержан, иногда беспричинные поносы. Мочеотделение нормально. Менструрует нормально. Замужем. Имела 5 беременностей, из них 3 аборта: два искусственных, один самопроизвольный. Дети здоровы. В детстве б-ная развивалась правильно. Перенесла корь, дифтерию, ангину, сыпной тиф. 3 года тому назад по поводу указанных болей подверглась аппендэктомии. Отец умер от рака желудка. Мать здорова. Сестра страдает туберкулезом. Тетка б-ной умерла от рака верхней челюсти. Условия жизни всегда хорошие. Родилась в Николаеве, жила все время в Одессе и в окрестностях города. В голодные годы употребляла плохую питьевую воду.

Б-ная правильного телосложения, пониженного питания. Рост 156 см., вес 61,2 кило. Index В. L. 78. Вид б-ной несколько угнетенный. Со стороны психической сферы, речи, голоса изменений не отмечается. Температура 37,3°. На коже в обильном количестве имеются *naevi pigmentosi*. Видимые слизистые бледны. Желтухи на коже и слизистых не отмечается. Подкожная клетчатка развита слабо. Лимфатические железы несколько увеличены. Щитовидная железа хорошо прощупывается. Грудная клетка астенического строения. Границы сердца перкуторно и рентгенологически нормальны. Тоны сердца ясны, на верхушке сердца выслушивается непостоянный систолический шум. Ритм сердца правильный. П. 82 в 1'.



Правая верхушка легких дает небольшое притупление перкуторного тона и стоит несколько ниже левой. На остальном протяжении легких перкуторный звук нормальный. При аускультации всюду везикулярное дыхание, на правой верхушке удлиненный выдох. Живот западает в верхней части, более выпячен в средней. Над Пупартовой связкой заживший послеоперационный рубец. При перкуссии всюду тимпанич. звук. При пальпации живот мягок, в верхней части болезнен. Печень прощупывается на 2½ см., болезненная, умеренно плотная, гладкой поверхности. Резкая болезненность в месте расположения желчного пузыря. Селезенка не прощупывается. Временами пальпируется pylorus. Отрезки кишек и желудка без особых изменений. Со стороны нервной системы отмечается повышение вазомоторной и рефлекторной возбудимости. Выраженная дыхательная аритмия. Симптом Aschner'a положительный. Симпт. Czermak'a и Engel'a отрицательны. Проба с пилокарпином положительна (++) . Проба с адреналином слабая. Кальций в в крови по de Waard'y 12.4 mgr. % . Калий в крови по Kramerg'y 31.95 mgr. % . Таким образом, у больной отмечается выраженная ваготония. Кровь: Hb—62%, Eг—3820000, L—6.200 FJ—0.8. Лейкоцитарная формула: Bas 1%, Eos—от 1% до 4.5% (при повт. исследов.) j—0.5%, St—13%, S—49%, Ly—32%. Мо 4.5%. Со стороны эритр. отмечается незначительный анизозитоз. Плазмодии малярии не найдены. Реакция Wassermann'a отрицательна, Лейковидаль слабо положителен. Реакция сыворотки крови по H. v. den Bergh'y непрямая. Билирубин в крови по Meulengracht'y 2½ единицы. Исследование мочи каких-либо изменений не дало. Исследование диастазы в моче по методу Wolgemuth'a дало ее увеличение, временного характера, до 512 единиц. Исследование желудочного сока толстым зондом: общая кисл. 50, свободная же 34, связ. 8.

Исследование тонким зондом (по Зимницкому): тип секреции гиперсекреторный астенический: через 45 м. кислотность св. 70, общая 80. Рентгенокопия желудка не обнаружила каких-либо изменений со стороны его. Болезненность прощупывается несколько кверху от 12-перстной кишки в проекции нижнего края печени. Исследование дуоденальным зондом производилось многократно, вначале с диагностической, потом с лечебной целью. Пузырный рефлекс обычно наступал через от 30 м. до 2-х часов под влиянием вливаний 40 куб. MgSO<sub>4</sub> 33%. При исследовании количества билирубина в желчи А—25 ед., в ж. В—200 ед., в ж. С—60 ед. Общий вид желчи обращал на себя внимание. В желчи А, а особенно много в желчи С, отмечались нежные хлопья, в виде завитков, слизистого характера на вид, так назыв. „Lamblienfloeken“. При микроскопическом исследовании желчи обнаружено массовое скопление лямблий, расположенных местами в беспорядке, местами же по ходу нитей „Lamblienfloeken“ в одном характерном направлении. Наряду с лямблиями в желчи С в наибольшем количестве, и в значительно меньшем количестве в желчи А и В, отмечались скопления лейкоцитов. Из других элементов, обнаруживаемых при микроскопическом исследовании, следует отметить клетки плоского эпителия, изредка цилиндрического; помимо этого, находжение эритроцитов, желчных цилиндров, кристаллов холестерина в отдельных исследованиях. При посеве желчи обнаружены колиподобные бактерии. При исследовании кала обнаружены яйца Trichocephalus dispar, плохо переваренные мышечные волокна, растительная клетчатка.

За время пребывания б-ной в клинике можно отметить несколько моментов, которые дополнили клиническую картину данного заболевания: 7/II у б-ной внезапно усилились боли в области печени, появился озноб, температура повысилась до 38.2°. При этом число лейкоцитов: 9.000. Со стороны лейкоцитарной формулы резкое отклонение влево. Положительный признак Mussy справа. 24/II у б-ной наступили беспричинные поносы. При исследовании кала в это время были обнаружены отсутствовавшие ранее цисты лямблий и единичные неподвижные лямблии. При дальнейших исследованиях кала цисты были находимы в большом количестве.

Клиническая картина данного случая не отвечает заболеванию одного органа. Многообразие жалоб, объективных симптомов, лабораторных изменений говорят за комбинированное поражение. Приступы болей в правом подреберьи, протекающие с повышенной температурой, положительный rhgenicus-симптом, характерные изменения в пузырной и печеночной желчи говорят за воспалительный процесс в желчных путях. Беспрерывные тошноты, рвоты слизистого характера по утрам, изменения в дуоденальной желчи трактуют о поражении верхних отделов тон-

ких кишек, о гастродуодените с возникающим временами энтеритом в виде поносов. Боли в надпупочной области у б-ной, частая иррадиация влево, плохая перевариваемость мяса, обнаруженная в кале, и повышенные диастазы в моче говорят за воспалительный процесс в поджелудочной железе преходящего характера. Таким образом, у б ной ангиохолит, холецистит с сопровождающим дуоденитом и панкреатитом.

В результате обозрения литературного материала и нашего случая, можно отметить общность некоторых симптомов, которые могут натолкнуть мысль клинициста на лямблиоз. Это—атипичность явлений, рвоты слизистого характера, смена запоров с поносами. Придают значение понижению желудочной кислотности и эозинофилии. В нашем случае интересными моментами является, наоборот, повышенная кислотность, также высокое расположение процесса (преимущественное обнаружение лямблей в ж. С) и обнаруженное вовлечение поджелудочной железы, о чем упоминает в литературе Wezler.

Какова патогенетическая роль лямблей при заболеваниях желчных путей и в нашем случае? В ряде случаев (Loeber, Winkler) были находимы в стерильной желчи многочисленные лямблии. Эти авторы поэтому склонны считать лямблии причиной заболевания. Другие авторы (Кузнецова) в некоторых случаях находили наряду с лямблиями и *b. coli*, *b. paratyphi*. В этих случаях патогенетическое значение лямблей также имеет место. Они являются первичным моментом, фиксирующим инфекцию, облегчающим явления застоя; или же, как думают некоторые авторы (Leuckart, Grassi, Luger), они обнаруживают склонность внедряться в болезненно измененные первично органы и усиливают, усложняют клиническую картину, становясь более патогенными, чем обычно. Интересно мнение Westphal'я, основанное на ряде наблюдений и опытов: он считает, что лямблиоз повышает возбудимость мускулатуры желчного пузыря и протоков, в особенности сфинктера Одди, усиливает его склонность к спазму и этим обуславливает явления желчной колики, как проявления невроза желчного пузыря. Им описан случай обнаружения многочисленных лямблей в желчном пузыре, где на операции анатомических изменений не было найдено. Повышение возбудимости желчного пузыря может происходить и при нахождении лямблей вне желчного пузыря, в области 12-перстной кишки.

В нашем случае несомненна инфекция желчных путей: имеется повышенная температура, соответствующие изменения крови, воспалительные изменения в желчи, обнаружены колиподобные бактерии. Не противоречит данным Westphal'я, что это заболевание развивается у лиц с вегетативным неврозом (ваготония у нашей больной). Является ли это первичным или вторично повышается у этих больных возбудимость—сказать трудно. Вопрос стоит так, что под влиянием размножения лямблей, с одной стороны, и известной восприимчивости организма—с другой—*лямблионоситель* делается *лямблиобольным*. Дальнейшие наблюдения заставят приблизиться к лучшему пониманию патогенеза этих простейших вообще и при заболеваниях желчных путей в частности.

В качестве лечебных мероприятий предлагают многочисленные методы, применяемые при амёбиазах и глистных заболеваниях. Результаты противоречивы. Вероятно, это зависит от времени последующего наблюдения. Westphal, несмотря на применение дуоденальных душей из

синьки, триафлавина, также хинина и слабительных, не получил полного исчезновения лямблий. Беляев после применения салварсана, эметина, хинина заключает о безуспешности лечения лямблиоза. Другие авторы оказались счастливее. Хорошие результаты получил ряд авторов от неосальварсана (Helsenreich u. Satke, Mariano, Dietel, Кузнецова и др.), от эметина (Savolin, Winkler), ртути (Gray), bism. salicylicum (Mac-Loun a. Sahorsky). Помимо этого, рекомендуют еще trepasol, stovarsol, spirozid, бетанафтол, тетрачлоруглерод и др. В последнее время большой известностью пользуется в Германии Jatren 105. Интерес в лечебном отношении представляет также osarsol. В нашем случае последние препараты не применялись, т. к. их не было в нашем распоряжении.

Вначале б-ной применялась неспецифическая терапия в виде припарок на печень, частых дуоденальных промываний сернокислой магнезией (всего сделано 22 промывания), минеральной воды, слабительных. Б-ная получала также хинин и bism. salicyl. Через месяц после такого лечения у б-ной исчезли совершенно лямблии при микроскопическом повторном исследовании желчи. Изменился также и макроскопический вид желчи: вместо нежных, коротких хлопьев, появились густые хлопья характера слизисто-гнойной мути. Увеличилось количество лейкоцитов, что отмечается в литературе как признак усиленной деятельности макрофагов в борьбе с лямблиями. Общее состояние б-ной также значительно улучшилось—рвота совершенно прекратилась, боли стали незначительными, печень уменьшилась, б-ная поправилась в весе, увеличились цифры гемоглобина.

Но исследование б-ной дуоденальным зондом через 3 недели после первого эффекта обнаружило вновь наличие лямблий. Б-ная вновь поступила в клинику. Было применено лечение неосальварсаном с последующими дуоденальными промываниями. После 6 инъекций (дозы 0.15, 0.3, 0.45) лямблии и цисты вновь исчезли при повторном исследовании. Через 3—4 недели произведенные контрольные исследования вновь обнаружили лямблии. Общее самочувствие б-ной остается хорошим и по настоящее время. Это терапевтическое влияние отмечается рядом авторов отмечается уменьшение числа и подвижности лямблий, но стойкость этих простейших и трудность терапевтического воздействия на них очевидна.

---

Из Факультетской терапевтической клиники Астраханского гос. медиц. ин-та.

## Лечение инфекционных колитов.

Профессора **И. В. Мурашева.**

Огромный интерес, уделяемый в настоящее время колитам вообще и лечению их в частности, побуждает меня поделиться методами, которыми я пользуюсь много лет и с большим успехом при лечении колитов инфекционного происхождения, куда относятся колиты, обусловленные инфекцией самого разнообразного характера: или попадающей в кишечник извне, как напр., amoeba dysenteriae Councilman et Laflour s. entamoeba histolytica Schaudinn, bac. dysenteriae Schiga-Kru-

se s. bacterium dysenteriae Migula, bac. Flexner'a, bac. His-Roussel'я, bac. Strong'a, псевдодизентерийные палочки, или развивающейся за счет усилившихся в вирулентности завсегдаев кишечника, напр., *b. coli*, *b. proteus*, стрептококки и т. д., или, наконец, колиты, как осложнение при других инфекционных болезнях, напр., при брюшном тифе, кори, гриппе и проч., причем все эти формы колитов настолько сходны между собою, что невозможно различить их друг от друга ни по клиническим признакам, ни по течению: могут быть легкие и тяжелые случаи, острые и хронические независимо от их происхождения; одна и та же симптоматология сводится к явлениям местного и общего характера; в последнем случае, как следствие общей интоксикации организма всосавшимися из кишечника продуктами жизнедеятельности кишечной флоры (лихорадочное состояние, обложенный язык, головные боли, общая разбитость, затемнение сознания, судороги, упадок деятельности сердца и т. д.); что касается симптомов местного происхождения, то они сводятся к коликообразным болям в животе, учащенному позыву на низ, тенезмам, выделению крови и слизи, как выражение интоксикации слизистой толстой и прямой кишки, обусловленной той же кишечной флорой. Вот все эти симптомы во всей своей совокупности и сущности и ложатся в основу хода и направления мысли врача у постели больного. Приходится подумать, как вполне резонно заявляет Г. И. Ивашенцев<sup>1)</sup>, об уничтожении и выведении инфекционного начала, нейтрализации и выведении токсинов, предупреждении и лечении тяжелых поражений слизистой толстой кишки. Всем этим условиям и удовлетворяет наилучшим образом проводимый нами метод лечения. Специфическое лечение колитов при современном состоянии наших знаний отходит на задний план.

После введения Rogers'ом в практику emetin'a, вопрос о лечении амёбной дизентерии решается в положительном смысле: emetinum muriaticum в 1% растворе подкожно является весьма действительным средством против указанной формы дизентерии. Опыт нашей клиники вполне совпадает с только что приведенным заключением. Мы применяем подкожно 1% sol. emetini muriatici, начиная с 1 куб. сант. pro die и постепенно повышая дозу до 5 куб. сант. в 2—3 приема; количество всех вырыскиваний доводим при надобности до 30 без каких либо осложнений вообще.

Кроме того, при лечении амёбной дизентерии мы применяем с достаточным успехом глубокие клизмы в 50°C. из раствора 1:1000—1500 метиленовой синьки один раз в сутки, исходя из того расчета, что methylenblau, являясь достаточно энергичным средством против малярийного паразита, относящегося к protozoa, как и амёба дизентерии, не может не оказаться полезным и при данном заболевании. Значение высокой температуры клизм будет выяснено ниже. Клинические наблюдения за действием указанного средства, назначаемого обыкновенно после предварительной очистки кишечника каломелем и при соблюдении соответствующей диеты, о чем ниже, вел д-р И. Г. Щеколдин, и в 1924 году результаты своих наблюдений с приведением историй болезни доложил в научном О-ве клинической и теоретической медицины г. Астрахани. Благоприятное действие указанного средства выражается в успокоении болей, в прекращении позывов на низ, оформлении стула и постепен-

ном исчезновении амёб, причем улучшение самочувствия больных проявляется с первых же клизм. В случаях с образованием изъязвлений в кишечнике дело идет менее успешно, и вполне понятно: амёбы уходят глубоко в подслизистую ткань и не поддаются таким образом непосредственному воздействию на них синьки. В этих случаях без дополнительного лечения emetin'ом не обойтись.

Противодизентерийные сыворотки—моновалентные и поливалентные, а равно и вакцинации по разным методам не оправдали себя у постели больных бациллярной формой дизентерии. Поэтому лечение последней проводится теми же способами, что и при прочих колитах инфекционного происхождения.

В свое время Г. А. Захарьин<sup>2)</sup> отметил выдающееся действие каломеля при дизентерии, что было подтверждено потом наблюдениями целого ряда клиницистов (Н. Ф. Голубов, Н. Ф. Филатов, R. Stern, Mannaberg, Albu, Scheube, Plehn, Iochmann и мн. друг.), причем, помимо механической очистки кишечника, R. Stern<sup>3)</sup> благоприятное действие каломеля объясняет задерживающим его влиянием на развитие бактерий кишечника. Опыты Scotti<sup>4)</sup> и Wang'a<sup>4)</sup> подтверждают точку зрения Stern'a. Эти авторы нашли, что calomel и magisterium bismuthi сильно уменьшают образование индола, тогда как другие дезинфицирующие средства (салол и проч.) не имеют такого влияния. Лично я, при назначении каломеля, наблюдал блестящие результаты, в некоторых случаях граничащие с абортивным действием, в особенности, когда назначение совпадало с первыми днями болезни.

Кроме того, при колитах находят широкое применение глубокие клизмы самого разнообразного состава и между прочим солевые 0,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> или физиологические. Эти клизмы, по заявлению Н. Ф. Филатова<sup>5)</sup>, в случаях не особенно тяжелых действуют обрывающим образом. Их эффектное действие я впервые наблюдал в 1917 году у постели 3-летней девочки Ирины М-ой, потерявшей уже сознание и лежавшей в судорогах: эти солевые клизмы в полном смысле слова вернули ребенку жизнь. Понять действие их нетрудно. При промывании толстых кишек выводятся наружу инфекционные начала и продукты их жизнедеятельности, гниющие каловые массы, обрывки отторгнутой слизистой оболочки, бродильные начала, придающие кислую реакцию содержимому кишечника, вызывая тем раздражение слизистой последнего, кровь, слизь и проч., и тем проводится наилучшим образом туалет толстой кишки, чем устанавливаются благоприятные условия для заживления последней и низводится к minimum'у общая интоксикация. Кроме того, поваренная соль разжижает вязкую слизь, облегающую слизистую кишки, что также не может не отразиться на восстановлении нормальной функции последней. Впрочем, в указанном направлении двууглекислый натр может значительно усилить действие поваренной соли, почему я им и пользуюсь в своей практике, добавляя его к солевым клизмам в 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворе; к тому же устанавливается щелочная реакция в кишечнике, присущая ему в норме, и эта нейтрализация продуктов кислого брожения в кишечнике не может не отразиться на течении болезни в благоприятном направлении. Мало того, поваренная соль, всасываясь слизистой оболочкой, способствует также остановке кровотечения—факт общеизвестный, которому уделял особое внимание von d. Velden<sup>6)</sup>. Для солевых клизм

я беру или физиологический раствор поваренной соли или даже гипертонический (0,75—1,0 ad 1000,0).

Против болей в животе рекомендуются горячие клизмы (40°—45°С). В своей практике температуру клизм я довожу до 50°С. с большой пользой для дела. Sick <sup>7)</sup> утверждает, что и 60°С. не причиняет вреда, хотя и вызывает неприятные ощущения. Однако, едва ли рационально повышать температуру за 50°С., так как 54-градусная вода при действии уже в течение 3 минут вызывает резко выраженное воспаление тканей, граничащее с частичным омертвением, как это показали для кожи Samuel<sup>8)</sup>, Мурашев<sup>9)</sup>. Помимо болеутоляющего эффекта горячая вода оказывает и другие благоприятные стороны действия: на общее состояние тем, что, быстро всасываясь, понижает токсэмию, вызывая диурез и потение; местно выявляет себя, как энергичное кровоостанавливающее средство (В. Ф. Снегирев<sup>10)</sup>, Sick <sup>7)</sup> и друг.); наконец, „для большинства микрофитов патогенных (в их вегетативном состоянии), говорит Габричевский<sup>11)</sup>, температура 45°С. является вредной“. Таким образом вода 50°С., несомненно, значительно ослабляет, если не убивает, флору кишечника, а это—факт колоссальной важности в деле лечения колитов, как выяснено выше. Итак, в конечном итоге мы видим, что горячие солено-щелочные глубокие клизмы являются вполне научно-обоснованным и весьма энергичным мероприятием в борьбе с колитами. Следовательно огульное и категорическое заявление проф. В. О. Мочана<sup>12)</sup>, что „клизмы при лечении колитов не нужны и вредны“ не соответствует действительности и весьма субъективно, что становится вполне понятным, если принять во внимание несомненное увлечение автора мероприятиями чисто диетического характера при лечении колитов. Конечно, разговор может идти только о сорте клизм и о способе их применения, не более того. Резюмируем все вышесказанное (за исключением амёбной дизентерии).

Итак, при острых и хронических колитах инфекционного происхождения мы, назначаем прежде всего каломель: Rp: Calomelas 0,05—0,1—0,15, Sacchari albi 0,2. По 1 пор. через 2 часа до послабления зеленью. Одновременно назначается полоскание рта 2% раствором бертолетовой соли после каждого приема каломеля. При отсутствии действия каломеля после десятого порошка, спустя 2 часа больному дается или 2 столовых ложки ol. ricini, или 2 столовых ложки средних солей (Rp: Magnes. sulfuric., Natrii sulfuric. ana). Со следующего дня переходим к назначению глубоких (со специальным длинным резиновым наконечником или нелютоневским катетером крупного калибра, обильно смазав их вазелином) соленощелочных клизм из 6 стаканов отварной воды 50°С. с прибавкой 3 чайных ложек поваренной соли и 6 чайных ложек двууглекислого натра, сначала 2 раза в день—утром и вечером, а затем с улучшением общего состояния только на ночь, потом через день, через два и т. д., причем рекомендуем клизму удерживать возможно дольше. Одновременно назначается тепло на живот (согревающий компресс, грелки и проч.). Диета—молочная (чай, чай с молоком, молоко, простокваша, рисовая или манная каша, кисели, особенно из черники) первые дни, а затем переходим постепенно на общий стол, руководясь состоянием кишечника. Внутрь дается magisterium bismuthi по 1 чайной ложке 3 раза в день за 1/2 часа до еды с 1/2-стаканом теплых Эссендуков

№ 4 или № 17 в зависимости от конституции больного и состояния его питания.

Описанным способом лечения колитов инфекционного происхождения я пользуюсь уже много лет и всегда с одними и теми же отчетливыми блестящими результатами, не дающими повода искать лучшего.

*Литература:* 1) Г. И. Ивашенцев. Кл. м. 1927, 2. 71—85. Цит. по Центр. мед. журн. Т. 1.—2) Г. А. Захарьин. Клинические лекции.—3) H. Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie. Wien, 1903. Bd. XVII, S. 30.—4) Б. И. Словцов. Уросемиология. 1910, стр. 115—5) Н. Ф. Филатов. Клинические лекции. 1902. Вып. II—6) Von d. Velden. Deut. med. Woch. 1909, № 5.—7) Sick, Fortschr. d. Therapie 1925, № 18.—8) Samuel. Virch. Arch. Bd. 122, S. 273.—9) И. В. Мурашев. Изменение механических свойств кожи в начальных стадиях воспаления. Диссертация. Москва. 1902.—10) В. Ф. Снегирев. Маточные кровотечения. 1895.—11) Г. Габричевский. Медицинская бактериология. 1909, стр. 20.—12) В. О. Мочан. Вестник совр. медиц. 1928, № 19.

---

Хирургическая пропедевтическая клиника Саратовского гос. университета. (Дир. проф. В. И. Разумовский).

## Остеопластическая операция по Красину при раке языка.

Ассистенты **Н. Н. Назаров** и **М. Н. Кушева**.

Остеопластическая операция по Красину при раке языка, описанная автором впервые в 1922 г., до сих пор не имеет широкой клинической проверки. Между тем способ Красина заслуживает полного внимания, и мы решаемся пропагандировать его на основании своего, хотя и небольшого опыта. Прежде два слова о раке языка вообще.

Одним из выносливых органов человеческого тела по отношению к заболеваниям является язык. Если принять во внимание, что язык подвергается ежедневно различного рода травмам и не так уже часто заболевает, то становится очевидной его особенная выносливость. Огромная подвижность языка, богатство кровеносными и лимфатическими сосудами, обильно омывающими его клеточные элементы и ткани, являются теми важными факторами, которые спасают язык от частых заболеваний. В практике особенно важна рациональная борьба с злокачественными опухолями языка, из которых cancer linguae является наиболее важной клинической формой. Большие статистики показывают, что рак языка встречается в 2% всех раков. На 1000 раковых мужчин приходится только 21 большой раком языка по Кюттнеру, а у женщин рак языка встречается еще реже. Следует помнить, что язык поражается наиболее злокачественной формой рака (cancer keratodes), дающей быстрое заражение лимфатической системы, почему и наблюдаются после операции удаления рака языка местные рецидивы. Только ранняя диагностика и радикальная ранняя операция могут спасти больного.

В настоящем сообщении нас интересует главным образом вопрос о хирургических доступах к языку, каковыми с наибольшим удобством можно было бы пользоваться при показаниях к ампутации языка по поводу ракового поражения. В разработке методов оперативного вмешательства на языке, как известно, огромное значение имеет та сторона

вопроса, которая направлена на то, чтобы сделать доступ к языку по возможности свободным. Только при таких условиях можно оперировать без трудностей и радикально.

В первый раз удалил *Petrus di Marchetti* (Padua) пораженный раком язык через ротовое отверстие в 1664 году. *Jaeger* и *Hauffelder* применили в 1831 году одностороннее поперечное расщепление щеки от угла рта до переднего края *m. masseteris* под Стеновым протоком. *Maisonneuve*—двухсторонний разрез щек. В 1836 году *Roux* дал обоснование к временной линейной резекции нижней челюсти (поперечный распил нижней челюсти). В дальнейшем этот вопрос стали разрабатывать *Sedillot*, *Syme*, *Billroth*. *Billroth* шел по пути временной остеопластической резекции нижней челюсти при помощи разреза через ее толщину (от нижних глазных зубов до коренных). В 1875 г. *Langenbeck* произвел при помощи вертикального разреза мягких тканей от угла рта вниз поперечный боковой распил нижней челюсти. В стремлении дать больший доступ к корню языка с одновременным желанием ограничиться возможно меньшей травмой окружающих тканей—впоследствии целый ряд авторов делали свои дополнения и изменения к указанным основным методам (*Kocher*, *Verneuil*, *Mogestin* и др.). Недостатком всех способов является то обстоятельство, что при этом производятся большие нарушения целостности рта и его дна и в дальнейшем многочисленные функциональные расстройства (перерезка таких важных мышц, как *m. genioglossus*—главной опоры языка,—может повести к гибели больного).

Шагом вперед в усовершенствовании методики доступов к корню языка, несомненно, является операция временной частичной резекции нижней челюсти для удаления языка по способу *Красина*, которую он предложил в 1922 году и подробно описал в *Zentrbl. für Chir.*, № 49, 1926 г. и в *Казанском медицинском журнале* № 3, 1922 г. Особенности этого способа заключаются в том, что из подбородочной области выливается треугольный кусок кости с основанием книзу, на задней поверхности которого остается *spina mentalis* с прикрепляющимися здесь мышцами. Треугольный кусок кости укрепляется затем (после операции на языке) снова на своем месте с помощью проволочных (или как мы поступали с помощью шелка) нитей. Таким образом, не нарушается целостность челюсти с нижнечелюстным каналом и сосудисто-нервным пучком, а также сохраняются и мышцы, прикрепляющиеся к *spina mentalis*.

Мы здесь не станем повторять в подробностях описание метода, которое читатели найдут в вышеуказанных журналах, а приведем лишь свои клинические наблюдения, которые дали нам право этот метод рекомендовать, как один из весьма удачных и малотравматических, но дающих хороший доступ к корню языка. По литературным данным (см. *Красин*, *Нов. Хир. Арх.*, № 65, 1928) пока произведено 12 операций при раке языка по способу *Красина*, из которых 5 сделано в нашей клинике, причем два первых случая оперированы д-ром *Коллюбакиным* и описаны им в *Новом Хирургическом Архиве* за 1923 г.

1. Большой З. поступил в клинику 15 апр. 1923 г., имея раковую опухоль у корня языка. Общий наркоз. Операция по *Красину* после предварительной перевязки *a. lingualis* с обеих сторон и удаления лимфатических желез шеи. Прекрасный доступ к языку. Послеоперационное течение гладкое.



2. Большой Д., 48 лет. Раковая опухоль у корня языка. Предварительная перевязка а. lingualis с обеих сторон и удаление лимфатических желез шеи. Доступ к корню языка по Красину. Послеоперационное течение гладкое.

3. Б-ная М. Т., 55 л. Поступила 18 февр. 25 г. Раковая опухоль у корня языка. Операция по Красину, как в предыдущих случаях. Гладкое выздоровление.

4. Б-ной Г. Н., 50 л., поступил 19 марта 1928 г., имея раковую опухоль на левой стороне языка у корня его. Под общим наркозом операция по Красину. Гладкое послеоперационное течение.

5. Б-ной В. А., 45 л. Раковая опухоль на правой стороне языка у его корня. Под общим наркозом операция по Красину с предварительной перевязкой а. lingualis и удалением лимфатических желез шеи. Результат после операции хороший.

Наш опыт с операцией Красина ограничивается этими 5 случаями. Но и они дали нам возможность убедиться в том, что способ дает прекрасный доступ оперировать у корня языка. Лимфатические железы мы удаляем всегда предварительно из дополнительных разрезов и здесь же перевязываем а. lingualis, пользуясь при этом местной анестезией. Требуется осторожность при выпиливании костного треугольника, чтобы не расколоть его. Лучше этот момент проделывать электрическим сверлом, что значительно ускоряет операцию. Укреплять на место костный треугольник нам удавалось лучше с помощью шелковых нитей. В послеоперационном периоде мы не видели осложнений, связанных с нарушением целостности рта, его дна, челюсти и важных мышц, как это можно видеть при других способах.

Мы считаем, что новый способ частичной временной остеопластической резекции нижней челюсти для удаления рака языка по Красину должен найти себе широкое применение в хирургических клиниках.

---

Из Акушерской клиники Государственного клинического акушерско-гинекологического института. (Зав. приват-доцент Н. В. Елкин).

## Последовый период и простейший способ выделения последа.

Ординатора клиники д-ра Ш. Я. Микеладзе.

С момента рождения плода начинается третий период родового акта—последовый период. Женщина, как при самых родах, так и при выделении последа, в большинстве случаев не обходится без помощи акушера. Главной задачей акушера является следить за правильным течением естественных сил и притти на помощь только тогда, когда последние недостаточны или чем-либо нарушены. Всякое несвоевременное вмешательство влечет за собой нарушение нормального течения последового периода и является причиной целого ряда осложнений (стриктуры внутреннего зева, отрывы кусков последа и оболочек и т. п.).

Втечение последового периода следует строго различать два момента: отделение детского места от стенок матки и выделение последа и оболочек из полового канала наружу.

Что касается физиологического отделения последа от маточной стенки, то по современным воззрениям главным фактором в этом процессе является сократительная деятельность матки, что же касается ретроплацентарной гематомы, скопления сокращенной стенки матки по последу и тяжести самого последа, то эти факторы имеют значение лишь способствующих моментов.

В выделении отслоившегося последа главную роль играют действие брюшного пресса, вес последа и оболочек и высота промежности (Mikuleicz-Radecki).

Важное значение правильного ведения последового периода давно уже оценено акушерами всех стран. Научное обоснование методов, предложенных для ведения этого периода родов, начинается собственно с середины 19-го столетия, когда Credé предложил свой метод ручного выжимания последа. В противовес активному образу действия Credé был гыдвгнут консервативный метод Ahlfeld'a. Как известно, в настоящее время большинство акушеров, придерживаясь в общем выжидательного образа действия, стремятся процесс отделения последа от маточной стенки предоставить силам природы, выведение же его наружу признают возможным ускорять, притом наиболее бережными приемами. Из многочисленных способов, предложенных для ведения последового периода, мы, по предложению ассистента клиники д-ра Л. Г. Штейнберга, взялись проверить на нашем клиническом материале мало известный способ выделения последа, предложенный в свое время д-ром Абуладзе.

Д-р Абуладзе свой способ применял с 1900 г. в Киевском университете, будучи там ординатором, и опубликовал его в журнале „Акушерство и женские болезни“ в № 21 за 1907 г. В заграничной литературе этот же способ опубликован был в Journal of the amer. assoc. в 1921 г. д-ром Josephom Ваег'ом и в настоящее время считается Ваег'овским способом (K. Berger, Ваег). Как видно из описаний способа в обоих журналах Ваег'овский способ ничем не отличается от такового д-ра Абуладзе. Ваег только подробнее описал его. Что Ваег не заимствовал у д-ра Абуладзе, мы в этом не сомневаемся, что же касается права на приоритет, то оно, безусловно, должно остаться за д-ром Абуладзе. Этого взгляда придерживается и акушерская клиника Тифлисского государственного университета (Арджеванидзе). Проф. Груздев в своем руководстве: „Акушерство и женские болезни“ этот способ называет способом Абуладзе.

Д-р Абуладзе свой способ описал так: „После предварительного сокращения матки массажем, брюшные покровы берутся в складку параллельно белой линии, причем роженице предлагается потужиться“. Более подробного описания этого способа мы у д-ра Абуладзе не находим. Вышеуказанное описание относится к одному случаю, когда автору пришлось применять свой способ после многих вмешательств (потягивание за пуповину, Credé и др.) со стороны деревенских повивальных бабок.

По способу д-ра Абуладзе мы провели 252 случая последового периода на больных родильного отделения Государственного акушерско-гинекологического института на воскресном дне. Работа велась в течение 1926 и 1927 гг.

Последовый период мы проводили следующим образом. С момента рождения младенца роженица остается под наблюдением врача или акушерки. Если кровотечения нет, роженица оставляется в покое в течение 30 м. За это время состояние матки проверяется несколько раз. Если имеется кровотечение, то применяется легкий поверхностный массаж, при продолжающейся потере крови—энергичный массаж и выжимание последа по способу Абуладзе, при неудаче последнего—выжимание по Credé.

Когда мы убеждаемся, что послед отделился от стенок матки, то приступаем к выделению его и раньше 30 м. Перед выжиманием последа проверяем все существующие признаки его отделения. Вкратце главные из этих признаков таковы: признак Ahlfeld'a—спускание большей части пупочного канатика из половой щели, признак Küstner'a-Чукалова—нажимают ребром кисти правой руки перпендикулярно брюшной стенке выше симфиза, причем, если пуповина уходит вместе с маткой, то это указывает на то, что послед еще не отделился. По Schröder'у, при отслоившемся последе уплотненная матка стоит справа от пупка и выше его. По Strassmann'у следует нажать рукой на дно матки и взять в руку пуповину. При неотделившемся последе по v. umbilic. ощущается кровяная волна. Т. н. Pressimptom Klein'a заключается в том, что при потуживании роженицы пупочный канатик спускается вниз, при расслаблении же брюшного пресса вверх не поднимается, если послед не отделился. По Mikulicz'y-Radec'кому, при отслоившемся последе роженица жалуется на давление на rectum.

Все описанные признаки дают нам в общем возможность определять, отслоился послед или нет, причем наиболее надежным и верным из этих признаков, по нашему мнению, является признак Küstner'a-Чукалова, ибо он почти в 100% случаев дает определенный ответ.

Убедившись, что послед отделился, мы поступаем таким образом. Подводим матку к средней линии, брюшную стенку берем в складку двумя руками параллельно белой линии и предлагаем роженице потужиться. Уменьшая указанным приемом объем брюшной полости, мы этим самым повышаем внутрибрюшное давление на матку, вследствие чего послед обычно легко выделяется.

Иногда плодные оболочки застревают в перегибе между телом и шейкой матки. В таких случаях мы надавливаем на переднюю поверхность тела матки и подтягиванием ее кверху кончиками пальцев обеих рук выпрямляем перегиб матки кпереди, после чего обыкновенно оболочки рождаются целиком. Послед и оболочки в каждом случае проверяются и результаты осмотра вносятся в историю болезни, больная убирается, и этим заканчивается последовый период.

Наш материал состоит из 252 случаев, из коих 113 касается первородящих и 139—повторнородящих. Все роды были срочные.

У 97 первородящих (86%) послед был удален способом Абуладзе в течение первых 30 мин. В 6 случ. послед выведен через 40 мин., в 1-м сл.—через 50 м., в 2-х сл.—через 1 ч. и в 1 м случ.—через 1½ ч. В 6 сл. (5,2%) способ Абуладзе к цели не привел и послед был выжат по способу Credé.

У первородящих, таким образом, положительный результат от метода Абуладзе получен в 94,8%.

Из 139 повторнородящих у 129 рожениц послед вышел в течение первых 30 мин., т. е. в 93% случ. Из остальных 10 случаев в 2-х случ. послед вышел через 40 м.; в 2-х сл.—через 45 м.; в 2-х сл.—через 50 м.; и, наконец, в 1-м сл.—через 55 м. В 3 случаях (2,2%) был применен способ Credé. Положительный результат метода Абуладзе у повторнородящих—97,8%, а на весь материал—96,8%.

Ж. Ваег—провел всего 289 сл., из коих положительных имел 86%. К. Виргер провел по методу Ваег'а 974 сл. и получил около 90% положительных результатов. Д-р Арджеванидзе проверил способ Абуладзе на 61-й роженице и получил у перворожениц 85% положительных результатов, а у повторнорожавших—86,5%.

Результаты нашей работы (96,87%), как видно из вышеуказанных цифр, на несколько % больше приведенных авторами.

Способ д-ра Абуладзе приносит больше пользы повторнородящим, чем первородящим, причем нужно отметить, что он дает хорошие результаты только при отеловшемся последе. Он бесполезен также при всех тех случаях, когда роженица не в состоянии потужиться (наркоз, чрезмерная слабость после длительных родов, боль от полученных разрывов и т. п.) Кроме того, способ Абуладзе трудно применять к тучным роженицам, у которых толстый подкожный жировой слой мешает взять в складку брюшную стенку.

