

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1929 г.

(Год издания XXV)

№ 10

О К Т Я Б Р Ь.

(Вышел из печати 20 октября).

Цена 65 коп.

КАЗАНЬ.

Продолжается прием подписки на „**Казанский медицинский журнал**“ на 2-ое полугодие 1929 г. (**№№ 7—12**, июль—декабрь).

Подписная плата с доставкой и пересылкой **3 р. 50 коп.**

Требования и деньги направлять: *г. Казань, редакция „Казанского медицинского журнала“.*

К сведению авторов.

Все статьи, присылаемые в редакцию, должны быть перепечатаны на пишущей машинке на одной стороне листа с достаточными расстояниями между строчками. Размер статей не должен превышать $\frac{1}{2}$ печ. листа (20.000 печ. знаков).

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

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

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

Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять рукописи.

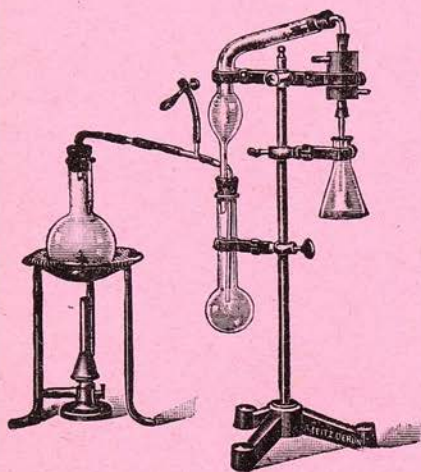
Статьи, где либо напечатанные (в русских или иностранных журналах), не принимаются.

Гонораром работы не оплачиваются.

Ernst Leitz, Berlin

Влад. Franz Bergmann

NW 6, Luisenstrasse 45.



Микрокельдалевский аппарат.

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

По требованию специальный каталог № 31.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—профф. 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)

№ 10

О К Т Я Б Р Ь.

КАЗАНЬ.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Патолого-анатомического ин-та Казанского университета. (Завед. проф. И. П. Васильев).

К вопросу о патолого-анатомических изменениях в почках при сифилитическом поражении их.

Ассистента д-ра В. И. Журавлевой.

Несмотря на то, что сифилису почек посвящена обширная литература, вопрос этот и до сих пор нельзя считать окончательно решенным. Почки могут подвергаться действию сифилитической инфекции во всяком периоде сифилиса, но специфические морфологические изменения в них встречаются только в гуммоном периоде болезни. Наблюдаемые в этом периоде болезни гуммы относятся к числу очень редких находок при секции. При просмотре обширной литературы мы не встретили определенных статистических указаний на частоту поражения почек гуммоном процессом и нашли только случайные сведения о количестве гуммоного сифилиса почек. Так у Wagner'a (1881) на 9000 секций гуммы почек обнаружены были в 3 случаях; Spiess (1877) имел 7 сл. гуммоного интерстициального нефрита на 220 вскрытий сифилитиков. Lancereaux (1866) отметил один случай гумм почек на 24 секции сифилитиков. О редкости гуммоного поражения почек можно до известной степени судить потому, что среди обширного музея Патолого-анатомического института Казанского ун-та за долгий период его существования не имеется ни одного случая подобного изменения почек.

Иногда гуммы были диагностированы при жизни (Seiler, Legrain, Welandner, Erdheim и др.); но надо отметить, что из них патолого-анатомически был проверен только случай первого автора.

Встречаемые в почках гуммы по своему макроскопическому виду и гистологическому строению ничем не отличаются от гумм, находимых в других органах. При описании гуммоного поражения почек некоторые авторы отмечают обычно односторонность процесса (Green, Neumann). Гуммы могут встречаться и в корковом, и в мякотном веществе почек, но чаще локализируются в первом (Beer, Huber, Cuffer, Erdheim, Seiler, Cornil et Ranvier, Karvonen, Wagner, Neumann, Orth). Редко гуммы единичны, чаще бывают множественны (от 5—80) (Beer, Key, Wagner, Cornil, Erdheim, Huber, Rössle, Neumann). Обычно размеры их колеблются от величины конопляного зерна, булавочной головки до величины горошины, вишни и редко больше (Beer, Klebs, Erdheim, Seiler, Cuffer, Cornil-Ranvier, Delamare, Neumann, Rössle). Макроскопически гуммы почек имеют вид бледно-желтых узлов, мягких и мутных в центре, более плотных, блестящих и даже просвечивающих по периферии. В случае Wohlwill'a центр гуммы был стекловидно-серый, периферия корич-

невато-желтая. Delamare отмечает в своем случае гиперемию окружающей гумму ткани.

Микроскопическая картина гумм почек различна в зависимости от их возраста. Так, Döderlein отмечает, что гуммы в периоде своего формирования состоят из скоплений грануляционных клеток, инфильтрирующих соединительную ткань артерий и вен почки. Остальные авторы при описании гумм в почках указывают, что центр гумм казеозно изменен (Key, Beer, Huber, Cornil et Ranvier, Seiler, Karvonen, Neumann, Wohlwill). Обычно среди однообразной казеозной массы видны бывают остатки почечной стромы и паренхимы (Key, Cornil, Cuffer, Seiler, Neumann, Wohlwill). Кнаружи от казеозной массы описывается пояс, состоящий из волокнистой соединительной ткани, содержащей большее или меньшее количество лимфоцитов, PlZ, веретенообразных, эпителиоидных и иногда гигантских клеток. Среди этой соединительной ткани заключены погибающие мочевые каналы. Гуммы отграничиваются от почечной паренхимы соединительной тканью только в периоде рубцевания, причем эта рубцующаяся ткань без резких границ переходит в строму почки. В случае Mathewson'a казеозный центр гуммы почки был обызвестлен. Разжижение гумм описано Virchow'ым, Beer'ом, Barde'ем, Wagner'ом, Cornil'ем, Cuffer'ом. Исходом мелких гумм, по мнению Neumann'a, может быть полное рассасывание их; крупные гуммы рассасываются отчасти; после них остаются рубцы, вызывающие или образование своеобразной долчатости почек, или цирротическое сморщивание их в виде т. наз. гуммозного нефроцирроза (Beer, Lancereaux, Seiler, Karvonen, Neumann, Обрант, Kaufmann, Osler, Orth, Rössle, Stoerk).

Поражение сифилисом сосудов почек встречается главным образом в третичном периоде болезни. Оно характеризуется теми же изменениями в сосудах, которые описываются в сосудах других органов при сифилисе. В артериях встречаются скопления лимфоидных и плазматических клеток в адвентиции, разрастание внутренней оболочки иногда до полного закрытия просвета сосуда; средняя оболочка остается почти неповрежденной. Следствием заустения артерий среднего калибра на почве люэтического эндоартериита изредка является образование в корковом слое почек некротических очагов (инфарктов), простирающихся до самой капсулы (Stoerk). По мнению Herxheimer'a, рубцовые изменения почек при сифилисе отчасти нужно объяснить как результат вышеуказанных изменений (организация некротических участков). Изменения в венах почек аналогичны в общем таковым в артериях и заключаются в лимфоцитарной инфильтрации стенки, в разрастании внутренней оболочки и иногда в образовании тромбов.

Описанные многими авторами случаи других сифилитических поражений почек патолого-анатомически ничем не отличаются от обычных нефропатий. К таким проявлениям сифилитического процесса в почках (nephritis syphilitica старых авторов) относят альбуминурию, цилиндрурию, пароксизмальную гемоглобинурию, паренхиматозный и интерстициальный нефриты старых авторов, геморрагический нефрит, вторичную атрофию почек и амилоидную почку. Сифилитическая альбуминурия описана авторами и в ранних, и в поздних периодах болезни, причем характерной особенностью ее, по Hoffmann'у, является необычайно большое коли-

чество белка в моче. Выделенный в последнее время в особую форму нефрозов с определенной характеристикой т. наз. „липoidный нефроз“ (Fahr) в ряде случаев своим этиологическим моментом имеет сифилис (Munk, Volhard, Müller, Fahr и др.). Однако категорически утверждать, что в каждом отдельном случае липoidного нефроза в основе этого страдания стоит сифилис (Frank), едва ли возможно, так как, очевидно, он встречается и при ряде других заболеваний (Fahr, Stoerk¹). Клинически липoidный нефроз выражается сильным отеком, присутствием большого количества белка и двоякопреломляющих липоидов в осадке мочи. Под микроскопом при липoidном нефрозе находят отложения липоидов в клетках главных отростков, а в поздних периодах болезни и в эпителии Баумановских капсул и в соединительной ткани коркового слоя (Munk, Fahr). В мозговом слое почек липоиды встречаются в незначительном количестве в клетках широкой части Генлевских петель. В далеко зашедших случаях липoidного нефроза наступает индуративная стадия процесса, заключающаяся в развитии сначала молодой грануляционной ткани, затем рубцовой соединительной ткани. Процесс обычно заканчивается сморщиванием почек. Липoidный нефроз может развиваться в течение первых недель инфекции, а также много лет спустя после заражения (Munk, Fahr и др.).

Наконец, Stoeckenius (1912) описывает интерстициальную форму сифилитического нефрита, которую он наблюдал в относительно свежих случаях сифилиса. Изменения макроскопически состояли в появлении как в коре, так и мозговом веществе почки беловатых полосок, которые микроскопически оказались гранулами, состоящими из фибробластов, лимфоцитов и PIZ и в некоторых случаях из гигантских клеток, инфильтрировавших интерстициальную ткань. В некоторых мелких гранулах, стоящих в тесной связи с адвентицией сосудов, наблюдался иногда центральный некроз, напоминающая собою миллиарные гуммы.

Таким образом мы видим, что наиболее характерное поражение почек при сифилисе—гуммы—встречаются редко. Изменения в сосудах почек при сифилитических изменениях в других органах являются ценной находкой, до известной степени подтверждающей диагноз сифилитического поражения почек. Но одни изменения сосудов почек без специфических изменений в других органах не позволяют еще ставить диагноза сифилиса почек, потому что подобные же изменения, вплоть до облитерирующего эндоартериита, встречаются и при других заболеваниях. Случаи нахождения спирохет в моче или тканях почек встречаются редко: при нефритах раннего периода их находили в цилиндрах и белковых массах мочевых канальцев (Le Play et Cezary); выделение их эпителием извитых канальцев отметил Wathin. Случай нахождения спирохет в моче при остром сифилитическом воспалении почек описан Hoffmann'ом.

Анализируя случаи вышеназванных сифилитических нефропатий, трудно сказать, что является их причиной: действие ли спирохет на по-

¹) 23/III 1929 в нашем Патолого-анатомическом ин-те было произведено вскрытие 30 л. женщины с клиническим диагнозом nephritis chr., где обнаружен в почках липoidный нефроз. Как по анамнестическим данным, так и по результатам вскрытия не было никаких оснований к допущению лютетической природы страдания почек.

чезнущую ткань, или другая инфекция, токсические влияния или, наконец, нарушения обмена веществ, образующиеся в пораженном сифилитической инфекцией организме. Выставляемое в качестве довода в пользу сифилитической природы процесса благоприятное действие специфической терапии без труда может быть объяснено тем, что возникающие у сифилитиков нефропатии зависят от отравления почек циркулирующими в крови токсическими веществами; специфическая терапия, направленная против спирохет, тем самым уменьшает указанные вредные влияния на почки.

Подобно ряду других внутренних органов поражения почек, кроме сифилиса приобретенного, имеют место и при врожденном. Однако, прежде чем говорить о последнего рода заболеваниях, следует указать на особенности реакции формирующегося организма по отношению к сифилитической инфекции вообще и также почек в частности. По мнению Herxheimer'a и Schneider'a, высказанному на съезде немецких патологоанатомов в 1928 г. о врожденном сифилисе, следует, что герминативная инфекция не доказана и невероятна, вследствие чего плацентарный путь заражения должен считаться единственным. Способность реагировать на сифилитическую инфекцию в эмбриональной жизни начинает проявляться не ранее 4—5 месяца беременности. Чем раньше подвергается плод заражению, тем несовершеннее его реакция. В тканях и органах рано умерших, мацерированных плодов наблюдается огромное количество спирохет с сильно выраженной альтерацией тканей, но почти без всяких реактивных морфологических изменений. У недоношенных плодов, родившихся в 2 последних фетальных месяца, а также у детей недолго живших уже заметна защитная реакция организма в виде диффузной гиперплазии мезенхимальных элементов. Реже в таких случаях изменения выражаются появлением фокусов коагуляционного некроза, милиарных сифилом, или еще реже, в узловой форме продуктивного интерстициального воспаления. Количество спирохет тем обычно меньше (или даже они совершенно отсутствуют), чем сильнее выражена тканевая реакция. О количестве обнаружения в почках спирохет до известной степени можно судить по нижеприведенным данным, относящимся к сравнительно последним годам. Так, Simmonds имел их только в 4 случаях из 24, Falci (1923) в 1 из 5, Giordano (1925) в 4 из 14. В ранние периоды эмбриональной жизни спирохеты главным образом находятся в сосудах (Dohi, Herxheimer). Позднее спирохеты могут быть обнаружены, кроме капилляров и артерий, в клубочках, в интерстициальной ткани, между эпителием канальцев и в просвете последних (Giordano, Falci). Обычно спирохеты сосредоточиваются в аутолитически измененных очагах почек, в то время как в неизмененных их не бывает (Giordano). Их больше всего в пограничном слое почек (Stoerk).

Микроскопическая картина позднего врожденного детского сифилиса почек не отличается от таковой при приобретенном сифилисе. При исследовании же почек мертворожденных и недоношенных сифилитических плодов многие авторы более раннего периода отмечали существование т. наз. неогенной зоны¹⁾ в наружном слое коркового вещества. Однако

¹⁾ Под именем неогенной зоны понимают скопление эмбриональных элементов почечной ткани, оставшихся от периода формирования почки из метанефроз. Зона располагается в корковом веществе под капсулой и состоит (Hochsinger)

более поздние исследования (Hecker, Kaufmann, Aschoff, Stoerk) доказали присутствие ее в почках всех новорожденных. Hecker, Cassel, Frank считают специфическим для сифилиса почек новорожденных присутствие инфильтрата из лимфоцитов и плазматических клеток в стенках и окружности мелких сосудов коркового слоя и в крупных сосудах мозгового вещества. Особое значение придают Seelen, Cassel присутствию в инфильтрате плазматических клеток. Seelen находил их около сосудов и клубочков, между канальцами. Но Karvonen полагает, что клеточковые скопления знаменуют собою недоразвитие паренхимы; Hochsinger, Hecker видят в них начало воспалительного процесса, идущего от сосудов. Bloch придает другое освещение вопросу: он полагает, что в клеточковых скоплениях мы имеем дело с узлами кроветворения в виде скоплений миелоидной ткани; такого же взгляда придерживаются Schridde, Stoerk и др. Подобные узлы главным образом сосредоточиваются в клетчатке лоханок и отсюда распространяются по всей почке по ходу околососудистой соединительной ткани (Stoerk). Последний автор отмечает, что число находок инфильтратов в почках сифилитических плодов уменьшается у более созревших плодов. Большинство авторов указывает на изменения почек при врожденном сифилисе: Hecker наблюдал *endo-periarteriitis* мелких сосудов коркового слоя почек, Marchiafava—*arteriitis ar. interlobul.*, Hecker, Négel—*periarteriitis* больших сосудов мозгового слоя почки. Некоторые авторы (Müller—1921) отмечали присутствие больших эпителиальных клеток в просвете мочевых канальцев первого порядка. Эти клетки имеют светлую протоплазму, центрально или эксцентрически лежащее ядро, окруженное светлой, перинуклеарной зоной с капельками жира. Подобные находки встречались главным образом в почках, в которых одновременно наблюдались пролиферативные изменения в интерстиции. Уже Ribbert, первый описавший подобные эпителиальные, амебоподобные образования, полагал, что они появляются в результате гиперпластического процесса в почках. Müller считает, что эти клетки образуются в результате гиперплазии почечного эпителия, возникающей при регенерации его: ядра разросшихся таким образом клеток подвергаются затем перерождению.

Из Поликлиники внутренних болезней I Моск. государств. университета
(Директор проф. Д. М. Российский).

К клинике сифилиса щитовидной железы.

Проф. Д. М. Российский.

Сифилитические поражения эндокринных желез встречаются сравнительно нередко. Являясь общим заболеванием крови, сифилис, поражая различные органы и системы, должен поражать и эндокринную систему, богато снабженную кровеносными сосудами; при заражении

из уменьшенного количества меньших по размерам почечных клубочков, часть которых сохраняет форму полулуний. Кроме клубочков в почечной зоне встречаются трубчатые полости, выстланные цилиндрическим эпителием. Stoerk указывает на присутствие клеточных скоплений в виде чехла около собирательных трубочек последней генерации.

сифилисом некоторые из эндокринных желез увеличиваются в объеме и припухают одновременно с лимфатическими железами, причем в них нередко находится большое количество спирохет.

Несомненно, что значение эндокринных желез при заражении сифилисом весьма значительно и в этом отношении представляют большой интерес опыты Pearce'a и van Allen'a, которые изучали на кроликах влияние полного и частичного удаления щитовидной и зубной желез на сифилитическую инфекцию, прививая кроликам через 1—3 недели после удаления этих желез интратестикулярно сифилитическую спирохету. На основании ряда опытов Pearce и van Allen пришли к заключению, что полное удаление щитовидной и зубной железы вызывает у кроликов тяжело протекающий сифилис, при частичном же удалении этих желез сифилитическая инфекция протекает в более легкой форме.

В виду тесной физиологической связи, существующей между всеми железами эндокринной системы, всякое изолированное поражение отдельной эндокринной железы в той или другой степени должно вызывать нарушение функции и других желез с внутренней секрецией.

По мнению Nicolas и Gaté врожденный сифилис, поражая эндокринный аппарат, является этиологическим моментом в ряде заболеваний, где нарушения деятельности эндокринных желез играют превалирующую роль. К этим заболеваниям Nicolas и Gaté относят ахондроплазию, остеомалицию, поздний рахит, хронический ревматизм, pubertas praecox, болезнь Dercum'a, аденолипоматоз, болезнь Raynaud, отек Quinke, монголоидный идиотизм, keratitis parenchymatosa, ортостатическую альбуминурию и ряд заболеваний, связанных с нарушением вегетативной нервной системы (urticaria, psoriasis, экземы, эритромелия, бронхиальная астма).

Патолого-анатомические исследования показывают, что поражения эндокринных желез при сифилисе, главным образом, проявляются в виде интерстициальных и диффузных воспалительных форм при врожденном сифилисе и гумозных форм при приобретенном сифилисе.

Из эндокринных желез сифилис наиболее часто, повидимому, поражает щитовидную железу, богато снабженную кровеносными и лимфатическими сосудами, несмотря на то, что одно время существовало мнение (Menda), что щитовидная железа редко поражается сифилитической инфекцией, в виду того, что содержащийся в ней йод не должен давать спирохетам возможности развиваться в ней. В действительности сифилитические поражения щитовидной железы нередко встречаются как при наследственном, так и при приобретенном сифилисе. При приобретенном сифилисе, по наблюдениям ряда авторов, щитовидная железа поражается почти в 50% всех случаев, а некоторые авторы считают, что в 30% всех случаев Базедовой болезни в этиологии заболевания имеется сифилис.

Barthelemy, Coulon, Hutinel и Stevenin указывают на то, что в местностях, где отмечается распространение зубной болезни, врожденный сифилис локализуется особенно часто в щитовидной железе, в которой он вызывает образование специфических узлов, исчезающих под влиянием противосифилитического лечения. М. Пожарисский и другие авторы наблюдали увеличение щитовидной железы уже в период первичной сифилитической язвы. Н. В. Тимофеев отмечает резкое увеличение щитовидной железы в 25% всех обследованных им случаев

раннего периода сифилиса. А. П. Полтавцев при исследовании 85 сифилитиков у 35 наблюдал нерезкое безболезненное увеличение щитовидной железы. По Mauriac и Jullienbo во вторичной стадии сифилиса щитовидная железа опухает в 50% всех случаев.

Engel и Reimers сравнивают увеличение щитовидной железы в ранних стадиях сифилиса с появляющимися в это время припуханием и увеличением лимфатических желез и селезенки. В поликлинике внутренних болезней I МГУ наблюдался ряд случаев нарушения секреторной деятельности щитовидной железы у сифилитиков, при которых применение противосифилитической терапии принесло несомненный и ясный терапевтический эффект.

I случай. (Ординатор Л. И. Ансорова). А. Д., 40 лет. Жалобы на припухлость передней поверхности шеи и сердцебиение. Происходит из семьи с хорошей наследственностью. 18 лет вышла замуж за сифилитика. На 21 году первая беременность, закончившаяся нормальными родами. 24 лет заболевает сифилисом. Лечение: шесть ртутных инъекций и одно вливание салварсана. Больше не лечилась. Исследование крови по Wasserman'у давало отрицательный результат. Два года тому назад больная стала замечать припухание щитовидной железы и сердцебиения, которые за последнее время стали резко увеличиваться.

Status praesens. Gl. thyreoidea ясно увеличена. Ясно выраженный экзофтальм. Симптомы Graefe, Moebius'a и Stellwaga нерезко выражены. Имеется небольшой Romberg. Тремор пальцев рук. Дермографизм красный. Укорочение перкуторного звука и удлинненный выдох над правой легочной верхушкой. Перкуссия и аускультация сердца дает нормальные данные. Пульс 120—130. Исследование крови: Hb—65%; эритроцитов—3.700.000; лейкоцитов—6.800; нейтрофилов—65%; лимфоцитов больших и малых—28%, эозинофилов—3%; моноцитов—2%; переходных—4%. Исследование крови по Wasserman'у дало отрицательный результат. Органы пищеварения и мочевая система нормальны. Гинекологическое исследование открыло хронический salpingo-oorphoritis.

Диагноз: Basedovismus, struma lueica. Назначено специфическое лечение в виде 20 инъекций Bijochinol'a, и 4-хмесячного курса йодистого лечения, затем снова курс инъекций Bijochinol'a. Уже после 4-х инъекций Bijochinol'a стало заметно, что левая половина опухоли начинает уменьшаться и делается значительно мягче. После 10 инъекций объем шеи уменьшился на 1 см. за счет левой половины опухоли, правая половина осталась такой же величины, но стала значительно мягче.

После 20 инъекций Bijochinol'a опухоль слева уже не прощупывалась, правая же половина опухоли сравнительно мало уменьшилась в размере и все еще была плотновата. На сердцебиение, дрожание рук и давление в области шеи больная совершенно перестала жаловаться.

II случай. (Ассистент Е. М. Гинзбург). Х-на П. В., 38 лет, домашняя хозяйка, в 1921 г. заразилась сифилисом. Провела курс специфического лечения. Два года тому назад появились явления пучеглазия, припухание передней поверхности шеи и сердцебиения.

Status praesens. Struma, exophthalmus, tremor рук, тахикардия. Симптомы Graefe, Moebius'a, Stellwaga, Aschnera ясно выражены. Красный, резко выраженный дермографизм. Повышение сухожильных рефлексов. Правая граница сердечной тупости на 1 ст. за l. sternal. dext, левая—на l. mamillar. sin. У верхушки сердца—систолический шумок. Со стороны органов пищеварения, мочеполовой системы и органов чувств отклонений не отмечается.

Исследование крови: Hb 67%; эритроцитов—4.080.000; лейкоцитов—8000. Лимфоцитов—41%. Реакция Wasserman'a слабо положительная. Диагноз: Morbus Basedovii. Проведение специфической терапии (Bijochinol+Jod) дало улучшение общего состояния и уменьшение тахикардии.

III случай. (Ординатор Л. И. Ансорова) Больная С. А., 32 лет. Жалобы на головные боли, общую слабость и быструю смену настроений, частые слезы. Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается. 22 лет вышла замуж и вскоре заболела сифилисом. Первичные явления были пропущены, обратила внимание только в период высыпания и тогда же начала лечение. Прodelала

курс втираний ртути и 18 ртутных инъекций. Такое лечение в течение трех лет повторяла ежегодно. В последний год лечения было сделано еще 3 вливания неосальварсана. Больше не лечилась. Беременностей не было.

Status praesens. Шитовидная железа равномерно увеличена и плотновата. Настроение быстро меняется, часто плачет. Сухожильные рефлексы нормальны, глоточный рефлекс понижен. Резкий красный дермографизм. Небольшой *exophthalmus*. Симптом *Graefe* и *Moebius'a* положительные. *Stellwag'a* отрицательный. Слабо выражен симптом *Aschner'a*, небольшой *Romberg*. *Tremor* пальцев рук. Со стороны органов дыхания, пищеварения и мочеполовой системы отклонений от нормы не отмечается. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца глуховаты. Аорта 6 см.

Исследование крови. *Hb.*—76%; эритроцитов—4.100.000, лейкоцитов—6.400, нейтрофилов—64%; лимфоцитов—больших и малых 23%; эозинофилов 2%, моноцитов—5%; переходных—2%. Исследование крови по *Wasserman'u* дало отрицательный результат. По *S. G.* положительный результат (+ +).

Диагноз: *Basedovismus*. *Struma luetica*. Назначено специфическое лечение. После 5 инъекций *Bijochinol'a* самочувствие больной значительно улучшилось, настроение стало ровнее, объем шеи уменьшился на 1/2 см. Дальнейшее наблюдение было прервано, так как больная должна была уехать.

IV случай. (Ассистент Е. М. Гинзбург). С-ва А. П., 32-х лет, около 8 лет тому назад заболела сифилисом. Приняла ряд курсов специфического лечения. Около 3-х лет тому назад впервые обнаружила увеличение щитовидной железы, появились сердцебиения и одышка, нервозность и раздражительность.

Status praesens. *Struma*, *exophthalmus*, *tremor* рук, тахикардия. Симптом *Moebius'a*, *Graefe*, *Stellwag'a* ясно выражены. Со стороны органов дыхания, кровообращения, мочеполовой системы и органов чувств отклонений не отмечается.

Исследование крови. *Hb.*—62%, эритроцитов—3.745.000, лейкоцитов—7.800, отмечается лимфоцитоз—39%.

Реакция *Wasserman'a* положительная. Диагноз: *Morbus Basedovii*. Проведение подстой терапии дало хороший терапевтический эффект в виде улучшения самочувствия и уменьшения экзофтальма и тахикардии.

V случай. (Ординатор Г. Н. Солодова). Больная К. П., 29 лет. Жалобы на ожирение, сухость и зуд кожи, выпадение волос и сердцебиение. Ожирелых в роду не было. 18 лет первая беременность, закончившаяся срочными родами. Вторая беременность 22 лет, во время которой больная заразилась сифилисом; ребенок родился больным и 3 месяцев умер. От сифилиса лечилась в течение 6 лет, проделала несколько курсов специфического лечения. Реакция *Wasserman'a* за последний год отрицательная.

До заболевания сифилисом больная была умеренно полной женщиной. Через два года после заражения сифилисом начинает постепенно полнеть. Волосы на голове начинают сильно выпадать, потливость уменьшается, а за последний год кожа становится особенно сухой. Больная почти не потеет. Появился кожный зуд. Вес больной особенно сильно возрос за последние 2 года. Временами бывают сердцебиения и при ходьбе небольшая одышка.

Status praesens. Рост больной—160 см. Вес—112 кгр. Жировой слой разлит по всему телу равномерно в очень большом количестве. Кожа суха, шелушится. Волосы на лобке и под мышками редки. Органы дыхания отклонений от нормы не представляют. Верхняя граница сердца—4 ребро, правая—по правой краю грудины, левая—по левой сосковой линии. Поперечник сердца—3 1/2 см. Тоны сердца глуховаты. Аорта—4 1/2 см.

Исследование крови: *Hb.*—70%, эритроцитов—4.000.000, лейкоцитов—6.800. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов палочковидных—3%, сегментированных—60%, юных—0%, лимфоцитов больших и малых—30%, моноцитов—2%, переходных—3%, эозинофилов—2%, базофилов—0%. Исследование крови по *Wasserman'u* дало отрицательный результат.

Со стороны органов пищеварения, мочеполовой и нервной системы отклонений не отмечается.

Щитовидная железа прощупывается плохо. Исследование основного обмена аппаратом Герксгеймера и Арнольда дало понижение его на 3%.

Отмечающиеся у больной сухость и атрофичность кожи, редкие волосы на голове, под мышками и в области лобка, а также жалобы на быструю утомляемость, вялость, рассеянность указывают на ясно выраженную недостаточность

щитовидной железы. При определении основного обмена у больной найдено понижение его, что тоже говорит за гипотиреоз. Необходимо отметить, что ожирение у больной развилось после заражения сифилисом. Повидимому, сифилитическая инфекция повлияла на функцию щитовидной железы в смысле ее недостаточности, что в свою очередь дало толчок к развитию ожирения. Диагноз: *Hypothyreodismus. Adipositas universalis*. Специфическая терапия и применение тиреоидина дало хорошие результаты.

Течение сифилитических тиреоидитов обыкновенно медленное, причем в нелеченных случаях острый тиреоидит обыкновенно переходит в хроническую форму, нарушается функция щитовидной железы и тогда он клинически протекает или как Базедова болезнь, или как микседема, или как зоб, симулирующий злокачественное новообразование. *Lenh-malm* отмечает у сифилитиков частое развитие микседемы и Базедовой болезни. На то же самое указывает и *Leonard*, считающий, что 30% всех базедовиков в то же время являются и сифилитиками, причем *Schulmann* отмечает, что поражение Базедовой болезнью на почве сифилиса чаще всего наблюдается у мужчин.

При приобретенном сифилисе со стороны щитовидной железы в ранних стадиях наблюдается припухание и увеличение, в поздних стадиях интерстициальное, фиброзное, или гуммозное перерождение железы. По *Buschke* и *Jost* у в третичном периоде сифилиса щитовидная железа сравнительно нередко поражается гуммозным процессом, причем гуммозный тиреоидит встречается обыкновенно одновременно с сифилисом внутренних органов. При сифилитическом поражении щитовидная железа бывает большей частью увеличена, плотновата и спаяна с прилегающими органами и иногда даже сдавливает трахею; в некоторых случаях в щитовидной железе отмечаются плотные, ограниченные гуммозные узлы. Гуммы щитовидной железы обыкновенно разрушают ее паренхиму и вызывают образование сильно деформирующих орган рубцов. При сифилисе у недоношенных детей, по наблюдениям *Э. В. Буша* и *Я. Я. Широ́на*, щитовидная железа обыкновенно увеличена и количество зрелых фолликулов ее велико; к периоду созревания этот процесс сменяется цирротическими явлениями с уменьшением железистых элементов и с переходом в диффузную фиброзную атрофию. По *Э. В. Бушу* средний вес щитовидной железы у недоношенных сифилитических плодов в возрасте от пяти до восьми месяцев внутриутробной жизни в среднем на 0,27 гр. больше, чем в средний вес ее в контрольных случаях (1.1—0,83 гр.). Вес щитовидной железы у доношенных детей с явлениями наследственного сифилиса меньше, чем у детей контрольных на 0,75 гр. (1,48—2,23); у недоношенных сифилитических плодов, по наблюдениям *Э. В. Буша*, междольчатая соединительная ткань развита сильнее, чем в контрольных железах. У доношенных сифилитических детей наблюдаются обратные отношения. У взрослых с приобретенным сифилисом междольчатая соединительная ткань развита сильнее.

При сифилисе щитовидной железы биохиноловая и ртутно-сальварсановая терапия нередко оказывает замечательное терапевтическое действие. Йодистая терапия при сифилитических поражениях щитовидной железы также дает хороший эффект, что отмечается и в случаях Базедовой болезни. В то время как при Базедовой болезни препараты йода нередко приносят ухудшение, при *Morbus Basedovii* с сифилитической этиологией применение подистых препаратов часто, наоборот,

оказывает прекрасное действие. При микседеме, развившейся на сифилитической почве, специфическое противосифилигическое лечение также дает хорошие результаты, причем в случаях микседемы, как показывают наблюдения, специфическая терапия приносит особенно хорошие результаты при одновременном или предварительном применении тиреоидина.

Из Поликлиники внутренних болезней 1 Моск. государств. университета
(Директор проф. Д. М. Российский).

К клинике гипофизарного сифилиса.

Проф. Д. М. Российский.

Поражение сифилисом мозгового придатка наблюдается далеко не редко. Virchow впервые в 1858 г. описал гумму мозгового придатка. Дальнейшие наблюдения показали, что поражение сифилисом мозгового придатка довольно частое заболевание и по одним авторам сифилис мозгового придатка встречается в 42%, по другим в 57%. Насколько, сравнительно, часто наблюдается сифилитическое поражение мозгового придатка можно видеть из статистических данных Buschke и Jost'a, которые собрали из литературы 246 случаев сифилиса мозгового придатка, из которых в 162 случаях имелся приобретенный сифилис.

Как при врожденном, так и при приобретенном сифилисе чаще всего поражается передняя и межуточная части мозгового придатка, поражение задней части придатка наблюдается сравнительно реже. При приобретенном сифилисе чаще всего встречаются гуммозные формы поражения мозгового придатка, а при врожденном—нередко наблюдается диффузное, интерстициальное воспаление, причем по Simmonds'у при врожденном сифилисе в мозговом придатке нередко наблюдается более или менее распространенный межуточный воспалительный процесс, сопровождающийся миллиарными гуммами передней доли. В некоторых случаях наблюдается переход на мозговой придаток специфического сифилитического процесса с мозговых оболочек, надкостницы и носоглоточной области.

При сифилитическом поражении мозгового придатка наивчаще всего отмечаются заболевания, связанные с гипо-и дисфункцией придатка—гипофизарное ожирение, несахарный диабет, гипофизарная кахексия, карликовый рост и инфантилизм. Наиболее частым заболеванием при сифилисе мозгового придатка является гипофизарное ожирение, возникающее как на почве поражения межуточной, так и задней доли придатка. Некоторые авторы (Marburg, Aschner, Laschke) считают, что гипофизарное ожирение может возникать и вследствие поражения специфическим процессом *tuber cinereum*, так как в виду тесной связи, существующей между придатком мозга и вегетативными центрами межуточного мозга, повреждение *tuber cinereum* препятствует поступлению действующего начала гипофиза в мозг, что является аналогичным разрушению гипофиза. По наблюдениям Nonne и Motta гипофизарное ожирение, развившееся на почве врожденного сифилиса, нередко сопровождается нанизмом, полиурией, дисгенитализмом, евнухоидизмом и инфантилизмом.

В случаях гипофизарной кахексии при аутопсиях также часто находят гуммы гипофиза, склерозирующий гипофизит и перигипофизит.

Нужно также отметить, что и при болезни Dercum'a, Waldorp находил на аутопсии сифилитические поражения гипофиза. Заболевания, связанные с гиперфункцией мозгового придатка, представляют при сифилисе явления более редкие, что нужно в особенности отметить при приобретенном сифилисе. Так, в то время как Schulman и Lichwitz описали 12 случаев сифилитической акромегалии при врожденном сифилисе, в литературе описаны только единичные случаи акромегалии при приобретенном сифилисе [Mingazzini, Uthis, Schlesinger, Верзилов], сопровождавшиеся симптомами поражения n. optici и n. oculomotorii, изменением турецкого седла и улучшением после специфического лечения.

Если сифилитический гуммозный процесс в щитовидной железе, мозговом придатке, надпочечниках и других эндокринных железах часто и вызывает глубокие и непоправимые разрушения, то все же нередко наблюдаются и другие случаи, где сифилис вызывает гуммозные или склерогуммозные изменения, которые часто улучшаются при правильно проведенном лечении. Ртутная, сальварсановая, биохиноловая и иодистая терапия нередко оказывают прекрасный терапевтический эффект при сифилитических поражениях эндокринных желез.

Специфическая терапия сифилитических поражений мозгового придатка нередко дает также прекрасный результат, что отмечалось многими авторами при несахарном диабете, гипофизарной кахексии и гипофизарном ожирении, развившихся на сифилитической почве. В. А. Вальдман и О. А. Ольсен описывают случай *dystrophiae adiposo-genitatis* с *diabetes insipidus*, где под влиянием противосифилитической терапии исчезли головные боли и нервные явления, начали снова расти волосы на лобке и подбородке, появились эрекции, уменьшилось отложение жира и восстановился нормальный диурез. В литературе описаны также случаи, где акромегалические симптомы исчезали после применения специфической терапии (Nonne, Верзилов, Штейнберг, Schlesinger).

Нижеприводимые случаи несахарного мочеизнурения и акромегалии показывают, какой прекрасный терапевтический эффект в случаях с сифилитической этиологией дает при несахарном мочеизнурении и акромегалии применение противосифилитической терапии.

1 случай. (Ассистент С. С. Гальперн). К., 37 лет, поступила в Поликлинику с жалобами на сильную жажду, головные боли, общую слабость и плохой аппетит. Наследственность хорошая. Из детских болезней перенесла ветреную оспу, корь и скарлатину в возрасте до 10 лет. На 24 году жизни больная вышла замуж, вскоре забеременела, родила в срок девочку. Больше беременностей у больной не было. По словам больной, муж ее, слесарь, всегда был здоров, ничем не болел и не лечился. С 1920 года у мужа больной стало слабеть зрение, ухудшавшееся с каждым месяцем; в 1922 году он ослеп совершенно.

Настоящее заболевание началось с марта 1924 г. Больную стали беспокоить сильные головные боли, похудание, и все усиливающаяся жажда. Больная стала выпивать до 60 стаканов воды в сутки, соответственно с чем увеличивалось и количество мочи. На ночь больная ставила около себя большой кувшин воды—около полуведра—и весь его выпивала, спала плохо из-за жажды и частых позывов на мочеиспускание. Неоднократное обращение к врачебной помощи никаких благоприятных результатов не давало. В октябре 1924 г. больная обратилась в клинику I МГУ, где у нее констатировали заболевание несахарным диабетом и начали лечение подкожными впрыскиваниями питуитрина Parke-Davis'a. Всего было

произведено 10 инъекций питуитрина по 1,0 куб. см. через день. Под влиянием питуитрина жажда у больной уменьшилась: стала выпивать до 30 стаканов в сутки, соответственно уменьшилось и количество мочи. В начале декабря больная поступила под наблюдение Поликлиники.

Status praesens. Больная ниже среднего роста (150 см.), несколько инфантильного телосложения. При перкуссии легких получается незначительное притупление звука над обоими верхушками. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глуховаты. Мягкий, дующий систолический шум на верхушке. Акцент на втором тоне аорты. Доступные ощупыванию артерии жестковаты. Поперечник аорты—6,5 сантиметров, пульс 78 ударов в минуту.

Исследование крови: Нб—68⁰/₀, эритроц.—4.400.000, лейкоцитов—6.000. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов палочковидных—4⁰/₀, сегментированных—52⁰/₀, лимфоцитов—33⁰/₀, переход. и моноцитов—10⁰/₀, эозинофилов—1⁰/₀.

Аппетит плохой. Сильная жажда: выпивает в сутки до 60 стаканов воды. Сильная сухость во рту. Иногда изжога и отрыжка. Запоры. Верхняя граница печени на 7 ребре, нижний край печени выдается из-под ребер на полтора поперечных пальца—гладкий, мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена. Менструации нормальны. При гинекологическом исследовании ничего патологического не обнаружено. Мочевыделение резко учащено; количество мочи доходит до 15 литров в сутки. Моча вида и цвета чистой воды. Удельный вес ее 1001—1002; реакция слабо кислая; белка и сахара нет. В осадке единичные лейкоциты и клетки плоского эпителия. Со стороны органов зрения и слуха отклонений от нормы не отмечается. Сон тревожный, частые головные боли. Рефлексы зрачковые и сухожильные нормальны. Глоточный рефлекс отсутствует. Подавленное состояние духа.

Реакция Wassermann'a дала резко положительный результат (+ + + +). Кроме того, был вызван муж больной, у которого констатированы *tabes dorsalis* и атрофия зрительного нерва. Реакция *Wassermann'a* у него также получилась резко положительная (+ + + +).

Рентгенограмма турецкого седла обнаружила некоторое уменьшение его размеров. Диагноз: *Diabetes insipidus*.

Назначено противосифилитическое лечение: *Bijochinol* по 2 кб. см. через день внутримышечно; внутривенные вливания *Neosalvarsan'a*, в перерывах иодистый калий. В течение 3-х месяцев сделано 20 инъекций *Bijochinol'a*, 4 вливания *Neosalvarsan'a* (0,3—0,45). Состояние больной улучшилось до неузнаваемости: жажда и количество мочи резко уменьшилось (выпивала до 15 стаканов в сутки), уд. вес мочи поднялся до 1009. Головные боли исчезли. Аппетит и настроение резко улучшились. Сделан двухмесячный перерыв в лечении.

После нового курса лечения количество выпиваемой жидкости в сутки не более 8 стаканов (около 1700,0), количество мочи около 1600 кб. см.; уд. вес 1009—1010. Больная находится под наблюдением Поликлиники до настоящего времени, проделывая по временам курс противосифилитического лечения. Самочувствие больной вполне удовлетворительное. Выпивает не более 7—9 стаканов в сутки, ночью почти никогда не пьет. Количество мочи колеблется между 1600,0—1700,0 кб. см. с уд. весом 1008—1010.

Повторное исследование сыворотки на специфические антитела: *RW* в крови—нерезко положительная (+ +); *SG* в крови—нерезко положительная (+ +); *RW* в спинно-мозговой жидкости—слабо положительная (+).

II случай. А. Л., 44 лет. Жалобы на жестокие головные боли, мрачное, тревожное состояние духа и увеличение размеров лица и конечностей. Родители здоровые. Со стороны наследственности ничего патологического отметить не удается. 6 лет перенесла ветреную оспу и от 8 до 10 лет страдала золотухой.

20 лет вышла замуж за человека вполне здорового. Было 5 родов, прошедших вполне благополучно. Выкидышей не было. От 4-го ребенка, 17 лет тому назад, больная заразилась сифилисом. По словам больной, ребенка заразил нянька, причем у ребенка появилась во рту сыпь; больная, кормя ребенка грудью, заразилась сама. Первоначально появились около сосков небольшие язвочки, потом появилась сыпь на верхних конечностях и папулы во рту. Больная по этому поводу обращалась к врачам, которые определили сифилис и назначили ртутные втирания, которые больная проделывала несколько раз. После лечения сифилитических явлений больше не было, но по временам больную тревожили головные боли, особенно часто перед менструациями. Головные боли за последние 10 лет усилились и участились и в настоящее время почти непрерывно мучают больную.

В последние годы знакомые и родные больной начали замечать изменение и увеличение размеров ее лица. Сама больная отметить этого не может, так как, по ее словам, «не любит смотреть на себя в зеркало», но отмечает, что обувь за последние годы ей приходится покупать шире и больше, так как прежняя обувь ей узка (так, больная отмечает, что в первые годы замужества она покупала калоши № 3, а в настоящее время может носить только № 8). Больная отмечает также, что зрение за последние годы значительно ослабло и начали появляться частые слезотечения. Настроение духа, особенно за последнее время, мрачное, тревожное и тоскливое.

Status praesens. Рост—158 см., вес 102 кило. Больная среднего сложения, с хорошо развитой подкожной клетчаткой. Кожа на лице толста, упруга, приподнимается в виде толстой складки. Нижняя губа несколько утолщена, отвисла; язык массивен; надбровные и скуловые дуги несколько выдаются; нижняя челюстная кость выпячивается вперед, так что при смыкании челюстей верхняя зубная дуга отстоит от нижней приблизительно на 5 мм.; нижняя челюстная кость отличается массивностью. Все лицо, особенно если смотреть в профиль, представляется непропорционально удлиненным и увеличенным, по сравнению с черепом.

Позвоночник в грудном отделе искривлен вперед. Грудная кость широка и в верхней своей части представляет значительное утолщение. Реберные хрящи и ключицы утолщены, пальцы рук массивные, представляются как бы сплюснутыми спереди назад и по своей форме напоминают сосиски. Ногти плоски, широки, с ясно выраженной продольной исчерченностью. На ногах—*varices*. Дерматогризм выражен. Лимфатические железы и щитовидная железа не увеличены. Потоотделение не нарушено, скорее даже усилено. Видимые слизистые оболочки окрашены слабо. Динамометрия: правая рука—60; левая рука—55. Волосы не выпадают.

Органы пищеварения и дыхания отклонений от нормы не представляют. Верхняя граница сердечной тупости лежит у нижнего края IV ребра, правая—на 1 см. вправо от *l. sternalis dextra*, левая на 1 см. влево от *l. mammillaris sinistra*. Сердечные тоны глуховаты. Артерии слегка уплотнены. Пульс 86, синхроничный на обеих руках, хорошего наполнения, правильный. Кровяное давление (по Riva-Rossi): правая рука—145, левая рука—142 mm. Hg.

Исследование крови. Гемоглобина—60%. Эритроц. 4.320.000. Лейкоцитов—6800. Index—0.6. Лейкоцитарная формула: Лимфоцитов—22%. Переходных и мононуклеаров—7%. Нейтрофилов—74%. Эозинофилов—2,7%. Базофилов—0,6%. Реакция *Wassermann's* отрицательна.

Мочеспускание не затруднено, безболезненно. Реакция мочи кислая. Удельный вес—1015. Белка, сахара, индикана, уробилина, желчных и кровяных пигментов нет. В осадке клетки наружных мочевыводящих путей, кристаллы мочевой кислоты и кислого мочекаислого натрия. Гинекологически установлено *anteflexio uteri et endocervicitis ulcerosa*.

Ежедневные головные боли, беспокоящие больную в продолжение 18 лет и за последнее время усилившиеся. Общая слабость. Настроение всегда подавленное, угнетенное. Интеллектуальная сфера не представляет признаков упадка. Кожная чувствительность сохранена. Потоотделение не нарушено. Рефлексы: зрачковый—вял, глоточный—сохранен, коленный отсутствует. Симптома *Romberg's* нет. Дерматогризм выражен. Со стороны органов зрения: слезотечение, ослабление зрения, *nyctopia*, *strabismus divergens alternans*, *vis.* с коррекцией 0.2. Поле зрения нормально. На дне *staphyloma posticum* и незначительное расширение вен. Давление по тонометру *Sciotg's* нормально. Со стороны органов слуха отклонений от нормы нет. *Röntgen's* снимок с черепа показывает значительное утолщение черепных костей и увеличение размеров турецкого седла. На снимках кистей рук и стоп видно, что в общем процессе их увеличения, наряду со значительным утолщением мягких частей, принимают участие и кости, что особенно резко выступает при сравнении со снимками с костей нормальных субъектов. На снимках костей особенно бросается в глаза утолщение фаланг большого и соответствующих плюсневых костей, кроме того на больших пальцах отчетливо выступают экзостозы фаланг. Диагноз: *Acromegalia*.

Назначенное больной противосифилитическое лечение, состоявшее из подкожных инъекций энзеола (25 впрыскиваний по 1,0) и внутреннего употребления иода (в виде раствора 10,0 KI на 180,0 воды по 3 столовых ложки в день в течение 2 недель), дало прекрасные результаты в смысле улучшения общего состояния больной и почти полного прекращения головной боли, упорно и непрестанно мучившей больную в продолжение последних 3 лет.

Несмотря на то, что сифилис эндокринных желез нередко оставляет после себя склеротические или дегенеративные изменения, резко нарушающие функциональную деятельность желез, при подозрении на сифилитическое происхождение того или другого эндокринного заболевания, всегда необходимо испробовать противосифилитическую терапию в соединении с органотерапией и всегда следует помнить, что в случаях сифилиса эндокринных желез только комбинированное противосифилитическое и органотерапевтическое лечение может дать более или менее благоприятные результаты.

(Больница в память «Жертв революции» и Кабинет социальной гигиены Гос. педагог. института им. Герцена, — гор. Ленинград).

О влиянии внешних факторов среды на выделение воды почками.

(2-ое сообщение).

Доцент Г. С. Бельский.

В нашем распоряжении накапливается все больше и больше фактов воздействия среды на физиологические процессы организма. Взаимодействие между средой и деятельностью всей нервной системы (в том числе и вегетативной), деятельностью сердечно-сосудистой системы, пищеварительной функцией, внешней и внутренней секрецией, основным обменом и т. д. можно считать до известной степени выясненным. Нас же интересует вопрос о влиянии внешней среды на деятельность здоровой почки, ибо это влияние приходится учитывать уже по соображениям практического характера: 1) в целях профилактических, чтобы иметь возможность соразмерять силу и способность почки осуществлять свою важнейшую для организма выделительную функцию с той нагрузкой, которую она получает в своей повседневной работе от внешней среды, от условий „труда и быта“ ее носителя, 2) в целях клинической диагностики при применении, напр., водяной пробы, а также 3) в целях достижения наибольшего эффекта бальнеологической питьевой терапии.

Роль почки велика не только для водного обмена организма, определяющего в значительной степени и всю ту физическо-химическую среду, в которой протекает жизнь тканей, но значение почки не менее велико и в удержании кислотно-щелочного равновесия, в сохранении нормального обмена веществ, в удалении образующихся в организме токсинов и в устранении, вероятно, из организма некоторых продуктов утомления. Через все эти многообразные функции почки внешняя среда может воздействовать и на всю жизнь организма. Таким образом, значение внешних по отношению ко всему организму факторов на функцию почки, на ее диурез является одним из частных вопросов большой проблемы о влиянии окружающей среды на функции организма и потому имеет значение не только обще гигиеническое и социально-гигиеническое, но и клиническое.

Наблюдение за водоотделением почки велось уже издавна врачами у постели больного. Специальный метод „водяной пробы“ в различных модификациях, как способ выявить основной момент водного обмена

исследуемого больного, нашел широкое применение в клинике. Мы им пользуемся как для целей функционального исследования почки, так и для определения декомпенсации сердца, печени. Наиболее точной водяной пробой остается водяная нагрузка по Vollhard'y-Faag'u, правда, более кропотливая для исследователя и более тягостная для больного, чем упрощенные и более доступные ее модификации (Кауфмана, Ловцкого), но дающая за то возможность наиболее точно установить соотношение между количеством выпитой и количеством выделенной через почки воды.

Чтобы иметь право делать заключение относительно самой почки на основании того, как выпадает водяная проба в том или ином отдельном случае, мы должны всегда иметь в виду возможные экстраренальные факторы. Schlager, Vollhard, Явейн, Каратыгин и др. обращали наше внимание на ряд патологических внепочечных факторов, действующих в самом организме, как-то: слабость сердца, лихорадку, связанную с усиленным выделением влаги потом и дыханием, понос, рвота, отеки разного происхождения, внесосудистую и внутрисосудистую задержку воды. Мельман и Глинер из клиники проф. Я. А. Ловцкого обратили свое внимание и на роль физиологического фактора—вегетативной нервной системы в водном обмене, а Вихерт затронул и вопрос влияния на диурез почки и фактора, находящегося вне организма, устанавливая более или менее постоянный пищевой режим до и во время пробы „с водой“ и „концентрацией“.

Достаточно вспомнить все известные уже нам физиологические факторы, определяющие деятельность почки, чтобы установить те многочисленные передаточные механизмы, через которые внешняя среда может влиять на непосредственную функцию почки: а) общая гемодинамика—(частота сердцебиения и высота давления в сосудах); б) условия местного кровообращения (гиперемия, анемия); в) застой крови в почках; г) быстрота всасывания воды слизистой желудка и кишок в зависимости от секреторного и двигательного поведения кишечника в данный момент и от характера пищевой массы в кишечном тракте; д) состояние тканей, воспринимающих и удерживающих в себе воду (состояние коллоидов и кристаллоидов, удерживающих воду для своего растворения и набухания); е) насыщение крови теми продуктами питания и обмена веществ, которые являются раздражителями и угнетателями деятельности почек (в результате пищевого режима, притока кислорода в легочные альвеолы, покоя или мышечной работы); ж) характера основного обмена; з) взаимодействие эндокринных желез и вегетативной нервной системы—все это определяет функцию нормальной почки и через все эти физиологические факторы раздражители окружающей среды находят себе путь для воздействия на нервно-секреторный аппарат почки.

В прежней работе мы представили данные наших наблюдений над ходом водоотделения почки: 1) при различных температурах окружающей среды; 2) при положении исследуемого в горизонтальном и вертикальном положении; 3) при молочно-углеводно-сахарной диете с прибавлением 100,0 сахара и мясной диете; 4) при молочно-углеводной диете без добавления сахара и мясной диете.

Эти наблюдения производились над молодыми красноармейцами без обнаруживаемых заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек и печени.

