

1000  
100  
10

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

## № 1 Январь Год издания XXVIII 1932

### Построим социализм во второй пятилетке.

(Итоги XVII конференции ВКП(б)).

„Настоящая конференция собралась на историческом рубеже: 1932 год—год завершения первой пятилетки и подготовки к осуществлению второго пятилетнего плана. Этим прежде всего и определяются задачи конференции“,— указывает тов. Молотов, открывая конференцию, и продолжает:— „Несмотря на все трудности, фундамент социалистической экономики в нашей стране создан, коренной ленинский вопрос „кто-кого“ решен против капитализма в пользу социализма“.

О том, как создается этот фундамент социалистической экономики, докладывал конференции тов. Орджоникидзе, дружно его поддержали своими выступлениями строители социализма с мест, рабочие, руководители и представители науки. Магнитогорск, щелт молнию семнадцатой: „Первого февраля, в 19 ч. 30 минут получен первый чугун магнитогорской домны № 1. Домна работает нормально. Обслуживающие механизмы, хозяйство исправно“.

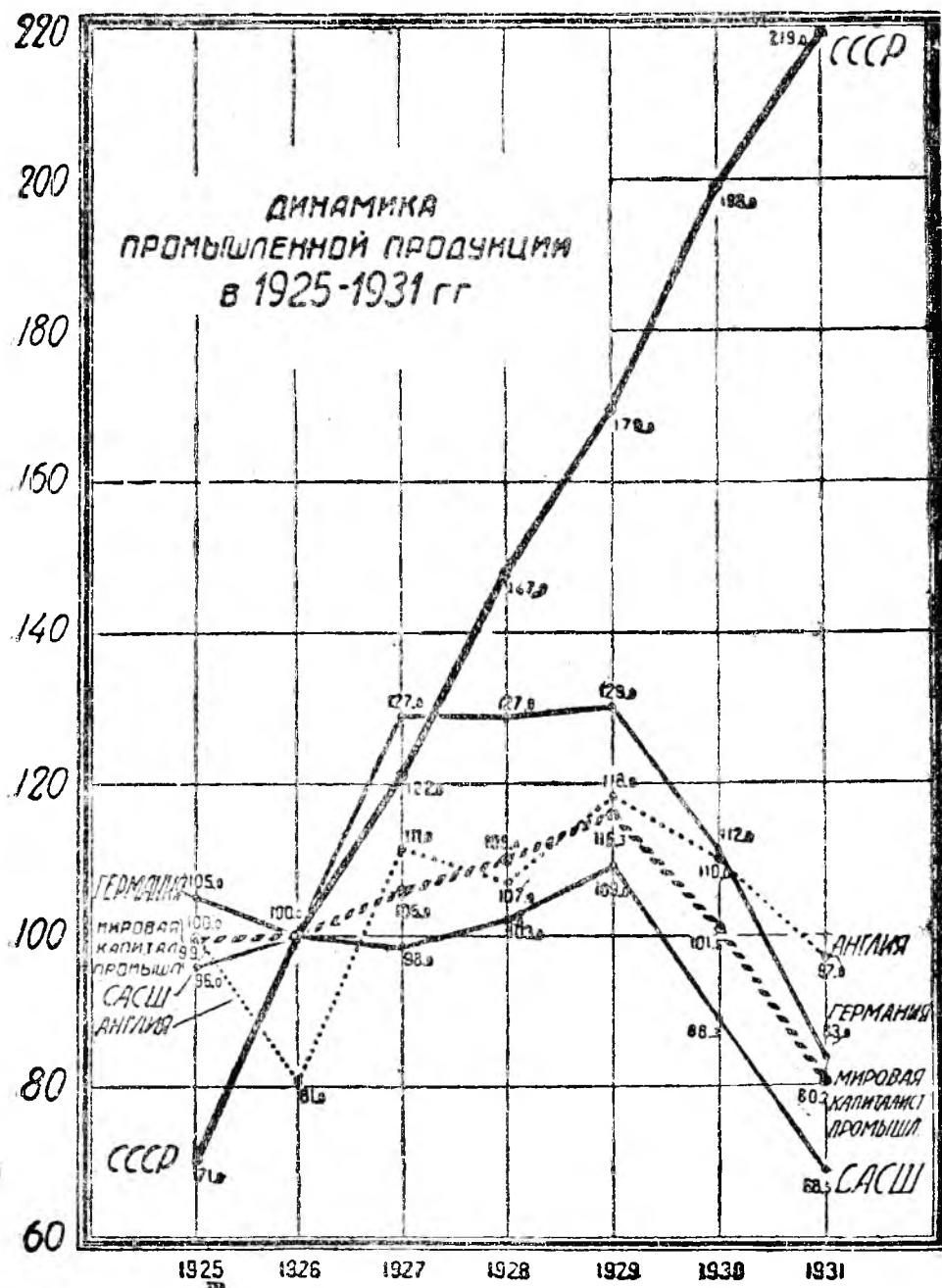
„Прирост продукции всей промышленности в 1931 г. по отношению к 1930 году составляет 21%, в 1931 году промышленность дала 27 миллиардов рублей продукции. В том числе тяжелая промышленность—7,600 миллионов рублей, прирост 12,6%, лесная промышленность— $2\frac{1}{2}$  миллиарда рублей, прирост 12,6%, промышленность Наркомснаба—5 миллиардов и прирост 22%.