По поводу отделения последа Schauta утверждает, что он в 99% случ. находил послед во влагалище в течение первых 30 м. Д-р Арджеванидзе в 85,3% случ. мог приступить к выделению последа по способу Абуладзе спустя 21,4 м. после рождения младенца. На нашем материале послед оказался отделившимся в течение первых 30 м. в 90% случ. Эти данные говорят за то, что при нормальном течении последового периода в большинстве случаев послед надо считать отеловшимся в течение первых 30 мин. после рождения плода.

Однократные повышения т-ры до 38,1 у двух родильниц отнести за счет нашего метода ведения последового периода мы не можем.

Далее, наше внимание было обращено на потерю крови в последовом периоде. Мы в каждом случае собирали кровь и результаты вносили в историю болезни.

Из наших случаев 50 рожениц потеряли в среднем по 50—100 к. с. крови, 184—от 100 до 300 к. с., в 10 сл. по 400 к. с., в 6 сл. по 600 к. с. и, наконец, в 2-х случаях по 800 к. с. крови. Надо отметить, что в последних 2-х случаях роженицы во время родов получили разрывы промежности III степени. Таким образом, по нашему мнению, количество теряемой крови при нормальном течении последового периода надо считать физиологическим между 100—300 куб. см.

Что касается таких осложнений как разрыв матки, выворот ее, стриктуры зева и послеродовые кровотечения, то при способе Абуладзе мы их не наблюдали. Мы имели только в 2-х случаях задержку частей плодных оболочек.

К. Виргер на 300 случаев имел задержку части последа один раз. Д-р Арджеванидзе указывает также лишь на один случай задержки частей последа.

На основании вышесказанного мы приходим к следующим выводам:

1. Проверенный нами способ д-ра Абуладзе более близок к физиологическому выделению последа, чем какой-либо другой.

2. Способ д-ра Абуладзе по своей технике прост и безболезнен.

3. Способ д-ра Абуладзе дает положительные результаты только при отделившемся последе: у первородящих в 94,8%, а у повторнородящих—в 97,8% случаев.

4. При нормальном течении последового периода в большинстве случаев послед надо считать отделившимся в течение первых 30 минут.

5. Среднее количество теряемой крови при проведении последового периода по Абуладзе колеблется—от 100 до 300 кб. см.

6. После применения способа Абуладзе, в противоположность методу Credé, такие осложнения как выворот и разрыв матки, стриктуры маточного зева и т. п. не наблюдаются.

7. При наркозе, при больших разрывах (разрывы шейки матки, разрыв промежности III степ.), после длительных родов и при отсутствии потужной деятельности у рожениц, способ Абуладзе уступает место ручному приему Credé.

*Литература:* 1) Ahlfeld, Zbl. f. Gynäkol., 1912, № 42;—2) Д. Абуладзе, Жур. Ак. и жен. бол., 1907; 3) J. Baer. Journal of the amer. assoc., 1921, № 9; 4) Будберг, Журн. ак. и жен. бол., 1903;—5) Арджеванидзе. Совр. мед., 1926, № 5 (на груз. яз.) 6) K. Burger. Zbl. f. Gynäkol., 1924, № 20; 1925, № 30;—7) В. С. Груздев. Рук. «Акушерство и женские болезни», ч. I и II;—8) Mikulicz-Radewski. Zbl. f. Gynäkol., 1923, № 27;—9) Kutter. Monatsschrift. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXII;—10) Вербов. Zbl. f. Gynäkol., 1926, № 50;—11) Чукалов Н. Н. Каз. мед. жур., 1926, № 12;—12) Строганов В. В. Труды VII Всесоюз. Съезда Гин. и Акушеров, 1926.

---

Из Детской клиники гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани.  
(Директор проф. Е. М. Лепский).

## К исследованию об эпидемическом цереброспинальном менингите.

Ассистент **М. Н. Небытова-Лукиянчикова.**

Наблюдая за распространением цереброспинального менингита у нас в Казани уже в течение 8 лет, мы можем сказать, что источник инфекции в течение всего этого периода у нас существует почти непрерывный в виде отдельных случаев, переходящих периодически в более или менее распространенные эпидемии. Последняя эпидемия 1928 г. наиболее подробно обследована нами как с бактериологической, так и с серологической стороны, и поэтому мы позволим себе поделаться нашими наблюдениями.

Всего с 1921 г. по 1/X 1928 г. через Детскую клинику Клинического и-та прошло 149 случаев цереброспинального эпидемического менингита. Из них: в 1921 г.—7 случаев, в 1922 г.—10 сл., в 1923 г.—16 сл., в 1924 г.—12 сл. в 1925 г.—14 сл., 1926 г.—16 сл., 1927 г.—

31 сл. в 1928 г.—43 сл. По возрасту за все время: до 1 года—80 детей; от 1 года до 2 лет—18; 2—3=7; 3—4=10; 4—5=12; 5—6=4; 6—7=1; 7—8=1; 8—9=3; 9—10=5; 10—11=0; 11—12=2; 12—13=4; 13—14=1; 14—15=1. В 1928 г. из 43 сл. 24 до 1 года и остальные 19 после года. Таким образом более половины заболеваний падает на грудной возраст.

Возбудителем прошедшего ряда цереброспинального менингита был диплококк по всем своим свойствам, как морфологическим, так и культуральным, идентичный с менингококком Weichselbaum'a. Групповую принадлежность его до 1928 г. мы не имели возможности определить за отсутствием диагностических агглютинирующих сывороток в Казани. (Подробно о значении деления менингококков на группы скажем ниже).

Из 43 сл. менингита 1928 г. 35 мы имели в стационарном отделении и 8 наблюдали амбулаторно. Из 35 стационарных больных в 31 сл. были выделены культуры менингококка, а в остальных 4 сл. стационарных, также как и у 8 амбулаторных больных, диагноз менингита был установлен, помимо клинических данных, серологическим путем—через реакцию агглютинации.

Во всех 31 сл. мы как по морфологическим, так и по культуральным свойствам имели типичного менингококка Weichselbaum'a. Выращивали культуры на асцит-агаре, агаре + спинномозговая жидкость больных и, наконец, на сыворотке Löffler'a. Сохраняли менингококков в жидких средах (бульон-асцит, бульон+спинномозговая жидкость) под слоем вазелинового масла. В таких условиях жизнеспособность микроба сохранялась месяц и больше. Уже с 4—5-ой генерации обильный рост получался и на средах без животного белка. Продолжительность роста зависела главным образом от наличия достаточного количества влаги в среде.

Не имея в начале эпидемии в своем распоряжении агглютинирующих менингококковых сывороток, мы иммунизировали кроликов одной из полученных культур с целью получения агглютинирующей сыворотки, а затем получаемые культуры от других больных агглютинировали нашей сывороткой, добытой от кроликов. Каждой культурой иммунизировалось несколько кроликов, дабы избежать индивидуальных особенностей животных. Инъекции делались в вену уха через каждые 3—4 дня, причем начинали с 1 петли живой культуры и доходили постепенно до 2-х суточных агаровых культур в 5—6-ую инъекцию. После 4-ой инъекции титр сыворотки у всех кроликов колебался от 1:700 до 1:1100, после шестой инъекции титр был 1:3000—4000. Кролика обескровливали на 10-ый день после последней инъекции.

Агглютинируя нашими сыворотками получаемые в дальнейшем культуры менингококков, мы всюду получали положительную агглютинацию в разведении 1:2000—3000 и на этом основании считали, что все наши культуры принадлежат к одной группе. В апреле 1928 г. нами были получены из И-та имени Мечникова агглютинирующие сыворотки типа „А“ и „В“. Наша культура, которой мы иммунизировали кроликов, а также все другие культуры, которыми мы в тот момент располагали, агглютинировались присланной сывороткой типа „А“ в разведении 1:1200—2000. С сывороткой типа „В“ р. аг. была отрицатель-

ная. Следовательно, наша эпидемия была вызвана менингококком типа „А“. Все культуры, получаемые нами позже (в апреле, мае и июне), тоже агглютинировались сывороткой типа „А“ в разведении 1:1000—2000 и совершенно не агглютинировались сывороткой типа „В“. И только в августе и сентябре 1928 г. к нам поступили два ребенка, больных цереброспинальным менингитом, от которых получены были микробы, по своим культуральным свойствам ничем не отличавшиеся от предыдущих, однако в отношении агглютинации вели себя иначе: 1-ая культура агглютинировалась сывороткой типа „В“ в разведении 1:300, сывороткой же типа „А“ 1:40; 2-ая культура—сывороткой типа „В“ тоже в разведении 1:300; сывороткой же типа „А“ совсем не агглютинировалась.

Переходя к клинике цереброспинального менингита, мы должны оговориться, что подробно излагать ее не будем, так как за последние годы, как в западной, так и в русской литературе, она представлена довольно подробно (Lewkovitz, Marfan, Knopfmacher, Неклюдов, Лауц, Фришман и др.). Мы позволим себе коснуться только общего характера эпидемии и тех случаев, которые представляли те или иные отклонения от обычного течения. Надо заметить, что несмотря на то, что все случаи были вызваны менингококком одной группы (за исключением двух больных, наблюдавшихся уже в конце эпидемии), симптоматология их была крайне разнообразна. Наряду с abortивными формами, протекающими без выраженных симптомов со стороны нервной системы и кончающимися выздоровлением в течение 5—6 дней, мы встречали случаи с тяжелым поражением нервной системы, бессознательным состоянием, судорогами, иногда септическими явлениями, со смертельным исходом или неполным выздоровлением.

К особенностям данной эпидемии надо отнести затуманенность симптомов со стороны нервной системы, которая делала диагностику менингита иногда очень трудной. Такая затуманенность симптомов отмечена в литературе главным образом для детей грудного возраста, в нашу же эпидемию неясная семиотика болезни часто встречалась и у детей старшего возраста.

Для примера приводим такой случай: Л. Ч., 4 г. 5 м., принесена в поликлинику матерью 17/V 28 с указанием, что у ребенка 8 дней жар и иногда рвота. В течение предыдущих 7 дней мать два раза показывала ребенка врачам; ставили диагноз малярии, лечили хинином, но состояние не изменялось. St. praes.: положение нормальное, коленные рефлексы в норме,  $10^3$  39. Со стороны внутренних органов норма. Симптомы Кернига и Брудзинского отсутствуют; имеется небольшая ригидность затылка и гиперестезия кожи. Отсутствие данных со стороны внутренних органов для объяснения повышенной  $10^3$ , ригидность затылка, гиперестезия и наличие эпидемии цереброспинального менингита, наводят на мысль о последнем заболевании. Люмбальная пункция: получена мутная жидкость, вытекавшая под повышенным давлением; в осадке полинуклеары и диплококки, не окрашивающиеся по Граму. Ребенок был помещен в клинику. Дальнейшие исследования свойств микроба подтвердили диагноз цереброспинального менингита, вызванного менингококком группы „А“. Надо заметить, что случаи с такой затуманенной симптоматологией не всегда имели благоприятный исход.

В общем из 35 стационарных больных симптом Кернига наблюдался в 19 сл., симптом Брудзинского в 17, судороги в 2, ригидность затылка в 23, гиперестезия кожи в 25, рвота в 23, сыпь в первые дни болезни в 6, herpes в 7, потеря сознания в 9; заболевания суставов отмечены в 4 сл.

Количество белка в цереброспинальной жидкости колебалось от 2 до 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; лейкоцитоз в крови от 10 до 20.000 в к. мм., причем какой-либо зависимости количества лейкоцитов от течения и исхода болезни обнаружить не удалось: одни тяжелые случаи протекали с лейкоцитозом в 10000—12000, другие давали 18000—20.000; такое же разнообразие отмечалось и среди случаев с легким течением и благоприятным исходом.

О клинической картине амбулаторных больных мы не можем судить, так как все они попадали под наблюдение уже с последствиями менингита.

В отношении лечения менингитов до сих пор нет единого мнения. Когда в начале XX-го столетия была применена впервые приготовленная Jochmann'ом и Flexner'ом противоменингококковая сыворотка, то со всех сторон появились в литературе весьма благоприятные отзывы об ее действии: % смертности, колебавшийся до применения серотерапии от 60 до 80, упал по указаниям большинства до 25—30<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, а по некоторым авторам даже до 16<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. С течением времени, однако, все чаще и чаще стали появляться указания на отсутствие эффекта при сывороточном лечении менингитов. Наблюдая за литературой, можно было подметить, что одна и та же сыворотка, примененная в разные эпидемии и в разных местах, давала совершенно различные результаты. Это обстоятельство оставалось непонятным до тех пор, пока не появились сообщения о делении менингококков на группы в зависимости от их агглютинационных свойств. Уже и раньше было замечено, что в отдельных случаях эпидемий менингита встречались микробы, по всем своим морфологическим и культуральным свойствам идентичные с менингококком Weichselbaum'a, но совершенно не агглютинирующиеся соответствующей сывороткой. Такие наблюдения послужили толчком к более детальным исследованиям, в результате которых появились сообщения о делении менингококков по агглютиногенным свойствам на 4 группы—I, II, III и IV (Eastwood, Griffith, Scot, Gordon, Tallach и др.) Одновременно с только что указанными американскими сообщениями появились работы французов о делении менингококков, тоже в зависимости от агглютинации, на группы A, B, C и D. У нас в СССР впервые пытался разделить менингококков на группы Чельный. Согласно его данным, в средней России чаще всего встречаются типы „A“ и „B“ французских авторов и только в редких случаях „C“ и „D“.

С выяснением этих фактов стало понятно, что наилучший эффект при лечении сывороткой менингитов получается там, где сыворотка является строго соответствующей биологическому типу менингококка. В связи с этим стали готовить как моновалентные сыворотки, путем иммунизации лошадей одним только типом менингококка, так и поливалентные—иммунизацией всеми 4 типами менингококков. При лечении обычно до установления в каждом отдельном случае группы применяли поливалентную сыворотку, а после определения группы—сыворотку соответствующего типа менингококка. Дальнейшие исследования в отношении деления менингококков на группы показали, что, с одной стороны, не всех встречающихся менингококков можно отнести по реакции агглютинации к определенным 4 группам, с другой стороны—не все группы оказывались строго специфичны. Так, сыворотка, получаемая путем иммунизации менингокок-



ками группы „А“ и „С“ агглютинирует только эти группы, в то время как сыворотка группы „В“ агглютинирует и „В“ и „А“, причем титр агглютинации как к „А“, так и к „В“ зависит от времени взятия крови у кролика. Это обстоятельство указывает на то, что менингококк типа „В“ не является однородным по своим серологическим свойствам. Он содержит в себе как рецепторы „В“, так и рецепторы группы „А“.

Joffe в последних своих работах о типах менингококков показал большую зависимость титра агглютинации от состава питательной среды. На основании данных о серологической близости отдельных типов менингококков между собой и трудности дифференцирования отдельных типов в последнее время высказан взгляд о нецелесообразности применения моновалентных сывороток. Считаясь, поэтому, с инагглютинабельностью отдельных типов, тем более необходимо заботиться об иммунизации лошадей при приготовлении сыворотки всеми существующими типами менингококков (Троцкий).

Применяя в течение 8 лет противоменингококковую сыворотку, полученную из различных источников приготовления, мы видели совершенно различные результаты. Наилучший эффект получили мы при применении в эпидемии 1922 г. американской сыворотки, полученной от АРА. Из 10 больных 6 совершенно выздоровели, один был взят матерью вскоре после применения лечения, а из 3 смертных случаев двое относятся к январю—марту т. г., когда применялась еще русская сыворотка. В 1923 и 1924 г. была у 28 больных применена снова русская сыворотка, приготовленная путем иммунизации лошади несколькими культурами менингококка., но без определения их групповой принадлежности. В эти годы % смертности, несмотря на раннее применение сыворотки, был огромный, хотя клиническая картина не представляла каких-нибудь особенностей против обычного течения менингита, так же, как и возраст больных. В 1923 г. из 16 сл. погибло 14; в 1924 г. из 12 сл. 3 выздоровело, 4 умерло, а остальные 5 выписались без улучшения.

Возможно, что культуры менингококков, примененные при иммунизации лошади, а также и самый возбудитель эпидемий 1923 и 1924 г. были не идентичны в типовом отношении. Играли ли здесь исключительную роль эти обстоятельства, или менингококк упомянутой эпидемии отличался особенной вирулентностью, сказать трудно. В последние годы наилучшие результаты мы видели от применения сыворотки II-та экспер. медицины в Ленинграде. В 1928 г. в начале эпидемии нами была применена сыворотка указанного Института в 10 случаях, а впоследствии, за отсутствием таковой, сыворотка II-та им. Мечникова в Москве на 20 больных. В остальных 13 сл. сыворотка не применялась, так как 11 больных поступили уже с последствиями менингита без наличия менингококков в цереброспинальной жидкости, или в такой период, когда в нашем распоряжении не было сыворотки. Все 10 сл., леченных сывороткой II-та экспер. м-ны, кончились полным выздоровлением, а из 20, леченных сывороткой, полученной от II-та им. Мечникова, 4 умерло, у двух развилась глухота, а у остальных выздоровление шло значительно медленнее, чем у детей I-ой группы, хотя сыворотка II-та им. Мечникова приготовлена по типам менингококков „А“ и „В“ и агглютинировала наши культуры в разведении 1:1000—1200. По возрасту существенной разницы между детьми I-ой и II-ой группы не было. Главное,

что бросалось в глаза, как нам, так и врачам, наблюдавшим детей, больных менингитом, вне нашей клиники, это то обстоятельство, что при применении сыворотки II-та им. Мечникова уже через 2—3 вливания цереброспинальная жидкость больных приобретала слизисто-вязкий характер и отток ее при пункции становился затруднительным. Было ли это следствие действия сыворотки или менингококк с течением эпидемии изменил свои свойства, сказать трудно. Литературные данные Knorpfel-ma s h e r'a говорят как бы за то, что в начале эпидемии течение менингита бывает более бурным и тяжелым, чем в конце ее.

Если сравнить клиническую картину наших случаев в начале и конце эпидемии, то особенной разницы отметить нам не удалось. Техника применения сыворотки была одна и та же для всех больных. Делали люмбальную пункцию, выпускали 20—30 к. сант. жидкости в зависимости от возраста и давления и затем вливали сыворотку детям до 1—2 лет по 10 к. сант., старшим—15—20 к. сант. Сыворотка вливалась ежедневно, пока в спинномозговой жидкости обнаруживались менингококки.

Другим не менее важным моментом в лечении менингитов являются спинномозговые пункции. Не говоря уже о том, что после пункции значительно улучшается субъективное состояние больных, они оказывают огромное влияние на такие осложнения как головная водянка, слепота и т. д. Применяя пункции, мы ни у одного из наших больных, поступивших в начале заболевания, не могли отметить ни головной водянки, ни слепоты; в то время как из 6 амбулаторных больных в возрасте до 1 года, попавших под наблюдение через 3—6 недель после начала заболевания, 5 имели головную водянку и три из этих пяти потерю зрения. Чем чаще делались пункции, тем меньшие изменения отмечались окулистами в состоянии глазного дна; и наоборот, в случаях, где отток жидкости был затруднен, или пункции по тем или иным причинам делались реже, всегда отмечались резкие изменения со стороны глазного дна. Не только в острых случаях менингита можно предупредить пункциями головную водянку и потерю зрения, но иногда можно восстановить потерянное зрение, благодаря уменьшению внутричерепного давления через пункции, при том, конечно, непременно условии, что изменения в зрительном нерве развились не воспалительного характера, а механического (т. е. через сдавление зрительного нерва).

Для примера приводим следующий случай: 28. IV. 1928 в поликлинику был принесен ребенок 11 мес. с указанием, что у него в течение 3-х недель был жар, рвота, запрокидывание головки; через 2½ нед. после начала заболевания мать заметила, что у ребенка начала увеличиваться голова, а еще через несколько дней ребенок перестал видеть. St. praes.: бросается в глаза ненормально большая голова, (окружность 46 сант.), родничек 5×5 сант., резко напряжен; ребенок не фиксирует предметы. Окулист констатировал отсутствие зрения, но с сохранением светоощущения. Р. агг. с культурой менингококка группы „А“ положительная в разведении 1:800. Диагноз: головная водянка и слепота после перенесенного цереброспинального менингита. Амбулаторно ребенку начали производить спинно-мозговые пункции через каждые 2—3 дня. Жидкость вытекала под повышенным давлением, прозрачная. R. P a n d y слабо положительная. Pleocytos 30 в к. мм. Микробы не обнаружены. Выпускалось каждый раз 30—35 к. смм. Уже через 4—5 пункций было констатировано постепенное восстановление зрения. Аналогичный случай с благоприятным исходом наблюдался в мае 1928 г.

Мы неоднократно наблюдали, как под влиянием пункций исчезали у детей старшего возраста головные боли, развившиеся после перене-

сенного цереброспинального менингита. Наблюдая подобные факты, мы никак не можем согласиться с мнением Фришмана, что „спинномозговые пункции не оказывают заметного влияния на характер течения, длительность, появление осложнений и исход болезни при эп. ц. менингите у грудных детей“. Кроме пункций и сыворотки, в последние годы все чаще и чаще стали применять при цереброспинальном менингите аутовакцинацию. Личного опыта мы не имели, но а priori можно сказать, что едва ли вакцинация может заменить серотерапию. Цереброспинальный менингит болезнь бурная, вакцинация же вообще есть медленный путь лечения. Кроме того, известно, что оболочки мозга непроницаемы для антител, и следовательно вакциноterapia может оказать влияние главным образом там только, где имеются очаговые процессы вне мозговых оболочек или при общем менингококковом заражении. Мы вполне присоединяемся к тем, которые считают целесообразным применение вакцинотерапии вместе с серотерапией, как комбинированного метода лечения (Lewkowitz, Marfan, Златогоров).

Что касается прогноза, то, как в отношении смертности, так и в отношении количества осложнений, последнюю эпидемию мы можем назвать более или менее благоприятной по сравнению с эпидемиями предыдущих лет у нас в Казани и с тем, что известно из литературных данных. Так в 1921 г. выздоровело 1, умерло 4, взято родителями без улучшения 2; в 1922 г. вызд. 7, ум. 2, взято б. улучш. 1. Те же данные исхода по остальным годам следующие: 1923 г.=1—14—1; 1924 г.=3—4—5; 1925 г.=6—3—8; 1926 г.=10—4—2; 1927 г.=18—6—7; 1928 г.=33—6—4. Из 6 смертных сл. в 1928 г. в клинике смерть наступила у 3, а у остальных дома в ближайшие недели после выписки.

Из осложнений, которые наблюдались нами в случаях с ранним поступлением и леченных сывороткой, у двух детей развилась глухота, причем у одной девочки, 15 л., эта глухота наступила через месяц после начала заболевания и в ближайшие 1½ мес. слух восстановился почти полностью. У другой девочки, 5 л., глухота (абсолютная) развилась тоже через месяц после начала заболевания и держится без изменений до настоящего времени. В нелеченных случаях (амбулаторных и стационарных с поздним поступлением) чаще всего отмечена головная водянка и слепота. Из 8 амбулаторных наблюдений в нашу эпидемию мы имели 6 сл. головной водянки, причем у 3 таких больных при поступлении была, кроме того, констатирована окулистами слепота, у одного паралич нижних конечностей и у одного глухота.

Самый неблагоприятный исход, как в отношении смертности, так и в отношении осложнений, дали те случаи, где рано прекращался отток цереброспинальной жидкости через люмбальную пункцию. Такое затруднение или полное прекращение оттока цереброспинальной жидкости, при наличии напряженного родничка, в литературе интерпретируется различно. Большинство считает причиной этого явления образование спаек между подпаутинным пространством спинного и головного мозга; в некоторых случаях нарушение оттока есть результат обильного отложения фибринозного экссудата или гнойного распада ткани мозжечка (Marfan, Ленц, Zange и др.). Lewkowitz, наоборот, объясняет прекращение оттока тем обстоятельством, что при пункции, особенно

иглой с тупым концом, твердая мозговая оболочка не прокалывается, а проталкивается вперед и создает либо затруднение, либо полное прекращение оттока цереброспинальной жидкости. Среди нашего материала в 1928 г. было два случая с прекращением оттока цереброспинальной жидкости при люмбальной пункции. Оба случая кончались летально. Один был взят матерью за 2 дня до смерти, другой умер в клинике, причем аутопсия была произведена вскоре после смерти. При вскрытии было обнаружено присутствие значительного количества гнойнофибринозных масс как в желудочках (боковых и IV-м), так в полости среднего уха с обеих сторон; кроме того, обильные фибринозногнойные наслоения почти на всем протяжении покрывали мягкую мозговую оболочку. Эти скопления гноя с примесью фибрина в задней черепной ямке между мозжечком и продолговатым мозгом и служили, по всей вероятности, причиной затруднения оттока жидкости при люмбальной пункции. Поэтому, не отрицая возможности затруднения оттока жидкости в силу выпячивания твердой мозговой оболочки, мы все же, как на основании нашего, хотя и единственного случая, так и на основании теоретических умозаключений, должны сказать, что чаще всего т. наз. „блокированные менингиты“ возникают благодаря образованию спаек.

Если сопоставить зависимость прогноза от возраста, то нам кажется на основании всех наших наблюдений, что лучше всего (как в отношении смертности, так и в отношении количества осложнений) дети переносят менингит в возрасте от 1 года до 3—4 лет. Если в грудном возрасте менингит чаще всего дает смертельный исход, то у старших детей нередко получают стойкие осложнения в роде глухоты, параличей, слабоумия и т. д.

В эпидемию 1928 г. в возрасте от 1—4 лет мы имели 12 детей, у них у всех заболевание закончилось полным выздоровлением. Из 24 грудных детей умерло 6, а из 7 детей в возрасте от 4 до 5 л. двое получили глухоту.

В процессе наших наблюдений над эпидемией цереброспинального менингита нас интересовал ход некоторых реакций иммунитета у наших больных в связи с прогнозом и лечением, в частности реакция агглютинации. С этой целью мы, как в начале заболевания, так и в течение болезни, а также по выздоровлении, у каждого больного брали кровь и ставили р. агг. с культурой менингококка, полученной от этого же больного и от других больных. К сожалению, только часть больных (12) поступила в первые 5 дней болезни, остальные поступали позже. У 4 больных реакция поставлена была на 3 д. болезни, у 6 на 4 д. и у 2 на 5-ый. У всех 12 больных реакция была отрицательная. Но уже на 6-й день болезни у 8 из этих 12-ти реакция агглютинации стала положительной в разведении 1:100—300. На 10—14-ый день и дальше титр агглютинации у всех выздоравливающих больных колебался между 1:500—2500. Такой титр держался в течение 4—6 мес., пока больные находились под нашим наблюдением.

У больных с тяжелым течением болезни и плохим прогнозом р. агг. была поставлена у 3. Одному из них в течение 2 мес. р. агг. ставились 4 раза: на 6-ой день болезни, на 15, 24 и 32-ой; состояние больного в течение всего этого периода было крайне тяжелое. Р. агг., как с его собственной культурой, так и с культурами от других больных, была

отрицательная. Ребенок умер через 2 мес. после начала болезни. У II-го больного, тоже находившегося все время в тяжелом состоянии, р. агг. ставилась 3 раза: на 12-ый, 14 и 22 день болезни. В первый раз р. агг. была отрицательная, но во 2-ой и в 3-й раз—положительная в разведении 1:200. Ребенок умер через 1½ мес. после начала болезни. III-ий случ.: Девочка, 5 л., в течение 1½ мес. была в тяжелом состоянии, затем постепенно поправилась, но осталась до настоящего времени совершенно глухой. Р. агг. ставилась на 3-ий день болезни—с отрицательным результатом; на 12-ый день—положительная в разведении 1:1000 и на 25-ый день—тоже положительная в разведении 1:1000.

Хотя наш материал очень мал и результат в отношении больных с тяжелым течением и плохим прогнозом не совсем однороден, все же, если принять во внимание, что из 26 больных с исходом в выздоровление все без исключения давали положительную р. агг., а из 3 больных с тяжелым течением один вовсе не дал р. агг., 2-ой дал низкий титр, и только у третьего—высокий титр (1:1000), но этот последний, несмотря на длительное тяжелое течение болезни, все же выздоровел, можно сказать с известной степенью вероятности, что имеется некоторый параллелизм между накоплением агглютининов в сыворотке больных и прогнозом. У некоторых больных мы ставили р. агг. и с спинномозговой жидкостью. Исходя из того факта, что р. агг. связана с белковой фракцией среды, мы а priori должны были ожидать, что, по мере выздоровления и возвращения спинномозговой жидкости по составу к норме, титр агглютинации должен становиться ниже. Наблюдения подтвердили наше предположение: у выздоравливающих больных, пока спинно-мозговая жидкость содержала еще достаточное количество белка, р. агг. выпадала положительной в разведении 1:100—250; с уменьшением же белка титр падал до 1:50, и в поздних случаях, при нормальном составе жидкости, р. агг. была отрицательной даже без разведения цереброспинальной жидкости. Получая положительную р. агг. с высоким титром в первое время у всех больных, мы невольно задали себе вопрос, является ли она специфической именно для перенесших менингит. С целью проверки специфичности реакции мы определяли агглютинабельность наших менингококковых культур с сывороткой крови 10 лиц (как детей, так и взрослых), не болевших менингитом; у всех у них реакция оказалась отрицательной.

Нас интересовал также вопрос, имеет ли значение для накопления агглютининов постоянный контакт с больными цереброспинальным менингитом. Для выяснения этого вопроса мы определяли р. агг. наших менингококковых культур с сывороткой тех лиц, которые имели постоянный контакт с больными менингитом (врачи, няни, матери). Р. агг. у всех этих лиц (6) также оказалась отрицательной.

Если в отношении прогноза р. агг. при эпидемическом цереброспинальном менингите имеет только некоторое значение, то в отношении дифференциальной диагностики, особенно в случаях, где больной поступает не в остром стадии болезни, а уже с последствиями заболевания, р. агг. иногда принадлежит решающая роль. Такой метод ретроспективной диагностики особенно важен в наших условиях, где часто, или по некультурности, или из-за трудности доставления, больной появляется у врача через продолжительные сроки после перенесенной болезни. И в по-

следную эпидемию 1928 г. мы с началом навигации имели целый ряд больных с осложнениями после менингита.

Для примера приводим 2 случая.

Сл. I-ый. Мальчик, 12 л., привезен из деревни в поликлинику 18/V 28. Мать сообщает, что ребенок заболел месяца полтора тому назад. У него появился жар, рвота, бред; такое состояние продолжалось недели 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3. Затем 1<sup>0</sup> пала, рвота прекратилась, но зато развились тяжелые головные боли и беспокойный сон (по ночам бредит, вскакивает с постели и пытается бежать).

При осмотре никаких отклонений от нормы, кроме слегка повышенных рефлексов, отметить не удалось. Мальчику была сделана лямбальная пункция, причем жидкость вытекала под повышенным давлением. Pleocytos 20, R. Pandy слабо положительная. Дифференциальный диагноз колебался между перенесенным менингитом, энцефалитом и опухолью мозга. Была взята кровь и поставлена р. агг. с культурой менингококка, оказавшаяся положительной в разведении 1:50—1:200. Диагноз: головная водянка после перенесенного цереброспинального менингита.

С целью уменьшения внутричерепного давления больному производились в дальнейшем через каждые 4—5 дн. спинномозговые пункции и выпускалось каждый раз 30—35 к. сант. жидкости. Уже после 3—4 пункций мальчик перестал жаловаться на головные боли, а мать сообщила о прекращении беспокойства и бреда по ночам. В настоящее время ребенок чувствует себя здоровым.

Сл. II-ой. Мальчик, 1 г., принесен матерью в поликлинику 14/V 28. Ребенок с рождения плохо развивается, до сих пор не ходит. Два месяца назад появился жар, рвота, беспокойство; все эти симптомы продолжались дней 15; потом 1<sup>0</sup> пала, рвота уменьшилась, беспокойство стало меньше; однако мать стала замечать, что у ребенка увеличивается голова. Последние недели две ребенок стал вялым, плохо ест; иногда рвота.

St. praes.: окружность головы 44 см., родничок напряжен, размеры 5×5 к. сант., резко выступают лобные и теменные бугры. Реберные четки выражены резко, имеется утолщение эпифизов на верхних и нижних конечностях. Со стороны нервной системы—небольшая ригидность затылка и слабо выраженный симптом Кернига, коленные рефлексы повышены. Диагноз колебался между перенесенным цереброспинальным менингитом, рахитической головной водянкой и началом туберкулезного менингита. Произведена лямбальная пункция; жидкость вытекала под высоким давлением, прозрачная, R. Pandy положительная, pleocytos 26. R. Pirquet'a через 24 часа положительная (+++). Эти данные говорили как бы в пользу развивающегося туберкулезного менингита, но общий вид больного не согласовался с такими предположениями. Была взята кровь и поставлена р. агг. с имеющейся у нас культурой менингококка типа «А»; уже через 3 часа агг. была положительной в разведении 1:800. Дальнейшее течение болезни подтвердило диагноз головной водянки на почве цереброспинального менингита.

Суммируя наши данные, мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1) Из всех предложенных методов лечения цереброспинального менингита серотерапия должна занимать первое место.

2) Спинномозговые пункции при цереброспинальном менингите оказывают благоприятное влияние не только на субъективное состояние больных, но и на исход и развитие осложнений.

3) Р. агглютинации при цереброспинальном менингите, как диагностический метод, играет большую роль, особенно как ретроспективный метод диагностики.

*Литература:* 1) Златогоров и Лавринович. Учение о микроорганизмах, т. II, ч. II, вып. 1.—2) Joffen. Zeitsch. f. Imm. Bd. 55, H. 3/4, 1928.—3) Knopfelmecher. Inf. Krankh., Kraus u. Brugsch, том II, вып. 1.—4) Лауц. Педиатрия, т. 8, № 2—3.—5) Лещ, там же, т. 12, № 3.—6) Levkowitz. Pres. médic., № 63, 1925.—7) Лопатин. Каз. мед. журн., № 10, 1928.—8) Margan. Clin. d. Malad. de la pr. Enf. 440—467.—9) Неклюдов. Педиатрия, т. 8, № 4. 10) Троицкий. Гиг. и Эпид., № 11, 1927.—11) Фришман. Сборн., посв. пам. Федынского; Журн. изд. ран. дет. возр., т. V, № 4.—12) Чельный. Труды IX Съезда бактер. 1925.—13) Эйлер. Педиатрия, т. 12, № 4, 1928.

Из Казанской психоневрологической школы-санатории.

## Капилляроскопия в изучении детской дефективности.

Прив.-доц. **М. П. Андреев.**

(С таблицей схем).

Настоящее краткое сообщение имеет в виду дать основные представления о новом важном методе исследования—капилляроскопическом—и о первоначальных результатах его применения на детях Казанской психоневрологической школы-санатории. Это применение еще только разворачивается, и говорить о каких-либо определенных выводах рано; однако, в виду усиливающегося интереса к этому методу за границей и малой известности его у нас, мне казалось возможным и желательным сообщить и эти начальные результаты.

Капилляроскопия—изучение капилляров на живом человеке—была применена еще в 1912 г. Lombard'ом; особенно последовательно было изучено строение кожных капилляров в норме и в патологии О. Müller'ом и его учениками. Для психоневрологии решающую роль во введении и распространении этого метода сыграл W. Jaensch и его сотрудники (Wittneben, Höpfner и др.) уже в послевоенные годы.

В ряде работ эти авторы обосновывали следующие положения<sup>1)</sup>. Кожные капилляры в своем развитии проходят ряд последовательных стадий. В норме окончательное их развитие заканчивается в первые месяцы внеутробной жизни не позже 5—6 мес. За это время капилляры кожи,—наблюдаемые в складке кожи у основания ногтя,—проходят путь развития от недифференцированной сетки с горизонтальными переплетами до отдельных, перпендикулярных к основной оси сети, тонких, шпилькообразных петель. Höpfner дал подробно разработанную схему, по которой можно судить о степени развития капилляров. Основными степенями являются: самые ранние, сетчатые (с горизонтальными, невыдающимися над общим уровнем сетки, петлями)—архикапилляры, типичные выраженные шпилькообразные петли-неокапилляры и промежуточная стадия—недоразвитые формы. Кроме того, могут наблюдаться различные позднейшие изменения формы капилляров, зависящие от различных заболеваний (болезни почек, артериосклероз и т. д. „вазо-невротические“ формы О. Müller'a и Parrisius'a—извитые, с расширенным венозным коленом); все они могут наслаиваться на ту или другую стадию развития капилляров, давая сложные дифференциально-диагностические формы. Изменение капилляров всл. дефектов развития и изменения всл. экзогенных причин имеют кардинальное различие в значении: в отличие от экзогенно измененных форм недоразвитые формы имеют более глубоко заложенные причины—они являются результатом задержки общего развития организма. Особенно большую связь обнаруживают они с задержкой развития мозга (что W. Jaensch и его сотрудники склонны объяснять развитием кожи и мозга из одного эктодермального листка) особенно же с задержкой развития тиреогенного происхождения (кретинизм). Эти моменты и объясняют большое значение капилляроскопии

<sup>1)</sup> В 1928 г. вышла большая и обстоятельная сводка этих работ, приведенная Höpfner'ом в его монографии (см. литературу).