Чтобы выявить роль этих факторов, мы ставили водяную пробу с одной группой в 16 человек мужчин в возрасте 20—23 года на протяжении 3-х дней раз при 8—10°, другой раз при t° 16°. С другой группой в 16 человек ставили опыт раз в горизонтальном положении, раз в вертикальном и, наконец, с такими же группами при разных диетах.

Эти экспериментальные наблюдения привели нас к следующим выводам: 1) более низкая температура окружающей исследуемого атмосферы обуславливает более обильное отделение мочи почкой, чем высокая температура; 2) горизонтальное положение исследуемого усиливает диурез в сравнении с вертикальным положением (при сидении и хождении) при незначительном движении; 3) диета, предшествующая водяной пробе, влияет на ход диуреза а) 3-хдневная преимущественно углеводная пища с прибавлением сахара дает более высокий диурез (как в дни приема пищи до пробы, так в самый день пробы), чем диурез, вызванный приемом изокалорийной мясной диеты; б) 3-хдневная углеводная диета, без прибавления сахара, дает также больший эффект водоотделения, чем изокалорийная мясная диета.

В дальнейшем мы поставили себе задачу изучить водоотделительную функцию почки: в зависимости от 1) температуры выпитой воды и 2) физического упражнения в виде маршировки.

Влияние на диурез температуры выпитой жидкости.

Эта группа водяных проб была произведена также с 16-ю молодыми людьми без явлений заболеваний почек и заметных отклонений в состоянии внутренних органов. Всего было произведено с ними 36 водяных проб (несколько повторных). В данном случае сравнивался ход диуреза при одинаковой температуре комнаты (16°), при одинаково лежащем положении исследуемых, с соблюдением возможного физического покоя перед опытом, при одинаковой диетической подготовке больных, но при условии, что температура выпиваемой воды (1500 куб. сант.) раз устанавливалась на 16°, другой раз на том же исследуемом на 40°.

Диурез в первые 4 часа оказался в подавляющем количестве случаев, в 11 из 16, сильнее после воды с низкой температурой, чем после воды с высокой и лишь в 5 случаях диурез был сильнее после теплой воды. И увеличение диуреза в первой группе выступает резче, чем во второй (561:364).

Таким образом, мы и здесь обнаружили одну большую группу лиц, реагирующих на прием холодной воды большим повышением диуреза и другую меньшую группу (6 случаев), реагирующую на теплую воду (40—45°) сравнительным повышением диуреза, причем, сравнивая из большей группы ряд двухчасовых порций мочи после холодной воды с таким же рядом—после горячей воды, мы получаем „холодный“ диурез значительно повышенным в сравнении с „горячим“ диурезом в первые четыре часа, а в последующие пониженным; во второй же группе (меньшей) после холодной воды диурез с самого начала и до конца остается более низким, чем после горячей воды.

	I	II	III	IV
После холодной воды . . .	1666	852	144	76
„ горячей „ . . .	1571	494	156	146

ТАБЛИЦА I.

Общее количество выделенной воды почками за первые 4 часа после приема 1500 куб. сант. воды различной температуры при одинаковой температуре комнаты (15—16°)

№№ иссле- дуе- мых	Количество выделенной воды за первые 4 часа			
	После комнатной воды в 16°		После горячей воды в 40°	
	Кол-во	Увел. сравн. с горячей	Кол-во	Увел. сравн. с комнатн.
1	1955	150	1797	—
2	2250	803	1447	—
3	2750	1225	1525	—
4	2410	486	1924	—
5	2366	685	1681	—
6	2817	357	1960	—
7	2340	116	2264	—
8	2480	194	2286	—
9	2696	457	2139	—
10	2765	835	1930	—
11	2783	854	1929	104
12	2528	—	2632	104
13	2116	—	2625	509
14	2298	—	2495	197
15	2392	—	2884	492
16	1307	—	1824	517
	в средн. 561		в средн. 364	

В данной группе опытов вода низкой температуры, проходя через пищевод и желудок, вызывает рефлекторным путем через ряд промежуточных факторов усиление секреторной деятельности почек точно также как окружающий воздух низкой температуры в предшествовавшей серии опытов, вся разница лишь в том, что низкая температура комнаты оказывает на секреторную функцию почки влияние в продолжение всей водяной пробы. Комнатная температура (16°) воды, поступив в полость желудочно-кишечного канала и оказав свое первое действие вскоре, подобно температуре горячей воды, уравнивается температурой тела и теряет свои температурные раздражающие свойства. Поэтому почка, выделит максимум воды в I и II периоды после приема холодной воды, имеет в своем распоряжении во время последующих периодов водяной пробы меньший запас свободной воды, чем в параллельных опытах с горячей водой.

Вторая меньшая группа этой категории опытов по особенностям своей конституции не обнаружила влияния низкой температуры воды: холодная вода вызвала на протяжении всей водяной пробы пониженный диурез в сравнении с горячей.

Двухчасовые порции после:	I	II	III	IV
холодной воды	1491	571	100	118
горячей воды	1704	587	210	168

Неспособность некоторых организмов реагировать при повышенном к нему требовании усиленным диурезом мы обнаружим и в дальнейшем при проведении водяной пробы с получасовой маршировкой перед ее началом. Механизм влияния температуры воды на диурез определяется, как и механизм влияния внешней температуры, разнообразными факторами, из которых не все действуют в одинаковом направлении: повышенное всасывание горячей воды и, следовательно, более быстрый переход и в циркулирующую кровь, усиление выведения воды через кожу при горячем питье, рефлекторное повышение тонуса сосудов под влиянием более низкой температуры выпитой жидкости. В результате этих влияний происходит более быстрый подвоз к секреторному аппарату почки элементов мочеобразующих и мочевыводящих. Температура выпитой воды не остается без влияния и на обмен веществ, насыщая в большей или меньшей степени кровь своими продуктами.

В результате сочетания всех этих факторов вода более низкой температуры вызывала в 10 наших случаях повышение диуреза в сравнении с водой более высокой температуры. Разница эта выразилась за первые 4 часа в среднем в 561 куб. сант. В 6 случаях обнаружилось понижение, выразившееся за 4 часа в 364 куб. сант.

Влияние физического труда на водяной диурез почки.

Дальнейшему изучению мы подвергли влияние маршировки на ход водяной пробы Vollhard'a. Повышение азотистого обмена в результате мышечной работы, образование и накопление в крови продуктов утомления требует усиленной работы по нейтрализации „ядов“ утомления (работа печени), усиленного удаления их наружу (дыханием, потом, почками) и ставит перед нами в данном случае вопрос о пороге выносливости почки, об оптимальной ее нагрузке продуктами обмена и „ядами утомления“.

Такая постановка опыта имеет также и для клиники большое значение. В самом деле: какое значение имеет, будет ли исследоваться больной в постели после ночного покоя или амбулаторно, после того как он прошел пешком из дому; наконец, имеет ли значение то, что больной в ожидании начала опыта в нетерпении ходит по палате, по коридору, уходит для предварительного взвешивания или для опорожнения кишечника или остается в палате, где продельывает все предварительные процедуры, и тут же, ложась в постель, начинает свою пробу.

Исследованию были подвергнуты 15 человек; со стороны сердца, легких, почек—уклонения у них не обнаружены. В продолжение 3-х дней перед первой водяной пробой (с маршировкой) и перед второй (после покоя) исследуемые выдерживались на совершенно одинаковой смешанной диете.

Водяная проба „с маршировкой в 30 минут“ протекала при всех тех же условиях, что и после покоя, лишь с той разницей, что исследуемые перед началом опыта, т. е. перед тем, как выпить воду, в белье, халате и туфлях маршировали по длинному, широкому коридору госпиталя (полный пехотный шаг со свободными движениями рук), делая 85—90 шагов в минуту или 2550—2700 шагов за 30 минут. Таковой марш не все больные одинаково хорошо переносили; одни из них лишь слегка потели, другие же чувствовали себя кроме того ослабевшими, обнаруживая большее или меньшее сердцебиение, большую или меньшую

одышку. В этом сказывалась неодинаковая физическая тренировка исследуемых, неодинаковый запас их сердечной и мышечной энергии, неодинаковая сопротивляемость организма в отношении внешних факторов. Поэтому можно было уже а priori думать, что не все почки одинаково справятся с выделением принятого количества воды.

ТАБЛИЦА № 2.

Первая 4-часовая и последующие две 2-часовые порции мочи.

№№	После 30 мин. маршировки			После покоя		
	I	II	III	I	II	III
Группа А.						
1	1789	62	110	2134	51	40
2	1509	100	87	1890	45	81
3	2142	230	100	2560	160	87
4	1673	65	60	2870	170	100
5	2370	46	53	2820	160	85
6	2395	200	86	2710	230	266
7	1530	84	45	2680	130	140
8	2341	94	100	2340	230	120
9	1834	94	200	1846	300	200
Средние	1965	108	93	2428	164	124
Группа В.						
10	2489	110	120	2480	100	100
11	2244	100	70	2252	100	49
Средние	2367	105	95	2366	100	75
Группа С.						
12	2670	25	72	2588	150	90
13	2205	300	100	1990	100	45
14	2685	200	80	2155	86	100
15	2139	270	100	1575	230	200
Средние	2425	199	88	2077	142	109

В первой группе (9 из 15) после маршировки диурез на протяжении всего опыта был ниже чем после покоя.

Группа В не обнаружила почти никаких различий в силе диуреза; и только лишь группа С (4 случая), где факторы, усиливающие функцию почки, превысили факторы, ослабляющие ее, обнаруживает заметно больший диурез после 30 мин. маршировки в сравнении с диурезом после покоя.

Очевидно, в большинстве наших случаев 30-минутная напряженная маршировка является уже той дозой, которая ослабляет или истощает механизм почечного водоотделения, тем ли что создает некоторый латентный период ослабления сердечно-сосудистого аппарата или тем, что на-

копленные за этот срок времени продукты утомления приводят к некоторому длительному парезу почечной ткани.

Нам казалось поэтому интересным выяснить влияние на диурез почки, на ход водяной пробы V ollhard'a-Faar'a маршировки при совершенно тех же условиях, как и в первом опыте, но продолжительностью в 15 минут. Здесь кожно-легочная потеря воды должна быть меньшей, кровообращение при меньшей маршировке могло более стойко повыситься, а продукты мышечной работы должны были, казалось нам, в меньшей степени парализовать механизм мочеотделения.

ТАБЛИЦА № 3.

Первая четырехчасовая и последующие две двухчасовые порции мочи.

№№	После 15 м. маршировки			После покоя		
	I	II	III	I	II	III
Группа А.						
1	2108	150	180	2040	150	120
2	2740	110	240	1944	200	170
3	2045	310	100	2020	220	190
4	2419	150	210	1960	170	94
5	2294	88	170	2190	240	174
6	2250	240	70	2050	300	130
7	2330	180	100	1803	45	87
8	2119	170	190	1515	220	55
9	2375	160	84	2340	100	74
10	2211	100	82	2110	80	64
11	2690	72	65	2420	80	55
12	2210	180	150	1923	300	200
Средние	2311	159	137	2026	176	118
Группа В.						
13	2388	90	140	3020	320	210
14	2242	170	120	2635	240	100
15	1933	200	150	2240	75	55
16	1450	300	150	2042	250	240
Средние	1978	190	140	2484	221	151

В большинстве случаев (в 12 из 16) умеренная маршировка дала более высокий диурез с меньшим удельным весом, чем без нее. Этим, казалось, была обеспечена организму лучшая возможность выполнить работу без остаточного утомления.

В меньшем же количестве случаев (4-х из 16) и эта меньшая маршировка все же оказалась для функций почки слишком невыгодной: она была поставлена в необходимость выделить плотные вещества в большей концентрации (с большим удельным весом) при меньшем количестве воды.

В этой и другой группе расхождение кривых диуреза обнаруживается наиболее резко на протяжении первых двух часов, следующих после маршировки, например:

ТАБЛИЦА № 4.

Водяная проба № 9. Большой Исаченко.
Т. комнаты 20 С.—Т. воды 16 С.

13/VI. После 15 м. маршировки				17/ VI после покоя			
Время	Количество	Уд. вес	В е с	Время	Количество	Уд. вес	В е с
8—30	170	1010	До пробы	6—30	300	1017	До пробы
9	610	1001	64,4	7	400	1007	64,2
9—30	310	1001	После пробы	7—30	270	1005	После пробы
10	600	1002	62,2	8	100	1002	63,1
	1690				1070		
10—30	100	1005		8—30	85	1001	
11	140	1007		9	190	1003	
11—30	140	1007		9—30	70	1004	
12	49	1011		10	100	1008	
	429				445		
2	170	1012		12	220	1010	
4	190	1013		12	55	1013	
Всего 2479				Всего 1790			

Чтобы выявить влияние на функцию почки дальнейшего уменьшения физической работы, мы провели наблюдение над группой молодых (20—22 л.) здоровых мужчин (14 человек), производя с ними маршировку при условии тождественных с условиями предшествующих двух опытов (с 30 мин. и 15 мин. маршировки), но с той лишь разницей, что маршировка продолжалась ровно 8 минут.

ТАБЛИЦА № 5.

2-часовые порции мочи.

№№	После 8 минутной маршировки				Б е з н е е			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	1850	980	310	100	1430	950	250	100
2	1650	930	210	70	1080	953	200	150
3	1640	860	72	73	810	917	130	120
4	1860	358	76	69	1490	750	130	120
5	1230	559	180	160	1200	275	69	100
6	1380	522	190	71	1290	753	94	60
7	1510	585	140	84	1490	290	270	50
Средние	1589	685	168	88	1227	698	163	108
8	1530	227	150	67	2120	210	250	120
9	1570	670	50	100	1960	437	82	61
10	1760	920	100	100	1960	900	100	75
11	1586	494	100	85	1760	756	210	130
12	1600	572	110	78	1830	805	140	100
13	1530	406	66	67	1630	444	73	91
14	1103	672	63	41	1460	931	100	120
Средние	1500	494	84	77	1817	640	131	113

Как видно из этой таблицы, 8-минутная маршировка оказалась менее активным фактором диуреза, чем 15-минутная: она дала одинаковое количество случаев повышения и понижения диуреза. В чем же причина? Ее трудно выяснить, ибо здесь участвует масса факторов, из которых одни совпадают, другие противоречат друг другу. Очевидно, при данных условиях постановки опыта, когда в случаях водяной пробы без маршировки исследуемый и в состоянии покоя все же производит известное количество движений (хождение в уборную, хождение к весам), 8-минутная маршировка является в сравнении с относительным покоем слишком незначительной нагрузкой, чтобы заметно повлиять в ту или иную сторону на диурез.

Таким образом, закончив этой группой опытов изучение влияния мышечных движений в виде маршировки на ход водяной пробы Vollhard'a-Gaag'a, мы видим, что в зависимости от ряда условий, связанных с конституциональными особенностями организма, с его физической выносливостью, с состоянием нервномышечного аппарата сердечно-сосудистой системы, его потогонительного аппарата, с состоянием дыхательного аппарата, с состоянием органов, осуществляющих нейтрализацию продуктов утомления в организме, а, может быть, и со свойствами секреторного аппарата самой почки и ряда других особенностей — большие маршировки (30 мин.) чаще всего угнетают функцию почки, слишком малый марш (8 мин.) является незначительным фактором возбуждения диуреза и лишь умеренный марш (в 15 мин) является отчетливым в преобладающем количестве случаев (в 81%) возбудителем водоотделительной функции почки. *Это имеет для нас значение в смысле признания мышечных движений, предшествующих водяной пробе, экстраренальным фактором диуреза и в смысле установления в отношении почки наиболее физиологической нормы упражнения — маршировки, подобно тому, как это устанавливается в отношении других органов нашего организма.*

От окончательного объяснения самого механизма влияния перечисленных экстраренальных факторов на разный диурез почки мы воздерживаемся, ибо это возможно было бы лишь при условии точных определений количества воды, как поступающей с пищей, так и образуемой в результате углеводистого обмена, потери воды через кожу, легкие и кишечник, при определении объема и глубины дыхания, частоты и силы сердечных ударов, давления крови в сосудах, молочной кислоты, кислотно-щелочного равновесия и т. д. до и после опыта. В конце концов и эти данные не могли бы до конца раскрыть с точностью механизма почечного отделения, ибо кислород, вода, давление крови в сосудах и проч. неравномерно распределяются по всем органам тела и за почкой сохраняется возможность усиления в ней самой отдельных физиологических процессов независимо подчас от разыгрывающихся общих физиологических состояний.

Мы ставили себе лишь задачу выяснения наиболее физиологической нагрузки для организма, в частности для почки, и выяснения возможных общих внешних факторов водяного диуреза вне патологических изменений во всем организме исследуемого, дабы возможно точнее сузить условия постановки блестяще оправдавшейся уже водяной пробы Vollhard'a.

Из наших данных видно, что если у одного и того же больного при постановке водяной пробы один раз комбинировать все обстоятель-

ства, повышающие диурез (низкая Т. комнаты, воды, углеводистую диету, движение перед опытом и вертикальное положение во время опыта), а в другой раз скомбинировать факторы противоположного характера, мы рискуем получить весьма резкие расхождения в кривой водяного диуреза одинаково функционирующей почки или одной и той же почки в разные дни опытов. Этим фактом мы могли бы быть введены в заблуждение относительно состояния почки и происходящих якобы в ней изменений функций, приписывая ей несуществующие в ней патологические изменения.

Вместе с тем мы можем произвольно комбинировать, как по соображениям гигиены труда, так—и бальнеологического характера, те условия, которые дают нам возможность при одном и том же количестве и качестве воды максимально повысить почечное водоотделение и освобождение организма от продуктов обмена и „утомления“.

Суммируя результаты наших наблюдений о влиянии внешней среды в виде различных ее факторов на водоотделение нормальной почки мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Помимо экстраренальных факторов водяного диуреза патологического характера существует ряд физиологических условий в состоянии организма в результате воздействия внешней среды и изменения отношения организма к среде, могущих резко повлиять на ход водяного диуреза.

2. Более низкая температура окружающего воздуха обуславливает более высокий диурез, чем высокая температура.

3. Низкая температура выпитой воды ускоряет диурез в сравнении с более высокой Т. воды.

4. Горизонтальное положение исследуемого усиливает диурез в сравнении с вертикальным положением (ходячем, сидячем) при минимуме движения.

5. Физические упражнения влияют на ход диуреза, причем: 30-минутная маршировка в большинстве ослабляет, 15-минутная в большинстве случаев резко повышает диурез, а 8-минутная не обнаруживает заметного влияния на диурез.

6. Диета, предшествующая водяной пробе, влияет на ход диуреза:

- а) предшествующая пробе 3-хдневная преимущественно углеводная пища с сахаром дает более высокий диурез в дни приема пищи и в день водяной пробы, чем такой же порядок приема изокалорийной мясной диеты.

- б) 3-хдневная углеводная диета без сахара дает такой же эффект в смысле диуреза в отношении изокалорийной мясной диеты.

Из Института социальной гигиены Татнаркомздрава (директор ин-та проф. М. А. Дыхно).

К вопросу об изменении картины крови в условиях химического производства.

М. А. Нимцовицкая.

Мы поставили перед собой задачу установить, как отражается на гемограмме действие паров эфира и окислов азота при длительном пребывании на производстве. С этой целью нами было произведено около

180 полных исследований крови у рабочих химического завода N, из которых одна группа рабочих подвергается воздействию паров эфира в концентрации от 5 до 20 млгр. и выше на 1 L воздуха, другая— воздействию окислов азота самой различной концентрации (концентрация колеблется от тысячных долей млгр. до десятых долей и даже до нескольких млгр., 3—5, на 1 L воздуха).

У обследованных производилось полное исследование крови (с 9 до 12 ч. утра). Hb определялся гемометром Sahli (выверенным). Эритроциты и лейкоциты подсчитывались в камере Bürker'a (сетка Türk'a). Мазки красились по Pappenheim'у (May-Grünwald-Giemsa), сосчитывалось по Schilling'у не менее 200, чаще 300 лейкоцитов. Для выявления базофильной зернистости в эритроцитах мазки красились по методу, предложенному Е. О. Фрейфельд (разведенным водным раствором 1% метиленовой синьки—5 кап. на 20 к. с. водопроводной воды, окраска в течение часа). У большинства рабочих определялось количество молодых эритроцитов-ретикулоцитов (исследование крови на *substantia granulo-filamentosa*); окраска по Schilling'у—комбинированная окраска Brillanteresylblau Giemsa; сосчитывалось 1000 эритроцитов и число встречающихся ретикулоцитов; кроме того, оценивалось их содержание по полям зрения.

Переходя к изложению полученных результатов, остановимся раньше на группе рабочих (мужчин и женщин), *подвергающихся воздействию паров эфира*. Как выше указано, большинство рабочих подвергается воздействию эфира в концентрации от 10—20 млгр. эфира на 1 L воздуха, единичные рабочие работают при особо-высокой концентрации (свыше 20 млгр.), небольшая часть—подвергается воздействию эфира в концентрации ниже 10 млгр. на 1 L. Возрастной состав исследованных от 20 до 56 лет, причем на возраст от 20 до 29 лет приходится 27,0%, от 30 до 39 лет—25%, от 40—49 л.—40,0%, от 50 лет и выше 8%. Стаж у большинства рабочих значительный: лиц со стажем до 1 года всего 6%, поэтому мы разбили стаж на 3 группы: Группа I—до 2-х лет—25,4%, группа II—от 3 до 7 л.—39,1%, группа III—от 8 лет и выше—35,5%.

Количество гемоглобина у женщин колеблется от 62 до 92%, причем в 8% случаев количество Hb ниже 70% и в 19% обследованных от 70 до 80%, т. е. только в незначительном количестве случаев оказалось выраженное понижение гемоглобина.

Что касается эритроцитов, то большинство авторов совершенно не указывает, в каких пределах колеблется их количество у здоровых женщин, указывая только, что среднюю цифру для эритроцитов следует принять в 4,5 мил. Для мужчин дают цифры в 5—6 мил. (Schilling, Фрейфельд). Поэтому представляет интерес сообщение, появившееся в J. A. M. A. за 1927 г. (наблюдение при Oregon Med. School). Была исследована кровь у 100 женщин в возрасте от 18 до 30 лет. В среднем количество эритроцитов равнялось 4,8 мил., причем в 90% случаев количество эритроцитов колебалось от 4,3 до 5,3 мил. Мужчин исследовано 137 чел. в возрасте от 19 до 30 лет. В среднем количество эритроцитов—5,4 мил., в 90% случаев колебания от 4,7 до 6,1 мил. Сознавая, что установленные для американцев „нормы“ не могут быть безо-

говорочно перенесены на наших рабочих, мы, тем не менее, вынуждены были ими воспользоваться при анализе нашего материала.

Исходя из вышеизложенного, нижней границей нормы эритроцитов для женщин мы считали 4,3 мил.; для мужчин—4,7 мил. (и соответствующим образом разбили наш материал).

Количество эритроцитов у обследованных нами женщин колеблется от 3.630.000 до 4.890.000 в 1 mm^3 , в 14% случаев отмечено выраженное понижение эритроцитов (до 4 мил.) и почти в трети случаев количество эритроцитов было ниже 4,3 мил. Средняя равняется 4.320.000. Эта цифра значительно ниже средней, установленной на здоровых женщинах у американцев.

Далее мы пытались выяснить, нет ли зависимости между содержанием Hb, эритроцитов, возрастом и стажем. Среди обследованных преобладает средний возраст и определенной зависимости между составом красной крови и возрастом подметить не удалось. Что касается соотношения между количеством Hb и стажем, то по анализу данных видно, что работницы со стажем до 2-х лет дают содержание Hb ниже 70% в большем числе случаев (в 18% всех обследованных этой группы), чем работницы со стажем свыше 5 лет (6% всех обследованных этой группы). По отношению к эритроцитам отмечается то же явление, но менее выраженное.

Среди мужчин лиц с несколько пониженным содержанием Hb (от 70 до 80%) равно 8%. Количество эритроцитов дает колебание от 4.030.000 до 5.560.000. В одной трети случаев количество эритроцитов ниже 4,5 милл. Следовательно, у мужчин так же, как и у женщин, эритроциты дают большее снижение, чем гемоглобин. Почти в 70% случаев количество эритроцитов ниже 4,7 мил. (нижняя граница нормы в исследованиях американцев).

Цветной показатель (F. J.) у женщин оказался ниже 0,9—в 27% случаев. У мужчин F. J. приближается к 1,0 и только в 8% ниже 0,9 (0,86).

Что касается качественного состава красных кровяных шариков, то в 25% отмечена небольшая гипохромия (гл. образ. у женщин), нерезкий анизоцитоз в 20% случаев и полихромазия (средней степени) в 18%. Пойкилоцитоза не отмечено ни в одном случае. В одном случае при просмотре мазка обнаружен нормобласт. Плазмодий ни у кого не обнаружено.

Нас интересовал вопрос о регенерации красной крови у эфирных рабочих. Оказалось, что % распределение молодых эритроцитов-ретикулоцитов у мужчин и женщин совпадают (хотя можно было бы ожидать у женщин более высокие цифры). Ретикулоциты ниже нормы и в пределах нижней границы нормы обнаружены в одной трети случаев. В 25% количество ретикулоцитов оказалось повышенным, что указывает на повышенную регенерацию у части обследованных. Никакой зависимости между количеством ретикулоцитов и возрастом, стажем, % содержанием Hb на нашем материале установить не удалось. Ваялая регенерация (т. е. единичные ретикулоциты) встречалась и при низких цифрах Hb (62—65%).

Интересную картину мы получили для базофильно-зернистых эритроцитов. У мужчин базофильная зернистость в эритроцитах обнаружена

в 13%, у женщин в 24% случаев. Представляется необходимым выделить группу работниц в 4 чел., из которых у трех обнаружены базофильно-зернистые эритроциты. Возможно, здесь надо принять во внимание, что они работают при наиболее высокой концентрации эфира (до 30—40 млг. на 1 л воздуха).

В последние годы доказано, что различными действующими факторами можно вызвать появление базофильной зернистости в эритроцитах (различными инъекциями, повышенной влажностью). По наблюдениям Trautmann'a над 100 клинически здоровыми людьми в их крови базофильная зернистость эритроцитов в небольшом количестве (меньше чем 1 базоф. зерн. эритроцит на 50 полей зрения) были найдены в 19%, а в большем количестве—в 2% (цитир. по Фрейфельду). Сотрудники гематологической лаборатории Института им. Обуха находили в небольшом количестве базоф. зерн. эритроциты у всех групп рабочих. Разница только в индексе баз.-зерн. эритроцитов, предложенном Фрейфельдом и дающим возможность характеризовать исследуемую группу рабочих в отношении баз.-зерн. эритроцитов.

Мы вывели индекс базофильной зернистости по Фрейфельду, который оказался довольно высоким для работниц, подвергающихся воздействию эфира. Индекс баз. зернистости $= \frac{24}{12}$, (т. е. в 12% всех случаев баз. зерн. в эритроцитах оказалась выше 1:10 000). Нужно полагать, что у нас не все баз. зерн. эритроциты выявлены, так как мы пользовались для окраски метиленовой синькой. Brückner и Spatz указывают, что при этой окраске обнаруживается меньше баз. зерн. эритроцитов, чем при окраске по методу Manson-Schwarz (70% и 100%).

Подводя итоги сказанному относительно изменений красной крови у рабочих этой группы, следует отметить, что Hb дает сравнительно незначительное снижение, эритроциты же гораздо большее, как у женщин, так и у мужчин. Следует, однако, оговориться, что ни эритроциты, ни тем более Hb, не дают особенно значительных изменений, как то следовало бы ожидать, учитывая резкое воздействие эфира на большинство рабочих обследованной группы. Что это воздействие довольно значительно, можно судить по тому, что не только вновь поступившие, но и старые рабочие, привычные, отмечают, что эфир вызывает у них на работе возбужденное состояние, часто головокружение, сонное состояние, а иногда приходится работниц даже выносить из рабочего помещения. У лиц, подвергавшихся воздействию эфира, отмечена резкая бледность кожных покровов. Так что следовало бы ожидать, что красная кровь даст более значительные изменения, чем те, которые нам пришлось наблюдать. Что эфир не оказывает особенно резкого воздействия на красную кровь, подтвердили и наблюдения в отделении профгигиены Ин-та социальной гигиены, где проводится экспериментальное, хроническое отравление животных эфиром разных концентраций, превышающих концентрацию эфира в воздухе рабочих помещений.

Переходя к результатам исследования белой крови, нужно отметить, что только в незначительном количестве случаев мы имели нормальное количество лейкоцитов (выше 6.000); особенно высок % лейкопений у женщин (около 50%), гипоплейцитоз отмечен в 26%. Определенной зависимости между количеством лейкоцитов и стажем подметить не удалось.

Чтобы не повторяться укажем, что результаты всех исследований разнились по стажу, в дальнейшем об этом будет упоминаться только при обнаружении зависимости.

Изучение качественного состава белой крови дало следующие результаты: у 25% обследованных женщин отмечена нейтропения, в остальных случаях содержание в пределах нормы. У мужчин нейтропения обнаружена в 60% всех случаев. Юные формы нейтрофилов обнаружены в небольшом количестве (не выше 1%) в 40% всех случаев. Палочкоядерные встречались в количестве от 1,0 до 14,0%, причем в 15% оказались выше 8,0%. Низкие цифры палочкоядерных отмечены, главным образом, у лиц среднего возраста и стажа. В единичных случаях попадались дегенеративные Stab. В 4-х случаях обратила на себя внимание полисегментированность нейтрофилов. Следовательно, только в сравнительно небольшом количестве случаев отмечается сдвиг влево, преимущественно дегенеративный. Количество лимфоцитов колебалось от 17 до 46,5%, только в 3% случаев *Ly* оказались ниже нормы. В 25% у женщин, 38% у мужчин отмечен лимфоцитоз—это в %-ом отношении; абсолютные цифры почти не увеличены, так как повышение *Ly* часто совпадает с лейкопенией. Моноциты встречались в количестве от 3,5 до 12%. Чаще отмечено нормальное содержание их. Монопения обнаружена в незначительном % случаев. В 14% всех исследований имеет место моноцитоз. В двух случаях попались атипические моноциты (у мужчины, перенесшего *lues*, и у здоровой женщины). Количество эозинофилов колебалось от 0,5 до 22,5%. Только в 5% случаев количество *Eos.* равнялось 0,5%. Всего гипоеозинофилия (до 1,5%) отмечена в 25% случаев, из них в 18% случаев у рабочих с большим стажем. У женщин в 27% и у мужчин в 36% количество эозинофилов резко превышает норму. В 8% случаев гиперэозинофилию можно объяснить заражением глистами.

При исследовании крови рабочих некоторые авторы объясняют эозинофилию глистами. Один исследователь пытался объяснить эозинофилию у рабочих с небольшим стажем раздражением костного мозга. Рабинович объясняет эозинофилию галошниц следствием вегетативного невроза (токсическое влияние бензина). В последнее время находят эозинофилию у разных групп населения (практически здоровых). Многие авторы, интересовавшиеся картиной крови при глистах, отмечали высокий % *Eos* у лиц неинвазированных и отсутствие эозинофилии у глистосенсителеев. Плотников и Зерганинов получили (у школьников) почти одинаковые цифры для эозинофилов у глистосенсителеев и неинвазированных глистами (трехкратное исследование кала). Муфель отметил у 185 глистосенсителеев эозинофилию в 25% случаев, а у 321 ч. с отрицательным исследованием кала в 21,2% случаев.

Мы отмечаем это обстоятельство с целью подчеркнуть, что причину эозинофилии нельзя объяснять только заражением глистами или влиянием профессии; очевидно, кроме этих двух факторов имеются еще другие, неизвестные нам причины.

Bas. обнаружены в количестве от 0,5 до 2,5%; только в 3% всех обследованных количество *Bas.* превышает 1,5%. Клетки раздражения встречались до 0,5% в единичных случаях.

Исследование крови у небольшой группы вспомогательных рабочих вфирного производства (часть времени проводят вне зданий) дало следую-

щие результаты: Нб от 88 до 100%, эрит. от 4.310.000 до 5.300.000, в 50% ниже 4,7 мил. Лейкопения отмечена только в 10% случаев. Почти все случаи дают высокие цифры для лимфоцитов.

Исследование крови у рабочих, подвергающихся воздействию окислов азота. Возрастной состав этой группы рабочих (все обследованные — мужчины) от 20 до 60 лет (от 20 до 29 лет—25,5%, 30—39 л.—27,5%, 40—49 лет—27%, 50 и выше—20%). Стаж от 6 мес. до 36 лет, причем большинство рабочих, имеющих небольшой стаж, работали на том же заводе, но в других производствах. Стаж до 12 месяцев—27%, 1—4 года—12%, 5—9 лет—22%, 10 лет и выше—39%.

Количество Нб колеблется от 76 до 107%, причем количество Нб от 76 до 86% отмечено в 14%. Почти в половине случаев количество Нб выше 95%. Количество эритроцитов от 4.160.000 до 5.640.000. У одной пятой обследованных количество эритроцитов ниже 4,5 мил. Цифры ниже 4,7 мил. мы имеем всего в 30%. Средняя для эритроцитов 5.030.000. Представляет интерес сопоставить эту цифру со средней для мужчин, занятых в эфирном производстве—4.650.000; мы видим, что среднее содержание эритроцитов у рабочих, подвергающихся воздействию окислов азота, значительно выше, чем у эфирных рабочих (мужчин же). Лиц с содержанием эритроцитов ниже 4,7 мил., у этой группы рабочих (воздействие окислов азота)—всего 30% всех обследованных мужчин, в то время как эфирные рабочие дают 70% всех обследованных мужчин с содержанием эритроцитов ниже 4,7. И, наоборот, в то время как первая группа дает лиц с содержанием эритроцитов выше 5.000.000—50% всех обследованных—вторая группа (воздействие эфира)—только 17% всех обследованных. Пониженное количество эритроцитов приходится, главным образом, на лиц с большим стажем, хотя может быть тут играет роль и возраст. F. J. чаще равнялся 1,0; в 15%—он ниже 0,9. Нужно отметить, что и рабочие, подвергающиеся воздействию окислов азота, очень бледны и количество Нб совершенно не соответствует их внешнему виду.

Из вышеизложенного явствует, что красная кровь у азотных рабочих мало страдает. За это говорит и качественный состав красных кровяных телец. Только в очень небольшом % отмечен небольшой анизозитоз и полихромазия (7 и 9%). Резкая полихромазия обнаружена у рабочего с *malaria tertiana* (plasm. в толстой капле). Регенерация красной крови почти в половине случаев стоит на нижней границе нормы (единичные ретикулоциты 1:1000) и только в $\frac{1}{7}$ части обследованных отмечена несколько повышенная регенерация. Базофильно-зернистые эритроциты обнаружены в 16,5% (индекс базоф.-зерн. $\frac{16,5}{4}$). У рабочих, подвергающихся воздействию окислов азота особенно высокой концентрации индекс баз.-зерн. $\frac{26}{8}$.

Со стороны белой крови так же, как у эфирных рабочих, лейкопения отмечена в большом % случаев (больше одной трети), часто встречался гиполейкоцитоз. В общем лейкопения и гиполейкоцитоз отмечены в 60% всех случаев. При анализе материала оказалось, что при малом и среднем стаже лейкопения отмечена в 26 и 30%, а при большом стаже в 41% случаев.

Изучение лейкоцитарной формулы дало следующие результаты: в 25% случаев отмечена нейтропения и только в 6% нейтрофилия.

(в % к числу лиц обследованной группы).

Таблица № 1.

	Гемоглобин										Эритроциты								Цвет- ной показ.		Лейкоциты				Лейкоцитарная формула										Рети- куло- циты							
	От 60 - 69% От 70 - 79% От 80 - 85% От 86 - 95% Свыше 95%					До 4.000.000 От 4.000.001 До 4.300.000 От 4.300.001 До 4.500.000 От 4.500.001 До 4.700.000 От 4.700.001 До 5.000.000 Свыше 5.000.000								0,7—0,8 0,81—0,9 0,91—1,0		До 5.000 От 5.001 До 6.000 От 6.001—8.000 Свыше 8.000				Нейтрофилы Юные От 1,1 до 3,0% От 3,1 до 6,0% От 6,1 до 8,0% Свыше 8% До 20% От 21% До 35% Свыше 35% До 8,5% Свыше						Лам- фоци- ты		Моноци- ты		Эозино- филы		Базофилы										
Воздействие ЭФИРА	8	19	55	18	—	14	30	—	28	—	28	—	28	—	5	22	73	53	27	15	5	25	75	40	22	52	11	15	3	72	25	86	14	5	20	48	27	47	3	33	42	25
женщины . . .																																										
мужчины . . .		8	22	43	27	—	—	—	34	35	14	17	—	8	92	26	26	31	17	60	40	39	41	43	—	16	3	59	38	88	12	4	19	41	36	46	4	33	41	26		
Воздействие ОКИСЛОВ АЗОТА																																										
мужчины . . .	1	13	39	47	—	—	—	—	19	11	21	49	—	15	85	36	25	32	7	25	75	33	36	37	13	14	7	68	25	80	20	10	17	46	27	57	3	42	43	15		

Юные нейтрофилы (0,5—1%) обнаружены в одной трети всех случаев. Палочкоядерные в 14% превышают норму (выше 8%). Выраженный сдвиг влево отмечен у группы кочегаров, в работе которых имеется значительное физическое напряжение. Количество лимфоцитов в подавляющем большинстве случаев—в пределах нормы. В 25% случаев отмечен лимфоцитоз и только в 7% лимфопения. В 20% случаев отмечен моноцитоз. Количество эозинофилов в 54% дают отклонение от нормы. В 27% случаев отмечена гипоеозинофилия. Гиперэозинофилия тоже обнаружена в 27% случаев, совпадает с % распределением Eos. у эфирных рабочих. Заражение глистами при Eos. наблюдалось в 7%. У 60% исследованных обнаружены базофилы в количестве от 0,5 до 2,5%. Bas. в количестве выше 1,5% обнаружены в незначительном количестве случаев.

Резюмируя вышесказанное нужно отметить, что воздействие эфира вызывает большие изменения в картине красной крови, чем воздействие окислов азота (при эфире отмечено у мужчин понижение Hb в 30%, у азотных рабочих в 14%. Еще резче это сказывается на эритроцитах—у эфирных рабочих понижение в 69%, у азотных—30%).

Изменения в картине белой крови (гл. образ. в отношении количества) выступают на нашем материале очень четко. У обеих групп рабочих отмечен большой % лейкопений и гиполеукоцитозов (в общем от 52 до 80%).

Это совпадает с результатами исследования белой крови, полученными проф. Н. К. Горяевым при обследовании рабочих Бондюжского химического завода. У рабочих, подвергающихся воздействию хлора, он тоже получил большой % лейкопений. Нужно предположить, что лейкопения в данном случае есть результат угнетения лейкопозитического аппарата вследствие токсического действия вышеупомянутых промышленных ядов.

Наш материал недостаточен для выводов, но он имеет то преимущество, что представлен небольшим количеством детальнейших профессий, подвергающихся одним и тем же вредностям.

Считаю своим долгом принести благодарность своему учителю проф. Н. К. Горяеву за ценные указания и руководство.

Литература. 1) Naegeli. Blutkrankheiten.—2) Шиллинг. Картина крови и ее клиническое значение.—3) Фрейфельд. Гематология.—4) Шустров и Вลาดов. Клиническая гематология.—5) J. A. M. A. 1927 г. Vol. 88 № 26.—6) Оздоровление труда и революция быта, сб. VII—7) Lehmann. D. m. W., № 51, 1922 г. Archiv fur Hygiene Bd. 99. H. 5—6, S. 181.—8) H. Brückner und R. Spats. Archiv f. Hygiene, Bd. 97, H. 5—8. 9) Чуйко. Русская клиника, № 5, 1928.—10) Плотников и Зерчанинов. К вопросу о заражении глистами (рукопись).—11) Любимова. Гигиена труда, № 2, 1928.

Из Хирургической клиники Института для усовершенствования врачей в Казани.
(Завед. проф. В. Л. Боголюбов).

К закрытию кишечных свищей ¹⁾.

Д-р И. И. Садовский.

(С 2 рис.).

Лечение кишечных свищей представляет одну из труднейших задач для практического хирурга. Известно, насколько больные этой болезнью тягостятся своим страданием. Постоянное неукротимое истечение отделяемого из кишечного свища, часто с каловым запахом, отравляет вокруг больного атмосферу и делает существование его тягостным как для себя, так и для окружающих. Это отражается на психическом состоянии больных; появляется подавленность психики, общее недовольство и резкая гипохондрия. Физическое состояние больных с кишечным свищем страдает различно в зависимости от уровня кишечника, на каком расположен свищ, от характера свища и количества отделяемого. Вследствие тяжелых расстройств больные соглашаются на любую операцию, которая им предлагается.

В лечении кишечных свищей существует три главных направления:

а) *Лечение консервативное*, рассчитанное на склонность кишечных свищей к самопроизвольному закрытию под влиянием применения давящих повязок, прижиганий и т. д.

б) *Лечение оперативное*, не связанное с вскрытием свободной брюшной полости. Из методов этого направления следует упомянуть о подкожном отшнуровывающем методе Hasker'a, кожно-пластических методах Dieffenbach'a, Göschel'a, Neuman'a, Malgaigne'a, Рокицкого, способе демукации Сапожникова.

в) *Лечение оперативное*, связанное со вскрытием брюшной полости. Наиболее распространенными способами этого направления в возрастающем порядке их сложности, опасности и эффективности являются следующие:

1) Наложение энтероанастомоза между приводящим и отводящим коленами кишки—операция Maisonneuve'a.

2) Энтероанастомоз с односторонним или двухсторонним выключением отрезков кишки. Выключение производится путем перерезки отрезков кишки по методу Hasker-Senn'a или перетягивания шелковой ниткой по Ростовцеву, или же путем перетягивания аутопластическим материалом (фасцией, кожей) по проф. В. Л. Боголюбову.

3) Иссечение свища из брюшной стенки и наложение бокового шва на место отверстия в кишке и, наконец,

4) Резекция конец в конец, или бок в бок участка кишки, который подходит к свищу с последующим иссечением свища.

В задачу настоящего сообщения не входит всестороннее обсуждение выгодных и теневых сторон всех упомянутых методов. Каждый из них имеет свой собственный круг случаев, где он с успехом может быть применен. Многочисленность их отнюдь не дает оснований применить к ним

¹⁾ Доложено на заседании Хирургической секции Казанского общества врачей 27/V 1929 г.

общеизвестный афоризм: „чем больше предлагается средств для лечения, тем менее они действительны“; наоборот, их многочисленность дает возможность индивидуализировать каждый случай кишечного свища и использовать тот из методов, который наиболее соответствует особенностям случая. Большинство авторов довольно единодушны в мнениях о том, что методы консервативного и внебрюшинного оперативного лечения, хотя и обладают одним большим преимуществом—это почти полная их безопасность, однако, дают успех далеко не во всех случаях, требуют для лечения часто большого количества времени и не дают гарантии за стойкость успеха. Это объясняется тем, что лечение их симптоматическое, направленное исключительно против наружного отверстия кишечного свища, и при них не учитываются особенности каждого случая, благодаря которым образовался и поддерживается кишечный свищ.

Этот недостаток отсутствует у методов оперативного лечения со вскрытием брюшной полости. Здесь хирург имеет возможность осмотреть и устранить те изменения в брюшной полости, которые вызвали и поддерживают свищ. В зависимости от особенностей случая он имеет возможность применить тот или иной из внутрибрюшных методов лечения кишечных свищей. По поводу преимуществ и показаний к резекции Schmieden говорит: „Все современные авторы, к которым присоединяюсь и я, стоят на той точке зрения, что для технически опытного хирурга внутрибрюшинный способ резекции стоит на первом месте, если, конечно, к этому не встречается совершенно особых противопоказаний“. Точно также и Копылов, Каплан, Чаклин и ряд других авторов рассматривают резекцию кишки, как „операцию выбора“. Преимущественно следует производить резекцию одномоментно, и только в особых случаях расчленить ее на 2—3 момента или отказаться от нее в пользу иного метода. Раньше резекция давала довольно значительный процент смертности: по Кузнецову на 77 случаев—25 случаев смертельных (32%). За последнее время, благодаря развитию хирургической техники, разработки методов вмешательства и правильной постановки показаний к применению этих методов, процент смертности при операции резекции снизился. Но, если резекция дает хорошие результаты в руках опытных хирургов, то для рядовой массы их необходим такой способ резекции, который давал бы наибольшее гарантий устранение опасности инфицирования брюшной полости.

В своем стремлении усовершенствовать технику резекции кишки с удалением свища некоторые хирурги предложили метод резекции с эвагинацией через свищ резецированных отрезков кишки. История этого метода вкратце следующая. Впервые этот метод, как новый метод уничтожения противоестественного отверстия, опубликован Reuher'ом¹⁾. Тогда проф. Джанелидзе и Поль объявили, что еще за год раньше опубликования Reuher'ом ими этот метод уже был применен²⁾. На I-м Поволжском съезде врачей в гор. Казани (1923) д-р Емельянов заявил о применении им этого метода раньше Джанелидзе³⁾ и демонстрации оперированного им случая на заседании Симбирского общества врачей.

¹⁾ Zentralblatt für Chirurgie за май 1922 г. № 21/27.

²⁾ 2/1 1921 г.

³⁾ 6/IX 1920 г.

Т. обр. три указанных автора являются претендентами на приоритет этого метода. Однако же из работы д-ра Чаклина видно, что в России впервые этот метод применил Розе в 1912 году, а по литературным изысканиям д-ра Рохкина этот способ указал Наскер еще в 1888 году.

Техника операции закрытия кишечного свища по методу резекции кишки с эвагинацией отрезков через свищ в том виде, в каком он был дважды применен в хирург. клинике Института, состоит в следующем:

кожа вокруг свищевого отверстия в течение нескольких дней до операции путем соответствующего ухода за ней и лечения освобождается от сыпей и раздражения. Если невозможно очистить кожу на участке ближайшем к месту свища, то на некотором расстоянии от него это вполне удастся. Перед самой операцией, после основательного обмывания кожи вокруг свища, этот последний и окружающий его участок кожи тщательно закрывается коллодийной повязкой, лучше в 2—3 наложенных друг на друга слоя, а место предстоящего разреза

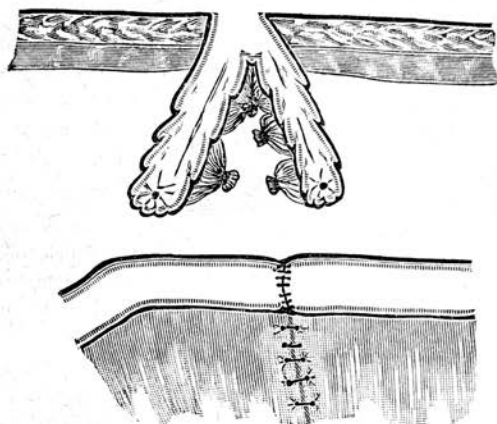


Схема № 1.

тщательно дезинфицируется спиртом и иодной настойкой. Продольным разрезом по средней или параректальной линии длиной около 20 сантиметров вскрывается брюшная полость. В случае недостаточного доступа можно расширить его поперечным добавочным разрезом, отходящим от верхней половины срединного разреза (Джанелидзе и Розе, имевшие дело со свищами после ущемленной грыжи, пользовались косым разрезом через косые мышцы подвздошной области). Отыскивается затем приводящий и отводящий отрезки кишки. Каждый рассекается между двумя кишечными зажимами. После предварительной перевязки брыжжейки, последняя рассекается. Концы кишки на месте резекции соединяются конец в конец или бок в бок. Резецированные приводящий и отводящий концы кишки закрываются по общим правилам наглухо и

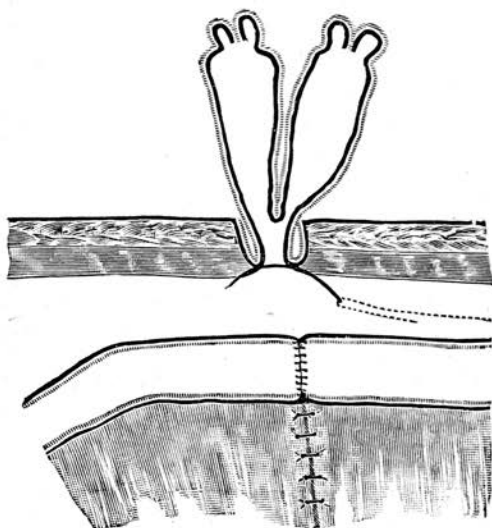


Схема № 2.

затем в виде пальца перчатки через свищ выворачиваются на пальцах наружу (схемы № 1 и № 2). Джанелидзе и Поль советуют выворачивание производить помощью корнцангов, которые вводятся помощником снаружи через свищ в слепые концы кишки и которыми захватывается выпяченное дно слепого мешка. После эвагинации слепых кишечных мешков через свищ наружу, благодаря легкому потягиванию за них помощником образуется с внутренней стороны брюшной стенки небольшая воронка, края которой сближаются непрерывным, или несколькими отдельными швами. Таким путем восстанавливается непрерывность серозного покрова брюшной стенки. Брюшная операционная рана закрывается наглухо и на нее накладывается коллодийная повязка. Эвагинированные концы кишки отрезаются у своего основания после предварительного отщипывания их или без этого. В дальнейшем на месте кишечного свища образуется небольшая гранулирующая поверхность, которая зарубцовывается через некоторое время под влиянием консервативного лечения.

Перейду к изложению истории болезни больных, оперированных по этому способу.

1. Б-ной П-ов П. Ф., 32-х лет, к-н, поступил в клинику 8/III 1929 г. с каловым свищем в правой подвздошной области, наложенным ему в одной из периферических больниц 1 год 7 месяцев тому назад по поводу кишечной непроходимости 5-тидневной давности. Около 7-ми месяцев тому назад б-ной там же подвергался операции закрытия калового свища. Судя по сохранившимся вокруг свищевого отверстия рубцам применялся один из кожно-пластических методов. Операция не дала результатов, так как рана на месте операции разошлась. В течение полутора лет жизни со свищем больной своеобразно приспособился к нему. Весь день он ничего не ест и не пьет. Зато вечером наедается, ложится в постель, подставляет к отверстию свища чашку и в течение всей ночи в нее изливается кишечное содержимое. Раз в двое, трое суток б-ной имеет самостоятельный стул. Никаких болей в животе, урчания больной не испытывает.

Больной среднего роста, правильного телосложения, ослабленного питания. В легких редкие рассеянные хрипы. Сердце в норме. Живот нормальной формы, не вздут. На уровне правой *sp. ilei ant. sup.*, пальца на три кнутри от нее, имеется зияющее свищевое отверстие величиной спятикопеечную монету, несколько овальной формы, через которое при стоянии больного и при натуживании выпячивается слизистая оболочка кишки в виде конуса. Края отверстия представляются рубцовыми. Кожа вокруг него также рубцово изменена на ширину 2-х, 3-х пальцев. Можно различить послеоперационные рубцы, оставшиеся от попытки закрытия свища. На коже вокруг свищевого отверстия имеется дерматит. Сквозь зияющее отверстие видна непрерывная перистальтика кишек снизу вверх. При пальпаторном исследовании через свищ палец удается ввести на всю его длину как в приводящий, так и в отводящий к свищу отрезки кишки. При этом можно установить, что оба конца кишки спаяны с передней брюшной стенкой лишь непосредственно у свища. Введенная *per rectum* окрашенная жидкость появляется в свище через 5—10 минут, поступаая из верхнего конца кишки. В течение полутора недель проводилось лечение кожи вокруг свища.

19/III *laparotomia* под общим смешанным эфирно-хлороформным наркозом (Проф. В. Л. Боголюбов). Разрез на средней линии от расстояния несколько выше пупка до лобка. От верхней части срединного разреза был сделан добавочный разрез через правую прямую мышцу живота. Оба разреза в пределах здоровых участков кожи. Вся операция выполнена по той методике и в той последовательности, как указано выше. К свищевому отверстию в этом случае подходила петля тонкой кишки; она была припаяна к передней брюшной стенке лишь непосредственно у краев свища. Эвагинация слепых концов через свищ наружу произведена без всякого усилия выворачиванием их на пальце.

Послеоперационное течение гладкое. Через 23 дня после операции больной выписался с небольшой быстро рубцующейся ранкой в области бывшего свища. За это время он поправился, у него хороший аппетит и ежедневный нормальный стул.

История болезни второго 6-го представляет особый интерес.