Одновременно с ростом у нас, во всем капиталистическом мире происходит колоссальнейшее падение производства и разрушение производительных сил. Динамику промышленной продукции в 1925—31 году у нас и у них, демонстрирует тов. Орджоникидзе в виде диаграммы, которую приводим (диаграмма).

Но одними цифрами количественного роста не дашь полной картины тех качественных сдвигов, какие происходят в нашей промышленности, докладывает тов. Орджоникидзе.—Впервые в 1931 году нам пришлось практически взяться вплотную за овладение новой техникой и постановку новых производств как на действующих заводах, так и на вводимых в эксплоатацию новых гигантов. В 1931 году мы накопили определенный опыт по пуску и развертыванию производства на заводах—гигантах. В 1932 году мы будем пускать гораздо большее количество заводов-гигантов и вообще новых предприятий, вооруженных высокой техникой. Во всяком случае теперь уже никто не посмеет усомниться в том, что большевики поставят на службу социализм новейшую технику.

Планом на 1932 год установлены размер промышленной продукции в 37,5 млрд. или 36% прироста по сравнению с 1931 годом. Сни-

жение себестоимости—на 7%; число рабочих должно возрасти по всей промышленности, включая строительство на 1,200 тысяч человек; заработная плата увеличивается на 11% в промышленности и 5,6% в строительстве, производительность труда должна увеличиться на 22%; объем



капитальных работ составляет по всей промышленности вместе с последними дополнительными ассигнованиями 11.790 милл. рублей, в том числе тяжелой промышленности—9.200 мил. рублей.

Что обеспечило успех в 1931 году? Тов. Орджоникидзе указывает, что „энтузиазм рабочего класса нашей страны, его безграничная преданность своей—Советской власти, соревнование и ударничество определили успех нашей промышленности в 1931 г., в 1932 г. задачи значительно больше, чем были в 1931 году. Выполнить эту программу мы можем только в том случае, если, засучив рукава, но большевистски, возглавляя энтузиазм рабочего класса в нашей стране, под руководством нашего Ц. К., развернем эту борьбу с сегодняшнего же дня, не откладывая ни на минуту выполнение программы нынешнего года по пятилетке“.

Подводя итоги первой пятилетки, XVII партконференция приступила к обсуждению задач, стоящих перед страной во второй пятилетке. Факт проработки СССР второго пятилетнего плана имеет и международное значение, доказывает тов. Молотов—. Международное значение этого факта заключается в том, что рабочий любой страны, что трудящийся любого государства имеет возможность сравнить результаты господства буржуазии в капиталистических странах с первыми еще результатами господства рабочего класса в стране пролетарской диктатуры. С точки зрения внутрисоветской—это одна из решающих проверок того, что дает руководство рабочего класса в отношении крестьянской массы после свержения власти буржуазии. Наконец, непосредственно—с хозяйственной точки зрения, наши успехи—есть успехи планового социалистического строительства“.