для изучения состояний умственного недоразвития: капилляроскопия имеет значение диагностическое (вскрывая иногда неясную этиологию случая), а через это и значение для терапии: работы названных авторов указывают, что в случаях „архикапиллярного“ недоразвития лечение иодом, тиреоидном, а особенно линатреном (соединением липондов с Jatreп'ом, имеющим в основе нодоксихинолин, сульфокислоту) дает в высшей степени ободряющие результаты, сказывающиеся и на умственном состоянии пациента (частное—JQ по Б и н е заметно возрастает после нескольких месяцев лечения, прекращение лечения вело опять к понижению JQ) и на приближении картины капилляров к норме.

Таков самый остов исследований названных авторов. Естественно, что исследования эти вызвали большой интерес и желание проверить их результаты. Этому интересу способствовала и самая широта постановки W. Jaensch'em и его сотрудниками вопросов, и теоретических (авторы ставят и эмбриологические, и сравнительно-анатомические, и общепатологические проблемы, указывают на широкую связь архикапилляров и умственного недоразвития вообще, а также пытаются выделить особое—широко распространенное—архикапиллярное слабоумие), и практических (авторы с большим, захватывающим оптимизмом надеются на широкое развитие медикаментозного лечения олигофрений, на лечение „моральных дефектов“ на архикапиллярной почве и т. д.). Кроме того, подкупала и крайняя простота техники исследования: на складку кожи у основания ногтя наносится капля кедрового масла, и палец рассматривается в обыкновенной микроскоп при слабом увеличении при обыкновенном дневном или искусственном освещении.

Из работ других авторов в этой области нужно отметить следующие. Delbrück, исследовав 450 случаев, не нашел различия в частоте различных картин капилляров у учеников вспомогательных и нормальных школ; однако, глубокоотсталые дали больший % архикапилляров (37,5%), чем легкоотсталые (20,9%) и среднеотсталые (31,7%). Автор отмечает частоту архикапилляров у евреев (у 8 из 12); далее, 7 детей с изменениями характера после эпидемического энцефалита *все* дали архикапиллярные формы. В общем, автор, критически относясь к теоретическим обоснованиям вопроса и подчеркивая неустойчивость взглядов самого W. Jaensch'a, приходит к выводу, что каких-либо определенных закономерностей в распределении капиллярных форм не имеется, и что проблема генеза капилляров—важная сама по себе—только поставлена, а не разрешена W. Jaensch'em.

Kahle дает результаты исследования 253 случ. умственного недоразвития и 92 нормальных школьников. Последние—за исключением 5 человек, имеющих переходные формы (из них 3—плохие ученики)—дали полное единство картины (нормальной).

Умственно-отсталые делятся на 3 группы: 1) имеющие архикапиллярные формы—43 случ. (17%); все случаи—более глубокие, необучаемые; у 11 из них хорошо действовал иод, у 11 он вызывал только возбуждение. В одном случае гемиплегии—архикапилляры были только на атрофированной стороне; 2) своеобразные капиллярные формы—135 сл. (53,4%); случаи средней тяжести, 37 из них—имели гипопластические формы H ö r f n e r'a (мелкие, слабо выраженные петли), давшие улучшение под влиянием органотерапии; 3) нормальные капилляры—75 случ. (29,6%); 64 из них посещают вспомогательную школу.



Автор полагает, на основании своих наблюдений, что капилляры не являются „диагностической панацеей“, и могут считаться только подспорьем в связи с другими моментами исследования; но важен диагностически: случаи, склонные к улучшению, дают скоро заметные результаты, стойкие—дают ухудшение.

Schmidtman исследовал 116 больных с различными диагнозами. Исследование производилось на многих пальцах, так как часто на различных пальцах были разные картины. Больные с психопатиями (5), с genuинной эпилепсией (9), с последствиями эпидемическ. энцефалита (10) дали нормальные капилляры. Среди 88 умственно-недоразвитых  $\frac{2}{3}$  имели неправильные капилляры без соответствия степени отсталости в интеллекте и в развитии капилляров. Самые резкие изменения были при кретинизме и микседеме. Таким образом, изменения капилляров у недоразвитых часты, имеют важное значение, но оценка их требует осторожности, и нельзя соединять все случаи недоразвития с дефектами капилляров в „архикапиллярное слабоумие“, так как генез этих случаев может быть весьма различен.

Наиболее определенно возражают против положений W. Jaensch'a и его сотрудников Doxiades и Potozki. Они опровергают, на основании своих исследований, и самую схему морфогенеза капилляров, данную Höpfner'ом, и связь между капиллярами и интеллектом, и терапевтическое значение нода; они полагают, что главное в значении капилляров—не их форма, а проницаемость стенок<sup>1)</sup>. Таким образом, они вынуждены особенно возражать против капилляроскопических курсов, уже организованных в Берлине для школьных врачей.

Кроме этих работ, являющихся основными, имеются отдельные указания на попытки изучать капилляры у шизофреников (Ubenauf, исследовав 192 шизофреника, не нашел отличий от нормальных) и при отдельных типах телосложения (Georgi<sup>2)</sup> указывает на эктазии у пикников, Семеновас—на тонкие вытянутые петли у астеников).

В русской литературе надо отметить работу д-ра Семеновас (из Детск. обл. ин-та проф. А. С. Грибоедова), исследовавшего большой материал—около 400 чел. (из них 103 умственно-отсталых, 45 психоневропатов, 35 туберкулезных детей, 108 здоровых детей и 35 взрослых). Задержка в развитии капилляров отмечена им чаще всего у туберкулезных детей (20%); далее идут умственно-отсталые (8,8%—главным образом, в патинкреторных случаях), взрослые (5%), нормальные дети (3,7%); у детей психоневропатов вовсе не оказалось задержанных в развитии капилляров. Вазоневротические формы, наоборот, чаще всего встречались у психоневропатов (60%), реже у умственно-отсталых (32%), всего реже—у туберкулезных (14%). В целом, автор, признавая некоторое значение архикапилляров для патинкреторных случаев (при этом в случаях кретинизма и микседемы связь отмечается преимущественно между картиной капилляров и степенью поражения *кожи*), относится к теории W. Jaensch'a отрицательно.

<sup>1)</sup> Здесь следует упомянуть Крота, который возражает против учения W. Jaensch'a в целом, как основанного на переоценке морфологии и недооценке физиологии капилляров; в частности, он не считает возможным говорить о формах капилляров, как о чем-то стойком.

<sup>2)</sup> В «Handbuch der Psychiatrie», под ред. O. Bumke.

Приведенный схематический обзор литературы по вопросу об архаиках показывает, как много неясностей и противоречий имеется во всех сторонах этого вопроса. Однако, исследовательский пафос W. Jaensch'a и его сотрудников так захватывает, что несмотря на многие опровергающие их данные работы, остается крупный след от их исследований в литературе, и след этот имеет, повидимому, тенденцию к расширению. Кроме того, несмотря на отрицание тех или других сторон теории W. Jaensch'a, остаются некоторые факты, повидимому, подтверждаемые многими—как, напр., связь архаических форм с явлениями дистиреондизма. Все это дало мне повод провести капилляро-скопические исследования на доступном мне материале. В данном сообщении я коснусь небольшого, но довольно демонстративного материала: воспитанников Казанской психо-неврологической школы-санатории.

Мною было исследовано и обработано (в настоящее время исследовано большее количество, но материал еще не вошел в обработку) 50 случаев (39 мальчиков и 11 девочек).

По поводу техники исследования следует отметить, что иногда встречаются значительные затруднения в исследовании—при толщине, огрублости, истресканности и крайней загрязненности кожи на пальцах. У детей школы-санатории не приходилось, правда, отказываться из-за этого от исследования, так как всегда находились пальцы, позволяющие провести его, но, напр., при капилляро-скопических исследованиях, производимых мною в области эндемического зоба и кретинизма в Маробласти (результаты будут опубликованы в другом месте), приблизительно в 10% случаев встречались непреодолимые препятствия. Это представляет большое неудобство исследования (на которое мало указывается в литературе) и заставляет искать способов исследования капилляров на других местах, где это меньше зависело бы от туалета кожи (указывают, как на удобное место, на локтевой сгиб—у меня мало личного опыта в этом отношении, чтобы высказаться с определенностью; неудобство этого места то, что не всякий микроскоп позволяет класть локоть руки на предметный столик: нужно, чтобы объектив поднимался достаточно высоко).

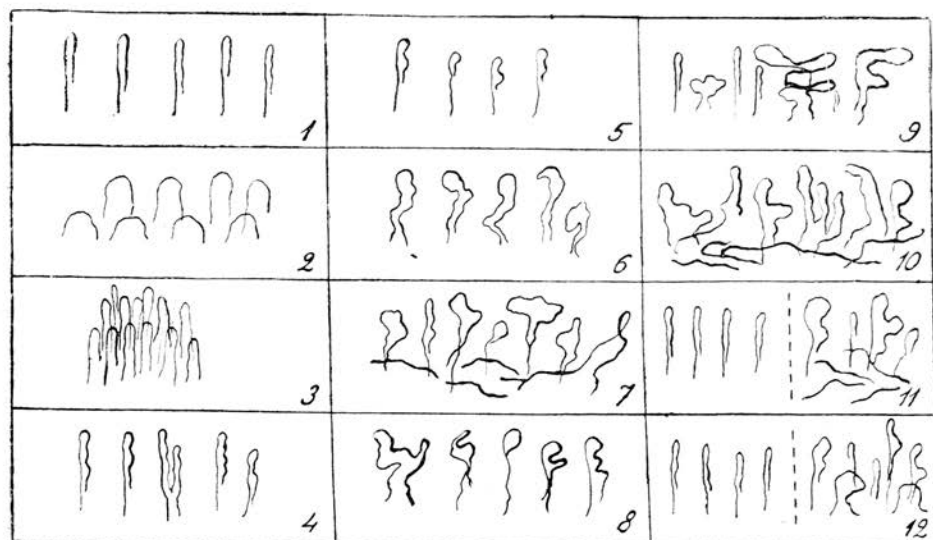
Следующее техническое замечание относительно фиксирования рассматриваемого пальца. Невозможность сохранить неподвижное положение исследуемого пальца представляет большое затруднение—необходимые точки выходят из поля зрения и из фокуса, и иногда—особенно у подвижных субъектов—трудно удержать уловленную картину. В этом отношении помогает устройство указываемого Delbrück'ом ложа из пластилина, позволяющего фиксировать палец в желаемом положении. Впрочем, это затруднение при навыке не так велико, как может показаться на первый взгляд.

Наконец, по поводу зарисовок видимых картин. Мне никогда не приходилось испытывать затруднений с зарисовкой капилляров, так что не приходилось думать о фотографии для уточнения и улучшения качества изображения. Как правильно указывает Delbrück, фотографирование здесь дает меньшие результаты, ибо рисунок может полусхематически изображать большое количество капиллярных петель, тогда как на снимок попадают 1--2 петли, вследствие того, что петли находятся в разных плоскостях.

Мною применялось почти всегда кедровое масло; возможно, по авторам, и применение касторового: у меня оно давало неплохие результаты, но хуже кедрового.

Исследованные дети (в возрасте от 8 до 16 лет) распределяются на следующие группы: 1) дети с нерезкими психоневропатическими дефектами, без интеллектуальных дефектов—27 человек; 2) дети с задержкой умственного развития на почве различных заболеваний (органических, наследственных и т. д.) — 17 человек; 3) дети с выраженными психозами—6 человек.

*I группа* дала большое постоянство капилляроскопических картин. а) 17 чел. имели совершенно правильные, ровные, шпилькообразные петли—такие, какими они изображаются у всех авторов под категорией нормальных „неокапилляроз“ (см. таблицу, схема № 1); б) 3 чел. имели петли в общем правильной формы, без изгибов и утолщений, но более широкие, чем у других, и более часто расположенные (схема № 2); в) 4 чел. пред-



ставляли картины нормальных петель, очень часто расположенных: по-видимому, это зависит от того, что кожа круто толстым слоем сходит к ногтю (схема № 3); д) наконец, 3 чел. имели слегка извитые капилляры, иногда слегка ветвящиеся (схема № 4).

Больших различий в психическом состоянии эти дети не представляли; однако, трое последних представляли наиболее выраженные невропсихопатические особенности: один с приступами резких возбуждений, особенно в дошкольном возрасте, один—с проявлениями „моральных дефектов“ (мелкие кражи, склонность к бродяжничеству) и при этом с повышенной эмотивностью (частый плач, неустойчивость настроения).

*II группа* дала гораздо большее разнообразие картин и по капиллярам, и по своему психическому состоянию. По капилляроскопическим картинкам можно—с некоторыми затруднениями—разделить эту группу на несколько подгрупп: а) 1 случай с почти нормальными, несколько расширенными петлями (похож на случаи группы Ib);—легкая отсталость, повышенная подвижность, б) 2 случ.—с частыми мелкими петлями, более короткими, чем в гр. Ic; обе—девочки 16 л., с глубокой ум-

ственной отсталостью, эпилептическими припадками, легкими органическими явлениями, диспластическим ожирением (толстая, круто спускающаяся к ногтю кожа пальцев, повидному, и является причиной того, что в поле зрения видны частые, находящие друг на друга, петли).

с) Средне измененные, извитые петли, похожие на картину гр. I d, различной выраженности—8 случ. По психической картине здесь имеются самые разнообразные случаи, от картин полного идиотизма и глубокой имбецильности до самых легких случаев отсталости. Связи между тяжестью умственных дефектов и выраженностью изменений капилляров не отмечается. Наиболее измененными являются капилляры у девочки с резкой эмотивной возбудимостью (в дошкольном возрасте ставился диагноз „истерии“; отсталость зависит, главным образом, от неровности настроения, от резкого упрямства при занятиях; наряду с этим—повышенная моторная одаренность: хорошо танцует, пластична; схема № 6), у мальчика с подозрением на врожденный lues, с органическими явлениями (резкий страбизм, седлообразный нос, резкая задержка физического и заметная задержка психического развития, черты „имморальности“) и у мальчика с нерезкой отсталостью, но с большими дефектами сексуальной сферы (прислан в школу, как неисправимый онанист, как замеченный в постоянном рисовании сексуальных рисунков, в постоянном приставании к девочкам—еще в дошкольном возрасте, частый объект педерастии в школьном). Наименее изменены капилляры в двух случаях идиотизма (с неопределенной этиологией: анамнеза нет, физических симптомов не имеется)—(схема № 5). d). Резко измененные, неправильно извитые капилляры, с разветвлениями, с горизонтальными петлями—4 случая; два из них дают слабее выраженные картины (оба—случаи умственной отсталости, без других симптомов: 1—слабая отсталость—см. сх. № 7; 2—глубокая—схема № 8), два—очень резкие (один—случай заболевания экстрапирамидной системы, с хореатическими движениями; заболевание с детства, сильно расстроена речь вследствие моторных дефектов, но интеллектуальное развитие не задержано (схема № 9); другой мальчик с неглубокой умственной отсталостью, со многими дефектами поведения—кражи, бродяжничество, сексуальные дефекты, диспластически-сложенный, одутловатый (схема № 10). e) 2 случая, сходные по психической и по капилляроскопической картине девочки, с глубокой умственной отсталостью на почве энцефалита, с гемипарезом; капилляры здоровой руки имеют нормальную картину, капилляры парализованной руки—резко изменены, извиты (схемы № 11 и № 12).

*III группа* включает в себе 6 больных: 2—с психозом, 4—с эпилепсией (типичными эпилептическими изменениями психики). Капилляры всех 6 случаев—совершенно правильные, тонкие петли.

Таким образом, если пытаться из этого очень небольшого материала делать предварительные, ориентировочные выводы, то можно остановиться на следующих, как будто бы более определенно намечающихся положениях:

1. Картины капилляров у детей с дефектами и без дефектов развития в общем различаются.
2. Имеются, однако, переходные картины, сглаживающие эти различия.
3. В типичных случаях дети без особых дефектов развития имеют правильные петли неокапилляров.

4. Дети с дефектами (задержками) развития имеют обычно неправильные (извитые, ветвистые) капилляры.

5. Связи между тяжестью умственной задержки и степенью изменения капилляров не отмечается.

6. Более резкие картины изменения капилляров связаны или с органическими заболеваниями (ср. Delbrück) или с дисплазиями (заболевания ствола мозга и гипофиза), или с наличием более тяжелых психопатических картин; при этом в случаях гемипарезов—отмечалось и изменение капилляров на парализованной стороне (ср. Kahle).

7. Дифференцировать картины задержки развития и последующих изменений капилляров на представленном материале затруднительно.

8. Больные с выраженными психозами имеют нормальные некапилляры (ср. Ubenauf).

9. Непосредственной связи с изменениями функции щитовидной железы на этом материале обнаружить не удалось.

Если суммировать эти положения в общее впечатление, то напрашивается мысль, не связано ли изменение капилляров главным образом с дефектами развития именно стволовой части мозга (отсюда связь с дисплазиями, изменениями поведения, психопатическими картинами и т. д.). На это делались указания уже W. Jaensch'ем и его сотрудниками: они пытались даже установить связь капиллярных картин с развитием черепа, связанным с ростом стволовой части мозга, однако, без определенного успеха.

Во всяком случае, капилляроскопические исследования представляют интерес для психопатологии вообще и для дефектологии в частности, и материал, исследованный мною, это подтверждает.

*Литература:* 1) W. Jaensch u. W. Wittneben. Archicapillaren, endokrine System und Schwachsinn—Bericht ü. d. 2. Kongress f. Heilpädagogik, 1925.—2) W. Jaensch.—Empirische und theoretische Begriffsbestimmung des archicapillären Zustandsbildes, seine Beziehungen zur Entwicklungsgeschichte, zur Erbbiologie und zu einer prophylaktischen klinischen Medizin—Bericht ü. d. 3. Kongress f. Heilpädagogik, 1926.—3) W. Wittneben—Beiträge zur Kasuistik und Therapie des archicapillären Zustandsbildes—Ibid.—4) H. Delbrück—Archicapillaren und Schwachsinn—Arch. f. Psychiatrie, 81, 4 (1927).—5) Kahle—Capillarformen bei Schwachsinnigen und ihre Beziehungen zur geistigen Entwicklung—Arch. f. Psychiatrie, 81, 5 (1927).—6) Schnidtmann M.—Capilarmikroskopische Untersuchungen an Schwachsinnigen—Autoreferat—Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. 48, 1/2 (1927).—7) Hoepfner Th.—Die Strukturbilder der menschlichen Nagelfalzcapillaren und ihre Bedeutung im Zusammenhang mit Schilddrüsenveränderungen sowie gewissen Schwachsinn- und Neuroseformen. 1928.—Ref.—Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. 50 (1928)—8) Doxiades L. und Potozki—Grundlagen zur Bewertung Kapillaroskopischen Bildes am Nagelfalz bei normalen, neuropathischen und geistesschwachen Kindern—Vortrag (Berliner Gesellschaft f. Psych. u. Nervenkr., 1928.—Referat—Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. 50.—9) Ubenauf R.—Capillaruntersuchungen an alten Schizophrenen Vortrag (Jahresversammlung d. Deutsch. Vereins f. Psych., 1928). Ref.—Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. 50.—10) Семенов С. Ю.—Кровяное давление, капилляроскопия и симптом Тренча у аномалийных детей. Новое в Дефектологии. Сбор, 1, 1928.

## Естественное движение населения в Татарской республике за 1923—1927 г.г. <sup>1)</sup>.

### И. Победоносцев.

Регистрация актов гражданского состояния до сих пор остается несовершенной в сельских местностях, зачастую и в маленьких городах. В сельских советах не всегда наблюдается должное отношение к регистрации, аккуратное и своевременное выполнение инструкций; карточки отправляются по надлежащему назначению нередко с опозданием, вследствие чего в Казани опаздывает и разработка их.

Несмотря на отмеченные недочеты, на основании сведений статистических организаций и существа изучаемого статистического материала можно полагать, что учет производится в последние годы полный. Если от регистрации и ускользают, то немногие отдельные случаи, да и то они впоследствии обычно регистрируются. В силу этого обстоятельства публикуемые данные носят вполне устойчивый характер, являются отражением действительности, не говоря уже о том, что они сами по себе представляют массы явлений и потому достаточны для построения из них выводов.

*1. Рождаемость.* Остановим внимание первоначально на рождаемости. В довоенные мирные годы рождаемость нашего населения медленно, но неуклонно снижалась, давая 4,5‰ по отношению к общему числу населения в 1913 году. В годы войны, и особенно в годы военного коммунизма, произошло резкое понижение рождаемости вследствие того, что социально-экономические условия жизни резко изменились. Лишь в течение рассматриваемого нами пятилетия (1923—1927 г.г.) рождаемость выравнялась, если можно так сказать, и заняла должное место в процессе развития населения как в городах, так и в сельских местностях.

#### *Динамика рождаемости.*

Годы	Число рождений			Проценты		
	по ТР	городам	селениям	ТР	город.	селен.
1923	102864	9045	93819	100	100	100
1924	110033	10369	99664	107	114	106
1925	114986	10848	104138	111	119	111
1926	113832	9898	103934	110	109	111
1927	125570	10599	114971	122	117	122

<sup>1)</sup> Естественное движение населения местного края мало изучалось в прошлом. Немногие и редкие страницы в общих трудах отводились для характеристики этого вопроса; не было, насколько нам известно, и специальных исследований. Если цифровые показатели о рождаемости, брачности, смертности периодически и печатаются в изданиях Центрального статистического управления, то специальная разработка в национальном разрезе и анализ материалов по Татарской республике производилась эпизодически, охватывая движение населения за короткий срок; да и таких статей насчитывается две-три. Предлагаемый вниманию читателя очерк характеризует естественное движение населения ТР за 5 лет, выделяя основные народности, и представляет вступление для дальнейшего более углубленного изучения выдвигаемой проблемы.

Все цифровые данные разработаны по материалам Татарского статистического управления.

*Автор.*

Сильно сократившаяся за время гражданской войны рождаемость в течение рассматриваемого периода быстро возрастала, приближаясь к довоенному уровню. Показательно, что темп роста рождений в городах, где выделяется по численности населения Казань, происходил первоначально несколько сильнее, чем в сельских местностях, но и степень падения городской рождаемости была более сильной.

В национальном отношении движение рождений по своему темпу было неодинаковое. Рождаемость у татарского населения возрастала быстрее, чем у русского.

*Рождаемость по национальности.*

Годы	абсолютные числа			проценты		
	Татары	Русские	Все насел.	Татары	Русск.	Все нас.
1923	46261	48240	102864	100	100	100
1924	52758	48448	110033	114	100	107
1925	53973	51897	114986	117	107	111
1926	53625	49549	113832	116	103	110
1927	61866	53430	125570	134	111	122

Подсчитывая количество мужских и женских рождений и выводя среднюю за пятилетие, получаем, что мальчиков рождалось больше; соотношение между рождаемостью того и другого пола оказалось довоенное.

*На 100 родившихся девочек приходилось мальчиков в среднем за 1923—1927 г.г.*

	Всего	В том числе	
		татар	русских
Казань . . . . .	106	104	106
Кантонные города . . .	106,5	105	108
Сельские местности . . .	107	106	108

Факт перевеса рождающихся мальчиков над девочками, давно установленный статистикой, наблюдался перед войною в Европейской России, имел место и в Казанском крае. С начала текущего столетия этот перевес уменьшался, количество женских рождений возрастало, но все же мужская рождаемость преобладала. В первые годы революции снова рождаемость мальчиков стала быстро увеличиваться, превышая в два раза довоенное соотношение, и затем снова пошла на убыль, достигнув отмеченной нормы.

Выясняя интенсивность рождений, определим состояние рождаемости по отношению к общему количеству населения. С этой целью берем среднюю численность населения по годам, принятую Госпланом, и сопоставляем с нею цифры о количестве рождений.

Цифры показывают, что рождаемость носит вполне устойчивый закономерный характер, что она вступила в известное русло и пойдет по этому руслу, если социально-экономические условия жизни будут аналогичны миновшему пятилетию. В частности, по Казани исчисление рождений к данным переписи 1923 г. составляет 3,4‰ и переписи 1926 г. 3,5‰, в то время как процент рождаемости к переписи 1920 г. равнялся 2,4, а 1917 г.—2,6. Перед войною рождаемость в Казанской губ. выражалась в 4,5‰, причем в городах—в 3,5‰. Отсюда следует,

## Население и рождаемость в тыс. и процентах.

Годы	Кантонные города и г. Казань			Сельские местности		
	Населен.	Рожден.	‰‰	Населен.	Рожден.	‰‰
1923 . . . . .	255,0	9,0	3,5	2.170,8	93,8	4,3
1924 . . . . .	260,8	10,4	4,0	2.217,3	99,7	4,5
1925 . . . . .	275,1	10,8	3,9	2.277,7	104,1	4,5
1926 . . . . .	282,6	9,9	3,5	2.325,5	103,9	4,4
1927 . . . . .	291,0	10,6	3,9	2.374,3	115,0	4,8

что довоенная норма рождаемости вполне достигнута, имеется даже тенденция к росту. Средняя рождаемость по РСФСР за этот период составила 4,4‰, по Чувашской республике за 1926 г. 4,6, по Марийской области 5,5, Вотской области 5,7, Башкирии 4,4, по Центрально-промышленной области 4,1.

Распределение рождаемости по времени года выявляет некоторую последовательность. В весенние месяцы количество рождений в сельских местностях резко снижается, в летние месяцы оно сильно повышается, максимумом достигает осенью, особенно в течение октября и ноября (месяцы максимальных рождений); в течение зимы рождаемость заметно снижается, но продолжает оставаться на значительном уровне. В таком колебании находит свое отражение цикличность занятий сельского хозяйства, отход из деревни на известные сроки на заработки и периодичность возвращения в деревню. Городская рождаемость располагается по временам года более или менее равномерно, но и в ней сезонность несколько сказывается—осенние месяцы отличаются повышенной рождаемостью.

## Рождаемость по времени года.

Кварталы	Средняя за 1923—27 г.г.					
	Абсолютн. числа			‰‰		
	Казань	Кантон. города	Сельск. местн.	Казань	Кантон. города	Сельск. местн.
Зима						
Январь—март . . . .	1509	941	26170	24,1	24,4	25,0
Весна						
Апрель—июнь . . . .	1462	825	22396	23,4	21,4	21,2
Лето						
Июль—сентябрь . . .	1614	950	27805	25,9	24,6	26,4
Осень						
Октябрь—декабрь . .	1659	1142	28988	26,6	29,6	27,4
Итого . . . . .	6244	3858	105359	100	100	100

Анализ цифр рождаемости населения ТР позволяет нам констатировать, что в движении населения происходит определенная повышательная тенденция, что установилось довоенное преобладание мальчиков над девочками и что сезонность рождений принимает свойственное ей закономерное направление.



*II. Брачность и разводы.* В течение империалистической войны брачность постепенно уменьшалась. Как только война закончилась, брачность начала быстро возрастать и достигла наибольшей величины в первые годы революции, затем снова пошла на убыль, возвращаясь к прежнему уровню.

*Брачность.*

Г о д ы	Абсолютные цифры			В ‰ к 1923 году		
	г. Казань	Кантон. города	Сельск. местн.	г. Казань	Кантон. города	Сельск. местн.
1923 . . . . .	3247	1181	36852	100	100	100
1924 . . . . .	3247	1210	32523	100	102	88
1925 . . . . .	3105	1134	29071	95	96	79
1926 . . . . .	2751	805	25627	85	68	69
1927 . . . . .	2788	1050	27189	86	89	74

В течение пятилетия брачность проявила определенное снижение, которое ежегодно усиливалось, и лишь в 1927 г. выявляется тенденция к задержке этого снижения. Темп снижения, как в городах, так и особенно в сельских местностях, оказался чрезвычайно большим—в городах брачность понизилась на 11‰—16‰, в деревнях на 26‰. Это направление наблюдается и в национальном разрезе:

Г о д ы	Всего браков		В том числе:			
	Абсол.	‰	Татары		Русские	
			Абсол.	‰	Абсол.	‰
1923 . . . . .	41280	100	21757	100	17234	100
1924 . . . . .	36980	89	18508	85	16035	93
1925 . . . . .	33310	81	17621	81	13654	79
1926 . . . . .	29183	71	15321	70	12123	70
1927 . . . . .	31027	75	16949	78	12272	71

Отмеченное движение брачности принимает иную выразительность если мы сопоставим количество браков с численностью населения по годам.

*Население и брачность в тыс. и процентах.*

Г о д ы	Кант. города и г. Казань			Сельские местности		
	Населен.	Браки	‰	Населен.	Браки	‰
1923 . . . . .	255,1	4,4	1,7	2.170,8	36,8	1,7
1924 . . . . .	260,8	4,4	1,6	2.217,3	32,5	1,5
1925 . . . . .	275,1	4,2	1,5	2.277,7	29,1	1,3
1926 . . . . .	282,6	3,5	1,2	2.325,5	25,6	1,1
1927 . . . . .	291,0	3,8	1,3	2.374,3	27,2	1,1

Цифры совершенно ясно показывают обратную зависимость между динамикой населения и брачностью: с ростом численности населения количество браков уменьшается. Исключение составляет городская брачность в 1927 г., когда замечается небольшое повышение браков. Выведенная зависимость отнюдь не является непреложной и не наблюдается постоянно, как об этом отчасти свидетельствует отклонение в 1927 г. Она вызвана насыщенностью браков, тем, что известные возрастные слои населения, не имевшие возможности вступить в брак по случаю войны или по формальным причинам, которые революцией отстранены, в массе заключили браки в первые годы революции по окончании войны. Дальнейшие возрастные слои вступают в брак уже в обычном порядке, но в гораздо большем количестве, благодаря свободному заключению брачных договоров. Поэтому брачность сейчас выше довоенной. Средняя брачность в Казанской губ. перед войною составляла 0,89% или 8,9 на 1000 жителей, тогда как теперь в ТР 11,0 браков на 1000, в Башкирской республике в 1926 г. 8,4 и Марийской области 9,0. Обращает внимание то обстоятельство, что в городах брачность выше, чем в деревнях. Явление это принято считать нормальным. Города, как указывает проф. Воблый, выделяются высокой пропорцией взрослого населения, а где больше взрослых, там, естественно, и больше браков. В частности в Казани брачность в 1923 г. составляла 2,0% к населению по переписи, в 1926 г.—1,5%.

Поскольку брачность является предпосылкою для производства потомства, постольку сопоставление обоих явлений представляет несомненный интерес.

Годы	Брачность	Рождаемость
	в процентах	
1923	100	100
1924	89	107
1925	81	111
1926	71	110
1927	75	122

В условиях мирной жизни наблюдается почти полное соответствие между брачностью и рождаемостью: увеличение количества браков ведет к соответственному росту количества рождений. Это положение наблюдалось до войны и в Казанской губ. Военные события внесли изменения в том смысле, что и то, и другое явление обнаружило сдвигание, гармонизируя все же между собою до известной степени. В годы революции произошел контраст между двумя явлениями: сначала количество браков чрезмерно возрастало, а количество рождений чрезмерно сокращалось, затем брачность начала убывать, рождаемость повышаться. Причина такого резкого расхождения кроется в изменившемся социально-экономическом укладе жизни населения, в ухудшении благосостояния населения. Неуклонно росшее вздорожание жизни и усиливавшееся сокращение продовольствия в стране и отсюда острая борьба за существование естественно вели к сокращению, затем к огромному падению рождаемости. Приостановка военных действий, с другой стороны, и введение свободного закона о гражданском браке, несомненно, отразились на увеличении брачности, но не способствовали повышению рождаемости в силу отмеченного тяжелого экономического положения брачующихся. Этим объясняется

контраст между брачностью и рождаемостью в первые годы революции. Увеличение рождаемости в последующие рассматриваемые нами годы революции вызвано тем, что материальное благосостояние населения в это время неуклонно возрастало; сокращение же брачности обусловливается тем, что она достигла, как указано выше, известного предела, когда контингент лиц брачного возраста начал суживаться.

Брачность подчиняется сезонности, что особенно рельефно выступает в сельских местностях, отчасти и в кантонных городах.

*Брачность по временам года.*

Времена года	Средняя за 1923—1927 г.г.					
	Казань	%	Кантон. города	%	Сельские местн.	%
Зима: январь—март . . . . .	847	28,0	399	37,3	13837	44,5
Весна: апрель—июнь . . . . .	662	21,9	208	19,4	6579	21,1
Лето: июль—сентябрь . . . . .	742	24,6	207	19,3	4327	13,9
Осень: октябрь—декабрь . . . . .	771	25,5	256	24,0	6377	20,5
	—	100	—	100	—	100

Заключение браков крестьянским населением приурочивается к январю и февралю, затем к марту, когда совершается наибольшее количество браков; из весенних месяцев выделяется июнь, из осенних ноябрь. Минимальное количество браков приходится на август и сентябрь. В большой мере эта тенденция свойственна и мелким кантонным городам, население которых в значительной части занимается земледелием. Казань отступает от отмеченного положения, поскольку в ней количество браков распределяется в течение года более равномерно, но и здесь максимальная брачность наблюдается в те же зимние месяцы и осенью в ноябре; но наименьшее количество падает не на лето, а на весну.

В деревне брачность обуславливается хозяйственными и бытовыми условиями. Вследствие того, что заключение браков сопровождается празднеством и потому требует расходов, выходящих из пределов обычного крестьянского бюджета, то и браки относятся к осенним месяцам, когда урожай с полей бывает убран и его можно использовать; особенно к зимним, когда сельско-хозяйственный налог в значительной доле внесен, урожай в большей части реализован и в хозяйство поступили средства от внеземледельческих заработков. Весенние браки вызываются кроме того тем, что принятие в хозяйство работницы связывается с наличием предстоящих полевых работ. Немалую роль играют бытовые и религиозные условия, создавшие определенную привычку, связавшие заключение браков с определенными месяцами и даже неделями и возбраняющие в известное время вступать в брак. Хотя последние условия в наши дни значительно поколеблены, но еще продолжают сохраняться. В крупных городах, как в Казани, экономические факторы на распределение брачности по времени, можно полагать, в настоящее время оказывают малое влияние. Больше имеют значение традиционные и бытовые условия.

Отмечая сокращение браков, одновременно наблюдаем увеличение разводов, принявшее широкий размах в Казани.

*Разводы.*

Годы	В с е г о				И з н и х (в ‰)			
	Города		Сельск. местн.		Города		Сельск. местн.	
	Абс. ч.	‰	Абс. ч.	‰	Татар	Русских	Татар	Русских
1923 . . . . .	269	100	5840	100	100	100	100	100
1924 . . . . .	424	157	6353	108	221	120	106	111
1925 . . . . .	542	201	5652	97	250	179	93	107
1926 . . . . .	645	239	4857	83	276	216	79	91
1927 . . . . .	1893	704	7933	136	714	673	124	180

Количество разводов растет довольно быстро. Объясняется это тем, что Октябрьская революция упростила бракоразводный процесс, сведя его в конечном виде до одностороннего заявления в ЗАГС'е о желании расторгнуть брак, тогда как раньше бракоразводный процесс был чрезвычайно сложный и длительный и сопровождался отвратительными и многочисленными доказательствами, в сущности закабалял брачную пару. В городах, где население смотрит на брак просто, количество разводов увеличивается поразительно быстро, особенно оно поднялось в 1927 г., когда разводы начали регистрироваться по одностороннему заявлению. В сельских местностях подъем оказался сравнительно с городами слабый. В Казани в 1927 г. на 2800 браков приходилось свыше 1500 разводов. В национальном отношении взгляд на развод складывается довольно своеобразный. В городах татарское население более широко использует разводы, чем русское. В деревнях, наоборот, процент разводов выше у русских.

Сказанное показывает, что состояние брачности, несмотря на то, что она по коэффициенту стоит выше довоенного уровня, не следует считать вполне благоприятным вследствие несоответствия динамики брачности и рождаемости.

*III. Смертность.* Движение смертности за пятилетие представляется в таком виде.

*Смертность.*

Г о д ы	Абсолютн. цифры			П р о ц е н т ы		
	Казань	Кант. гор.	Сельск. м.	Казань	Кант. гор.	Сельск. м.
1923 . . . . .	3065	2101	50565	100	100	100
1924 . . . . .	3464	2518	57136	113	120	113
1925 . . . . .	3963	2475	56193	129	118	111
1926 . . . . .	3943	1829	53236	128	87	105
1927 . . . . .	4084	2324	58765	133	110	116

Цифры говорят о возрастании количества смертных случаев, но полной последовательности в росте смертей не наблюдается: в иные годы смертность оказывается слабее, в другие сильнее, положение несколько ухудшилось в 1927 г., когда коэффициент смертности повсеместно поднялся. В Казани смертность развивается интенсивнее, чем в деревнях.

Различие в направлении смертных случаев в национальном разрезе невелико: смертность среди татарского населения развивается сильнее, чем среди русского.

Годы	Всего умерших		В том числе:			
			Татары		Русские	
	Абсолют.	‰	Абсолют.	‰	Абсолют.	‰
1923 . . . . .	55731	100	24547	100	26965	100
1924 . . . . .	63118	113	29910	122	28391	105
1925 . . . . .	62631	112	28389	117	28380	105
1926 . . . . .	59008	106	25920	105	24427	91
1927 . . . . .	65173	117	28478	116	30753	114

Процент смертности мужского населения и в городах, и в сельских местностях выше, что является общеустановленным фактом. Мужчин больше родится, но больше и умирает, так что в результате перевес получает женское население в данное время, равно и в довоенное.