17/XI 1928 г. в клинику доставлен каретой скорой помощи больной Х-нов З., 42-х лет, чернорабочий, подобранный на улице, где он упал от слабости и сильных болей в верхней части живота, появившихся внезапно после подъема тяжести, которую он нес. В течение последних 2-х лет у 6-ного наблюдались боли в области желудка, наступавшие после еды. За последний год у него были постоянные рвоты после еды принятой пищи. Крови в рвоте не наблюдал. Стул ежедневно. Перенес сыпной и возвратный тифы и малярию. Венерические болезни отрицает. Наследственность и семейный анамнез ничего особенного не представляли.

Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания; бледное, осунувшееся лицо, с заостренными чертами, малый и частый пульс, болезненный доскообразно-напряженный живот с полосами притупления по бокам—указывали в связи с характерным анамнезом на прободение язвы желудка.

Тотчас по поступлении в клинику, через 6 часов от начала прободения, 6-ной оперирован. Под общим смешанным хлороформ-эфирным наркозом ларготомия (прив.-доц. Гусынин). Срединный разрез от мечевидного отростка до пупка. В брюшной полости обнаружено жидкое содержимое желудка. В области малой кривизны желудка, в препилорическом отделе круглое прободное отверстие величиной с горошину, откуда непрерывно выделяется желудочное содержимое.

Ткань желудка кругом прободного отверстия рубцово изменена, плотная, неровная; имеются сильно-выраженные явления перигастрита. Наложен кисетный шов вокруг отверстия желудка и ряд добавочных погружных узловатых швов. Б-ному придано положение Тренделенбурга и брюшная полость тщательно промыта теплым физиологическим раствором. Рана частично закрыта; в верхнюю ее часть вставлены тампоны, подведенные к малой кривизне. Асептическая повязка.

Послеоперационное течение гладкое; на 5-й день был стул. На 8-й удален тампон. Состояние больного все улучшалось, но на 16-й день у больного появилось вздутие живота и боли в животе: перестали отходить газы. На следующий день появился частый и жидкий стул. Еще через день наступившее напряжение в нижней части живота, валобразное вздутие в области соеши, непрерывное урчание, сильные боли, сухой обложенный язык, заострившиеся черты лица, икота—делали очевидным наличие у больного непроходимости кишечника.

В тот же день 5/XII экстренная операция (прив.-доц. Гусынин). Под общим смешанным наркозом ларготомия. Разрез по средней линии от пупка почти до лобка. По рассечении брюшной стенки оказалось, что петли кишек спаяны между собой и с пристеночной брюшной, особенно в области малого таза, образуя сплошной конгломерат. В илео-цекальной области довольно массивный тяж вызывал перетяжку и перегиб тонкой кишки. Выше этого места кишки растянуты, ниже его они в спавшемся состоянии. Тяж этот рассечен. Разделение кишек от спаек друг с другом оказалось совершенно невозможным, так как при этом рвалась серозная оболочка кишек. Операционная рана зашита наглухо. В правой подвздошной области произведен новый разрез, где наложена fistula stercoralis (сделана энтеростомия).

Послеоперационное течение гладкое. Через свищ стал выделяться жидкий кал. На 12-й день после операции появился стул и с тех пор количество выделений через свищ все уменьшалось; больной стал иметь стул вначале через день, а затем каждый день и через 2 месяца после второй операции выписался со свищем, из которого выделялось лишь небольшое количество слизистого отделяемого и лишь изредка немного жидкого кала. Больной выписался с тем, чтобы спустя некоторое время, если свищ не закроется, обратиться за оперативной помощью.

Операция, однако, оказалась неотложно необходимой раньше, чем больной собрался к ней прибегнуть. Через 2 месяца после выписки из клиники, 5/IV больной срочно доставлен в клинику. Утром этого дня во время перевязки дома при кашле у него «вывалилась» как он говорит, через свищ кишка. Попытки выправить ее не удалось. При поступлении в клинику представилась следующая картина: в правой подвздошной области имеется вывороченный через свищевое отверстие участок кишки в виде трубки, состоящей из двух вставленных друг в друга цилиндров. Эта трубка как снаружи, так и изнутри покрыта слизистой оболочкой. На верхушке этого двустенного цилиндра имеется отверстие, ведущее в просвет кишки. Длина цилиндра 12—14 сант., толщина сант. 5. Слизистая темно-красного цвета, кровоточит. У основания эвагинированной кишки выделяется жидкая зеленая масса без заметного калового запаха.

Диагноз: внедрение участка тонкой кишки в тонкую с выпадением через свищ и ущемлением в свищевом отверстии. Больному предложена операция. Вы

павший участок кишки и окружающие кожные покровы обильно обмыты теплым физиологическим раствором. Кишка завернута в стерильные салфетки. На кожу вокруг свища наложена стерильная коллоидная повязка. *Laparotomia* (прив.-доц. Гусынин) под общим смешанным наркозом. Разрез правый параректальный, длиной около 20 сант. Кишки найдены в нормальном состоянии без всяких между ними спаек. Легко были отысканы слегка раздувшийся и гиперемизированный приводящий и спавшийся отводящий концы. Операция проведена по описанному способу. Брюшная операционная рана частично зашита. В правую подвздошную ямку вставлен тампон. Послеоперационное течение слегка осложнилось катаральной пневмонией, быстро ликвидированной. На 5-й день стул после клизмы; на 7-й день — самостоятельный стул; в этот же день во время перевязки удалены тампоны и омертвевшие остатки слизистой эвагинированных отрезков кишки.

Достоинством метода резекции с эвагинацией является то, что при нем операция удаления кишечного свища имеет характер обычной внутрибрюшинной операции, производящейся в условиях полной асептики и предохранения брюшной полости от попадания в нее инфекции.

Действительно, разрез брюшной стенки производится вдали от свища, на месте, где кожа совершенно нормальна и доступна общепринятым в хирургии методам предоперационной ее подготовки. Резекция участка кишки не отличается от резекции, предпринимаемой по всякому иному поводу. И, наконец, удаление резецированного участка, вместе со свищем — главный момент, способствующий попаданию инфекции в брюшную полость при резекции свища — производится после закрытия брюшной полости.

В упрек методу можно поставить то, что, к сожалению, он не во всех случаях кишечного свища применим. Именно, в случаях кишечного свища на том участке кишки, которая не имеет брыжжейки (*coecum*, *col. ascendens*, *colon descendens*, *flexura hepatica et lienalis*) эвагинация невозможна. Для применения эвагинации подходят случаи кишечных свищей в области тонких кишек, *colon transversum* и *colon sigmoideum*.

К счастью, чаще встречаются кишечные свищи в отделах кишек, обладающих длинной брыжжейкой. Видное место среди этиологических моментов образования кишечных свищей занимает образование свища на почве ущемленной грыжи. По Тихову этот исход имеют от 5% до 10% ущемленных грыж. По данным Clairmont'a на 27 случаев кишечных свищей в 12-ти имелось дело со свищами, образовавшимися после ущемленной грыжи. В грыжевом мешке преимущественно ущемляется петля кишек, имеющих брыжжейку. Кроме того в значительном количестве случаев приходится закрывать кишечные свищи, наложенные хирургами при острой непроходимости, флегмонозном или гангренозном воспалении в области ущемленной грыжи, воспалении брюшины и т. д. И в этих случаях свищ накладывается нередко на кишку, обладающую брыжжейкой.

Таким образом, круг случаев, в которых метод эвагинации может найти свое применение, оказывается довольно значительным.

Другим препятствием к эвагинации могут послужить обширные спайки кишки с брюшной стенкой вокруг свищевого отверстия. Это препятствие, однако, не следует преувеличивать, так как в большинстве случаев спустя несколько недель после образования кишечного свища спайки вокруг него рассасываются и остаются лишь в непосредственной близости у свища. Подтверждение этому представляет и наш второй случай,

в котором при операции по поводу выпадения кишки через свищ не оказалось и следов обширных сращений, найденных там во время второй операции и явившихся причиной непроходимости. На эту же склонность спаек подвергаться рассасыванию указывает и Schmieden.

В доступной мне русской литературе найдено 7 случаев применения метода эвагинации (2 Джанелидзе, 1 Емельянова, 4 Розе), что вместе с нашими двумя составляет 9. Во всех случаях наступило полное излечение. Это число невелико, чтобы судить о 100% успешности операции, но нужно принять во внимание, что вообще кишечные свищи являются заболеванием не частым, и известные статистики кишечных свищей Черняховского, Hilgenreinera, Goetz'a, Кузнецова оперируют такими цифрами как 165, 119 и меньше.

Судить о ценности того или другого метода закрытия кишечных свищей можно лишь на основании накопления большого количества наблюдений. Представляемый настоящим сообщением способ закрытия кишечных свищей является еще мало распространенным и место его среди других методов закрытия кишечных свищей может быть установлено путем накопления дальнейших наблюдений. Но, повидимому, этот прием в целом ряде случаев, вследствие относительной безопасности и малой травматичности, заслуживает предпочтения перед другими методами.

Литература: 1) Боголюбов. Рус. Хир. Арх., 1907, кн. 6.—2) Bier, Braun, Kümmel. Chirurgische Operationslehre.—3) Волков. Хирургия, 1914 г., № 209. 4) Гешелин. Врач. Дело, 1929, кн. 2.—5) Греков. Летопись рус. хир., за 1900, кн. 1.—6) Греков. Вестн. хир. и погр. обл., 1923 г., т. III, кн. 7.—7) Гуревич. Рус. врач., 1910 г., № 41.—8) Джанелидзе и Поль. Врач. газ., за 1922 г., № 10. 11.—9) Емельянов. Врач. газ., 1924 г., № 10.—10) Каплан. Нов. хир. арх., 1923 г., № 11.—11) Копылов. Хирургия, т. XXXIII, 1913 г.—12) Лисянский. Хирургия, 1903 г.—13) Рохкинг. XIX Съезд хирургов.—14) Reyerh. Zentralblatt für Chirurgie, 1922 г., № 21. 27.—15) Сапожков. Вестн. хир. и погр. обл. за 1922 г., кн. 4, 5, 6 и XVIII Съезд хирургов.—16) Тихов. «Частная хирургия».—17) Чаклин. Нов. хир. арх., 1926 г., кн. 3.—18) Черняховский. «Кишечные свищи», Киев, 1893 г.—19) Шолков. Нов. хир. арх., 1928 г., № 24.

Из Уфимской губернской больницы.

К хирургии опухолей плевральной полости.

М. В. Вакуленко.

Опухоли плевральной полости встречаются редко и я в доступной мне литературе встретил лишь несколько случаев. Приведу сначала свой случай.

Учительница А. А. С-ская, 41 года, поступила в Уф. губ. больницу 3 сентября и выписалась 11 октября 1928 года.

Больной себя считает более 2 лет. Появились боли в левой половине грудной полости, кашель и одышка. Иногда сердцебиение. Врачи признали тbc и направили больную в Ливадию. Там, при рентгеновском исследовании, найдена в нижней доле левого легкого опухоль и, т. к. в крови эозинофилов было 7%, был предположен эхинококк легкого. По возвращении в Уфу больная обратилась ко мне. При исследовании больная найдена слабого сложения и питания. Жалуется на затруднение дыхания и очень резкие боли в левой половине грудной клетки. По заключению уфимских терапевтов со стороны плевры явлений нет. В области

нижней доли левого легкого ослабленное дыхание. Сердечная тупость очень ясная, вправо заходит за правый край грудины на 1—1½ пальца и влево за левую сосковую линию на 2 пальца. Рентгеновское исследование показало тень на месте сердца, не пульсирующую и занимающую пространство от правого края грудины до левой сосковой линии, кверху доходящую до 4 ребра и книзу оттесняющую диафрагму вниз по сравнению с правой половиной ее. Реакция Cassoni отрицательна. Анамнез на обилие с животными не указывал.

Остановились на диагнозе опухоли грудной полости. Б-ная убедительно просила оперировать ее.

14/IX. Больная оперирована под эфирно-масляным клизменным наркозом. Резецирован хрящ V ребра левой стороны на всем протяжении и плевральная полость вскрыта. Края раны раздвинуты крючками. Показалась опухоль с гладкой блестящей поверхностью. Опухоль выполняла всю раневую поверхность. При обследовании пальцем граница опухоли заходила кверху за IV ребро, влево за мамиллярную линию и книзу упиралась в диафрагму. Между опухолью и грудной палец не проходил. Попытка вывести опухоль через произведенный разрез наружу не удалась. Получилось впечатление, что опухоль крепко фиксирована на груди. Прокол опухоли дал отрицательный результат. Тогда резецированы IV и VI реберные хрящи. Получилось широкое отверстие и видно было, что опухоль имеет форму сердца и далее сверху вниз через нее шла бороздка, как бывает на передней поверхности сердца по ходу нисходящей ветки *art. coronariae sin.* Пальцем, заведенным между краями раны и опухоли с левой стороны, удалось с трудом опухоль поднять и вывести. В это только время воздух стал входить в плевральную полость. Постепенно произведен полный пневмоторакс и под опухоль заведен влажный солевой тампон. При довольно энергичном вывихивании опухоли и оттягивании ее острыми крючками вправо удалось увидеть ее заднюю поверхность. Сердце оказалось прижатым к позвоночнику. За опухолью тянулась и сердечная сорочка. Опухоль пришлось отделять ножом и сердечная сорочка была вскрыта, т. к. плотно была сросшена с опухолью, и обнажилось сердце. Части сердечной сорочки в двух местах по 1 и 1½ см в диаметре оставлены на опухоли. Теперь только стало ясным, что опухоль сидит широким основанием на внутренней поверхности нижней половины грудины и *rg. xurhoideus*. Пришлось резецировать левый край грудины, и тогда основание опухоли у самой кости было отрезано ножом и опухоль удалена. Средостение осталось цело. Дефекты в сердечной сорочке закрыты тонким катgutом. Место прикрепления опухоли занимало заднюю поверхность грудины от IV ребра и распространялось на *procc. xurhoideus*. Вся эта поверхность слабо кровоточила. Прижатие тампоном с горячим солевым раствором прекратило кровотечение. Все левое легкое было спавшееся, сердце великолепно работало в ушитой сердечной сорочке. Вся левая плевральная полость наполнена теплым физиологическим раствором и закрыта швами наглухо в несколько этажей. Плевра захватывалась вместе с мышцами. На кожу скобки. Физиологический раствор соли принуждены были оставить в полости плевры, т. к. выкачать его было нечем. Больная операцию перенесла хорошо.

На 4-й день t^0 стала повышаться, что было отнесено на всасывание солевого раствора из полости плевры. Самочувствие все время хорошее. На 8 день швы сняты—*prima intentio*. T^0 все время была повышена, и я разъединил края раны и из-под мышц показался гной. Влажная повязка. Прокол левой плевральной полости дал чистую кровянистую жидкость.

23/IX. Прокол и отсасывание шприцами кровянистой жидкости из плевральной полости в количестве 1000.0; с этого дня t^0 упала до нормы.

7/X. Осталась линейная грануляционная поверхность. T^0 нормальна, самочувствие хорошее. Встает и ходит с 8 дня после операции, т. е. со времени снятия швов. Усиленно просит выписать ее.

10/X Б-ная выписалась с зажившей раной. Полученная при операции опухоль твердая, покрыта плеврой, плотно с ней сращенной. Длина 22 см., ширина 18 см., высота 9 см. Вес, к сожалению, не измерен. Патолого-анатом. исследование показало картину—*fibroma durum*. Б-ная несколько раз показывалась и довольна своим состоянием.

В моей практике опухоль плевры встретила впервые. Наверное много подобных опухолей пропущено под диагнозом *tbc* легких, плеврита, спаек и т. п.

Неуер в 1924 году опубликовал 8 случаев опухолей грудной полости, причем только в одном случае был поставлен диагноз до опера-

ции. Он же в 1927 году приводит уже 31 случай подобных опухолей. Смертность у него 10%. Tudor Edwards говорит, что подобные опухоли редки и для диагностики советует производить pneumothorax следующей рентгенографией. Автор оперировал 7 случаев, причем один окончился летально. Автор в некоторых случаях советует оперировать двухмоментно.

Divis и Sike обнародовали в 1928 году один случай внутригрудной опухоли у женщины, 42 лет, с исходом в выздоровление. В статье Спасокукоцкого „Вопросы легочной хирургии“, в кн. 15—16 Н. Х. А., приведен случай эндотелиомы плевры, окончившийся после операции выздоровлением. Из описания этого случая видно, что опухоль была внеплевральная, сидела на ребрах задне-боковой стенки грудной клетки и, видимо, по словам Спасокукоцкого, выросла из внутригрудной фасции.

Хорошо тем хирургам, у которых благоустроенное отделение, и имеется аппарат для пневмопрессии. В Уфимской больнице приходится страдать от недостатка всего. Подобным бедным хирургам и приходится применять способ, если не ошибаюсь, Witzel'я—наполнять всю плевральную полость физиологическим раствором и только тогда зашивать рану наглухо. Можно затем, если у кого есть аппарат Potain'a, этот раствор выкачать и легкие растянутся.

При подобных операциях я предлагаю во время отсасывания жидкости давать больному дышать углекислотой, как мы теперь делаем при всяком общем наркозе. При применении углекислоты больные начинают усиленно и глубоко дышать и я думаю, что спавшееся легкое по удалении жидкости из плевральной полости расправится. Из своего опыта с ранениями грудной клетки я вынес впечатление, что пневмоторакс не страшен. Мне приходилось во многих случаях при ранениях вскрывать грудную полость и затем, пользуясь вливанием физиол. раствора соли, зашивать наглухо и больные великолепно выздоравливают. В 4 случаях опухолей грудной стенки, при удалении их вместе с ребрами, пришлось произвести pneumothorax и исход был благоприятный. В 2 случаях запущенного рецидива рака грудной железы пришлось удалять по 5—6 ребер с плеврой и резецировать приращенные легкие. Зашитое легкое пришивалось в ране к мышцам. Обе больные выписались с зажившими ранами. Надо только оперировать увереннее и быстрее. На некоторых врачей вид раны при подобных операциях производит тревожное впечатление—видны сердце, большие сосуды, легкие, но у больных обыкновенно дыхание и пульс не представляют серьезных изменений и операции проходят спокойно.

Из Уфимск. Бакинститута. (Директор д-р Крыжановский).

К вопросу о скарлатине.

Е. И. Спесивцева.

Проделанная нами работа не является массовым наблюдением, базирующимся на статистических данных, а представляет тип ориентировочного опыта, проведенного в определенных условиях. Нами была по-

ставлена реакция Dick'a и с ее помощью прослежен эффект вакцинации в очагах скарлатины. Обследованный материал не велик, так как в настоящее время большой вспышки скарлатины в Уфе не имеется. Наблюдения охватывают, главным образом, детей школ и детсадов от 3—15 лет. В 28 г. в этих дет. учреждениях появились случаи скарлатины; число их не было значительно, но некоторые из них были со смертельным исходом в кратчайший (3 дн.) срок. При наличии таких условий и отсутствии специальных отрядов постановка р. Dick'a до вакцинации могла быть произведена только в дет. учреждениях малого типа. В школах же с числом учащихся более 200—300 человек, где производство р. Dick'a потребовало бы много времени и тем затянуло бы вакцинацию, мы решили поставить р. Dick'a одновременно с последней, тем более, что базироваться на положительной р. Dick'a при вакцинации детей этот раз не предполагалось. В школах и дет. садах вакцинация проводилась у детей, родители которых изъявили согласие.

Постановка, по возможности, у всех вакцинированных р. Dick'a была, по нашему мнению, необходима, как для изучения ее самой, так и для учета результата вакцинации.

Таким образом у большинства обследованных нами детей р. Dick'a была произведена в один день с введением первой дозы вакцины, что дало возможность на другой день сопоставить ее с реакцией от вакцинации.

По нашим наблюдениям, поставленная таким образом р. Dick'a хорошо была выражена через сутки и исчезала через двое. Дети с положительной р. Dick'a реагировали сильнее на введение вакцины, чем дети с отрицательной.

Кроме этого отступления от общего правила при производстве р. Dick'a, мы позволили себе применить увеличенную дозировку, то-есть вместо обычной 1 кожной дозы токсина, дававшей сравнительно бледные результаты, стали вводить 2 кож. д. в 0,1 кс. физиол. раствора.

Токсин для р. Dick'a был приготовлен нами в Уфим. бак. институте по оригинальному способу Dick'a. Штамм гемолитического стрептококка Dick'a засеивался в плоские токсинные колбы на мясо-пептонный бульон (рН=7,4) с прибавлением 1/2% дефибринированной крови человека. Посев, при тщательном взбалтывании в первые три дня, выдерживался в течение 6 дней в термостате при 37°. Проверялся на стерильность. Затем, по добавлении 1/2% acid. carbol., токсин отстаивался в леднике 2 суток и, наконец, после фильтрования через бумагу, очищался по способу Hüntoon'a (добавлен. 20% NaCl и 1% ледян. уксус. кисл.). Профильтрованный вновь через бумагу, токсин подвергался диализу для освобождения от солей. Для диализа мы пользовались мембранами, приготовленными нами из коллодия и проверенными на цельность, пропускающую способность по отношению солей и непроницаемость белковых растворов. Диализ токсина продолжался до содержания NaCl=0,85%. По прекращении диализа токсин разводился физиол. раствором до двойного первоначального объема и фильтровался через свечу Chamberland'a. Приготовленный т. об. токсин содержал 5000 кож. доз. в 1 кс. Работоспособность его мы установили, проведя целый ряд параллельных реакций с токсином Инст. Мечникова и контролями из прогретых токсинов. В дальнейшем мы убедились, что приготовленный так. обр. токсин может работать без контроля.

Получая вначале несколько бледные реакции Dick'a с 1 кож. доз., мы, в дальнейшем, перешли, как сказано выше, на 2 кож. доз. в 0,1 физ. раств. Результаты стали получаться ярче и, судя по числу положительных р. Dick'a, возможно, удалось выловить большее число чувствительных к р. Dick'a лиц.

В нашем опыте было произведено всего 739 р. Dick'a. Из них 529 первичных и 210 повторных—(через $1\frac{1}{2}$ года по вакцинации у тех же детей, имевших положительную р. D.).

Число проверенных первичных р. Dick'a оказалось несколько меньше—464, так как остальные дети, по тем или иным причинам не явились на осмотр.

Соотношение между возрастом детей и % положит. реакций видно из таблицы:

Возраст	Количество проверенных р. Dick'a	Число положительных р. Dick'a	% положительных р. Dick'a
3—5	30	18	60
5—10	286	130	45,5
10—15	148	62	42,0
3—15	464	210	49,1

Высокий % положительных р. Dick'a свойственен возрасту 3—5 л.; у нас к этому присоединяется еще то обстоятельство, что дети были из отдельных семей, приходявшие в дет сад лишь на несколько часов. Небольшая разница в % отношении между группой 5—10 и 10—15 л. объясняется тем, что большинство детей, как в той, так и др., были смежного возраста, т. е. 8—10 и 11—12 л., и только незначительная часть моложе и старше этого возраста, что естественно повлияло на результат.

Нам казалось небезынтересным сравнить полученную нами картину восприимчивости к скарлатине по р. Dick'a и действительной заболеваемостью скарлатиной в том же году у тех же возрастных групп по данным Сан. эпидем. отд. Баш. Н. К. З. Оказалось, что в 28 г. из 687 заболевших скарлатиной по г. Уфе—59% приходится на возраст 3—5 л.;

22% „ „ 5—10 „
14% „ „ 10—15 „
и лишь 5% „ „ старше 15.

Если сравнить эти данные с приведенной выше таблицей, то увидим, что в группе 3—5 л. % восприимчивости к скарлатине по р. Dick'a (60%), почти полностью совпадает с % (59%) заболеваемости у того же возраста. В старших группах показатель восприимчивости несколько больше, чем заболеваемости, но как тот, так и др. одинаково уменьшаются с возрастом.

Говоря о р. Dick'a, мы не можем не коснуться одного интересного момента, который нам пришлось наблюдать. В состав обследованных нами детей входили две большие группы школьников (8—10 л.) различных национальностей: русские и татаробашкиры. Производя р. Dick'a у тех и других, мы обратили внимание на особую бледность получаемых результатов у татаро-башкир. Смуглые от природы, дети были сильно загоревшими после летних каникул и мы полагали, что присутствие столь богатого пигмента в коже затемняет реакцию. Когда мы стали вводить 2 кож. доз. токс. реакции стали интенсивнее, но по подсчету % их (39%) оказался ниже % у той же возрастной группы русс. детей (46%). У детей младш. возр. 3—5 л. (татаро-башк.) % полож. р. Dick'a доходил до 60; правда, это были исключительно городские дети из отдельных семей, не слишком смуглые и посредственного здоровья.

Сравнивая статистические данные за 28 г. по г. Уфе о заболеваемости scarlatinae русс и татаро-башк., мы увидели, что зарегистрированных случаев scarlatinae у русских почти вдвое больше, чем у татаро-башкир (было принято во внимание соотношение народонаселения русских и тат.-башк. по г. Уфе).

Мы далеки от того, чтобы по затронутому нами вопросу делать какие-либо выводы, однако полагаем, что изучение на массовом материале вопроса о восприимчивости и заболеваемости scarlatinae татаробашкир представляет известный научный интерес.

Прежде чем перейти к р. Dick'a у вакцинированных, придется остановиться на самой вакцинации. Как р. Dick'a, произведенная нами, так и вакцинация имеют постольку интерес, поскольку они проводились в разгар заболеваний, в очагах scarlatinae.

Вследствие отсутствия специальных отрядов нам пришлось как для изучения р. Dick'a, так и вакцинации установить контакт с врачами, имевшими дело с дет-учреждениями, где вспыхнула scarlatina. При нашем консультативном участии и совместном наблюдении школьно-сан. врачами Загуменной и Терегуловой, а также д-ром Л. Б. Вагнером было вакцинировано 875 человек. Из них у 529 были проверены нами р. Dick'a первично и 210 из них, реагирующих положительно, через $1\frac{1}{2}$ года по вакцинации, — повторно. У остальных детей по независимым от нас обстоятельствам р. Dick'a не производилась. В каждой школе наряду с вакцинированными были дети, вакцинация которым была противопоказана или родители коих не дали на то согласие. Число их было сравнительно невелико. Возраст вакцинированных, как упоминалось, был от 3—15 лет. Вакцинация проводилась двукратная с промежутком до 7 дн. Вакцина была приготовлена поливалентная из токсигенных культур стрептококков: Dick'a, Dochez, Zingher'a и местных (scarlatinных) в комбинации с токсином.

В 1 к.с. содержалось 5 м-ард. микр. до 2.000 к. д. токсина.

Дозировка от 5—10 л. начальная доза 0.2—0.3 к.с.; дет. моложе 5 лет — доза вдвое меньше; д. старше 10 л. — доза вдвое больше.

На вторую прививку доза, в зависимости от реакции, удваивалась. Реакция на введение вакцины была местная и общая.

Местная выражалась в покраснении кожи, припухлости, болезненности на месте укола: такая реакция наблюдалась почти у всех детей; реже наблюдалась локализованная на том же месте сыпь. Общая реак-

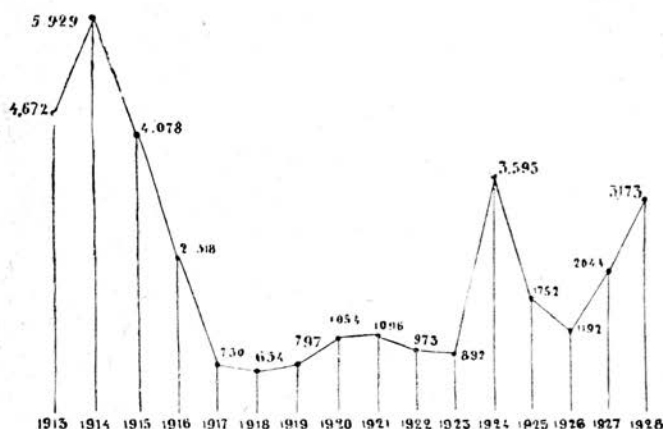
пия, в виду невозможности точной проверки температуры, м. быть учтена только приблизительно. По данным, которые имелись у нас от врачей и личным наблюдениям, при указанной дозировке и индивидуализировании — резких реакций не получалось. Все же были случаи, правда немногочисленные, когда появлялась рвота, боль в горле и сыпь на груди и животе; однако, все эти явления были скоропроходящи.

Осложнений при вакцинации не наблюдалось.

Вакцинированные дети все время находились под наблюдением.

Ближайшая проверка р. Dick'a нас менее интересовала, поэтому мы решили ее произвести не ранее, как через $1\frac{1}{2}$ года, когда можно ожидать, в некоторых случаях, ослабление иммунитета.

Через 6 и на 7-мес. из 210 дет., реагировавших положительно—48 (т. е. 23%) имели ту же реакцию. Это нам показало, что двухкратная прививка или не во всех случаях вакцинирует, или дает недостаточной продолжительности иммунитет.



Что касается заболеваний скарлатиной у вакцинированных и невакцинированных, то они появлялись в следующем порядке. В ближайшее время по вакцинации, т. е. на 2 и 3 день, заболели в оч. легкой форме двое вакцинированных с положит. р. Dick'a. Далее, в различные, но не очень отдаленные сроки, переболели три невакцинированных, из которых у 2 оказалась р. D. полож. (у 3-го р. D. не производилась). Таким образом, из 5 заболевших—4, а м. б. и пять, имели р. Dick'a положит, а те из них, которые были вакцинированы, заболели до образования иммунитета.

В отдаленный период по вакцинации в одном очаге появились вновь заболевания скарлатиной.

Она наблюдалась на 7—8 месяце по вакцинации, главным образом среди младш. групп, вновь вступивших в школу невакцинированных детей; заболели также двое невакцинированных из старых школьников и один вакцинированный, у которого скарлатина прошла крайне легко. На ослабление сопротивляемости на 7—8 мес. по вакцинации уже указывается в литературе; чаще всего это совпадает с ростом эпидемии скарлатины в данной местности. В нашем случае это как раз имело место в зимние месяцы и совпало с ростом эпидемической волны.

Необходимо также отметить, что в одном детсаде с детьми в возрасте от 3—8 лет, т. е. наиболее восприимчивом, где до вакцинации был случай молниеносной скарлатины со смертельным исходом, вакцинация была произведена вскоре после этого случая и повторена через 7 месяцев; кроме того были вакцинированы вновь вступившие. Здесь со времени вакцинации было только одно заболевание скарлатиной—у невакцинированного с положит. р. Dick'a и гемолитическим стрептококком в зеве; в дальнейшем заболевания скарлатиной не возобновлялись совершенно.

Этот опыт показал полезность (даже в очаге скарлатины) своевременной вакцинации и особенно ревакцинации в возрасте до 8 л.

В том же дет саду нами было произведено, после случая скарлатины, обследование зева детей (50 случаев) на присутствие гемолитического стрептококка. Гемолитический стрептококк был обнаружен в 20% случаев, главным образом в возрасте 7—8 лет. В возрасте же 3—5 лет гемолитический стрептококк не был нами обнаружен; у большинства детей этого возраста оказался *strept. viridans* и *anhemolyticus*.

Выделенные у носителей гемолитические стрептококки были изучены параллельно со штаммами скарлатинных стрептококков, выделенных из случаев, поступивших в заразную больницу в 28 году, а также гемолитическими стрептококками другого происхождения, выделенными в том же году из случаев септич. ск., рожи, гинекологическ. и др., к ним были присоединены *str. viridans*, выделенные у детей 3—5 л., и для контроля взяты штаммы Dick'a, Dochez и Zingher'a. Всего было изучено 50 штаммов: 20—скарлатинных; 10—гемолитическ. стрепт. бациллоносит.; 10 *str. viridans* и 10 стр. друг. происхождения.

Зная, что токсинообразование не есть специфическая особенность скарлатинного стрептококка, мы наши исследования направили на изучение гемолиза, изменения рН среды и разложения сахаров.

Главное внимание нами было обращено на степень гемолиза, производимого всеми гемолитическ. стрептококками. Для этого мы воспользовались способом E. Césari, L. Cotoni et J. Lavalley¹⁾ с некоторыми изменениями. Для производства реакции на степень гемолиза мы заготавливали суточные культуры стрептококка на Мартеновском бульоне с 1/4% лошад. сыворотки. Каждую культуру разливали по малым пробиркам в возрастающих количествах: 1, 3, 5, 10 и 20 капель.

Во все пробирки прибавлялось по 1 ст.³—5% эмульсии кровяных шар. барана в физиологич. растворе и содержание каждой пробирки доводили до 2 к.с. тем же стерильн. бульоном.

Все пробирки ставили в термостат при 37°. Результат читали через 1 и 2 часа. Проверенные т. образ. 40 гемолит. стрептококков показали, что сильно гемолизирующие штаммы (в 1—3 кап.) встречаются как среди стрептококк. скарлатины, так и др. инфекций, правда у первых, по нашим наблюдениям, чаще; стрептококки носителей оказались несколько менее гемолитичными (в 20, 10 и 5 кап.). Таким образом, скарлат. стрептококки по степени гемолиза мало отличаются от стрептококк. др. инфекций.

¹⁾ Annales de l'Institut Past., № 9, 27 года.

Изменение рН среды под влиянием суточного роста различных стрептококков как гемолитич., так и *viridans* изучалось на Мартеновском бульоне с 1/4% сыв. и рН=7.3. За сутки изменения рН были от 7,2—6,8. Специфичности в изменении рН среды скарлатинн. стрептококк. не обнаружено; также не видно было соотношения между степенью гемолитичности штаммов и изменением рН среды.

По отношению к сахарам стрептококки вели себя разнообразно: все штаммы разлагали декстрозу и левулезу; многие еще лактозу и мальтозу, некоторые, кроме того, сахарозу. Разницы в отношении разложения сахаров у скарлат. стрептококк. и др. не было найдено.

Таким образом, мы пришли к заключению, что данные, полученные нами, также указывают на отсутствие стойких типичных свойств у стрептококков вообще и у скарлатинных в частности.

Выводы. I. Реакция Dick'a еще до настоящего времени представляет большой научный интерес.

Она бесспорно является ценным методом при изучении современного вопроса вакцинации против скарлатины.

II. Вакцинация против скарлатины токсинами и комбиниров. вакцинами дает благоприятные результаты даже в очагах скарлатины, поэтому она должна стать одной из профилактических мер борьбы при условии интенсификации методов.

III. Ревакцинация безусловно желательна у детей до 8 лет. возраста, особенно в эпидемическое время.

IV. Скарлатинные стрептококки по своим био-химическим особенностям в настоящее время не могут быть выделены в особую группу.

К вопросу о хроническом малокровии у детей школьного возраста *).

С. М. Маркузе.

В настоящей работе поставлена цель ближе познакомиться с клинической картиной малокровия у хронически малокровных школьников и исследовать связь заболевания с некоторыми социально-бытовыми условиями детей. Для этого взяты были 2 русские школы I ступени, расположенные в одном районе города, но различные по социальному составу и бытовым условиям учащихся, с общим количеством ок. 300 детей, которые находились под нашим наблюдением в течение всего школьного периода (1—4 года). Из них были выбраны дети с ясно выраженной бледностью кожи и слизистых, наблюдавшейся не менее года, которые выделены в группу хронически-малокровных, а для сопоставления с ними взята равновеликая группа прочих детей, из которых выделена группа детей здоровых, обнаруживавших хороший цвет лица в течение всей школьной жизни.

У всех детей была исследована кровь на содержание гемоглобина и зернистых эритроцитов. Кроме того, было проведено поголовное обследо-

*) Доложено 14/XII 28 г. во Врачебно-педологическом кружке и 3/VI 29 г. в Педиатрич. секции о-ва врачей.

вание на Нв в нескольких классах 2-х других школ для получения средних цифр Нв по возрасту и полу. Исследование крови производилось в феврале-апреле 1928 года, кровь бралась до обеда, из пальца, в один день у целого класса. Методика применялась следующая.

Определение Нв велось колориметром Autenrieth-Koenigsberger'a с фабричным клином с некоторыми видоизменениями, позволявшими проводить массовое обследование точнее, легче и быстрее, чем с помощью гемометра Sahli. Кровь бралась пипеткой от гемометра, 0,02 к. с. ее размешивалась стеклянной палочкой в ряде (по числу обследуемых) мелких пробирок, в которые предварительно наливалось по 2 к. с. децинормальной HCl соответствующей пипеткой, и не менее как через $\frac{1}{2}$ часа (когда устанавливался постоянный цвет) колориметрировалась. Были внесены поправки в показаниях по сравнению с оригинальной методикой и со штандартным гемометром Sahli из клиники проф. Горяева.

Витальная окраска мазка производилась Brilliant-Kresylblau по Шиллингу, но без дополнительной окраски: перед обследованием заготавливались тщательно обезжиренные предметные стекла, смазанные тонким слоем насыщенного спиртового раствора краски, капля крови тонко размазывалась по стеклу обычным способом, и последнее тотчас помещалось во влажную камеру (чашка Петри), откуда вынималось минут через 10 и высушивалось на воздухе. Для счета ретикулоцитов в окуляр микроскопа с иммерсионной системой вставлялось волосяное окошечко, выбирались хорошо покрашенные места препарата, в которых эритроциты расположены в один слой, равномерно и не густо, и сосчитывалось число ретикулоцитов и эритроцитов в нескольких полях зрения, а в дальнейшем счет велся по полям зрения, не менее как до 2.000 эритроцитов. Степень регенерации выражалась числом ретикулоцитов на 1.000 эритроцитов.

Обратимся теперь к результатам обследования.

Социальный состав учащихся обследованных школ следующий:

В школе № 1 преобладают дети рабочих и низших технических служащих, в школе № 6—дети служащих и трудовой интеллигенции.

Санитарно-гигиенические недостатки домашнего быта учащихся по данным анкеты таковы:

Название школы.	Плохое питание.				Плохие жилищ- ные условия.		Неудовлетворительная одежда, обувь.	Мало быв. на свежем воздухе	
	Не каждый день горячий обед.	Редко получ. мясо, масло, молоко, яйца.	Уходят в школу натощак.	Не берут в школу завтрак.	Тесно, сыро, тем- но, холодно.	Подвал или полу- подвал.		Совсем не гуляют или редко.	Гуляют мало.
№ 1 . . .	24,3%	—	18,7%	53,2%	34,6%	14%	17%	2%	11%
№ 6 . . .	—	16,5%	—	35,6%	22,6%	7%	3,4%	15,6%	17,4%

Назван. школы.	Неправильный сон.			Недостатки личной гигиены.		Добавочная нагрузка (музыка, языки и т. п.).	Количество анкет.
	На полу.	Вдвоем.	Менее 9 час.	Редко мы- вают боль- ше и посещают баню.	Не чистят зубы.		
№ 1	15 ⁰ / ₀	19,6 ⁰ / ₀	7,5 ⁰ / ₀	27,2 ⁰ / ₀	58 ⁰ / ₀	—	107
№ 6	1,7 ⁰ / ₀	10,4 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀	4,3 ⁰ / ₀	45,2 ⁰ / ₀	31,3 ⁰ / ₀	115

Обращают на себя внимание очень скверные условия домашней жизни детей школы № 1: скверное питание, жилищные условия и недостатки личной гигиены; в школе № 6 все эти условия значительно более приближаются к норме, но здесь преобладают другие недостатки: большая нагрузка и меньшее времяпровождение на свежем воздухе. Тем не менее среди бледных детей последней школы отмечено втрое большее количество (37,5⁰/₀) плохо питающихся дома, чем среди прочих детей этой школы, в остальных отношениях санитарно-гигиенические условия их мало различаются.

По возрасту и школам наши бледные школьники распределялись так в ‰‰‰:

Название школы.	С ясно выраженной стойкой бледностью кожи и слизистых.				Незначительная бледность или ясно выраженная, но отмеченная лишь недавно.	Общее количество обследованных.
	8—10 лет.	11—12 лет.	13—14 лет.	В среднем.		
№ 1	46 ⁰ / ₀	51 ⁰ / ₀	26 ⁰ / ₀	43,3 ⁰ / ₀	12,7 ⁰ / ₀	150 ч.
№ 6	33,5 ⁰ / ₀	31,5 ⁰ / ₀	30 ⁰ / ₀	33,3 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	141 ч.

Дети с ясно-выраженной хронической бледностью преобладают в группе, живущих в худших санитарно-гигиенических условиях, и условия эти особенно вредно проявили свое влияние на детей в возрасте 8—12 лет. Это объясняется, может быть, не только меньшей устойчивостью младшего возраста, но и тем, что им пришлось перенести тяжелые голодные годы в самом раннем детстве. Напротив, группа детей с нерезко выраженной бледностью, которую можно частью отнести к мнимо-малокровным, преобладает у детей, живущих в лучших условиях.

Все дети повторно обследовались мною в самой школе, кроме того школа № 1 обследована была малярийной станцией в декабре 1927 года. Среди бледных обнаружено:

Туберкулезная интоксикация по проф. К и с е л ю.	{	Отсталое физическое развитие, упадок питания и увеличение периф. лимф. желез	19,6%
		То же при наличии повторных бронхитов	17%
Подозрительные на туберкулез и желез		явления в легких, тбс костей	4,4%
Малярия активная			12,5%
» скрытая			15,2%
Затрудненное носовое дыхание			6,3%
Прочие			25%

Всего хр. бледных 112 человек

В клинической обстановке группа „прочие“ была бы, конечно, несколько расшифрована.

Количество детей, подозрительных по туберкулезной интоксикации по проф. Киселю, составило 13% общей массы обследованных, что почти соответствовало цифрам, полученным мною в 1925 году (12%) при обследовании тех же школ с помощью реакции Pirquet¹⁴, и близко к данным, полученным по московским школам I ст. в 1924—25 г. (17%)¹⁵; положит. р. Pirquet оказалась тогда у 83% наших детей. По школе № 1 (обследованной также малярийной станцией) оказалось среди хронически бледных: малярия активная у 11,4%, скрытая — у 16%, малярия в анамнезе у 7%; среди прочих детей: активных маляриков 2,3%, малярия в анамнезе и увеличение селезенки у 27,3%.

Преобладания среди хронически бледных, по сравнению с прочими, детей с затрудненным носовым дыханием на почве аденоидов, носовых полипов и других ненормальностей со стороны носоглотки не обнаружено; специального обследования не производилось. Жалобы на наличие глист были весьма немногочисленны, особого обследования для выяснения этого вопроса также не производилось.

Исследование крови на гемоглобин произведено было у 360 детей. Распределение их по полу и возрасту и сопоставление % Нв по разным группам, а также сравнение со средними нормами Нв по наиболее полным и близким по материалу данным Григоровой, охватывающим более 3.000 школьников, прошедших московск. детскую профилактическую амбулаторию, дало следующие результаты:

Возраст	8—10 л.		11—14 л.		15—19 л.	
	м.	д.	м.	д.	м.	д.
Средний % Нв у наших детей	84,7	85	85,9	86,8	95,4	87,4
Сред. нормы Нв по дан. моск. детпрофамб.	86,6	85,5	89,2	88,3	93,8	92,6

Из этой таблицы видно, что наши данные мало отличаются от данных Григоровой. Процент гемоглобина с возрастом повышается, причем резкое повышение отмечается с наступлением половой зрелости, особенно у мальчиков с 15-ти лет, с этого времени % Нв у мальчиков начинают превышать таковой у девочек.

На следующей таблице сопоставлены % Нв и степень регенерации эритроцитов среди общей массы обследованных детей 8—14 лет.

% ретикулоцитов \ % гемоглобина	% гемоглобина		
	100—91	90—81	80—71% Нв
1—5 ⁰ / ₁₀₀	50 ⁰ / ₁₀₀	63 ⁰ / ₁₀₀	45 ⁰ / ₁₀₀
6—10 ⁰ / ₁₀₀	43,7	30	31
11—15 ⁰ / ₁₀₀ и более	6,3	7	24
Количество обследов.	32	70	28 человек

У детей с высоким % Нв регенерация несколько выше, чем в средней группе Нв, за счет ретикулоцитов средней группы (6—10%), у детей же с низким Нв усиленная регенерация по сравнению с прочими группами детей значительно преобладает.

Настоящая таблица подтверждает тот факт, что пониженный % Нв сопровождается часто усиленным эритропоэзом.

Распределение детей с ясно-выраженной хронич. бледностью и с хорошим цветом лица по группам с различными % Нв и ретикулоцитов дало следующую картину:

	% гемоглобина					% ретикулоцитов			Численность группы
	сред. % Нв	100—91	90—81	80—71		1—5	6—10	11—15 и бол.	
Хронич. бледные	84,5	17	61,5	21,5	% детей в каж. группе	63,1	30,7	6,2	65 ч.
Прочие	87,5	31,3	46,3	22,4		49,3	35,7	15	67
Из них дети с всегда хорош. цвет. лица	88,8	42,8	37,1	17,1		60	25,7	14,3	35

По Григоровой малокровными следует считать детей с Нв ниже 87,5% для возраста 8—12 л. и 93,5% для 13—14 л. Т. к. среди наших бледных детей $\frac{4}{5}$ первых, то эти данные в общем соответствуют данным Григоровой и этих детей можно отнести к группе малокровных. Но мы видим, что среди хронически бледных лишь небольшая часть имеет низкий Нв, у большинства средний Нв, некоторые же имеют и высокий Нв *). Среди же детей с нормальной окраской кожи, несмотря на преобладание высокой группы Нв, имеется также значительный % детей со средним Нв, встречается и низкий Нв, но, как было уже упомянуто, не ниже 78%; Нв ниже 70% встретился у нас всего лишь в 1,2% у детей 8—10 лет при резко выраженном малокровии на почве активной малярии. Что касается количества ретикулоцитов, то у наших здоровых

*) Все же в 2-х последних случаях ясно выраженная стойкая бледность позволяет отнести детей в группу хронически-малокровных и заподозрить у них олигемию.

детей преобладает группа с содержанием 1—5‰ ретикулоцитов. Фрейфельд¹⁶ считает для взрослых регенерацию выше 10‰ повышенной, а ниже 1‰ пониженной; последняя у наших школьников встречалась очень редко. У хронически-малокровных в виду преобладания более низкого Нв следовало бы ожидать на основании предыдущей таблицы повышенной регенерации, но несмотря на это, перед нами ясно выраженное понижение регенерации. Таким образом, для хронически малокровных кроме понижения Нв характерен также пониженный эритропоэз. Далее интересен вопрос о зависимости ‰ Нв от социально бытовых условий детей.

При сравнении по среднему содержанию Нв групп детей, близких по своей численности и по количеству мальчиков и девочек одинакового возраста, но из разных по социально-бытовым условиям школ (№ 1 и № 6), обнаруживается, что наиболее низкий ‰ Нв имеется у младших детей, особенно у живущих в плохих условиях, и что с возрастом эти дети по содержанию Нв все более приближаются к норме. Более низкий средний ‰ Нв у детей школы № 1 (84‰ по сравнению с 87,5‰ shk. № 6) находится в тесной зависимости от большого количества малокровных в ней, т. к. у здоровых детей обеих школ разница в содержании Нв гораздо меньше (у детей shk. № 1—88,1‰ Нв, в shk. № 6—89,5‰).

Сравнение эритропоэза у школьников по различным возрастнополовым и социально-бытовым группам на нашем незначительном материале дает возможность подтвердить обычно замечаемую связь между пониженным Нв и повышенной регенерацией и обратное явление—высокую регенерацию при повышенном Нв. Несмотря на это отмечается преобладание у здоровых детей школы № 1 более низкой регенерации (1—3‰), чем у здоровых школы № 6 (4—10‰). Более детальное знакомство с зависимостью регенерации эритроцитов от различных условий и более точное установление границ нормального эритропоэза у детей школьного возраста требуют большого материала.

О влиянии санитарно-гигиенических условий на эритропоэз можно судить на примере дневного санатория при Детской клинике Казанского института для усовершенствования врачей, дети которого в возрасте 5—7 лет, с симптомами туберкулезной интоксикации, взятые из бедной среды, были обследованы мною на витальную зернистость при поступлении в санаторий и через 2½ месяца пребывания в нем (в январе-марте 28 г.). При этом обнаружилось ясно выраженное повышение эритропоэза у 2/3 обследованных детей, у которых также отмечено было повышение ‰ Нв и количества эритроцитов, дети же, у которых эритропоэз понизился или оставался на низких цифрах (4—6‰), давали понижение Нв и Ег или последние оставались без изменений *).

При сопоставлении средних антропометрических данных хронич. малокровных и здоровых детей оказалось, что у первых рост, длина туловища, окружность груди и вес несколько понижены **).

При оценке этих данных для определения упитанности, антропометрич. индексы Pirquet-Pelidisi и Груздева оказались менее

*) В нынешнем году мне представилась возможность подтвердить благотворное влияние санаторного режима на повышение эритропоэза у новой группы малокровных детей того же санатория.

**) Цифровые данные не приводятся за недостатком места.

чувствительными, чем ростовесовые показатели Дурново¹⁷. По последним, наши здоровые дети относятся к группе детей с удовлетворительной упитанностью, а хр. малокровные — к группе со слабой упитанностью. Рост у большинства малокровных несколько ниже, чем у здоровых, но все же выше средних норм Дурново по возрастнo-ростовым показателям, а в одной группе (малокровные мальчики 9 л. школы № 6), несмотря на отсталый вес, рост даже выше, чем у соответствующей здоровой группы. Из этого можно заключить, что хроническое малокровие мало повлияло на физическое развитие наших детей, но что оно тесно связано с пониженной упитанностью их, последнее же, весьма вероятно, зависит в некоторых случаях от усиленного роста детей.

Во многих других случаях плохая упитанность детей, худосочие должно зависеть от недостаточного и неправильного питания, (как это имеет место в нашей школе № 1). Недостаточное питание понижает основной обмен (Helmreich¹⁸) и заставляет организм экономнее тратить свои запасы: понижаются процессы окисления, падает потребность в гемоглобине, а вследствие этого должно пасть и „производство“ его, следовательно, и эритропоэз, поскольку Нв зависит от количества эритроцитов. Обильное питание, пользование свежим воздухом и солнцем, движения должны содействовать увеличению обмена, а следовательно и повышению Нв.

Общие выводы.

1. Среди различных видов „школьного“ малокровия видное место по своему распространению у нас занимает хроническое малокровие с упадком питания.

2. Оно характеризуется пониженным содержанием гемоглобина при относительно пониженном новообразовании эритроцитов.

3. Почвой для большого распространения таких анемий в школьном возрасте является, повидимому, легкая податливость кроветворной системы в предпубертальном периоде угнетающим ее влияниям.

4. Причины возникновения хронических анемий разнообразны, но, повидимому, главные — это хронические инфекции: туберкулез, малярия и недоедание.

5. Факторы, содействующие развитию малокровия, как отсутствие школьных завтраков, недостаточное пользование свежим воздухом и солнцем, являются весьма распространенным недостатком школьной и домашней жизни детей.

6. В распространении мнимого малокровия в школе большую роль должно играть умственное переутомление.

7. Можно думать, что детальное изучение процессов дегенерации и регенерации крови даст возможность точнее выяснить также этиологию, а следовательно профилактику и лечение школьных анемий в каждом отдельном случае.

Литература. 1) Sonnenfeld. Klin. Woch., 1928, № 34.—2) Энгель. Конституцион. аномалии и болезни обмена веществ у детей.—3) Капустин. Нервное здоровье детей. Педиатрия, 1925, № 4.—4) Сашегоп. Наблюдения над массовым ребенком и его забол. Реф. Врач. газ., 1928, № 17.—5) Лагодин. Статика и динамика здоровья школьников. Москва, Педиатрия, 1927, № 2.—6) Кацнельсон.—Школа и здоровье. Моск. мед. жур., 1927, № 5 и Zur Statistik d. Anämien d. jetzigen Kinder, Monatschr. f. Kinderh., 1927, Bd. 35.—7) Михалченко. Опред. колич. крови в связи с анемич. состоянием. Труды

VIII Всесоюзн. съезда терапевтов. — 8) Штефко. К патогенезу соврем. детских анемий. Русск. клиника, 1926, июнь. — 9) Григорова. Средние нормы Нв у детей школьн. и дошк. возр., там же. — 10) Горяев. Существует ли хлороз как самостоят. болезн. единица. Тр. VIII съезда терапевтов. — 11) Шиллинг. Картина крови и ее клинич. значение. — 12) Seyfarth. Klin. Worch., 1927, № 11. — 13) Швабрович К вопросу о функции. исслед. эритропоэтической деятельн. костного мозга. Клинич. медицина, 1927, № 2. — 14) Маркуз Э. Казанск. мед. журн., 1926, № 10. — 15) Никулин. Моск. мед. журн., 1926, № 8. — 16) Фрейфельд. Курс гематологии. — 17) Дурново. Антропометрич. измер. у детей. — 18) Гельмрейх. Обмен энергии у ребенка. — 19) Кисель. К вопросу об анатомич. измен. в легких у детей с туберк. интоксин. Труды III всесоюзн. съезда детских врачей. — 20) Блонский. Педология.