Основные задачи второй пятилетки, определяются успехами первой пятилетки, подготовившие почву для дальнейшего, еще более мощного роста социализма в СССР. XVII конференция ВКП(б) считает, что огромные природные богатства страны, большевистские темпы социалистического строительства, растущая активность широких масс рабочих и колхозников и правильная линия партии полностью обеспечивают такое развертывание производительных сил социалистического хозяйства во втором пятилетии, на основе которого будут окончательно ликвидированы капиталистические элементы в СССР. Конференция считает, что основной политической задачей второй пятилетки является окончательная ликвидация капиталистических элементов и классов вообще, полное уничтожение причин, порождающих классовое различие и эксплоатацию и преодоление пережитков капитализма в экономике и сознании людей, превращении всего трудящегося населения страны в сознательных и активных строителей бесклассового социалистического общества. На основе ликвидации паразитических классовых элементов и общего роста народного дохода, целиком идущего в распоряжение трудящихся, должен быть достигнут значительно более быстрый подъем благосостояния рабочих и крестьянских масс и при этом решительное улучшение всего жилищного и коммунального дела в СССР. Конференция считает, что обеспечение населения основными потребительскими товарами и в том числе предметами питания должно к концу второй пятилетки увеличиться не менее, чем в два-три раза против конца первой пятилетки“. „Полная коллективизация сельского хозяйства, рост крупных государственных сельскохозяйственных предприятий и вооружение совхозов и колхозов передовой машинной техникой, на деле превращающей с/х. труд в разновидность индустриального труда и значительное укрепление транспортной связи

и товарооборота между промышленностью и сельским хозяйством—создают условия для полного устранения противоположности между городом и деревней. Быстрый рост социалистического хозяйства в период второй пятилетки в национальных республиках и областях обуславливает изживание экономической и культурной отсталости национальностей, унаследованной от царского колониально-капиталистического режима. СССР во второй пятилетке выдвигается на первое место в Европе в техническом отношении. В Советском Союзе—полная ликвидация безработицы и уничтожение лищеты, семичасовой рабочий день на фабриках и заводах и неуклонный подъем благосостояния трудящихся масс города и деревни.

Все это еще больше делает СССР центром признания рабочих всех стран и угнетенных всего мира. Революционизирующее значение Советского Союза растет, СССР крепнет, как база международного социализма“.

XVII конференция ВКП(б) считает, что основной и решающей хозяйственной задачей второй пятилетки является завершение реконструкции всего народного хозяйства, создание новейшей технической базы для всех отраслей народного хозяйства. Ведущая роль в завершении технической реконструкции принадлежит советскому машиностроению. Важнейшим элементом технической реконструкции народного хозяйства является создание новейшей энергетической базы, основанной на широчайшей электрификации промышленности и транспорта и постепенном внедрении электроэнергии в сельское хозяйство.

Партийная конференция подчеркнула, что в дальнейшем еще неизбежно обострение классовой борьбы в отдельные моменты, особенно в отдельных районах и на отдельных участках социалистической стройки, неизбежность еще в течение длительного времени проникновения чуждых пролетариату классовых влияний в среду рабочих и даже в партию. В виду этого, перед партией стоит задача укрепления пролетарской диктатуры и дальнейшего развертывания борьбы с ошортунизмом, особенно с правым уклоном, как главной опасностью.

Редакция Казанского медицинского журнала мобилизует внимание всех врачей нашего Союза социалистических республик вокруг задач 1932 года и второй пятилетки. Здравоохранение в нашем Союзе будет перестраиваться в соответствии с задачами, поставленными перед страной XVII конференцией ВКП(б). Полное устранение противоположности между городом и деревней создают, для наших масс врачей, работающих в деревнях, невиданные перспективы. Редакция обращается ко всем врачам с предложением активно ввязаться в эту грандиозную перестройку. Ряды участников социалистического соревнования и ударничества должны расти с каждым днем среди нас—врачей. Редакция со своей стороны сделает все необходимое для реализации заданий второй пятилетки и заверяет об этом Центральный Комитет Всесоюзной коммунистической партии (большевиков).