*На 1000 умерших приходилось мужчин и женщин в среднем за 1923—1927 г.г.*

	Всего умерших		В том числе:			
			Татары		Русские	
	Мужч.	Женщ.	Мужч.	Женщ.	Мужч.	Женщ.
Г. Казань . . . . .	533	467	548	452	531	469
Кантонные города . .	522	478	548	452	519	481
Сельские местности .	510	498	502	498	518	482

Цифры свидетельствуют, что и в каждой национальности мужская смертность превышает женскую с той разницею, что татары-мужчины имеют большую смертность сравнительно с русскими в городах, русские — большую в сельских местностях. Цифры говорят и о том, что в городах мужская смертность выше, нежели в сельских местностях. Это явление, нужно полагать, объясняется тем, что в городах в массе жизнь мужского населения более тяжелая, чем женская, тогда как в деревнях женщины выполняют в массе те же трудные работы, что и мужчины. Повышенная смертность городского мужского населения вытекает и из того, что на 100 умерших женщин умерло мужчин в Казани 113 и в кантонных городах 109, тогда как в сельских местностях 105.

Несмотря на то, что количество смертей возрастало в минувшем пятилетии, по отношению ко всему населению наблюдалось стационарное

положение. Чтобы это выяснить, сопоставим число смертных случаев с численностью населения.

*Население и смертность в тыс. и процентах.*

Г о д ы	Кантонные города и гор. Казань			Сельские местности		
	Насел.	Смерти	‰/‰	Насел.	Смерти	‰/‰
1923 . . . . .	255,0	5,2	2,0	2.170,8	50,6	2,5
1924 . . . . .	260,8	6,0	2,3	2.217,3	57,1	2,5
1925 . . . . .	275,1	6,4	2,3	2.277,7	56,2	2,5
1926 . . . . .	282,6	5,8	2,0	2.325,5	53,2	2,3
1927 . . . . .	291,0	6,4	2,2	2.374,3	58,8	2,5

Смертность на 1000 жителей, как видим, равняется 25 человекам. Цифра невысокая сравнительно с тем, что было до войны: в Казанской губ. смертность составляла 31. В военное время и в начале революции она достигала небывалых размеров и затем медленно, но неуклонно стала снижаться как в Татарской республике, так и по всем областям Союза. В частности в Казани процент смертности в 1927 г. равнялся 21 человеку на 1000, в 1913—29, 1917 г.—32 и 1920 г.—35. Смертность в Европейской части РСФСР в 1926 г. составляла 21 человек на 1000 жителей, в Чувашской республике—26, Марийской области—30.

Отметим, наконец, *распределение смертей по периодам года.*

Кварталы	Средняя за 1923—27 г.			В ‰/‰		
	Казань	Кант. гор.	Сельск. местн.	Казань	Кант. гор.	Сельск. местн.
Январь—март . . . .	894	545	14143	24,2	24,4	25,1
Апрель—май . . . .	951	550	13307	25,7	24,7	23,6
Июнь—сентябрь . . .	1017	604	16698	27,5	27,1	29,6
Октябрь—декабрь . .	841	529	12215	22,6	23,8	21,7
Итого . . . . .	3703	2228	56363	100	100	100

Максимальное количество смертей падает на летние месяцы, особенно на август, меньшее на осень; в остальные месяцы смерти располагаются более или менее равномерно. Месяцами с минимальной смертностью по всей территории ТР оказываются февраль и октябрь.

Сопоставляя процент роста по ТР рождаемости и смертности, получаем такое соотношение:

Годы	Рождаемость	Смертность
1923	100	100
1924	107	113
1925	111	112
1926	110	106
1927	122	117

В мирное время в течение ряда лет процент смертности понижался параллельно с сокращением рождаемости, но понижение смертности происходило интенсивнее. В течение войны положение изменилось: рождаемость падала, смертность возрастала. Первые годы революции это последнее направление углубилось по обеим линиям. В рассматриваемые годы мы видим, что и рождаемость, и смертность увеличиваются, первоначально смертность по темпу превышала рождаемость, затем произошло обратное явление: рождаемость начала доминировать.

IV. *Прирост населения.* Наблюдая изменения, происходящие в естественном движении населения, мы неизбежно наталкиваемся на вопрос о результатах изменений, о необходимости вывести баланс населения. С этой целью мы сопоставляем цифры рождаемости и смертности и исчисляем прирост или убыль. При благоприятных условиях жизни, когда социальная и экономическая деятельность населения методически развивается и не нарушается ненормальными отклонениями, как напр., войнами, эпидемиями, наблюдается постоянный перевес рождающихся над умершими. Стоит войти в жизнь тем или иным пертурбационным явлениям, как соотношение между рождаемостью и смертностью разрывается, и баланс принимает пассивный характер.

В исследуемое нами пятилетие естественное движение населения приводит к определенному положительному результату.

*Исчисление прироста населения по Т. Р. в тыс. человек и в ‰/‰.*

Г о д ы	Население	Рождения	Смерти	Прирост (+) или убыль (-)	
				Абсолют.	‰/‰
1923 . . . . .	2.425,8	102,8	55,7	+47,1	1,9
1924 . . . . .	2.478,1	110,0	63,1	+46,9	1,9
1925 . . . . .	2.552,8	114,9	62,6	+52,3	2,0
1926 . . . . .	2.608,1	113,8	59,0	+54,8	2,1
1927 . . . . .	2.665,3	125,5	65,2	+60,3	2,2

Прирост населения не только сам по себе представляет несомненный факт, но он неуклонно ежегодно увеличивается. Если в довоенное время прирост составлял по Казанской губ. 14 человек на 1000 жителей, то теперь он дает 22 человека в пределах ТР.

Показательно, что *прирост населения (в тыс. и процентах)* имеет место как в сельских местностях, так и в городах:

Годы	Кантонные города и г. Казань					Сельские местности				
	Абс. числа			Прирост (+) или уб. (-)		Абс. числа			Прирост (+) или уб. (-)	
	Насе- ление	Рож- дения	Смер- ти	Абс.	‰/‰	Населе- ние	Рож- дения	Смер- ти	Абс.	‰/‰
1923 . .	255,0	9,0	5,2	+3,8	1,5	2.170,8	93,8	50,5	+43,3	2,0
1924 . .	260,8	10,4	6,0	+4,4	1,7	2.217,3	99,6	57,1	+42,5	1,9
1925 . .	275,1	10,8	6,4	+4,4	1,6	2.277,7	104,1	56,2	+47,9	2,1
1926 . .	282,6	9,9	5,8	+4,1	1,4	2.325,5	103,9	53,2	+50,7	2,2
1927 . .	291,0	10,6	6,4	+4,2	1,4	2.374,3	114,9	58,8	+56,1	2,3

В сельских местностях прирост, как это всегда наблюдается, гораздо больше, чем в городах, притом он постепенно прогрессирует, тогда как в городских поселениях он обнаруживает склонность к уменьшению.

Факт естественного роста городского населения ТР, особенно Казани, да притом значительный, отродно отметить, так как в Казани десятилетие 1910—1919 г.г. дало превышение смертей над рождениями, в 1917 г. была отмечена убыль—0,7% к населению. По РСФСР естественный прирост населения в 1926 г. составлял по сельским местностям 2,4, по городским 1,7, в Чувашской республике соответственно 1,9 и 1,3, в Марийской области 2,4 и 2,0.

### О значении „миогенных“ сдвигов картины крови.

(К вопросам, затронутым в работе д-ров К. Дрягина, Н. Пиюшкина, О. Дрягиной и А. Мокоева, «Каз. мед. журнал» № 8 за 1928 г.).

Прив.-доц. **Алексей Егоров.**

Так как трудовые процессы, в частности физические трудовые процессы, как производственного, так и физкультурно-спортивного типа, занимают чрезвычайно большое место в нашей жизни, то вполне понятен горячий интерес врачей и биологов ко всем попыткам как выяснения сущности происходящих в организме изменений в связи с мышечной работой, так и разработки методов практической оценки степени общей реакции организма на работу, утомление, приспособленность организма к работе и т. д. В последние годы выходит довольно много работ по исследованиям „миогенного“ лейкоцитоза и, мне кажется, такую разностороннюю разработку этого вопроса, выдвинутого мной в 1924 году на *практическую* почву, следует приветствовать. Этот вопрос широко разрабатывался мной и моими сотрудниками, и часто приходится читать ссылки на наши практические положения, причем не всегда в правильной трактовке их. Весьма вероятно, что это объясняется слишком сжатым стилем статей (причина вполне понятная—экономия места).

Вышеназванная работа представляет большой интерес, материалы солидно проработаны и показательно представлены, особенно вследствие вариационно-стат. обработки, но у авторов есть некоторые неточности, особенно в общих предпосылках, не вполне соответствующие действительности.

Исследования „миогенного“ лейкоцитоза имеют двоякую цель: 1) уяснить сущность этих сдвигов картины крови и 2) найти, хотя бы эмпирически, на основании ряда сопоставлений, метод *практического* использования реакции картины крови для оценки отношения организма к физической работе. Не только у нас, но и за границей пока еще „официально“, если так можно выразиться, совершенно не признано, что этот лейкоцитоз является истинным, миелогенным, как всякий инфекционно-токсический (конечно, имея свои особенности). Поэтому-то все работы, подтверждающие это положение, особенно выходящие из столь заслуженно-авторитетного учреждения, как клиника проф. Н. К. Горьева, чрезвычайно важны.



Naegeli (стр. 224) пишет совершенно определенно (труд 1923 года), что мускульные движения являются причиной всевозможных функциональных изменений во многих органах, и следствием этого мы имеем „миогенные“ сдвиги, и что нельзя ставить на первое место, как причины этого „миогенного“ лейкоцитоза вещества, образующиеся в работающей мышце. Дальше он пишет, что относит к таким же „кажущимся“ лейкоцитозам и лейкоцитоз после адреналина. На стр. 225 подзаголовок гласит: „Литература о „кажущихся“ лейкоцитозах после движения и т. д.“... Слово „кажущийся“ здесь, конечно, следует понимать как не истинный, а так называемый распределительный лейкоцитоз, когда функции кроветворных тканей существенно или даже совсем не затрагиваются. Если просмотреть ряд основных руководств и курсов русских и иностранных авторов—всюду изменения картины крови, если они вообще отмечаются, относятся к распределительному лейкоцитозу (Sahli и др.) Schilling в последнем издании: „Картина крови“ определенно относит этот лейкоцитоз к распределительным, (стр. 90, 102 3-го нем. изд. 1926 г.). Arnet, не имея собственных наблюдений, на основании своего вообще большого опыта и, я сказал бы, клинического чутья говорит также вполне определенно, но уже обратное, „что мускульные движения являются одним из наиболее сильных физиологических лейкотактических факторов“... (Qualitative Blutlehre, т. I, 1920, стр. 53—55), ставя их на первое место в ряду физических факторов воздействия на организм.

Сейчас по данным моей лаборатории (Инст. физ. культ.) можно вполне определенно сказать, что даже самые минимальные мышечные напряжения ведут к сдвигу не только общего числа лейкоцитов, но и формулы, с помолодением нейтрофильного ряда. Это помолодение называется не сразу, а почти всегда отступя некоторое время (полчаса, час, даже полтора полного покоя). Конечно, при малых напряжениях и сдвиги невелики, но вполне заметны при достаточно точном и объективном анализе.

Те изменения, которые наблюдали авторы вышеуказанной коллективной работы, с несомненностью подтверждают мнение, впервые твердо высказанное Arnet'ом, о природе миогенных сдвигов. Интересно, что эти сдвиги авторами наблюдались после длительного пробега, когда обычно, как мы наблюдали, вырабатывается определенная тренированность организма, причем величина сдвигов после добавочной работы (областные соревнования) значительно сглаживается.

Очень ценным фактом является нахождение авторами помолодения красной крови (ретикулоциты). Эти наблюдения также производились в нашей лаборатории, главным образом над детьми при разных уроках гимнастики (коньки, игры, зарядовая утренняя гимнастика, т. е. 10—12 минут утренней легкой гимнастики). В громадном большинстве случаев (78%) ретикулоциты увеличиваются (при 20% без перемен).

В *практическом* же отношении очень важно перекрестными исследованиями и рядом сопоставлений установить границы сдвигов по их значимости для оценки влияния мышечной нагрузки на организм. Говоря просто, необходимо установить „благоприятные“, средние и „неблагоприятные“ сдвиги. Трудность заключается в том, что эти сдвиги очень зависят от „приспособленности“ данного лица к мышечному напряжению.

В это понятие „приспособленности“ я вкладываю степень *тренированности* (втянутости), *общее состояние здоровья* и, наконец, качество исходного состояния до физ. напряжения. Человек может быть прекрасно тренирован, состояние здоровья великолепно, но в день исследования (до напряжения) он может быть уже утомлен, с плохим самочувствием (напр., бессонная ночь и т. д.). Кроме того, при оценке необходимо принимать во внимание не только количество работы (напр., расстояние), но и интенсивность ее проведения (напр., скорость бега). Большое число условий, которые нужно принимать во внимание, в то же время является выигрышным моментом, так как именно это позволяет индивидуально группировать исследуемых (или делить на группы). Для практики дела, главным образом, важно выделить лиц плохо перенесших упражнение, еще недостаточно подготовленных для него, или если задание слишком велико, а также выделить особо хорошо перенесших напряжение. Метод как раз и дает возможность отделить эти 2 группы от группы „золотой середины“, в которую обычно попадает громадное большинство, чего и следует добиваться при проведении „массовой“ физкультуры.

Очень жаль, что авторами исследования первое исследование было проведено не до звездного пробега, а после него. Для нас сейчас несомненно, что такой предварительный пробег создает с одной стороны значительную тренированность, с другой определенно изменяет статус формулы, который в 2—3 дня едва ли вернулся к норме. Затем, в практическом отношении время 2-го момента исследования после конца соревнования, взятое через 3 часа,—слишком отодвинуто. По нашим данным (о чем я писал) максимальные сдвиги картины крови мы имеем через 1—2 часа. Через 3 же часа в общем заметно возвращение к исходному. Соревновательный бег на лыжах на протяжении 20—30 килом. тренированных здоровых лиц максимум отклонения дает через 1½—2 часа.

Во всяком случае те изменения, которые наблюдали авторы, судя по общим сводкам по отношению к заданию (состязание на 24,65 километра), являются скорее благоприятными. Это явление за последние годы мы наблюдаем повсеместно, его можно объяснить улучшением предварительного контроля, улучшением физкультурной установки, физкультурного воспитания масс.

*Литература:* 1) E g o r o f f. Zeitsch. f. klin. Med., 1926, V. 104 и 1927, V. 106. Подробно литература приведена в «Теор. и практ. физ. культуры», № 6, 1927 г.

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

Н. А. Дрягин, Н. В. Инюшкин, О. Н. Дрягина и А. М. Мокеев.

В настоящем номере журнала прив.-доц. А. П. Егоров печатает заметку по поводу нашей статьи „Изменения морфологического состава крови под влиянием мышечных движений“ (этот журнал, 1928 г., № 8), в котором он находит „некоторые неточности, особенно в общих предположениях, неполно соответствующие действительности“. Такое заключение он делает, повидимому, на основании того, что мы разошлись с его

мнением по пониманию отношения Naegeli к лейкоцитозу, возникающему под влиянием телесных напряжений. А. П. Егоров относит Naegeli к числу авторов, считающих этот лейкоцитоз распределительным. Хотя в книге Naegeli „Blutkrankheiten“ (издание 1923 г., стр. 223—224) и имеются поводы к такому пониманию (см. ссылки Егорова), но вместе с тем он пишет: „Wohl fast alle Autoren (Z. B. Liberow) erblicken in dieser neutrophilen Leukozytose eine myelogene, auf bestimmte Reize gebildet, aber nur zum Teile von Muskelsubstanzen veranlasst, womit ja vortrefflich stimmt, dass nach Grawitz diese „myogene“ Leukozytose fehlt, bei bereits bestehender entzündlicher Leukozytose und bei schwerer Erschöpfung. Dann ist eben der Reiz auf das Knochenmark unter dem Schwellenwert der schon vorhandenen Reize“. По нашему мнению, приведенная цитата заставляет относить Naegeli к авторам, считающим указанный лейкоцитоз не распределительным, а истинным миэлогенным.

Мы лишены были возможности исследовать кровь до звездного пробега и произвели первое исследование крови через 3 дня после прихода из него, но полученные нами результаты в общем укладываются в рамки нормальных цифр. Может быть при производстве второго исследования после соревнования через  $1\frac{1}{2}$ —2 часа, а не через 3, как это сделано нами, мы получили бы еще более резкие отклонения, чем это имело место на наших случаях, но нас интересовала картина крови непосредственно после пробега, а повторное исследование по сложившимся условиям (митинг, раздача призов и пр.) возможно было только через 3 часа.

---

## ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Терапев. клиники им. проф. Р. А. Лурья госуд. Ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. Р. А. Лурья).

### Об Endocarditis lenta с множественным септическим поражением кожи.

Э. Р. Могилевского.

Одной из наиболее постоянных и весьма важных особенностей в клинической картине endocarditis lenta является, как известно, склонность к появлению эмболий в различных органах. Эмболы могут быть занесены током крови в различные органы: селезенку, почки, мозг и проч., в результате чего и получается сложный симптомокомплекс с участием ряда органов, который так характерен для клинической картины затяжного септического эндокардита. Эмболия в какой-нибудь орган и вызванные ею симптомы являются часто причиной тех жалоб, с которыми больной впервые обращается к врачу, нередко же эмболия в важные для жизни органы, наприм., мозг, служит тем последним ударом, который обрывает жизнь этих больных. Из многочисленных работ, посвященных в последние годы этиологии, клинике и патолого-анатомической картине endocarditis lenta (Hess, Stahl, Зимницкий, Невядомский, Миנדлин, Th. Horder и др.), видно, что чаще всего наблюдаются эмболии в селезенку и почки, реже в мозг, конечности, ретину и очень редко в кожу. При этом участие кожи в картине заболевания сводится, главным образом, к наличию геморрагий, которые и являются существенным симптомом этой клинической формы. Эти геморрагии в кожу и в слизистые оболочки стоят в тесной связи с имеющимися при данном заболевании ток-

сическими изменениями сосудов, влекущими за собою их легкую ранимость (Зимницкий, Стражеско, Скульский, Миндлин), а не зависят, как думали раньше, от бактериальных эмбол (Stahl). Настоящие же септические метастазы с образованием множественных гнойных очажков в самой коже наблюдаются, очевидно, чрезвычайно редко. По крайней мере, в доступной мне литературе не удалось найти ни одного такого случая. В виду этого, наблюдавшийся нами в клинике проф. Лурья случай множественного септического поражения кожи при *endocarditis lenta* представляет, как нам кажется, известный клинический интерес.

Больн. Я.-в. 43 лет, крестьянин, поступил в клинику с жалобами на отеки, одышку, сердцебиение и боли в ногах. Считает себя больным около 4-х месяцев, когда он впервые стал чувствовать боли в икроножных мышцах. Боли наступали только при движениях и переходили с одной ноги на другую через промежутки в 10—15 дней, так что больной поочередно хромал, то на одну, то на другую ногу. За последние 2½ месяца боли в ногах стали постоянными и беспокоят не только при движении, но и в покое. Наиболее интенсивны они по ночам. Одновременно с болями появились отеки на ногах, причем отеки носили такой же перемежающийся характер, как и боли, будучи сильнее на той конечности, в какой в данное время имелись боли. Тогда же появилась одышка при малейших физических напряжениях и постоянные мучительные сердцебиения. В течение всего заболевания чувствовал познабливание и небольшие подъемы температуры. В последние дни появился сухой кашель. Аппетит удовлетворительный, диспептических явлений нет; стул ежедневный. Мочиспускание нормальное. Сон из-за болей в ногах нарушен. Из перенесенных заболеваний отмечает сыпной тиф в 1922 г. Женат, имеет одного ребенка. У жены было два выкидыша. Со стороны наследственности ничего не отмечается. Не пьет, не курит, венерические болезни отрицает.

*Объективное исследование.* Больной выше среднего роста, правильного телосложения, лихорадит. Цвет кожи бледный. Лицо одутловато. Отеки на дистальных частях нижних конечностей. На коже передней поверхности голени гемморрагии величиной от булавочной головки до горошины. Пальцы в виде барабанных палочек. Ногти с оочень отчетливо выраженной формой «часового стеклышка». Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Железы не увеличены. Симптом ARL+++. *Органы дыхания.* Нижние границы легких слегка опущены. Подвижность легочных краев несколько ограничена, больше слева. Небольшое приглушение перкуторного звука над обоими верхушками, больше справа. Ниже угла левой лопатки единичные мелкие влажные хрипы. *Органы кровообращения.* На шее и под ключицами видна резкая пульсация сосудов («пласка сосудов»). Периферические артерии склерозированы. Пульс характера *celer*, несколько напряжен. Приглушение за грудиной около 5 смт. Границы сердца: верхняя—3-е ребро, правая—1. sternal. dextr., левая—на 3 пальца кнаружи от 1. mamill. Сердечный толчок в 6 межреберьях. На верхушке выслушивается первый тон, систолический и диастолический шумы. По мере продвижения к основанию систолический шум ослабевает, а за серединой грудины появляется систолический шум другого тембра, усиливающийся по направлению к аорте и резко всего выслушивающийся во 2-межреберьях справа. Диастолический шум, нарастая к основанию, лучше всего выступает во 2 межреберье справа. Систолический шум проводится в крупные сосуды.

*Исследование крови* 23.IV: L—3.700; E. 2.820.000, Hb—50%, Ind.—0.8; формула J—1%, St—9,5%, S—71,5%, Mn—2%, Ly—16%, S/V: L—4.550; формула: St—3%, S—76%, E—0.5%, Mn 3,5%, Ly—17%. Плазмодий не обнаружено, RW—отрицательна. При осеве крови во время подъема температуры обнаружен *Streptococcus viridans*. *Органы пищеварения.* Язык чист, живот несколько вздут. Болезненность при пальпации по всему ходу colon. Печень увеличена, плотна, болезненна. Край—острый, выступает из-под реберной дуги на 3½ пальца. Селезенка не прощупывается, перкуторно значительно увеличена. *Моча.* Уд. вес 1012, белок—1,2%, сахара, желчных кислот и пигментов нет, уробилин+++, диазореакция отрицательна, в осадке эритроциты 3—5 в поле зрения, трипфосфаты. *Рентген.* Значительное расширение сердца влево и право, а также диффузное расширение аорты. Усиленная пульсация типа *celer*.

*Выдержки из течения болезни.* 23.IV 27 г. На щеках и кончике носа появилась follicularная сыпь; темп. 39,2°. 25.IV. Колич. эффоресценций увеличилось, появились новые на верхней губе. Местами на верхушке эффор. пустулки. Отдельные пустулы сливаются между собой. Темп. 38,6°. 27.IV. Появились

эффлоресценции на внутренней части конъюнктивы левого глаза. Геморрагии на голених поблекли. 28/IV. На кончике и крыльях носа отдельные пустулы слились между собой, образовав сплошную буровато-желтую корку. Прилегающая кожа отечна. Появились пустулы на губах, на внутренней и наружной поверхности левой ушной раковины, на шее, на волосистой части головы. Темп. 37,2°. 29/IV. Консультация дерматолога (д-р С. Я. Голосовкер). На поверхности лица имеется ряд пустулезных высыпаний величиною от горошины до лесного ореха, расположенных раздельно и группами. На поверхности носа, в особенности на крыльях носа, пустулы сливаются между собою, образуя сплошной пораженный очаг, покрытый местами коричневатыми корками, легко снимающимся. Пустулы, сидящие раздельно, имеют гнойное или гнойнокровянистое содержимое и окружены воспалительным ободком. Некоторые из них распались: в центре образуется буровато-желтая корка, по снятии которой обнажается поверхностное изъязвление. С крыльев носа пустулезный процесс переходит на кожу верхней губы, образуя сплошные пораженные очаги. Верхние и нижние губы несколько увеличены в размерах, отечны. На слизистой губ ряд раздельно сидящих пустулезных высыпаний. Единичные эффлоресценции, несколько больших размеров, отмечаются на поверхности лба, щек и шеи и волосистой части головы, причем высыпание различного характера развития: макулезно-папулезные эффлор. величиной в лесной орех ярко-красного цвета с воспалительным ободком по окружности, пустулы с гнойным содержимым, покрытые коростами. В особенности густое расположение пустул на поверхности ушных мочек и у наружного слухового прохода (см. снимок <sup>1)</sup>). 4/V. Появились новые эффлор. на волосистой части головы. Темп. 37,7°. 5/V. На тыльной поверхности обеих рук, в особенности на левой руке и на предплечьи появился ряд новых очагов, несколько возвышающихся над поверхностью кожи синеваато-красного цвета, плотные на ощупь, величиною с горошину, окруженные воспалительным ободком. В центре инфильтратов видны точечные кровотечения. Ногтевые ложа указательного и безымянного пальца правой руки синеваато-красного цвета, по периферии грязно-желтого цвета. Темп. 37,7°. 8/V. Пустулы и синеваато-красные инфильтраты на тыльной поверхности правой руки увеличиваются в размере; некоторые стали с боб величиною. Темп. 37,6°. 15/V. Ногтевые ложа указательного и безымянного пальцев правой руки представляют собою сплошные гнойнички с кровянисто-гнойным содержимым; инфильтраты на тыльной поверхности руки подвергаются распаду; поверхность их покрыта коричневатыми корками. T<sup>0</sup> нормальна.

В дальнейшем увеличились отеки, которые перешли на туловище и верхние конечности, появилась резкая одышка и кашель с мокротой, в которой попадалась примесь крови, границы сердца расширились влево и вправо, печень увеличилась, пульс стал мягким и частым, в нижних долях обоих легких появилось много влажных хрипов. 24/V. Exitus при явлениях сердечной слабости.

*Выдержки из протокола патолого-анатомического исследования.*

Органы крово- и лимфообращения. Околосердечная сумка содержит 100 к. с. слегка красноватой жидкости. Сердце: длина 15,5, ширина 16,5, сильно растянуто, особенно за счет расширения левого желудочка. Венозное отверстие сердца пропускает слева с трудом два пальца, справа—свободно. Артериальные отверстия: легочная артерия воду держит, аорта—быстро пропускают. Толщина левого желудочка 1,1, правого—0,4. Мышцы буро-красного цвета, трабекулы и сосковидные мелко-пестры, утолщены. Полости растянуты, содержат много желтоватых, сочных и темно-красных рыхлых сгустков. Справа между трабекулами видны многочисленные белые плотно-сидящие тромбы от мелкой до крупной горошины величиной. Венозные клапаны двухстворки гладки, утолщены, представляют собой воронку с неподатливыми толстыми краями; у внутреннего угла ее имеется неглубокая язва с чистым дном и невысокими рыхлыми краями; по свободному краю сидят мелкие, слегка упругие разращения. Полулунные клапаны легочной артерии тонкие, неясны. Аорта—передний клапан не нарушен, с небольшими разращениями; левый представляет из себя кольцо неправильной формы, плотное, мало податливое; последний по свободному краю усеян крупными разращениями до размеров миндалин. Разращения имеются также выше и ниже клапанов. Сухожильные нити слева сильно утолщены, укорочены; местами парус непосредственно сращен с верхней частью папиллярной мышцы, которая замещена плотной соединительной тканью. Эндокард несколько мутноват на перегородках желудочков; в предсердиях утолщен. Почки плотны, слегка увеличены, равномерно темно-красного цвета. Обо-

1) По техническим условиям снимок не приводится. Ред.

лочка снимается с некоторым трудом, но поверхность равномерно гладка. Корковый слой утолщен, серовато-красного цвета, на разрезе совершенно гладкий. Местами небольшие беловатые участки без резких границ. Пирамиды почти не различимы. Лоханки без особых изменений. *Селезенка*. (Длина—17,0, ширина—7,0, толщина—4,5) увеличена и срощена верхней половиной с брюшиной. Капсула непрозрачна, гладка, напряжена; на передней поверхности клиновидный участок покрыт жировой тканью. Паренхима серо-красного цвета, плотна, на месте клиновидного участка уплотнена, бледна; в средней части втянутый участок, где имеется плотная фиброзная ткань. Трабекулы многочисленны в виде белых нитей. *Железы внутренней секреции*. Зобная железа отсутствует. Щитовидная железа увеличена, плотна, желтоватого цвета, на разрезе гладка. Надпочечная железа слева уплотнена, в виде трехгранного шнура; корковый слой буро-серого цвета, мозговой—белого цвета.

*Epicrisis: Oedema piae matris. Hydræmia. Splenitis chr. Infarctus organisatus lienis. Perisplenitis chr. adhaesiva. Dilatatio cordis, precipue ventriculi sin. et hypertrophia ventriculi sin. Stenosis ostii ventriculi sin. gradus levis. Endocarditis verrucosa chr. et insufficientia v. aortae. Endocarditis ulcerosa incipiens v. mitralis. Thrombus parietales multiplices ventriculi dextrae (vegetationes globulosa). Infiltratio adiposa myocardii (тигровое сердце—начальная степень). Pleuritis chr. adhaesiva dex. partialis et sin. totalis. Induratio fusca pulmonum. Ascitis. Catarhus ventriculi chr. Induratio cyanotica hepatis. Glomerulo-nephritis subchronica.*

Анамнез больного, обнаруженные при объективном исследовании и дальнейшем течении симптомы: эндокардит с поражением аортального и митрального клапанов, лихорадка, анемия, симптом ARL, геморрагии и пустулезные высыпания в кожу, увеличение селезенки, гломерулонефрит без повышения кровяного давления (очаговый гломерулонефрит) и, наконец, обнаружение в крови *streptococcus viridans*,—не оставляли никакого сомнения в том, что мы имели случай *endocarditis lenta*, что подтвердилось и на вскрытии. Касаясь процесса в области кожи, лица, головы и верхних конечностей, следует указать, что мы имели дело с двумя типами экзантем: с фолликулярными и пустулезными высыпаниями. По характеру эффоресценций данное поражение кожи не может быть отнесено ни к одной из нозологических единиц первичных кожных заболеваний. С другой стороны, отчетливо выраженная связь первого высыпания с подъемом температуры (первое обильное высыпание совпало с резким подъемом температуры до 39,2°), дальнейший толчкообразный характер высыпания на различных частях лица, головы и конечностей, заставляют рассматривать все явления со стороны кожи, как результат вторичного ее заболевания. Учитывая все это и принимая во внимание особую наклонность *endocarditis lenta* к эмболическим процессам во все органы, в том числе и в кожу, а также имея в виду имеющиеся в литературе указания на то, что при септических метастазах в кожу явления поражения кожи совпадают с подъемом температуры (Stahl), мы считаем правильным оценивать все наблюдавшиеся нами изменения кожи, как результат множественных септических метастазов.

*Литература:* 1) R. Stahl—Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheil. Bd XXV, 1924.—2) Th. Gorder—Lancet, № 5354.—3) Fr. Hess—Münch. med. Woch. № 6, 1925.—4) С. С. Зимницкий—Терап. архив. т. IV, вып. 6, 1926.—5) Н. Д. Стражеско—Ibid.—6) М. М. Невядомский—Ibid.—7) Н. А. Скульский.—Ibid 547—563.—8) С. С. Миндлин—Врач. дело, №№ 9 и 10, 1927.

Из Хирургич. клиники Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Зав. проф. В. Л. Боголюбов).

## Случай обизвествленного эхинококка брюшной стенки.

Ассистента А. Г. Мусина.

Больной Л. В., 38 лет, крестьянин из Чув. области, поступил в клинику 11/X 1926 г. по поводу опухоли и болезненности в нижней части живота. Считает себя больным 2 года с тех пор, как заметил опухоль. Опухоль увеличивалась постепенно и вначале боль была незначительная, но по мере роста ее болезненность

усиливалась, появились запоры и частое мочеиспускание (15—20 р. в сутки). С весны 1926 года больной не в состоянии заниматься физическим трудом. При покойном положении боли отсутствовали. За последнее время, до поступления в клинику, позыв к мочеиспусканию усилился, часто бывает ночное недержание мочи. Больной отмечает сильное похуждение за время болезни. Со стороны наследственности уклонений от нормы не отмечается. Люб, алкоголизм отрицает. С раннего детства любил водиться с собаками. Больной женат, жена и дети здоровы.

Status praesens: больной среднего роста, правильного телосложения, плохого питания. Со стороны органов грудной, брюшной полости уклонений от нормы не наблюдается. В нижней части живота, по средней линии, на 2 пальца ниже пупка имеется опухоль с головку годового ребенка, круглая, малоболезненная, плотная, поверхность бугристая, местами хрящевой консистенции; опухоль легко смещается вправо и влево и совершенно не смещается вверх и вниз. Кожа над опухолью не изменена и не спаяна с нижележащими тканями. Опухоль своим основанием находится в малом тазу и не дает флюктуации. Передняя брюшная стенка спаяна с опухолью. При исследовании per rectum обнаружено наличие плотной опухоли в excavatio vesico-rectalis. Моча прозрачна, нормальн. уд. веса, белка и сахара нет, в осадке ничего не обнаружено. Исследование крови: E—3,800,000, L—6,800, Hb—68, J—3, St—6, S—47; E—4, B—2. Lim—38. 19/X 1926 г. под эфирно-хлороформным наркозом проф. В. Л. Боголюбовым произведена операция—laparotomia, extirpatio neoplasmae. Разрез по средней линии ниже пупка. Опухоль рубцово сращена с передней брюшной стенкой и брюшиной. Осторожное выведение опухоли. Рассечение спаек вокруг опухоли и удаление. В брюшной полости опухоль оказалась тесно спаянной с петлей тонких кишек. Резекция стенки тонкой кишки и восстановление целостности ее двухэтажным швом. Рана послойно зашита наглухо. Опухоль величиною с головку ребенка, костно-хрящевой консистенции, в центре опухоли имеется полость, выполненная слизе-подобной массой.

Послеоперационное течение гладкое. 31/X заживление per primam intentionem. Сняты швы, 1—10/XI. Больной не чувствует прежней болезненности, аппетит хороший. 10-25/XI. Запоры отсутствуют. Мочеиспускание 5—6 раз в сутки. Общее самочувствие удовлетворительное. Гемограмма: E—4,200,000, L—6500, J—2, St—3, S—65, E—3, Hg—80, Lim—26. Со стороны мочи—норма.

Удаленная опухоль величиною с головку новорожденного, круглой слегка сплюсненной формы. Вес опухоли 800,0. Длина 15 см., ширина—11 см. Наружная поверхность опухоли местами бугристая, местами изрыта и покрыта серовато-красными обрывками ткани (поверхность, прилегавшая к передней брюшной стенке и петля тонкой кишки). В остальных местах поверхность представляется гладкой, ровной, цвета гиалинового хряща и с желтоватым оттенком. Консистенция стенки опухоли плотная, почти костная. Разрезать опухоль ножом было невозможно и только после распила ее пилой опухоль была раскрыта надвое. Сразу стало заметно, что это образование не сплошное, а состоит из толстой неравномерной толщины оболочки (местами толщина доходит от 1/2 см. до 1 1/2—2 см.) и однородного слизистого коллоидного содержимого. Стенка оболочки местами на ощупь и при постукивании имеет характер скорлупы, причем в одних местах стенка опухоли имеет то плотность гиалинового хряща, то твердая как кость. Внутренняя поверхность стенки представляется всюду неровной, крупно-бугристой, местами изъеденной и почти представляет характер как-бы кости. Содержимое опухоли имеет вид слизисто-студенистой массы. Среди этой массы в беспорядке были всюду примешаны и включены молочно-белые, желтоватые комки различной величины. Беловатые же включения, обнаруживаемые в небольшом количестве, после тщательного отделения и отмывания от остальной массы, представляли собой спавшиеся различной величины (до медного пятика) дочерние пузырьки эхинококка.

Микроскопическое исследование. Кусочки для микроскопического исследования взяты из различных частей стенки опухоли. Микроскопические препараты были окрашены по способу v. Gieson'a и гематоксилин-эозином. Вся стенка опухоли представляется однородной, всюду она состоит преимущественно из циркулярных, а отчасти косорасположенных толстых, окрашенных в ярко-красный цвет толстых волокон. В одних местах волокна прилегают друг к другу, образуя сплошной массив, в котором очень трудно различить пучки волокон, но в котором более отчетливо, чем в других местах видна как бы слоистость стенки; кое-где среди этого массива видны светлые промежутки, в виде овально-удлиненных форм полости (пустоты—lacun'a). В большинстве мест волокна рыхло расположены по отношению друг к другу, почему в этих участках заметно огромное число светлых

разнообразной величины пустот. С внутренней поверхности к этой волокнистой стенке прилежит желтоватая мелко-зернистая масса; повидимому, это распад ткани. Нигде ни в стенке, ни в прилегающих к ней массах распада совершенно не обнаружено ядер клеток, сколексов и крючьев. Препараты, которые подвергались слабой декальцинации, имеют слоистость в виде отдельных тяжей, а также скопления извести, окрашенные гематоксилином Вёгнера в темно-лиловый цвет; при дополнительной окраске эозином кое-где видны в виде узких полос среди тканей тяжи однообразной безъядерной волокнистой ткани. В мазке, сделанном из содержимого дочерних пузырей, крючья и сколексы не обнаружены. В стенке дочернего пузырька под микроскопом различаются: наружный слой, имеющий слабую слоистость и внутренний зернистый слой.

Из Петергофской горбольницы. (Заведующий проф. М. П. Никитин).

## Случай одностороннего паралича конечностей с загадочным патогенезом <sup>1)</sup>.

А. П. Фридман.