Из Пятигорской санатории им. 1-го Мая. (Зав. медицин. частью приват-доцент Н. В. Миртовский).

К клинике сифилитических амиотрофий¹⁾.

Д-р Н. В. Жеребцов.

Усилившийся за последнее время интерес к вопросам сифилиса нервной системы привел к значительным достижениям в области патогенеза и клиники невролюеса. В связи с изучением проблем сифилиса многие вопросы невропатологии, остававшиеся долгое время в тени, получили иное объяснение, хотя иногда, быть может, и не вполне достаточное и еще вызывающее сомнения. К таким именно вопросам, получившим новое толкование, следует отнести случаи мышечных атрофий при наличии сифилиса.

В конце прошлого столетия Raymond впервые описал атрофии у люэтиков. В описанных им случаях мышечные изменения протекали по типу прогрессивных спинальных атрофий. Через несколько лет Legi в опубликованных им случаях подтверждает высказанный Raymond'ом взгляд о возможности специфических спинальных амиотрофий. Дальнейшие наблюдения того же автора и затем Dan'a, Wilson'a и ряда других в значительном количестве случаев прогрессивных мышечных атрофий — выявили факт зависимости амиотрофии от наличия сифилитической инфекции. Из русских авторов проф. Гейманович в 1910 г. опубликовал случай lues cerebro-spinalis, где на основании тщательно проработанного клинического и патолого-анатомического материала автор говорит о специфическом характере мышечных атрофий.

Помимо указанных форм типа спинальных, прогрессивных амиотрофий в специальной литературе приводится достаточное количество наблюдений над другой формой амиотрофий т. н. сифилитическими полиомиэлитами, имеющими прогрессивный характер. О таких полиомиэлитических амиотрофиях в своих наблюдениях указывают Oppenheim, Goldflam, Gottos, Hoffman, Harris и многие другие авторы. О миэлитических амиотрофиях говорят Капустин и имеется монография Лапинского, посвященная специфическим амиотрофиям. Из чис-

¹⁾ В декабре 1928 года доложено в Об-ве невропатологов и психиатров при Саратовском ун-те.

ла последних работ в наблюдениях д-ра Шишкина приводятся 5 случаев сифилитических атрофий различных форм.

Проф. Маргулис в своих последних работах, посвященных вопросам сифилиса нервной системы, подробно останавливается на амиотрофических формах, клинически и патолого-анатомически группируя их в несколько видов.

Клинические сифилитические амиотрофии, протекая различно, согласно литературным данным, можно уложить в три главнейшие формы: табиформенную, полиомиелитическую и форму прогрессивных спинальных амиотрофий типа Aran-Duchenne.

Приводим вкратце истории болезней наших наблюдений.

Случай 1-й. (История бол. № 449). Б. Т-о Федор Степанович, 49 лет. Бухгалтер. Женатый. Поступил 1/VIII 27 г. с жалобами на слабость рук и ног. Больным себя считает около 2-х лет (с декабря 1925 г.). Началось заболевание небольшими подергиваниями в руках с последующей слабостью в них. Болезнь постепенно прогрессирует. Lues 20 лет назад (1907 г.). С момента заражения до времени поступления, т. е. на протяжении 20 лет, проделал 8 курсов ртутных инъекций + 2 вливания Salvarsan'a в 1912 г., затем в 1926 г. 1 курс Hg и 5 вливаний Salvarsan'a.

Status praesens: двигательная черепно-мозговая иннервация в пределах нормы. Движения в ниж. и верх. кон. также не нарушены, за исключением некоторой слабости в кистях обеих рук. Зрачки: $s > d$; реакция на свет сохранена. Реф. с верх. кон. живые, с ниж. также; слева выше, чем справа. Реф. с Ахиллова сухожилия отсутствуют. Расстройств чувствительности не отмечается, за исключением сосковой гипостезии. На руках имеются изолированные мышечные атрофии, гл. обр. захватывающие мелкие мышцы рук (межкостные, мышцы на фалангах пальцев, возвышения мизинца); атрофии выражены одинаково с обеих сторон. Атрофичными также являются мышцы обоих плечелопаточных поясов, но менее выраженные. Со стороны тазовых органов можно отметить бывающие временами запоры. Органы высших чувств—в норме. Лабораторные исследования: Анализ крови по Wassermann'u и Sacks-Georgi отрицат. результат. Исследования спинно-мозговой жидкости на те же реакции—тот же отрицательный результат, но R. Nonne-Appel'ta и Randi—положительная. Количество белка 0,6% (лаборатория Теркоздравотдела). Диагноз: *tabes dorsalis amyotrophica*.

Случай II-й. (История бол. № 436)¹⁾. Б-й А-в Мих. Ник., 45 лет, слесарь. Поступил в санаторий 31/VII 27 г. с жалобами на резкую общую слабость, боли в позвоночнике, сильную раздражительность и слабость правой руки. По словам больного, отец умер от „паралича“. 27 лет назад (1900 г.)—гоноррея. Lues—25 лет назад (1902 г.). Все специфическое лечение до момента поступления в санаторий заключалось в инъекциях ртути (8—10) и двух вливаниях сальварсана. R. W. крови в 26 г.—отрицательная. Больным себя считает более 2-х лет (с 1925 г.). Началось заболевание с ослабления силы сгибателей пальцев правой руки. Затем появились стреляющие боли в пояснице и ногах.

Status praesens: двигательная черепно-мозговая иннервация в пределах нормы. Движения в левом плечевом, локтевом и лучезапястных сочленениях отсутствуют, сила их равна 0. Мышечн. тонус повыш. Рефлекторная сфера: имеется аутосориа зрачков $d > s$; справа симпат. A r g y l-R o b e r t s o n'a; слева на свет реакция сохранена. Реф. с m. biceps справа—abs; с m. triceps—сохранен. На левой руке сухож. реф. повышены, р-сы с Ахиллова имеются с обеих сторон, но $s > d$. Подошвенный: слева имеется с устоянкой на с. Бабинского, справа вызывается в пределах нормы. Из чувствительных расстройств можно отметить наличие пояса гипостезии в сосковой области. В области левой верхней конечности боли корешкового характера. На обоих плече-лопаточных поясах замечаются мышечные атрофии. В процесс вовлечены надлопаточные, дельтовидные большей своей частью и верхние отделы трехглавых мышц. Имеется также атрофия мышц возвышения магого

¹⁾ Больной демонстрирован в августе 28 г. в Научной конференции Пятигорской курортной поликлиники.

пальца, гл. обр. на левой стороне. Атрофии медленно прогрессируют. В перечисленных группах пораженных мышц имеется понижение электровозбудимости на оба тока и реакция перерождения. Со стороны зрения—бледность сосков зрительных нервов. Со стороны тазовых органов—запоры, чередующиеся с поносами. Анализ крови по Bordet-Wassermann'y—отриц. рез., по p. Sacks-Georgi—слабо положительный.

Диагноз: комбинированный *tabes dorsalis amyotrophica*.

Случай III-й. (Истор. бол. № 373). Б-й К.¹⁾ Павел Константинович, 27 лет, крестьянин. Поступил в санаторию 10/VII—27 г. с жалобами на слабость в руках и резкую атрофию мышц в плече-лопаточном поясе. Lues отрицает. Холост. Половая жизнь имеет случайный характер. Болен около 5 лет (с 1922 г.). Начало болезни связано с постепенно увеличивающейся слабостью в шее, затем слабостью в левой руке и позднее в правой. Слабость и похудание мышц указанных отделов постепенно нарастали в течение 1½ лет (1924 г.), после чего как будто приняли стационарный характер. Специфически начал лечиться с 1926 года. Леч. состояло из 60 фрикций Hg, 30 инъекций препаратов висмута. Сальварсанной терапии не получал. Перед поездкой на курорт получил курс поливалентной стафилококковой вакцины.

Б-м представлена выписка из истории болезни одной из московских клиник. Из нее видно, что исследование спинно-мозговой жидкости от 13/XI 26 г., (что по словам больного соответствует периоду до специфического лечения) показало следующие результаты: Плеоцитоз 23^{1/2}; R. Nonne-Appel'ta, p. Randi, ++, R. Wassermann'a ++; вторичное исследование Liquor'a от 23/XII 26 г. (со слов б-го после ртутного и висмутного лечения) обнаружило: плеоцитоз 13^{3/5}; p. Nonne-Appel'ta +; p. Randi ++; R. Wassermann'a ++.

St. pr. (в момент поступления в санаторий 16/VII 27 г.). С обеих сторон выражен ptosis; слева он заметнее. Движения глаз нормальны. Некоторое затруднение при глотании твердой пищи. Движения шеи значительно ограничены в левую сторону и частично вправо. Движения в плечевых суставах с обеих сторон в различных направлениях как по силе, так и объему довольно ограничены. Движения в локтевых суставах вполне достаточны по объему, не ослаблены. Сила кистей рук довольно значительная. Со стороны ниж. конечностей—изменений в двиг. сфере нет. Рефлекторная сфера: зрачки равномерны; реакция на свет и аккомодацию живая. Сух. реф. с m. m. biceps et triceps на обеих руках отсутствуют. Пат. реф. вызываются. Патологических реф. нет. Резко выраженная атрофия мышц над и подлопаточных; мышц области плечевого пояса. Атрофия на левом плече выражена заметнее, чем справа. Атрофия передних грудных мышц. Менее выражены атрофии в мышцах нижней трети лица. Также слабо выраженная атрофия мышц языка. Кисти рук мыш. атр. не содержат. Органы высших чувств без изменений. Тазовые органы без отклонений от нормы. Психических расстройств нет. Специальное исследование электровозбудимости: на мышцах лица формула реакции не изменена; в мышцах шеи понижена; в плече-лопаточном поясе имеется реакция перерождения. Анализ мочи—без отклонений от нормы. R. W. крови—отрицат. p. Исследование спинно-мозговой жидкости: R. Bordet-Wassermann'a—отрицат. рез. R. Sacks-Georgi, Meinicke—отрицат. R. Nonne-Appel'ta—положит. R. Randi—слабо положит. Плеоцитоз по Фуке-Розенталю в 1 к. с 6 ф. элем. Количество белка=0,12% (Окружная лаборатория Терокздрава). Диагноз: Polio-myelitis specifica.

Общим явлением для всех трех случаев является наличие у больных мышечных атрофий, причем в одном случае они, остро развившись, приняли как бы стационарный характер. В двух других наблюдениях мышечные атрофии, хотя и очень медленно по словам больных, но постепенно прогрессируют. Вторым общим моментом всех наблюдений является наличие, вне всякого сомнения, сифилитической инфекции, что подтверждается положительными у всех больных серологическими реакциями (крови и спинно-мозговой жидкости). В двух случаях точно устанавли-

¹⁾ Б-й демонстрирован в Научной конференции Пятигорской поликлиники в августе 27 года.

вается в среднем 20 лет. давности специфическая инфекция и только в одном случае 6-ой момент заражения не отмечает.

Первое наблюдение, по классификации проф. Маргулиса, на основании клинических симптомов необходимо отнести к табиформенному типу амиотрофического спинального сифилиса. За это прежде всего говорит характер развития болезни: вначале появились табические симптомы и затем развились мышечные атрофии. Изменения в форме зрачков, расстройство тазовых органов и отсутствие сухожильных рефлексов с Ахилл. сухож. при еще сохранности пателлярных, рассматриваемых нами, как табические симптомы, комбинируются с наличием амиотрофий, располагающихся гл. обр. на верхних конечностях, с более развитыми формами в дистальных частях. За невозможность говорить об амиотрофиях с табическими симптомами не приходится также и вследствие того, что доминирующим моментом в клинической картине является симптомо-комплекс поражения заднего сегмента мозга. Тот факт, что мышечные атрофии гл. обр. локализируются на руках, находит подтверждение в литературных, статистических данных. В работе д-ра Шишкина указывается, что по данным Kino и Strauss поражение верхних конечностей было в 59% всех случаев.

Второе наблюдение мы склонны отнести к системе комбинированных поражений спинного мозга. Здесь наряду с табиформенным симптомокомплексом амиотрофического сифилиса выдвигается картина поражения боковых пирамидальных путей. За последнее обстоятельство говорят оживленные пателлярные рефлексы и наличие с. Бабинского. Спастический парез левой руки также говорит за процесс в боковых столбах первичного характера или же за краевой менинго-миелит с вторичным перерождением в пирамидальных путях.

Случай третий наших наблюдений можно считать приближающимся к типу прогрессивных мышечных атрофий. Процесс развития, локализации амиотрофий, наличие количественных и качественных изменений электровозбудимости вне сомнения ставят атрофический мышечный процесс в 3-м случае в зависимость от спинального поражения.

Сифилитические амиотрофии интересны с точки зрения патогенеза страдания. Для разъяснения сущности патогенеза подобных поражений было предложено различными авторами в различные времена несколько теорий. Периферической теории (Dejerine, Oppenheim, Bernhard) противопоставлялась теория менинго-миелитическая (Raymond, Lannois, Leri и др.), одновременно с теорией менинго-радикулярных возможностей. В последнее время выдвинута новая точка зрения, рассматривающая патогенез страданий как результат „суммации отдельных этапов и комбинации различных локализаций одного и того же процесса“ (проф. Маргулис). Допускается возможность, что в случаях с менинго-миелитическим патогенезом амиотрофий процесс является не системным, а носит диффузный характер, сосудистого происхождения (Leri). По проф. Маргулису анатомическое строение спинного мозга играет большое значение в развитии болезненного процесса. Эта роль в одной своей части сводится к „анатомическим и механическим условиям лимфообращения в спинном мозгу“, затем к „эксцентрическому положению длинных путей мозга“, вследствие чего „более интенсивное воздействие спирохет обнаруживается на периферии спинного мозга особенно в тех участках, где имеется застой цереброспинальной жидкости“.

Не предпреля окончательно вопроса о патогенезе, в двух случаях, во втором и третьем, мы склонны искать объяснение в условиях лимфо и кровообращения. Трудно допустить, чтобы в одном из них—форма прогрессивной мышечной атрофии—все сводилась к моменту избирательного воздействия специфического virus'a на серое вещество спинного мозга. Это обстоятельство и заставляет искать причину в возможности лимфогенного распространения инфекции и соответственно анатомическому расположению лимфатической системы с вовлечением в процесс гл. обр. серого вещества. Роль специф. инфекции через сосудистую систему и лимфообращение должны лежать и в основе объяснения и второго случая (комбинир. *tabes dorsal.* амиотроф.) с допущением здесь возможности вначале развития менингеального процесса с последующим поражением длинных путей мозга, расположенных периферически. Инфицированная спинно-мозговая жидкость сама по себе должна была играть видную роль в развитии изменений в боковых и задних отрезках спинного мозга, способствуя, таким образом, развитию процесса. В одном случае от этого будут страдать центральные отделы спинного мозга, т. е. гл. обр. серое вещество передних и боковых рогов, в другом случае задние или боковые столбы.

Из описываемых в литературе случаев сифилитических амиотрофий наиболее редкими являются описания форм, клинически протекающих под картиной прогрессивных, мышечных атрофий. Начинаясь постепенно с верхних конечностей, атрофии медленно спускаются вниз, иногда поражая и нижние конечности. Но иногда атрофии остаются на одном месте, не распространяясь на другие мышцы, являясь результатом ограниченного процесса в спинном мозгу, весьма часто в шейном отделе его. В мышцах при этом можно отметить вторичные дегенеративные изменения, в частности наличие реакции перерождения.

В случае наблюдаемом нами мышечные атрофии появились постепенно в области плече-лопаточных поясов. Постепенно нарастая, они остановились затем в своем развитии. Так как атрофичными являются не только мышцы туловища и верхних конечностей, но также и мышцы шеи и лица, надо думать о распространении процесса снизу вверх по лимфатической системе. Остановился ли процесс под влиянием специфического лечения или продолжает весьма медленно прогрессировать, за краткостью наблюдений решить трудно, хотя дегенеративные изменения имеются, несомненно, с полным развитием на плечах, с заметными на шее и с начальными явлениями на лице.

Из анамнестических данных этого наблюдения отчетливо выявляется один момент—это полное отсутствие специфического лечения до момента развития заболевания. Этот момент не является характерным только для этого больного. В двух других случаях видно, что специфическое лечение было крайне недостаточное: на протяжении около 20 лет обоими больными таблетками было сделано несколько курсов ртутного лечения и единичные вливания *Salvarsan'a*. В двух последних случаях, мы склонны рассматривать проводимое ранее недостаточное и неаккуратное специфическое лечение только как факторы с одной стороны—укорачивающие сроки латентного периода, с другой влияющие на ход развития самого заболевания.

Период между сроком заражения сифилисом и развитием амиотрофий по литературным данным различен. Описаны случаи, где амиотрофии

появились через год-два после инфекции (Goldflam, Gaizergues, Dejerine). Приводятся описания амиотрофий при незажившем твердом шанкре (Rodet) и, наконец, Орловским и Cisculohгом приводятся случаи амиотрофий при наличии гумм.

В большинстве же случаев латентный период бывает более продолжителен, протекая на протяжении нескольких или даже десятков лет, в зависимости от тех различных моментов, которые ускоряют развитие болезни. По предварительным наблюдениям д-ра Миртовского над несколькимистами людзиками можно было отметить, что недостаточное специфическое лечение значительно укорачивает латентный период от момента заражения до проявления позднего сифилиса нервной системы.

Не делая из этих наблюдений вполне законченных выводов, следует отметить, что срок скрытого периода течения сифилиса уменьшается параллельно увеличению курсов недостаточного лечения и в частности при малом и провоцирующем применении препаратов сальварсана.

Вполне разделяя точку зрения некоторых авторов о необходимости выявления в каждом случае амиотрофий возможности сифилитической инфекции, следует думать, что в связи с проводимой теперь многими авторами энергичной специфической терапией, включая сюда и большие дозы сальварсана, в дальнейшем можно будет рассчитывать на более энергичную борьбу с описываемыми страданиями нервной системы.

Из Психиатрической клиники Иркутского университета (проф. В. С. Дерябин).

К вопросу о психозах у близнецов.

Д-р В. В. Шостакович.

Близнецы всегда привлекали к себе внимание и вызывали интерес, как в силу своей относительной редкости, так равно и в силу особенностей, присущих им. Со стороны своего внешнего строения они являлись предметом изучения уже очень давно (так, венгерские сестры Юдифь и Елена были достаточно подробно и точно описаны в начале XVIII ст.). Наблюдавшие же у близнецов психозы обратили на себя внимание значительно позднее: первый зарегистрированный в литературе случай такого отношения к 1812 г. и принадлежит Rush'y. Затем время от времени появлялись описания отдельных случаев, причем внимание авторов устремлялось гл. обр. на сходство психопатической картины у близнецов. Хотя эти описания в большинстве случаев носили несколько случайный характер, тем не менее накопившийся материал позволил Ball'ю в 1884 г. в работе *De la folie gemellaire* сделать попытку выделить особую форму психозов близнецов, которую он назвал „*Folie gemellaire*“. При построении своей формы он исходил из предположения об идентичности психоза у обоих близнецов, поэтому основными особенностями „*Folie gemellaire*“, по его мнению, были: 1) одновременное проявление припадков, 2) параллелизм в отношении бреда и др. психических аномалий, 3) самородность бреда у каждого из индивидуумов им пораженных (цит. по Dejerine'y).

Анализ психозов у близнецов, произведенный более поздними авторами, показал несостоятельность концепции Ball'я, Culler (цит. по

Ю дин у) пришел к заключению, что близнецеские психозы надо характеризовать следующими чертами: 1) одновременность развития и параллелизм некоторых отдельных психических симптомов, 2) аналогичное течение и одинаковый исход, 3) самопроизвольное начало болезни, развивающейся на одной и той же почве. Постепенно форма „*Folie gemellaire*“ утерала самостоятельное значение и вошла в понятие „семейных психозов“. Проф. Ю дин в работе „Психозы близнецов“, в 1907 г. на основании собственного материала и литературных данных приходит к заключению, что: 1) близнецовых психозов как таковых не существует, 2) случаи сходных психозов у близнецов должны быть отнесены к „семейным психозам“.

Если близнецеские психозы потеряли свое значение как отдельная нозологическая единица, то за ними до сих пор признается большая ценность в деле изучения наследственности, resp. наследственных психопатий. Еще Dejerine, считавший „*folie gemellaire*“ самостоятельной формой, указывает, что „изучение ее крайне интересно во всех отношениях, т. к. она представляет самое ясное проявление закона наследственности“. Т. к. изозиготными (гомологичными) являются только однояйцевые близнецы, то акцент ставится на изучении по преимуществу их. Poll (цит. по Ю дин у) формулирует это положение следующим образом: „однояйцевые близнецы единственные изозиготные индивидуумы у человека, поэтому их изучение представляет колоссальнейший интерес“. Siemens (цит. по Кронтовскому) устанавливает общее правило относительно значения близнецества для изучения наследственности: „всякая наследственная аномалия или болезнь встречается у обоих гомологичных близнецов чаще, чем у негомологичных, а у последних опять таки чаще чем у неродственников, не у братьев и сестер“.

Из этих положений как следствие вытекает как будто большое значение гомологичных близнецов для понимания как наследственности вообще, так и для установления наследственного характера той или другой болезненной формы.

Действительно ли это значение так велико?

В настоящее время принято считать, что *однояйцевые* близнецы являются результатом т. н. мерогонии (De la g e); при последней из одного оплодотворенного яйца развивается не один плод, т. к. в самом начале деления происходит полное разделение шаров дробления. Более новые взгляды, основанные на изучении близнецов у броненосцев, считают, что гомологичные близнецы происходят из одного яйца путем его почкования, а не дробления. Нет сомнения, что подобные процессы являются патологическими. Schwalbe относит гомологичных близнецов к уродствам, а именно к двойным. Уродства эти делятся им на свободных и сросшихся, причем те и другие могут быть развиты одинаково—симметричные, или асимметричные—один недоразвит. Величина и степень развития уродства зависит от: 1) времени отщепления, 2) величины отщепившегося материала, 3) причины отщепления. Очень многими авторами гомологичные близнецы считаются результатом патологического состояния родителей. Mitchell указывает, что в таких семьях бывают другие повреждения зародыша, James отмечает частоту tbc в этих семьях. Rogask, Fournier предполагают, что гомологичные близнецы являются результатом сифилиса родителей. Calmus приходит к заключению, что однояйцевое

близнецество есть дегенеративный симптом. Проф. Юдин делает чрезвычайно важный вывод—близнецы не столько изогиготные субъекты, сколько патологический продукт. Без сомнения подобный вывод умаляет ценность генетических изысканий, получаемых на гомологичных близнецах.

Причину происхождения *двуяйцевых* близнецов видят в особенностях яичника, вследствие которых яичник выбрасывает не одно, а несколько готовых к оплодотворению яиц. Отмечено, что параллельно со склонностью к такого рода близнецеству встречаются известные анатомические особенности: двурогая матка, полимастия и т. п. особенности, говорящие за атактистический характер близнецества. Помимо атактистических особенностей двуяйцевого близнецества, оно, по мнению многих исследователей, имеет резко выраженный наследственный характер. Weinberg нашел, что близнецество наследуется, будучи связано с полом матери и ее родом, Weinberg и Серебровский считают, что по способу передачи близнецество является признаком рецессивным. Однако, в самое последнее время Davenport склоняется к тому взгляду, что роль отца в наследовании близнецества недооценивалась, т. к. по его обследованиям частота рождения близнецов приблизительно одинакова для родов отцов и матерей-повторителей: у матерей—4,5%, у отцов—4,2%. Кроме того он указывает, что двойные овуляции происходят значительно чаще, чем рождаются близнецы, этот факт он объясняет тем, что или а) одно яйцо не оплодотворяется или в) будучи оплодотворенным, одно яйцо не развивается.

Т. об., в основе однойяйцевого и двухяйцевого близнецества лежат резко различающиеся между собой моменты. Тем не менее при описании психозов близнецов, эта разница нередко не учитывалась и близнецовые психозы описывались как у гомологичных, так и у негомологичных близнецов.

В настоящее время в литературе зарегистрировано 107 случаев близнецовых психозов (первые 44 собраны Сухановым, остальные собраны и частью описаны (45, 104—107) проф. Юдиным). Все 107 случаев можно разбить на 2 категории: I-ая 82 сл.—больные оба, II-ая 25 сл.—болен лишь один. Среди последней категории в 31,5% близнецы были разнополые, т. е. очевидно двуяйцевые.

Интересны те данные, которые приводит проф. Юдин относительно форм психозов у 2-ой категории: врожденное слабоумие и монголизм—12 сл., эпилепсия, прогрессивный паралич, менструальные психозы—по 1, невыясненные—5, преждевременное слабоумие—3.

Встретившийся нам случай близнецового психоза принадлежит к числу несходных, а близнецы к категории двуяйцевых. Приводим историю болезни:

Наследственность: деды и бабки со стороны отца и матери здоровы—умерли в возрасте за 60 лет. Отец исследуемых *tabes dorsalis atactica*, мать также *tabes dorsalis*, дядя и тетя по матери слабоумные (дядя был в Псих. б-це). Старший брат умер 1/2 г. от скарлатины (были судорожные припадки). Младший брат, 3 л. Нервный, раздражительный. Частые головные боли, особенно по утрам. Асимметричное лицо. Зубы—нет 2. Правый зрачок шире. Реакция, конфигурация в норме. Правый коленный рефлекс чуть выше. Питание понижено. Общее развитие соответствует возрасту. Последний, самый младший, ребенок не исследован.

Исследуемые: брат—близнец, 17 л., родился в срок доношенным ребенком 9 фунтов весом, родился первым. До 7 лет развивался нормально. С 7 л. стал заметно меняться его характер и поведение, сделался замкнутым, нелюдимым.

До 8 л. учился хорошо, затем учение стало идти все хуже и хуже. В 1928 г. (17 л.) был взят из школы. Провел острую психотическую вспышку, которая перешла в резко выраженную кататоническую форму шизофрении. Состояние нервной системы: левый зрачок шире, конфигурация изменена, реакция—норма. Легкий парез нрав. *facialis*'a, небольшое отклонение языка влево, подергивание языка, симп. Ромберга. Рефлексы живые: пателлярный и Ахиллов выше слева. Тонус мышц понижен. Со стороны внешнего *habitus*'a: рост—156,7, соответствует 15 г., окружность груди—69—13 годам, окружность головы 55,0—несколько меньше нормы для 17 лет. Помимо задержки в развитии, у больного имеется очень скудная растительность на бороде. Общий склад астенический. Дистрофии: зубные дистрофии (множественные), по определению проф. Н. И. Ачапова, патогномичные для конгенитального сифилиса.

Сестра близнец, 17 л. Родилась 4½ фунтов весом, через 2 часа после брата, росла очень слабой, до 15 лет—*enuresis nocturna*. Со стороны психики: застенчивая, вялая, пассивная, всегда подчиняется подругам, хотя не особенно их любит (родители по совету педагогов стараются, чтобы она была в кругу детей). Раздражительная, иногда плачет по незначительным поводам. Учится среднее, лучше выполняет письменные задания, чем устные. Со стороны нервной системы: левый зрачок шире, конфигурация обоих зубчатая, реакция живая; рефлексы живые—прав. пателлярный выше; легкий Ромберг. Со стороны *habitus*'a: рост—146, длина ног 72, окружность груди 70—эти размеры соответствуют, согласно таблице Мартина, возрасту 12—12½ лет. Окружность головы—51,5—11 годам. Ширина плеч—31,5, таза 25, соотношение «плечи—таз»—80,6 по Veilю (среднее между мужскими 74 и женским 86). Со стороны дистрофий: зубы 2) очень маленький. Т. обр. внешнее строение ясно указывает недоразвитие организма; за задержку в развитии говорят следующие данные: по заключению терапевта на *art pulmonalis* имеется акцент детского характера. Волосной покров на лобке развит очень слабо, грудные железы в норме, *meneses* с 16 лет в высшей степени неаккуратно и скудные. Необходимо отметить резкое увеличение правой половины щитовидной железы и тахикардию.

Исследуемые нами близнецы, т. об., представляют довольно значительные отклонения от нормы. У брата наблюдается ясно выраженная шизофрения при общей задержке физического развития; у сестры достаточно четко выражен инфантилизм, точнее *chétivisme* (type Lorraine), с рядом дефектов в психике (отсталость, истерические явления).

Описываемый случай подчеркивает значимость тех положений, которые формулирует проф. Юдин: „Наследственности здесь можно приписать роль не большую, чем у братьев и сестер вообще... и сходство близнецов, по крайней мере сходство психозов у них, есть не столько следствие их одинаковой наследственной организации, сколько следствие одинаковых патологических условий, вследствие которых они оба произошли“. Нет сомнения, что центр тяжести в вопросе о психозах у близнецов должен передвинуться с чисто внешнего момента (близнецство) к более интимному—патологическим условиям, вызывающим развитие психозов вообще.

С этой точки зрения разбираемый случай заставляет обратить внимание на состояние родителей, т. к. развитие психозов у детей стоит в несомненной связи с здоровьем их родителей. У отца исследуемых—*tabes dorsalis atactica*, у матери *tabes dorsalis*. Несомненно сифилис родителей стоит в каком-то соотношении с психозами детей. В виду того, что формы психических дефектов разные, их удобнее рассматривать порознь. У брата мы имеем шизофрению. Вопрос о происхождении шизофрении нельзя считать решенным, в подходе к нему можно наметить две принципиально различные точки зрения: одна считает болезнь исключительно наследственно-эндогенной, другая выдвигает на первый план различные экзогенные моменты в качестве причин, вызывающих заболе-

вание. Menninger указывает на частоту развития психопатического синдрома, трудно отличимого от психозов, после целого ряда различных острых инфекций. Эти взгляды разделяются и другими авторами. Claude, Rose, Gosline видели развитие психозов после tbc, K. Wilson—после эпидемического энцефалита, Siccald, Bollack, Watterman, Chester, Sandy, Jellife, Harris, Falsom—после инфлюэнцы. В большой степени заслуживает внимания взгляд на хроническую инфекцию, как на производящую причину, т. к. у большого % психопатических в анамнезе острые инфекции отсутствуют. Из хронических инфекций многие выдвигают tbc, но на первом месте стоит конгенитальный люэс. Связь между последним и психозом отмечается очень многими (Hiril, Wagner, Piltz, Ключев и др.) Проф. Гиляровский указывает, что есть много оснований искать экзогенные моменты для психозов как процесса в наследственном сифилисе. Проф. Н. Н. Топорков приходит к выводу, что детальное и подробное исследование семей психопатических в достаточной мере обосновывает люэтический характер семьи и люэтическую природу болезни.

У второго близнеца—сестры—мы имеем инфантилизм. Если люэтический характер психозов является весьма вероятным, то и инфантилизм, resp. schémisme, ставится в полную зависимость от конгенитального люэса. Повидимому, инфантилизм чаще всего обуславливается гипоплазией сифилис часто поражает гипоплазию. Nobecour, Sabrasesse, Duprier считают, что при поражениях гипоплазия конгенитальным люэсом вызывается пролиферация соединительной ткани, изменение сосудов, атрофия клеток, иногда миллиарные гуммы, некротические очаги, и в большинстве случаев наблюдаются спирохеты. E. Fournier считает, что сифилис прямо или косвенно (proencephalia, hydrocephalia) является причиной инфантилизма (цит. по Pagniez). Nonne описывает поражения гипоплазия при конгенитальном сифилисе в 3-ем поколении.

Связь между обоими формами расстройств, наблюдающимися у наших близнецов, и конгенитальным люэсом становится весьма вероятной. Наш случай, с этой стороны, представляет несомненный интерес, ярко свидетельствуя, что и в происхождении психозов у близнецов экзогенные причины могут играть весьма важную роль и что при исследовании близнецовых психозов никогда нельзя упускать из виду и экзогенных моментов. Наш случай, правда, касается двухйцевых близнецов, но сифилис, конечно, может играть такую же роль, как в нашем случае, и в происхождении психозов у близнецов однойцевых.

Литература: 1) Dejerine. Наследственность и болезни нервной системы М., 1887 г. 2)—Юдин. Психозы у близнецов. Ж. невропатологии и психиатрии им. С. Корсакова, 1907, кн. 1.—3) Юдин. Сходство близнецов и его значение в изучении наследственности. Рус. евгенический журнал, т. II. 1924—4) Бронтовский. Наследственность и конституция. Киев, 1925 г.—5) Гетс. Наследственность и евгеника. Киев, 1926 г.—6) Menninger. The schizophrenic syndrome as a product of acute infection diseases. Archives of Neurology and Psychiatry. V. 20 IV. 3. 1928.—7) Нобекур. Внутренняя секреция и ее расстройства у детей и подростков 1927 г. 8) Pagniez. Troubles du développement général. Nouveau Traité de Médecine T. VIII 2 édit, Paris, 1925.—9) Nonne. Syphilis und Nervensystem. 5 Aufl. Berlin, 1924.

Психосексуальная теория галлюцинаций и аллогаллюциноз.

Д-р И. Б. Галант. (Москва).

Учение об аллогаллюцинозе тесно связано или, вернее, основывается на психосексуальной теории галлюцинаций и, прежде чем говорить об аллогаллюцинозе, надо познакомиться с этой новой теорией галлюцинаций.

До сих пор галлюцинация рассматривалась как элементарный патологический феномен, и соответственно этому определение галлюцинации сводилось к тому, что мы имеем при галлюцинации дело с восприятием, возникающим без соответствующего раздражения органов чувств извне. При такого рода определении галлюцинаций психопатолог остается в абсолютной безизвестности, почему галлюцинации имеют своим содержанием иногда элементарные звуки, шумы или другого рода элементарные ощущения (*т. н. элементарные галлюцинации*), другой же раз галлюцинации имеют своим содержанием весьма сложные психизмы, начиная с сложных оптических и многосодержательных слуховых галлюцинаций и кончая *галлюцинозом*, при котором галлюцинируют несколько или даже все органы чувств одновременно, так что больной галлюцинирует не элементарные какие-нибудь ощущения, а целые события, чуть ли не „целую жизнь“. Как объяснить психическое содержание галлюцинаций?

Надо сказать, что попытки объяснить галлюцинации психопатологически существовали давно, и некоторые авторы усматривали в галлюцинациях „идею, проецированную наружу“ (Lelut). Однако эту идею об „идее, проецированной наружу“ ни Lelut, ни кто другой после него не развивал.

Чтобы понять галлюцинации психопатологически, надо прежде всего выяснить, что способно в психической сфере зарядить органы чувств такого рода энергией, что они, так сказать, *творят восприятия*, в то время как они обычно способны только воспринимать существующие во внешнем мире предметы. Способность „творить восприятия“ или галлюцинировать тесно связана, как легко клинически установить, с эмоциональной сферой. Эмоционально тупые, ступорозные кататоники никогда не галлюцинируют, так как у них нет нужной для этого потенциальной энергии эмоций. Более того, легко установить, что в процессе галлюцинирования обнаруживается обычно несравненно больше эмоциональной живости и аффективной страсти, чем при многих других нормальных и ненормальных психических процессах; нередко галлюцинации сопровождаются сильнейшими взрывами психомоторного возбуждения и различного рода импульсивными действиями и поступками, небезопасными для самого больного и для окружающих.

Все это нас заставляет глубоко задуматься, как понимать насыщенность галлюцинаторной атмосферы бурными аффектами и страстными порывами? что вызывает страстные порывы, сопровождающие галлюцинации?

Мы прежде всего подумаем о мире наших инстинктов, как о том мире, где бурная аффективность и импульсивность больше всего властвуют и где человеку чаще всего приходится бороться с непобедимыми страстями, стоящими нередко в противоречии с его мировоззрением и нравственными его взглядами и ощущениями. Не есть ли галлюцинация про-

явление этого мира инстинктов и не этим ли объясняется бурность и не-отразимо импульсивная повелительность галлюцинаций?

Когда мы говорим о мире инстинктов у человека, мы имеем в виду прежде всего, и почти что исключительно, сексуальные инстинкты. Только сексуальные инстинкты встречаются у большинства людей различного рода препоны и преграды к их выполнению, особенно когда мы имеем дело с сексуальными извращениями; они главным образом, порождают в человеке тяжелые конфликты, ведущие весьма часто к тяжелым психическим заболеваниям. Культура всячески способствовала легкому удовлетворению инстинкта голода, инстинкта движения, свободы, самосохранения и т. д., разрядив, таким образом, эти инстинкты, но ничего не смогла сделать для удовлетворения половых инстинктов человека, которые она, наоборот, старалась всячески держать в известных границах, укротить и даже совсем подавить, что вызывает различные конфликты между личностью и обществом, между разумным „я“ и половой сферой самой личности.

Но в этом виновата не столько культура, сколько половой инстинкт человека сам по себе, инстинкт, отличающийся, особенно в извращенных своих проявлениях, зверскими, что ли, свойствами. Взять к примеру такие извращения как мазохизм и садизм, которые не останавливаются перед всякого рода преступлениями, вплоть до зверского убийства; или педерастию, содомию и т. д. Вероятно, тяжело преступный характер сексуальности человека повел к тому, что религия, мораль и культура заклеямили сексуальный инстинкт как „бесовское отродье“, загнали его окончательно в подполье, способствуя лишь тому, что половой инстинкт, как подпольный инстинкт, разжигался лишь в отведенном ему аду на бесовской сковороде, приобретая действительно демонические свойства...

Возвратимся теперь к вопросу о галлюцинациях. Галлюцинация, образно выражаясь, имеет своей задачей осуществить в жизни то, чего в жизни (во внешнем мире) действительно нет. Зачем это нужно галлюцинанту? Галлюцинация тогда вступает в свои права, когда другой способ осуществить неосуществимое не предоставляется. Предположим, мы имеем перед собою тяжелого алголика, который может удовлетворить свой извращенный половой инстинкт не иначе, как убивая субъект своей похоти. Но как ни одержим этот алголик своей страстью, голос разума еще достаточно громко говорит в нем, или он не имеет достаточно воли, чтобы совершить убийство. Вот в таких случаях при известном психопатическом предрасположении и появляется галлюцинация. Что стоит убить *галлюцинаторно* человека? Принимая во внимание, что галлюцинации нередко живей живой действительности, галлюцинант в своих галлюцинациях способен удовлетворить свою преступную страсть, избегая столкновения с правосудием и лишь только наполовину обидев недремлющие в нем моральные ощущения. Я говорю наполовину, ибо галлюцинант не может себе простить преступные свои галлюцинации, борется с ними, желая препятствовать их появлению. В связи отчасти с этой борьбой обнаруживается в галлюцинаторном приступе тот бурный аффект, про который мы уже говорили раньше.

Из того обстоятельства, что галлюцинация сопровождается сильными эмоциями и даже бурными аффектами мы заключили, что вероятнее всего галлюцинация есть выражение болезненно выраженной инстинктив-

ной жизни или точнее болезненной сексуальности галлюцинанта. Это мое предположение мне удалось доказать на одной 6-ой, которая, находясь в состоянии ремиссии, начала галлюцинировать, когда я у нее искусственно вызвал сексуальное возбуждение¹⁾. Галлюцинация появилась тогда, когда сексуальное напряжение должно было разрядиться. Далее мне удалось установить, что галлюцинаторные приступы вообще совпадают с сильными половыми возбуждениями больных. Итак, галлюцинация служит для удовлетворения сексуального желания, когда такое удовлетворение естественным путем невозможно. Отсюда учение о галлюцинации-желании или Wunschhalluzination.

Таким образом галлюцинация есть, психологически выражаясь, не представление и не идея, а страстное желание, страстное сексуальное желание; точнее говоря, галлюцинация есть осуществление страстного сексуального желания.

Но мы уже знаем, что не всякое сексуальное желание прибегает для своего удовлетворения к галлюцинации. Галлюцинация делается главным образом нужной тогда, когда дело идет о бессознательных сексуально-алголанических желаниях. Алголанические желания прибегают для своего осуществления к галлюцинациям потому, что алголанические желания, как мы это указывали, труднее всего осуществимы в жизни и галлюцинации заменяют настоящие алголанические акты.

Галлюцинации, будучи выражением бессознательных сексуально-алголанических желаний, могут осуществить эти желания лишь так, что они для галлюцинанта в процессе галлюцинаторного воплощения остаются, тем не менее, бессознательными. Вследствие этого галлюцинации при своем осуществлении пользуются следующими механизмами:

1. Осуществление сексуального желания совершается при помощи символов, маскирующих настоящий смысл галлюцинаций.

2. Все маскирующие механизмы, встречающиеся в снах, легко констатировать и в галлюцинациях, а именно: смещение, (*Verschiebung*), уплотнение (*Verdichtung*), сверхдетерминирование (*Ueberdeterminierung*), превращение в противоположение, (*Verkehrung ins Gegenteil*), смешанные образования (*Mischgebilde*), замена (*Vertauschung*), аппозиция и т. д.

3. Элементарные размерные условия времени, пространства и места, в которых совершаются галлюцинаторные события, как во сне, не соблюдаются. Галлюцинант слышит голоса находящихся на тысячи километров от него лиц, видит скелеты и трупы, хотя великолепно знает, что находится в больнице, а не в анатомическом театре, приурочивает к ночным часам то, что совершается днем, галлюцинирует змей, всяких хищных животных, как будто бы находился в зоологическом музее или где-нибудь в джунглях и т. д. Одним словом, для галлюцинанта обычные преграды места, времени и пространства не существуют: он всемогущ, глубоко проницателен: он видит и слышит бога, он на небе также у себя дома, как на земле, дружит или воюет с бесом и дьяволом, совершает путешествия в ад и в рай, не чувствуя себя стесненным в средствах передвижения.

4. В галлюцинациях, являющихся воплощениями сексуальных желаний, сексуальный инстинкт получает при сильном израсходовании

¹⁾ См. Галант. *Algohallucinosi*. Verlag Hirschwald. Berlin. 1920.

аффектов удовлетворение, после чего наступает сексуальное разряжение или разрешение, и галлюцинации исчезают.

Я не могу здесь подробно остановиться на разборе всех механизмов галлюцинаторного процесса, однако, посвящу несколько слов символике алголанических галлюцинаций, как самой яркой, характерной черте галлюцинаций. Символы галлюцинаций—характерные алголанические символы, значение и смысл которых нередко весьма ясен, хотя он самому галлюцинанту остается совершенно скрытым. Больной, поскольку его галлюцинации чисто алголанические, если он галлюцинирует голоса, об одном только и слышит—о смерти, своей или чужой, о покушении на самоубийство, осуждении на смертную казнь и т. д., выражая таким образом символически алголаническое желание своей или чужой смерти, своих или чужих мук. Знакомые больному голоса, а иногда и незнакомые, осуждают преступную жизнь больного, и говорят ему, что если он в ближайшее время не покончит самоубийством—его убьют, повесят, застрелят и т. д. Галлюцинации до того живы и повелительны, что больные очень часто покушаются на самоубийство или объявляют в унисон с подсказывающими голосами голодовку, чтобы таким образом избежать неминуемого наказания. Или же голоса императивно приказывают больному убить кого-нибудь из близких любимых им лиц, и больной бросается убивать первого встречного. галлюцинируя в нем субъект своей страсти. Больные так и рвутся в смерть и подлежат строгому надзору в виду постоянных их попыток, следуя приказаниям голосов, покончить самоубийством или убить кого-нибудь.

Не менее устрашающи и галлюцинации зрения. Больные видят скелеты, которые мучают их своим прикосновением и не дают им покоя; они видят окровавленные трупы, то в саванах, то голые. Они видят смерть с косой на плечах, видят своих палачей, различных хищных животных, которые все являются сексуальными символами. Сенэстетические галлюцинации или галлюцинации телесных ощущений и внутриутробные галлюцинации—характерные алголанические символы. Черви, как символ смерти, водятся у больного в животе, он чувствует, как змея гложет его сердце, и испытывает при этом приятную сладость; ему кажется, что змеи должны у него выйти через задний проход; змея хочет еще пробуравить брюшную стенку и выйти наружу. Все эти галлюцинации сопровождаются сильным аффектом страха, они особенно мучительны для больного и благодаря этому безупречно выполняют свою задачу доставления больному острого алголанического сладострастия.

Вкусовые и обонятельные галлюцинации алголанического характера тоже нередкое явление. Б-ой чувствует в пище различные яды или неприятные вкусы и запахи: резины, чужих выдыханий, испражнений и т. д. Все эти галлюцинации мучат больного и сами проходят, после того как алголаническая страсть получила свое удовлетворение.

Больной в галлюцинациях оказывается больше мазохистом, чем садистом. Но и в садистических галлюцинациях нет у них недостатка. Часто больные по приказанию голосов рвут на куски рубашку, простыню, одеяло, наволочки и другие постельные принадлежности. Делается это иногда для того, чтобы вить веревку и повеситься. Другой же раз этот акт уничтожения белья носит более глубокий символический характер. Простыня, платочек, рубаха символизируют любимое лицо, субъект по-

ловой страсти, который они мучают и терзают. Эта символика—общезвестная символика фетишизма.

Очень часты зрительные галлюцинации змей. Б-ой видит змей, ползущих вдоль стен и не причиняющих больному вреда. Иногда они совокупляются на глазах больного. Змеи—сексуальный символ, самый древний из этого рода символов, т. к. по библейскому сказанию хитрая змея первая умело посвятила человека в половой вопрос, плодом чего и было успешное размножение людей. Змея еще к тому алголанический символ, т. к. это смертоносное животное привело людей к грехопадению и ко всем с ним связанным несчастьям вплоть до смерти. Особенно красиво выразился символизм змей в галлюцинации, где змея гложет сердце больного. Кто не знает, что в народе именуют женщину в похвальном или порицательном смысле змеей, а иногда говорят о ней, как о змее, которая гложет сердце мужчины и губит его.

Познакомившись с психосексуальной алголанической теорией галлюцинаций, нам легко будет понять, что представляет собой болезнь: алголанический галлюциноз или алгогаллюциноз. Алгогаллюциноз есть заболевание психосексуальной сферы у лиц, страдающих тяжелым алголаническим извращением сексуальности. Болезнь протекает хронически, галлюцинаторными приступами с более или менее продолжительными ремиссиями между отдельными приступами. Галлюцинаторный приступ служит для удовлетворения пробуждающейся время от времени алголанической страсти, которая иным путем, чем галлюцинаторно, не удовлетворима. Смотря по тому, в какой степени, с какой силой и как часто алгогаллюцинант обуреваем своей страстью, отдельные галлюцинаторные приступы отличаются вполне определенной интенсивностью, продолжительностью и частотой повторяемости. Отдельный приступ продолжается от нескольких дней до нескольких месяцев, а ремиссии между приступами колеблются в пределах от нескольких недель, месяцев до нескольких лет.

Как все другие галлюцинозы (острый галлюциноз Wernicke, интоксикационные галлюцинозы, острый алкогольный галлюциноз и т. д.) алгогаллюциноз отличается тем, что при нем серьезные расстройства мышления, способности суждения, ориентировки и вообще интеллектуальных способностей не отмечаются. Даже в самый острый период галлюцинаторного приступа, когда у б-го под влиянием интенсивных галлюцинаций появляется некоторая спутанность и симптомы, напоминающие шизофренические (как-то диссоциация, стереотипии, импульсивность и т. д.), б-ой, если удастся фиксировать его внимание и отвлечь его от галлюцинаций, оказывается хорошо ориентированным, понимает свое положение и окружающую среду, способен правильно рассуждать, хотя и отсутствует критическое отношение к галлюцинациям, так что в общем можно говорить о том, что Bonhöffer называет *besonnenes Delirium* или „разумная спутанность“. От реальности же галлюцинаций алгогаллюцинант не может отказаться по той простой причине, что они служат для удовлетворения самого для него необходимого—алголанической страсти. Отказаться от реальности галлюцинаций значило бы для б-го отказаться от своей алголаний, что для него абсолютно невозможно.

В ремиссиях у алгогаллюцинанта галлюцинации отсутствуют. Однако, в виду того, что во время галлюцинаторного приступа б-ые тратят

весь свой запас аффектов и сильно истощаются вследствие бессонницы, психомоторных возбуждений, неправильного питания и т. д., они остаются в постели и производят впечатление вялых, апатичных, преутомленно-аутистичных больных, что дает иногда место думать о „шизофрении“ б-ых. Между тем тут никакого шизофренического процесса нет. Наоборот, больные понемногу начинают поправляться и приходить в себя. Они прибавляют в весе, веселеют, делаются общительнее, приобретают новые запасы аффекта и производят впечатление совершенно нормальных людей, пока не пробуждается вновь к жизни губительная страсть и не ввергает б-го в новый аллогаллюцинаторный приступ. Аллогаллюцинаторный приступ начинается обычно бессонницей, она в первое время главный и почти единственный предвестник наступающего приступа. Скоро замечается перемена в общем поведении б-го: степенный, сдержанный, весьма корректный больной делается вдруг развязным, суетливым, а скоро сильно возбужденным, импульсивным, что совпадает с первым появлением галлюцинаций.

Аллогаллюциноз обычно к слабоумию не ведет. Если, однако, аллогаллюцинозом заболевает от природы интеллектуально слабый, психически недостаточно развитый субъект, то аллогаллюциноз может усилить психическую слабость б-го вплоть до быстрого ослабумливания.

Аллогаллюциноз болезнь молодого возраста и совпадает часто с периодом сексуального созревания. Это вполне понятно: когда болезненная сексуальность, так сказать, оформилась, и приобретает энергию и страстные порывы молодой развивающейся жизни, тогда эти болезненные страстные порывы, поскольку они носят характер больной алгогалической страсти, выливаются при известных патологических условиях в аллогаллюциноз. Самый молодой мне известный случай аллогаллюциноза — семнадцатилетней девушки Элисса, описанный мной в 1920 г. в моей книге: „Allogallusinosi“. Так как болезнь протекает хронически и тянется долгие годы, то она встречается и в среднем возрасте. Болезнь больше всего падает на возраст между 17 и 35 годами. Самый старый по возрасту случай аллогаллюциноза, который я наблюдал, был сорокалетним мужчиной.

Поскольку я раньше ничего не сказал о бредовых идеях у аллогаллюцинантов, отмечу здесь, что они при аллогаллюцинозе не играют никакой роли и очень часто совершенно отсутствуют. Если они имеются, то они представляют собой вторичные явления, развившись на почве галлюцинаций. Бредовые идеи аллогаллюцинантов не обладают той специфической энергией, которой обладают бредовые идеи шизофреников или параноиков, и их можно было бы назвать abortивными бредовыми идеями. Иногда „бредовые“ эти идеи служат больному исключительно для того, чтобы объяснить происхождение его галлюцинаций, и можно говорить не столько о бредовых идеях, сколько о неудачных попытках объяснить загадочный для б-го феномен галлюцинаций.

Не все алгогалики заболевают аллогаллюцинозом. Аллогаллюциноз возникает на конституциональной почве у лиц дегенеративно-психопатических, особенно предрасположенных к душевным заболеваниям. Обычно стмечается у аллогаллюцинантов и большая наследственная отягченность.

Лечение аллогаллюциноза сводится во время галлюцинаторного приступа к бдительному надзору и клечбым мерам, которые должны уме-

рять и, по возможности, устранить истощающие больного бессонницу и психомоторное возбуждение. Продолжительные ванны, пеленания, снотворные средства в таких случаях особенно уместны. Поскольку больной недостаточно питается или совершенно отказывается от пищи, приходится его кормить через зонд. В общем же лечение должно производиться индивидуально и симптоматически. Во время ремиссий больной нуждается в усиленном питании и в психотерапии, которая в некоторых случаях может дать положительные результаты.

Надо еще отметить, что алкогаллюциноз сравнительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Это объясняется тем, что у женщин сексуальная жизнь обычно интенсивнее, чем у мужчин, и огромное большинство сильных эмоциональных переживаний женщины падает на психосексуальную ее сферу.

Мне остается еще подкрепить теоретические данные об алкогаллюцинозе живыми примерами из повседневной нашей психиатрической практики, и я очень рад, что могу привести следующий весьма показательный случай.