Да здравствует Ленинский ЦК ВКП(б) и ее вождь т. Сталин!

Редакция Каз. мед. журнала..

# Отдел 1. Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

## Актуальные задачи противотуберкулезной организации.

М. Аксянцева.

Борьба с туберкулезом, с этим наследием капиталистического строя, уже на завтра после Октябрьской революции была выдвинута как задача государства и всей рабоче-крестьянской общественности.

Буржуазия, которая вынуждена была признать, что туберкулез рождается ее социальным строем, дальше этого, однако, не ушла. Жалкие крохи, брошенные рабочему классу в виде нескольких санаториев, созданных только в последние предреволюционные годы на благотворительные средства—вот все, что мы имели в области борьбы с туберкулезом.

Созданная мощная сеть противотуберкулезных учреждений<sup>1)</sup>, свыше 300 диспансеров, стационарных санаторных и курортных коек свыше 20.000, помимо сети вспомогательных учреждений, в связи с общим ростом благосостояния рабоче-крестьянских масс, дали возможность резко снизить смертность от туберкулеза в нашей стране. В царской столице—Петербурге, городе чахотки рабочего класса в прошлом, усилиями советского государства смертность снижена в два раза, в Москве в  $2\frac{1}{2}$  раза, резко снижена смертность и у нас в Казани. Успехи, достигнутые противотуберкулезной организацией и всей Советской общественностью, создали у работников противотуберкулезной организации некоторое „головокружение от успехов“.

Несмотря на все эти достижения, противотуберкулезная организация смогла бы сделать значительно больше, если бы она не страдала всеми теми недугами, какими страдало здравоохранение в целом.

В области научно-исследовательской работы мы имеем весь тот комплекс методологических ошибок, который со всей полнотой был вскрыт дискуссией на философском фронте. Но, вместе с тем, в исследовательской работе в области туберкулеза все эти ошибки, идеологическое искашение и извращение марксизма-ленинизма, получили яркое проявление. Сведение и подчинение туберкулеза в целом к какойнибудь частной теории (конституция, эндокринная система), биологизация туберкулеза и наряду с этим полное игнорирование факторов биологического характера с механическим сведением последних к факторам социальным, подчас подменяется и противопоставляется правильному пониманию сущности туберкулеза, как проблемы социальной и биологической. Отсутствие методологического обобщения огромного количества эмпирически накопленных фактов (около 6000 научных работ ежегодно за последние 50 лет, специально посвященные туберкулезу) и совершенно неудовлетворительные попытки в этом направлении характеризуют это отставание теории в проблеме туберкулеза. Письмо тов. Сталина приковало наше внимание к теории и подняло эти вопросы на исключительную принципиаль-

<sup>1)</sup> Данные 1928 года.

ную высоту. Письмо это должно заставить пересмотреть пройденное в свете этих указаний и на нашем участке. Это тем более необходимо еще и потому, что именно сила авторитета „корифеев науки“ в этой области больше, чем в других отраслях научного исследования, и довлеет над умами наших научных и практических работников.

Недостаточная заостренность внимания, некритическое принятие трудов буржуазных ученых приводит к неясным, неправильным и иногда политически вредным выводам.

В частности, это относится и к автору этих строк, допустившему в одной из своих работ „Аксянцев и Кревер—Клиника гематогенно-диссеминированных форм легочного туберкулеза взрослых и их роль во фтизиогенезе“, опубликованной в „Сборнике трудов ГИДУВ, т. II и в приложении к „Казанскому медицинскому журналу“, ряд *неправильных, политически неверных положений, некритически принятые работы Ранке, слишком выпячены элементы биологического порядка в трактовке вопросов иммунитета, неправильны формулировки, дающие повод толковать, что авторы недооценивают процесс индустриализации страны. Слишком выпячен негатив нашего соц. строительства в то время, как определяющим является позитив нашего строительства.*

В области практической работы основные ошибки противотуберкулезной организации заключались в следующем: 1) мы недостаточно глубоко учитывали основные требования социалистического строительства; 2) не проводили достаточно четкой классовой линии в системе мероприятий противотуберкулезной борьбы в целом; 3) не сумели повернуться лицом к производству и не сумели фиксировать внимание, сконцентрировать силы и средства для помощи ведущей промышленности, 4) преувеличивал момент эпидемиологического характера в деятельности туборганизации; 5) туберкулезная организация замкнулась и оторвалась от общелечебно-санитарной организации.