Встречающиеся в клинике нервных болезней различного рода заболевания обычно делятся на две главные категории: органические и функциональные. Это деление имеет огромное не только диагностическое, но и терапевтическое, и прогностическое значение.

Не всегда, однако, легко можно провести демаркационную линию между параличами этих двух родов и установить истинную природу заболевания; на практике часто встречаются затруднения при дифференциальной диагностике заболеваний н. с. Одним из примеров затруднений подобного рода служит моя больная, к изложению истории болезни которой я перехожу.

Больная 31 г., по профессии судомойка-уборщица в столовой. 10-го сентября 1927 г. в 10 час. утра участвовала в похоронах своей тети, и несла гроб рядом со своей сестрой. Недалеко от кладбища почувствовала слабость в левой ноге: она подвернулась и стала волочиться. Сразу же ослабела и левая рука. Едва успев сообщить об этом своей сестре, она упала и дальше продолжать свой путь уже не могла. Сознания при этом она не теряла ни на одну минуту. Затруднения в речи она также не могла отметить. Накануне и с утра б-я сильно волновалась, много плакала. Но, до случившегося с нею, она не замечала каких-либо нарушений в состоянии своего здоровья и ни на что не жаловалась. Окружающие также не наблюдали перемен в б-й до наступления паралича.

Родилась в срок, росла хилым ребенком, перенесла детские болезни: корь, скарлатину и дифтерию. Однако, со времени появления мenses, окрепла и не болела до 1925 г., когда перенесла катарральное воспаление легких. В 1926 г. после психической травмы, покушаясь на самоубийство, выпила нашатырного спирта, пострадала при этом незначительно. Социально-бытовые условия б-й неблагоприятны: у нее тяжелые материальные условия жизни и неблагоприятно в семейном отношении. Menses с 14 лет, правильны, безболезненны. Замужем с 18 лет, имеет 4-х детей, перенесла несколько аборт. Муж и дети здоровы. Выкидышей не имела. Отец был алкоголиком, умер 59 лет от мозгового инсульта. Мать жива, здорова, отличалась всегда нервностью. Брат и две сестры — здоровы.

*Status praesens* от 10/IX: б-я на вид совершенно спокойна, толково рассказывает о случившемся с ней; утверждает, что совершенно не может владеть левыми конечностями. Доставлена на исследование на носилках. Каких-либо субъективных жалоб (головную боль, головокружение и т. д.) не заявляет.

<sup>1)</sup> Доложено в Ленингр. обществе невропатологов 16/II 28 г. и в Научном заседании врачей нервной клиники Лен. мед. ин-та от 10/XI 27 г.



Объективно: Зрачки правильной формы, среднего диаметра, равномерны; все виды реакций—живые. Движения глазных яблок совершаются без ограничений. Конъюнктивальные р-сы ослаблены с обеих сторон. Корнеальные — равномерно живые. Имеется легкая асимметрия лица, но при активной иннервации лицевые мышцы заметной разницы не обнаруживают. Язык высовывается достаточно, не девирует. Зрение, слух, вкус (субъективно)—в порядке. Пульс—60 в 1', правильный. Границы сердца—в пределах нормы, тоны чистые. Активные движения в правых конечностях совершаются без ограничений, слева—они отсутствуют (полный левосторонний паралич). Тонус мышц—без изменений с обеих сторон. Сухожильные и периостальные р-сы в обеих верхних конечностях—равномерно низкие. Коленные и Ахилловы рефлексы—живые с обеих сторон. Подошвенный р-с справа—живой, слева—ослабленный. Патологических рефлексов—не было. Брюшные р-сы—равномерно живые. При исследовании чувствительности—каких-либо расстройств заметить не удалось.

На основании данных анамнеза и исследования б-й, я принял сразу паралич за функциональный и решил тут же применить активную психотерапию. Погрузив б-ю в состояние гипноза—что удалось сравнительно легко посредством фасциации и словесного воздействия—я внушил ей, что проснувшись, она будет владеть своими левыми конечностями так же, как и правыми. Выйдя из гипноидного состояния, б-я, действительно, могла производить активные движения своей левой рукой (слабость в ней все же оставалась) и кое-какие движения левой ногой. При моей помощи она подвигалась с носилок и с трудом прошлась по кабинету, вполза за собою левую ногу (походка Toddal).

Через день, 12/IX, исследуя б-ю, я нашел опять полный паралич левой ноги и парез левой руки, а также ясно выраженную левостороннюю *гемипарезию*, проходящую строго по средней линии. Но зато сухожильные рефлексы казались выше на пораженной стороне, особ. коленный и Ахиллов, тонус мышц без изменений. Брюшные р-сы, особенно надчревный—слева были ниже (анестезия?) Подошвенный р-с слева—с ясностью не вызывался. С. Vabinsky, Oppenheim и др.—отсутствовали.

14/IX отчетливо выявилось общее *повышение сухожильных р-в* на нижних конечностях и *неравномерность* их: коленные и Ахилловы р-сы слева были выше, чем справа. Кроме того, слева вызывался *клонус* стопы. Изменение чувствительности носило тот же характер. Все эти данные вызвали во мне сомнение в правильности моего первоначального диагноза и заставили заподозрить наличие органического поражения ц. н. с.

На следующий день—15/IX я заболел и б-я находилась под наблюдением невропатолога д-ра М. Ф. Максимовой в течение 4-х дней. Д-р Максимова настолько была уверена в органической природе данного паралича, что намеревалась назначить б-й специфическую терапию. Вернувшись к больной 19/IX, я обнаружил ясную левостороннюю анестезию функционального типа, гемипарез на той же стороне, более выраженный в нижней конечности, повышение глубоких рефлексов слева и истинный клонус стопы. R. W. в крови отрицат. Глазное дно (д-р А. А. Краснопецев) норма, гинекологическое исследование (д-р Н. А. Соловьев) не дало никаких отклонений от нормы. Не отрешившись окончательно от сомнений в дифференциальном диагнозе, я все-таки решил отдать предпочтение первоначальному диагнозу и возобновил энергичную активную психотерапию, *не давая никаких лекарств*. На 9-й день заблуждения я подверг б-ю гипнозу, который оказался глубокой степени с явлениями сомнабулизма (по классификации Фореля). Уже во время этого сеанса мне удалось внушением снять полностью расстройство чувствительности. На следующий день, 20/IX, таким же путем восстановлена функция левой руки в полной мере, а последующими внушениями (21 и 22 сент.)—и функция ноги. Б-я в IV сеансе могла уже самостоятельно подняться с постели и сделать несколько шагов. В VI сеансе я внушил б-й, что отныне она здорова и никаких затруднений в пользовании своими конечностями испытывать не будет. С тех пор (10/X б-я выписалась из б-цы) и поныне (прошло уже 6 месяцев) она больше не жаловалась на какие-либо расстройства движения в конечностях.

Однако, за все время моего наблюдения в б-це и до сих пор, амбулаторно, я мог всегда констатировать общее повышение рефлексов, неравномерность их: коленный и Ахиллов р-сы, также р-с с triceps'a и периостальные слева были выше, чем справа. Клонус стопы, хотя и быстро исчезающий, неизменно вызывался слева, справа—он был в намере. Рецидива же в двигательной и чувстви-

тельной сфере отметить ни разу не удавалось. Эта стойкая неравномерность глубоких рефлексов с клонусом стопы, возникавшая во время болезни, заставила меня все-таки усомниться в функциональной природе паралича. Через месяц после выписки из б-цы, 10/XI, я демонстрировал б-ю на научном совещании врачей нервной клиники Лен. мед. ин-та. В прениях голоса разделились: прив. доц. д-р В. В. Люстрицкий и д-р Г. Б. Геренштейн признали функциональный характер паралича, а ст. ассистент д-р Е. Л. Вендерович и проф. М. П. Никитин, предварительно удостоверившись в наличии разницы в рефлексах (лев. коленный и Ахилл. р-с слева оказались выше, чем справа) и клонуса стопы, склонны были принять паралич за органический. По их предложению, я проделал люмбальную пункцию и графическое исследование клонуса стопы. Цереброспинальная жидкость вытекала под нормальным давлением, прозрачная, бесцветная. Протокол исследования: форменные элементы,—общее количество белка по *Roberts-Stolnikoff*—0,4%, глобулиновые реакции—*Nonne-Apelt*, *Pandy*, *Weichbrodt*, *Braun-Hussler*—отрицательны. *R. W.* отрицательна. Коллоидные реакции *Langé*, *Mastix* и *Takata-Aga* нормального типа. Нами умышленно поставлено несколько коллоидных реакций, как наиболее чувствительных, улавливающих изменения *liquor'a* при негативных других реакциях.

Клонус стопы был заснят в Госуд. травматологическом институте д-ром *Баранцевичем* на сконструированном им приборе. Полученную клонусограмму я сравнивал с кривыми клонуса стопы (как органического, так и функционального характера), представленными в работе проф. М. П. Никитина «Клонус стопы функционального происхождения», в которой автор, на основании своего материала<sup>1)</sup>, пришел к выводу, что кривая органического клонуса обнаруживает приблизительно *равенство* амплитуды отдельных колебаний и ритмичность последних, кривая же функционального клонуса показывает значительную неравномерность амплитуды отдельных колебаний и иногда отсутствие правильного ритма.

Что касается клонусограммы нашей б-й, то она по постоянству явлений не дает права отнести клонус к типу функционального. Скорее тип ее графически приближается к органическому. Следует только отметить, что сам клонус выражен нерезко и быстро истощается.

*Этикриз.* Описанный нами случай одностороннего паралича конечностей несколько напоминает случай *Dejean*, доложенный им совместно с *Nogeno* в Парижском Неврологическом Обществе в 1906 г. (по проф. М. П. Никитину). У б-й, 35 лет, вслед за падением на улице, спустя несколько дней, развился левосторонний паралич конечностей с ослаблением чувствительности на той же стороне. Больная через 3 недели после развития паралича была помещена в клинику, где у нее было обнаружено, кроме явлений гемипареза слева, общая анестезия всех видов чувствительности слева, повышение сухожильных рефлексов на всей левой половине тела, клонус стопы и коленной чашки слева. Справа—быстроисчезающий клонус, состоящий из 3—4 подергиваний; подошвенные рефлексы нормального типа. Авторы свой случай рассматривали как случай истерии, а имевшийся у больной паралич как истеро-травматический.

Большинство оппонентов согласилось с выводами докладчиков, а выступивший в прениях *Raumont* сообщил о наблюдавшемся им аналогичном случае травматического невроза с левосторонним параличом и анестезией кожи и органов чувств на всей левой половине тела. У б-й имелся 2-х сторонний клонус, резко выраженный справа, т. е. на противоположной стороне.

В том же 1906 г. *Van-Gehuchten* опубликовал два случая истерических параличей с повышением сухожильных рефлексов и клонусами стоп. В 1907 г. тот же автор сообщил об одном случае левосторонней гемиплегии, несомненно истерического происхождения, у которой вначале, в течение 2-х месяцев было *понижение* глубоких рефлексов, а затем обнаружилось *повышение* левого коленного рефлекса с клонусом левой стопы.

Об ослаблении или даже временной потере глубоких рефлексов имеются наблюдения французских (*P. Marie*) и немецких авторов (*Nonne*, *Wigand*, *Köster* и др.). Однако *Babinsky* категорически высказывается против возможности повышения сухожильных рефлексов и развития клонусов при истерии. Проф. *Блюменау* также пишет: „*Не свойственными* для истерических параличей надо считать *изменения рефлексов*. Потеря рефлекса, так же как резкое повышение его и, в особенности, появление патологических рефлексов

1) Обзорение Психиатрии, 1911.

(Babinsky, Oppenheim и др.) должны всегда вызывать мысль об осложнении органическим заболеванием\*.

Возвращаясь к нашему случаю, мы должны особо отметить то обстоятельство, что возникшее во время паралича общее повышение сухожильных рефлексов и *неравномерность их*: с клонусом стопы остается стойким в течение ряда месяцев без тенденции к исчезновению. Естественно напрашивается мысль, не являются ли все-таки они симптомами органическими. Некоторым подкреплением может служить графическое изображение клонуса стопы, а также ослабление подошвенного рефлекса слева в начале заболевания.

Однако, 1) развитие болезни, связанное с аффектом, 2) лицо и язык не участвовали в параличе, 3) нога была больше поражена, чем рука, 4) расстройство чувствительности функционального типа, 5) негативные данные исследования Liquor'a крови, 6) чрезвычайно легкое погружение 6-й в глубокий гипноз (фасцинацией в 2—3 секунды)—что продемонстрировано дважды в клинике и в О-ве Невропатологов; 7) снятие симптомов паралича и анестезии внушением в гипнозе—все это заставляет нас признать истерический характер паралича, но с имитацией органических симптомов, каким несомненно является повышение сухожильных рефлексов и, особенно, *неравномерность их*. Это-то и делает наш случай интересным.

Из клиники нервных болезней Астраханского гос. мединститута (Директор проф. И. Б. Гроссман).

## К лечению идиопатической эпилепсии введением брома в спинномозговой канал.

Ассистента А. И. Шейман.

Стремясь облегчить положение больных, страдающих эпилепсией, и исходя из тех соображений, что бром, как и большинство других медикаментозных средств, принимаемых per os, до всасывания перетерпевает различные метаморфозы и вступает в кровь в виде совсем неизвестных нам химических соединений, мы решили вводить бром эпилептикам в спинномозговой канал, где этот препарат сразу попал бы в спинномозговую жидкость без предварительных химических изменений. Всего с 1926 года мы подвергли такому лечению 25 случаев идиопатической эпилепсии: 22 мужч. и 3 женщ. Все больные, подвергавшиеся лечению, страдали частыми припадками (по разу и даже несколько раз в сутки, одна с status epilepticus) и лишь одна по одному разу в месяц. Вводили мы в спинномозговой канал 5% и 10% бромистого натра от 5,0 до 10,0. Прежде чем вводить бромистый раствор, мы предварительно выпускали не менее такового же количества спинномозговой жидкости; большей частью мы выпускали вдвое больше liq. ser. spin., чем вводили Sol. natr. bromati, так как в большинстве случаев давление было заметно, а иногда и сильно, повышено. Стерильный раствор бромистого натра вводился в спинномозговой канал шприцем через Бировский троакар между 4-м и 5-м поясничными позвонками. Каждому больному пункция делалась раз в неделю.

Всем больным всего было сделано 141 пункция. Больные после пункции оставались в клинике лежать в течение 2—4-х часов, а затем отпускались домой. В четырех случаях наблюдался легкий менингизм в течение 3—4 дней после пункции.

Больных в возрасте от 8 до 15 лет было 17; от 16 до 22-х лет было 5; одна женщина 28 лет, одна 30 лет и одна 23-х лет.

Больным до 15 лет вводилось первый и второй раз по 5,0—5% бромистого натра, 3-й и 4-й раз по 7,5—5%; 5-й и 6-й раз по 5,0—10%. Больным старшего возраста вводилось первый и второй раз по 5,0—10%; третий и четвертый раз по 7,5—10%; пятый и шестой раз по 10,0—10% бромистого натра.

Часть больных находилась в течение значительного времени (полгода—год) под наблюдением, причем некоторые указывали на полное исчезновение припадков (трое больных), другие отмечали значительное уменьшение количества припадков, равно как выявление их в менее интенсивной форме. Б-ая со status epilepticus облегчения не получила. Некоторые исчезли из-под наблюдения вследствие отъезда. Таблица влияния брома при введении в спинномозговой канал прилагается (см. стр. 436).

Количество случаев	Возраст	Количество приступов до лечения	Количество приступков во время лечения												Не было приступов после лечения	Число случаев	Время
			1 неделя		2 неделя		3 неделя		4 неделя		5 неделя		6 неделя				
			В сутки	Вне-делю	В сутки	Вне-делю	В сутки	Вне-делю	В сутки	Вне-делю	В сутки	Вне-делю	В сутки	Вне-делю			
3	От 8-15 лет	2-4	5-10	1-3	3-7	1-2	3-8	1-2	2-6	1	2-3	1	1	0	0	Больные не наблюдались	
5	8-15	1-2	3-5	1-2	3-4	1-2	2-4	1-2	2-4	1	1-2	1	1	1	1	Стали реже	
9	8-15	1	2-3	1	2-3	1	1-2	1	1	1	1	0	0	0	0	От 6 мес. до 1 года	
5	16-22	1-2	3-6	1-2	3-5	1	3-4	1	3-4	1	3	1	2-3	1	1-2	Реже, а иногда relaps	
1	23	Один приступ в месяц		Введено один раз 100%—10,0												1	Один год
1	28	2-3	5-8	2	6	2	4	1-2	3	1	3	1	2	1	2	Больная не наблюдалась	
1	30	Status epilepticus		—	—	Прекратился		Снова возобновился		Лечение прекращено							

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

### Влияние реакции среды на жизненные явления.

Приват-доцент А. Поляков.

«Современное состояние науки с ее открытиями и обобщениями составляет самую величавую поэму, которая когда-либо представлялась человеческому уму».

*Tindal.*

„Жизнь, поскольку мы ее знаем, есть физико-химический механизм, и трудно ее представить чем-либо иным“.

*Henderson.*

Великий физиолог С. I. Bergard сказал: „Если мы можем дать определенные жизни при помощи особого метафизического понятия, то все же мы должны признать, что механические, физические и химические силы являются единственными факторами живого организма и физиологу приходится учитывать только их одних“.

Среди этих физико-химических факторов, которые обуславливают жизнь, жизненные процессы, пожалуй первое место надо отвести концентрации водородных и гидроксильных ионов, т. е. активной реакции среды. Свидетельством тому может служить то обилие работ, посвященных влиянию реакции среды во всех отраслях биологии, которое на первый взгляд может показаться увлечением, модным вопросом. M. Schoep отмечает, что в таинственном символе pH, выражающем эту концентрацию H-ионов, с его чуть ли не мистическим оттенком, многие видят своего рода заветный ключ ко всем явлениям, с которыми им приходится сталкиваться. Но легко восстановить в памяти то, что значение реакции среды, по крайней мере в биологических науках, отмечено весьма давно, достаточно указать на то, что Van-Helmont'у (1577—1644 г.) было известно, что акт пищеварения есть результат совместного действия кислоты и фермента. Pasteur'a, указавшего, что реакция среды имеет существенное значение для роста и развития микроорганизмов, приходится считать родоначальником учения о влиянии реакции среды на биологические процессы; им установлен факт, что для развития различных микроорганизмов требуется соответствующая реакция среды: „слабая кислотность, говорит он, вредит развитию бактерий и инфузорий, но, наоборот, благоприятствует развитию плесеней“; им установлен факт, что температура стерилизации органических жидкостей зависит от реакции среды, напр.: для стерилизации виноградного сока, кислотность которого меньше, чем кислотность вина, требуется более высокая температура и, наоборот; тоже и относительно более кислого сула и менее кислого пива и т. д. Таким образом, температура стерилизации есть функция реакции среды. Объяснения, данные Pasteur'ом этому, сводятся к тому, что кислотность допускает проникновение влаги внутрь клетки, щелочность, наоборот, препятствует, или скорость гидритации или разбухания коллоида, составляющего оболочку клетки, является функцией концентрации H-ионов в среде, как можно было бы выразить объяснение Pasteur'a на языке современной терминологии. Для примера влияния pH на разбухание коллоидов можно указать на разбухание желатины: разбухая в чистой воде, желатина поглощает ее в 7—8 раз больше своего веса, в воде подкисленной HCl поглощение происходит в 50-кратном количестве. До недавнего, сравнительно, времени—повятие „кислотность“ и „щелочность“ смешивалось с понятием количества кислоты и щелочи. Истинная кислотность (и щелочность) зависит исключительно от концентрации H-ионов и молекулярная концентрация кислот может возрастать, не влияя существенно на изменение истинной „кислотности“, зависящей от степени диссоциации кислоты.

Водная среда, в которой протекает жизнь всех организмов, естественно должна содержать и элементы своей диссоциации H- и OH-ионы, не имеющие себе равных по подвижности и активности, а равно и все те изменения в их

концентрации в зависимости от жизненных изменений, происходящих в организме. Индикаторный метод определения кислотности и щелочности в этой биологической среде при весьма малой концентрации этих ионов и довольно большом разнообразии индикаторов долгое время мог носить и носил скорее качественный характер, чем количественный, и лишь с применением электрометрического определения Н-ионов появилась возможность более полного выяснения значения этого фактора для жизненных процессов. Своими успехами в этом вопросе биология обязана Sörensen'y, Henderson'y, Michaëli'sy и др.

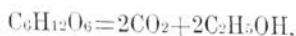
Интересным примером влияния реакции среды на проявления жизни могут служить нижеприводимые наблюдения J. Loeb'a. В Видегале, на берегу Атлантического океана, работая в Морской лаборатории, Loeb установил, что гипертонические растворы вызывают партеногенетическое развитие яиц морского ежа. Когда подобные же наблюдения ему пришлось повторить на Калифорнийском берегу, т. е. на берегу Тихого океана,—результаты получились крайне неопределенные. Морская вода в естественных условиях, в обоих случаях пригодная для жизни и развития морского ежа, оказалась во втором случае непригодной для партеногенетического развития яиц этого животного. Отыскивая причину этого явления, Loeb натолкнулся на то, что pH воды Атлантики был равен 9, тогда как Тихого океана—8. И достаточно было довести pH воды Тихого океана до 9, чтобы при соответствующих условиях наступило партеногенетическое развитие неоплодотворенного яйца морского ежа. Не менее разительны опыты того же J. Loeb'a с развитием оплодотворенных яиц морского ежа в искусственной среде Van't Hoff'a, по своему составу и осмотическим свойствам идентичной морской воде. В этой среде яйца не развивались и лишь подщелочение ее, добавление 0,1—0,2 кб. см.  $n/100$  NaOH на 50 кб. см. жидкости сделали последнюю пригодной для развития яиц.

Но еще более убедительны по своей чувствительности к pH среды опыты Кольцова с фагоцитозом у одной пресноводной сувойки. В растворе китайской туши сувойка заглатывала крупинки туши и откладывала их в виде черных вакуолей.—изменение pH среды в сторону кислотности вызвало прекращение фагоцитоза, изменение pH всего на 0,2 (с 4,2 до 4) не убило животное и не прекратило даже движений мерцательных ресничек.

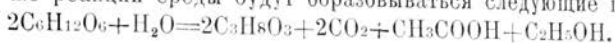
Так как в приведенных примерах степень кислотности, количество Н-ионов, степень диссоциации раствора, определяет их физиологическую активность, то ее можно охарактеризовать, как константу диссоциации, т. е. растворы, имеющие одно водородное число, производят и одинаковое физиологическое действие, независимо от строения действующих кислот и щелочей. Для свободных Н-ион OH-ионов клеточная оболочка непроницаема, она пропускает лишь недиссоциированные молекулы некоторых, растворимых в липоидах, органических кислот и щелочей, поэтому внутриклеточные процессы, связанные с изменением pH среды, приходят в действие с момента проникновения в клетку этих агентов и их диссоциации там, то же действие производит и легко проходящая через клеточную оболочку  $CO_2$ . Весьма поучительны, как пример, опыты Warburg'a и Bethè. В опытах Warburg'a прибавление небольшого количества NaOH к морской воде вызвало увеличение потребления  $O$  находящимися там яйцами морского ежа; одновременно, путем прижизненной окраски было доказано, что щелочь внутрь клетки не проникает. Следовательно, действие щелочи простирается только на клеточную оболочку, так как применение в качестве щелочи  $NH_3$ , проникающего через оболочку, вызвало лишь ничтожное повышение поглощения  $O$ . Подкисление среды (весьма слабое), по Bethè, вызывает ускорение сокращений колокола медуз, причем и кислота внутрь клетки не проникает. В дополнение к приведенному не лишне будет указать, что, если в вышеуказанных опытах J. Loeb'a с партеногенезом неоплодотворенные яйца морского ежа поместить предварительно на короткое время в слабый раствор кислоты, то с поверхности яйца образуется оболочка, своими свойствами напоминающая оболочку оплодотворенного яйца. Действие на обработанные таким образом яйца щелочным гипертоническим раствором легко вызывает партеногенез.

Мне кажется, что приведенных примеров достаточно для того, чтобы признать, что pH среды имеет большое влияние на проявление жизненных процессов. Если перейти к рассмотрению этого влияния на органы, ткани, на физиологические и патологические процессы, протекающие в организмах, то неизменно встретимся с тем же доминирующим влиянием то в сторону усиления процесса с достижением оптимума, то в сторону депримирувания функций и даже извращения процесса.

В качестве примера можно взять общеизвестный биологический процесс—алкогольное брожение, протекающий обычно в кислой среде. Но если реакцию среды, как это наблюдали Neuberger совместно с Oertel'em и Rivald'om, переменить на щелочную, то и самый процесс примет несколько иное направление, в конечных продуктах вместо спирта и  $\text{CO}_2$  начнет образовываться в преобладающем количестве глицерин и появляется уксусная кислота, количество же спирта резко уменьшается. В обычных условиях при кислой реакции среды процесс идет так:



при щелочной же реакции среды будут образовываться следующие продукты:



Сущность процесса, повидимому, сводится к депримированию во втором случае зимазы и усилению действия других, при обычных условиях почти не проявляющих своего действия, ферментов. Приведенный пример, мне кажется, достаточно демонстративным.

Как примеры извращения процесса при изменении pH среды, можно привести несколько ферментативных процессов, напр., липаза расщепляет этилбутирин при  $\text{pH}=8,8$ , ниже  $\text{pH}=5$  действие фермента прекращается и при  $\text{pH}=4$  начинается синтетический процесс образования вновь этилбутирина из продуктов распада; пепсин при  $\text{pH}=1,7-2,0$  расщепляет белки, а при  $\text{pH}=4$  синтезирует пластеины; фосфоростераза крови при  $\text{pH}=7,3$  расщепляет фосфорные эфиры, а при  $\text{pH}$  выше 7,35 вновь синтезирует их и т. д.

Ферментативная деятельность является наиболее ярким, наиболее рельефным проявлением жизни, и поэтому будет вполне справедливо, если я несколько подробнее остановлюсь на влиянии pH на ферментативную деятельность. В конце семидесятых годов прошлого столетия Kjeldal, изучая влияние различных веществ на амилазу солода, устанавливает, что среди веществ, так или иначе влияющих на работу амилазы, превалирующее значение имеют кислоты и щелочи, причем эквимолекулярные растворы крепких кислот действуют почти одинаково, тогда как слабые с меньшей силой в нисходящем порядке: муравьиная, молочная, уксусная, масляная. И это вполне понятно, так как стоит в прямой зависимости от степени диссоциации кислоты. Амилаза оказалась очень чувствительна к кислоте, например: 0,00001%  $\text{H}_2\text{SO}_4$  заметно уменьшает ее деятельность. Из других ферментов, напр., на инвертин кислота сначала действует усиливающим образом, а затем ослабляет его действие,—щелочи вредят инвертину. Тоже наблюдали Fernbach и Hubert.

По исследованиям Sørensen'a и Michaëlis'a наблюдается тесная связь между активностью фермента и реакцией среды. Sørensen установил, что такие, напр., разнодействующие ферменты, как каталаза, пепсин и инвертин, хотя и дают каждый свою характерную кривую действия, однако, все эти кривые имеют одно общее свойство—это определенный optimum pH для каждого с колебаниями в узких границах. Вполне понятно, что pH среды оказывает такое существенное влияние на деятельность ферментов, ведь pH—концентрация водородных ионов, обуславливает диссоциацию и фермента, и субстрата, влияет на набухание коллоидов и т. д., словом, создает условия наибольшей подвижности и химической активности молекул и тем создает условия, благоприятные для реакции.

Nortrop показал, что minimum переваривающего действия пепсина и трипсина на белки совпадает с их изоэлектрической точкой, смещаясь вместе с ней. Белок-амфолит, диссоциация которого падает до 0 в изоэлектрической точке, принимает с уменьшением pH кислый характер и увеличением pH основной. Следовательно, белок в изоэлектрической точке состоит из нейтральных, химически инертных молекул, подвергающихся диссоциации с изменением pH раствора. А потому и скорость переваривания возрастает с увеличением степени диссоциации белковых молекул, достигая maximum'a, когда почти весь белок диссоциирован, находится в солеобразном соединении с кислотой или щелочью. А так как известно, что изоэлектрическая точка большинства белков лежит при слабокислой реакции, то, естественно, что максимальное действие энзима будет при противоположном знаке, наиболее удаленном от изоэлектрического пункта субстрата (трипсин). Если pH среды активизирует ферменты, создает благоприятные условия для их действия, то тот же фактор играет немаловажную роль и при разрушении ферментов, напр., инвертаза кишечника разрушается при  $52^\circ$  при  $\text{pH}=3$ , а при  $\text{pH}=2$  разрушение происходит при более низкой  $t^\circ$ , щелочи разрушают ее

при  $pH=8$ : мальтаза и амилаза кишек очень чувствительны к изменению  $pH$  среды в обе стороны от их  $optimum'a$ . Не только крепкие, но и относительно слабые щелочи вредят ферментам. «Если иногда, говорит Смородинцев, и указывают, что щелочи благоприятствуют тому или иному ферменту, то понимать это надо так, что в среде, где была высокая кислотность, щелочь смягчает реакцию, нейтрализуя кислоту».

Не безучастна  $pH$  среды и в отношении кинетики реакции, так, напр., при  $pH=8,4$  расщепление пептидов подчиняется закону Schütz-Борисова, при  $pH=7,3$  реакция протекает мономолекулярно, а при  $pH=6,2$  реакция идет линейно, т. е. ускоряется с увеличением кислотности.

Если  $pH$  среды влияет на работу ферментов, то есть целый ряд условий, влияющих на изменение  $optimum'a$   $pH$  данного фермента (температура, электролиты, природа субстрата и т. д.), но на них останавливаться я не буду, лишь укажу один весьма интересный факт, что один и тот же фермент, в зависимости от природы его носителя, имеет различный  $optimum pH$ : напр., для липазы травоядных  $optimum$  лежит в щелочной зоне, а для плотоядных — в слабо-кислой.

Естественные условия действия энзим в организме таковы, что каждый фермент в той области, на которую распространяется его действие, имеет соответствующую его свойствам  $optimal'ную$   $pH$  среды, так, напр.,  $pH$  кишечника 7,7—8,2= $optimum'u$  действия панкреатических ферментов, желудка 1,7—2,0= $optimum'u$  для пепсина и т. д. Некоторым противоречием указанному является желудочная липаза,  $optimum pH$  для которой 5, т. е. кислотность гораздо более низкая, чем нормально в желудке. Но это противоречие может быть объяснено наблюдениями Davidson'a, что эта  $pH$  существует в желудке сосуна, питающегося молоком. Таким образом, желудочное пищеварение сосуна приходится представлять, как переваривание главным образом жиров молока и створаживание последнего, этим объясняется и тот факт, подчеркиваемый Ракочи, что пепсиновое переваривание у сосуна значительно ниже взрослого животного. Оказывается, что и реакция желудочного сока взрослого субъекта при молочной диете приближается к  $pH$  желудка сосуна и, наоборот, при кормлении сосуна овощами, повышается и  $pH$  желудочного сока, достигая почти  $pH$  взрослого человека. Таким образом, концентрация  $H$ - и  $OH$ -ионов является основным фактором, регулирующим работу энзим в организме.

По сравнению с разнообразием реакции пищеварительных соков, сеснерируемых железами, особенно разительно постоянство реакции крови, из которой в сущности и образуются эти соки. Старые титрирные исследования привели к выводу об очень высокой, и непостоянной притом, щелочности крови, и лишь применение электрометрического метода дало возможность определить истинную реакцию крови. Титрирные методы дали нам возможность обнаружить тот резерв, из которого в случае надобности может пополняться и которым может корректироваться  $pH$  крови. Вполне точные исследования Høberga дали  $pH$  крови=7,36, т. е. кровь есть жидкость по своей реакции почти нейтральная, с слабым уклоном в сторону щелочности.

Константа активной реакции крови сохраняется организмом с большою точностью, далеко превосходящей постоянство температуры и осмотического давления. Болезненные процессы, сопровождающиеся нарушением терморегуляции, почти не влияют на  $pH$  крови; даже специфические расстройства кислотного и щелочного обмена и патологический ацидоз при диабете почти не меняет активной реакции крови, и лишь при коме, перед самой смертью,  $pH$  смещается в сторону кислотности, достигая 7,1. Чтобы показать, насколько важно для организма это постоянство реакции крови, достаточно взять несколько примеров, из которых будет видно, как разные органы чувствительны к изменению концентрации  $H$ -ионов.

Если  $H$ -ионы действуют в опытах Bette ускоряющим образом на сокращение колокола медуз, то на сердце животных  $H$ -ионы действуют угнетающим образом, замедляя или прекращая сердечные сокращения, а  $OH$ -ионы, наоборот, ускоряют деятельность сердца. По опытам Sлагk'a изменение  $pH$  среды с 7,7 до 6,5 резко замедляет ритм сердечных сокращений лягушки и при уменьшении до 6 сердце погибает. Еще чувствительнее сердце черепахи, для которого смещение  $pH$  с 7,6 до 7,3 отвывается общим расслаблением тонуса и увеличением амплитуды сокращений. Чувствительны к изменению  $pH$  омывающей жидкости и сосуды: очень слабое увеличение кислотности вызывает их расширение, более сильное сужение. Порогом сосудодвигательной реакции по Fleischly, Atzler'y



и Lehmann'у будет смещение pH на 0,2—0,3 в сторону кислотности. Сосудодвигательный центр в продолговатом мозгу отвечает сужением сосудов при смещении pH на 0,1. Но самым чувствительным, равным по своей чувствительности электрометрическому методу определения pH, будет дыхательный центр, отвечающий на незначительные смещения pH одышкой.

Свойства самой крови: свертывание O, свертывание и т. д. стоят в зависимости от измененной концентрации H- и OH-ионов. Deetjen наблюдал, что распад кровяных пластинок, с которыми, как известно, связано образование тромбиназы, а следовательно и свертывание крови, в капле физиологического раствора на предметном стекле из кварца не наблюдается, тогда как на обыкновенном стекле они распадаются. Подщелачивание раствора на кварцевом стекле вызывает распад; следовательно, распад пластинок на простом стекле происходит вследствие выщелачивания стекла.

Таким образом, естественно может возникнуть предположение о влиянии OH-ионов на процесс свертывания крови, особенно если принять данные Kidelmos's'a, показавшего, что в момент свертывания крови pH смещается в сторону щелочности.

Работами Вaгсгоff'a и его школы установлено влияние H-ионов на связывание гемоглобином кислорода и особенно отдачу его тканям. При смещении pH до 6 количество связанного кислорода в артериальной крови резко падает и, наоборот, в венозной крови связывается гемоглобином больше CO<sub>2</sub>. Реакция крови, близкая к оптимальному pH для ферментов панкреатического сока, является фактором, позволяющим эти ферменты, при периодической деятельности пищеварительного аппарата всасывающиеся в кровь, доставлять без резкого нарушения их свойств к отдаленным органам и тканям, где они, как на то указывал Болдырев, принимают участие в жизненных отправлениях клеток.

Реакция тканей, в противоположность крови, не отличается постоянством, да кроме того имеет pH в более кислой зоне. Schade при помощи введенных под кожу электродов непосредственно определил pH тканевого сока и для человека нашел равную 7,09—7,29, т. е. несколько более кислую по сравнению с кровью и еще более приближающуюся к нейтральной. Однако, эта реакция очень изменчива, что вполне понятно, так как в тканях постоянно образуются и накапливаются кислые продукты метаморфоза (CO<sub>2</sub>, C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>O<sub>3</sub>, H<sub>3</sub>PO<sub>4</sub> и т. д.). Выработка этих продуктов, напр., в мышцах, особенно усиливается при механической работе. Тканевой сок, свежее отжатый из спокойной мышцы, по Pechstein'у имеет pH=7,4, т. е. реакцию крови, отжатый же после почти полного утомления мышц да pH=6,85, что вполне понятно, так как при работе мышц особенно большое количество образуется молочной и фосфорной кислот. Schade с сотрудниками установил, что при работе мышц увеличивается кислотность и в прилежащем к мышце слое соединительной ткани; при напряженной мышечной работе pH в подкожной ткани кролика понижается до 6,6—6,7—ткань становится слабокислой. Метод применения подкожных электродов позволил Schade и его сотрудникам исследовать pH в тканях при воспалительных процессах; так, в серозных выпотах pH=7,0—7,1, в гнойных=6,6—6,9, при остро воспалительных процессах=6,0—6,4. В связи с приведенными данными о смещении в сторону кислотности pH ткани в воспалительном очаге, следует вспомнить о расширении сосудов под влиянием смещения реакции в сторону кислой. Местный ацидоз вызывает местное расширение сосудов и обуславливает тем самым гиперэмию и способствует вымыванию вредных продуктов тканевого распада.

Более кислая, по сравнению с кровью, реакция тканей может иметь и тот смысл, что позволяет организму более экономно тратить свои запасы химической энергии. Так, Rona и Wilenko показали, напр., что углеводный обмен сердечной мышцы при понижении pH с 7,35 до 6,6 понижается в несколько раз. Объяснение этому может быть дано то, что гликолитический фермент крови, optimum действия которого при pH крови, при смещении pH в сторону кислотности резко ослабляется в своем действии и тем самым предохраняет клеточный гликоген от распада.