Учитель Д. Т. 34 лет, холост. Доставлен 9. V. 1928 г. милицией в Смоленскую психоболитицу, Гедеоновка. При приеме в 6-цу жалуется на навязчивые идеи. Б-ой в месте и времени ориентируется. Выражает желание подвергнуться гипнозу. 13 мая б-ой написал следующую автобиографию.

«Дмитрий Трофимович С., житель города Стародуба, Брянской губ., сын народного учителя. Отец до женитьбы учительствовал в селе, а затем был переведен в одну из школ города С. (кажется, называлась церковно-приходской). Отец был очень популярным лицом в С., любим всеми, также и рабочими, крестьянами и евреями. Отец умер, когда мне было 3 года, я его не помню, но по рассказам и по воспоминаниям его современников, личность отца представляется мне очень светлой. После смерти отца осталось 5 душ детей малолетних. Тяжело пришлось матери: пенсии мать получала, кажется, рублей 90 в год, а может быть и меньше. Но у матери было 12 десятин земли, которые отдавались со снопа, т. е. мать получала третью часть всего урожая. Жили мы бедно, и если бы не бесплатное обучение в гимназии, то наша семья не получила бы среднего образования. Нас освободили, как детей учителя, от платы за правоучение. Родился я в 1894 г.. Рос мальчиком застенчивым и забитым. До поступления в гимназию, я почти нигде не выходил. Учился плохо, часто оставался на второй год, и дело дошло до того, что из седьмого класса мне грозило увольнение. Тогда стараниями своего брата, который был студентом, я перевелся в другую гимназию. Окончил гимназию в январе 1916 г.. Был объявлен досрочный выпуск в январе для желающих поступить на военную службу. Скучное материальное положение, а также надежда, что меня по физическим недостаткам на военную службу не примут, и побудили меня держать экзамен в январе месяце. Несмотря на физические недостатки, на военную службу приняли. Служил долгое время солдатом, а затем отправили в Александровское военное училище — в Москве. По окончании училища, меня, за неимением свидетельства о политической благонадежности, в прапорщики не произвели, а отправили с красной повязкой на рукаве пинели в полк (кажется, в 104-й в Москве). Жить в полку не то офицером, не то солдатом нам не нравилось, и мы отправились в числе четырех человек (прикомандированных к полку за неимением политической благонадежности) к московскому градоначальнику за советом, — как быть. Градоначальник разрешил вопрос просто — напишите, говорит, заявление с указанием вымышленного адреса г. Москвы, где вы будто бы проживаете. Вскоре нас вызвали в училище для выдачи офицерского обмундирования. В это время уже началась февральская революция. Когда было повальное бегство с военной службы, убежал и я, и жил все время дома. В различных политических перетасовках, которые пережила наша страна, не участвовал и старался избегать.

Моя болезнь. Природой одарен крайней впечатлительностью. Два события в детстве повлияли на меня. Лет 11-ти брат Яков рассказал мне о случае, который он прочитал в газетах. Дело было зимой. Похороны заживопогребенного в летаргии, но т. к. засыпанные комья мерзлой земли пропускали воздух, то про-

будившийся жил в гробу, метался, кричал, рычал и, когда открыли крышку гроба, то увидели умершего лежащим ниц и вся подушка в крови. Этот рассказ так на меня подействовал, что я заболел (это одиннадцати лет)—по ночам не спал, дремал, обхватываю каганку в постели руками и не сплю, сильно боялся за себя и за других очутиться в таком положении. Второе событие отразилось не так сильно, но произвело впечатление. У матери был лес, который она по частям продавала. Раз один крестьянин зашел и, не торговавшись, дал запрошенную сумму. Он мне казался таким забитым и жалким, что у меня защемило сердце. После этого, переболев самостоятельно, я увлекся гадостью—онанизмом, который является отводом от страданий впечатлительности. Появлялись навязчивые мысли, с которыми я боролся всеми силами своей души, но победить которые мне не удалось и до сих пор. Благодаря этому чувствовал себя на задворках жизни и развил в себе наклонность к самоубийству. Какого рода эти мысли, сейчас никак не объясню себе. Кажется, что они не имеют конца. „Только прогонишь одну, а в сердце впиалась другая“. Хочешь развиться, безумно любишь жизнь во всех ее формах и проявлениях, а черные мысли не дают покоя. Станешь работать, перебиваешь рабочее настроение, нарушают логический ход мыслей. Самое жестокое наказание мысля для себя—закливо похоронить и положить кислородную подушку. Свирепее нет в мире наказания. Мысли у меня часто текут правильно, логично, но станешь излагать на бумаге—и не получается той яркости представлений и впечатлений. Я слишком много, повидимому, требую от себя. Но развиваться нужно. Жизнь в том и заключается, чтобы развиваться в материальном, моральном и интеллектуальном отношении. Жизнь это развитие. Надо сознать свои недостатки, представить ярко их себе и начать жестоко с ними борьбу. Меня смущает форма моей черепной коробки. Видимо, процесс кровообращения протекает в мозгу ненормально, чем отчасти и вызываются навязчивые мысли. Форма моего черепа и ранее меня интересовала. Во сне часто слышу концерты, вижу различные виды. Видел во сне заживопогребенного и слышал оттуда раздающиеся рычания. Раз видел во сне проходящий цыганский табор и слышал дивные цыганские напевы. За последнее время особенно подействовала на меня статья в «Известиях» № 49 за 1928 г. «Об одной беззубой девице», где говорится о страданиях Анастасии Чайковской, дочери Николая II. Страдания людей меня трогают. Страдания Анастасии Чайковской без сомнения от дьявола. Кто из людей так может издеваться над человеком перед его расстрелом. Ведь даже в революционное время пьяные палачи отказывались вешать преступников. Это без сомнения садизм, что-то сверхнормальное. Ну расстреляй, а зачем же мучить? Значит это доставляет кому-то удовольствие. Так ты лечись».

Важно привести еще следующий документ 6-го, который он по просьбе врача написал, после того как он утверждал, что сексуальная жизнь человека стоит в центре психической его жизни и оказывает могучее влияние на всю его психику. «Почему я считаю половую жизнь центральным местом в смысле отражения на психику человека? Факты говорят и за, и против. С философией нужно покончить. А может быть ничего у меня нет—простая нервозность, при которой кажется, что и в половой сфере у тебя не то, и череп не тот и какие-то мысли, как будто бы не те. Нервозность больше ничего. Интересно, как вы пойдете с вашим копанием в мозгу человека. Ровно ничего вы там не понимаете, также как и я сам. И все понимаете, и ничего. Каждый судит о психике человека со своей колокольни. Но есть талантливые учения, которые могут отвлечься от себя и воспринять психику другого. Ай, чепуха! Копаться все время в самом себе. Но нужно сознаться, что что-то у тебя ненормально. Все на месте, как следует быть, все нормально и больше ничего. Вы до истерики можете довести человека своими расспросами: и так, и не так, и да, и не то. Как человек будет реагировать на то и другое обстоятельство, Вы не знаете, потому что все знаете и ничего, и со стороны своей колокольни разглядываете человека. Обсудите сами, не расспрашивая меня больше ни о чем, и выведите заключение и мне скажите. Глупее нет бесконечных расспросов, ничего не дающих, потому что человек бывает в различных состояниях. Сегодня в одном состоянии, завтра в другом. Ну и безобразное Ваше занятие. Но гипноз всесилен».

Наследственность: Происходит из древнего рода С. Один из его предков Мартын С-тин был „війсковий товарищ“ в войске Богдана Хмельницкого. При Петре Великом были реформированы украинские войска и М. С. был переведен в офицерский российский чин и весь род перешел в дворянское сословие. Отец больного умер на 41 году жизни от туберкулеза легких; он много пил, но

алкоголиком не считался. Мать здоровая, ей 68 лет. Наблюдаются у нее старческие психические ненормальности. Братьев-сестер—7. 1 выкидыш (первая беременность матери, травма от неосторожности), 1 брат умер в малолетстве от скарлатины, другой погиб на войне. Из 4 сестер 1 умерла в малолетстве, другая от чахотки. 2 сестры живы и здоровы. Душ.-больных в семействе не было. Дедушка со стороны отца был скотоводом, обеднел, т. к. гурт погиб. Бабушка со стороны отца отличалась большой религиозностью, была просвирницей. Ее братья были монахами на Афоне—Отец б-го снискал себе большую популярность; отличался, по словам б-го, здравомыслием, способностью произвести впечатление на людей и вызвать их симпатию.

Соматический статус. Левая ушная раковина деформирована и значительно меньше правой. Наружное ушное отверстие в левом ухе от рождения зарощено, так что б-ой совершенно глух на это ухо. Очевидно, этот дефект распространяется и на внутреннее ухо и, вероятно, на соответствующую часть мозга. Далее имеется у б-го некоторый прогнатизм, необыкновенно крепко развитая *protuberantia occipitalis* и небольшое углубление кости на темени—все деформации, которые были предметом долгих размышлений б-го о себе. Упомянем еще наличие у б-го значительного гипертрихоза.

По общей конституции своего тела б-ой приближается к стенопластическому, а может быть и субатлетическому (условно узкопостроенному) типу. Скорее узко, чем широко построен и высокого роста, б-ой не отличается ни особенной мускулистостью, ни бросающимся в глаза костяком. Значительная кариес зубов, характерная более для астенического типа, заставляет нас думать, что мы имеем в данном случае дело с стенопластическим, а не с субатлетическим типом. Внутренние органы в пределах нормы. Сухожильные рефлексы живые, кожные и периостные рефлексы нормальны. Красный дермографизм. Расстройств чувствительности нет. Реакция зрачков на свет и на аккомодацию живая. При сгибании левой ноги в тазобедренном суставе—боли. (Симптом Lasegue'a. Ischias). Жалуется на боли в левой ноге.

Что касается *сексуальной жизни* б-го, то о ней б-ой мало пишет, хотя сам подчеркивает ее весьма важную роль, чуть ли не центрального фактора в жизни человека. Мы уже знаем, что б-ой начал онанировать на 12 году жизни. Поводом к онанизму послужили эксгибиционистические акты товарища по школе. Он онанировал первое время часто и много—несколько раз в день, потом реже. Вред онанизма он опознал сейчас же и таково его убеждение и по сей день. При ассоциативном эксперименте по Юнгу он на слово—раздражитель: «онанизм» отвечает: «вредно», а при репродукции—«безусловно вредно». Опознавши вред онанизма, б-ой начинает вести с ним борьбу. Борьба его с онанизмом безуспешна. Одно из главных средств этой борьбы—погоня за *coitus*'ом, который возмещал бы онанизм. Первый раз он имел сношения с женщинами на 18 году жизни. С тех пор он нередко имел сношения с проститутками или же с женщинами из круга его знакомства. В 1923 г., напр., он связался со знакомой учительницей, имел с ней в течение месяца ежедневно половые сношения, но потом порвал с ней, т. к. она начала симпатизировать другим мужчинам, его же принимала холодно. Кроме того, ходили об этой учительнице неслестные для нее слухи. Погоня за *coitus*'ом повела, конечно, к излечению от онанизма. Как только он не имел более или менее долгое время половых сношений, он снова предавался онанизму. Онанизм, не оставляя больше никогда б-го окончательно, не развил в нем нарцизма, и мы констатируем у б-го не только не инверсию полового чувства, а наоборот сильное влечение к женскому полу. Б-ой подтверждает, что он очень легко подпадает чарам женских прелестей, и он переживает сильное половое возбуждение при виде более или менее прилично, со вкусом одетой женщины. К тому же он сильный фетишист. Однажды он влюбился в жену соседа, после того как он однажды случайно видел оголенные ее по колена ноги. С тех пор он чувствовал сильное влечение к этой женщине, все мечтал о голых ее ногах и до безумия влюбился в нее. Он не мог больше выдержать мук любви и однажды вбежал к этой женщине на кухню с криком: „Доколе же мы будем скрывать друг от друга?... Женщина посмотрела на него с удивленным испугом и сказала: „Что вы... Что скрывать?...“—и он попятился обратно.

Так живет наш б-ой в мире сексуальных приключений, которые держат его и без того крайне чувствительную и раздражительную нервную систему в состоянии раздражительного перенапряжения и усиливают нервную его слабость. Б-ой до сего дня не может вылечиться от своего страха, который и теперь принимает

ту же форму, что и 23 года тому назад, и 6-ой проводит бессонные ночи в страхе быть заживо погребенным или мучимый другими страхами подобного же характера.

Будучи учителем, наш 6-ой жил в одном дворе с секретарем сельсовета. Этот секретарь имел много врагов, и однажды вечером его застрелили в его доме. С тех пор нашим 6-ым овладел страх, что и его могут застрелить. Он не мог больше спокойно жить в селе и выполнять свои обязанности учителя, оставил службу и поехал обратно домой к матери. Здесь происходит последнее любовное приключение нашего 6-го, повлекшее за собой его помещение в Геденовку.

Но прежде чем мы перейдем к изложению этого любовного приключения, надо еще прибавить несколько слов к общей характеристике сексуальности нашего 6-го. Эта сексуальность безусловно болезненна. Она развивается под непосредственным влиянием онанизма и онанистического комплекса, причем нормальный coitus, которого добивается впоследствии наш 6-ой, не есть самоцель, а средство вылечиться от онанизма! Это обстоятельство препятствовало тому, чтобы длительный онанизм способствовал развитию у нашего 6-го нарцизма, сексуальной инверсии, гомосексуализма. С другой же стороны, его отношения к женскому полу не могут принять нормальный характер уже по одному тому, что они выросли из онанистического его комплекса.

Общий тон сексуальности нашего 6-ого больше мазохистический, чем садистический. Мазохизм носит у нашего 6-го прежде всего конституциональный характер. Он от природы мягок, чрезвычайно впечатлителен и чувствителен. Вспомним, как он уже в детстве при виде бедного мужика долго страдал от чувства жалости и переживал жестокие муки „альтруистической любви“. Основной мазохистический тон сексуальности нашего 6-го усиливается благодаря онанизму. Это вечное самотерзание и безуспешная борьба с онанизмом, тесно связанные со сладострастным чувством при онанистическом акте, превращает это сладострастие в тягело-мазохистическое, а coitus, который как никак, а содержит в себе садистический момент, теряет для 6-го привлекательную свою силу. Б-ой любит женщин почти исключительно *фетишистически*, а настоящее сексуальное удовлетворение он очевидно находит в онанизме, хотя и клеймит его как „безусловно вредно“ отзывающийся на здоровье.

В последнем любовном приключении 6-го, к описанию которого мы теперь переходим, наряду с мазохистическим играет роль и садистический элемент. Это любовное приключение разыгралось следующим образом. Он влюбился в жену соседа землемера, проживающего в одном доме с ним. Любовь эту он называет „застеночной любовью“. Дело в том, что, когда он видел любимую женщину, как она есть, в валенках и т. д., она его не возбуждала, мало трогала. Но стоит ему слышать ее пение „за стеной“, ее возню по хозяйству, ее шаги и т. д., и он сексуально сильно возбуждался до сильнейших эрекций, до болезненного нытья в сердце. Б-ой думает, что и любимая женщина симпатизировала ему, хотя он никогда не вступал с нею в разговор. Женщина эта рассказывала его матери, что муж ее с нею очень груб, агрессивен против нее и раз так ее хватнул за горло, что чуть не задушил. И вот наш рыцарь решил выступить защитником обиженной женщины. Однажды ночью он слышит в квартире соседа землемера, как щелкает наган. Он решил, что это землемер стреляет в свою жену, и решил спасти ее: мать с лампой послал вперед, сам толкнул дверь, ведущую в квартиру землемера, которая сейчас же поддалась, т. к. была заперта на одном только крючке. К большому удивлению нашего 6-го в квартире землемера все оказалось в полном порядке. Землемер вышел ему навстречу с полным спокойствием, как будто ничего не случилось. Он должен был вернуться к себе, обманутый в своих надеждах уличить землемера в его преступных действиях против жены и оказать рыцарскую помощь субъекту своей страсти. Однако, в следующую ночь в 3 ч. он опять слышит стрельбу в квартире землемера. Он хватает лампу, бросается в дверь, ведущую к соседу, забаррикадированную теперь умывальником. Но и этот раз в квартире землемера темь, спокойствие, мертвая тишина. Он поражен, он в полном иступлении. Какой коварный землемер. Как он удачно все маскирует. И, видя, как землемер с величавым спокойствием идет мимо него, он бросает на него горящую лампу в надежде, что он загорится и погибнет. А потом бросается за женой землемера, которая спасается с ребенком через окно. Землемер хватает 6-го, прежде чем он успел нагнать его жену, и крепко держит. Б-ой кричит, вырывается. На его крик бежали соседи, которые все держат сторону землемера. Б-го отправляют в 6-цу.

Нет надобности подчеркивать, что мы имеем здесь у нашего 6-го дело с галлюцинаторным приступом. Галлюцинации нашего 6-го видимо

галлюцинации желания (Wunschhalluzinationen) алголанического характера. У б-го, по всей видимости, зародилось в подсознательной сфере желание, чтобы воображаемый им разрыв между землемером и его женой до того вырос, что их совместная жизнь делается невозможной и тогда он получит возможность овладеть любимой женщиной. Его фантазия рисует ему различные насилия землемера над его женой, насилия, идущие вплоть до убийства, что не является невозможным, после того как землемер, по рассказам матери б-го, уже раз чуть не удушил свою жену. Эти фантазирования, мечты б-го превращаются скоро в живые галлюцинации, и б-ой слышит щелканье нагана, как знак того, что напряженное состояние между супругами достигло кульминационной своей точки, и он скоро будет обладать субъектом своей страсти. При этом пробуждается в нем и садистический его инстинкт, т. к. он помышляет о том, как бы радикальным образом отделаться навсегда от землемера, который, вероятно, станет ему на дороге при попытке завладеть его женой.

Толкование галлюцинаций нашего б-го, как сексуальных галлюцинаций-желаний алголанического характера напрашивается таким образом само собой. Болезненный галлюцинаторный процесс вырастает у б-го на почве его больной любви к жене землемера, которую он, по собственному выражению, любит „застеночной любовью“, любит совсем не телесно, а все же хотел бы обладать ею физически, после того как погубит ее мужа! Здесь мы имеем перед собой весьма утонченный садизм, каким мы его при аллогаллюцинозе нередко встречаем.

Аллогаллюцинаторный припадок нашего б-го начинается, как всегда при аллогаллюцинозе, бессонницей. Бессонные ночи, крайнее переутомление и впечатлительность органов чувств приготавливают почву для „реального“ осуществления алголанических желаний б-го в форме галлюцинаций.

Этот весьма характерный и оригинальный галлюцинаторный приступ нашего б-го продолжался недолго, т. к. он благодаря агрессивным поступкам б-го, подсказываемым ему галлюцинациями, купируется внешними обстоятельствами и дальнейшее течение болезни нашего пациента принимает несколько другое направление. Бессоница продолжается, галлюцинации, главным образом ночные гинагогические галлюцинации, у б-го не прекращаются. Однако, все это теряет свою связь с несчастной любовью к жене землемера и несколько теряет ту яркую аллогаллюцинаторную окраску, которую мы так ясно отметили в начале галлюцинаторного приступа. Однако, и теперь галлюцинации б-го несут выраженный мазохистически-садистический характер. Б-ой слышит, напр., как заживо погребенная женщина стонет в своем гробу, причем он так ясно и отчетливо слышит этот стон, что сам переживает весь ужас и всю боль этой женщины, сам стонет и горько плачет, переживая таким образом такую острую мазохистически-садистическую страсть, как ее при других реальных обстоятельствах никак переживать нельзя.

Настроение б-го в это время подавленное, причем легко констатировать у него недостаток аффективности, что стоит в связи с тем обстоятельством, что во время галлюцинаторного приступа тратится большой избыток аффекта. Бедность аффективных проявлений у нашего б-го не имеет таким образом ничего общего с „аффективным слабоумием“ или эмоциональной тупостью кататоников.

Аллогаллюциноз, как мы знаем, есть заболевание бессознательного, сексуальности и оставляет интеллектуальную сферу незатронутой. Это мы отмечаем и в нашем случае, где со стороны интеллекта отклонения от нормы не наблюдаются. Произведенное нами с больным экспериментально-психологическое исследование по методу Нечаева обнаружило у б-го интеллектуальную одаренность высшего типа. Ассоциативный эксперимент по Jung'у не обнаружил ни патологического замедления или ускорения ассоциативных процессов, никаких других патологических реакций.

Симптомы, которые могли бы вызвать подозрение, не имеется ли у нашего б-го шизофренический процесс, у б-го отсутствуют. Правда, легко отметить у б-го стремление „объяснить“ по своему психопатологические свои процессы. Бредовые же идеи в собственном смысле этого слова у б-го не имеются.

Достопримечательно в данном случае аллогаллюциноза то, что аллогаллюциноз развивается на почве тяжелой конституциональной психопатии. Первые явления дегенеративной психопатии нашего б-го развиваются на 11 году жизни и эти явления никогда больше не прекращаются окончательно, т. к. они временами делают снова свое появление то в более, то в менее интенсивной форме. Только на 34 году жизни развивается у нашего б-го первый приступ аллогаллюциноза. Дальнейшее течение болезни у нашего б-го, который хотя и медленно, но все же поправляется, трудно предсказать. При тяжело дегенеративной психоконституции нашего б-го в дальнейшем течении его болезни не исключены всякого рода неожиданные сюрпризы.

Из Ленинградского физио-терапевтического института. (Директор—
С. А. Бруштейн).

К вопросу о физической терапии заболеваний щитовидной железы.

(По материалам Государственного Ленинградского физио-терапевтического Института).

И. М. Гинзберг.

В терапии базедовой болезни, базедовизма и простых струм до сих пор нет общего, всеми признанного подхода. Целый ряд клиник—хирургическая, терапевтическая, нервная и физио-терапевтическая—претендуют на известную роль в деле лечения этих заболеваний. Блестящие результаты хирургического лечения достаточно выявили ценность хирургического метода, но и сравнительно молодая физиотерапия, в особенности рентгено-терапия, сейчас усиленно привлекают внимание специалистов к разрешению этого вопроса. Таким образом, если благодаря накопившимся наблюдениям участие каждой из указанных клиник безусловно необходимо, то доля участия и место, которое принадлежит каждой из них, несмотря на большое количество работ по этому вопросу, еще до сих пор является проблемой дня. К разрешению этой проблемы может нас приблизить лишь дальнейшее накопление наблюдений над клиническим материалом. Вот почему представляется небезынтересным подвести

итоги тем наблюдениям, которые накопились в Ленинградском физио-терапевтическом институте за последние 6 лет (1923—1928 г. включит.). Разработка эта имеет еще то преимущество, что она сделана на поли-клиническом материале, который, в отличие от стационарного с преобладающими тяжелыми формами, располагает разнообразием от начальных до классически-законченных форм.

Как известно, все сходится на том, что терапия этих болезней в основе должна быть индивидуальная и целиком зависит от этиологического момента и клинической формы. Однако, почти всеми авторами признается двухфазная терапия: консервативная и хирургическая. Первая фаза—консервативно-терапевтический подход—применяется в начале заболевания. Сюда входит прежде всего абсолютный покой, перемещение больного в другую необычную для него обстановку, лучше всего в деревню или в специально оборудованную для этих больных санаторию, где отсутствуют многие виды психических раздражителей. Некоторые авторы рекомендуют уже с самого начала постельный режим. К этой же фазе относится климато-терапия. Особенно популярно лечение всех видов тиреотоксикоза свежим воздухом с температурой не выше 15°C в горах высотой от 800—1200 метр. над уровнем моря. Jасіс рекомендует для детей с эндемическим зобом пребывание на берегу моря, где воздух насыщен минимальными дозами иода. Действие горного воздуха на базедовиков толкуется многими по разному. Проф. Шервинский думает, что благоприятное действие здесь выявляется тем же фактором, каким вызывается зобатость у горных жителей, т. е. тормоз функции железы. Н. Лах объясняет действие снижением атмосферного давления; он лечил больных в пневматической камере с пониженным давлением до 1000 метров над уровнем моря и получил у 40 больных в двадцати девяти случаях значительное снижение общего обмена (с 96% до 5%), а также улучшение состояния, длившееся на протяжении 9 месяцев наблюдения. Среди больных, давших стойкое улучшение, было 22 тяжелых случая базедовой болезни. Некоторые из больных, у которых эффект от камеры не получился, отправлялись в горы и проводили там лечение безуспешно, что дало автору право думать, что по эффекту камеры можно прогностически судить об исходе горной климато-терапии, не говоря уже о том, что лечение камерой дешевле и доступнее многим. Большое значение придается в это время и диетотерапии. Krause и Garré применяли успешно питание по методике Binswanger'a; проф. Шервинский приводит целый ряд методик и среди них чисто углеводную Балинта (бедная белками, дающими при расщеплении триптофан), последняя, однако, по мнению автора, практически себя не оправдывает. Исходя из положения усиленного общего обмена, с одной стороны, возбужденного состояния нервной системы, и излишка у базедовиков тироксина, с другой, Куршман, Ямин и др. считают, что диета должна быть обильная, не раздражающая, бедная триптофаном и преимущественно молочно-растительного происхождения с ограничением мяса, яиц и т. д.

За последнее время вновь появился интерес к лечению иодом этих форм заболеваний, причем немецкие авторы употребляют малые дозы, в то время как американцы признают большие. Однако, иод-терапия не всеми разделяется. Ее поддерживают Falta, Вальберг, Николайтен, Лохвицкий и др. Проф. Jасіс предлагает различать приме-

нение иода с профилактической и терапевтической целями. В первом случае он применяется при эндемических зобах юного возраста минимальными дозами (Kaspar, Spengler, Lutz). С терапевтической целью иод применяется в дозах больших, чем микро или профилактические, при конституциональной форме базед. болезни, при рецидивах после рентгена или струмектомии (Biedl) и считается противопоказанным при гипертиреозах. Некоторые, как Plummer, Boottuby, считают, что эффект от иода непродолжительный, что это ремиссия, которой надо воспользоваться для производства операции. Borask предлагает применять комбинированное лечение иода с рентгеном. Терапия начинается 5% раствором калий-иод по 1 капле 3 раза в день, прибавляя каждый день по 1 капле до появления заметного клинического улучшения. На этой фазе приступают к облучению железы рентгеном и иод продолжают давать некоторое время в дозе, достигнутой к моменту начала рентгенотерапии, и затем постепенно его ликвидируют. При этом он считает, что иод дает быстрый, но неустойчивый эффект, рентген же вызывает медленное, но более устойчивое улучшение. В комбинации этих двух методов достигается быстрое и стойкое улучшение. Иод-ионтофорез есть также один из методов применения микродоз иода, техника его будет описана ниже.

К консервативному лечению относится и вся физио-терапия этих заболеваний, которая за последнее время очень разраслась. Почти во всех случаях показана легкая гидро-терапия в виде ванн, простых, хвойных или углекислых. Некоторые предпочитают прохладные ванны (Шервинский), другие теплые (Краусе и Gargé). Большинство авторов все же высказываются против как горячих, так и холодных ванн и энергичного водолечения, особенно при сердечных расстройствах. В нашем Институте применяли гидро-терапию преимущественно как вспомогательную процедуру к основному воздействию в виде общих соленохвойных ванн индифферентной температуры и иногда, в случаях резкого возбуждения, полуванны с растиранием. В то время как общие ванны являются благоприятным вспомогательным фактором, от энергичных гидро-терапевтических процедур (душ Charcot, растирание) мы не видели благоприятного эффекта, а получали скорее ухудшение.

Электро-терапия уже издавна считается общепринятым методом лечения базедовой болезни и formes frustes. Раньше ее расценивали как Causale-Therapie и применяли гальванизацию шейного симпатикуса силою тока в 2—3 М.А., терапия сейчас уже всеми оставленная. В настоящее время применяется преимущественно гальванизация щитовидной железы. Методика разнообразная. Так напр., проф. Шервинский применял слабые токи до 10 М.А. 7-10 минут. Кортнев-Аникин применял более сильные токи до 30 М.А. В нашем Институте применяется гальванизация щитовидной железы по следующей методике: один электрод до 100 сант. покрывает всю область щитовидной железы и второй, несколько больший, помещается на шею. Терапия начинается при силе тока в 10 М.А. и постепенно, в течение нескольких сеансов, в зависимости от самочувствия больного, доводится до 20 М.А. Длительность каждого сеанса 20—30 минут. При благоприятном течении сеансы проводятся ежедневно или через день, причем число их доходит до 30-ти. При ухудшении самочувствия или обострении симптомов делается перерыв на один-два

сеанса и затем лечение вновь возобновляется. Субъективные улучшения намечаются уже через пять-десять сеансов, объективные только к концу лечения или даже спустя некоторое время по окончании его. Некоторые авторы (Соколова, Loebel) описывают единичные случаи применения местного Д'Арсонваля и диатермии на щитовидную железу с благоприятными результатами, хотя у Loebel 4 случая с диатермией результатов не дали. В Сеченовском институте Фирзон с успехом лечил базедовые формы токами Ледука. Иод-ионтофорез применялся нами по следующей методике: катод с гидрофильной прокладкой (12—16 слоев), пропитанной 2% раствором калий-иод, помещался на железу, анод на шею. Сила тока, число сеансов и продолжительность их применялись так, как при гальванизации железы.

Из приемов фото-терапии показано ртутно-кварцевое облучение щитовидной железы. Наблюдения от этой терапии немногочисленны. Об успехах ее в литературе сообщено Плотниковым Л. М. (11 случаев), Клячкиным Г. А. (12 случаев), Benhard'ом (14 сл.), Hasselbacher'ом (20 случаев), Гринбаргом (13 случаев). Мы облучали железу с самого начала слабо-эритемными дозами (10—20 У.Ф.Е.) и постепенно их повышали. Лечение проводилось через день, курс от 15 до 30 сеансов, иногда, если этого требовали сопутствующие заболевания (туб. легких, невралгия), число сеансов увеличивалось.

Если все перечисленные физические методы не давали эффекта, то в нашем Институте переходили к рентгено-терапии. Как известно, эта терапия, примененная впервые Williams'ом в Америке в 1902 г., тогда не встретила широкого сочувствия, так как к тому времени медицина уже располагала зарекомендовавшим себя хирургическим лечением. Однако, накопившиеся ободряющие результаты, отсутствие опасности смертельных исходов и возможность применения этой терапии при случаях с высоким обменом веществ (от 60—100%), когда операция противопоказана, выдвинули рентген в настоящее время не только рядом, но даже впереди хирургического вмешательства. Сравнительная статистика этих двух методов вполне подтверждает это положение. Так напр, по данным Holzknecht'a, Borack'a, Krause и Fried (1786—1928 г.), излечение и улучшение от рентгена составляет 78,6%, смертей нет, а по Кадникову результаты хирургической терапии на 2409 случаев мировой литературы излечение и улучшение было в 85,4% и 9,5% смертей и ухудшений. Наблюдавшиеся хирургами сращения и спайки оболочки железы, осложняющие при предшествовавшем рентгене последующую операцию кровотечением, современными рентгенологами (Borack, Luedin и др.) отрицаются и объясняются периодом несовершенства техники, когда применялись большие и неточные дозы. Да и бывшие противники рентгена Breitner—ст. ассистент клиники Eiselsberg's'a, Kaspar из клиники Hochenegg'a, американские специалисты Grile и Rogers считают, что в руках опытного рентгено-терапевта этот метод дает хорошие результаты. Falta применяет рентген во всех случаях, где нет прямого показания к операции. Такого же мнения придерживается и Kurschman (за последние 5 лет). Век применяет рентгено-терапию самостоятельно только в легких случаях, в тяжелых как подготовку к операции. Borack, считает, что результаты лечения зависят от длительности заболевания: чем случай свежее и

протекает острее, тем эффект лучший; торпидные формы по разному реагируют на эту терапию. Техника, по мнению многих авторов, не влияет на результаты лечения, однако она не единая и применяется в разных клиниках с индивидуальными изменениями.

Большинство авторов применяют от 25—50% эритемной дозы, умеренное или низкое напряжение (115—140 К.В. и 5 М.А.), фильтр от 2—6 мм. алл., время и расстояние от антикатада разное. Holzknacht и Bogask работают с напряжением 160—170 К.В. и считают, что чем тяжелее случай, тем слабее должны быть дозы, в особенности в начале лечения, чтобы избежать явления *Incretsstos'a*, момента, когда кровь наводняется большим количеством выделяющегося секрета. В нашем Институте применяется следующая техника: напряжение 140 К.В., фильтр—4 мм. алл., разовая доза 50% НЕД. Сеансы повторяются через два месяца, всего в среднем 6—8 сеансов. Облучается только одна щитовидная железа и в тяжелых случаях при неуспешном лечении присоединяется *thymus*. Актуальным является вопрос о том, когда закончить терапию рентгеном, чтобы избежать возможности появления микседемы. Bogask считает, что наиболее чувствительным к рентгену является обмен веществ, который очень быстро снижается. Все остальные симптомы и общее клиническое улучшение запаздывают, а иногда проявляются даже после окончания лечения. Поэтому этот автор предполагает, что если повышенный обмен веществ снизился до или почти до нормы, даже при слабом эффекте со стороны остальных симптомов, облучение должно быть прекращено. Дальнейшее лечение при этих условиях грозит микседемой. В отношении простой струмы многие авторы считают рентген противопоказанным (Яновский, Пондоев), так как в данном случае гиперплазия железы есть физиологический ответ на функциональную недостаточность усвоения и переработки йода.

К физио-терапии базедовых форм и простых струм относится и радио-терапия. Впервые она применялась Abbé в 1905 г. с хорошими результатами. На основании последней сводки Soilaud, Gostolow, Mellard на 3125 случаев, радио-терапия при этих болезнях должна быть признана ценным методом, результаты ее совпадают с хирургическим лечением: 73% выздоровления, 16% улучшения и 11% без изменения. Техника рекомендуется следующая: 100—150 миллиграмм радия прикрепляется поочередно каждый раз к другой доле железы на 12 часов. Это лечение особенно рекомендуется в ранних стадиях.

Если вся указанная терапия применялась в течение некоторого времени (в среднем 4 месяца) без успеха, то показан переход к хирургическому лечению, если же имеется угроза механического сдавления при большом зобе, а также при венозном застое и при зобах коллоидальных, фиброзных и известковых, операция показана в первую очередь. Krause и Garré и др., однако, считают, что оперативное вмешательство должно предшествовать рентгену и только если операция противопоказана (склероз сосудов, *vitium cordis*), тогда применять рентген. Кадников на основании своего обзора считает наиболее целесообразным операцию *hemistrumectomy* с перевязкой верхней артерии противоположной стороны. Проф. Опель, Richardson и др. предлагают субтотальную экстирпацию железы, так как в противном случае наблюдаются рецидивы. Ionesen удаляет узлы шейного симпатического нерва.

Из всего перечисленного арсенала средств в нашем Институте применяется: кварц, гальванизация, иод-ионтофорез и рентгено-терапия самостоятельно или в комбинации между собою и с гидро-терапией и франклинизацией.

В случаях с значительным общим возбуждением и небольшой васкулезной струмой имела место гальванизация желез; если основному заболеванию сопутствовали явления туберкулезной интоксикации, предпочиталось облучение желез ртутно-кварцевой лампой. При комбинации основного заболевания с артритическим или урическим диатезами к кварцу прибавляли гидро-терапию. Иод-ионтофорез применялся при струмах без явления тирео-токсикоза, иногда пробовали его у базедовиков смешанной формы (с некоторыми симптомами микседемы), но при первых же признаках ухудшения переходили на гальванизацию желез. При неудачах примененной сначала терапии или же при наличии большой мало пульсирующей струмы и более резко выраженных симптомов болезни со стороны глаз и сердца у нас применялась сразу же рентгено-терапия.

За это время через Институт прошло 515 случаев. По группам заболеваний наш материал делится следующим образом: 155 случаев базед. болезни с классически выраженным клиническим симптомом-комплексом, 228 случаев базедовизма, т. е. проявление либо отдельных симптомов заболевания, либо всего симптомо-комплекса в значительно ослабленном виде и 132 случая простых струм без явлений тиреотоксикоза.

Соотношение полов, как это видно из таблицы № 1, было 460 женщин и 55 мужчин, т. е. отношение 8,3:1. По группам заболеваний

ТАБЛИЦА № 1.

Отношение полов.

	М.	Ж.	Отношение
Morbus Basedowi	11	144	1 : 1,3
Basedovismus	32	196	1 : 6
Struma simplex	12	120	1 : 10
	55	460	1 : 8,3

оно складывается следующим образом: из 155 случаев базед. болезни 144 женщины и 11 мужчин, т. е. 13:1, что совпадает и с немецкой статистикой (по Mendel'ю 14,65:1). Из 228 случаев базедовизма было 196 женщ. и 32 мужч., отношение 6:1. Эти данные не сходятся с данными Пулавского, у которого число мужчин превышает число женщин. Из 132 случаев простых струм было 120 женщ. и 12 мужч., т. е. отношение 10:1. Возрастной состав больных представлен таблицей № 2.

Большинство больных во всех трех группах, как среди мужчин, так и среди женщин, приходится на возраст от 20 до 40 лет, до 64%, затем идет возраст от 10—20 лет—18%, от 40—50 лет—12%, мало приходится на возраст от 50—60 лет—5,4% и почти нет до 10-ти летнего-возраста (0,6%). Длительность болезни не во всех случаях удалось установить, но в среднем с 5-тилетней давностью до 70%, с 10-ти

летней—20% и 20-тилетней—10%. Таким образом острых форм заболеваний среди наших случаев не было, если не считать нескольких случаев (11), заболевших около года тому назад.

Прежде чем перейти к учету результатов лечения, надо указать, что критерием учета мы считали изменение струмы, изменение веса, пульса, улучшение общего состояния нервной системы и исчезновение или ослабление глазных и др. симптомов. С этой точки зрения мы по полученному эффекту разделили все случаи на 4 группы. Первая группа — значительное улучшение, граничащее с клиническим излечением. Сюда нами отнесены все случаи, давшие значительное прибавление в весе (от 2—4 клгр.), т. е. уменьшение общего обмена, уменьшение струмы до 5 см. и числа пульсовых ударов со 140—120 до 70—80, исчезновение

ТАБЛИЦА № 2.

Возрастной состав.

Группы заболеваний:	1—10	10—20	20—40	40—50	50—60	Всего:
M. Basedowi { М.	1	1	6	3	—	11
. { Ж.	—	15	97	20	12	144
Basedovismus { М.	1	1	24	6	—	32
. { Ж.	—	34	138	20	4	196
Struma simplex { М.	—	3	8	1	—	12
. { Ж.	—	37	57	14	12	120
	2	91	330	64	28	515

потливости, поносов, значительное успокоение и ослабление общей возбудимости и глазных симптомов, причем последние были наиболее устойчивыми и изменялись объективно в последнюю очередь и только к концу лечения, а иногда и спустя некоторое время после окончания последнего. Вторая группа отмечена у нас улучшением: сюда входят больные, давшие уменьшение струмы на 1—1,5 см., незначительное прибавление в весе до 1 клгр., улучшение общего состояния и восстановление, хотя и не полностью, работоспособности. Среди этой группы наблюдались случаи неустойчивого улучшения, которое появлялось после первых 5—10 сеансов, и затем постепенно сходило на нет, так что лечение заканчивалось без эффекта. Третья группа—без перемен. Четвертая группа—ухудшение, куда входили случаи с дальнейшим падением в весе и прогрессированием всех симптомов.

Результаты лечения базедовой болезни представлены на табл. № 3. Наибольшее число случаев пользовалось ртутно-кварцевой лампой (54). Среди этих больных было 7, где основному заболеванию сопутствовали туб. легких (5 в начальной форме и 2 в стадии субкомпенсации). Эти 7 случаев получали добавочное общее облучение малыми дозами, у них лечение закончилось в 4-х случаях с улучшением, в 3-х без изменения. Кроме того, среди группы улучшения в 6-ти случ. эффект был временный только в начале лечения, которое закончилось безрезультатно. Гидротерапию (ванны), как дополнительную процедуру, получили 19 человек,

Виды терапии	Рентгено-терап.	Гальва-низация	Кварц.	Под-ион-тофорез	Рентген гальван.	Рентген кварц.	Рентген под-ионт.	Гальван. кварц.	Гальван. под-ионт.	Кварц под-ионт.	Гидро-терап.
	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.	Число % случаев.

Диагноз: Morbus Basedowi

Значительн. улучш. Улучшение . . . Без перемен . . . Ухудшение . . .	11	33	3	9	6	11	—	—	—	—	2	—	—	2
	14	40	17	53	22	41	2	—	—	—	3	—	—	2
	8	27	6	19	19	35	5	—	—	—	—	1	—	1
	—	—	6	19	7	13	2	—	—	—	—	1	—	—
	33	—	32	—	54	—	9	—	2	—	3	—	8	5

Диагноз: Basedovismus.

Значительн. улучш. Улучшение . . . Без перемен . . . Ухудшение . . .	5	26	10	23	7	9	3	6	—	—	—	—	—	—	1	1
	10	52	16	36	32	40	22	44	1	—	—	—	—	—	2	—
	4	22	16	36	(7 общ.) 33	41	23	48	1	—	1	—	—	—	6	4
	—	—	2	5	8	10	1	2	—	—	—	—	—	—	2	1
	19	—	44	—	80	—	49	—	2	—	1	—	7	—	11	6

Душ Шарко

Диагноз: Strima simplex.

Значительн. улучш. Улучшение . . . Без перемен . . . Ухудшение . . .	1	17	—	—	1	5	10	11	—	—	—	—	—	—	1	—
	4	66	4	44	9	53	43	50	1	—	—	—	—	—	1	—
	1	17	4	44	5	30	31	35	—	—	1	—	—	—	2	—
	—	—	1	12	2	12	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—
	6	—	9	—	17	—	88	—	1	—	2	—	2	—	4	—
																3

из них 2 с знач. улучшением, 8 с улучш., 6 без перемен и 3 с ухудш. Следует отметить, что 5 базедовиков лечилось одними только ваннами с последующим укутыванием и дали в 2-х случ. знач. улучшение, в 2-х — улучш. и в 1 — без перемен. Второй по численности идет группа леченных рентгено-терапией (33 случ.). Кроме 2-х случ. с двухмес. сроком заболевания остальные представляли хронические формы, в 1 случ. была эпилепсия. Дополнительно ванны получали в 3-х сл. — 2 с знач. улучш. и 1 с улучш. Число сеансов у каждого больного было в среднем от 6 до 8. В 9 случ. облучался и thymus.

Гальванизацией железы, как это видно на табл. 3, лечилось 32 чел., Среди улучшения 4 случ. были с непродолжительным эффектом. Гидротерапию добавочно получили 6 чел. — 1 с значит. улучш., 5 с улучш.; в одном случае применялась продольная гальванизация позвоночника; в двух случаях с гипофункцией яичников диатермия на эту область и гальванизация железы дали хорошие результаты.

Иод-ионтофорез самостоятельно применялся всего в 9-ми случ. и дал только в 2-х случ. улучшение, 5 без перемен и 2 ухудшения. Комбинированно кварц-гальван. пользовалось 8 случ. и иод-ионтофорез — кварцем 8 случ., причем: первые дали улучшение в 5-ти из 8-ми, а вторые только в 2-х случ., 4 без перемен и 2 ухудшения.

Таким образом, базедовики наилучшие результаты дали от рентгено-терапии (33% значительн. улучшен., 40% улучш., 27% без перемен, ухудшений нет). Одинаковые результаты получились от гальванизации (9% знач. улучш., 53% улучш., 19% без перемен и 19% ухудш.) и кварца (11% знач. улучш., 41% улучш., 35% без перемен и 13% ухудш.). Хотя гальванизация дает больший процент улучшения, чем кварц, но зато и % ухудшения больше (19% к 13%).

Результаты лечения группы больных с явлениями базедовизма представлены на той же табл. Среди них также большинство (80 чел.) лечилось кварцем. С выраженными легочными явлениями было 15 чел., из которых 7 дали улучшение, 8 остались без перемен. Эти больные получали только общий кварц на грудную клетку малыми дозами. Дополнительную гидро-терапию ваннами получили 14 чел., из них 2 с знач. улучш. и 12 с улучш. В 2-х случ. применялся франклин с улучш.

Гальванизацией железы пользовалось 44 чел., из которых 8 получили дополнительно гидро-терапию: 1 с знач. улучш. (10 ванн), 3 с улучш. (25 ванн), 4 без перемен (15 ванн).

Иод-ионтофорезом лечилось 49 чел., значительно больше, чем при баз. б., и эффект от такой терапии увеличился здесь в сравнении с предыдущей группой (6% знач. улучш. и 44% улучш.). Следует отметить, что среди группы улучшений в 3-х случ. эффект был временный и к концу лечения ликвидировался. Из дополнительных процедур в 6-ти случ. применялось водолечение ваннами, 3 с улучш., 3 без перемен. В одном случае применялся местный Д'Арсонваль на железу без заметного улучшения.

Рентгено-терапией пользовалось 19 чел.. Терапия в этих случаях проводилась без дополнительных процедур. Результаты столь же положительные, как и при баз. б. Следует отметить, что из 6-ти случ. лечившихся только гидро-терапией (ванны) 1 случ. дал знач. улучш., 4 без перемен и 1 ухудш. (душ Шарко). Из комбинированного лечения больше

всего случаев (11) приходится на кварц-иод-ионтофорез, из которых только 3 дали незначит. эффект, а 6—без перемен и 2—ухудш. Таким образом, для этой группы также наиболее активной является рентгено-терапия (26% знач. улучш., 52% улучш., 24% без перемен, ухудш. не было). Второе место по эффекту занимает гальванизация (23% знач. улучш., 36% улучш., 36 без перемен и 5 ухудш.). Одинаковый эффект при этих формах получается от кварца и иод-ионтофореза, причем последний дает меньший процент ухудшений.

Результаты лечения простых струм изложены на нижн. отрезке таблицы. Эта группа, по преимуществу, лечилась иод-ионтофорезом (88 из 132), и результаты были лучше, чем от других процедур (11% знач. улучш., 50% улучш., 35% без перемен и 4% ухудш.). Из добавочных к иодионтофорезу применялась диатермия на яичники с знач. улучш. 1 сл., с улучш. 1 сл. и без перемен 1 сл.; водолечение в 5 сл. по 15 ванн, 1 с улучш. и 4 без перемен. Следует отметить, что за последнее время в Институте начали применять прив. доц. Бродерзон и д-р Елинсон Са.-ионтофорез на железу. Наблюдений пока немного—3 случ. (1 с улучш., 2 без перемен). Из других методов кварцем лечилось 17 чел. Результаты удовлетворит., значит. улучш. всего в 5%, но процент улучш. совпадает с данными от иод-ионтофореза.

Гальванизация струм применялась мало. Рентген в 6 случ. дал хорошие результаты, причем среди них 1 больной страдал эпилепсией и дал улучшение, 2 случ. были свежие в молодом возрасте с длительностью заболевания 2 мес. (Pubertätstruma). Из комбинированных способов, применявшихся в единичных случаях следует отметить рентген с иод-ионтофорезом и кварц с иод-ионтофорезом. Как указано выше, Богаск считает, что комбинация иода с рентгеном должна дать быстрый и стойкий эффект. Наши результаты: из 2-х случ. 1 с знач. улучш., 1 без перемен. При кварце с иод-ионтофорезом из 4-х случ. 1—знач. улучш., 1 с улучш., 2 без перемен. Таким образом, для простых струм иод-ионтофорез, кварц и рентген дают одинаково хорошие результаты. Менее полезна гальванизация железы (мало наблюдений). Является интересным отметить, что вопреки мнению некоторых авторов о пользе рентгена только в ранних стадиях, наши случаи были почти все хронические (только в 2-х случ. длительность болезни равнялась 2-м месяцам) и результаты в %-ом отношении не уступают другим статистическим сводкам.

Что касается механизма воздействия физио-терапевтических приемов, то в этой области мы пока еще не вышли из предела гипотетических предположений. Многими авторами допускается, что физио-терапевтические методы лечения корригируют тонус вегетативной нервной системы, снижая тонус симпатикуса и повышая тонус парасимпатикуса. Кроме того отмечено, что в случаях, дающих клиническое улучшение, содержание Са., которое бывает повышенным, снижается до нормы, сохраняя индекс Са/К. постоянным. Гринбарг и Rothmann подтвердили эти данные по отношению к кварцу, а Strauss и Протас к рентгену. Протас у 33 базедовиков нашла Са в крови повышенным (71%), кот. после рентгено-терапии снизился в 28 сл. в 3-х случ. остался без изменения; в 7-ми случ. Са увеличился, причем в 3-х из них он до облучения был ниже нормы. Strauss и Rother установили, что лучи рентгена понижают тонус симпатикуса и повышают тонус вагуса. Что же касается функции железы, то Lepine находил,

что под влиянием рентгена в моче увеличиваются фосфорные соли за счет мочекислых, на основании чего он заключил о возбуждении функциональной деятельности желез. Brosamen облучал железу малыми и большими дозами и пришел к заключению, что первые усиливают, а вторые угнетают деятельность желез (цит. по Ипатову). Были попытки объяснить действие рентгена облитерацией сосудов, что однако не подтвердилось опытами Закусова, Ипатова и Плотникова, которые на изолированных ушах кролика получали от рентгена расширение сосудов. Bogask предполагает, что из 2-х признаков базедовой струмы (гиперплазия и гиперсекреция) последний более чувствителен к рентгену и что действие сводится не к механическому уменьшению сецернирующих фолликул, а к торможению гиперфункционирующей клетки железы. Таким образом, большинство авторов сходится на том, что рентген снижает тонус симпатикуса, повышает вагус, уменьшает Са в крови и действует как резекция, уменьшая гиперфункцию железы.

В отношении кварца Rothmann из клиники Jesionnek'a наблюдал при облучении уменьшение кровяного давления и сахара в крови, при усилении выносливости к нему (Zukertoleranz), что он объясняет параличем окончаний симпатических нервов. Той же гипотонии симпатикуса он приписывает наблюдаемые иногда лейкоцитоз и эозинофилию (превалирование действия парасимпатической нервной системы). Гринбарг также наблюдал, что под влиянием кварца Са и Dagnini-Ashner приходят в норму, и это совпадает со значительным улучшением состояния больного. Таким образом, и в отношении кварца, является установленным снижение тонуса симпатикуса, корреляции Са в крови и повышение вагуса. С другой стороны, произведенные в нашем Институте опыты (Бродерзон и Плотников) в отношении ртутно-кварцевого облучения и (Залкиндсон) гальванического тока показали, что просвет сосудов под влиянием этих воздействий суживается. При кварце сужение наступает спустя 5—10 мин. после начала облучения, а при гальваническом токе при средних и сильных токах и „с увеличением силы тока его суживающее действие проявляется скорее и интенсивнее“ (Залкиндсон). На основании этого у нас при облучении кварцем щитовидной железы применяются слабо эритемные дозы, а при гальванизации более сильные токи (20—30 М.А.), так как малые дозы кварца возможно раздражают симпатикус, а слабые токи не вызывают изменения просвета сосудов. Как известно, Goldscheider предполагает, что тонус вегетативной нервной системы—концентрация ионов электролитов—щитовидная железа и нервная система представляют замкнутое кольцо, разрыв которого в любом из его звеньев нарушает нормальную функцию железы. С этой точки зрения коррелирующее действие физио-терапевтических процедур на тонус вегетативной нервной системы и ионов Са, с одной стороны, и уменьшение просвета сосудов, косвенным образом действующих на сецернирующую деятельность желез, с другой, замыкает разомкнутое по Goldscheider'у кольцо, приближая или возвращая железу к ее нормальной функциональной деятельности. В уменьшении просвета сосудов, повидимому, и надо искать объяснение предположению проф. Шервинского, что гальванизация уменьшает сецернирующую деятельность желез. Что же касается воздействия физио-терапевтических процедур при простых струмах, то нам думается, что здесь эффект проявляется при иной меньшей дозировке, которая стимулирует секреторную

деятельность клеток железы (возможно за счет расширения сосудов увеличения тонуса симпатикуса и т. д.).

В результате мы приходим к следующим выводам:

1. Физио-терапевтические методы лечения применимы с благоприятными результатами и при хронических формах заболеваний щитовидной железы типа гипертиреозов [Баз. б. и базедовизм и тип гипотиреозов (струма).]

2. Рентгено-терапия является наиболее активным из всех физио-терапевтических методов.

3. Более легкие клинические формы базедовой бол. и базедовизма дают при лечении гальванизацией результаты, близкие к данным рентгено-терапии.

4. Кварц при применении слабо эритемных доз с самого начала лечения дает 50% эффекта при баз. бол. и базедовизме.