Робкие попытки поворота лицом к производству наталкивались на целый ряд трудностей, обязанных непониманию задач, в первую очередь, самими туберкулезными работниками, так как, обычно, тубработник приходил со своей „собственной, специфической программой действия“, игнорируя общеоздоровительную работу, изолируя себя, не увязывая своей работы с общей медико-санитарной организацией.

Практика Казанского туберкулезного ин-та, организованного 2 своих отделения в рабочих районах с ведущей промышленностью, сейчас на правильном пути по линии осуществления этого действительного поворота лицом к производству. Вместе с пунктом первой помощи, с рабочим активом и через них, при участии врачей поликлиники и районного диспансера с органами охраны труда проведена эта работа. Материалы посланы в журнал „На фронте борьбы с туберкулезом“. Прочитав эти материалы, иной туберкулезник скажет, что проделанная работа не отличается от работы любого сан-врача и врача вообще. Между тем это единственный и правильный путь—путь удовлетворения основных медико-санитарных нужд производства и рабочей массы, путь, создающий предпосылки и к нашей противотуберкулезной работе, ибо вся эта работа в целом в сущности является работой противотуберкулезной. „Теория“, утверждающая в силу этого, что специфическая работа в области туберку-

леза уже потеряла свою остроту и растворяется в общеоздоровительной работе органов здравоохранения нашего Союза, не может быть квалифицирована иначе, как „левакий загиб“. От осознания важности стоящих перед туборганизацией задач, от умения критиковать свои ошибки в теории и нашей практике, без увлечения своими прошлыми заслугами—их никто не отрицает,— от искренности инициативы, настойчивости работников противотуберкулезного фронта и от четкости, оперативности и ясности руководства центральных органов противотуберкулезной организации—зависит успех в нашей работе.

(Из биохимической лаборатории Казанского Гос. Мединститута).

## О круговых химических процессах в клетке.<sup>1)</sup>

(Ответ на критику).

В. А. Энгельгардт.

В № 11—12 Казанского медицинского журнала за 1931 г., в редакционной статье, открывающей номер, довольно значительное место удалено оценке двух моих, появившихся в этом же журнале, работ (1,2). Целиком и полностью солидаризируясь с развитыми в начале статьи установками Редакции, берущей, как указывает самое заглавие статьи, в основу всей своей работы практическое осуществление указаний тов. Сталина о борьбе с чуждыми теориями и о бдительности на идеологическом фронте, я не могу согласиться с данной в статье оценкой моих работ, как якобы проникнутых теориями, чуждыми диалектическому материализму, и обнаруживающих механистические установки.

Развиваемая в упомянутой статье критика моих двух работ вызвана желанием Редакции „помочь в высвобождении из под власти чуждой марксизму-ленинизму теории, „замкнутых путей круговорота“, в пленау какой теории я очутился. Я могу только приветствовать такое намерение Редакции, и охотно пошел бы ей навстречу, постарался бы разобраться в своих ошибках, но для этого не хватает одного—необходимо прежде всего знать, в чем же эти ошибки заключаются. А ясных конкретных указаний относительно сущности моих ошибок в статье Редакции как раз и не имеется; есть лишь указание, что я „скатился на механистические установки“,—а в чем выразился механистический характер этих установок не говорится ни слова; указывается, что я очутился в пленау чуждой марксизму-ленинизму теории „замкнутых путей круговорота“, а почему эта теория является чуждой—опять таки неяснено. Правда, в статье говорится, что развернутая критика будет дана в дальнейшем, но на данном этапе „помощь“ Редакции только и ограничивается приведенными выше утверждениями.