Большую зависимость от pH среды имеем мы и в явлениях обмена; так напр., солевой обмен, образование мочевых и желчных камней и т. д. Весьма интересна зависимость солевого обмена, особенно у организмов растущих, где регуляторные приспособления еще не сформировались в полной мере. Сильное снижение количества Са в крови довольно долго считалось причиной тетании; счита-

лось, что получается нарушение равновесия  $\frac{Ca+Mg}{K+Na}$ , но наблюдения американцев над реакцией крови при этом заболевании дали увеличение (V. Slyke) щелочности, и параллельно с этим было установлено, что введение веществ, могущих повлиять на изменение реакции крови давало терапевтический эффект. Не менее интересны наблюдения, касающиеся патогенеза рахита. Сложность патогенеза рахита заставляет применять к выяснению его все новые открытия физиологии (внутр. секреция, витамины, лучистая энергия). Применение исследования реакции крови и организма дало основание считать, что одной из основных причин, если не главной, является общий ацидоз, за это говорит и увеличение  $NH_3$  в моче и падение P в крови с нормы до 1 mg. (Houlain). Ацидоз ведет к усиленному выведению фосфатов, к отрицательному балансу извести, к изменению вследствие этого состава крови и к нарушению, в конце концов, общего обмена веществ (Freidenberg и Gyorgy).

Не мало примеров, где изменение pH среды влияет так или иначе на жизненные явления, дает нам и микробиология. Для целого ряда микроорганизмов установлен определенный оптимальный pH среды, дающий наиболее пышный рост, хотя этот оптимальный и может меняться в связи с химическим составом среды, как это показали, напр., для дрожжей Marge v. Laer и Martens. Весьма любопытен факт саморегуляции среды растущим микроорганизмом, установление наиболее благоприятной для его роста pH. Факт этот был установлен еще Fernbach'ом для дрожжей, а Luers электрометрически показал границы ацидификации среды, что дало для искусственных питательных сред pH=2,7 вредную для развития дрожжей, и 4,5—4,2 в сусле—благоприятную. В последнем случае более умеренная кислотность обуславливается, по всей вероятности, присутствием белков, как известно обладающих буферными свойствами.

Abt и Loiseau для дифтерийного бацилла показали, что последний способен регулировать среду, подкисляя до известных пределов щелочную и, наоборот, подщелачивая кислую. Эта саморегуляция микроорганизмом среды имеет место и в животном организме, где вследствие этого создаются условия для более пышного роста микроорганизма, а вместе с тем увеличивается и его вредность. По исследованиям Brig'а, микроб газовой гангрены вызывает повышенную кислотность сыворотки, а in vitro наиболее пышный рост получается на среде из сыворотки, реакция которой доведена до кислой.

Если обратимся к кишечной флоре, то увидим и здесь, что реакция среды не остается без влияния на эту флору. Когда pH кишечного сока=7, то преобладают главным образом протеолитические микробы, при смещении pH до 4,6—6,2, что возможно при молочной диете, количество протеолитических значительно падает и они замещаются, как это указывают Canon и Mc Nease, на микробы из группы adiphophilis. Таким образом, это наблюдение подтверждает взгляд Мечникова на возможность изменения флоры кишечника с целью уменьшения образующихся под влиянием протеолитических микробов, вредных продуктов распада белков (индол, фенол и т. д.).

Из весьма многочисленных и интересных фактов отношения микробов и pH среды я укажу еще только два: на наблюдение американского бактериолога Нотмер Смита, показавшего, что бактерии, окрашивающиеся по Граму, имеют оптимальный для своего развития в щелочной среде и, наоборот, Грам-отрицательные в кислой, и на наблюдения русского бактериолога Беняш, показавшего, что определенная кислотность является специфической для агглютинации ряда микробов и что этот признак может быть дифференциально-диагностическим. Необходимо, мне кажется, отметить и зависимость токсичности алкалоидов от pH среды. Так по наблюдениям Михаэлиса и Денбу один из дериватов хинина—эйкупин—проявляет максимальный эффект при pH=8, при pH=7,7 его сила уменьшается на 30—40%, а при pH=6 уменьшение достигает  $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$  первоначальной силы. Таким образом, при снижении pH до 6 пришлось бы ввести его в 6—8 раз больше, но по данным Кейссера и Орнштейна в присутствии белков максимум действия при pH=6,6. По тем же авторам риваноль и другие дериваты акридина свое бактерицидное действие проявляют при pH=8,0—8,7, при которой они с одинаковой силой действуют и на стафилококков и на стрептококков и на *bact. coli*.

На этом я и позволю себе закончить свой краткий обзор влияния pH среды. Конечно, я далеко не исчерпал даже вкратце всего материала, обнимаемого темой, я не останавливался на влиянии pH на осмотические процессы в организме,

не остановился на буферных свойствах жидкостей организма и их способности удерживать реакцию среды на определенном уровне, не коснулся прочих регуляторных сил организма, поддерживающих устойчиво реакцию среды, не коснулся и процессов тканевого обмена, но и того, что мною приведено, мне кажется, достаточно, чтобы сказать вместе с проф. Скворцовым, что «какого бы сложного характера жизненное явление мы ни наблюдали, какое бы количество факторов его ни обуславливало, мы всегда прежде всего должны стремиться охарактеризовать его с точки зрения реакции среды, т. е. равновесия Н- и ОН-ионов».

## К вопросу о профилактическом уклоне в преподавании клинических дисциплин.

Проф. М. М. Грана.

Вопрос о реформе высшего образования по всем линиям, в частности и вопрос о реформе высшего медобразования—стоит у нас актуально и остро. Эта актуальность и острота стоит в разрезе советской социалистической установки, в смысле пересмотра основных принципиальных идеологических точек зрения на задачи высшего образования вообще—медицинского в частности, соответственного пересмотра планов и учебно-педагогических программ, методов и практики преподавания, соответственного подбора преподавательских сил и проч. С этим вопросом связан вопрос о науке вообще, и связи науки с государственным и народно-хозяйственным строительством, вопрос о роли науки в социалистическом строительстве, вопрос о связи «науки и труда», вопрос о подготовке новых кадров научных строителей различных отраслей государственно-общественной жизни и в наших советских условиях—строителей социализма, социалистического уклада жизни. В связи с этим вопросом мы за последнее время переживали и переживаем ряд острых, широких общественно-политических дискуссий по вопросу о реформе Академии Наук; этот вопрос остро дискутировался на последнем очередном Советании (секции) научных работников в Москве—по докладу тов. Вышинского.

В частности, по медицинскому образованию этот вопрос практически поставлен Глафпрофобром в связи с попытками введения 6-го года медицинского образования. В связи с этим стоит и общий принципиально-идеологический вопрос: «какой нужен советской стране врач в процессе и перспективе социалистического строительства страны».

При таких точках зрения на вопрос о реформе высшего образования вообще и медицинского в частности—вопрос этот представляет исключительный интерес, исключительную серьезность и глубину, затрагивает коренные интересы страны, населения, высшей школы и ее кадров преподавательских и учащихся.

По линии медобразования весь этот вопрос упирается в один вопрос, отраженный в лозунге целеустановки и задач Советской медицины. Этот лозунг формулируется: «Советская медицина—в отличие от до-революционной и буржуазно-капиталистической—должна иметь профилактическое направление». И толкование этого лозунга распространяется на приложение этого лозунга и принципа в отношении научных дисциплин, являющихся не только «профилактическими» по существу, которые охватываются по преимуществу кафедрами экспериментальной гигиены, социальной гигиены, гигиены труда, гигиены воспитания с целым рядом дисциплин из этих кафедр вытекающих (проблема труда, физиология труда, социального страхования, матмлада и проч.), но и на приложение профилактического направления, профилактики в лечебной клинической медицине. Отсюда вытекает вопрос, который поставлен в заголовке настоящего сообщения.

Этому вопросу посвящен интересный информационный документ, который мы и приводим ниже. Документ этот озаглавлен «О профилактическом уклоне в преподавании клинических дисциплин». Исходит этот документ от «Бюро профилактических кафедр СССР». Приводим его полностью.

«Профилактическое направление советской медицины, провозглашенное основным принципом в организации санитарной и лечебной сети страны, до сих пор еще у нас не заняло соответствующего положения в медицинском образовании. Так называемые профилактические кафедры (экспериментальной гигиены, социаль-

ной гигиены, гигиены труда и гигиены воспитания) не получили еще в общей системе преподавания надлежащего развития. Последние две из перечисленных кафедр имеются лишь в немногих центральных ВУЗ'ах. Влияние, которое профилактические кафедры, даже при современной постановке, оказывают на медицинское мировоззрение студенчества, ослабляется тем явлением, что преподавание клинических дисциплин совершенно с ними не увязано, а профилактические принципы и социально-терапевтическая методология еще не вошли в его систему. Между тем очень многие преподаватели этих дисциплин в своей научно-практической деятельности соприкасаются с органами здравоохранения, многие сами в них работают и вполне разделяют основную точку зрения. Это состояние отрыва университетского преподавания от практической советской медицинской работы (к которой университеты готовят новые кадры) не может больше продолжаться.

Вопрос о пересмотре учебных программ по клиническим дисциплинам и направления всей научно-практической работы клиник вполне назрел в кругах клинической профессуры и преподавателей. Инициатива, проявленная в этом направлении Бюро профилактических кафедр СССР, была с сочувствием встречена московскими университетскими работниками (на совещании преподавателей медфаков I и II МГУ, состоявшемся в ноябре 1928 г. в Доме Ученых, и в заседании 0-ва врачей-материалистов в декабре 1928 г.). Из 12 высказавшихся участников совещания преподавателей (всего участвовало около 30 профессоров и ассистентов) не было ни одного, возражавшего против необходимости и своевременности осуществления реформы клинического преподавания. Ряд представителей почти всех клинических дисциплин (проф. Марциновский и д-р Штайншнайдер — клиника инфекц. болезней, проф. Российский — поликлиника внутр. бол., д-р Хесин — хирургическая клиника, проф. Кисель — детская клиника, проф. Курдиновский — акушерская клиника, д-р Розенштейн — психиатрич. клиника) поделились с собравшимися некоторым опытом, уже накопленным ими в области преподавания своих дисциплин с привнесением профилактических принципов. Также проделаны опыты введения этих принципов в научно-практическую работу клиник.

Высказавшимися был выдвинут ряд предложений и пожеланий в отношении мер к достижению синтетического — лечебно-профилактического характера клинического преподавания. Было предположено во всех клиниках уделять значительно больше внимания, чем до сих пор, амбулаториям. Важное значение амбулатории в деле подготовки студента к будущей самостоятельной деятельности иллюстрировалось на опыте Поликлиники I МГУ (проф. Российский). Последней уже проделан, совместно с каф. социальной гигиены I МГУ, благоприятный по результатам опыт постановки преподавания под диспансеризационно-профилактическим углом зрения. Обслуживаемыми группами населения для Поликлиники явились рабочие Шульевой фабрики и служащие и рабочие клиники I МГУ.

В отношении всей работы клиник были выдвинуты desiderata (д-ром В. Р. Хесиным): не делать противопоставления лечебной и профилактической работы в клинике; клиницистам приобрести известный минимум знаний в анализе социальных сторон клинических случаев; для этого, хотя бы в первое время после перехода на новые методы работы, самим врачам (и студентам, обучающимся в клинике) участвовать в изучении социально-бытовых и профессиональных условий больных, чтобы потом правильно руководить работой сестер-обследовательниц; установить связь клиники с рабочими организациями и с общей медико-санитарной организацией; составить схему истории болезни, в которой внимание было бы фиксировано и на вопросах труда и быта.

В результате обсуждения этих вопросов совещанием представителей от 14/XI было принято следующее постановление: 1) опубликовать в печати «отчет о совещании 14/XI 28 г.» (см. сборник «Социальная гигиена» № 1/15, 1929 г.); 2) дальнейшую проработку программных и организационных вопросов преподавания клинических дисциплин под профилактическим углом зрения вести в совещаниях преподавателей по отдельным дисциплинам; 3) считать существенно важным: а) обращение особого внимания на работу амбулаторий клиник и на организацию патронажа; б) установление организационной связи клиник с научными и практическими учреждениями и органами здравоохранения; 4) следующее общее совещание для заслушивания результатов совещаний по отдельным дисциплинам созвать в конце текущего семестра; 5) предложить постоянному Бюро профилактических кафедр, уча обмен мнений в настоящем совещании, подготовить дальнейшие шаги в направлении придания профилактического уклона преподаванию клинических дисциплин.

Группы для проработки новых программ преподавания по отдельным дисциплинам поручено организовать следующим преподавателям по клиникам: инфекцион. болезней проф. Марциновскому, внутренних бол. проф. Российскому, хирургической—д-рам: Хесину и Брускину, детских болезней проф. Киселю, психиатрической и нервных болезней проф. Сеппу, кожных и венерических болезней проф. Мецгерскому и акушерской и гинекологической проф. Курдиновскому.

В заседании Об-ва врачей-материалистов от 15/XII 1928 г. постановлено поддержать инициативу Бюро профилактических кафедр и обязать клиницистов—членов Об-ва принять активное участие в работе упомянутых групп и призвать к тому же товарищей, посещающих заседания Общества».

Этот основной документ сопровождается дополнительным, намечающим и схематический план работ групп, намечившихся в означенном Советании. Этот дополнительный документ формулирует ряд следующих положений:

„В целях установления единообразия в работах групп по разным дисциплинам Бюро считало бы целесообразным принять следующий схематический план работы групп:

I. Вопросы методологического порядка:

а) Усиление внимания, уделяемого амбулатории, которая в подавляющем большинстве клиник до настоящего времени оказывалась на втором плане по сравнению со стационаром.

б) Внесение в работу клиники элементов патронажа и других моментов диспансеризационной системы.

в) Установление связи: 1) с обслуживаемым населением (по территориальному принципу или же по производственному, т. е. по обслуживаемым предприятиям и учреждениям в зависимости какой принцип будет избран данной клиникой); 2) с органами здравоохранения, расположенными в соответствующем территориальном участке и с общественными и профессиональными организациями обслуживаемого района; 3) с органами социального страхования и социальной помощи соответствующего района.

г) Изменения в программах преподавания студентам в связи с намечаемым применением новых методов и изменения организаций научно-практической работы клиники.

д) Подготовка аспирантов и стажеров клиник к новым методам и приемам педагогической и научно-практической работы.

II. Организационные вопросы в связи с перечисленными изменениями:

а) Перераспределение обязанностей врачебного, среднего и младшего персонала клиник.

б) Изменение штатов.

в) Изменение общей сметы.

г) Изменение числа часов, предоставленных для данной дисциплины учебным планом.

Схема предположительная и не предусматривает, конечно, всех вопросов, которые могут возникнуть в процессе работы группы.

В качестве справочно-ориентировочных пособий, кроме социально-педагогической литературы по отдельным клиническим дисциплинам при работе групп могло бы сослужить свою службу и общее руководство Gotstein, Schlossmann, Teleky. „Handbuch der sozialen Hygiene u. Gesundheitsfürsorge“. BB. I—VI“.

На наш взгляд данный документ должен фиксировать на себе исключительное внимание — и прежде всего профессуры и преподавательского персонала всех наших медвузов. Документ как-бы затрагивает на первый взгляд частный вопрос методики преподавания клинических дисциплин в медвузах. В такой именно постановке вопроса, видимо, „Бюро профилактических кафедр“ и первое Советание стремилось поставить вопрос в узкие рамки „практического“ методического его освещения и разрешения. Но по существу затронутый вопрос много глубже и шире. По существу, тема затрагивает весь комплекс вопросов, развитых нами во введении к настоящему информационному сообщению. На наш взгляд так он и должен ставиться, так он и должен освещаться, хотя и с установкой на практическое его разрешение в ближайшем времени. На наш взгляд вопрос этот должен быть «практически» поставлен во всех медвузах, но в ближайшее время он должен сделаться дискуссионным вопросом в нашей медицинской прессе. В частности „К. М. Ж.“ должен предоставить и свои страницы для такой дискуссии.

## К десятилетию союза Медсантруд.

А. Я. Плещицер.

Врач, как и другой медработник, не всегда находит время, чтобы оглянуться на пройденный путь своей профессиональной организации. Очередные задачи и повседневная работа поглощают его время и внимание. За этот десяток лет каждый член союза накопил достаточный опыт и политически значительно вырос. Отмечая эту юбилейную дату, остановимся вкратце на некоторых исторических моментах.

Врачи, как и вся интеллигенция, в первые годы после Октябрьской Революции втягивались в Советское строительство медленно, относясь недоверчиво к мероприятиям, проводимым по линии здравоохранения. В жизни нашей профсоюзной организации это получило свое отражение в том, что вначале врачи не желали объединиться с остальными медработниками, впоследствии считали для себя приемлемым вхождение в профсоюз только, как в *беспартийную* организацию. И уже состоя членами союза Всесоюзный комитет медработников, представители врачебной массы полагали, что необходимо решительное изменение политики союза, а также отказа от практиковавшихся до сих пор приемов проведения партийной политики в ущерб чисто профессиональной работе. Таким образом официальные представители врачей на I-м и 2-м съездах врачесекций (август 1920 г. и май 1922 г.) формулировали политическую платформу всей врачебной массы. Но было бы неправильно представление о врачах того периода, если бы мы исходили только из той политической ориентации, которая направлялась руководителями врачебных организаций того времени. Значительные кадры врачей в то время работали на красных фронтах, вели борьбу с эпидемиями и участвовали в строительстве Красной Армии. Эти врачи ничего общего не имели с идеологией вышеперечисленных групп, но пребывание на фронтах не давало им возможности вести борьбу с реакционными течениями во врачебной массе. Совершенно другое соотношение сил имеем во врачебной массе после ликвидации фронтов. Врачи, демобилизованные из Красной Армии, врачи-коммунисты и другие советски настроенные врачи последних выпусков, повели решительную борьбу с старыми идеологами.

Политическая платформа 2-го съезда врачесекций для них была неприемлемой и они повели работу среди врачей по отмежеванию от этих постановлений. К 3-му съезду врачебной секции (октябрь 1924) этот процесс расслоения во врачебной среде окончательно оформился, и большинство врачей приняло политику профсоюза. Третий съезд врачесекций в своем приветствии Центральному комитету коммунистической партии отмечает: „Собравшись в обстановке оформившегося сдвига и резко определившегося расслоения во врачебной среде, приветствуем в лице ЦК Коммунистической партии—вождя и руководителя пролетариата. Съезд заверяет готовность организованных в союзе Медсантруд врачебных масс отдать все силы на служение советской власти, особенно подчеркивая свои задачи, как культурного работника на селе“.

С этого времени начинается другой исторический этап во врачебной среде. Старые руководители потеряли свое влияние, и вся врачебная масса, совместно с остальными медработниками, взялась за активное участие в советском строительстве. Последующий 4-й съезд врачесекций (в феврале мес. 1927 г.) уже мог подвести итоги первому двухлетию работы врачебных секций на новых началах.

Если 2-ой съезд врачесекций полагал, что советская медицина, построенная на принципе принудительного механического слияния в одном аппарате всех форм врачебно-санитарной деятельности, неизбежно приведет к ликвидации части существующих медицинских учреждений, то Третий съезд окончательно отмежевался от такой постановки и одобрил работу Наркомздрава по укреплению *единства советской медицины* и взятый Наркомздравом курс на переход лечебной помощи трудящимся на путь диспансеризации через тщательное изучение условий труда и быта, выработку и проведение рациональных профилактических мероприятий по оздоровлению этих условий. Съезд призывает всех врачей еще ближе принять участие в строительстве и укреплении советской медицины и в осуществлении следующих очередных задач здравоохранения: укрепление санитарной организации, развитие широких социально-профилактических мероприятий. Особое внимание следует обратить на сельскую медицину, сочетая улучшение лечебной организации с профилактикой труда и быта крестьянства; необходимо обеспечить сельский

медучасток транспортными средствами. Съезд подтверждает неизбежность принципа бесплатной медпомощи трудящимся.

Четвертый съезд врачебных секций уже мог отметить значительные достижения в деле вовлечения трудящихся в строительство дела здравоохранения как в городе, так и на селе, и призывает врачей еще тесней связаться с рабочими и крестьянскими организациями и со всей советской общественностью. Съезд считает необходимым максимальное привлечение трудящихся ко всему строительству дела здравоохранения, начиная с рабочих организаций на предприятиях, усиливая работу комиссий по оздоровлению труда и быта при лечезаведениях и санитарных комиссиях в селах и волостях. Учитывая исключительное значение проводимой индустриализации для дальнейшего развития страны, съезд считает необходимым наилучшее обслуживание медико-санитарной помощью нужд рабочих развертывающейся промышленности. Со времени этого съезда прошло еще два года. Врачи совместно с остальными членами союза, на производственных совещаниях прорабатывают ряд вопросов постановки здравоохранения, направляя все свое внимание на рационализацию, на проведение режима экономии, на поднятие трудовой дисциплины и на качественное улучшение медицинской помощи.

Большая работа проделана союзом в деле улучшения материально-правового и бытового положения врача: 4 съезд врачесекций мог констатировать непрерывный рост зарплаты врачей и увеличение ее со времени 3-го съезда (с 50 червонных рублей до 92 рубл., т. е. увеличение на 84%) и в последующие два года имеем также увеличение зарплаты врачей. Много внимания было уделено союзом и бюро врачесекций вопросам правового положения врачей. Эти вопросы ставились на обсуждение трудящихся, и партийные, профессиональные и советские организации приняли все меры к улучшению правового положения врача. По этому вопросу Томский на 4-м съезде врачесекций заявил, что случаи эксцессов в отношении врачей со стороны отдельных некультурных слоев населения советская власть и союзы должны беспощадно клеймить и считать каждый такой факт величайшим преступлением и проявлением некультурности и дикости в отношении личности командного состава.

За годы после этого съезда имеются также достижения и в этом вопросе. С повышением культурного уровня населения, случаи грубых эксцессов против врачей становятся значительно реже. Нарушение прав врачей и оскорбление личности квалифицируются, как оскорбление должностного лица.

Вопросам удовлетворения культурных запросов врачей союзная организация уделила много внимания. 4-й съезд врачесекций высказался, „что направление культуры среди врачей должно исходить из того факта, что социальное положение советского врача неизбежно толкает его на усвоение им пролетарской идеологии. К этому же толкает его и практика советского здравоохранения. Профилактический характер последнего, глубокая связь его с рабоче-крестьянскими организациями выдвигает перед врачом роль и значение внешней среды, как основного фактора заболеваемости населения. Углубляющееся профилактическое направление медицины вызывает оживление медицинской науки и открывает перед ней широкие перспективы дальнейшего роста и углубления. Ближайшей и актуальнейшей задачей врачебных секций союза является проведение культурно-воспитательной работы среди врачей, способствующей выработке единого диалектически-материалистического мировоззрения“. За последние годы имеем организацию научных ассоциаций на местах, ведущих свою научную работу в этом направлении.

Нет возможности останавливаться подробнее на ряде других моментов и интересных вопросов жизни, труда и быта врачей. К десятилетию союза Медсантруд можно сказать, что командный состав здравоохранения—врачи—нога в ногу работают с остальными медработниками, совместно строят советское здравоохранение, преодолевая на пути ряд трудностей и разделяя успехи этого строительства. Редакция приветствует Центральный комитет союза „Медсантруд“ и всех медработников.

## Библиография и рецензии.

*Патология и гигиена труда в мартиновских и прокатных цехах.* Под редакц. проф. Э. М. Коган и д-ра П. Я. Штрума. Украинский Государственный Институт патологии и гигиены труда (бывш. Институт рабочей медицины). Сталинский филиал. Сталин. Изд-ство «Диктатура Труда». 1928 г. 465 стр. «Труды и материалы» Института. Вып. VII.

В январе этого года исполнилось 5-летие существования „Украинского Государственного Института патологии и гигиены труда“ (до 1928 года именовывался „Украинский институт рабочей медицины“). Этот скромный по времени юбилей был торжественно отмечен. Этот институт, как и ряд подобных же институтов — „детище советской медицины“. Это новый тип научно-исследовательских институтов, рожденный Октябрьской революцией, посвященных изучению проблемы труда по линии „профпатологии“ и „профвредностей“. В СССР мы имеем теперь уже целую сеть подобных институтов в столичных и крупных промышленных центрах (Москва — 4 института, Ленинград, Харьков с несколькими филиалами по Украине, Свердловск, Ростов и Д. Баку); в широкой — по преимуществу промышленной периферии — мы имеем до 30 подобных небольших институтов под различными наименованиями — „кабинеты и лаборатории по изучению профпатологии“, „кабинеты социальной патологии“, „профдиспансеры“ и т. п. История всех этих институтов исчисляется немногим более 5 лет; первым и „старейшим“ в этой короткой истории является Институт им. Обуха в Москве для обслуживания Москвы и Московской губернии; первой „Клиникой социальной и профессиональных болезней“ — явилась Клиника 1-го М. Г. У. (ныне Центральный государственный институт по изучению профессиональных болезней). Украинский институт является также одним из „старейших“. Все эти институты имеют уже интересную и богатую летопись научно-исследовательских исканий и работ. Об этом свидетельствует и история Украинского института. Об этом свидетельствует и VII научный сборник, посвященный одной из важнейших наших отраслей промышленности — металлургической, одной из труднейших областей — изучению „патологии и гигиены труда в мартеновских и прокатных цехах“. Эти цеха, как известно, наиболее тяжелые и трудные по условиям труда — отягчены и наибольшими „профвредностями и профпатологией“.

VII научный Сборник за 5 лет, как и предыдущие шесть, капитальный и объемистый — уже свидетельствует о большом активе института. VII Сборник особенно показателен тем, что он полностью осуществлен „филиалом“ (Сталинским) института и посвящен одному из самых трудных и сложных вопросов. Сборник включает в себе 20 монографических работ в выполнении коих принимали участие 17 авторов (Зданович, Картман, Лекач, Гликсон, Балванович, Гроссман, Косолапов, Линецкая, Штрум, Спивак, Грановский, Манзон, Айзенберг, Ростмшинский, Эделева, Балабанина, Равин).

Вопросы, получившие освещение в Сборнике, следующие: 1) Техническое описание мартеновского производства и прокатки железа и стали. 2) Общая характеристика санитарно-гигиенических условий труда в горячих цехах. 3) Метеорологические факторы в горячих цехах. 4) Окись углерода, сернистый газ и сероводород в мартеновском и прокатных цехах. 5) К характеристике запыленности мартеновского и прокатных цехов. 6) Характеристика трудовых процессов и режима труда профессий мартеновского и прокатных цехов. 7) Изменение некоторых физиологических функций при работе в мартеновском и прокатных цехах. 8) Состав рабочих и социально-гигиеническая характеристика некоторых условий их быта. 9) Профессиональный анамнез рабочих мартеновского и прокатных цехов. 10) Физическое развитие рабочих мартеновского и прокатных цехов. 11) Влияние работы в мартеновских и прокатных цехах на сердечно-сосудистую систему. 12) „Питьевая болезнь“ рабочих мартеновского и прокатных цехов. 13) Некоторые гематологические данные у рабочих мартеновского и прокатных цехов. 14) Болезни легких у рабочих мартеновского и прокатных цехов. 15) Нервная система у рабочих мартеновского и прокатных цехов. 16) Болезни глаз у рабочих мартеновских и прокатных цехов. 17) Сравнительная характеристика травматизма рабочих горячих и подсобных цехов Сталинского завода за 1925—1926 г.г. 18) Очерк заболеваемости рабочих Сталинского металлургического завода за 1926 г. 19) Экспериментальное исследование влияния лучей мартеновской печи на глаз кролика. 20) Общие выводы (статья д-ра Штрум).

Вопрос охватывается широко и разнообразно, но, естественно, не исчерпывающе. Некоторым частям вопроса посвящены углубленные работы (метеорологические факторы, окись углерода, сернистый газ и сероводород, характеристика трудовых процессов, изменения физиологических функций), другие вопросы затронуты эпизодически и построены, к сожалению, на частичных, небольших материалах; особенно это касается главы и материалов о заболеваемости. Однако, в общем весь «Сборник» представляет большую, солидную, ценную работу и вклад



в научную литературу „о горячих цехах“. Заключительная глава д-ра И. Штрума (Общие выводы) дает ценную сводку всей коллективной работы с практическими предложениями о мероприятиях к оздоровлению рабочих одного из важнейших участков нашего индустриального фронта.

Проф. М. Гран.

„Профилактическая медицина“ № 1. Январь, 1929 г. Этой книжкой журнал начинает 8 год существования. За минувшие 7 лет журнал успел завоевать себе почетное место среди наших периодических изданий, посвященных всем профилактическим дисциплинам: издаваемый в Харькове—журнал успел сделаться популярным и распространённым по всему СССР. Во введении „От редакции“ к началу 8 года своего существования—редакционная коллегия пишет: „В эпоху культурной революции и строительства социализма в нашей стране перед каждым журналом возникают ответственнейшие и серьезнейшие задачи. Осветить современное положение, объяснить его диалектическое развитие, указать пути дальнейшего продвижения, закрепить их в сознании широких масс и способствовать осуществлению в жизни очередных задач здравоохранения и всего советского строительства—такова цель, таков смысл существования медицинской печати“. С такими лозунгами начинает свою работу „Проф. М.“ на 8 году. Январская книжка составлена из ряда интересных статей по ряду отделов журнала: по эпидемиологии и бактериологии—статья Забелло («Микро-реакция по Meinicke, как метод ориентировочного отбора при массовом обследовании на сифилис»); по социальной гигиене и санитатистике—статья проф. С. А. Томилина («Экономика населения—ее социально-гигиеническое и народно-хозяйственное значение»); по профгигиене и охране труда—статья проф. С. П. Каплуна («Научно-исследовательская работа в области изучения и борьбы с профвредностями и профзаболеваниями»); по отделу—социальные болезни и быт—статья А. Д. Шехтер («К вопросу о борьбе с венерическими болезнями в военное время»); по организации здравоохранения—статья Б. М. Полинского («Сельский врач и социалистическое переустройство деревни»). Обращает на себя особенное внимание статья проф. С. А. Томилина с попыткой углубленной расценки человека и человеческого коллектива, как социально-биологической и народно-хозяйственной экономической категории.

М. Г.

I. Wetterer. *Internationale Radiotherapie*. III том, 1350, стр. 1928 г., цена 60 мар., изд. L. C. Wittich, Darmstadt

Настоящий том по форме и содержанию превзошел все ожидания. На протяжении 1340 стр. представлена вся международная терапия лучистой энергией за 1927/28 г. Русская литература занимает значительное место. Кроме пространных рефератов, умело расположенных по всем отделам биологии и терапии (включая и методы физических исследований и технического применения лучей), в этом сборнике имеется 39 критических обзоров по всем отделам радиотерапии, представленных видными радиотерапевтами (Holzknecht, Spinelli, Palmieri, Lahm, Salomon, Stephan, Rollier, Alberti, Bordier, Wetterer и др.) и 1 приложение—монография о лечении злокачественных опухолей кожи I. Wetterer'a. Подробный предметный и именной указатель облегчает ориентировку. Можно надеяться, что на долю III и следующих томов выпадет тот же большой успех, какими пользовались в международном масштабе первые 2 тома «Intern. Radiother.» которые являются необходимой настольной справочной книгой не только для рентгенолога, но и для практического врача, терапевта и биолога.

Р. Я. Гасуль.

Grashey R. *Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen*. V изд., Lehmann, München, 1928 г., цена 26 М. в переплете.

Новое расширенное и дополненное 5 изд. известного атласа германского рентгенолога Grashey не нуждается в особой рекомендации. Нормальная рентгеновская картина является основой при изучении патологической. Недостаточно основательное знакомство с нормальной картиной являлось источником порою очень грубых рентгенологических ошибок. Слишком часто рентгенолог видел патологию там, где по меньшей мере имелся лишь вариант, а большей частью—норма. По мере накопления нашего опыта, по мере ознакомления с вариациями изображаемых органов не только в зависимости от конституциональных особенностей организма и индивидуума, но и от положения данного органа по отношению к трубке и пластинке,—мы научились избегать ошибок. Настоящий атлас нормального скелета в рентгеновском изображении имеет характер руководства. Первые 97 стр. содержат: физиотехнические основы (инструментарий, экспо-

звивия, фиксаторы, бленды, защитные приспособления, (фототехника), практические основы центрировки и перспективы, прекрасные рисунки и схемы установки большого при различных снимках, схемы нормального окостенения, вариантов и ценных указаний для анализа рентгенограмм. Во втором отделе имеются на 140 стр. лучшей бумаги 234 прекрасных позитива рентгенограмм, не уступающих оригиналам и сделанных по особому методу (Glanzdruck). Эти оттиски позволяют детальный анализ каждого снимка, подбор которых представляет прекраснейший материал для сравнения, одинаково полезный и начинающему, и специалисту-рентгенологу, и ортопеду-хирургу.

*Р. И. Гасуль.*

Ф. М. Ротштейн. *Патология и терапия рахита*. С предисл. проф. С. Бруштейна. Госмедиздат, 1929 г., 150 стр., ц. 1 р. 65 к.

В книге д-ра Ротштейна имеются две неравноценные части. Первая, большая, часть посвящена патологии рахита; здесь мы находим довольно подробное изложение анатомии, симптоматологии, этиологии и патогенеза рахита. Но некоторые утверждения автора не вполне соответствуют современному положению трактуемых вопросов. Таково, напр., его мнение о связи рахита с желудочно-кишечными расстройствами; автор полагает, что те желудочно-кишечные заболевания, которые особенно часто наблюдаются именно в конце лета и в начале осени, представляют собой именно ранние формы рахита (стр. 54-я).—Трудно согласиться с автором также и в его оценке значения авитаминоза в этиологии рахита; вопреки его мнению, что нет достаточных оснований для признания связи между рахитом и авитаминозом (стр. 63-я), клиника и эксперимент принесли за последние годы много фактов, устанавливающих такую связь с несомненностью; в главе о лечении автор сам тоже приводит такие факты.—Сближение рахита с болезнью Barlow'a теперь уже оставлено, так как эти процессы оказались различными как по этиологии, так и по анатомическим изменениям.—Автор сообщает о своих опытах, в которых он стремился вызвать рахит у животных путем удаления зубной железы; он получил изменения, которые «обнаруживают много сходства с человеческим рахитом» (стр. 72-я). История попыток экспериментально воспроизвести рахит у животных достаточно убедительно показала, что одного сходства здесь недостаточно.—В общем, можно сказать, что эта часть книги потребует в следующем издании значительных изменений.

Значительно удачнее вторая часть книги, которая посвящена терапии рахита и в которой изложены собственные наблюдения автора над лечением рахитиков в Ленинградском физиотерапевтическом институте при помощи ультрафиолетовых лучей, облученной пищи и другими методами; эта часть содержит много интересных данных и свидетельствует о большой проделанной автором работе: он определял у больных количество кальция и фосфора в крови до и после лечения, проверял результаты лечения рентгеновскими исследованиями, а у трех больных определил также баланс извести и кальция (в семи трехдневных опытах). Полученные автором данные вполне убедительно доказывают действительность примененных терапевтических методов. Поэтому указанные выше недочеты не лишают все же книги ее ценности, и многие врачи прочтут ее с интересом.

В книге много печаток, особенно в иностранных фамилиях. Рис. № 3, изображающий ребенка с ясной деформацией грудной клетки и конечностей, почему-то подписан: «Вид ребенка в прерахитической фазе».

*Проф. Е. Ленский.*

## **Заседания медицинских обществ.**

**Общество врачей при Казанском университете.**

*Хирургическая секция.*

Заседание 14/1—29 г.

Д-р М. С. Знаменский. *Случай удаления пули из левого легкого* у военнослужащего, получившего случайное (слепое) ранение из пулемета при учебной стрельбе на расстоянии около километра. Входное отверстие на передней аксиллярной линии слева. После ранения — резкая одышка, кровохарканья не было, постоянные боли в левом боку, глубокие вдохи особенно болезненны. Рент-

геноскопия: пуля, не деформированная, в левой половине грудной клетки, острием кнаружи. При вдохе смещается книзу. При осмотре спереди пуля имеет неясные контуры и кажется больше своих нормальных размеров, сзади она контурируется отчетливо и имеет нормальные размеры. Уровень ее—VIII ребро сзади. Извлечение пули было произведено под непосредственным контролем рентгеновских лучей через разрез сзади, вдоль 8-го ребра с частичным иссечением последнего и соседнего 9-го. До вскрытия плевры три фиксирующих легкое шва. При вскрытии плевры легкое схвачено окончатым пинцетом и извлечено из раны. Пуля найдена в извлеченной части легкого на глубине  $\frac{1}{2}$  сант. под висцеральной плеврой в гранулирующей полости. Рана легкого зашита катгутowymi швами и фиксирована к плевральной ране. Подоформный выпускник. Швы на мышцы и кожу. Послеоперационное течение гладкое и к моменту демонстрации (спустя, прибол., с месяц после операции) больной чувствует себя вполне удовлетворительно. Рентгеновская трубка помещалась под столом, экран, обернутый в ватолочку с вырезанным окном, накладывался сверху. Освещение—для отдельных моментов операции. Прения: В прениях приняли участие профф. П. М. Красин, М. О. Фридланд и В. Л. Боголюбов и прив.-доц. В. А. Гусынин, отнесший успех операции к умелому использованию,—в казанских условиях впервые,—рентгеновских лучей в качестве контролера хода операции.