5. Иод-ионтофорез мало полезен при баз. б., но зато дает 50% улучшения при базедовизме.

6. Для простых струм иод-ионтофорез дает заметное объективное и устойчивое улучшение в 60% случаев.

7. Легкая гидро-терапия в случаях средней тяжести уже сама по себе является действительной, во всех же остальных случаях она служит хорошим дополнением к основному физиотерапевтическому методу.

8. Возраст от 20—40 лет дает больше всего больных, причем преобладают женщины.

В заключение считаю своим долгом выразить благодарность проф. С. А. Бруштейну за данную тему и постоянное руководство.

Литература: 1) Лисовская. К учению о пересадке щитовидной железы. 1911 г.—2) Проф. Окинчиц. К вопросу о взаимоотношении некоторых желез внутр. секреции. 1913 г.—3) D-r Belot. Röntgenbehandlung der Basedowischen Krankheiten. Strahlentherap. Band III, 1913 г.—4) Кадников И. А. Результаты хирургического лечения базедов. болезни операциями на щитовидн. жел., диссерт., 1914.—5) Кендроз. Болезни щитовидной железы. 1915 г.—6) Пулавский. Базедовая болезнь. Монограф., 1917.—7) D-r med. Severin Nordentofs und Paul Blum. Röntgenbehandlung der Basedowischen Krankheiten. Strahlenther., № 11—1920 г.—8) D-r H. Weber. Die Behandlung der Struma parenchymatosa mit Röntgenstrahlen. Strahlentherap., № 14, 1923 г.—9) Richard Sielman. Röntgentherapie bei Basedow. Strahlentherap., № 15, 1923 г.—10) Ptach Joseph. Beitrag zur Röntgentherapie der Struma und des Morb. Basedowi. Dissertation. Rostock. 1920—1923 г.—11) Эйнис. Врачебное дело. № 11—13, 1924 г.—12) Клячкин Л. Н. Казанск. медицинск. журнал, № 4, 1924 г.—13) Клячкин Г. А. Казанск. медицинск. журнал, № 7, 1924 г.—14) Рудницкий. Кварцевая лампа. 1924.—15) Prof. D-r Iosic N. Zur Therapie der Strumen, Hyperthyreosen und des Morb. Basedowi, 1925 г.—16) Zondek H. prof. Болезни эндокринных желез. 1925.—17) Weil. Внутренняя секреция, 1925.—18) Ларбулле Л., Арвье П., Глипом А. и Каррит Г. Железы внутренней секреции и симпатическая нервная система. 1926.—19) Опель В. А. Эндокринологические хирургические наблюдения, 1926.—20) Паризо и Ришар. Эндокринные железы и их функциональное значение. 1926.—21) Репрев проф. Внутренняя секреция, 1926.—22) Брейтман М. Я. Болезни органов внутренней секреции. 1926.—23) Пондоев. Современное учение об эндемическ. зобе, его терапия и профилактика.—24) D-r Borack. Der derzeitige Stand der Röntgentherapie der Basedowischen Krankheiten. Strahlent., № 23, 1926 г.—25) D-r Borack. Die Röntgentherapie und Organtherapie bei innersekretoischen Krankheiten. Strahlentherap. Band 21, 1926 г.—26) H. Meyer. Alten und neue experimentelle Untersuchungen zur Wirkung des Lichtes. Strahlenther. Band 23, 1926 г.—27) Перьмот. Врачебное дело, № 8, 1926.—28) Космодемьянский и Кобелева. Журнал для усоверш. врачей, № 6, 1926.—29) Гринбарги Каменцева. Действие U. V. лучей на базедовик., журн. Физиотерапия, № 1,

- 1927.—30) W. Falta. Die Erkrankungen der Blutdrüsen. Handbuch der inner. Medec. Band. 4, 1927.—31) M. Hirsch. Handbuch der inneren Secretion. B. I, Lief. 3, 1927.—32) M. Hirsch. Handbuch der inneren Secretion. B. II, Lief. 1, 1927.—33) M. Hirsch. Handbuch der inneren Secretion. B. III, Lief. 1, 1927.—34) M. Hirsch. Handbuch der inneren Secretion. B. III, Lief. 5, 1928.—35) Strauss H. и Boenheim T. Innere Secretion. 1927.—36) Людвиновский Р. И. Изменения эритропоэтической функции костного мозга у кожно-туберкулезных больных под влиянием освещений U. V.-лучами. Вопр. туб., т. 5, 1927 г., № 11.—37) Фертик И. П., Маянц А. И. и Монезон С. М. К вопросу об эндокринной формуле у детей в разные возрастные периоды. В. Туб., т. 5, № 10, 1927.—38) Рудницкий Н. М. Обоснование некоторых видов физического лечения, применяемых при туберкулезе. Вопр. туб., № 8, 1927 г.—39) Пионтовский Н. А. и Любимов Г. В. Влияние гелиотерапии на концентрацию кальция сыворотки туберкулезных больных. Вопр. туб., № 7, 1927 г.—40) Рябухин Н. Е. К вопросу о кальцио-терапии легочного туберкулеза. Вопр. туб., № 7, 1927 г.—41) T. Samin. Basedowische Krankheit. Handb. der gesamt. Therapie.—42) Krause u. Garré. Therapie inneren Krankheiten. Band. II, 1927 г.—43) Kurschman. Endocrine Erkrankungen der Schilddrüse, 1927.—44) Под редакцией Шервинского. Патология внутренней секреции, вып. 1, 1927 г.—45) Minaett, Maxime et Tonbart. La galvanisation abdomino-thyroïdienne dans le traitement des syndromes Basedowicus et basedowiformes. Jour. de radiolog. et d'electrologie Vol. 6 № 4, 1927.—46) Me Carrison Robert. Simple goitre. Brit. med. journ. № 3199, 1927 г.—47) Langemack. Über des Kropfleidens mit Jod und Quecksilberdampf-Quarzlichtbehandlungen und über Kropfprophylaxe. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. B. 177, H. 5/6, 1927 г.—48) Urban Karl. Zwei und zwanzig Jahre des Kropfchirurgie Zentrblat. der Chirurgie. J. 50, № 3, 1927 г.—49) Balint Rescö. Neues Verfahren in der Therapie der Basedowischen Krankheiten. Orvosi Hetlap. Jour. 69, H. 66. Ungarici.—50) Helie Ives. Valeur d'electrotherapie dans le traitement du goitre exophtalmique. Progr. medic. J. 53, № 19, 1927 г.—51) Livet B., Bonnet-Lemaire et Roger. Traitement du goitre exophtalmique par les rayons ultra-violet et la vibration a basse frquence. Evolution medic. Jour. 6, № 4, 1927 г.—52) Weis Victor. Struma und Vagothone. Archiv. f. klin. Chirurg. B. 135, H. 3/4—1927 г.—53) Винсент. Внутренняя секреция, 1928 г.—54) H. Lax. Klinisch. Wochenschrift, № 48, 1928.—55) Holst, Lunse, Gloss und Petersen. Klin. Wochenschr., № 48, 1928 г.—56) Holzknecht. Röntgentherapie. d. Basedow. Strahlent. B. 30, 1928 г.—57) Мордвикина В. И. и Япольский Г. С. Функцион. состоян. щит. железы в различн. периоды туберкулезн. токсемии. Вопросы туб., № 11, 1928 г.—58) М. Р. Борок, М. А. Плитман и С. С. Эндер. О влиянии некот. пищевых веществ на функц. щитовидн. железы. Вопр. туб., № 11, 1928 г.—59) М. Р. Борок, Р. Л. Ланда-Гласс, Е. М. Пташкина. К вопросу об оценке алиментарной гликемии у тбс 6-х, № 11, 1928 г. Вопр. туб.—60) Михайлов Ф. А. Основной обмен у 6-х тяжелыми формами легочного туберкулеза. Вопр. туб., № 11, 1928.—61) Чуканов В. А. и Берлин-Чертов С. В. Са и К. крови при тбс легких в связи с адреналиновой кривой кровяного давления. Вопр. туб., № 12, 1928 г.—62) Бирштейн Р. М. и Цигельник Л. Я. Кальце-терапия легочного туберк. и реакц. среды, № 12, 1928 г.—63) Борок М. Р., Зубин П. М. и Мордвикина В. С. Оседание эритроцитов и р. Матефи у тбк. 6-х в связи с функциональным состоянием щитовидной железы. Вопр. туб., № 2, 1928 г.—64) Гинзберг Р. Е. и Певзнер Р. З. К вопросу об углеводном обмене у тбк 6-х, № 11, 1928 г.—65) Завадовский И. Очерки внутренней секреции, 1928 г.—66) Clerirmont prof. und Meyer. Deutsch. med. Wochenschrift, № 48, 1928 г.—67) Dr Albert Soiland, M. D., Wm. E. Gostolow. M. D. and Orville N. Meland M. D. Strahlentherapie. B. 32. H. 1, 1929 г.—68) Проф. Ловцкий Я. А. К вопросу о лечении базедовой болезни. Клин. мед., т. VII, № 3, 1929 г.—69) Коган-Ясный и Соркин. Консервативное лечение и подготовка к операции больных базедовой бол. Клин. мед., т. VII, № 3, 1929 г.—70) Шервинский В. Д. О лечении базед. болезни с терапевтической точки зрения. Вестн. эндокринол., т. III, № 1, 1929 г.—71) Вишневский А. С. К вопросу о неврогенной теории происхождения базедовой болезни, т. III, № 1, 1929 г. Вестник эндокринологии.—72) Wogack. Röntgenpraxis. H. 4, 1929 г.—73) Prof. Vogt H. Bad-Pyrmont. Zeitschrift f. d. gesamte physikal. Therapie. B. 36, H. 5, 1929 г.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Висмутовые препараты при лечении сифилиса. Проф. И. А. Смородинцев:

I. Введение.

Висмут был известен уже в 15 веке Василию Валентину; его открытие связывают с именем Парацельса (1493—1541), но до самого последнего времени Bi находил весьма ограниченное применение в терапии, почти исключительно в виде *Magisterium Bismuthi Bi(OH)₃ NO₃* при диаррее¹⁾, и лишь в двадцатых годах этого столетия он привлек к себе усиленное внимание терапевтов и выступил серьезным конкурентом ртути и мышьяку при лечении сифилиса.

Первые попытки в этом направлении были сделаны Balzer'ом²⁾, который предложил инъекции аммиачнолимонного соединения Bi при сифилисе. К сожалению, подкожные впрыскивания названного препарата чрезвычайно болезненны, и потому применение его было очень ограничено. Оно вновь возобновилось при испытании других препаратов, благодаря стараниям Santon'a и Robert'a³⁾, Sazerac'a и Levaditi⁴⁾.

Трипаномоцидные и спиролюцидные свойства у Bi гораздо сильнее выражены, чем у Hg, Au и Pt. Повидимому, существует известное соотношение между молекулярным весом и паразитотропными свойствами металлов—чем выше молекулярный вес, тем больше у него целительная сила⁵⁾. Кроме того, немаловажное значение для физиологической активности и терапевтического эффекта имеет наличие изотопов.

При лечении сифилиса висмут занимает среднее положение между ртутью и салварсаном: он часто действует не хуже мышьяка, но лучше ртути и менее ядовит. Bi незаменим в тех случаях, где As противопоказан при сифилисе⁶⁾.

Трипаномоцидные свойства Bi, которые были подмечены уже Roehl'em⁷⁾ и Ehrlich'ом⁸⁾, очень не велики, так что опыты с трипанозомами мало дают для выяснения химиотерапевтических особенностей этого металла, при сифилисе же при помощи висмута можно достичь полной стерилизации⁹⁾, и нерастворимые препараты Bi принадлежат к числу наименее токсичных спирохетоцидных средств¹⁰⁾. Быстро всасывающиеся препараты Bi (как водные эмульсии)¹¹⁾ обладают большей ядовитостью¹²⁾. Поэтому нерастворимые в воде препараты Bi характеризуются лучшим химиотерапевтическим эффектом по сравнению с растворимыми в воде.

Для усиления целительного действия Bi-препарата очень важно подольше задержать его в организме, и потому одновременное введение KJ противопоказано

¹⁾ J. Hochradel. Münch. med. Ws 75, 177, 1928.

²⁾ Balzer. Soc. biol. 41, 537, 1889.

³⁾ Santon et Robert, Ann. Past 30, 1916.

⁴⁾ Sazerac et Levaditi. C. r. 1921 20 V; Soc. biol. 1922 29 IV.

⁵⁾ C. Levaditi, A. Girard et S. Nicolaï, C. r. 181, 163, 1925.

⁶⁾ O. L. Levin. Am. Med. 19, 717, 1924; C. F. Cheney, Ind. med. gaz. 59, 28, 1924; R. J. G. Parnell, J. Stat. med. 34, 49, 1926.

⁷⁾ Roehl, Zs. Immun. 1908, 1.

⁸⁾ P. Ehrlich, Berl. 1909. H. 1.

⁹⁾ G. Levaditi, C. r. 184, 783, 1927.

¹⁰⁾ J. C. Hopkins, Journ. am. med. ass. 83, 2087, 1924.

¹¹⁾ S. Lomhold, Ann. dermat. et syph. 6, 170, 1925.

¹²⁾ L. G. Reinhauer и F. M. Jacob, Am. journ. syph. 9, 213, 1925.

(наоборот, его следует назначать при признаках отравления Bi). Более медленное выведение Bi с мочой устраняет опасность для почек. На этом основании растворимые в липоидах препараты заслуживают большого внимания, и здесь особенно ценным оказалось комбинированное введение нерастворимых Bi препаратов вместе с лецитном, который отличается способностью переводить суспензии в коллоидные и даже молекулярно дисперсные растворы.

Итак, важным условием для успешной висмутовой терапии является хорошая растворимость препарата в липоидах, прочность Bi-соединения и склонность выделяться из организма больше с калом, чем с мочой. Лецитин одарен способностью отклонять выведение Bi с мочи на кишечник. Добавление лецитина повышает трепонемотидную силу Bi-препаратов и устраняет побочные влияния их.

Лецитин не влияет на растворимость таких соединений, как основной азотнокислый, фосфорнокислый и виннокислый висмут, но он повышает растворимость иодистого, холалевокислого, фенилхинолин-карбонвокислого висмута, бисмофаноля (Quinby), пентависмута (trimethylcyclopentamethylaethersaures Bi), образуя с этими веществами комплексные химические соединения, так что H_2S из них не выделяет Bi_2S_3 .

Лечение сифилиса висмутом вышло из стадии пробных опытов. Теперь установлено, что препараты Bi не уступают большинству ртутных соединений, хотя они и действуют медленнее, чем салварсан. Перед нами стоит задача подобрать такой препарат, который при минимальном раздражении и возможно меньшей общей ядовитости оказывал бы наибольшее антипаразитарное влияние. Общим недостатком большинства Bi-препаратов, от металлического Bi до сложных органических комплексов, является то, что они вводятся в виде суспензий. Суспензии нестойки, скоро оседают и исключают возможность строгой и точной дозировки. Препараты, содержащие выше 7% Bi, влекут опасность эпителурии, цилиндрурии и альбуминурии.

2. Лечебные препараты висмута.

В текущем десятилетии на рынок выброшено колоссальное количество Bi препаратов, которые усиленно рекламируются. Для удобства краткого обзора мы их разделим на три группы: I неорганические, II органические¹⁾ и III патентованные препараты точно не указанного состава.

I. Неорганические препараты Bi.

Металлический Bi по трипановидному действию превосходит маталлический мышьяк¹⁾. Внутримышечное введение тонкой суспензии металлического Bi предохраняет кроликов от заражения сифилисом в течение 3—6 месяцев²⁾. Препарат испытан и на людях³⁾.

При лечении сифилиса с успехом применялись амальгама Bi⁴⁾ ($75g\ Bi + 25g\ Hg$ нагревают до 350°) и коллоидный висмут⁵⁾. Переход в коллоидное состояние, благодаря изменению дисперсности, позволяет устранить некоторые побочные влияния, напр., разбвдающее действие или болезненность, причиняемую свертыванием белков, при сохранении терапевтической ценности препарата⁶⁾.

Коллоидный Bi, приготовленный из фосфорнокислого висмута и белка, не изменяется при нагревании до 110° , высушивании, замораживании, разбавлении равным объемом физиологического NaCl, пропускании сероводорода. Препарат не причиняет раздражения при введении под кожу; дозы 0,02—0,03g на кило вызывают лишь легкое отравление у собаки, тогда как 0,02g фосфата Bi всегда ока-

¹⁾ R. Sazergas и R. Vauris, Soc. biol. **99**, 372, 1928.

²⁾ L. Fournier и A. Schwarz, C. r. **182**, 545, 1926.

³⁾ C. Levaditi, Lancet, 1926, 1, 215.

⁴⁾ I. Huerre, Soc. de therap. 1921; Industrie chimique **9**, 261, 1922.

⁵⁾ L. Tirelli, Boll. chim. farm. **61**, 673, 1922.

⁶⁾ A. Kuhn и H. Pirsch, Koll. Beih. **21**, 78, 1925.

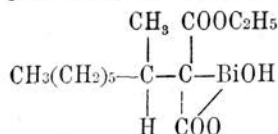
⁷⁾ G. M. Dyson, Pharm. journ **120**, 242, 348, 582, 1928.

зываются смертельными¹⁾. Отложения углекислого Bi [(BiO)₂CO₃] в тканях трудно всасываются и предохраняют кролика от заражения сифилисом²⁾. Мышьковокислый висмут также был испытан при лечении сифилиса³⁾.

II. Органические производные Bi.

Из органических препаратов висмута чаще всего употребляются соединения его с оксикислотами: молочной, лимонной, субгалловой⁴⁾, триоксibenзойной⁵⁾, салициловой⁶⁾ и особенно виннокаменной⁷⁾, непостоянного состава⁸⁾.

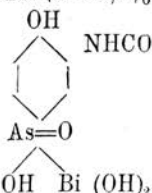
Levaditi и его сотрудники изучили токсические, профилактические и терапевтические свойства основной Bi соли α-карбоксэтил-β-метилновиковой



кислоты и нашли, что она обнаруживает стерилизующее действие во всех стадиях сифилиса¹¹⁾.

Испытаны также соединения Bi с натреном⁹⁾, атоксилом¹⁰⁾ и стоварсолом.

При смешении стоварсола с бисмутилвиннокаменной солью в осадок выпадает основная висмутовая соль ацетилоксиаминофениларсиновой кислоты, содержащая 40,2% Bi. Терапевтический индекс этого препарата равняется 1/10; в дозах



0,2г. на кило он стерилизует организм кролика, зараженного сифилисом¹²⁾.

Содержание As в препарате устраняет вредное побочное влияние Bi¹³⁾. Препарат с успехом выдержал испытания при трипаномозе и экспериментальном спириллезе¹⁴⁾.

Получено соединение, содержащее три бактерицидные элемента As, Hg и Bi: основная висмутовая соль 3-ацетиламино-4 окси-5 оксимеркуро-бензоларсоновой кислоты—C₈H₉O₇N As BiHg; препарат в воде не растворяется¹⁵⁾.

Терапевтически наиболее активным препаратом Bi при лечении сифилиса Gimsa считает COONaCHOBiOCHOBiOCSOObiO. 2H₂O. Препарат хорошо растворяется в воде; Bi осаждается из него H₂S, но не NaOH. Некоторые тартраты Bi при интравенозном введении оказываются в 10 раз более ядовитыми и в 10 раз сильнее действуют на спирохэт, чем при впрыскивании под кожу. Симптомы интоксикации и Bi-альбинурии продолжаются 2—3 дня¹⁶⁾.

III. Патентованные препараты Bi.

Число патентованных препаратов весьма велико и непрерывно продолжает расти. Нижеследующая таблица дает представление о содержании Bi в патентованных препаратах.

¹⁾ A. Chistoni, Arch. di farm. **40**, 23, 1925.

²⁾ Kolle, D. med. Ws. 1924, 32.

³⁾ Tirelli, l. c.

⁴⁾ R. Sazerac и C. Levaditi, C. r. **173**, 1201, 1921.

⁵⁾ H. Grenet, H. Dronin и L. Richon. Bull. acad. med. **87**, 658, 1922.

⁶⁾ O. M. Gruhzt, Arch. of dermat. **13**, 195, 1926.

⁷⁾ R. Sazerac и C. Levaditi, l. c.; L. Fournier и L. Guénol, Ann. Past. **36**, 14; Escher, ibid **36**, 859, 1922; I. C. Hopkins, l. c. и др.

⁸⁾ L. Barthe, Bull. soc. pharm. Bordeaux, **60**, 20, 1922; L. E. Warren, Journ. amer. med. assoc. **84**, 1067, 1925.

⁹⁾ O. Fischer, Münch. med. Ws. **74**, 483, 1927.

¹⁰⁾ H. Grossmann, Med. klin. **22**, 734, 1926.

¹¹⁾ C. Levaditi, V. Sanchis-Bayarri, R. Schoen и J. Manin Ann. Past. **42**, 1489, 1928.

¹²⁾ C. Levaditi, C. r. **180**, 1971, 1925; **184**, 783, 1927.

¹³⁾ L. Fournier и A. Schwartz, C. r. **180**, 1973, 1925; Л. Попов, Soc. biol. **93**, 577, 1925.

¹⁴⁾ S. Nicolau, A. Doskocil и J. A. Galleway, Soc. biol. **93**, 580, 1925.

¹⁵⁾ E. Maschmann, Arch. Pharm. **263**, 721, 1925.

¹⁶⁾ G. Giemsa и W. Weise, Klin. Ws. **2**, 1258, 1923.

ТАБЛИЦА I.

№	Название преп.	Фирма	‰ Bi	№	Название преп.	Фирма	‰ Bi
1	Бисмофаноль .	Riedel	2 ⁰ / ₀		Треполь . . .	Chenal Paris .	6,4 ⁰ / ₀
	Спиробисмоль..	Ch - ph. Hom- burg	3,5	10	Миланоль . .	Altensted . .	6,6
	Бисмутан. . .	Chem. f. Stroch.	4,8		Эмбиаль . . .	Merck	7,0
	Олезаль . . .	Höchst	5,0		Бисмарсан . .	Stella Hamburg.	7,5
		Hoffmann Le					
5	Олеобисмут. .	Roche	5,0		Касбис. . . .	Casselba Co. .	10,0
	Надисан . . .	Kalle Co	5,0		Собисмаль . .	Aniluf. . . .	10,0
	Бисмогеноль .	Tosse Hamburg	5,96	15	Мезуроль. . .	Leverkusen. .	11,0
	Бисуспан. . .	Heyden	6,0				

В некоторых случаях mesoaortitisluetica, когда противопоказаны другие diuretica, спиробисмоль²⁾ оказался весьма полезным мочегонным¹⁾.

Сравнительное исследование влияния спиробисмоля и бисмогеноля на почки у 260 пациентов показало, что при бисмогеноле (2 раза в неделю по 1 см³ 0,059 Bi) чаще наблюдается цилиндропия (в 40‰), чем при спиробисмоле (22‰) (2 раза в неделю по 1,5 см³ 0,052 Bi). Это, быть может, объясняется тем, что Bi спиробисмоля покидает организм преимущественно через кишечник, а не через почки³⁾. Однако применение бисмогеноля в комбинации с сальварсаном надо отнести к числу наиболее действительных способов лечения первичного сифилиса. Значительное число случаев вторичного и третичного сифилиса также хорошо поддаются бисмогенолю⁴⁾.

Треполь (Na-K—BiO-тарtrat) также рекомендуется при лечении сифилиса. Правда, он уступает сальварсану, но дешевле последнего⁵⁾ и в дозе 0,1 г. на кило стерилизует организм кролика, зараженного люесом⁶⁾.

При испытании ряда Bi препаратов (треполь, неотреполь, мутаноль, Quinbu, бисмогеноль и проч.) лучше других оказался эмбиаль⁷⁾. Эмбиаль представляет растворимый в масле препарат Bi, который особенно рекомендуют в качестве безопасного и действительного средства при сифилисе⁸⁾. При внутримышечном введении эмбиаль дает хорошие результаты при раннем сифилисе и применение его не сопровождается вредными побочными влияниями⁹⁾. На основании опытов на животных и клинических данных эмбиаль следует отнести к наилучшим лечебным препаратам висмута; его преимущество перед препаратами, дающими суспензии, обуславливаются, повидимому, его липондорастворимостью.

Мезуроль Bayer'a, 20‰ масляная суспензия основной висмудовой соли монометилового эфира диоксисбензойной кислоты (55‰ Bi), хорошо переносится, характеризуется безболезненностью уколов¹⁰⁾, не раздражает почек, но вызывает лихорадку и понос¹¹⁾.

Паллицид (трибисмутилвиннокислый натр) при внутривенном введении кроликам, зараженным сифилисом, оказался в 10 раз более ядовитым, чем при внутримышечном, а целительный эффект от этого лишь слабо усиливается. Повы-

¹⁾ W. Robitschek, Med. klin 21, 626, 1925.

²⁾ 3,0Bi+7,5J+4,5 chinini в 100 см³ масла, содержащего лецитин.

³⁾ A. Heilmann-Trosien, Klin. Ws 4, 1963, 1925.

⁴⁾ Ган, Журн. для усов. врачей, № 5, литер; отд. отт.

⁵⁾ W. Holland, Norsk. Magaz. laeg. 21, 953, 1923.

⁶⁾ S. C. Levaditi, C. r. 184, 783, 1927.

⁷⁾ F. Plaut и P. Mulzer, Münch med. Ws. 70, 487, 1923; 72, 1786, 1925.

⁸⁾ O. Dahmen, Münch. med. Ws. 72, 1548, 1925.

⁹⁾ W. Henck, Münch. med. Ws. 72, 1788, 1925.

¹⁰⁾ G. Scherber, Wien. med. Ws. 1924, № 40.

¹¹⁾ A. Poschacher, Acta dermatol. 6, 7, 1926.

шенная ядовитость объясняется быстрым распределением и большой нагрузкой почек. Этот препарат очень скоро исчезает из тока крови и фиксируется тканями, в том числе и пораженными сифилисом¹⁾.

Саллоэн, абсорбиционная комбинация Bi и As, при введении в вену нарушает равновесие коллоидов сыворотки, изменяет рефракцию, вязкость и поверхностное натяжение. Bi медленно удаляется через почки и кишечник, и препарат долгое время сохраняет свое влияние на организм²⁾, действует аналогично сальварсану³⁾.

Далее *Бисмофанолю*⁴⁾ Riedel'я (26% суспензия Bi в масле), *бисмуколь*, *люатолю*⁵⁾, *бисмутотидолю*⁶⁾ (коллоидный раствор Bi в сахаре) и *пентависмут*⁷⁾ были с успехом испробованы при лечении сифилиса у животных и людей.

Но наибольший успех в терапии сифилиса выпал на долю препаратов, в состав которых входит иод, хинин, и лецитин наряду с Bi в масляной эмульсии—*Quinby*⁸⁾, „*Гомбург*“ 194⁹⁾, *необисмосальван*¹⁰⁾, русский *биохинолю*¹¹⁾ и др. Эти препараты хорошо всасываются, отличаются быстрой и высокой трепонемоцидной силой, при незначительном количестве Bi, долго остаются в теле, сохраняя всю свою активность, и обнаруживают слабую склонность переходить в растворимые в воде соединения. В комбинации с сальварсаном, необисмосальван особенно хорошо действует при врожденном сифилисе¹²⁾.

3. Доза.

Инъекции масляной эмульсии следует делать сухим шприцем глубоко в ягодичные мышцы по 0,5—1,0—2,0 см³ два раза в неделю, в общем 0,45—0,6 г. Bi. 10—12 инъекций по 0,2—0,3 г висмутнатровой соли виннокаменной кислоты в масляной эмульсии оказывают чрезвычайно могущественное противосифилитическое действие¹²⁾.

ТАБЛИЦА II.

Название препарата	Dosis letalis pro kilo веса кролика	Dosis curativa pro kilo	Название препарата	Dosis curat pro kilo веса человека
Na—Bi—тарtrat	0,022	0,002 ¹⁶⁾	Спиробисмоль (Bi)	0,052
„	0,045 ¹³⁾		Бисмегенол (Bi)	0,059
K—Bi—тарtrat	0,200	0,01	Треполь	0,1
Na—Bi—пирtrat больше	0,3		Коллоидный Bi .	0,02—0,03 ¹⁷⁾
Na—Bi тиосульфат ¹⁴⁾ . .	0,300		Стоварсол Bi . .	0,2
Bi—салицилов ¹⁵⁾	2,0			

¹⁾ S. Sei и W. Weise, Arch. Sch. Tr. **29**, 554, 1925.

²⁾ A. Memmesheimer, Zs. exp. Med. **47**, 454, 1925.

³⁾ E. Hoffmann и E. Uhlmann, D. med. Ws. **51**, 1443, 1925.

⁴⁾ I. Prochmick, D. med. Ws. **53**, 1562, 1927.

⁵⁾ S. La Mendola, Arch. farm. sp. **39**, 104, 1925.

⁶⁾ R. van Saceghem, Soc. biol. **93**, 1046, 1925.

⁷⁾ G. Giemsa и G. Sei, Arc. Sch. Tr. **23**, 20, 1924.

⁸⁾ F. и Ch. RATHERY и J. Richard, Paris médic. 1923, № 31.

⁹⁾ C. Levaditi и S. Nicolau, Ann. Past. **38**, 179, 1924.

¹⁰⁾ E. Tüdös, Wien. klin. Ws. **40**, 1510, 1927.

¹¹⁾ Ф. И. Тарсий и Г. П. Девоянц, Южн. мед. ж. 1926, № 3/4, стр. 65.

¹²⁾ L. Fournier и L. Guénol, Ann. Past. **36**, 14, 1922.

¹³⁾ Для кошки, G. A. Masson, Journ. pharm. **30**, 121, 1926.

¹⁴⁾ C. S. Leonard, Journ. pharm. exp. th. **27**, 89, 109, 121, 1926.

¹⁵⁾ O. M. Gruhsit, Arch. of dermat. **13**, 195, 1926.

¹⁶⁾ J. C. Hopkins, J. am. med. assoc. **83**, 2087, 1924.

¹⁷⁾ A. Chistoni, Arch. di farm. **40**, 23, 1925.

Kolle¹⁾ изучил ряд комплексных соединений висмута (с фруктозой, маннозой, маннитом, фенилглициновой кислотой и проч.) и нашел, что почти всегда *dosis curativa* ближе к *dosis tolerata* и в лучшем случае терапевтический индекс равняется $1/2$.

Терапевтический индекс для основной висмутовой соли стоварсола равняется $1/10$ ²⁾, для Na-Bi—тартрата $1/15$ ²⁾, K-Bi—тартрата— $1/15$, а для нерастворимых препаратов висмута— $1/100$.

Бактерицидные свойства Bi-Na—виннокаменной соли резко выражены по отношению к *Staphylococcus aureus*, развитие которого задерживается в разведении 1:400000, между тем как *Streptococcus* и *Bacil. coli* развиваются в бульоне при 1:2500; впрочем, уже растворы 1:5000 вызывают флоккуляцию в среде и потому более крепкие концентрации нельзя испытывать. Повидимому, *Staphylococcus aureus* более чувствителен по отношению к Bi, чем к Hg ³⁾.

Попытки получить расу спирохет, резистентную к Bi, не увенчались успехом ⁴⁾; вирулентность спирохет при пассажах увеличивается ⁵⁾.

4. Влияние Bi на организм.

Побочное влияние Bi-препараты оказывают на месте применения, в полости рта (стоматиты), желудочно-кишечном канале, почках, печени, кроветворном аппарате, центральной нервной системе, коже и проч. ⁶⁾.

При лечении сифилиса препаратами Bi в 30% случаев происходит повреждение почек, в 25% наблюдается цилиндрурия и в 20%—белок ⁷⁾.

Треполь в масляной эмульсии вызывает дегенеративные явления в почках с профузным выделением эпителиальных клеток в моче, не содержащей белка. Такие же явления замечаются в почках и у кроликов при отравлении Bi ⁸⁾. Но все же Bi действует не столь вредно на почки, как ртуть, влияние которой с течением времени усиливается. При Bi же, несмотря на продолжающееся лечение, цилиндрурия исчезает, а иногда сменяется эпителиурией. Нахождение в моче цилиндров и эпителия без альбуминурии не может служить дурным показателем. При лечении Bi—препаратами, в отличие от Hg, замечается род „привыкания“ почек, как-бы „иммунизация“ почечного эпителия, если дозы постепенно повышаются ⁹⁾.

Соли Bi обладают почти таким же диуретическим действием, как и соли ртути, но менее ядовиты и поэтому заслуживают предпочтения при лечении отеков ¹⁰⁾. При недостаточности почек значительное количество хлоридов удается удалить через пищеварительный тракт при помощи $(\text{BiO})_2 \text{CO}_3$, который назначается в дозах до 50 г. ежедневно, можно в молоке. Хлориды выводятся в виде BiOCl ¹¹⁾.

Под влиянием Bi-препаратов число эритроцитов не меняется, но количество лейкоцитов и нейтрофилов увеличивается; Bi благоприятствует поступлению белых кровяных телец в ток крови ¹²⁾, а это очень важно, потому что фагоцитоз играет видную роль в механизме уничтожения спирохет: нерастворимые препараты Bi захватываются лейкоцитами и превращаются в растворимые соединения, проявляющие сильное трипановидное действие ¹³⁾.

Малые дозы Bi (1:5000:20000) повышают резистентность эритроцитов *in vitro*, большие дозы уменьшают ее, а высокие (1:500) действуют гемолитически. Так как

1) Kolle, Med. klin. 20, 1097, 1924; D. med. Ws. 1924. № 32.

2) C. Levaditi C. r. 180, 1971, 1925.

3) P. Lemaу и L. Jaboustre, C. r. 179, 1441, 1924.

4) C. Levaditi, Journ. state med. 32, 62, 1924.

5) G. Giemsa, Münch. med. Ws. 72, 377, 1925.

6) J. G. Hekkelmann, Derm. Ws. 80, 508, 546, 585, 1925; литерат.

7) W. Lichtenberg, ibidem, 82, 746, 1926.

8) V. Kollert, U. Straus и R. Rosner, Wien. klin. Ws. 36, 49, 1923.

9) Gily Gil, Ziegl. Beitr. 72, 621, 1923.

10) L. Blum, Soc. biol. 88, 461, 1923; A. L. Molnar, klin. Ws. 4, 1214,

1925.

11) A. Яроцкий, Paris medic. 57, 506, 1925.

12) S. La Mendola, Arch. farm. sp. 39, 104, 1925.

13) R. Sazerac и R. Vauris, Soc. biol. 91, 430, 1924; Ann. Past. 39, 86,

1925.

целительный эффект As при анемии приписывают тому, что As увеличивает резистентность эритроцитов, то Bi следует испытывать при лечении пернициозной анемии ¹⁾.

Препараты Bi дают соединения с эвглобулинами сыворотки ²⁾.

Bi оказался очень действительным при лечении сифилиса нервной системы; неизвестно только, на сколько длительно держатся результаты лечения ³⁾.

5. Всасывание Bi.

Достаточно произвести однократное втирание Bi мази (10% BiCl₃) в кожу одной лапки мыши, чтобы в течение нескольких дней констатировать появление Bi₂S₃ в коже другой; начиная с 5 дня, реакция постепенно исчезает. Этот опыт показывает, что происходит равномерное пропитывание тела лекарством и уничтожение им спирокс во всем организме при периодическом введении Bi-препаратов в зараженный организм ⁴⁾. После впрыскивания в мышцы виннокислого калий-висмута 40—50 мг. на кило через 24 часа его можно открыть в крови и он остается там в течение нескольких недель в концентрации до 0,003 мг. на 1 см³ ⁵⁾.

Особенно хорошо всасываются, как уже сказано, препараты Bi, содержащие лецитин, напр., бисмосальван: через 3 дня рентгеном уже не удастся открыть Bi на месте инъекции ⁶⁾. Такие же препараты, как Bismuthum subcarbonicum или subnitricum, при приемах per os не поступают в мочу, и следовательно, совсем не всасываются из кишечника ⁷⁾.

6. Распределение Bi в органах.

Препараты Bi фиксируются органами в таком нисходящем порядке: толстые кишки, почки, селезенка, слюнные железы, мозг и печень ⁸⁾. При введении в ушную вену кролика больше Bi оказывалось в легких, при введении в мезентериальную через 1 час в печени найдено 89,6% ¹⁰⁾. Он переходит также в молоко матери, в детское место и к плоду ⁹⁾. Никакого преимущественного накопления Bi в сифиломах не наблюдается: после впрыскивания в мышцы 17,5 мг. в селезенке и почках открывают 44—48 γ (γ—микрограмм=0,001 мг), а в шанкре 1—2 γ ¹⁰⁾. Клетки ретикулоэндотелиальной системы поглощают Bi на подобие фагоцитов и образуют запасы Bi, достаточные для разрушения паразитов ¹¹⁾.

7. Выделение Bi.

Как всасывание, так и выделение Bi не зависят от способа его введения: большая часть Bi выводится с мочей, остальная с калом ¹²⁾. Пока продолжается лечение, в кале выводится постоянное количество Bi, равное $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{7}$ содержания его в моче; но по окончании лечения в кал поступает больше, чем в мочу. Из организма выводится от 15 до 50% введенного Bi, так что в теле остаются значительные запасы его. Скорее всего выделяется Bi после внутривенного введения ¹³⁾: когда впрыскивают по 1 см³ саллюена три раза в неделю, то в моче находят ежедневно по 3 мг Bi и через 3 недели после прекращения лечения по 1—2 мг, а 10 недель спустя все еще по 0,5—0,06 мг; в кале выделяется меньше: 0,5 мг во время лечения и 0,05 мг спустя 6—12 недель по прекращении ¹⁵⁾.

¹⁾ A. Simon, Biochem. Zs. **159**, 424, 1925.

²⁾ H. Bauer и E. Strauss, Zs. physiol. Ch. **149**, 19, 1925.

³⁾ H. Saetre, Norsk. Mag. Laeg **22**, 126, 1924.

⁴⁾ T. Komiyama, klin. Ws. **4**, 2012, 1925.

⁵⁾ C. S. Leonard et A. F. Seibert, Journ. pharm. **33**, 283, 1928.

⁶⁾ J. Weitgasser, Med. klin. **22**, 1305, 1926.

⁷⁾ M. Perrin и S. Ducos, Soc. biol. **92**, 439, 1925.

⁸⁾ A. Lissievici-Dragonesco, Bull. soc. clin. Roum. **6**, 86, 1924.

⁹⁾ S. Levy и E. Selter, Arch. Kinderh. **75**, 281, 1925.

¹⁰⁾ C. Levaditi и A. Girard, C. r. **180**, 402, 1925.

¹¹⁾ C. Levaditi, Lancet **1926**, 1, 215; L. Califano, Krankh. **6**, 77, 1928.

¹²⁾ J. Biro, C. A. **20**, 241, 1925.

¹³⁾ W. Eugelhardt, Arch. Dermat. Syph. **156**, 1, 1928.

¹⁴⁾ R. Fabre и M. Picon, Journ. pharm. klin. (8), **8**, 249, 1928.

¹⁵⁾ A. Memmesheimer, Zs. exp. Med. **47**, 454, 1925.

При внутримышечном вприскивании бисмосальвана выведение его с мочей начинается через 12 часов и держится на определенном уровне в течение 12 дней, а затем понемногу начинает уменьшаться. Быстрое всасывание и медленное выделение характерно для бисмосальвана¹⁾.

После введения в вену кролику 0,05—0,1 г Vi, в виде калийвисмусовой соли виннокаменной кислоты в 5% масляной эмульсии, выведение Vi с мочой прекращается через 8—10 дней. Из эмульсии в парафиновом масле всасывание происходит медленнее и не так регулярно²⁾.

Опыты на собаках, наоборот, показали, что в первые дни после вприскивания Vi-солей больше Vi выделяется с калом; когда 70% Vi будет удалено, тогда только в моче появляется больше, чем в кале. Выделение продолжается по меньшей мере в течение месяца. Если Vi введен путем втирания в кожу, то 93—95% выводятся через кишечник³⁾.

8. Механизм действия Vi на спирохет.

Печень кролика растирается с изотоничным раствором NaCl, осадок отделяется центрифугированием, к жидкости прибавляется равный объем 2% раствора Na—Vi соли виннокаменной кислоты и после некоторого настаивания при 37° в смесь вводится *Trypanosoma nagana* или *Spirillum gallinarum*. Через 90 минут при 30° микроорганизмы становятся неподвижными и умирают, тогда как в контрольном 1% растворе Vi соли (без экстракта) паразиты продолжают оживленно двигаться. Ядовитые производные Vi получают при воздействии его на солевые экстракты из печени, почек, легких, мезентериальных ганглиев, супраренальной капсулы, яичников, мозга и мышечной ткани кролика. Цельная кровь, кровяная сыворотка, яичные белок и желток и дрожжи не дают активных препаратов. Печень курицы, морской свинки, лошади, барана и теленка дали те же результаты, что и печень кролика. Этот токсический дериват Vi был назван бисмоксилем. В отличие от аналогичных производных As, которые действуют только на трипанозом, бисмоксил поражает и трипанозом, и спирилл. Другие соли Vi и даже мелко растертый металлический Vi тоже образуют бисмоксил в печеночных экстрактах, причем растворимые соли оказались более активными. Количество бисмоксила зависит от количества печеночного экстракта и очень мало от концентрации и состава Vi соли в смеси. Повидимому, белки органических экстрактов дают Vi-токсальбумин, аналогичный As-токсальбумину, который получается в присутствии атоксила⁴⁾. В мышцах находят меньше бисмоксила, а мускулатура рыб даже вовсе лишена этого вещества. Новейшие наблюдения показали, что особенно активный бисмоксил дают вытяжки из органов, богатых глютатионом (надпочечные капсулы). Достаточно 3—400 мг металла на килограмм веса кролика, чтобы вызвать иммунизацию и разрушение спирохет и зарубцовывание язв⁵⁾ как у кролика, так и у человека⁶⁾ (180—252 мг на весь курс лечения!). Бисмоксил обладает целым и профилактическим действием при трипанозах и является терапевтическим агентом первого ранга при экспериментальном сифилисе у животных и сифилисе у человека⁷⁾. По мнению других авторов, помимо белков эффект Vi-препаратов усиливается пропорционально содержанию лецитина в органах⁸⁾. Следы Vi в тканях каталитически разрушают паразитов на подобие настоящих ферментов⁹⁾. При помощи Vi-препаратов можно вызвать род „химической вакцинации“ организма, так что животное становится невосприимчивым к заражению в течение 3—6 месяцев—получается состояние подлинного „химического иммунитета“. Na—Vi соль

¹⁾ Weitgasser, l. c.

²⁾ G. Frits, C. A. 19, 2704, 1924.

³⁾ L. Kürth, Bioch. Zs. 150, 173, 1924.

⁴⁾ C. Levaditi и S. Nicolau, C. r 176, 1189, 1923; Journ. state med. 32, 62, 1924 C. r. 179, 939, 1924; Ann. Past. 42, 1489, 1928.

⁵⁾ S. Nicolau, Recherches biochim. sur la mécanisme d'action du bismuth dans les spirilloses et les trypanosomoses. Thèse de Paris, 1925.

⁶⁾ F. Herrmann и E. Nathan, klin. Ws. 4, 1303, 1925.

⁷⁾ C. Levaditi и A. Girard, C. r. 180, 402, 1925.

⁸⁾ C. Levaditi и A. Howard, Soc. biol. 100, 469, 1929.

⁹⁾ L. Fournier, L. Guénot, A. Schwartz и M. Iovanowitch
ibid. 471.

винно-каменной кислоты осаждает каталазу из печеночных экстрактов и этот осадок энергично разлагает перекись водорода. Каталазу нельзя удалить из этого осадка ни промыванием, ни диализом; нагревание до 100° как осадка, так и исходного экстракта уничтожает их каталитическую способность. Осадок *Vi* из печеночного экстракта обнаруживает спириллоидные свойства, тогда как осадок куриного белка с *Vi* этой способностью не обладает и не разлагает H_2O_2 ¹⁾.

9. *Vi* при других заболеваниях.

Препараты *Vi* обнаружили несомненное лечебное и превентивное действие при фрамбезии²⁾ болезни *Sodoku*³⁾, при болезни *Weil's* (инфекционная желтуха)⁴⁾, геморрое⁵⁾, но они не помогают при сонной болезни⁶⁾ и малярии⁷⁾.

Планирование здравоохранения.

Ф. Г. Мухамедьярова.

11—13 сентября с/г. при НКЗдраве РСФСР. состоялось совещание плановых работников и руководителей здравоохранения областей и республик, входящих в состав РСФСР. Открывая совещание, нарком Н. А. Семашко остановился на основных моментах работы органов здравоохранения в периоде социалистического строительства. Он указал на необходимость проведения жесткой плановости в работе, на большое политическое и практическое значение выполнения 5-ти летнего плана здравоохранения и на строгое проведение социально-классового принципа в деле обслуживания населения медико-санитарной помощью. Была подчеркнута необходимость наиболее полного обеспечения медико-санитарным обслуживанием промышленных центров, районов расположения крупных совхозов и колхозов, на что должно быть обращено самое серьезное внимание и выделен максимум средств.

С докладом о контрольных цифрах на 1929/30 г. выступил тов. Коновалов, который указал, что контрольные цифры, как второй годовой отрезок пятилетки, отражают все те установки, которые легли в основу пятилетнего плана. Контрольные цифры составлены с учетом всех тех основных задач, которые стоят перед органами здравоохранения на сегодняшний день. Правда, они не дают возможности широко развернуть наши мероприятия в соответствии с общим темпом развития всего народного хозяйства, но при стопроцентном их выполнении и при соблюдении строгой плановости мы сможем достигнуть крупных результатов, что, главным образом, зависит от правильного проведения нашей политики на местах. Главная наша задача заключается в обеспечении промышленных центров основными видами медико-санитарной помощи, в подтягивании отсталых районов (например, горняцких), в обеспечении специальной помощью в городах в первую очередь застрахованных, несмотря на значительный разрыв между обслуживанием города и деревни. Дальнейшее развертывание медико-санитарной сети и новое строительство должны удовлетворять именно этим требованиям. Работа наших учреждений должна быть реорганизована в соответствии со введением 7-ми часового рабочего дня и непрерывной рабочей недели.

¹⁾ A. Maubert, L. Jaloustre, P. Lemay и G. Andreoly, C. r. 180 539, 1925.

²⁾ F. van den Branden и L. van Hoof, Ann. soc. belg. de med. trop. 3, 327, 1924.

³⁾ A. T. Salimbeni и R. Sazerac, C. r. 184, 1497, 1927.

⁴⁾ П. П. Маслаковец, Е. Б. Шейнина и Н. С. Иттер, Микробиологический журнал, 7, 190, 1928; Uhlenhuth и Seifert, C. Bakt. I, 110, 47, 1929.

⁵⁾ E. Horwitz, Therap. d. Gegenw. 1926, H. 3. отд. оттиск.

⁶⁾ F. van den Branden L. van Hoof, Bull. Soc. pathol. expt. 1922, 692.

⁷⁾ O. Fischer, Münch. med. Ws. 74, 483, 1927.

Обеспечение обобщественного сектора сельского хозяйства, представляющее вторую важную задачу, также предусмотрено в контрольных цифрах. Правда, окончательное разрешение этого вопроса требует еще много сил и средств и, главным образом, оно упирается на новое строительство, но пока мы можем и должны осуществить те мероприятия, которые этого не требуют: организация пунктов первой помощи, амбулаторий с приемным покоем, яслей и друг.

В отношении обслуживания колхозов и совхозов стационарно помощью и специальными видами медпомощи они должны быть прикреплены к ближайшим лечебным учреждениям. Далее в контрольных цифрах предусмотрено подтягивание отсталых частей здравоохранения, как-то: ОЗД и др.; уделено большее место профилактическим мероприятиям, как основе всего Советского здравоохранения; так как некоторые районы РСФСР весьма неустойчивы в отношении эпидемических заболеваний, то этот момент, т. е. снижение эпидемичности отдельных районов, также отражены в контрольных цифрах. Таким образом контрольные цифры отражают все основные моменты, которые должны быть конкретизированы в районном разрезе при составлении оперативных планов. Самое главное внимание должно быть обращено на эффективное использование средств и проведение рационализаторских мероприятий с тем, чтобы удешевить нашу продукцию хотя бы на 5%. Этот последний момент обращает на себя внимание еще потому, что темп развития дела здравоохранения в общем отстает от всего народного хозяйства; имеется серьезная угроза разрыва. Для того, чтобы несколько смягчить этот разрыв и улучшить обслуживание промышленного пролетариата и строителей социализма в деревне, должно быть обращено большее внимание на мобилизацию внутренних ресурсов путем проведения широких рационализаторских мероприятий.

Вторым вопросом повестки дня стоял доклад планового отдела о методологии составления пятилетнего плана в социально-классовом разрезе. Докладчик тов. Гинсбург указал, что этот вопрос является дальнейшим уточнением пятилетнего плана и представляет вторую стадию плановой работы. Первый этап плановой работы выявил в пределах финансовых лимитов перспективу развертывания сети и мероприятий, а вторая стадия работы должна заключаться в выявлении продукции намеченной сети и в ее распределении между отдельными группами населения соответственно задачам, поставленным пятилетним планом развития всего народного хозяйства. Таким образом, задачи социально-классового подхода по медобслуживанию различных групп населения должны быть более четко сформулированы, а именно: а) наиболее полное обеспечение медицинской помощью промышленного пролетариата, б) расширение и улучшение медпомощи село-хоз-йственным рабочим совхозов, в) улучшение медицинского обслуживания обобщественного сектора сельского населения: трудящихся колхозов и г) улучшение, по мере возможности, медпомощи остальному сельскому населению. Все это нужно выявить в виде развернутого цифрового материала.

Запроектированный бюджет здравоохранения не дает возможности развернуть сети медико-санитарных учреждений для полного обслуживания указанных групп. Рост больничных коек в городах на 32% отстает от роста застрахованных (40%). Поэтому для осуществления указанных выше задач требуется наиболее рациональное использование существующей и вновь запроектированной сети, как по линии повышения ее продукции, так и по линии очередности в обслуживании этой сетью различных групп населения. В отношении повышения продукции сети необходимо уменьшение прогула коек, который по предварительным сведениям доходил в 1927/28 году до 20% в городах, до 28% в сельских местностях. Плановый отдел считает необходимым снизить недогрузку коек в городах к концу 5-ти летия до 11%, и в сельских местностях до 15%, исходя из оборота городской койки в 17, а сельской в 16 раз. Такое уменьшение прогула коек возможно при условиях: а) сокращения времени, затрачиваемого на ремонт б-ц до 3-х недель в городах и до 1 м-ца в сельских местностях, и вообще, рационализации ремонта учреждений путем своевременного отпуска средств, заблаговременного заготовления материалов и проч.; б) полного обеспечения б-ц необходимым количеством медперсонала и прекращения наблюдающегося на местах частичного свертывания коек во время летних отпусков; в) широкого применения системы боксов в заразных корпусах, дабы избежать высокого % прогула коек; г) решительного улучшения больниц в сельских местностях; д) проведения рационализации деятельности учреждений на основе циркуляра НКЗ за № 126; е) проведения социалистического соревнования между здравоохранителями и отдельными учреждениями.

Доведение нагрузки коек до нормальных размеров позволит увеличить количество койко-дней в больницах городов и промышленных центров к концу 5 летия на 51,9% при росте числа коек на 32,0%, т. е. получить лишних 4703 тысячи койко-дней, а в сельских местностях на 71,7% при росте числа коек на 47,5%, т. е. получить лишних 2620 т. койко-дней. В психиатрических больницах эта рационализация должна сводиться к разгрузке этих учреждений, ввиду чего рост продукции психобольниц на 12% отстает от роста числа коек на 50,2%. Введение вечерних приемов в амбулаториях городов и промышленных центров увеличит число посещений в 1932/33 г. на 52,4% при росте амбулаторных кабинетов (включая зубо врачебные) на 37,3%, а введение второго врача на участке повысит число посещений на 35,3%, т. е. даст слишком 24 миллиона посещений. Такое повышение продукции несколько смягчит острую потребность в новом строительстве и даст возможность снизить стоимость единиц медицинской помощи, что позволит примерно на 200 миллионов сократить дефицит по бюджету здравоохранения, исчисленный ориентировочно в 350—400 миллионов рублей. Ввиду общей недостаточности развития дела здравоохранения, обслуживание должно производиться в порядке очередности с учетом значения каждой группы населения в деле социалистического строительства. По предварительным подсчетам планового отдела, из всего прироста продукции городских больниц (без психиатрических), к концу пятилетия в 16.073 т. койко-дней, для обслуживания застрахованных намечается 14998 т. койко-дней или 93,3%. Общий процент использования застрахованными городской квалифицированной коечной помощи повысится до 73,8% вместо 63,6% в 1927—28 г.

Незастрахованные, т. е. крестьяне, при общем росте продукции городских больниц на 51,9% получают из нее 12350 т. койко-дней вместо 11 275 т. койко-дней в 1927/28 г., т. е. более всего лишь на 0,9%. Такое использование городской коечной сети даст возможность поднять норму коечного обслуживания застрахованных в среднем до двух койко-дней на одного застрахованного жителя вместо 1,61 койко-дней в 1927—28 г., т. е. на 24,2%. При этом норма для застрахованных, живущих в городах и промцентрах, т. е. главным образом для промышленного пролетариата, повышается более значительно с 1,63 до 2,03 койко-дней, т. е. на 24,5%, а для застрахованных в сельских местностях, т. е. главным образом для рабочих совхозов, с 1,43 до 1,65 койко-дней или на 15,4%.

По амбулаторной помощи показатель обслуживания одного застрахованного повышается в среднем до 8-ми посещений вместо 6,91 за 1927—28 г., т. е. на 15,8%, причем такое усиленное обслуживание застрахованных амбулаторной помощью может быть осуществлено только за счет некоторого сокращения приема в городских амбулаториях незастрахованных, т. е. главным образом сельских жителей. Если в 1927/28 г. приходилось на незастрахованных около 25 миллионов посещений в городах, то в 1932/33 г. для них запроектировано только 20 мил. посещений.

При указанной проектировке общее использование застрахованными больницы помощи повышается с 44,8% до 52,5%, а амбулаторной с 50% до 56% при росте удельного веса застрахованных в общем населении с 14% до 17%.

Наряду с улучшением медпомощи промышленному пролетариату и рабочим совхозов необходимо решительное улучшение медпомощи населению социалистического сектора на селе. Для этого значительная часть прироста сельских коек должна быть обращена на обслуживание колхозов. Из всего прироста продукции сельских б-ц в 8,047 тысяч койко-дней предполагается использовать на обслуживание колхозников 3,646 т. койко-дней или 45,3%. Кроме того, весь прирост по участковым больницам в городах также обратить на обслуживание колхозов. Все это даст возможность повысить норму коечного обеспечения для 1-го жителя колхозов с 0,35 до 0,67 (по линии сельской сети с 0,12 до 0,32 койко-дней, по городской с 0,14 до 0,25, с.) т. е. на 86%. По амбулаторной помощи показатель на одного жителя колхозов повышается с 1,3 до 2,0 т. е. на 58,8% (по линии сельских амбулаторий с 1,0 до 1,58 и городских с 0,3 до 0,42). В силу ограниченности средств для неорганизованного сельского населения коечный показатель может быть повышен на 1,7% т. е. с 0,35 до 0,356 койко-дней, а амбулаторный на 4,2% т. е. с 1,2 до 1,25 посещений.

По остальным медико-санитарным учреждениям вопрос о распределении продукции еще не проработан, но в основу этой проработки будут положены выше изложенные принципы. Так, показатель обслуживания постоянными яслями застрахованных должен повыситься с 0,42 до 0,77 дето-дней на 1-го застрахо-

ванного или на 83,3%. Ясельный показатель для 1-го жителя обобщественного сектора увеличивается с 0,025 до 0,71, а для остальных сельских жителей с 0,025 до 0,081.

В результате такого распределения продукции медико-санитарной сети получается некоторое перераспределение средств по бюджету здравоохранения.

Если в 1926/27 году на обслуживание застрахованных из всех средств затрачено 63,3%, то в 1932/33 году 67%, причем это повышение производится, главным образом, за счет бюджетных и прочих средств, из которых в 1926/27 г. выделялось на застрахованных 37,7%, а в 1932/33 г. 47,6%.

Стоимость медпомощи для одного активно-застрахованного повышается в среднем до 64 р. 17 к., вместо 37 р. 15 к., причем расход из фонда медпомощи возрастает всего лишь на 36,5% (с 25 р. 77 к. и до 35 руб.) тогда как расход из бюджетных средств увеличивается на 155% (с 11 р. 38 к. до 29 р.). Таким образом, по линии бюджетных и др. средств в первую очередь акцентируется медпомощь застрахованным, т. е. главным образом промышленному пролетариату и рабочим совхозов. При среднем расходе на одного жителя из этих средств (без фонда медпомощи) в 4 р. 41 к., на душу застрахованного населения предполагается израсходовать 11 р. 60 коп. т. е. более на 7 р. 19 к. Во вторую очередь за счет бюджетных и прочих средств акцентируется медпомощь социалистическому сектору на селе. Стоимость медпомощи для одного жителя колхозов к концу пятилетия повысится до 5 руб. 18 коп. вместо 1 р. 37 коп., израсходованных в 1926/27 г. на них как на сельских жителей. Стоимость медпомощи для остальных сельских жителей возрастает до 2 р. 50 коп. на душу, вместо 1 р. 37 к. за 1926/27 год.

Этот проект обслуживания медпомощью населения в социально-классовом разрезе является первой наметкой, исчисленной в масштабе РСФСР, и потому нуждается в более углубленной проработке по отдельным районам.

По вопросу о переводе лечебной работы на диспансерный метод сообщение сделал тов. Нейштадт. Хотя этот вопрос на повестке дня не стоял, но в связи с постановлением Совнаркома РСФСР о разработке плана снижения заболеваемости и об уменьшении количества дней временной утраты трудоспособности среди рабочих, вопрос о диспансерном методе перестает быть только предметом дискуссии, а приобретает большое практическое значение. В кратком своем сообщении тов. Нейштадт указал, что Наркомздрав предполагает перевести работу лечебных учреждений на диспансерный метод, как единственный метод, отвечающий задачам советского здравоохранения и дающий возможность поставить учет заболеваемости среди отдельных производственных групп, изучения причин повышения заболеваемости и принятия практических мер к ее снижению. Само собой разумеется, что с введением диспансерного метода в лечебных учреждениях необходимости в существовании отдельных туберкулезных и венерологических диспансеров не будет. Таким образом мы перейдем на единую диспансерную систему, что, несомненно, обеспечит более эффективное и рациональное использование наших сил и средств и облегчит планирование наших мероприятий с точки зрения их хозяйственной значимости — воспроизводства и восстановления рабочей силы.

По вопросу о санитарном оздоровлении Республики, тоже не включенному в повестку дня, совещание выслушало сообщения т.т. Сысина и Добрейцера. В связи с докладом НКЗдрава в Совнарком РСФСР о санитарном состоянии Республики последний вынес ряд весьма важных, имеющих большое практическое значение, постановлений, касающихся санитарного оздоровления Республики. НКЗдраву РСФСР предложено разработать 4-х летний план проведения санитарно-оздоровительных мероприятий, который должен охватить все стороны санитарной жизни, а также включить мероприятия, проводимые другими ведомствами в области санитарного оздоровления. В свою очередь НКЗдравом предложено всем областным и краевым Здравоотделам и НКЗдравам автономных республик и областей немедленно приступить к разработке плана в краевом и областном масштабе согласно инструкции НКЗдрава, и по согласовании и утверждении в местных плановых комиссиях представить в НКЗдрав РСФСР не позднее 15 октября с/г.

Далее была заслушана краткая информация тов. Кульвановского о социалистическом соревновании между Здравоотделами. Наиболее актуальными задачами, которые стоят перед органами Здравоохранения и могут служить предметом соревнования, НКЗдрав считает след. вопросы: 1) проработка 5-ти летнего плана в социально-классовом разрезе, 2) осуществление контрольных цифр на 1929/30 год, 3) наибольшая мобилизация внутренних ресурсов, 4) снижение прогула коек, 5) установление связи с производственными союзами.

Все эти вопросы, имеющие большое политическое и практическое значение, ни в коем случае не могут оставаться только предметами обсуждения на совещаниях и заседаниях ответственных работников, а должны привлечь внимание всех работников Здравоохранения, в особенности врачей, которые должны принимать активное участие в проработке этих вопросов на местах и усвоить их политическое и экономическое значение с точки зрения социалистического строительства.

Контрольные цифры по здравоохранению в РСФСР на 1929/30 г.
(К докладу тов. К о н о в а л о в а).

Лечебно-профилактическая сеть (без транспорта)

Табл. 1.

Наименование	1927/28	1928/29	1929/30	Рост по отношению к предыдущ. году принятому за сто	
				1928/29	1929/30
Больничные койки	175630	184019	198889	104,8	108,1
В том числе:					
а) городские	111456	114653	121743	102,9	106,2
б) сельские	42618	45915	50259	107,7	109,5
в) психиатрические.	21556	23451	26887	108,0	114,6
г) амбулат. кабин., включая приболн. в городах	7245	7915	8664	109,2	109,5
Зубоврач. кресла	2670	2886	3207	108,0	108,0
Врачи помощи на дому	1406	1705	1912	121,3	112,1
Пункты пер. пом. на предпр.	1163	1463	1721	125,8	117,6
Нервно-псих. диспансеры	8	11	24	137,5	218,1
Хозрасч. аптеки	2002	2159	2377	107,8	110,1
Сельские врач. уч.	4781	5084	5498	106,3	108,1
В том числе больниц	2791	2920	3073	104,6	105,2
Самост. фельдш. пункты.	3525	3457	3212	98,1	92,9

Санитарно-профилактическая сеть (без транспорта).

Табл. 2.

Бактер. институты	35	35	35	100,0	100,0
Лаборатории	214	243	289	113,5	118,9
Дезстанции.	14	16	35	114,3	218,0
Дезпункты	194	212	271	109,2	127,8
Малар. станции.	107	110	116	102,8	105,4
Пастеровск. станции	52	61	62	117,3	101,6
Санврачи	1299	1446	1649	111,3	114,0
Тубдиспансеры	275	291	314	106,0	108,0
Койки:					
а) Вспом.	7485	8231	8927	110,0	108,0
б) Санаторные	7670	8277	9065	108,0	109,5
Тубпункты	47	63	99	134,0	157,0
Вендиспансеры	210	231	247	110,0	106,9
Вен. пункты	242	295	386	121,5	138,0
Проф. институты	4	7	7	175,0	100,0

Санитарно-профилактическая сеть (без транспорта).

Таб. 2.

Наименование учреждений	1927/28	1928/29	1929/30	Рост по отношению к предыдущ. году принятому за 100	
				1928/29	1929/30
Проф. диспансеры	20	29	36	145,0	124,1
Дома санпросвета	100	112	135	112,0	120,5
Детпрофамбулатории	124	145	171	116,9	117,8
Койки:					
а) Вспом. при ДПА	1623	2015	2415	124,1	119,8
б) Невро-психо-аномалии . .	1360	1630	1960	119,8	120,2
в) Физ. аномалии	1525	1925	2300	126,2	119,4
г) В сан. для раб. под.	829	1300	1825	156,8	140,0
д) В сан. лаг. для юных пион.	675	1420	1915	210,3	134,8
Врачи ОЗД	1320	1530	1716	115,9	112,1
Первич. пун. ОЗД	59	106	161	179,9	151,8
Детск. консульт.:					
а) городские	589	643	772	109,1	120,0
в) сельские	365	492	650	134,7	132,1
Постоян. ясли	858	978	1122	113,9	114,7
Мест в них	32002	38543	44769	120,4	116,1
Летние ясли	5424	6360	7448	117,2	117,1

Персоналы и зарплата.

Табл. 3.

	28/29 г.	29/30 г.
Контингент:		
Врачи	39525	43171
Средний персонал	81525	88960
Проч. персонал.	141546	154167
Сред. месячн. ставки:		
Врачей	126 р.	150 р.
Средн. персонала	55 »	62 »
Пр. персонала	41 »	45 »
Сумма годовой зарпл.:		
Врачей	59761800	77707800
Средн. персонала	53837520	66186240
Проч. персонала	70624632	83250180
Всего по всем гр.		
Количество персонала	264643	286298
Общая сумма зарплаты	184225952	227144220
Начисл. в соц. стр. и местком	27633892	36343075
Периодич. прибавки	3500000	6000000
Итого с начисл. в соцстр. с период. прибавкой . .	215357844	269487295

Сводный бюджет органов Здравоохранения
включая автоном. республики (в мил. руб.)

Источники финансирования	27/28	28/29	29/30
Сводный бюджет			
1) Госбюджет (включая ссуду ЦКБ)	36,3	40,0	42,9
2) Местный бюджет	176,8	212,7	264,5
3) Фонд медпомощи	182,9	191,0	220,5
4) В том числе:			
а) территориальный	147,9	156,0	182,5
б) транспортный	35,0	35,0	35,0
5) Спецсредства и пр. поступления	31,2	33,9	50,5
6) В том числе отчислений от промышл. и зернотрест. .	—	—	10,9
Итого	427,2	477,6	578,4
В том числе по АССР	35,6	41,4	51,4

Соотношение в бюджете здравоохранения основных расходов
(в миллионах руб.)

Статьи расходов	27/28	28/29	29/30	Удельн. вес по всем бюдж. в %.		
				27/28	28/29	29/30
1) Капитальные вложения	64,0	72,8	102,9	15,0	15,2	17,8
2) Фонд зарплаты	186,0	213,5	255,9	43,5	44,7	44,2
3) Хоз. операт. расходы	177,1	191,3	219,6	41,5	40,1	38
Итого	427,2	477,6	578,4	100	100	100

Библиография и рецензии.

Директор Поликлиники проф. Д. М. Российский. *Труды Поликлиники внутренних болезней I* Московского государственного университета, М., 1929.

В огромном большинстве случаев о жизни и творческой работе наших научных учреждений мы судим лишь по отдельным работам их сотрудников, разбросанным в различных периодических журналах. Благодаря этому составить себе ясное представление о научном направлении данного учреждения, ценности руководства и масштабе работы представляется очень затруднительным.

Чрезвычайно ценным в этом отношении является рецензируемый нами сборник Трудов Поликлиники внутренних болезней I МГУ, объемистый том, в 422 стр., обнимающий 26 работ директора и сотрудников этого учреждения. Выход в свет этого сборника должен быть отмечен.

По своей организационной структуре Поликлиника значительно отличается от структуры клиники. В последней материал главным образом стационарный, оборудование клиники несравненно выше поликлинического оборудования, в то время как в первой, поликлинике, материал текучий, оборудование обычно неудовлетворительно, что в значительной степени затрудняет изучение проходящего через нее материала. Несмотря на все эти трудности, руководитель Поликлиники

и его сотрудники с честью вышли из этого затруднения и своей деятельностью доказали, что даже в скромных условиях научное творчество возможно и может быть поставлено на должную высоту.

Значительное большинство работ этого сборника посвящено изучению клиники заболеваний эндокринного аппарата. За последние годы именно эта глава патологии и терапии подвергается тщательному изучению, и прав несомненно проф. Д. М. Российский, обративший внимание на необходимость коллективной разработки этих клинических проблем, представляющих столь большой и научный, и практический интерес.

Клиника заболеваний эндокринного аппарата чрезвычайно трудна, огромное большинство молодых врачей с ней мало знакомо, да и знакомство их лишь случайное, так как обязательного систематического курса эндокринологии в наших университетах не читается, а заболевания эти встречаются чрезвычайно часто и настойчиво требуют изучения.

Этот пробел в нашей литературе в известной мере заполнен появлением в свет упомянутых Трудов Поликлиники.

Среди работ этого сборника трудно выделить лучшую. Все они очень ценны, во всех обращает на себя внимание тонкость клинического анализа, чрезвычайная тщательность в изучении клинической картины страдания, основательное знакомство авторов с литературой вопроса и всюду чувствуется столь необходимый тонус руководства. Однако, некоторые работы должны быть все же выделены.

Большой интерес представляют работы проф. Д. М. Российского — «К клинике инфантилизма», «Болезнь Parrot-Marie», «К клинике пресенильной инволюции» и др.

Обращает на себя внимание работа д-ра Гинзбурга — «Свертываемость крови и некоторые характерные изменения при различных эндокринных заболеваниях» — работа, в основе которой лежат наблюдения над 158 эндокринными больными — материал огромный.

Чрезвычайно интересна и ценна работа С. Гальперна и Л. Нисевича — «К вопросу об этиологии болезни Perthes'a, в связи с плюригландулярной недостаточностью» — единственная работа, насколько нам известно, на русском языке.

Издана книга превосходно и богато снабжена фотографиями, таблицами и проч.

Позволяю себе в заключение выразить уверенность, что клиницисты оценят эту книгу по достоинству.

Прив.-доц. Н. А. Шерешевский.

Протоколы Московского совещания по борьбе с гонорреей 14—16 декабря 1928 г., стр. 82, ц. 1 р. 50 к.

Борьба с гонореей ввиду непрекращающегося ее роста становится актуальным вопросом современной венерологии. На московском совещании этому вопросу был посвящен целый ряд докладов. (Зайграев — Лечение мужской гонорреи в условиях амбулатории и диспансера; Кушнер — Принципы диагностики и терапии женской гонорреи; Кан — Современное состояние вопроса о гоноррее девочек; Российский — Социальная профилактика гонорреи; Кенигсберг — Личная профилактика гонорреи). Все доклады являются исчерпывающими по своей полноте как с научной стороны, так и с чисто практической, являясь отражением взглядов видных московских школ в борьбе с гонорреей.

А. Вайнштейн.

Проф. Л. Jehle. *Болезни почек в детском возрасте и их лечение.* Пер. с нем. д-ра И. Л. Ольшвангера с предисл. проф. Р. Фронштейна. Госмедиздат. 1929, 30 стр., ц. 35 к.

Патологические состояния, которые принято называть болезнями почек, в действительности представляют собой общие заболевания. Состояние кровообращения во внутренних органах, обмен воды в теле, функция кожи и пр. являются при этом решающими факторами. Эти мысли проходят красной нитью через всю работу проф. Jehle. Соответственно такому взгляду на заболевания почек автор и в их терапии отводит главное место мероприятиям, действующим на весь организм и на его обмен: согревание тела, тиреоидин и пр.

Брошюра проф. Jehle не дает полного изложения указанного в заголовке отдела патологии, но она может быть рекомендована в качестве хорошего введения в учение о заболеваниях почек.

Проф. Лепский.

Dr. Jacob Gottlieb, Privat-dozent für Urologie an der Universität Moskau. *Nieren und Harnleiteranomalien*. Klinik und Diagnostik, 1929.

Работа д-ра Я. Г. Готлиба основана на большом (54 сл.) и разнообразном материале клиники проф. Р. М. Фроштейна, которому автор и посвящает свой труд. Автор разбирает 12 различных аномалий, имеющих главным образом клиническое значение. Работа распадается на две части. В первой части описываются аномалии почек и удвоения почек и мочеточников, и помещено 21 оригинальных рисунков. Во второй—описываются только аномалии мочеточников и приведено 13 собственных рисунков. Прекрасно, сжато, но исчерпывающе обработаны истории болезни. Описывается подробно широкое применение во всех случаях современных методов исследования. Прекрасно выполненные уретеропиелограммы дают отчетливое представление о различных аномалиях почек и мочеточников. Простой, ясный и понятный язык делает работу легко читаемой. Остается пожелать, чтобы работа д-ра Готлиба была напечатана в русском медицинском журнале для широкого ознакомления с нею русских врачей. Проф. Кузнецкий.

Проф. Н. И. Агапов. *«Симптоматическое значение аномалий зубной системы»*. Москва 1929 г. Государственное медицинское издательство. Библиотека Одонтолога. Выпуск тринадцатый.

Редакция журнала «Одونتология и Стоматология» задалась чрезвычайно симпатичной и весьма полезной целью—дать русскому одонтологу ряд монографий под объединяющим названием „Библиотека Одонтолога“, освещающих различные отделы одонто-стоматологии в современном их состоянии. До настоящего времени издательством выпущена серия таких монографий, являющихся частью оригинальными исследованиями, частью же—реферативными обзорами, охватывающими тот или иной вопрос. К этому последнему отделу относится и рецензируемая работа проф. Н. И. Агапова.

Задавшись целью обрисовать зависимость различного рода аномалий челюстно-зубной системы от конституционально патологических факторов организма в целом, а также и профессионально вредных моментов, автор, пользуясь литературным материалом, рисует довольно подробную картину типов наблюдающихся аномалий и взгляды различных авторов на этиологию их, но вместе с тем излагает параллельно и свое личное мнение по этому поводу.

Если первая задача выполнена им, хотя и далеко не исчерпывающе, но все же достаточно удовлетворительно, то вторая по своему изложению оставляет желать очень и очень многого: она поражает читателя обилием противоречий, подчас непонятных выводов и т. д. Для иллюстрации приведем несколько примеров. Так, говоря в начале своей работы (стр. 13—14), о том, что частота вариаций формы и величины зубов мудрости, нередко наблюдающееся полное отсутствие, «а также и крайняя слабость структуры их»—дают «право в будущем совершенно не останавливаться на зубах мудрости» (? рец.) и далее (на стр. 54), что на тех же основаниях «прикус взрослого человека в 28 зубов, если только такое уменьшение числа зубов идет за счет группы зубов мудрости, нельзя считать аномальным». автор на стр. 59 в противоречие самому себе заявляет: „Тип человеческого челюсти с 16 зубами остается неизменным на протяжении тысячелетий. И потому уменьшенное число зубов в челюсти надо учитывать как аномалию».

Еще более странными являются весьма многие личные заключения автора. Напр., что „клыки имеют связь с надпочечниками“ (стр. 48). Указывая на причины красного окрашивания твердых тканей зуба красящим веществом эритроцитов при геморрагиях пульпы, автор самым серьезным образом считает нужным пояснить, что „сами красные кровяные шарики проникнуть в дентинные каналы не могут, так как поперечный размер их значительно превосходит диаметр дентинных канальцев“ (стр. 88). Неужели только поэтому?!—спросим мы автора. На стр. 99 автор дает рисунок гипсового слепка резко деформированной верхней челюсти, ясно говорящей о глубокой дистрофии самой костной системы индивидуума, но проф. Н. И. Агапов полагает, что эта аномалия произошла вследствие „приобретенной с детства привычки спать, подкладывая под щеку кулачек“ (стр. 98). При этом он совершенно игнорирует самый элементарный вопрос, каким образом этот «кулачек», вызвавший, якобы, резкую деформацию правого бокового отдела альвеолярного отростка, мог обусловить столь же резкие изменения во фронтальной дуге этой же самой челюсти, не говоря уже про деформацию и в противоположащей левой ветви челюсти.

Весьма неважно обстоит дело и с попытками автора регламентировать адентию. Прежде всего, совершенно произвольным является утверждение автора,

что под ретенций надо подразумевать задержку в челюсти лишь зубов, имеющих сформированный корень; клиника показывает нам, что задержка прорезывания может произойти не только вследствие механических препятствий, о которых автор только и говорит (стр. 55), но и вследствие недостаточности энергии стимула, проталкивающего зуб на свободную поверхность, и, значит, ретенция может наблюдаться и у зубов с несформированным корнем. Натянута звучит объяснение автора некоторых случаев адентии: „Микроорганизмы через кровеносную систему могут попасть в один какой-либо зубной зачаток и вызвать его гибель“ (стр. 62). Каким образом и почему такой исключительный случай может иметь место, да и может ли он быть вообще, на этом автор даже не считает нужным остановиться и критически его обсудить.

Отметим еще одну крупную, необъяснимую погрешность автора: говоря о рахитической челюсти, проф. Агапов происхождение уплощения передней дуги *mandibulae* объясняет действием только *m-li genio-hyoidei* и *m. biventrin*, в то время как „боковые участки челюсти в свою очередь находятся под тоническим действием *m. platysmae*“, благодаря чему «область резцов является как бы ущемленной между боковыми отрезками челюсти.... В силу такого ущемления кость на протяжении резцов развивается недостаточно» (стр. 105). Заметим кстати, что о деформирующем действии на боковые участки нижней челюсти «натянутой широкой мышцы шеи (*m-lus platysma*)» автор говорит и дальше в описании V-образной нижней челюсти (стр. 108). Без лишних комментариев понятна вся несостоятельность с анатомо-физиологической точки зрения такого рода объяснения. Если бы автор логически обсудил функцию всех мышц, прикрепляющихся к *protub. mentalis int.* (в том числе и главным образом — *m. genio-glossi*), при акте сосания играющем столь важную роль для новорожденного ребенка — он пришел бы к выводу, что во-первых, и этих сил достаточно, чтобы вызвать уплощение передней дуги *mandibulae* при рахитической мягкости костей (что дает стоматологу полную уверенность говорить впоследствии об этом уплощении, как о несомненном и, в некоторых случаях, единственном признаке бывшего рахита), а во-вторых, ему не пришлось бы привлекать к этому и неповинную *m. platysma*.

Прекращая на этом цитирование длинного ряда таких же выводов и комментариев, которых читатель найдет немало в работе проф. Агапова, мы скажем только, что если добавить сюда далеко не гладкий слог и тенденциозность некоторых выводов (напр., значение наследственного сифилиса), то приходится заключить, что цель автора дать общепонятное, систематическое освещение современного состояния затронутого им вопроса — выполнена им не вполне удачно.

Профессор П. А. Глушков.

Р. Н а у д у р о в. *Les ultravirus et les formes filtrantes des microbes*. Стр. 392. Paris, Masson et C^{ie}, 1929. Цена фр. 40.

Эта книга представляет первый французский труд, посвященный ультравирусу и описанию 63 болезней, им вызываемых. После перечисления этих болезней, встречающихся у растений, животных и человека (у последнего сюда относятся: ветряная оспа, оспа, аластрим, краснуха, корь, трахома, полиомиелит, спинномозговая амиотрофия типа Werdnig-Hoffmann'a, энцефалит, пузырчатый и опоясывающий лишай, *molluscum contagiosum*, бородавки, заушница, денге и некоторые виды Виттовой пляски) вкратце излагаются клинические, анатомопатологические, эпидемиологические особенности этих болезней, рассматриваются особенности вызываемого ими иммунитета и, наконец, подробно излагается техника изучения фильтрующихся форм и их особенности. Из русских авторов, кроме Тогуновой, в числе 155 работ мы находим ссылки на русских авторов, работающих за границей (Фейгина, Лазаревич и др.)

Проф. М. Я. Брейтман.

S a u p e E. u. E h l e K. *Das Thoraxbild des normalen Säuglings*. Lehmann's mediz. Atlanten Verlag. München. 1929. Preis 6. M. geb. 8 M.

В этой краткой, но хорошо изданной книжке, предназначенной не только для рентгенолога, но и для педиатра, имеется наряду с хорошими репродукциями торакса нормальных грудных детей и текст-справочник, где мы находим практические указания для клинического и рентгенологического исследования ребенка. Дети выбирались заведомо здоровые от здоровых родителей. Настоящая книжка ценна тем, что прекрасно демонстрирует нам, как осторожно следует трактовать легочный рисунок у ребенка. Особенный интерес представляют снимки *thymus'a*, правый край которого часто образует треугольник, перерезающий основанием талию между восход. аортой и дугой пр. предсердия. 16 рентгенограмм иллюстрируют текст.

Доц. Р. Я. Гасуль.

Aschaffenburg, Gustav. *Psychiatrie und Strafrecht*. Rede. Oscar Müller Verlag. Köln. 1928.

Каждый заключенный должен быть обследован самым тщательным образом психиатром, не для того чтобы открыть у него непременно душевное расстройство, а с целью выявления особенностей каждого преступника и выработки нечто вроде плана, по которому применение наказаний к преступникам было бы более справедливое и целесообразное.

Далее Ашшафенбург требует, чтобы судьи и тюремные служащие получали при содействии психиатров психологическое образование. Если психиатры, судьи и служащие мест заключения будут достаточно подготовлены к тому, чтобы лучше проникнуть в сущность каждого преступника и соответственно этому найти для каждого самые целесообразные меры воздействия, то основные пути будущего уголовного права сведутся к следующему: бережное отношение и мягкость по отношению к случайному преступнику, основательное воспитание неустойчивых, легко искушающихся и рецидивизирующих и строгая изоляция непоправимых.

Ив. Галант (Москва).

Mueller, Erich. *Briefe an eine Mutter*. Vierte Auflage. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart. 1929. S. 350.

Книга профессора Эриха Мюллера преследует цель познакомить молодую мать с основами современного учения о питании матери и ребенка, а также с основами ухода и воспитания ребенка. Весь материал разбит на 21 письмо. Форма изложения и язык книги делают ее содержание доступной каждой грамотной женщине, так что книга вполне достигает своей цели. О том, насколько чувствовалась нужда в такой книге и до какой степени удачно автор справился со своей задачей, свидетельствует то обстоятельство, что книга в сравнительно короткий срок выходит в 4 издании. Перевод на русский язык был бы весьма желателен.

Ив. Галант (Москва).

Рефераты.

а) Общая патология и патология анатомическая.

201. Для решения вопроса, действительно ли опухолевые клетки имеют особое средство к свинцу по сравнению с другими клетками организма Kawata (Beitr. pathol. Anat. Bd. 82, N. 2 1929) пытался определить количество свинца, поглощаемого опухолью по сравнению с печенью, легкими и почками. Для опыта брались мыши с привитым раком, а определение свинца производилось чрезвычайно чувствительным методом радиоактивного анализа золы опухолей и сравняемых органов. Тщательное измерение показало, что опухоль никаким особым средством к свинцу не обладает, наоборот, металла в опухолевой ткани находилось обычно значительно меньше, чем в других органах. По мнению автора терапевтическое действие коллоидальных растворов тяжелых металлов, геср. свинца, следует объяснить их влиянием на сосудистую систему опухолей или непосредственно, или через нервную систему.

Н. Выегзантин.

202. О сохранении радиоактивных веществ в теле после смерти. George, Getter и Muller (Arch. of. Path. vol. 7. № 3, 1929) имели возможность обследовать на присутствие радиоактивных веществ труп 25 л. девушки, извлеченный из земли для этой цели через пять лет после ее смерти. Эта особа последние 4 года своей жизни в силу своей профессии имела дело с радиоактивными веществами. За год до смерти она начала страдать болями в суставах, развились малокровие и быстрое похудание, стали выпадать зубы, и, наконец, получился обширный некроз нижней челюсти. Смерть при явлениях кровотечений и язвенного стоматита. В общем, по ряду прямых и косвенных данных был поставлен диагноз сифилиса. После того как были подмечены такого же рода заболевания среди других лиц этой же профессии, было решено произвести вышеотмеченное обследование трупа этой девушки. Электроскопический, фотографический, количественный и качественный анализ золы всех костей, легких, печени, селезенки и мозга показал, что в этих частях трупа имеется в общем 48,4179 микрограмм радия, при этом были обнаружены все три рода лучей (α , β , γ). Таким образом,

абсорбированные организмом соли радия находят себе постоянную локализацию во внутренних органах и костях тела, особенно в последних. Присутствие радия в костях причиняет повышенную хрупкость их и склонность к некрозам.

Н. Вилегжанин.

203. *Хондробластома, разросшаяся по венам.* M. Kósa. (Virchow's Arch. Bd. 272, H. 1, 1929). У 13-летней девушки в течение нескольких месяцев развилась обширная хрящевая опухоль правого бедра, вызвавшая возрастающие до самой смерти боли. Смерть последовала после высокой ампутации правой ноги. Вскрытие и последующее исследование выяснили, что опухоль из первичного узла проникла в просвет мелких вен; отсюда она, с одной стороны, проросла в костномозговой канал правой бедренной кости, а с другой—в вены большого круга кровообращения. В форме дольчато-цилиндрического тяжа длиной в 70,5 см. опухоль заполняла бедренную и подвздошные вены, всю нижнюю полую вену и полости правой половины сердца и в конце концов разветвлялась по ветвям легочной артерии почти вплоть до капилляров. Инфильтративный рост и метастазы отсутствовали. Вследствие такого обширного заполнения кровеносных сосудов и сердца опухолевыми тромбами при жизни имелось общее расстройство кровообращения, цианоз периферических частей тела и внутренних органов, а незадолго до смерти образовался некроз большого пальца правой ноги и наблюдалось падение температуры тела.

Н. Вилегжанин.

б) Внутренняя секреция.

204. *Реактивация старческих яичников и всего женского организма гормональным путем.* Steinach, Kun u. Hohlweg. (Arch. f. d. ges. Physiol., 219: 325, 1928). Опыты ставились на старых самках крыс через 2—5 месяцев после прекращения эстрального цикла, когда имелся налицо типичный старческий вид с потерей волос, частичной слепотой, изогнутой позой тела, сонливостью и анемией. После введения активных гормональных препаратов возобновлялся нормальный эстральный цикл, регенерировались яичники (микроскопически появление вновь больших зрелых фолликулов и свежих желтых тел, а функционально—появление самостоятельных циклов после прекращения впрыскиваний), регенерировалась матка, вырастали волосы, исчезала слепота, улучшалось кровообращение, укреплялась мускулатура тела и повышалась нервная раздражимость (что иллюстрируется возобновлением первоначальной эластичности и силы движений), усиливался обмен, улучшался аппетит и увеличивался вес. Соответственно с этим восстанавливалась и психика.

З.

205. *Гормональный механизм сокращения и опорожнения желчного пузыря.* Joy and Oldberg. (Am. J. of Physiol. 86, 599, 1928) установили, что впрыскивание собаке, находящейся под легким barbital-эфирным наркозом, следующей смеси: 15—40 сс. децинорм. р. Na HCl, 30 сс. масла, вареных яичных желтков, сливок и прованского масла, 0,5% ас. butiric. и 5% мыльного раствора вызывает сокращение желчного пузыря. Неваренные яичные желтки, прованское масло и сливки действия не оказывают. Самостоятельные ритмические сокращения желчного пузыря, как наблюдалось, происходят 2—4 раза в минуту. Маленькие дозы «cholecystakinin'a» обычно увеличивают их амплитуду с давлением желчи до 3-х ст. ртут. при больших дозах на высоте сокращения ритмические колебания исчезают, но через некоторое время, во время периода релаксации, появляются снова. Авторы наблюдали во время сокращения желчного пузыря инъецирование печеночных протоков lipoidol'em, что по их мнению зависит от увеличенного (ненормального?) тонуса duodenum или сфинктера Oddi.

З.

206. *Об овариальных гормонах: влияние желтого тела на эстральный цикл.* Cotte et Pallott. (Comp. rend. Soc. de biol. 99, 69, 1928) человеческие желтые тела пересаживали самкам крыс. Часть крыс была кастрирована, а часть нормальна. Если желтые тела человека брались во вторую половину менструального цикла, они оказывали тормозящее действие на эстральный цикл крыс. Если же они брались до истечения 14-ти дней от начала менструации, то оказывали двойное действие: у кастрированных крыс они вызвали один или два эстральных цикла, а у нормальных крыс циклы удлинялись и ускорялись.

З.

207. *Наблюдения над эпинефректомированными кошками, лечеными гормоном коры надпочечников.* Hartman F. A., Griffith F. R. Jr. and W. I. Hartman. (Am. J. of Physiol. 86, 360, 1928). Состояние хронической недо-

статочности надпочечников было наблюдаемо у 108 двусторонне эпинефректомированных кошек при ежедневном выпрыскивании экстракта из коры надпочечников. Симптомы были сходны с симптомами острой недостаточности, но в общем они имели наклонность развиваться более постепенно. У большинства животных, получавших экстракт, обмен в течение периода от 7 до 29 дней, следующих за удалением второго надпочечника, оставался в пределах нормы. Животные никогда не прибывали в весе, обычно же теряли вес задолго до начала терминальных симптомов. Эти животные оказывают меньшую сопротивляемость холоду и инфекции и утомляются скорее нормальных. Избыточная еда сопровождается повышением мочевины в крови и приводит к явлениям надпочечниковой недостаточности. В некоторых случаях изменяется цвет кожи из розового в серый. У кошки, прожившей 300 дней, подкожный жир был шоколадно-коричневого цвета. Тиреоидэктомия и кастрация (5 случаев) как будто не влияли на продолжительность выживания кошек, лишенных надпочечников и получавших экстракт из коры. 3.

208. *Инсулин и его отношение к овуляции.* Cotte G. et Pallot G. (Compt. rend. Soc. de biol. 99:74, 1928) установили, что впрыскивание крысам терапевтических доз инсулина сопровождается прекращением полового цикла на все время впрыскивания. В яичниках не наблюдается зрелых фолликулов, много атрезированных и, надо думать, происходит гибель яйца примордиального фолликула. 3.

209. *Физиология желтого тела. I. Влияние очень раннего удаления желтого тела на эмбриона и матку.* Corner G. (Amer. J. of Physiol. 86, 74, 1928) сообщает об экспериментах, имевших целью проверить данные Frankel'a о необходимости желтых тел для сохранения беременности у кролика, а также Bouin и Ancel'a о необходимости этих желез для предбеременной пролиферации эндометрия. Были поставлены 3 серии опытов. 1) После удаления обоих яичников ни одно яйцо не переживает стадии ранней бластулы и эндометрий не пролиферирует как при норм. ранней беременности. 2) После удаления одного яичника и резекции половины другого или после резекции обоих яичников с оставлением только четвертой части яичниковой ткани, но чтобы в ней имелось одно или более желтых тел, эмбрион развивается нормально в нормально пролиферирующей матке. 3) После удаления всех желтых тел при сохранении $\frac{1}{6}$ до $\frac{1}{2}$ овариальной ткани, полученные результаты сходны с результатами после двусторонней овариэктомии, но не отличаются такой регулярностью как там. На основании этих экспериментов можно считать, что так называемая „предменструальная“ стадия человеческого эндометрия развивается под влиянием желтого тела. 3.

210. *Молочная кислота в мышцах крыс, лишенных надпочечников.* Mazzosso (Compt. rend. Soc. de biol. 99, 174, 1928) исследовали крыс на 10, 30 и 60-й дни после удаления надпочечников. Молочная кислота бралась немедленно после минутной тетанизации и после интервалов покоя, следующих за тетанизацией. У контрольных животных молочной кислоты было меньше и она быстрее исчезала из мышц, чем у эпинефректомированных животных. 3.

в) Внутренние болезни.

211. *Лейкемия лимфатич. хронич. у близнецов.* W. Dameshek (A.M.J., 20 IV 1929 г.) сообщает о двух братьях близнецах, заболевших на 56 году жизни с одинаковыми проявлениями лимф. лейкемии, окончившейся смертью их обоих, один за другим через 68 дней. Кровь первого: Hb $34\frac{1}{2}\%$, E—1480000, L—896000; второго: Hb— $22\frac{1}{2}\%$, E—1.879.000, L—620800. Нейтрофилы и ядерные эритроциты встречались в мазках, состоявших сплошь из лимфоцитов. Данный случай а. рассматривает как довод в пользу эмбриональной теории происхождения лейкемии. Н. Крамов.

212. *Аскариды (Ascaris lumbricoides), обнаруженные в полости правого сердца.* C. Boettiger, (A.M.J., 6 VII 1929 г.). Больная, помещенная в больницу с жалобами на жар, знобы, боли в груди, скончалась на 4-й день заболевания от пульмонарного тромбоза. В связи с данным диагнозом, подтвердившимся на вскрытии, правый желудочек и а. pulmonalis были обследованы до удаления внутренностей en masse. Сердце значительно гипертрофировано, без вальвулярных и эндокардиальных изменений, кроме умеренных артериосклеротических утолщений, в полости правого желудочка обнаружены 2 аскариды до

10 снт. длиной каждая. В обеих нижних долях и правой средней легких выраженная индурация и интерстициальный фиброз, свежий тромб по стенке сосуда ведущего в среднюю долю. В кишечнике взрослых форм *a. lumbricoides* не было найдено.

Н. Крамов.

ч) Туберкулез.

213. О лечении *lupus vulgaris* диетой по Gerson'у говорят S. Bommer и L. Bernhardt из Гиссенской клиники проф. Jesionek'a (D. m. W. 1929, № 31). За последние годы лечение *lupus* претерпело большие изменения: вместо стремления воздействовать местными разрушающими средствами на местный очаг болезни лечебные мероприятия стремятся к поднятию жизненной функции всей кожи, обмена всего организма (световые, солнечные ванны всего тела, холодные и горячие ванны, очищение всей кожи). Общее укрепление, использование благоприятной внешней обстановки играют теперь в терапии *lupus*, как и всех других туберкулезных больных, основную роль. Кожа и легкие, два большие соприкасающиеся с внешней средой органа, играют главную роль в проникновении и развитии тбк, и в правильном их содержании вообще главная цель терапии тбк. Третьим важным органом, соприкасающимся с внешней средой является кишечный тракт; на этот орган в смысле лечения тбк в настоящее время обращено особое внимание Gerson'ом, Sauerbruch'ом, Herrmannsdorfer'ом. С начала 1928 г. обращено внимание на лечение диетой Gerson'a и больных *lupus vulgaris*, и в настоящее время можно сказать, что диететическое лечение можно рассматривать как самое действительное лечение *lupus vulgaris*.

В настоящее время Гиссенская клиника применяет диететическое лечение свыше 150 больных *lupus*. Уже через несколько дней при этом отмечаются улучшения даже и при наименее поддававшихся прежде лечению гипертрофических формах: исчезновение отеков, венозного стаза—это первые клинически отмечаемые результаты диеты. Затем постепенно исчезают все явления, причем особенно надо отметить прекрасный косметический результат: не остается никаких рубцов. При докладе Bommer'ом и Bernhardt'ом было продемонстрировано 25 совершенно излеченных случаев *lupus*.

На XVI съезде немецких дерматологов (Кёнигсберг 4—10, VIII 29 г.) Bommer говорил уже о 200 случаях и сделал еще ряд практических указаний. Лечение длится от 3 до 12 месяцев. Один Mineralogen (M. m. W. 1929, № 21) без диеты недействителен. Лечит не сама диета, она подготавливает только почву, на которой лучше действуют терапевтические мероприятия; во всех случаях применялась и гелиотерапия. Wischmann (Hamburg) подтверждает хорошее течение *lupus* при лечении диетой.

Ю.

д) Детские болезни.

214. Болезни органов кровообращения в детском возрасте подразделяются Priv.-Doz. A. F. Hecht'ом (Die Arztliche Praxis № 3, 1929) на шесть групп: *Первая группа*: эндо-, мио- и перикардиты — в грудном возрасте б. ч. стоят в связи с пупочной инфекцией, нагноительными процессами, гонореей или гриппозной инфекцией, а позже — в связи с ревматизмом. Терапия заключается в полнейшем покое, удобоваримой пище, заботе за опорожнением кишечника и в устранении всяких раздражений. При беспокойстве—sedativa. Препараты digitalis'a показаны только в тех случаях, когда расширение сердца, припухлость печени или отеки говорят о недостаточном кровообращении. Энергичная digitalis-терапия может дать толчек к возникновению эмболии. Салициловые препараты рекомендуются автором давать только при одновременных ревматических явлениях и немедленно по миновании надобности прекратить. После ликвидации эндокардита необходимо еще соблюдение строгого постельного режима в течение нескольких недель, и только с установлением пульса на цифре 100 можно начинать постепенно вставать. При наличии одновременно ангины необходимо после выздоровления прибегнуть к тонзиллэктомии. При ревматических заболеваниях эндокарда всегда можно ожидать в той или иной степени участия и миокарда. Перикардиты часто сопутствуют ревматическим эндокардитам, но могут встречаться без них, просто как ревматический эквивалент, и часто комбинируются с левосторонними плевритами. Встречаются еще в детском возрасте и туберкулезные перикардиты. Из-за болей и тяжелого дыхания приходится иногда прибегать к морфию или опию. При большом экссудате ставится вопрос о пункции, а при нагноении—о хирургическом вскрытии сердечной сумки. Перенесшему острый перикардит ребенку

очень часто угрожает сращение перикарда с сердцем, дающее клиническую картину затруднения опорожнения предсердий с застойной печенью, описанной Risk'ом под названием perikarditische Pseudoleberzirrhose. *Вторая группа*—это нарушения кровообращения при разных инфекционных заболеваниях. Заболевания эти касаются по преимуществу тех, которые переносят скарлатину, дифтерию, тиф и пневмонию. При дифтерии чаще всего бывают смертельные исходы от недостаточности сердца, имеющей частично своим объяснением недостаточность надпочечников, миокардит, заболевания мелких сосудов, изменения vagus'a и sympathicus'a и нарушения в проводящей системе сердца. Лечение заключается в камфоре, кофеине, атропине, с осторожностью стрихнину и адреналине. Препараты наперстянки обычно действуют нехорошо, так как вызывают сердечный блок. *Третью группу* составляют врожденные аномалии, диагностика которых, по Нешт'у, в первые 4 года жизни представляет большие трудности. Детям с врожденными заболеваниями сердечно-сосудистой системы следует избегать холода и инфекций. Случаи, при которых помогает наперстянка, представляют исключения. *Четвертую группу* составляют гипертрофии и дилатации, которые при декомпенсации лечатся так же, как и у взрослых. *Пятая группа*—это те болезни, которые сопровождаются так называемыми неорганическими шумами. Большею частью эти явления бывают в школьном возрасте, а шумы эти кардиопульмонального характера. К этой же группе относятся шумы во время лихорадки, шумы реконвалесcentов (атонические) и шумы анемичные. *Шестую группу* составляют детские аритмии, причем автор констатирует, что до некоторой степени дыхательная аритмия (учащение пульса во время вдоха) физиологична для детского возраста вообще. Патологическое усиление этого явления замечается у детей с повышенным тонусом vagus'a и после лихорадочных заболеваний. Из других нарушений ритма автор отмечает нарушение проводимости вплоть до блока (при дифтерии и гриппе); экстрасистолы, которые после ангины и гриппа прогностически не страшны, а после дифтерии даже опасны; трепетание и мерцание предсердий, которые у детей бывают весьма редко и связаны с пароксизмальной тахикардией.

С. М. Райский.

е) Хирургия.

215. *Анэстезия плечевого пояса.* А. Balog (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 32) считает все подключичные методы (Babitzky, Hirschel, Balog, Kil) обезбоживания плечевого сплетения не как замену способу Külenkampff'a, а в помощь для тех случаев, где анатомические условия не позволяют произвести анестезию по Külenkampff'у.

П. Цимхес.

216. *Percain как местнообезболивающее средство.* Н. Seemen (Zentbl. f. Chir. 1929, № 31), применяя percain для целей проводниковой анестезии в виде 0,25—0,1%, для инфильтрационной—0,05% растворов, наблюдал полное наступление анестезии спустя 5—10 мин., и она сохранялась в течение 8—10 часов без наступления последующих болей. Клиническое применение этого препарата показало возможность применения больших количеств без местного повреждения тканей и побочных явлений. Сравнительные дозы: 0,25% percain=2% новокаина.

П. Цимхес.

217. Разрабатываемый А. В. Вишневским метод *инфильтрационной анестезии* большими количествами слабых растворов новокаина в применении к операции *аппендицита* (Zentr. f. Chir., S. 1286, 1929), складывается из след. моментов: 1) Инфильтрация кожи и подкожной клетчатки по всей длине намеченной линии разреза. Разрез без выжидания до апоневроза. 2) Инъекция раствора под апоневроз m. obliqui abd. ext. и разрез его. 3) Растянув апоневроз крючками инъецируют m. obliquus abd. int., раздвигают его волокна и захватывают двумя Кохеровскими зажимами сухожильную часть m. transvers. abdomini, вытягивая его в виде конуса вверх. Разведя Кохера, в верхушку конуса впрыскивается до 60 см.³ раствора. Этому моменту автор придает весьма существенное значение. Раствор, легко продвигаясь в рыхлой предбрюшинной клетчатке, широко анестезирует брюшину, захватывая участки брюшины, расположенные в стороне от места разреза. 4) Разрезав конус m. transvers. abd., попадаем в предбрюшинную клетчатку и, захватив брюшину двумя Кохеровскими зажимами, вытягивают ее также в виде конуса вверх и вскрывают. 5) Вставив в рану крючки Hartmann'a, под контролем пальца инъецируют раствор в четыре противоположные стороны под брю-

шину, после чего осторожно растягивая крючки, получают желаемый просвет раны. 6) Дальше анестезируют брыжеечку отростка, а при наличии сращений производят дополнительную инфльтрацию их.

На производство операции аппендицита тратится около 300 см.³ $\frac{1}{4}$ % раствора новокаина.

Э. Г. Клейн.

218. *Аппендицит и травма.* В литературе дискусируется вопрос о том, может ли вызываться острое воспаление червеобр. отростка на почве травмы. Н. Hartoch. (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 25) полагает, что в случае, если среди полного здоровья ребенка после тупого повреждения живота наступает болезненность в правой половине нижней части живота, рвота, при операции находят прободный отросток с выступающей кровью. В таких случаях подтверждается связь между травмой и последующим воспалением.

И. Цимхес.

219. *Открытый или закрытый способ лечения ран после сакральных операций на прямой кишке?* F. Neugebauer (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 25) в 51 случае с успехом применил закрытый способ лечения ран после операций на прямой кишке по сакральному методу. Необходимо каждый случай резекции превратить в ампутацию кишки. Задний проход до вмешательства в несколько рядов плотно сшивается, и в случаях, где сфинктер должен сохраниться, выводится он через дорзальный разрез. После низведения кишки опухоль помещается перед задним проходом, сфинктер и вся рана плотно закрыты и залеплены и после всего кишка отжигается каутером впереди заднего прохода.

И. Цимхес.

220. *Первичный острый гнойный остеомиелит позвоночника.* R. Hubrich. (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 33) наблюдал 2 случая первичного острого гнойного остеомиелита: в одном случае левого поперечного отростка и части тела IV поясничного позвонка; в другом случае наблюдалось частичное поражение тела V поясничного позвонка. В обоих случаях после вскрытия гнойников и последующего лечения тампоном процесс закончился выздоровлением. Далее автор приводит патогенез и статистику подобных случаев.

И. Цимхес.

221. *К лечению вросшего ногтя.* Даниляк (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 33) предлагает после полного или частичного удаления ногтя, ногтевое ложе тщательно подрезать ножницами и еще кровоточащую рану покрыть несколькими слоями стерильной марли и после слоев ваты. На 3—4 день сменяется вата и 2—3 верхних слоя марли. Оставшийся слой марли надрезается возле краев ложа и накладывается стерильная повязка. На 10—13 день снимается присохшая марля и показывается зажившая рана. Таким образом заживление наступает per primam и как бы под струпом. Нет необходимости в пластике по Thiersch'y, как предлагает Джанелидзе и К. Keschke.

И. Цимхес.

222. *К технике свободной пересадки фасции.* Малышев. (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 23) для согревания трансплантата предлагает следующее: На наружной стороне бедра иссекается необходимой величины отрезок fasciae latae и остается в раневом ложе. С одного конца трансплантата протягивается длинная нитка наружу. Кожная рана закрывается наглухо, оставив небольшое пространство, через которое при потягивании в любой момент можно извлечь трансплантат.

И. Цимхес.

223. *О хирургическом лечении anginae pectoris.* С. П. Федоров. (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 26), высказывается за то, что не все формы грудной жабы подлежат оперативному лечению, а только те, где терапевтическими средствами нельзя добиться успеха. Операции на симпатической нервной системе шеи ведут не только к временному, но и продолжительному улучшению. Какие операции и в каких случаях на sympathicus'e производить—покажет будущее. И. Цимхес.

224. *Редкий случай вывиха локтевой кости внутрь.* Н. Номта (Zentralbl. f. Chir., 1929, № 31) описал случай вывиха локтевой кости внутрь с вращением полулунной поверхности локтей. Кости внутрь и субкапитальным переломом лучевой кости со смещением внутрь.

И. Цимхес.

225. *Результаты лечения гастроптоза поперечной резекцией.* Prof. B. Martin (Zentralbl. f. Chir., № 29, 1929) в тяжелых случаях чистого гастроптоза с успехом (10 случ.) применял поперечную резекцию желудка тотчас ниже cardi'a на один поперечный палец до поворота малой кривизны в привратниковую часть.

И. Цимхес.

226. *О карбункуле почки.* Н. Köhler (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 31) приводит 3 случая карбункула почки, из коих один с невыясненной этиологией, другой—на почве травмы и третий возможно связан с воспалением женских половых органов. Рекомендуются заболевшую почку дезинфицировать многократными впрыскиваниями риванола и в исключительных случаях прибегать к нефректомии.

И. Цимхес.