Б. А. Остроумов. *К казуистике редких случаев непроходимости кишек*. Сообщение о случае рубцовой стриктуры тонкого кишечника (близ места впадения его в слепую кишку), развившейся постепенно в течение ряда лет после травмы (сильное напряжение брюшного пресса при попытке поднять свалившийся тяжелый воз), приведшей, по всей вероятности, или к частичному отрыву брыжейки от кишечника или разрыву слизистой последнего без нарушения целостности серозно-мышечных слоев. Операция—в экстренном порядке—наложение соустья между резко гипертрофированным тонким кишечником и восходящей частью толстой. Исход вполне удовлетворивший и хирурга, и самого больного. Заживление операционной раны per primam. Прения: профф. Н. В. Соколов и В. Л. Боголюбов.

А. И. Сластников. *Случай огнестрельного ранения толстых кишек*—именно селезеночного изгиба и поперечной части их. Случай касается женщины, средних лет, получившей случайное (слепое) ранение, с близкого расстояния из револьвера. Экстренное оперативное вмешательство (часа через 3 после ранения) состояло во вскрытии брюшной полости через разрез несколько ниже и параллельно левой реберной дуге, наложении трехэтажных швов на оба дефекта в стенке кишечника, очищении от каловых масс брюшной полости и промывании последней физиологическим раствором NaCl. В брюшную полость в избытке влит эфир и введен тампон. Послеоперационное течение осложнилось сравнительно слабо выраженными перитонеальными явлениями в течение 3 первых дней и образованием небольшого калового свища, закрывшегося с течением времени самостоятельно. К моменту демонстрации (спустя с месяц после операции) имеется поверхностный гнойный свищик. Прения: В прениях приняли участие профф. П. М. Красин, прив.-доц. В. А. Гусынин, профф. Н. В. Соколов, д-ра И. Л. Цимхес и М. С. Знаменский и профф. В. Л. Боголюбов, отметившие, что в благополучном исходе случая большую роль сыграли ряд благоприятно сложившихся обстоятельств, как своевременно оказанная помощь, изолированное повреждение одного органа и т. д., а главным образом введение тампона, оказывающего неоценимую услугу в подобного рода ранениях брюшной полости.

Д-р А. Н. Рыжих. *О курортном лечении урологических больных*. Впечатления докладчика от курортного лечения (Железноводск) урологических больных по своим личным наблюдениям (1928 г.) и по сводке историй б-ней за 1927 год сводятся к следующему: некоторое улучшение при хронических нефритах и нефрозо-нефритах, некоторых диатезах (моче- и щавелевокислых), весьма заметное при хронических пиелитах и циститах, бесполезно—при хронических простатитах и сопутствующей половой неврастении и даже вредно и противопоказано при фосфорнокислом диатезе. Благоприятное лечебное действие курорта складывается из ряда таких факторов, как климатические данные, минеральные источники, бальнеологические процедуры, строгой диеты и режима, медицинский надзор и т. д. Назначение тех или иных методов лечения должно быть строго индивидуализировано и требует тщательной ориентировки в диагнозе. Прения: д-р Ю. А. Ратнер и профф. В. Л. Боголюбов.

Административная часть заседания: заслушан годовой отчет секретаря секции д-ра И. Л. Цимхеса. Произведены перевыборы президиума Секции, в новый состав которого вошли: председатель—проф. В. Л. Боголюбов; заместители председателя—проф. П. М. Красин и М. О. Фридланд и секретариат д-ра П. Л. Цимхеса и С. А. Смирнов.

Секретарь С. А. Смирнов.

### *Акушерско-гинекологическая секция.*

Заседание 6 III.

Проф. А. П. Тимофеев демонстрировал б-ую, у которой им была произведена *трансплантация мочеточников в прямую кишку* по методу Coffey у двухмоментно,—сначала был пересажен правый мочеточник в нижний отдел recti, а потом левый—в S Romanum, через 3 недели после первой операции. В настоящее время больная хорошо удерживает мочу и ясно различает позывы на мочеиспускание и дефекацию. Интересно, что явления пиелита, дававшего постоянные обострения до операции, в настоящее время исчезли.—В прениях участвовали проф. В. С. Груздев и д-ра Ю. А. Лейбчик, Н. Н. Чукалов, И. Е. Дерчинский.

Д-р П. Т. Палкин-Милославский: *К вопросу о фосфорном и кальциевом обмене при остеомаляции*. Наблюдая обмен фосфора и кальция в одном случае остеомаляции до и после кастрации, докладчик нашел, что таковой до лечения был резко положительным, после же кастрации задержка организмом еще увеличилась, но это явление наблюдалось временно. Клинически и субъективно улучшение также было временным. Применение адреналинотерапии и рыбьего жира с фосфором также не дало положительных результатов.—В прениях по докладу выступали проф. В. С. Груздев, отметивший, что отрицательный результат лечения кастрацией, как и другими способами, в данном случае, вероятно, объясняется давностью процесса (12 лет) и уже наступившим стойким изменением в организме больной, а также д-ра Н. Н. Чукалов и Б. С. Тарло.

Избрана комиссия для чествования (осенью с.г.) проф. Д. М. Отта, по поводу его 50-летнего юбилея, в составе проф. В. С. Груздева и А. П. Тимофеева и д-ра Ю. А. Лейбчика.

### *Кожно-венерическая секция.*

Годичное заседание (34-ое) 26 I—1929 г.

1) Доклад д-ра Дмитриева А. П.—*Наблюдения над лечением хронических простатитов, сперматоциститов и функциональных расстройств мужского мочевого аппарата грязевыми комбинатами на „Сергиевских минеральных водах“ в лечебный сезон 1928 г.*

Автор применил грязевые ректальные тампоны в комбинации с тазовыми ваннами при простатитах, сперматоциститах и функциональных расстройствах мужского полового аппарата. Под наблюдением было 30 больных. Благоприятные результаты получены были при хронических простатитах с ясно выраженной асимметрией железы и ее уплотнением. После 12—16 комбинатов в большинстве случаев наблюдался приход железы в нормальное состояние, причем лейкоцитоз в секрете уменьшался до единичных гнильных клеток в поле зрения.

Прения: Бейрах, Печников Н. П., Перовских и Яснитский.

2) Доклад д-ра Бикенина Б. С. *Материалы к изучению заболеваемости населения Татарской Республики.*

По данным медико-санитарных учреждений, собранных в Статистическом отделе Татнаркомздрава, зарегистрировано первично венерических больных 12.212 в 1926 г. и 13.204 в 1927 г. На 10.000 населения приходится 25,6 сифилиса; 24,5 гонорей и 0,7 мягкого шанкра.

Из анализа статистического материала и данных лечебно-обследовательских венотрядов ТР, показывающих не фактическое количество больных, а лишь число зарегистрированных случаев, докладчик делает следующие ориентировочные выводы:

1) По сравнению с довоенным временем сифилис в Татреспублике уменьшился, а по сравнению с предыдущими годами заметно незначительное снижение его. По отношению к гонорее заметно повышение ее, как в городе, так и в кантонах, по сравнению с предыдущими годами.

2) Татарское население менее поражено сифилисом по сравнению с другими народностями ТР, но мало отстает от них в заболеваемости гонореей. Рост свежих

форм сифилиса среди татар, вследствие культурной отсталости их, является угрожающим фактором и требует неотложных предупредительных мер.

3) Национальные меньшинства больше поражены сифилисом по сравнению с другими, гонорреей—одинаково с остальными народностями.

4) Необходимо ускорить введение единой карточной системы регистрации венерических больных, сосредоточив разработку карточки в венерологических диспансерах.

5) Желательно ввести обязательное извещение венерологических диспансеров о случаях сифилиса I-ой и свежей формы сифилиса II, как при острозаразных заболеваниях.

6) Городские диспансеры обеспечивают население города противовенерической помощью.

7) Кантональные диспансеры, из-за их большого радиуса, не могут охватить большого больше того, что они уже достигли.

8) Борьба с венболезнями на селе должна проводиться диспансерным методом через участки, укрепленные вторыми врачами.

9) Учитывая малокультурность населения ГР, особенно татарской и нацменских групп, необходимо увеличить санитарно-просветительную литературу на их родном языке, приблизив и лечебную помощь.

10) Результаты проделанной работы на противовенерическом фронте не позволяют ослабить эту борьбу и требуют углубления ее для достижения еще больших успехов в уменьшении заболеваемости и в половом воспитании широких масс трудящихся.

Прения: Ротштейн, Баудер, Дрынаев, Батунин и Яснитский.

3) Годовой отчет секретаря секции д-ра М. П. Батунина.

4) Выборы бюро секции.—Председатель—профессор М. С. Пильнов. зам.—приват-доцент Н. Н. Яснитский. Секретари: Батунин, Миркин, Кугушев.

Секретарь М. Батунин.

35-е заседание 1/II—1929 г.

Д-р Н. П. Колоколов—демонстрировал двух больных (брат и сестра) с Lues hereditaria tarda. Здесь обращает на себя внимание страдание костной системы с поражением почти всех суставов (мальчик). R. W. резко положительна.—Прения: Кугушев, Яснитский, Ашанин и Батунин.

Д-р А. Дмитриев. *Спермокультура при гоноррее*. Автор поставил себе целью испытать различные методы посевов спермы у латентных гонорроиков. Проверен метод Guérin'a на 30 больных с различной клинической картиной хронической гонорреи и без всяких симптомов больных, желавших узнать не являются ли они бактериноносителями. Автор получил в 4 случаях из 30 положительный результат, однако, не удовлетворившись этим, он решил на следующей серии больных также в 30 человек испытать метод Giscard'a, этим методом он получил уже у 6 больных положительный результат. Докладчик отметил, однако, и в этом методе некоторые недостатки, и в своей дальнейшей работе поставил целью устранение недостатков этих методов.—Прения: Ашанин, Кугушев, Батунин, Яснитский, Миркин, Виккенин и Дрынаев.

36-ое заседание 1/III—29 г.

М. Н. Ашанин демонстрировал больную девочку, 2 лет, с пигментной крапивницей. Сыпь расположена на туловище, конечностях и висках, где имеются коричнево-желтые пятна разных размеров, на которых по временам появляются волдыри белого цвета, величиной с чечевицу, исчезающие в несколько часов. Сильный зуд сопровождает их появление. При чесании на пятнах появляются такие же эфлоресценции, а иногда полосы белого цвета, которые через несколько минут становятся красными. За последние 18 лет это второй случай в Клинике. В виду редкости заболевания оно часто не диагностируется. Данная больная была в трех учреждениях г. Казани, везде ставили диагноз врожденного сифилиса, однажды—измененного на шелушащуюся экзему. Больная приняла два курса противосифилитического лечения,—мать один курс. Под влиянием лечения в клинике (ежедневные ванны, спиртовой раствор ментола, кальций внутрь) зуд значительно уменьшился, пигментации несколько увяли.—Прения: Батунин, Баудер, Дрынаев и Миркин.

Н. Ф. Рупасов. *Лечение чешуйчатого лишая хирургическим путем* (с демонстрацией больного). Автор лечил таким образом 6 человек в возрасте от 16 до 28 лет. Все случаи были острые и имели сильно-распространенный харак-

тер. Лечились до этого только местно. Сущность лечения сводилась к двум разрезам, на наружной поверхности бедер, длиной от 10—15 сантиметров, глубиной до фасции. Обратное развитие болезни начиналось через 2—3 недели и к концу второго или вначале 3-го месяца процесс исчезал и лишь у некоторых оставался еще на локтях. Дальнейшие наблюдения показали следующее: один рецидив через 10 месяцев, 2 без рецидива в течение 2-х лет, один — не полное, но стойкое исчезновение и два не явились для проверки. Выводов автор не делает никаких, а указывает на какую-то связь с нервной системой. Осложнений после операции не было, разрезы заживали первичным натяжением.

37-ое заседание 7/III—1929 г.

Д-р А. Д. Целищева. Демонстрация случая с *Periostitis gonorrhoeica*. Больная—швея, 43 лет. В анамнезе—20 лет назад гоноррея с полиартритом, после которого остался анкилоз левого коленного сустава. Полтора месяца назад новое заражение гонорреей, левосторонний бартолитит. Через несколько дней после начала бартолитита периостит на правой tibia, располагающийся в верхней трети кости вблизи коленного сустава. На рентгенограмме—периостит, сама кость не поражена. Быстрый лечебный эффект от вакцинотерапии массивными дозами.

Д-р Я. Д. Печников. Демонстрация случаев с гонорройными заболеваниями. А. *Распространенные метастазы*. Больной 36 лет, ломовой извозчик. На второй неделе после получения гонорреи больной инфицировал оба глаза. На третий неделе развился полиартрит с локализацией в обоих коленных суставах, в суставах стопы, позвоночника, обоюдосторонний ischias. Во время пребывания в Клинике Института, после периода значительного улучшения всего симптомо-комплекса, появилось обострение простатита с одновременным ухудшением клинических явлений в суставах, седалищных нервах, в также обострение имевшегося кератита и прита обоих глаз. Этот рецидив демонстративен для связи исходного фокального очага инфекции (простатит) не только с заболевшими суставами и нервами, но и с однажды уже пораженными глазами.

В. *Гоноррея и малярия*. Больной, красноармеец 23 лет. Гоноррея в первый раз. После полутрамесячного лечения в диспансере помещен в клинику с непрекращающимся гнойным истечением из уретры, обильно содержащим гонококки, подострым простатитом, ограниченным кавернитом. В клинике перенес сильно выраженный приступ малярии. В течение двух недель температура колебалась между 39° и 40,6°. Несмотря на высокое и длительное поднятие температуры, гнойное отделяемое из уретры с содержанием в нем гонококков не прекращалось в продолжении еще двух месяцев. В дальнейшем—хроническое течение гонорреи. Докладчик, уже неоднократно подчеркивавший угнетающее влияние малярии на течение гонорреи, видит в настоящем случае вновь подтверждение этого факта, особенно демонстративное в силу того, что приступ малярии сопровождался весьма высокой лихорадкой.

В. *Гоноррея и туберкулез*. Больной, крестьянин, 24 лет. Гоноррея в первый раз: простатит, сперматоцистит, полиартрит, the pulmonum, хроническое течение процесса в мочеполовых органах и суставах. Рефрактность по отношению к методам лечения как общего, так и местного характера. После тщетных попыток лечения в течение 6 месяцев, больной в июне выписан из клиники. Рекомендовано дома в деревне усиленное питание, лечение солнечными ваннами. Через два месяца систематического применения солнечных ванн больной не только оставил костыли, с которыми выписался из Клиники, но поступил грузчиком на Волгу. Таким образом здесь доминирующий патологический момент—туберкулез; в соответствующих случаях надо думать о солнцелечении, питании и т. д.—Прения: Я с н и т с к и й, Б а т у н и н, Д м и т р и е в, Р о м а н о в, В а й н ш т е й н и Б и к к е н и н.

38-ое заседание 14/III—1929 г.

Д-р Н. П. Колоколов. *К модификации реакции Abelin'a на сальварсан*. (Из Лаборатории биологической химии Каз. гос. у-та). Видоизменение реакции основано на свойстве окси-азо-соединений переходить из подкисленных растворов в амилловый спирт, а из последнего в щелочную воду. Извлечением из предварительно подкисленной пробы красящего вещества, полученного общепринятым способом (по Abelin'у), автор преследует цель освободиться от мочевых пигментов, мешающих обычно колориметрии. Это последующее извлечение красящего вещества дает более определенные и точные результаты при определении сальварсана, в особенности при количественном его определении, т. к. большая или меньшая проблематичность при наличии малых количеств сальварсана в иссле-

двух пробах значительное устраняется.—Прения: Дмитриев, Голосов-кер и Миркин.

*Рино-ларинго-отоларингическая секция.*

20-ое заседание 9/XI—1928 г.

Д-р Д. Н. Матвеев и инженер Н. И. Пауткин.—«*Математическое определение подхода к антруму соседнего отростка*». Внешняя поверхность височной кости с прикладываемой к ней плоскостью соприкасается всегда в трех точках. Одна из точек лежит на скуловом отростке, другая на височной линии и третья на наиболее выступающем участке соседнего отростка. Эти точки определяют собою треугольник, названный височным. Результаты измерений более 50 препаратов костей дают право высказать следующее положение: антрум соседнего отростка находится в направлении перпендикуляра, восстановленного к плоскости височного треугольника в точке пересечения его биссектрис. На имеющихся препаратах (в том числе и с необычным расположением антрума), указанный перпендикуляр входит в височную кость в области *spina suprameatum Henle* и подходит к антруму. Кроме того, руководствуясь найденным положением, проделана операция на 40 случаях. Во всех случаях (в том числе и с необычным расположением антрума) неизбежно попадали в антрум без всяких осложнений в смысле повреждения соседних частей. На основании произведенных исследований можно сделать следующее заключение: 1. Предлагаемый нами подход к антруму с помощью височного треугольника является целесообразным вследствие его точности, безопасности в отношении осложнений и наименьшей длины его пути. 2. Найденная зависимость местоположения антрума от наружных отделов височной кости дает возможность ориентироваться при антротомии по математическим данным. 3. Математическое определение подхода к антруму ставит на очередь вопрос о практическом использовании этого определения при антротомии.—В прениях приняли участие д-ра Б. С. Голанд, Б. Н. Лебедевский, Н. К. Трутнев, С. П. Яхонтов и проф. В. К. Трутнев.

Демонстрация новой конструкции аденоотома. Д-р Шабалин Ф. Я из Вятки *демонстрировал аденоотом новой конструкции*. Последний состоит из двух инструментов—шпателя и собственно аденоотома. Шпатель вводится в носоглотку и, оттягивая, поднимая мягкое небо, защищает особыми пластинками и боковые части носоглотки. При введении шпателя создается ограниченное операционное поле, со свободным сводом носоглотки и задней стенкой ее, для действия второго инструмента аденоотома, имеющего вид кюретки с острым наружным краем. Удаление аденоида производится сзади наперед; при этом движения инструмента сзади ограничиваются задней стенкой глотки, спереди—металлической пластинкой шпателя, поднимающей мягкое небо, с боков—боковыми щитками. Шпатель одновременно и отжимает язык больного вниз. У аденоотома-кюретки привешен в окне металл. мешок, в который и попадает отрезанный аденоид. Докладчик считает, что у предлагаемой конструкции аденоотома отсутствуют почти все недостатки, свойственные аденотому Вексманна, и имеется целый ряд преимуществ.—В прениях участвовали д-ра Н. К. Трутнев, Широ, В. А. Чудносов, Л. В. Алексеева, Шустер, Б. Н. Лебедевский, З. И. Вольфон и проф. В. К. Трутнев, который подчеркнул ряд положительных данных нового инструмента, оттенил и его отрицательные стороны: его сложность, затруднение в координации движений обеих рук, возможность большой травмы мягкого неба с последующим порезом его, трудность применения у детей, возможность образования при движении инструментом снизу вверх ножки отрезанного аденоида вверх, в своде носоглотки, что сильно затруднит осмотр ее и удаление кусочка; последствием этого может быть более частая инфекция операционной раны.

21-е заседание.

Д-р Шахова демонстрировала больного К., страдавшего значительно затрудненным дыханием, перемежающимися приступами удушья. При производстве трахеобронхоскопии обнаружено диафрагмальное сужение трахеи, на расстоянии 3—4 ст. над бифуркацией, свежесрубцового характера, со свисающими грануляциями над стенозом. Бронхоскопической трубкой № 2 был произведен разрыв рубцов, т. к. во время операции наступила асфиксия. Грануляции были удалены щипцами. Дальнейшее лечение состояло в дилатационном воздействии на стеноз, посредством резиновой насадки, надетой на трахеотомическую трубку. В настоящее время диафрагмальное сужение отсутствует; дыхание больного свободно. Во из-

бежание рецидива у больного оставлена вышеуказанная канюля на 2 месяца, после чего предполагается деканюляция.—Прения: проф. В. К. Трутнев.

Д-р Б. С. Голанд, демонстрировал больного с *фистулой между трахеей и пищеводом*. Б-ной 40 л., крестьянин, жалуется на затруднение глотания твердой и жидкой пищи, кашель и общую слабость. Рентгеноскопически: в пищеводе на высоте дуги аорты найдено выпячивание передней стенки. Ниже этого места задержки пищи неровной зубчатой струйкой переходит в нижний отдел пищевода. Эзофагоскопией констатирована фистула между пищеводом и трахеей на расстоянии 22 ст. от края зубов. Биопсия.—Прения: д-ра Комов, Гусаров, Шабалин и проф. В. К. Трутнев, отметивший большую редкость такой фистулы.

Д-ра Б. Н. Лебедевский и С. П. Яхонтов. Сообщение о Краевом съезде рино-ларинго-отитов в Ростове н/Д, 1928 г. Напечатано в № 3 нашего журнала за 1929 г.

22-ое заседание 8/XII—1928 г.

Проф. В. К. Трутнев. *Впечатления о заграничной поездке летом текущего года.*

Д-р С. С. Широ демонстрировал больного, 36 л., из Башреспублики, со *склеромой гортани*, у которого в 1917 г. обнаружилось затрудненное дыхание и сильный голос. Явления нарастали, и в 1923 г. наступил приступ удушья, благополучно закончившийся. В 1925 г. новый приступ, потребовавший трахеотомии. Через 3 недели больной деканюлирован. В 1928 г. повторился приступ удушья и снова трахеотомия. При осмотре гортани истинных связок не видно, так как они закрыты утолщенными плотными валикообразными ложными. Такие же валики в подвязочном пространстве. Бактериологическое и патолого-анатомическое исследования подтвердили диагноз склеромы.

Д-р Д. Н. Матвеев. *Регенеративная способность слизистой оболочки носа после оперативных воздействий на нее.* На основании гистологических исследований более 30 препаратов слизистой оболочки носа, главным образом, переднего нижнего конца нижней носовой раковины после прижиганий термокаутером, хромовой и трихлоруксусной кислотами и конхотомии при помощи ножниц автор делает выводы: при всяком оперативном вмешательстве в более или менее длительный срок (до нескольких месяцев) эпителиальный покров восстанавливается. Вопрос о мерцательной клетке автором в работе не затронут. Эпителий рассматривается только в отношении ядерных слоев. Железистый и кавернозный слой не регенерируют. При прижиганиях кислотами и термокаутером заживление идет вторичным натяжением под струпом, а при конхотомии—первичным натяжением, так как края разреза подходят друг к другу подобно заживлению слизистой желудка и кишек. Сдвигание послеоперационных краев к друг другу происходит, повидимому, благодаря наличию мышечных и эластических волокон в глубине слизистой. Поэтому конхотомия патологически разрощенной слизистой оболочки носа должна быть предпочтена прижиганиям во всех случаях, где слизистая оболочка сохранила функциональную способность.—Прения: д-ра Н. К. Трутнев, С. П. Яхонтов, Смирнова и проф. В. К. Трутнев.

### Гигиеническая секция.

Заседание 5/II—29 года.

1. Д-р М. В. Троккий. *Содержание Mn в пищевых продуктах.* Определение Mn в пищевых продуктах производилось колориметрически, причем окраска получалась по принципу Marschall'я и Walters'a с некоторыми изменениями, внесенными автором в данную методику. Зола исследуемого вещества, после последовательной обработки бисульфатом калия и крепкой азотной кислотой, растворялась в разведенной серной кислоте (10<sup>0</sup>/о); по прибавлении к полученному раствору твердого персульфата калия и достаточного нагревания полученная окраска марганцевой кислоты сравнивалась с шаблонным раствором перманганата. Проводя такие определения в различных продуктах растительного и животного происхождения, Авт. обнаружил резкое колебание в содержании Mn в первых и небольшое колебание в последних. Заслуживают внимания полученные постоянные величины в молоке и крови человека. Интересно также постоянное соотношение в содержании Mn в белке и желтке яиц, для которых оно в среднем равно 47<sup>0</sup>/о



Автор приходит к выводу, что содержание Мп в животном организме не случайное явление, а имеет, несомненно, биологическое значение.—Прения: д-р Лось и проф. Милославский.

2. Проф. В. В. Милославский. *Эндемический зоб, его распространение, этиология и профилактика*. Литературный обзор.

Заседание 19/II—29 года.

1. Ассистент М. А. Леонтьева. *Данные о гидрогеологическом строении районов Звениговского и Моркинского кантонов Маробласти*.

2. Проф. В. В. Милославский. *Водоснабжение некоторых районов Звениговского и Моркинского кантонов Маробласти*. Работа проделана совместно с д-ром Л. И. Лось. Всего было произведено 122 анализа воды (химич. и бактериол. исслед.). Территорию обследованной части обоих кантонов можно разделить на две резко отличающиеся по характеру водоснабжения части: восточную часть Звениговского кантона с районами: Помарским, Мамасевским, Обширским, Кожласолинским, Моркьяльским, Сухоовражским и Шигаковским, с одной стороны, и западную часть Звениговского кантона с районами: Сотнурским, Петьяльским, Кукморским, с другой стороны; сюда же следует отнести северную часть кантона—Керебелянский район и, наконец, весь Моркинский кантон. Обе части территории двух кантонов отличаются по рельефу, причем первая часть луговая, равнинная, вторая—гористая.

В восточной части Звениговского кантона среди источников водоснабжения значительное место занимают болота, причем по районам  $\%$  дворов, пользующихся болотной водой, колеблется от 24,2 до 65,4 (Мамасевский район), а в среднем 35,6 $\%$ . Если прибавить сюда 6,2 $\%$  дворов, пользующихся водой из озер, то получится 41,8 $\%$  дворов, пользующихся открытыми водоемами и стоячей водой. В остальной же части кантона ни болот, ни озер нет. Шахтными колодцами в обследованной восточной части кантона пользуются 26,1 $\%$  дворов, в остальной части—51,8 $\%$ . По характеру водоснабжения Моркинский кантон походит на западную часть Звениговского: преобладающими источниками здесь являются шахтные колодцы (87,6 $\%$ ), далее идут родники (8,4 $\%$ ); болот здесь только 2,1 $\%$ , столько же озер.

Наиболее высокая окисляемость наблюдается в болотах, в среднем 32,79 мг. кислорода в Звениговском кантоне и 9,7 в Моркинском. Аммиак в больших количествах найден в воде болот Звениговского кантона 0,87 мг. и в меньшем количестве в Моркинском кантоне. Если сравнить источники, особенно болота и озера, обоих кантонов, то очевидна гораздо большая загрязненность источников в Звениговском кантоне, и именно в западной его части в районах болот; минерализация источников обратно пропорциональна их загрязненности—гаков закон. Количество бактерий в среднем наивысшее в воде шахтных колодцев; вода болот занимает среднее место по количеству бактерий. Кишечная палочка найдена в болотах Звениговского кантона в 91 $\%$  проб. В шахтных колодцах Звениговского кантона кишечная палочка отсутствует в 19,2 $\%$ , в Моркинских колодцах в 15 $\%$  проб ее не найдено. Родники восточной части Звениговского кантона загрязнены *V. coli* так же, как и в западных районах. В воде буровых колодцев кишечной палочки не найдено, что является наиболее существенным отличием этих вод от колодезных и родниковых.—Прения: д-ра Федоров, Бесекерский, Мехоношин, Князевский.

### Туберкулезная секция.

Заседание 29/XI 28 г.

Д-р А. П. Кокушина. *Противотуберкулезная вакцинация (BCG) по материалам IV-го Всесоюзного Туберкулезного Съезда*.

Д-р М. И. Аксентьев. *Экспериментальные вопросы на Туберкулезном Съезде*. Докладчик остановился на вопросах фильтрующегося вируса, конгенитальной инфекции, химизме и питании туберкулезных палочек и экспериментальном обосновании BCG.—После прений по обоим докладам, в которых приняли участие проф. Б. А. Вольтер, П. В. Дезидериев, Виноградов, Захаров, Ойфебах и Федоров, секция приняла решение: 1) о необходимости продолжать и усилить работу по вакцинации BCG в Казани; 2) в целях широкого ознакомления врачей, консультаций, акушерских отделений, диспансеров и т. д. с состоянием вопроса о BCG просить клиническую комиссию о созыве общего

собрания врачей заинтересованных учреждений, где вновь поставить доклад о ВСГ; 3) поднять вопрос в клинической комиссии о расширении показаний к применению ВСГ и, наконец, 4) обратиться в президиум об-ва врачей с просьбой осветить вопрос о противотуберкулезной вакцинации на пленуме об-ва.

*К новой классификации tbc.* Для проработки инструкции по заслушанию обращения Саратов. губ. ин., избрана комиссия в составе профф. Е. М. Лепского, В. К. Меньшикова, д-ров П. В. Дезидериева, М. В. Захарова, М. П. Мастбаума и М. П. Ойфебаха.

### *Офтальмологическая секция.*

(Перечень докладов).

Годичное заседание 19/1—28 г.

А. В. Бирюлев. Об ощущении слепыми предметов на расстоянии.

Д-ра Р. Х. Микаэлян, А. Н. Круглов и И. П. Тарнопольский.  
Первая серия исследований по трахоме и конституции.

2-е заседание 22/II—28 г.

Д-ра Л. А. Дымшиц и Ю. Фит. Случай ретробульбарного неврита риногенного происхождения и несколько замечаний по поводу его терапии.

Проф. В. В. Чирковский. О возрастном иммунитете при трахоме. (По поводу статьи Варшавского в Архиве офтальмологии на ту же тему).

Д-р Ю. Фит. Случай диабетической катаракты в молодом возрасте.

Д-р Ратнер. Случай эмболии art. centralis retinae.

Д-р Уткина. К казуистике особо распространенных кровоизлияний retinae с последующей глаукомой при anaemia perniciososa.

3-е заседание 30/III—28 г.

Д-ра Р. Х. Микаэлян и Аврутова. О некоторых гистологических особенностях глаза морской свинки для бактериологического эксперимента.

Д-р Неминский. Несколько слов о микрофлоре нормальной конъюнктивы обезьян.

Д-р А. Н. Круглов. Комбинированная эксцизия с трансплантацией слизистой губы в регрессивном периоде трахомы.

4-ое заседание 4/IV—28 г., соединенное с рино-ларинго-отитрической секцией.

Д-р Н. А. Бобровский. Случай первичного комплекса (tbc) с необычным распространением, осложненный прободением трахеальной стенки.

Д-р Коленько. Демонстрация больного с субретинальным цистицерком.

Д-ра Л. А. Дымшиц и Ильина. Об изменениях слепого пятна с ангиоскотомы при некоторых заболеваниях носа и его придаточных полостей.

5-ое заседание 23/V—28 г.

Д-р Н. А. Афанасьева. Случай выраженного кератоглобуса при трахоме (с демонстрацией больной).

Д-ра Р. Х. Микаэлян, А. Н. Круглов и И. Я. Тарнопольский.  
Еще к вопросу об отношении конституции к трахоме.

Д-р Л. Н. Павлова. Материал об отношении трахомы и формикулярных заболеваний конъюнктивы к состоянию Вальдейерова кольца.

Д-р Н. М. Морозов. К казуистике редких врожденных опухолей глаза (teratoma bulbi) (с демонстрацией гисто-патол. препаратов).

6-ое заседание 31/V—28 г.

Д-р Блитштейн-Неворожина. К вопросу об экспериментальной гонобленнорее у кроликов.

Д-р Г. С. Лиорбер. О картограмме распространения трахомы в Татарской республике.

Д-р Сапир. К казуистике врожденного малоглазия с кистой нижнего века.

### **Научные собрания врачей Гос. ин-та для усоверш. врачей им. В. И. Ленина в Казани.**

107-ое собрание 23/X—28 г.

Проф. М. О. Фридланд демонстрировал *новый тип повязки* для лечения контрактуры пальцев руки, лиру Моммзена, представляющую собою повязку из металлической сетки, к которой прикрепляется тяга от контрактурованных пальцев руки.

Д-р А. И. Алексеева — демонстрировала больную, 17 лет, с *myositis ossificans progressiva*. Болезнь с 5 лет; заболевание началось с боковых мышц шеи и постепенно распространилось на мышцы затылка, жевательные, спины и грудные; имеется анкилоз всего позвоночника, левого тазобедренного и левого коленного сустава. Подвижность обоих плечевых суставов резко ограничена. Рентгенограммы подтверждают наличие костной ткани в различных группах мышц.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов, Р. А. Лурья, Е. М. Лепский, д-ра Л. Н. Клячкин, Ю. В. Первушин и прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль. *Клиническое значение исследования биохимического действия рентгеновых лучей*. В 56 опытах, проведенных совместно с Зав. Лабор. Биолог. химии Каз. университета прив.-доц. А. Н. Поляковым, освещения различными дозами рентгеновых лучей свежеекстирпированных селезенок кошек удалось обнаружить после малых доз временное увеличение объема действия аутолитического фермента, а после больших доз аутопротеолиз задерживался или вовсе не происходил. В связи с этим развивается мысль об активации рентгеновыми лучами лечебных аутолитических ферментов раковых опухолей и делается практическое предложение пользоваться при лечении рентгеном или радием небольшими дозами. Клинически подмеченное более благоприятное действие малых доз находит таким образом экспериментальную биохимическую основу.—Прения: профф. Е. М. Лепский и Р. А. Лурья, отметившие клиническое значение стимулирования лечебных ферментов.

Д-р М. И. Ойфебах сообщил о *новой классификации туберкулезных заболеваний*, принятой IV Всесоюзным туберкулезным съездом. Напечатано в № 2 нашего журнала.

108-ое собрание 13/XI—28 г.

Проф. Р. А. Лурья, открывая заседание, предложил собранию почтить вставанием память умершего проф. З. П. Соловьева, организатора здравоохранения Красной Армии. Проф. Р. А. Лурья сообщил также некоторые сведения из биографии покойного: в дореволюционное время он был санитарным врачом и секретарем туберкулезной лиги.

Прив.-доц. В. А. Гусынин. *К патогенезу кишечной инвагинации*. Спазмическая теория происхождения кишечной инвагинации Nothnagel'я является наиболее утвердившейся. Спазмический механизм объясняет самый факт инвагинации; для его появления необходимы известные этиологические моменты: подвижная соесум, длинная брыжейка, разница просвета между подвздошной и слепой кишкой, детские поносы, глисты, инородные тела, опухоли, язвы кишки, травма, терация, душевные потрясения. К иллюстрации сказанного автор демонстрировал: 1) препарат слепой и начальной части толстой кишки, резецированной им в Казанской железно-дорожной больнице по поводу *invaginatio coecocolica* (больная выздоровела) и 2) препарат толстой кишки после тотальной резекции толстой кишки по поводу *invaginatio ileocolica* на протяжении всей толстой кишки (больная умерла). В первом случае инвагинация была вызвана, как предполагает автор, аномальным положением *appendix'a*, пролябаровавшего через преформированное отверстие в *mesocoecum* с латеральной стороны на медиальную и здесь приросшего своей верхушкой к соесум. Во втором случае исходной точкой спастической перистальтики являлся полип, величиной с дюлю, на стенке тонкой кишки.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов и Р. А. Лурья.

Прения по докладу д-ра М. И. Ойфебаха. *Классификация туберкулезных заболеваний, принятая на IV Всесоюзном туберкулезном съезде*. Напечатаны в № 2 «Журнала».

109-ое собрание 27/XI—28 г.

Д-р А. М. Миропольская демонстрировала больного с *полиневритом*, у которого, несмотря на тщательно произведенные исследования, не представилось возможным установить этиологию заболевания.

В прениях приняла участие: проф. Р. А. Лурья, прив.-доц. О. А. Герман, прив.-доц. И. И. Русецкий, д-ра М. И. Мастбаум, А. Г. Гринбарг и П. Ф. Евстифеев.

Проф. А. А. Опокин и д-р Р. П. Зак: *Аутогемотерапия, как метод Reiztherapie при ревматических суставных и некоторых гинекологических заболеваниях*. Доклад будет напечатан в «Каз. мед. журн.».

Прения: прив.-доц. И. И. Русецкий, д-ра Л. И. Виленский, А. И. Шварцман, Я. О. Дайховский и А. Г. Гринбарг.

110-ое собрание 11/XII—28 г.

Прив.-доц. О. А. Герман и д-р С. С. Шриро. *Специфичны и нетоксичны ли фильтраты по Безредко*. Доклад будет напечатан в «Казанск. мед. журн.».—Прения: Профф. М. П. Тухнов, Е. М. Лепский, прив.-доц. Р. Я. Гасуль и д-р Р. Х. Микаэлян.

Д-р А. П. Миркин демонстрировал *случай gastromyxorrhoeae* у больного 27 лет, поступившего с жалобами на боли в подложечной области непосредственно после еды. Натощак добыто при исследовании желудочного сока 75 к. с. жидкости, состоящей исключительно из слизи. Наличие натощак такого значительного количества слизи без других симптомов заставило установить диагноз *gastromyxorrhoeae*, процесс нервного характера, аналогичный *colitis mucosa*.—Прения: проф. Р. А. Лурия.

Проф. Н. В. Соколов в интересном докладе поделился личными впечатлениями о результате своей заграничной командировки, о хирургических клиниках и больницах Берлина.

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

Врачами бывшего Елабужского кантона Т.С.С.Р. при Елабужской районно-участковой больнице в январе 1928 г. организован научный кружок под председательством д-ра Е. Н. Аврова.

В течение 1928 г. проведено 10 заседаний, на которых были заслушаны следующие доклады:

Д-ра Аврова: 1) О переливании крови. 2) О применении дуоденального зонда. 3) О лечении физостигмином послеоперационных порезов кишечника. 4) О лечении резаных ран шеи (с демонстрацией больного). 5) О хирургическом лечении туберкулеза легких (*phrenicotomy*). 6) О XX Съезде российских хирургов с 26 по 30 мая 1928 г.