227. *О пересадке сосудов.* R. Wenglowski (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 32) приводит препарат пересадки сосудов пятилетней давности. Обнаружена полная проходимость сосуда в области сосудистого шва. Эндотелий повсюду восстановился, на месте шва он несколько утолщен и гипертрофирован. Пересаженная подкожная вена хорошо прижила в бедренную артерию, проходимость полная. Мышечный слой вены гипертрофирован, увеличено число эластических волокон.

И. Цимхес.

228. *О Degastroenterostomisation.* Н. Hilarowicz (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 25) приводит 5 случаев разбеднения анастомоза между желудком и тонкой кишкой. Во всех случаях язвы не обнаружены и после уничтожения анастомоза больные чувствуют себя хорошо.

И. Цимхес.

229. *К вопросу о закрытом способе оперативного лечения острых эмпием.* G. Dardel (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 24) на основании большого клинического опыта рекомендует лечение острых эмпием путем резекции ребра с аспирацией при помощи сообщающихся бутылей по Perthes-Iselin'y. Для увеличения защитных сил организма автор рекомендует промывать одновременно плевральную полость аутоантивирсумом по Безредка.

И. Цимхес.

230. *О так называемом „pyelo-venösen Refluxes“.* О. Homuth (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 30) на основании экспериментальных исследований пришел к заключению, что контрастная жидкость и при физиологических условиях переходит в систему канальцев почки при lege artis произведенной пиелографии благодаря диффузии жидкости с тканевой жидкостью через эпителий почечной лоханки. Поэтому автор предлагает для пиелографии употреблять только те жидкости, которые и для внутривенного впрыскивания безопасны.

И. Цимхес.

231. *Интраостернальное лечение столбняка сывороткой.* А. Lehrnbacher (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 15) описывает тяжелый случай столбняка, доставленный на 9 день инкубационного периода и излеченный инъекциями в цистерны сыворотки (1660 АЕ) под авертиновым наркозом. L ä w e n, H a s s и автор придают значение в лечении столбняка авертину.

И. Цимхес.

232. *Об остановке кровотечения при простатектомии.* I. Baumann (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 34) указывает, что в клинике Prof. Rost'a после удаления предстательной железы промывают мочевой пузырь сначала 1 литром физиол. раствора, затем 1 литром физиол. раствора в смеси 1 gr. хлорист. калия (10 к. см. 10⁰/₀ CaCl₂+1 литр 0,9 NaCl), после чего кровотечение из раны быстро прекращается.

И. Цимхес.

233. *К лечению unguis incarnatus.* А. Hilse (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 18) рекомендует после удаления вросшего ногтя раневую котловину плотнее закрывать стягивающим пластырем.

И. Цимхес.

234. *О рентгеновском исследовании желчного пузыря.* W. Baetzner (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 17) в 60 случаях с успехом применял рентгеновское исследование желчного пузыря путем введения per os препарата „Oraltetragnost“. Накануне снимка в 6 час. веч. принимается 2—3 яичных желтка для очищения желчного пузыря. Час спустя принимается контрастный препарат. Через 16 час. после этого делается снимок. Снимок лучше производить при положении на животе с библиендой с фокус. расстоянием—65 см., трубкой средней мягкости, 70 KV, 60 МА. 1¹/₂—2 ск.

И. Цимхес.

235. *К технике пластических операций.* F. de Quervain (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 20) указывает, что недостаточно обращается внимание на 2 очень важных принципа пластических операций: 1) борьба с венозным скоплением в пластическом лоскуте и 2) уверенность в жизнеспособности пересаживаемой ткани. Автор подтверждает это примерами.

И. Цимхес.

236. *Об оперировании сидя.* Н. Flörcken (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 34) приводит доводы за оперирование сидя, которое он применяет при всех своих

операциях, как на прямой кишке и промежности, так и при операциях на голове и шее, грудной клетке и брюшной полости. Оперирование стоя вследствие продолжительности операции приводит к утомлению и плоскостопию. Сидящий хирург в состоянии обращать все внимание на работу своих рук и употребить свою энергию только на оперативную деятельность рук. Благодаря этому получается полное спокойствие и уверенность в оперативном пособии со стороны хирурга и больного. Для большинства операций автор добился, что, кроме него, и оба ассистента работают сидя.

И. Цимхес.

237. О лечении послеоперационного бронхита впрыскиванием эфира. A. Abdanski (Zentralbl. f. Chir. 1929, № 17) применял в 24 случ. эфирную терапию послеоперационных бронхитов: в 5 сл. впрыскивал Ather, ol. oliv aa 0.5; в 19 случ. эмульсию—Rp Guajacoli, camphorae aa 1.0 Ol. pini p—0.5 Mentholi 0.1, Aether Sulf, ol. oliv. steril aa 10.0. Для безболезненности инъекций в наполненный эмульсией рекордный шприц—1 см. прибавлялось 0.5 см. 1% раствора новокаина. При вертикальном положении шприца вводится все это в бедро; при чем эмульсия как более легкая всплывает в верхнюю часть шприца, и в первую очередь поступает в мышцы новокаин, который обезболивает инъецируемый участок, после чего вводится вся эмульсия. При высокой температуре и тяжелом субъективном состоянии автор вводил первые 2—3 дня 2 раза в день по 1 к. см. вышеуказанной эмульсии.

И. Цимхес.

238. Пластика мочеиспускательного канала при мошоночной гипоспадии. Nissen (Zentbl. f. Chir. 1929, № 16) для пластики мочеиспуск. канала употребляет кожу мошонки. 1 момент операции состоит в том, что после промежностной уретротомии с последующим введением катетера, проводятся 2 параллельных разреза по нижней поверхности penis'a и мошонки соответственно длине дефекта канала. Penis укладывается в промежуток разрезанной кожи мошонки так, чтобы orificium exter. соответствовал нижнему краю разреза. Края прилегающей кожной раны члена и мошонки сшиваются отдельными швами. Спустя 8 дней, отступя на 1/2 см. от обоих длинных рубцов, производится вновь 2 параллельных разреза кожи мошонки, и последняя отделяется от подлежащих тканей в виде мостика. Край этого лоскута сшиваются между собой, также и рана мошонки. Спустя еще 8 дней пересекается периферическая часть мостика.

И. Цимхес.

239. Сгамер, Н. (M. m. W., S. 2008, 1928) считает, что о послеоперационных психозах, являющихся в результате операций, проведенных в общем наркозе (хлороформ, эфир и др.), можно говорить лишь в тех случаях, когда последний наступает в первые дни после произведенной операции. Такие расстройства сознания легко проходят при ингаляции CO₂. Как последствие общего наркоза, автор отмечает также: повышенную возбудимость, лабильную депрессию и вредное влияние на память.

А. А. Вишневский.

ж) Акушерство.

240. Показания к прерванию беременности при сердечно-почечных заболеваниях, по проф. N. Jagić (Ärztliche Praxis, № 5, 1929), составляют следующие случаи: декомпенсации, не уступающие терапии, обострения эндокардитов; недостаточность митрального клапана с явлениями недостаточности сердечной мышцы; артериосклеротические и люэтические изменения сосудов с высоко развитой гипертрофией сердца с гипертонией; слабость правого сердца на почве сморщивающих процессов легких и плевры, эмфиземы легких и кифосколиоза; гипертиреозы и Базедова болезнь с развивающимся в период беременности расширением сердца; врожденные пороки сердца с интенсивным цианозом; случаи с декомпенсациями, протекавшими при прошлых беременностях; далеко зашедшие заболевания миокарда с дилатацией и гипертрофией сердца; сердечный блок; склеротические и люэтические сужения коронарных сосудов; несомненные случаи митральных стенозов; люэтические мезаортиты со значительным расширением аорты; хронические нефриты, дающие симптомы сморщенной почки; острые гломеруло-нефриты с отеками и повышенным кровяным давлением.

С. М. Райский.

з) Сифилис.

241. Задерживающее влияние свежего сифилиса на классические припадки Malaria tertiana. Перекропов (Arch. f. Schif. u. Trop., 1929, Bd. 33) описывает интересный случай заражения сифилисом больной, страдавшей

одновременно острой малярией; последняя, несмотря на антисифилитическое лечение (ртуть + Neo) не исчезла, а только изменила клиническое течение и вскоре дала рецидивы; кроме того, в двух случаях хронической малярии и сифилиса, одна инфекция не могла подавить другую. Автор считает, что плазмодии малярии и бледные спирохеты могут уживаться в одном организме — и поэтому берет под сомнение современную терапию прогресс. паралича и раннего сифилиса искусственными прививками малярии, придя, однако, в конце статьи к правильному выводу, что успех инфекционной терапии зависит не от инфекционной терапии как таковой, а от последующего лечения Neo. (Не нужно забывать и одной пользующейся известным признанием теории действия инфекционной терапии — это разрыхление гематоэнцефалического барьера для последующего введения Neo. Реф.).

А. Вайнштейн.

242. *К вопросу о нахождении spir. pallida в органах мышей, зараженных сифилисом.* Jahnelt u. Prigge (D. m. W. № 17, 1929 г.), заражая мышей интраперитонеально штаммами Nichols, Truffi и Mulzeva, подвергали впоследствии гистологическому исследованию ткани различных органов с целью обнаружить спирохет. На основании своих исследований а.а. приходят к выводам, что в лимфатических железах сифилитических мышей, у которых инфекция протекала бессимптомно, удается в фазах обнаружить sp. pallida, поиски же спирохет в центральной нервной системе оказались безуспешными. Таким же образом удается обнаружить спирохет и у кроликов в лимфатических железах, удаленных от склероза.

А. Дмитриев.

243. *Сифилис центральной нервной системы.* Кричевский и Фриде (Kl. W. № 36, 1929 г.), заражая мышей кусочками шанкров, содержащих большое количество sp. pallida, давали части животных с профилактической целью стоварсолан, предполагая тем самым предупредить заболевание центр. нерв. системы. В результате своих наблюдений авторы отмечают, что зараженные sp. pal. мыши, кои получили стоварсолан, не заболевали сифилисом и их центральная нервная система в 100% случаев оставалась свободной от спирохет.

А. Дмитриев.

244. *Существуют ли смешанные формы врожденного и приобретенного сифилиса у грудных детей?* E. Hoffmann (D. m. W. № 31, 1929 г.) указывает, что утверждение о возможности существования тех и др. форм сифилиса у грудных детей обосновано клиническими и экспериментальными исследованиями над суперинфекцией. Заразившийся до родов, но кажущийся здоровым грудной ребенок может во время родов или вскоре после них получить кожный шанкр (суперинфекция), который, сопровождаясь припуханием близлежащих желез, может имитировать чистый приобретенный сифилис. Подобная двойная инфекция представляется редкостью и ее можно, в понятии Тарновского „syphilis binaria“ взрослых, назвать как syphilis binaria infantum. Между обратными явлениями приобретенного и врожденного сифилиса существует, однако, резкая разница.

А. Дмитриев.

и) Невропатология.

245. *Лечение паркинсонизма банистерином и гармином.* 1) K. Beringer. О новом алколоиде, действующем на экстрапирамидную моторную систему. Nervenarzt 1928, № 5. 2) Lewin u. Schuster. Результаты действия Banisterin'a на больных (D. m. W. 1928, 8 марта). 3) Schuster. Результаты опытов с Banisterin'ом на нервных больных. (Med. Kl. 1929, 5 апр.). 4) Brückl u. Muszgun g. Идентичность Harmin'a и Banisterin'a. (M. m. W. 1929, № 26) 5) Rustige. Опыты с гармином. (D. m. W. 1929, 12 IV). Некоторые племена Южной Америки употребляют в качестве возбуждающего напитка настойку лианы Banisteria Caapi. Lewin и Schuster за последнее время испытывали действие полученного из этой лианы алколоида банистерина (формула $C_{13}H_{12}N_2O$). Ввиду того, что этот алколоид вызывал двигательное возбуждение и мускульную легкость Lewin испытал его в маленьких дозах 0,025 — 0,075 прежде всего на гемиплегиках; оказалось — движения значительно улучшились. Затем Lewin, Beringer и Schuster испытали банистерин на паркинсониках; под влиянием банистерина движения больных делались более легкими, быстрыми, регулярными, мимика делалась более выразительной, речь более быстрой, менее монотонной, останавливалось слюнотечение. Этот терапевтический эффект продолжался от 2 до 6 часов, затем постепенно ослабевал, но все же иногда давал себя знать несколько дней. Из 18 6-ых (8 посленцефалитич. паркинсоников, 7 — болезнь Parkinson'a, 1 сл. паллидарная

ригидность и 1 сл. СО-интоксикация), которым Schuster сделал 30 инъекций банистерина, 12 6-ых получили улучшение. Дрожание остается без изменений. Банистерин, повидимому, средство исключительно против-акинетическое. Несмотря на интерес опытов Beringer и Schuster'a терапевтическое применение банистерина оставалось ограниченным, т. к. для приготовления 200 gr. банистерина требуется не менее 50 kgf древесины Banisteriae Caapi, а зона, где эта лиана растет, очень невелика и отдаленна. Но Brückl и Muszung показали, что банистерин идентичен с гармином, добываемым из Peganum Harmala—травы, растущей в Туркестане, Сирии и северной Африке. Двигательно возбуждающее действие гармина известно давно, но не приходило мысли воспользоваться им для лечения паркинсоников. Теперь Stern, Fischer, Rustige сообщают, что гармин в дозе 0,02 вызывает также улучшение двигательных явлений у паркинсоников. Rustige лечил 18 пациентов: ригидность улучшилась у 6-ти лиц, причем у 3-х почти исчезла; у 13 улучшились произвольные и автоматические движения, хотя действие гармина более скоропреходяще, чем банистерина. Во всяком случае опыты с банистеином и гармином заслуживают большого внимания. Ю.

Памяти профессора Д. О. Отта.

(С портретом¹⁾).

В Ленинграде, 17-го июля с. г., скончался от uro-sepsis'a, на 75-м году жизни, известный ученый и выдающийся гинеколог нашего Союза Дмитрий Оскарович Отт. Этот талантливый человек, имя которого известно не только в СССР, но и за границей, умер на грани 50-летия своей научной, педагогической, врачебной и общественной деятельности. Характерными свойствами его личности являлись—блестящий талант, огромная эрудиция, могучая энергия и исключительная работоспособность.

Д. О. Отт родился 11 февраля 1855 года в имении Плохино, Калужской губернии. В 1874 году он поступил в Медико-хирургическую (ныне Военно-медицинскую) академию. На младших курсах Отт интересовался теоретическими дисциплинами, особенно гистологией, и на 3-м курсе временно исполнял обязанности лаборанта по кафедре гистологии. Перейдя на старшие курсы, студент Отт, по разрешению проф. А. Я. Красовского, занимался в Петербургском Родовспомогательном доме. Будучи студентом 4-го курса, он выполнил в клинике проф. Славянского свою первую научную работу „О дренаже после лапаротомии“, удостоенную Конференцией Академии серебряной медали. В 1879 году Д. О. Отт окончил курс академии. В следующем за окончанием академии 1880/81 уч. году сдал экзамен на доктора медицины и на собственные средства отправился в заграничную командировку для дальнейшего усовершенствования. Во время заграничной командировки, длившейся 3 года, молодой ученый посетил Париж, Лондон, Страсбург, Мюнхен, Дрезден, Прагу, Флоренцию, Вену, Иену, Галле, Берлин, Лейпциг. Находясь за границей, Д. О. свое внимание направил не только на изучение клинической части акушерства и гинекологии, но, что особенно важно, и теоретических их основ, причем значительную часть времени посвятил изучению физиологии.

Возвратившись из заграничной командировки, Д. О. представил в качестве диссертации на степень д-ра медицины работу под заглавием „О влиянии на обескровленный организм вливания раствора поваренной соли и сравнение его действия с другими употребляемыми для трансфузии жидкостями“, и в апреле 1884 г. получил степень доктора медицины. В том же году он был избран приват-доцентом Академии.

Вскоре молодой приват-доцент получил два предложения: одно от проф. Heidenhain'a—занять место адъюнкт-профессора по кафедре физиологии в Бреславльском университете (Германия), другое от проф. Пелехина (Петербург) заведывать женским отделением руководимой им хирургической клиники. Желая посвятить себя клинической деятельности, Д. О. принял это второе предложение, после чего заведываемое им отделение в скором времени сделалось преимущественно гинекологическим. Осенью 1885 г. он был приглашен для препода-

¹⁾ Портрет относится к 1906 году.

вания гинекологии во вновь открывшийся тогда Еленинский клинический Институт для усовершенствования врачей. Здесь, несмотря на неблагоприятную обстановку, быстро расцвела преподавательская и хирургическая деятельность Д. О. Талант преподавателя привлекал полную аудиторию слушателей, а блестящая оперативная техника и успешный исход операций создали ему славу гинеколога-хирурга. В 1889 году Д. О. получил звание почетного профессора Клинического института, а в 1891 году для него было открыто при том же Ин-те специальное гинекологическое отделение (павильон имени Эйхвальда).



Д. О. Оттер

В 1893 году Д. О. был назначен директором Повивального Ин-та. В 1899 г. проф. Оттер становится директором Женского медицинского Ин-та. Кроме того, он дважды приглашался занять освободившуюся после смерти проф. Славянского кафедру в Военно-медицинской академии. Начиная с 1913 года, Д. О. Оттер перенес несколько инсультов, которые сильно подорвали его силы и на продолжительное время отвлекли от кипучей работы.

Научные работы Оттера и его школы коснулись почти всех главных вопросов гинекологии. Эти труды составили 20 объемистых томов и содержат около 650 научных работ. Одно из видных мест в этих трудах занимает разработка оперативного направления в гинекологии и в частности влагалищного хирургического метода.

Большое внимание уделял проф. Оттер и преподавательской своей деятельности. Итог этой деятельности подведен им самим, незадолго до смерти, в статье „О руководящих началах преподавания мною гинекологии в высших учебных заве-

дениях, предназначенных для усовершенствования врачей“ (Гинекол. и Акуш., 1926 г., № 4—5). Покойный всю свою педагогическую деятельность, длившуюся свыше 4-х десятков лет, посвятил исключительно делу усовершенствования врачей. Он был одним из популярнейших профессоров-медиков того времени. Его аудитория в Институте всегда была самой многочисленной. Через его курсы прошли десятки тысяч врачей.

В разносторонней деятельности проф. Оттера важное место занимает, далее, общественная деятельность. Он являлся активным членом ряда русских ученых обществ (Акушерско-гинекологического, Хирургического обществ и Общества русских врачей в Петербурге), а также иностранных (Международного акушерско-гинекологического общества и общества германских гинекологов), основателем всероссийских, ныне всесоюзных, акушерско-гинекологических съездов, деятельным участником международных съездов и организатором V Международного съезда акушеров и

гинекологов в Петербурге. Кроме того, он многократно был избираем председателем Петербургского Акушерско-гинекологического об-ва и Съездов германских естествоиспытателей и врачей, состоял долгое время редактором „Журнала акушерства и женских болезней“, являлся председателем редакционной комиссии трудов по охране материнства и младенчества и редактором других печатных изданий.

Как один из видов общественной деятельности проф. Отта, заслуживает быть отмеченной деятельность его на посту директора Женского медицинского Ин-та в Петербурге. Эта деятельность продолжалась с ноября 1899 г. по октябрь 1905 г. Заслуга проф. Отта на этом посту заключалась в том, что он укрепил существование этого учреждения, созданного по частной инициативе и на частные средства. Благодаря его авторитетному влиянию, Женский Мед. Ин-т был признан государственным учреждением и содержание его отнесено на счет государства, права оканчивающих этот ин-т женщин-врачей были приравнены к правам мужчин-врачей, оканчивающих медицинские факультеты, и построен ряд новых клиник. За все эти заслуги Женский мед. Ин-т избрал проф. Отта своим первым почетным членом.

Но это не все. Одной из важнейших заслуг проф. Отта перед наукой и в то же время красивым и фундаментальным памятником его деятельности является созданный им в Ленинграде показательный образцовый Акушерско-гинекологический институт, всем известный под названием „Оттовского“. Этот ин-т был построен 25 лет тому назад по последнему слову науки и техники того времени, являлся лучшим в мире учреждением подобного рода и не без основания назывался в газетах и публике „гинекологическим дворцом“. Это учреждение, созданное по инициативе и под непосредственным руководством проф. Отта, послужило мощной базой расцвета акушерства и гинекологии в России.

Многосторонняя деятельность Д. О. Отта имела основной своей целью—способствовать развитию и расцвету акушерства и, главным образом, гинекологии на русской почве. Не забудем, что покойному пришлось жить и работать в очень интересном периоде развития акушерско-гинекологической специальности, когда гинекология начала выделяться в самостоятельную дисциплину и сделала крупные завоевания. Проф. Отт наблюдал, переживал и активно проводил эти перемены и завоевания. Он поднял русскую гинекологию на должную высоту и тем самым создал себе всемирную известность.

И. Маненков.

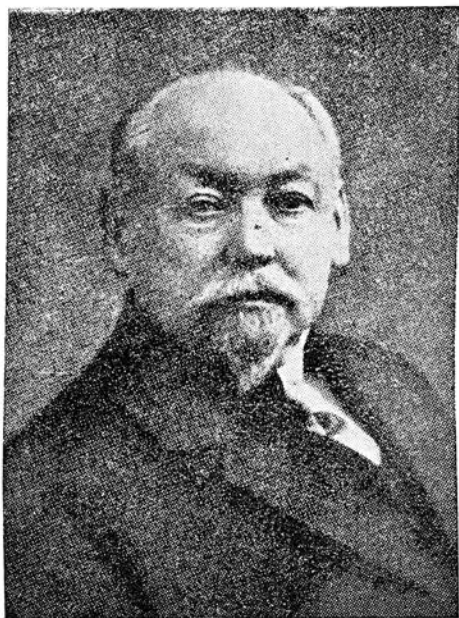
† Профессор Григорий Виталиевич Хлопин.

(С портретом).

30 июля в Чакве близ Батума умер 66 лет от роду (родился в 1863 г.) заслуженный деятель науки, проф. Военно-медицинской академии по Кафедре общей и военной гигиены Г. В. Хлопин.

Он был одним из последних могокан-свидетелей славной эпохи, когда у нас родилась научная и общественная гигиена, вдохновляемая Ф. Ф. Эрисманом, под руководством которого Г. В. начал свою академическую деятельность. Г. В. окончил два факультета—физмат в 1886 г. и медфак в 1893 г. Еще по окончании физмата он работал в физиологической лаборатории И. М. Сеченова, затем с 1886 по 1890 г. он работал в земской санитарной лаборатории в Перми сначала лаборантом, потом директором. Очевидно этот санитарный уклон в работе Г. В. определил и дальнейшее направление ее: в 1890 г. он поступил на медфак Московского университета. Еще будучи студентом, он в 1891 г. начал работать в гигиенической лаборатории при кафедре гигиены в должности лаборанта, а потом, по окончании медфака в 1893 г., в должности прозектора. В 1896 г. он защитил диссертацию на тему „К методике определения растворенного в воде кислорода“ и в этом же году был избран профессором Юрьевского университета (ныне Эстонского). В 1903 г. он перешел на кафедру в только что открытом Новороссийском университете, а в следующем году—в Женский медицинский институт в Петербурге (ныне медицинский институт), которую он занимал до смерти. С 1906 по 1918 г. он занимал кафедру гигиены в б. Еленинском клиническом институте, куда ежегодно со всей России съезжались санитарные работники на курсы. В 1918 г. он был избран в Военно-медицинскую академию; как и в мед-институте, здесь его деятельность продолжалась до конца его жизни.

Кроме академической работы в этих Вуз'ах Г. В. читал курсы гигиены в Педагогической академии, в Психоневрологическом институте, курс противогазового дела на Высших военно-академических курсах. Г. В., как ученик Ф. Ф. Эрисмана, принадлежал к тем научным деятелям, которые не ограничиваются одной кабинетной и лабораторной работой; „отнять от гигиены“, говорит Г. В. в своих „Основах гигиены“, „вопросы, связанные с охраной труда, общественным питанием, реформой жилищ, санитарным законодательством и т. п., и запереть ее только в лаборатории—это значит вынуть из нее живую душу, оторвать от практической жизни страны и лишить ее непосредственного влияния на улучшение санитарных условий“. И Г. В. в течение всей своей научной деятельности участвовал в разработке и проведении как правительственных, так и общественных мероприятий по здравоохранению. Так, в 1904—1911 г.г. он заведывал организованным им отделом школьной гигиены в музее при министерстве народного просвещения; в 1908—09 г.г. выезжал в Поволжские города—Астрахань, Царицын, Саратов, Самару—в связи с разработкой проекта по оздоровлению этих городов; в 1914 г. был командирован, как член Горного ученого комитета, на уральские заводы для изучения постановки там лечебного и санитарного дела; в 1915 г. был командирован на северный и потом на югозападный фронт для организации санитарных мероприятий; с конца 1915 г. и до последнего времени принимал деятельное участие в химической обороне страны, работая по противогазовому делу; заведывал с 1917 г. противогазовой лабораторией при гл. арт. упр., из которой вышло около сотни работ по вопросам газовой обороны, на-



печатанных в 2-х томах „Трудов противогазовой лаборатории“, СПб. 1918 г. В кратком очерке невозможно, конечно, перечислить все, хотя бы только крупные, работы по общественной санитарии, в которых Г. В. принимал активное участие.

Деятельность Г. В., как гигиениста, не только не ограничивалась научно-лабораторной работой, но кроме того была в высшей степени многогранна. Г. В. не был узким специалистом в одной области гигиены. Это стремление охватить все, сохранить единую гигиену, Г. В. проявлял всегда. Вот почему он горячо отстаивал и сохранил для Военно-медицинской академии термин „общая гигиена“ вместо экспериментальной; ему, работавшему во всех областях гигиены, было не легко отрывать часть того целого, которое он у нас в Союзе вырастил и взлелеял.

Еще одна из характерных черт деятельности Г. В.: работая в практической области, он всегда оставался ученым; где бы ни работал Г. В., плодом его работы были не только практические меры, но и научная литературная работа. Неудивительно, что при его разносторонней деятельности и его многочисленные литературные работы охватывают все области гигиены. Так, после обследования Г. В. городов Поволжья им напечатаны его „Материалы по оздоровлению русских городов (города Поволжья)“, 1910; обследование заводов Урала дало материал для монографии: „Казенные заводы и рудники Урала“, 1916; работая в отделе школьной гигиены, Г. В. опубликовал статистическое исследование: „Самоубийства среди учащихся“, 1906 г., „Школьные болезни среди учащихся русских средних учебных заведений“, 1909.

Всего им напечатано более 120 научных работ, из которых 5 являются общеизвестными, распространенными руководствами, как-то: „Основы гигиены“,

т. 1, три выпуска, стр. 500; т. 2-ой, 1 вып., стр. 450 (Руководство осталось незавершенным); „Сокращенный курс гигиены“ в 2-х частях, Л., 1926, стр. 496; „Методы исследования пищевых продуктов и напитков“, в 3-х выпусках, СПб, 1913—16, стр. 1024; „Методы санитарных исследований предметов повседневного обихода и косметических средств, М., 1923, стр. 135, „Химические и микробиологические методы исследования питьевых и сточных вод“, Л. 1912, стр. 410, 2-ое изд.

Более 200 научных работ вышло из его лабораторий.

Г. В. состоял членом целого ряда научных обществ—Русск. физико-химического о-ва, О-ва охр. нар. здравоох., председателем которого и редактором его журнала он состоял с 1917 г.; Санитарно-военного о-ва, Лондонского королевского сан. института и пр.; участвовал в международных конгрессах по гигиене, демографии, прикладной химии, школьной гигиене, физическому воспитанию юношества.

Такова была многосторонняя деятельность этого крупного ученого, в течение 43 лет работавшего на богатом терниями поле профилактики. Г. В. мог с полным удовлетворением оглянуться на пройденный им жизненный путь с сознанием громадных заслуг перед наукой, перед его благодарными учениками, которые никогда не забудут своего дорогого учителя, так много сделавшего для них, заражавшего их своим энтузиазмом в служении гигиене, учившего их строго блюсти ее законы.

Проф. В. Милославский.

Хроника.

200) 22-го сентября исполнилось 80-летие со дня рождения нашего знаменитого физиолога И. П. Павлова. Чествование И. П. состоялось в Америке, где он находится на съезде физиологов. Правительство С.С.С.Р., учитывая научные заслуги И. П. Павлова, ассигновало 100000 руб. на улучшение его лабораторий.

201) В текущем году занятия на медфаке Казанского университета начались 2 сентября: 2 сентября открылись клиники и начались лекции на I курсе, на старших курсах началась зачетная сессия; лекции на II-V курсе начались 16 сентября.

202) Совнарком РСФСР поручил НКипросу выделить необходимые средства на подготовку к постройке химического института при Казанском университете. Совнарком РСФСР признал необходимым с этого учебного года приравнять химические факультеты Московского, Саратовского, Казанского, Ленинградского и Томского университетов, в смысле материального обеспечения и контрактиации студентов, к индустриально-техническим вузам. Правлением Казанского университета уже разрабатываются планы постройки Химического Института. Казанским Горсоветом для этой постройки выделено прекрасное место с парком на углу ул. Карла Маркса (б. Грузинская) и ул. Л. Толстого, против Художественного Техникума, недалеко от Клиник.

203) 25—26 июня с. г. в г. Тетюшах состоялась научная конференция участковых врачей Тетюшского и Буинского кантонов с участием членов Общества врачей при Каз. ун-те (профф. В. Е. Адамюк, В. М. Соколов, Н. В. Соколов) и П. К. Бродовского, выступившего с докладом на тему: „Диалектика и естествознание“. Конференция была проведена под председательством проф. Н. В. Соколова. Сравнительная многолюдность собравшихся врачей, активное участие, выразившееся как в количестве докладов с мест (11 докладов), так и в обмене мнений по докладам—показали правильность линии проведения организации конференций, дающих возможность выявиться ключом будущей жизни на участках и установить контакт врачей участка с Обществом врачей в Казани.

204) В настоящее время находятся за границей, будучи приглашены для прочтения докладов и лекций о своих работах, Казанские профф. А. Ф. Самойлов (в Голландии), А. В. Вишневский (в Америке) и Р. А. Лурья (в Голландии).

205) Только-что вышел том 1 „Трудов Института Социальной Гигиены Татаркомздрава“ под ред. директора Института проф. М. А. Дыхно.

206) В настоящее время вышел английский санитарно-статистический отчет за 1928 г. (The Registrar general's statistical Review of England a. Wales for year 1928. Part I. Medic. stat. office). Население Англии и Уэльса, согласно этому отчету, равно было в 1928 г. 39.482.000 жителей. Вследствие уменьшения

рождаемости и смертности в Англии все больше и больше изменяется соотношение возрастов в населении. Напр. в 1911 г. число лиц от 0 до 5 лет было равно 10,7% всего населения, а лиц 55 лет и выше было 11,6%, в 1928 г. от 0 до 5 лет было 8,1%, от 55 лет и выше—15,8%. Общая смертность равна 11,7 на 1.000 жителей (в 1927 г. было 12,3 на 1.000). 1928 г. можно рассматривать как один из самых благоприятных в санитарном отношении для Англии, в особенности относительно детей и возраста выше 45 лет. Число легочных заболеваний и тbc резко сокращается, несколько повышаются сосудистые заболевания. Смерть от рака опять дает некоторое повышение: в 1928 г. было от рака 1.425 смертей на 1.000 жителей; показывает также некоторое повышение смертность от диабета (особенно в преклонном возрасте). С введением печеночного лечения пернициозной анемии смертность от нее в 1928 г. сократилась до 2139 случаев против 2655 в 1927 году и с каждым годом снижается все больше: в 1926 году смертность была 71,—в 1927—68 и в 1928—47 на 1 милл. смертей. Число рождений в 1928 г. было 660.267, т. е. 16,7 на 1.000 жителей. Рождаемость в 1928 г. была на 6.000 чел. больше, чем в 1927 г. Детская смертность до 1 года с 70 на 1.000 новорожденных в 1927 г. упала в 1928 г. до 65.

207) Во Франции население в 1928 г. равнялось 41.020.000 чел., рождений было 745.315 (18,1 на 1.000) и смертей 675.110 (16,5 на 1.000). Смертность детей до 1 года была равна 91 на 1.000 (в 1827—83, в 1926—97).

208) В Японии опубликованы официальные сведения по статистике народонаселения за 1920—1925 г. Смертность в эти годы была равна 20,0 на 1.000. Детская смертность (до 1 года) 162 для мальчиков и 143 для девочек.

209) D-r Gibberd в «Lancet» (№ 5533) дает интересные сравнительные сведения о смертности от родов в 1863—1875 г. и в 1919—1928 г. в Gay's госпитале. От сепсиса в 1863—75 г.г. смертность была—1,73 на 1.000 родов, в 1928 г.—0,14 (на 21.423 случая родов 3 сл. сепсиса). Смертность от неправ. родов составляет соответственно 0,84 и 0,23, от эклампсии 0,29 и 0,14, от привходящих болезней (тbc, болезни сердца и др.) 0,32 и 0,24. От кровотечения до родов 0,46 и 0,28, после родов 0,59 и 0,09. Число связанных с родами операций возросло с 1,35% до 8,86%.

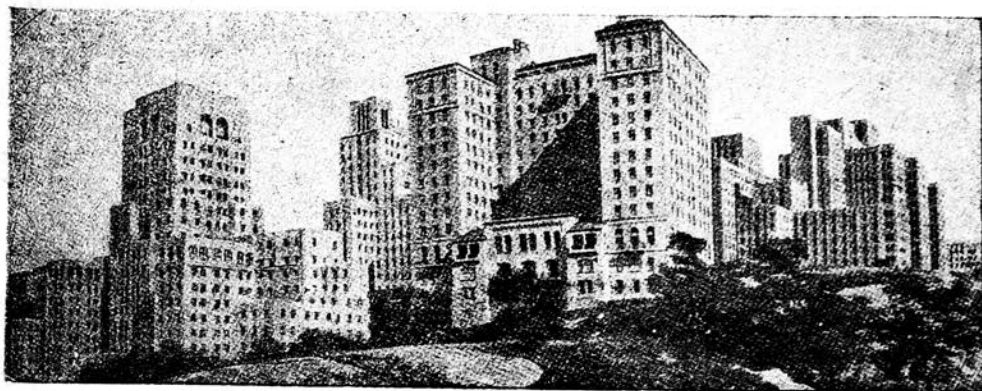
210) В связи с учреждением кафедры гомеопатии при Берлинском университете в настоящее время открылась гомеопатическая университетская поликлиника с доц. Eastanier во главе; предполагено в связи с этой поликлиникой организовать научную гомеопатическую лабораторию.

211) Город Берлин предоставил в распоряжение проф. Sauerbruch'a на один год госпиталь Blankenfeld для проведения диететического лечения туберкулеза по методу Gerson'a. Даны также специальные средства для той же цели госпиталям Beetz-Sommerfeld и Virchow Krankenhaus.

212) С 1 июля в Берлинском издательстве G. m. b. H. начал выходить под редакцией проф. Citron, проф. Siegmund, и д-ров Bockheim и Weski 6 раз в неделю журнал „Paradentium“, посвященный пограничным вопросам медицины и одонтологии.

213) С 13 по 16 июня 1929 г. в Америке „Atlantic City“ (Нью-Йорк) состоялся 1-й Интернациональный Конгресс по организации больничного дела. На Конгрессе разбирались вопросы: 1) больнично-санитарные: об организации лечения и призрения больных, 2) экономическо-финансово-технические (администрация и архитектура), 3) вопросы врачебно-лечебного персонала, 4) постановки научных исследований в б-ницах. Конгресс происходил под председательством René Sand (Брюссель)—технического советника по санитарным вопросам Лиги Наций, генеральным секретарем был Lewinski-Corwin, секретарь Медицинской академии в Нью-Йорке. Члены Конгресса с 6 по 12 июня посетили важнейшие госпитали С. А. С. Ш. и Канады, а также Гарвардский университет. При Конгрессе была устроена колоссальная выставка больничного оборудования, ин-струментария и т. д. На Конгрессе были представлены все страны мира. Позволяем себе привести здесь изображение «медицинского центра» Нью-Йорка—этого настоящего „Медицинского Вавилона“—как образец колоссального больничного строительства в С. А. С. Ш., поразившего всех участников Конгресса.

2-й Интернациональный Конгресс предполагено созвать через 2 года в Вене под председательством проф. Tandler'a.



Медицинский центр в Нью-Йорке.

214) II *Интернациональный Конгресс по педиатрии* состоится в Стокгольме с 17 по 20 августа 1930 года. Заявки на доклады представляются не позже 1 марта 1930 года по адресу Stockholm, Suède, au deuxième Congrès International de Pédiatrie. Председателем Шведского Бюро Конгресса состоит проф. J. undell

215) 29—30 VIII. в Берне состоялось собрание представителей неврологии 20 стран для подготовки *Интернационального неврологического Конгресса* (31 VIII по 4 IX—1931 г.). Председателем Конгресса избран председатель Американского неврологического О-ва проф. B. Sachs (Нью-Йорк), вице-председателями Bing (Базель), Sherrington (Лондон), Guillaume (Париж), Nonne (Гамбург), Rossi (Павия), Marburg (Вена), Kappers (Амстердам) и Marcus (Стокгольм).

216) 2-й *Всесоюзный Съезд по микробиологии* состоится в Москве с 27 по 30 декабря 1929 г. Программные вопросы: 1) BCG, 2) диссоциация и цикл развития микробов (особ. пара-тифозных и пара-туберкулезных); 3) природа токсинов и антитоксинов. Рекомендуемые темы: 1) тканевые культуры на службе бактериологии 2) сыпной тиф, природа вирус, иммунитет; 4) бактериофаги; 5) мальтийская лихорадка. Тезисы докладов должны быть представлены до 1 ноября 1929 г. в Бюро Съезда: Москва, Покровка, 44, Институт Мечникова.

217) Организационным Комитетом IX *Всесоюзного съезда по акушерству и гинекологии*, который состоится в мае 1931 г., окончательно намечены для съезда следующие программные темы: 1) Акушерство в охране материнства и младенчества в СССР, 2) рак матки, 3) искусственный аборт, как источник заболевания женщины. Рекомендованные темы: 1) Пизлит в акушерстве и гинекологии, 2) подготовка к операции и послеоперационный период, 3) роль вегетативной и эндокринной системы в биологии и патологии женщины.

218) 2 августа в Вене состоялось *чествование* одного из самых выдающихся современных хирургов Венского профессора Носченегг'a по случаю 70-летия со дня его рождения. Нет области хирургии, в разработке которой не принимал бы участие проф. Носченегг: широко известны его работы в области кишечной хирургии, особенно хирургии гест; в области почечной хирургии; он первый произвел операцию холедохотомии; известны его работы по болезни Reynaud; им широко разрабатывалась проблема рака. Проф. Носченегг всегда обращал большое внимание не только на технику операции, но и на особенности послеоперационного лечения.

219) 26 августа праздновал свое 80-летие известный гинеколог проф. E. Küstner. С 1888—1893 г. проф. Küstner был профессором гинекологии в Дерпте.

220) В августе скончался известный берлинский невропатолог Toby Cohn, учебник которого по электротерапии был широко распространен в СССР, и известный американский ото-ларинголог проф. C. W. Richardson.

221) 22 сентября в Казани скончался в Госп. Хир. Клинике 74-х лет от роду врач-окулист В. А. Розов. Покойный окончил курс Военно-медицинской Академии в 1881 г., специализировался по глазным болезням у проф. Юнге и Ходина и с 1882 по 1917 г. служил в военном ведомстве. С 1921 г. он служил в 1-ой рабочей больнице, в изоляторе для трахоматозных, в Вахитовской больнице в Казани.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

32) 1) Можно ли вызвать искусственно *крови* у женщины в климактерическом возрасте? Можно ли совместить беременность при наличии опухоли (фибромы) матки, принимая во внимание возраст (45 л.) и чем объяснить наличие крови, вызванное искусственно в этом случае? *Подп. №*

Ответ. Для первого вопроса. Нам до настоящего времени неизвестен способ, когда искусственным путем мы могли бы вызвать у женщины циклические изменения, аналогичные проявлениям *menses* («крови»), если женщина действительно вступила уже в стадию законченного климактерия. С другой стороны, интересно указать, что наблюдаются случаи, когда у женщин, вступивших как бы в законченный климактерий, снова через ряд лет, при отсутствовавших уже давно *menses*, наступала даже беременность. Так, *Repaudin* сообщает случай, когда 61-летняя женщина, после того как у нее отсутствовали *menses* уже в течение 12 лет, родила еще раз ребенка. Кровотечения же по типу разрыва кровеносных сосудов матки (травматические и пр.) могут быть вызваны и искусственным путем.

Для второго вопроса. Беременность при наличии фибромы может быть допускаема. Если опухоль не закладывает родовые пути настолько, что роды могут произойти самопроизвольно, то и сами роды в б. сл. протекали самопроизвольно. Даже и в тех случаях, когда опухоль закладывает выходной родовой канал, путем, напр., кесарского сечения, беременная м. б. разрешена при родах или незадолго до них. В случае осложнений во время беременности, напр., при перекручивании ножки опухоли и т. п., потребно соответственное вмешательство. Возраст здесь особой существенной роли не играет. Кровотечение в вашем случае всего вероятнее объясняется начавшейся отслойкой плодного яйца.

Пр.-доц. Чукалов.

Письма в редакцию.

I.

Многоуважаемый тов. редактор! Не откажите поместить в Вашем журнале следующее письмо-обращение к врачам Союза, за что буду очень признателен.

Занимаясь изучением вопроса о распределении по нашему Союзу хирургических заболеваний и повреждений (патогеографии хирургических заболеваний и родственных областей), прошу *всех* товарищей не отказать мне в помощи, которая может выразиться в следующем: а) Присылка отчетов своих больничных учреждений, как бы малы эти учреждения ни были. Отчеты, как печатные, так и рукописные, желательны не только за последние годы, но и за старые (для сравнения). б) Присылка всяких иных печатных материалов, имеющих какое-либо касательство к указанной теме, понимаемой самым широким образом. в) Присылка собственных работ, оттисков, указаний на печатные работы свои или чужие, касающиеся того же вопроса. г) Сообщение своих наблюдений, выводов, замечаний относительно распространения обычных или особых заболеваний. Эта просьба особенно относится к врачам, работающим в особых географических условиях среди особых племен, социальных условий, к врачам больших индустриальных центров (повреждения!) и т. д. д) Присылка каких бы то ни было указаний, ссылок, справок, советов и т. п.

Без самой широкой помощи товарищей мое задание не может быть осуществлено; об этой помощи я и прошу *всех* врачей нашего Союза, в том числе хирургов.

Проф. С. М. Рубашев.

Минск, Советская 33, кв. 6.

II.

Не имея возможности ответить на многочисленные телеграммы и письма, которые я получал и продолжаю получать по случаю исполнившегося 35-летия моей врачебной деятельности, прошу не отказать напечатать в Вашем уважаемом Журнале выражение моей глубокой благодарности всем учреждениям, врачебным обществам и отдельным лицам, почтившим меня своими приветствиями. Это неожиданное для меня внимание товарищей дает мне новые силы для продолжения той работы, которой отданы лучшие годы моей жизни.

Прив.-доц. А. А. Лозинский.

Журналы и книги, поступившие в редакцию по 15/X 1929 г.

1. Annales de Médecine, №№ 1—5.
2. Annales de l'Institut Pasteur, №№ 4—9.
3. Acta Medica Scandinavica, вып. I—VI.
4. Bratislavské Lekárske Listi, №№ 6—9.
5. Вестник здравоохранения Нижне-Волжского края, №№ 1—5.
6. Вопросы здравоохранения, №№ 10—15.
7. Вестник современной медицины, №№ 12—19.
8. Вестник Казанского института НОТ, №№ 5—9.
9. Вестник эндокринологии, № 2.
10. Вестник микробиологии и эпидемиологии, №№ 1, 2.
11. Врачебное дело, №№ 10—17.
12. Вестник хирургии и пограничных областей, №№ 1—3.
13. Венерология и дерматология, №№ 6—7.
14. Врачебная газета, №№ 10—18.
15. Вопросы туберкулеза, №№ 6—8.
16. Вестник рино-ларинго-отитологии, №№ 1, 2.
17. Вестник рентгенологии и радиологии, №№ 2—3.
18. Вопросы онкологии, №—2.
19. Военно-санитарное дело, №№ 1—3.
20. Вопросы изучения и воспитания личности, №№ 1—4.
21. Гинекология и акушерство, № 3.
22. Гигиена и эпидемиология, № 5.
23. Журнал современной хирургии, вып. 4—3.
24. Журнал ушных, носовых и горловых болезней, №№ 6—8.
25. Журнал экспериментальной медицины, вып. 1, 2, 3.
26. Jornal dos Clinicos, №№ 9—16.
27. Журнал для усовершенствования врачей, №№ 6—8.
28. Журнал по изучению раннего детского возраста, № 6.
29. Журнал акушерства и женских болезней, №№ 3—4.
30. Журнал невропатологии и психиатрии, №№ 1—2 (29 г.).
31. Журнал микробиологии, патологии и инфекционных болезней, т. VI, вып. 2.
32. Здравоохранение (Ленинградского Облздравотдела) №№ 5—8.
33. Праутский медицинский журнал, № —3.
34. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, №№ 6, 8.
35. Časopis Lékarů Českých, №№ 27, 31, 36.
36. Клиническая медицина, №№ 9—15.
37. Курортно-санаторное дело, №№ 3—5.
38. L'Italia Sanitaria, №№ 1—4.
39. Le Cancer, № 2.
40. Медицинская мысль Узбекистана, №№ 6—12.
41. Медицинская мысль (Ростов н/Дону), №№ 1—4.
42. Микробиологический журнал, т. VIII, вып. 1—3.
43. Медицинское обозрение Нижнего Поволжья, №№ 3—6.
44. Московский медицинский журнал, №№ 3—7.
45. Новый хирургический архив, №№ 8.
46. Одонтология и стоматология, №№ 5—8.

47. Обзорение психиатрии, неврологии и рефлексологии, № 3.
48. Одесский медицинский журнал, №№ 2—4.
49. Ортопедия и травматология, №№ 1, 2.
50. Одонтология, №№ 1—3.
51. Омский медицинский журнал, №№ 1—4.
52. Профилактическая медицина, №№ 3—8.
53. Практическая педология, №№ 1, 2.
54. Просвещение и жизнь, №№ 6—7.
55. Профессиональная патология и гигиена, №№ 1—6.
56. Пермский медицинский журнал, №№ 1—4.
57. Русский офтальмологический журнал, №№ 6 (28 г.) 1, 2 (29 г.).
58. Русский вестник дерматологии, №№ 5—6.
59. Русская клиника, № 62.
60. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstetrique*, №№ 5—9.
61. Советская медицина на Северном Кавказе, № 4.
62. Современная психоневрология, №№ 4—5.
63. Сибирский медицинский журнал, №№ 6—7.
64. Танамедрове медицина (Тифлис), №№ 6—7.
65. Терапевтический архив, №№ 1—3.
66. *Tatarstan*, № 2.
67. Уральский медицинский журнал, №№ 5—6.
68. Урология, т. VI, вып. 2.
69. Центральный медицинский журнал, № 6.
70. *Zentralblatt für Chirurgie*, №№ 27—40.
71. Государственный Акушерско-гинекол. Институт (в Ленинграде). Госмедиздат. 1929 г.
72. Труды Ялтинского клинического государственного туберкулезного Института. Госмедиздат. 1929 г.
73. М. Лаббе и Г. Випри.—Болезни органов пищеварения и обмена веществ. Госмедиздат. 1929 г.
74. Проф. L. Jehle.—Болезни почек в детском возрасте и их лечение. Госмедиздат. 1929 г.
75. Л. А. Черкес.—Витамины и авитаминозы. Госмедиздат. 1929 г.
76. Г. Ф. Ланг и Д. Д. Плетнев.—Частная патология и терапия внутренних болезней, т. IV, вып. 3. Госмедиздат. 1929 г.
77. Prof. Dr Roman Luria.—*Syphilitische und syphilogene Magenerkrankungen (Gastrolues)*. Verlag von S. Karger. Berlin. 1929 г.
78. Д-р мед. Л. В. Ульяновский.—Операция искусственного аборта. Госмедиздат. 1929 г.

В виду запросов читателей сообщаем, что празднование 125-тилетия Казанского университета предположено 25 февраля 1930 года (день фактического открытия университета).

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

PLASMOCHIN

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

НОВОЕ СРЕДСТВО ПРОТИВ МАЛЯРИИ
НЕ ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПРОИЗВОДНЫМ ХИНИНА

Уничтожает гаметы

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

Не обладает горьким вкусом хинина.

ADALIN

надежно действующее снотворное и успокаивающее средство

при нервных расстройствах различного происхождения

Панантисептическое средство для действия вглубь и на больших поверхностях

RIVANOL

с выдающимся специфическим действием на пиогенные кокки

(стрептококки, стафилококки, гонококки)

Показания: гнойный перитонит, стрептококковые и гонококковые нагноения суставов; абсцессы, фурункулы, карбункулы, мастит, бурсит и прочие локализованные нагноения; далее для дезинфекции при свежих травмах, при инфицированных ранах и язвах

Внутривенно при общем сепсисе

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ДЛЯ СССР:

IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H. — Berlin NW 7,
Dorotheenstrasse 35.

Образцы по требованию лечучреждений бесплатно
Литература к услугам врачей



СОДЕРЖАНИЕ.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Стр.

В. И. Журавлева (Казань). К вопросу о патолого-анатомических изменениях в почках при сифилитическом поражении их	1007
Проф. Д. М. Российский (Москва). К клинике сифилиса щитов. железы	1011
Проф. Д. М. Российский (Москва). К клинике гипофизарного сифилиса	1016
Доц. Г. С. Беленький (Ленинград). О влиянии внешних факторов среды на выделение воды почками	1020
М. А. Нимцовицкая (Казань). Об изменении картины крови в условиях химического производства	1029
И. И. Садовский (Казань). К закрытию кишечных свищей (с 2 рис.)	1037
М. В. Вакуленко (Уфа). К хирургии опухолей плевральной полости	1043
Е. И. Спесивцева (Уфа). К вопросу о скарлатине (с 1 рис.)	1045
С. М. Маркузе (Казань). О хроническом малокровии у детей школьного возраста	1051
Н. В. Жеребцов (Пятигорск). К клинике сифилитических амиотрофий	1058
В. В. Шостакович (Иркутск). К вопросу о психозах у близнецов	1063
И. Б. Галант (Москва). Психосексуальная теория галлюцинаций и алкогаллюциноз	1068
И. М. Гинзберг (Ленинград). К вопросу о физической терапии заболеваний щитовидной железы	1079

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Проф. И. А. Смородинцев (Москва). Висмутовые препараты при лечении сифилиса	1092
Ф. Г. Мухамедьяров (Казань). Планирование здравоохранения	1100
Рецензии: 1) Проф. Д. М. Российский. Труды поликлиники внутр. болезней I МГУ. Прив.-доц. <i>Шерешевского</i> . 2) Протоколы Московского Сопещения по борьбе с гонореей. А. <i>Вайнштейна</i> . 3) Проф. <i>Jehle</i> . Болезни почек в детском возрасте. Проф. <i>Лепского</i> . 4) Готтлиб. <i>Nieren- und Harnleiteranomalien</i> . Проф. <i>Кузнецкого</i> . 5) Проф. Н. И. Агапов. Симптоматическое значение аномалий зубной системы. Проф. П. А. <i>Глушкова</i> . 6) <i>Handurov</i> . Les ultravirus et les formes filtrantes des microbes. Проф. М. Я. <i>Брейтмана</i> . 7) <i>Saure u. Ehle</i> . Das Thoraxbild d. norm. Sauglings. Доц. Р. Я. <i>Гасуля</i> . 8) <i>Aschaffenburg</i> . Psychiatrie u. Strafrecht. И. <i>Галанта</i> . 9) <i>Müller</i> . Briefe an einer Mutter. И. <i>Галанта</i>	1106
Рефераты по общей патологии, внутренней секреции, внутр. болезням, туберкулезу, детским болезням, хирургии, акушерству, сифилису, невропатологии	1110
Памяти проф. Д. О. Отта (с портр.). П. Маценкова	1119
† Проф. Г. В. Хлопин (с портр.). Проф. В. В. Милославского	1121
Хроника	1123
Вопросы и ответы	1126
Письма в редакцию	1126
Книги, поступившие в редакцию по 15/X 1929 г.	1127