Д-ра Чистосердова: О научной командировке на курсы усовершенствования врачей в г. Казани.

Д-ра Войдинова: О научной командировке на курсы усовершенствования врачей в г. Казани.

Д-ра Каллистова: 1) О научной командировке на курсы усовершенствования врачей в г. Казани. 2) О работе трахоматозного отделения диспансера в Исенбаевской волости Елабужского кантона.

Д-ра Филиппова: 1) Информация: «Положение о научных кружках». 2) Особенности течения скарлатины зимой 1927/28 г. в г. Елабуге.

Д-ра Шибкова: Диафрагмальные грыжи.

Д-ра Константинова: О научном съезде врачей в гор. Казани весной 1928 г.

Д-ра Гермогеновой: Изменения паренхиматозных органов при отравлении сулемой (с демонстрацией препаратов).

Д-ра Рыбкина: 1) Рабочая классификация туберкулеза. 2) О заболеваниях среди школьных работников.

---

## Хроника.

57) Вопрос о перегруженности студентов медфака вследствие многопредметности программы, вопрос о недостаточной подготовке выпускаемых молодых врачей к практической деятельности уже давно вызывает обсуждение необходимости 6-го года обучения на медфаке. В настоящем учебном году предметные комиссии и Совет факультета Казанского университета по предложению Главпрофобра обсуждали этот вопрос. В основу обсуждения была положена статья Зав. медобразованием РСФСР проф. В. М. Броннера (Вопросы здравоохранения, 1928, № 13), в которой предлагалось 6-ой год обучения употребить на практику в лечебных учреждениях университетского города, частью и на пополнение теоретических знаний, причем на все это, по мнению проф. Броннера, потребуется всего 1.800.000 руб. в год на стипендии студентам 6-го курса, считая по 90 руб. в месяц.

Медицинский факультет Казанского университета пришел к следующим заключениям: 1) хотя, действительно, необходимо разуплотнить программу, особенно

2-го и 3-го курсов, но в настоящее время, в виду экономических условий, введение 6-го года, как года обучения, невозможно; это дело будущего. 2) Шестой год обучения на медфаке, как год стажирования в университетских клиниках и городских больницах университетского города, при перегруженности тех и других занятиями старших курсов факультета и клинического института, не сможет дать многого студентам 6-го года и ухудшит обучение на IV и V курсе.

Для улучшения подготовки выпускаемых врачей необходимо принять меры к более рациональному использованию имеющихся пяти лет обучения: удлинить учебный год, прежде всего. Предполагаемые для шестого года обучения средства (1.800.000 руб.) полезнее обратить на усиление оборудования имеющихся кафедр и клиник, сильно нуждающихся в этом и вследствие недостатка средств не вполне выполняющих планы обучения; на учебные пособия для студентов; на улучшение материального положения студентов-медиков. Необходимо принять меры к устранению перегруженности курсов студентами. Необходимо возможно более рационализировать летнюю производственную практику, отпустив на нее средства в размерах, способных обеспечить возможность направлять студентов на практику в качестве помощников опытных врачей, а не для замещения отгулжающих в отпуск врачей и фельдшеров, когда студенты не имеют на месте надлежащего руководства. Наконец, окончивших курс молодых врачей следует направлять на первое время на места вторых врачей при участковых больницах. Это в значительной степени приучит врачей и к деревенской обстановке, тогда как стажирование в течение 6-го года в городе, при настоящих условиях, будет содействовать отвлечению их от деревни.

58) Наркомздравом предпринято медицинское освидетельствование всех лиц, поступающих в вузы, техникумы и на рабфаки в целях обеспечения здорового и трудоспособного состава учащихся. В выдаваемых удостоверениях будут отмечены общее состояние здоровья, имеющиеся физические недостатки и заболевания и будет дано заключение о пригодности к поступлению в учебное заведение в соответствии с данными обследования. (Изв. ВЦИК от 23/III—29 г. № 67).

59) Отдел медперсонала Главпрофобра, вследствие того, что в т. г. будет произведено два выпуска врачей (в июне и октябре), предложил в целях резервирования для них мест прекратить зачисление на стаж врачей предыдущих выпусков.

60) В Саратове начали функционировать 4-месячные курсы для усовершенствования врачей, организованные Крайздравотделом при участии клиник местного Университета и больницы.

61) В Москве при НКЗ с 20 по 22 марта состоялось (4-ое) «Совещание Институты по изучению профессиональных заболеваний». Основным программным вопросом совещания был семичасовой рабочий день. При окончании совещания (22/III) по инициативе НКЗ состоялось чествование трех юбиляров: проф. М. М. Гран по поводу исполнившегося 35-летия его врачебной и научно-общественной деятельности, проф. Н. А. Вигдорчика и д-ра М. Я. Лукомского по поводу 30-летия их деятельности. На заседании председательствовал проф. С. И. Каплун и принимали участие Нарком Н. А. Семашко, представители НКЗ и представители всех центральных и периферических Институты профессиональных заболеваний. С приветствиями выступали Нарком Н. А. Семашко, Зав. Санпроф. управлен. НКЗ член коллегии П. В. Журевский, проф. С. И. Каплун (Ин-т Охраны Труда), И. И. Лященко (НКЗ), П. А. Гельман (Ин-т им. Обуха), П. М. Козлов (Ин-т Охраны Труда), представители Баку, Ростова и Д., Иваново-Вознесенска и др.

62) 28/I с. г. при Украинском Гос. Венерологическом Институте в Харькове происходило совещание по вопросу о личной профилактике в борьбе с венерическими болезнями, на котором были проработаны как вопросы принципиального характера, так и вопросы организационные (см. раб. М. Л. Маркуса, Д. М. Лейбфрейда и Б. И. Френкеля. Проф. мед., № 2, 1929 г.). На совещании оживленно дискутировались роль и значение различных мероприятий и агентов (химикалий, презервативов) в деле личной профилактики, являющихся в общем паллиативами (прив.-доц. Бурлаков), и отмечено, что лишь за биологическими методами иммунизации организма должна остаться победа и на этом фронте (Бурлаков). Совещание считает необходимым скорейшее практическое осуществление поставленных вопросов и дальнейшее экспериментальное и клиническое изучение средств личной профилактики.

63) При Сан.-профилактическом управлении НКЗ в январе с/г. под председательством проф. А. Н. Сысина и при участии профф. В. Д. Щервинского, П. Н. Диатропова, В. А. Барыкина, В. И. Кедровского, А. В. Молькова и др. состоялось совещание, всесторонне обсуждавшее результаты ряда обследований Марийской Авт. Области, установивших наличие тяжелого санитарного состояния области, разного рода высокой общей и эпидемической заболеваемости и, наконец, эндемии зоба, в местах которой отмечаются явления вымирания населения. Совещание отметило необходимость продолжать начатые исследования в Области и руководство над экспедицией возложить на Эндокринологический институт; Ин-ту социальной гигиены поручено организовать социально-гигиенические обследования по программе Ин-та. Затем намечено провести ряд мер по обследованию и улучшению водоснабжения в местностях, пораженных зобом, и приступить к организации специальной станции с небольшим стационаром в центре эндемического по зобу района для дальнейшего изучения зубной заболеваемости и ее лечения.

64) Гос. Институтом для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани получено 100 миллиграмм соли радия.

65) Недавно организованный Комитет по изучению и борьбе с ревматизмом приступил к деятельной работе. Так, в ближайшем времени выходит из печати первый выпуск периодических сборников „Акта ревматика“, в котором, кроме ряда статей профф. М. П. Кончаловского, Э. А. Гранстрема, Е. М. Брусилковского, Г. М. Данишевского, В. Т. Галалаева, будут помещены рефераты иностранных и русских работ по ревматизму, хроника и т. д. Далее, Комитет организует при Гос. центральном институте курортологии „Центральную библиотеку и библиографический отдел по вопросам ревматических заболеваний“, и, наконец, уделяя в своей повседневной работе особое внимание разработке вопросов профессиональной патологии в связи с ревматическими заболеваниями, Комитет выдвинул проблему ревматизма программной темой на ближайшие Всесоюзные Съезды терапевтов и хирургов. Комитет призывает всех работников медицины принять деятельное участие в разработке этой проблемы и по всем вопросам немедленно информирует интересующихся. С запросами обращаться: Москва, 69, Новинский бульвар, д. № 99, прив.-доц. Г. М. Данишевскому.

66) При Верховном Суде УССР созывается специальное совещание, посвященное разбору и уточнению вопроса о врачебной тайне. Поводом к созыву совещания явился ряд недоразумений, возникших за последнее время между врачами и больными на почве нарушения существующего порядка сохранения врачебной тайны (Вопросы Здравоохранения, № 5).

67) В программу начавшегося работать под председательством Н. А. Семашко совещания Наркомздравов Союзных Республик поставлены вопросы о принципах построения пятилетнего перспективного плана по здравоохранению СССР, мероприятия, связанные с международной санитарной конвенцией, организация курортного дела, вопрос об использовании союзными республиками государственных институтов усовершенствования врачей и т. д. Между прочим, будет заслушана информация о мероприятиях по предупреждению появления в СССР лихорадки денга.

68) При Центральном Ин-те Курортологии организуются специальные курсы для поднятия квалификации врачей в работе по отбору больных на курорты.

69) При Наркомздраве РСФСР организована опытная станция по рационализации фармацевтического дела.

70) Центробумтрест по настоянию Наркомздрава восстановил производство лигнина для медицинских целей, в связи с чем НКЗ предложил здраводелам принять меры к замене лигнином ваты во всех случаях, где это возможно без ущерба для больных.

71) Ц. К. по созыву III Всесоюзного съезда ото-рино-ларингологов в Одессе с 27 по 31 августа 1929 г. в заседании своем 2 марта 1929 г. установил окончательный срок для представления тем докладов—1 мая 1929 г. По истечении срока, районы, не представившие тем и фамилий докладчиков, будут сняты с очереди, а освободившиеся места будут переданы другим районам. Ц. К. ставит в известность всех уполномоченных о нижеследующем распределении докладчиков и содокладчиков по программным вопросам: 1. Диагностика и терапия острых мастоидитов - докладчик проф. Левин, содокладчики: профф. Компанеев и Гешеллин. 2. Клиника и терапия острых и хронических стенозов гортани—докладчик

проф. Иванов, содокладчики: д-р Пляшенко, доц. Скроцкий и прив.-доц. Харшак. 3. Болезни носа и глаза в их клиническом взаимоотношении—докладчик проф. Бурак. 4. Профес. забол. верхних дыхательных путей—докладчик д-р Грамбицкий, содокладчик прив.-доц. Работнов. Организованы при Ц. К. следующие комиссии: а) научно-выставочная (председатель д-р М. С. Розенблат, Ремесленная, 29), б) жилищная (председатель д-р С. Ф. Летник, Подбельского 13), в) комиссия по осмотру местных лечебных учреждений (председатель д-р С. К. Бернштейн, ул. Коминтерна 13), г) транспортная (председатель д-р А. М. Кригер, ул. Де-Волянская 4, управление транспортной медицины) и д) комиссия по осмотру курортов (председатель д-р Д. О. Маршалкович, ул. Пастера, 50). Ц. К. просит всех уполномоченных (для сведения жилищной комиссии) выяснить приблизительное число членов, имеющих прибыть из их районов на Съезд.

72) Постановлением Коллегии Наркомздрава Украины созывается в декабре 1929 г. в г. Харькове I Всеукраинский съезд офтальмологов. В качестве программных намерены следующие вопросы: 1) Состояние и перспективы глазной помощи на Украине. 2) Трахома и борьба с ней. 3) Слепота на Украине. 4) Профвредности и травматизм глаза. 5) Сифилис глаза. Кроме того намечается обмен мнений по следующим вопросам: 1. Рефракция. 2. Физические методы лечения.

При Съезде предполагается устройство выставки офтальмологических приборов, аппаратов, муляжей, моделей, макетов, макро- и микроскопических препаратов, диаграмм, диапозитивов и пр., а также популярной литературы из области офтальмологии. Все желающие сделать сообщение на Съезде посылают не позднее 1-го августа свои авторефераты. Оргбюро обеспечивает помещением членов Съезда, нуждающихся в таковом. Дополнительные сведения о Съезде будут своевременно сообщены. По всем вопросам обращаться в Оргбюро Всеукраинского съезда глазных врачей по адресу: г. Харьков, Глазная б-ца им. проф. Л. Л. Гиршмана (по научным вопросам обращаться к проф. П. П. Прокопенко, по организационным—к д-ру Е. Б. Рабкину).

73) 1 июня 1929 г. в Ленинграде созывается III Всесоюзный Съезд по борьбе с венерическими болезнями, на котором будут заслушаны следующие программные доклады: 1) Венерические болезни в городе и борьба с ними. 2) Венерические болезни на селе и среди малых народностей. 3) Сифилис и конституция. 4) Врожденный сифилис. 5) Побочные действия арсенобензольных препаратов. 6) Дерматомикозы. Съезд продлится с 1 по 7 июня; 8 и 9 июня состоится Всесоюзное совещание по организации борьбы с гонореей.

74) С 15—20 мая в Париже состоится интернациональный конгресс по санитарии летного дела; с 19—21 мая в Алжире 2-ой интернациональный конгресс по малярии; с 1—17 сентября в Ньюегевене (С. А. С. Ш.) интернациональный конгресс психологов; с 8—12 сентября в Лондоне интернациональный конгресс по сексологии.

75) I Международный Конгресс по микробиологии состоится с 7 по 12 октября 1929 года в Институте им. Пастера в Париже при почетном председателе д-ре Roux и под председательством профессора Bordet. Окончательно принята следующая программа: I. *Рефераты*: 1. Скарлатина (этиология, профилактика и терапия). Докладчики: Dochez, Cantocuzene, Златогоров, Friedemann, R. Debré. 2. Эпизоотический выкидыш, ундулирующая лихорадка. Докладчики: Kristensen, Wright, Rinjard, Burnet. 3. Вариабельность микроорганизмов, литический феномен. Докладчики: Bordet, M. Neisser. 4. Патогенез холеры. Докладчики: Sanarelli, Kabeshima. 5) Этиология гриппа. Докладчик: R. Pfeiffer. 6. Тканевые культуры и опухоли. Докладчик Carrel. 7. Процессы разложения в почве и образования гуминовых веществ. Докладчик: Виноградский. II. *Сообщения*. 1. Предохранительные прививки против туберкулеза: Calmette. 2. Предохранительные прививки против дифтерии: Ramon. 3. Сифилис и иммунитет при сифилисе: Kolle. 4. Липоиды: Belfanti. 5. Иммунитет растений: Carbone. III. *Сообщения с демонстрациями*. 1. Культуры тканей и опухоли: Borrel, A. Fischer u. Santi. 2. Паразитология: Brumpt, Fuellenborn, Mesnil, Nuttal. Конгресс утвердит Устав Международного Микробиологического Общества, проект которого будет ему представлен. Заявки о докладах допускаются лишь на темы вышеперечисленных рефератов. Заглавия докладов надлежит направлять до 1 июня 1929 года через секретарей Общества или через Председателя Комитета СССР проф. С. В. Коршуна (Москва, Покровка, 44, Институт имени И. И. Мечникова). Вопрос о допущении

докладов решается Президиумом Общества. Докладчик располагает временем в десять минут, которое он не должен превышать. Допускаются следующие языки: немецкий, английский, французский, итальянский, испанский. Через агентство Кукка, Paris, Place de la Madeleine 2, можно заказывать места в Международных спальных вагонах, там же получить справки относительно отелей и т. д. Цена членского билета сто (100) французских франков; деньги предлагаются направлять на имя издателей: Georges Masson et C<sup>e</sup>, Bd. St. Germain 120, Paris XVI. За дальнейшими справками надлежит обращаться к секретарям Общества, а именно: Dr. Dujarric de la Riviere—Institut Pasteur, Paris XV, Rue Dutot 26; Prof. Dr. E. Gildemeister—Berlin-Dahlem, Reichsgesundheitsamt и Dr. H. Plotz—Institut Pasteur, Paris XV, Rue Dutot 25. *Примечание:* Микробиологов (бактериологи, паразитологи, ботаники), желающих сделаться членами Интернационального Микробиологического Общества, просят присылать заявления Председателю Комитета СССР проф. С. В. Коршуну. Комитеты отдельных стран являются в своей стране представителями Международного Микробиологического Общества. В настоящее время в Обществе входят 23 Комитета от следующих стран: Аргентины, Бельгии, Бразилии, Дании, Болгарии, Германии, Англии, Франции, Греции, Голландии, Италии, Японии, Север.-Американ. Соедин. Штатов, Австрии, Польши, Португалии, Румынии, СССР, Швеции, Швейцарии, Испании, Чехословакии и Венгрии.

76) На предстоящих заседаниях немецких хирургов 1—2/VI с. г. в Веймаре основной темой поставлено „Лечение острых холециститов“, а 28—29/VI с. г. в Данциге—„Хирургия Базедовой болезни“.

77) В Германии в издательстве Thieme (Лейпциг) с начала текущего года стал выходить под редакцией профф. А. Востроем и J. Lange нового типа журнал „Fortschritte d. Neurologie u. Psychiatrie u. ihrer Grenzgebiete“. Журнал состоит исключительно из обзоров успехов неврологии и психиатрии за последние годы, распределенных по отдельным главам. Цель журнала—дать возможность практическим врачам при посредстве кратких обзоров, написанных видными специалистами данной области, знакомиться с новейшими научными данными, так как, в виду крайне разросшейся литературы, для практического врача становится невозможным следить за всей литературой. Журнал выходит ежемесячно, давая в течение года обзоры по возможности всех важнейших вопросов неврологии и психиатрии. Цена 6 марок в четверть года.

78) Число гриппозных заболеваний в Сев. Амер. С. Ш. с 1.200.000 сл. в неделю с 2% смертных исходов в декабре 1928 г. снизилось до 252.000 сл. в неделю со смертностью в 1½% в январе 1929 г.

79) В декабре п./г. исполнилось 40 лет научной, врачебно-общественной и педагогической деятельности проф. В. П. Кашкадамова, известного своими работами в области гигиены воздуха, почвы и жилища. Первые периоды научной деятельности В. П. работал по изучению чумных заболеваний и дважды был командирован для этой цели в Индию. В. П.—участник и докладчик ряда международных конгрессов. В настоящее время В. П. работает над изучением влияния умственного труда на организм. Параллельно с научной деятельностью В. П. постоянно был связан с общественно-санитарной работой в городских самоуправлениях.

80) На Областной конференции врачей Татареспублики (21—24 марта с. г.) чествовался санврач М.-Каз. ж. д. С. Н. Майборода по случаю 25-летия его врачебной и общественной деятельности.

81) В марте с./г. в Рязани состоялось чествование д-ра П. Ф. Кудрявцева по поводу 40-летия его врачебной, общественной и научной деятельности. Президиум ВЦИК присвоил юбиляру звание „Героя труда“.

82) Недавно вышедший в свет № 4 (Январь 1929 г.) журнал «Медицинская мысль Узбекистана» посвящен профессору Ср.-Аз. Университета Н. С. Перешивкину по случаю 25-летия его научно-педагогической деятельности. Перу П. С. принадлежит ряд работ (свыше 30) по хирургии, и главным образом, урологии.

83) Совнарком Узбекистана присвоил звание «Героев Труда» профф. А. Д. Грекову и П. Ф. Боровскому за долголетнюю и полезную деятельность для страны.

84) 4/XII—1928 г. в Чикаго скончался от грудной жабы в возрасте 54 лет б. проф. Военно-медицинской академии А. А. Максимов. Имя Максимова



имеет мировую известность, главным образом, благодаря его работам по изучению строения соединительной ткани и гематологии. В последней он был виднейшим представителем унитаристов, блестяще развил и обосновал это учение при помощи методов экспериментальной морфологии. В последние годы покойный занимал кафедру анатомии в Чикагском У-те в Америке (Arch. of Path. 1929, № 2).

85) Опасность заражения через бывшие в употреблении учебники дало повод английскому министерству просвещения проверить этот вопрос. На основании обследования народных школ было установлено, что опасность заражения через старые учебники по сравнению с другими возможностями заражения совершенно незначительна и каких-либо особых мер против нее не требуется.

86) Главпробром РСФСР издано положение об экстернатуре при Медвузах. Для прохождения экстернатуры принимаются: а) врачи, по роду своей работы имеющие возможность совмещать работу в Клинике с основной работой и б) безработные, не могущие выехать из Университетского города по уважительным причинам. Число экстернов равно числу штатных ординаторов. Для отбора кандидатов учреждается Комиссия в составе представителей Правления Вуз'а, Губздрава и Губбюро Врачебной Секции. Предельный срок экстернатуры 3 года (Ежен. НКП, № 13, 15/III—29 г.).

### Профессор Clemens Pirquet.

Печать принесла известие, что 27-го февр. с. г. скончался в возрасте 55 лет проф. Pirquet, директор университетской детской клиники в Вене. Смерть Pirquet является тяжелой утратой не только для педиатрии, в которой он больше всего работал, но и для всей медицины.

Широким врачебным кругам имя Pirquet известно, главным образом, благодаря предложенной им в 1908 г. диагностической кожной пробы с туберкулином; если бы его заслуги перед наукой только этим открытием и ограничились, одного этого было бы достаточно, чтобы обессмертить его имя; но кожная реакция на туберкулин представляет собой лишь одно, хотя и наиболее важное, из практических приложений теории Pirquet об аллергии, которую он разрабатывал с 1903 г. Теория эта была обоснована им в ряде крупных работ о сырочной болезни (1905), о вакцинации (1907), о туберкулиновой реакции и др.; развитые при этом идеи в значительной мере составляют основу наших современных представлений об аллергических заболеваниях, о сущности инкубационного периода, о течении рецидивов и пр. В годы войны и блокады Pirquet изучал вопросы питания и опубликовал затем результаты своих работ в очень оригинальной четырехтомной „Системе питания“ (1917—1920); в последнее время он разрабатывал некоторые проблемы эпидемиологии. В каждой области медицины, куда Pirquet направлял свою творческую волю, он умел находить нечто новое и ценное; при этом значение его открытий почти всегда выходило далеко за пределы той дисциплины, в рамках которой они были сделаны.

Венская детская клиника, реорганизованная и сильно разросшаяся, стала при нем одной из лучших в мире и привлекала большое количество врачей не только из всех стран Европы, но и из Америки. Pirquet воспитал блестящую плеяду учеников (Mayerhofer, Nobel, Schick, Wirberger), которые достойно продолжают его дело.

Е. Л.

### ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

14) Часто ли наблюдаются случаи ущемления последа, после того как он отделился от матки, и причны этого. *Поюн № 1254.*

Ответ. Причинами задержания отделившегося последа в матке являются обычно механические препятствия в нарушенной сократительной деятельности маточной мышцы. Чаще всего встречается сочетание механических препятствий и гипотонических состояний матки. В частности, в качестве причин, вызывающих эту аномалию, можно указать на слишком большой объем последа, очень большую ретроплацентарную гематому, чрезмерный перегиб матки кпереди, аномалии развития матки (напр. u. bicornis), опухоли матки (миомы). Нередко причиной задержки последа служит переполненный мочой мочевой пузырь. Важную этиологию

ческую роль играют здесь спастические состояния в области внутреннего зева. По современным взглядам в развитии их большое значение—в качестве предрасполагающего момента—имеет конституциональный фактор. К этой же группе относятся случаи ущемления плаценты, прикрепленной в одном из углов матки. Наконец, немалое практическое значение также имеют чисто внешние моменты—в виде чрезмерного механического раздражения матки при неумелом обращении с нею в течение третьего периода родов, а также несвоевременное назначение роженице препаратов спорыньи. Указать точные статистические данные относительно частоты placenta incarceratae невозможно, поскольку на нее сильно влияют указанные внешние моменты.—У одного и того же лица—в зависимости от его оытности—частота этой аномалии будет различна. Проф. А. Тимофеев.

15) Какая имеется литература по вопросу о кистах влагалища?

Подп. № 681.

Ответ. Русская литература приведена в гинекологии проф. В. С. Груздева, 1928 г. 2-ое изд., стр. 578. Из иностранной литературы могу указать следующие работы: Thörn, Zentralbl. f. Gynäk., 1889 г., стр. 657; Geyl, *ibid.*,—1894 г., стр. 1091; Pincus, *ibid.*,—1900 г., стр. 526; Neumann, *ibid.*, 1907 г. стр. 147; Wanner, *ibid.*,—1912 г., стр. 1082; Hornung, *ibid.*, 1922 г.,—стр. 1816; Süß, *ibid.*,—1923 г. стр. 73; Stux, Sándor, Gyógyászat Ig. 67, Nr 42, 1927 (ungarisch), реф.—Berichte über die ges. Gynäk. und Geb. sowie d. Grenzgeb. Bd. XIII, N. 9, стр. 554.

10. Лейбчик.

16) Какова терапия привычной рожи лица?

Подп. А. Никольский.

Ответ. В случаях, где паллиативное лечение (ихтиол) безрезультатно, рекомендуется лечение компрессами с антивирусом по Безредка; лучшие результаты—особенно при рецидивирующей роже—получаются от сывороточного лечения противоскарлатинозной сывороткой, которая вводится подкожно в количестве 50—100 к. с. через каждые 3 дня до побледнения сыпи. Проф. Н. Соколов.

17) В каких случаях и с какими результатами применяется перекись марганца.

Подп. № 1525.

Ответ. Перекись марганца употребляется внутрь от 0,1 до 1,0 несколько раз в день, в пилюлях или порошках, как укрепляющее и вызывающее менструации при отсутствии последних, при сифилисе, золотухе и кожных болезнях. Действие очень сомнительно. Наружно в мазах при хронических сыпях и при особой, сопряженной с сильным зудом, сыпью (Prurigo) (Dr. C. A. Ewald u. Heffter. *Handb. d. Arzneiverordnungslehre*, 1911).

Проф. П. Горст.

18) а) Есть ли в продаже в РСФСР тонометры Фик-Лифшиц?

в) Изготавливаются ли в настоящее время в РСФСР пригодные для работы (отточенные) линейные ножи Грефе, где и как возможно их приобретать.

с) Имеются ли в литературе указания на связь лимфогрануломатоза с заболеваниями слизистой глаза, в частности трахомой.

Подп. № 1051.

Ответ. а) Тонометры Фик-Лифшица изготавливаются, как мне известно, в Киеве, бывш. университетск. механиком Шереметьевым (Ленинская ул.), по цене 60 руб.

в) Ножи Грефе имеются в Госмедторгпроме в Москве (выписка с разрешения НКЗ).

с) По последнему вопросу Вам можно рекомендовать обратиться к работам Врана и Angelucci (итальянские). Некоторые указания найдете в статье Слуцкина и Самсонова—Русс. Офтальм. журн., 1927 г., № 8—9.

Проф. В. Адамюк.

## К врачам, окончившим Московский университет в 1894 г.

Врачи выпуска 1894 года Моск. универ. извещают товарищей однокурсников, что в октябре с. г. исполняется 35-летие окончания унив. курса. Товарищи предполагают устроить товарищескую встречу в последних числах октября и просят иногородних откликнуться личным присутствием и во всяком случае сообщением сведений о своей деятельности. Желательна присылка фотографии. Адрес: Москва, 54. Большая Калужская, 22, доктору Р. П. Секторову.

По поручению товарищей Р. Секторов.

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

## MYO-SALVARSAN

### НОВЫЙ ПРЕПАРАТ САЛЬВАРСАНА

для безболезненных внутримышечных и подкожных впрыскиваний.  
Обладает высоким терапевтическим эффектом.

ХОРОШО ПЕРЕНОСИТСЯ.  
НЕ РАЗДРАЖАЕТ ТКАНИ.

Для всех случаев, где внутривенное вливание Сальварсана противопоказано  
ОСОБЕННО ПРИГОДЕН ДЛЯ ШИРОКОГО ПРИМЕНЕНИЯ В СЕЛЬСКО-АМБУЛАТОРИЯХ

## 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

## SALYRGAN.

НОВОЕ ОБЕЗВРЕЖЕННОЕ РТУТНОЕ МОЧЕГОННОЕ  
для парэнтерального применения

Быстро вызывает безвредный диурез, облегчает кровообращение  
Может в течение многих месяцев применяться с одинаковым дей-  
ствием при

СЕРДЕЧНОЙ ВОДЯНКЕ, НЕФРОЗНЫХ ОТЕКАХ,  
СМОРЩЕННОЙ ПОЧКЕ И ЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВАХ.

Противопоказания: гломерулонефрит и тяжелая кахексия.

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ДЛЯ СССР:

### IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H. — Berlin NW 7

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

Образцы по требованию лечущих учреждений бесплатно  
Литерат. к услугам врачей. — Обращ. к предст. Игерусско в Москве.



ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

# „УЧЕНЫЕ ЗАПИСКИ КАЗАНСКОГО ГОС. УНИВЕРСИТЕТА“

имени В. И. Ульянова-Ленина»

в 1929 г. (том LXXXIX).

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

Редакционная коллегия: проф. А. Е. Арбузов, доц. Н.-Б. З. Векслин, проф. В. В. Милославский, доц. М. А. Сегаль и проф. А. А. Яковкин.

В текущем году будет выпущено 6 книжек «Ученых Записок», объемом от 10 до 12 листов (160—192 стр.) каждая. На страницах «Записок» будут помещаться труды из области физико-математических, естественно-исторических и медицинских наук, труды общественно-педагогического характера и труды по советскому праву.

Вышедший из печати т. LXXXIX, вып. 1, 1929 г., содержит следующие работы:

Р. Р. Гельтцер. О культивировании бледной спирохеты (с 2 табл. рисунков). Стр. 3—112.

П. Н. Галанза. Психологическая теория права и марксизм. Стр. 113—171.

В скором времени выйдет из печати вып. 2, т. LXXXIX.

Подписная цена за год, с пересылкой и доставкой, 6 руб., цена отдельного номера—1 руб.

Адрес редакции: Казань, Акушерско-гинекологическая клиника Казанского университета.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1929 год

12-й г. изд.

## „ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО“

12-й г. изд.

с бесплатными приложениями «АСТА МЕДИСА» не менее 5 книжек в год.

Подписная плата: на 1 год—10 руб., на 6 мес.—5 руб., на 3 мес.—3 руб.

Цена отдельного номера—60 коп. |||| Цена двойного номера—1 руб.  
Годовая подписка за границу—15 руб. |||| За перемену адреса—30 коп.

Рассрочка платежа. При годовой подписке допускается рассрочка в 4 срока: 1-й—3 руб. при подписке, 2-й—к 1 апреля 3 руб., 3-й—к 1 июля 2 руб. и 4-й—к 1 сентября 2 руб.; полугод. подп. допускается рассрочка в 2 срока: при подписке—3 руб. и к 1 апреля—2 руб. Участковым врачам при подписке непосредственно через контору Изд-ва и его отделения—10% скидки.

Подписчики «Врачебного Дела» пользуются на все издания «Научной Мысли» скидкой в 30% по особым талонам на сумму до 50 рублей.

Подписка принимается также на Московском почтамте и во всех почтовых учреждениях СССР.

Подписку, все запросы, денежные переводы и объявления адресовать: Издательству «Научная Мысль», Харьков, ул. Свободной Академии, 6—8.

# СИБИРСКИЙ АРХИВ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Ежемесячный журнал

**Программа журнала:** 1. Общая экспериментальная медицина. 2. Клиническая медицина с подотделом — «Наблюдения из практики». 3. Гигиена общая и социальная. 4. Физиотерапия и курортное дело в Сибири. 5. Отчеты. 6. Отдел социального быта и хроника. 7. Последние медицинские новости СССР и заграницы. 8. Отдел вопросов и ответов. 9. Приложения (труды съездов, медицинских обществ, монографии, клинические лекции, медицинские сборники). Ответственный редактор, проф. *А. А. Опокин*. Секретари редакции: Доцент *Б. Я. Жодзицкий* Прив. доц. *С. Л. Шнейдер*. **Условия подписки:** Годовая плата 12 р. Годовая рассрочка платежа — при подписке 6 р. и остальные 6 р. — во второе полугодие. Возможна групповая подписка. Адрес редакции: Томск, Ленинский просп., 42, Институт для Усовершенствования Врачей.

## Вестник Казанского Института Научной Организации Труда

II год издания.

Журнал выходит ежемесячно под редакцией *И. М. Бурдянского*.

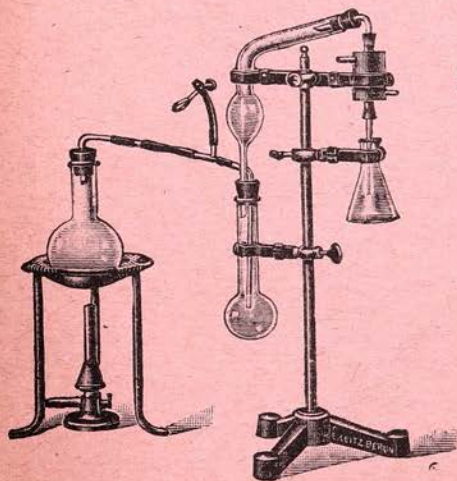
Журнал освещает в кратких оригинальных статьях общие вопросы рационализации и специальные вопросы, разрабатываемые Институтом, по линии: а) методологии обследования и рационализации, б) организации производства, в) организации управления, г) психофизиологии труда и психотехники, д) гигиены труда, е) педагогики труда. С нового года журнал будет выходить в расширенном виде (2—3 печатных листа в месяц), при чем значительно будет развит отдел заграничной хроники и отдел библиографии, в котором будут даваться рефераты, рецензии и аннотации русской и иностранной литературы по рационализации. **Подписная плата**—5 рублей в год; допускается рассрочка с внесением при подписке—3-х рублей и остальной суммы к 1-му июля. Подписку и деньги направлять по адресу: Казань. Галактионовская, 30. Институт НОТ.

## 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.



Микрокьюльдалевский аппарат.

По требованию специальный каталог № 31.

# СОДЕРЖАНИЕ.

	<i>Стр.</i>
<b>К десятилетию пребывания М. И. Калинина на посту председателя ВЦИК.</b> . . . . .	361
<b>Отдел I. Оригинальные статьи.</b>	
С. М. Шварц (Казань). Профилактическое направление в лечебной медицине	365
Проф. И. П. Васильев (Казань). К вопросу об учащении случаев тромбоза и эмболий в последнее время . . . . .	375
Г. А. Суханов (Минск). О быстрой микроскопической диагностике во время операций по методу Dudgeon-Patrick'a . . . . .	382
Е. С. Гликсберг (Одесса). Лямблиоз желчных путей . . . . .	386
Проф. И. В. Мурашев (Астрахань). Лечение инфекционных колитов . . . . .	391
Н. Н. Назаров и М. Н. Кушева (Саратов). Остеопластическая операция по Красину при раке языка . . . . .	395
Ш. Я. Микеладзе (Ленинград). Последовый период и простейший способ выделения последа . . . . .	397
М. Н. Небытова-Лукьянчикова (Казань). К исследованию об эпидемическом цереброспинальном менингите . . . . .	401
Прив.-доц. М. П. Андреев (Казань). Капилляроскопия в изучении детской дефективности . . . . .	411
И. Победоносцев (Казань). Естественное движение населения в Татарской республике за 1923—1927 гг. . . . .	4
Пр.-доц. А. Егоров (Москва). О значении «миогенных» сдвигов картины крови	42
К. А. Дрягина, Н. В. Иношкин, О. Н. Дрягина и А. М. Мокеев (Казань). По поводу заметки прив.-доц. А. П. Егорова: О значении «миогенных» сдвигов картины крови . . . . .	430
<b>Из практики.</b>	
Э. Р. Могилевский (Казань). Об Endocarditis lenta с множественным септическим поражением кожи . . . . .	431
А. Г. Мусин (Казань). Случай обизвествленного эхинококка брюшной стенки	434
А. П. Фридман (Петергоф). Случай одностороннего паралича конечностей с загадочным патогенезом . . . . .	436
А. И. Шейман (Астрахань). К лечению идиопатической эпилепсии введением брома в спинномозговой канал . . . . .	439
<b>Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.</b>	
Прив.-доц. А. Поляков (Казань). Влияние реакции среды на жизненные явления	441
Проф. М. М. Гран (Казань). К вопросу о профилактическом уклоне в преподавании клинических дисциплин . . . . .	447
А. Я. Плещицер (Казань). К десятилетию союза Медсантруд . . . . .	450
Библиография и рецензии: 1) «Патология и гигиена труда в мареновских и прокатных цехах». Труды и материалы Украинского гос. ин-та патологии и гигиены труда, вып. VII. Проф. М. М. Гран. 2) «Профилактическая медицина», № 1, 1929 г. М. Р. 3) I. Wetterer. Internationale Radiotherapie, III t. P. Я. Гасуля. 4) R. Grashey. «Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen», P. Я. Гасуля. 5) Ф. М. Ротштейн. «Патология и терапия рахита», проф. Е. М. Лепского . . . . .	451
Заседания медицинских обществ: Об-во Врачей при Каз. Университете: хирургическая, ак.-гинеколог., кожно-венерическая, р.-л.-отоларингологическая, гигиеническая, туберкулезная и офтальмологическая секции . . . . .	454
Научные собрания врачей Гос ин-та для усоверш. врачей им. В. И. Ленина в Казани. . . . .	462
Научный кружок врачей г. Елабуги за 1928 г. . . . .	464
Хроника . . . . .	464
Проф. Clemens Pirquet . Некролог . . . . .	464
Вопросы и ответы . . . . .	469
К врачам, окончившим Московский университет в 1894 г. . . . .	470