Неясность в формулировании моих ошибок, сильно затрудняющая мой ответ на содержащиеся в статье замечания,—распространяется и дальше. Из контекста не видно—что же, собственно говоря, в обеих моих работах я стою на неправильных установках, или лишь во второй? Повидимому, только во второй, ибо в ней я „не говорю о диалектичности процессов, которые наблюдал в 1930 г.“. Если это так, то ясно, что мои критики не дали себе труда вдуматься в сущность развиваемых мною представлений, а просто увидели диалектику там, где (как это

<sup>1)</sup> Разбор мнений проф. В. А. Энгельгардта будет дан в одном из следующих номеров „Каз. Мед. Ж.“.

было сделано в первой работе, и что на мой взгляд, и по мнению ряда достаточно авторитетных товарищев, является ее существенным недостатком) над каждым положением имеется наклеенный ярлычек „сие есть диалектика“, и не увидели диалектики там, где такого ярлычка наклеено не было.

Мне ставятся в вину две ошибки. Во первых я „по неосвоению в первую очередь понятия о движении материи скатился на механистические установки“- Во вторых я „очутился в плена чуждой марксизму-ленинизму теории „замкнутых путей круговорота“. Начнем с первой ошибки.

Признаться, мне кажется, что утверждение о ней покоятся на сплошном недоразумении. Повидимому, это недоразумение вызвано тем, что я начинаю речь с движения планет и электронов, как примеров кругового движения в природе. Но было бы абсурдным предполагать, что, говоря о „круговороте“, о „круговом процессе“ в приложении к химическим процессам в клетке, я имею в виду механическое движение материи. Совершенно ясно, что речь идет о превращении вещества, как одной из форм движения. Все дело в том, что эта качественно отличная форма движения в то же время обнаруживает и общие черты с движением механическим. Мне думается, что и без приведения соответствующих цитат представляется бесспорным, что вскрытие общности у качественно разных явлений природы, т. е. у разного порядка форм движения едва ли может рассматриваться как ошибка против принципов материалистической диалектики.

Но центр тяжести лежит, повидимому, во второй моей ошибке—в том, что изучаемые мною процессы я рассматриваю, как протекающие по „замкнутым путям круговорота“, и что я вообще придал такой форме движения важное общее значение.

Прежде всего я задам моим критикам вопрос: признают ли они самый факт существования в природе движения по замкнутым кругам? Как же движутся, по их мнению (чтобы воспользоваться уже приводившимися мною примерами), электроны в атоме, или планеты солнечной системы? В праве ли мы говорить о круговороте, если в мышце гликоген распадается в молочную кислоту, а образовавшаяся молочная кислота снова превращается в ничем не отличающейся от исходного гликоген? Доказывать и утверждать факт существования в природе круговых процессов, доказывать первостепенную важность именно этого характера движения мне казалось в моих работах по меньшей мере излишним. Но если это нужно, то лучше, чем мог бы сделать я, скажут об этом две цитаты. Давая оценку лассалевского изложения философии Гераклита, Ленин говорит: „Движение и становление, вообще говоря, могут быть без повторения, без возврата к исходному пункту, и тогда (подчеркнуто авт.) такое движение не было бы „тождеством противоположностей“. Но и астрономическое, и механическое (на земле) движение, и жизнь растений и животных, и человека—все это вбивало человечеству в головы не только идею движения, но именно движения с возвратами к исходным пунктам, т. е. диалектического движения“ (разр. моя) (Ленинские сборники,

XII, стр. 301). Говоря о превращении механического движения в теплоту Энгельс пишет следующее: „Чтобы завершить этот процесс, надо добиться обратного превращения этой теплоты в механическое движение, ибо только в этом случае удовлетворяется диалектика процесса и процесс замыкается—по крайней мере на первых порах—в круге“ (Энгельс: „Теплота“ в „Диалектике Природы“, стр. 203) (разр. моя).

Совершенно ясно, что только упрощенное, формальное понимание кругового движения могло повести к испугу перед „пленившим“ меня принципом круговорота. Этот испуг вызван возведением относительной, релятивной замкнутости круга в абсолют, для чего мои работы не дают никаких оснований. Цитата из „Антидюринга“ приведена моими критиками неудачно; во первых, в ней говорится о всей природе в целом, и этим ни в какой мере не исключается, что в ее движение, составляющее ее непрерывно развивающуюся историю, не вливаются элементы движения кругового. С другой стороны—неужели можно думать, что, говоря о протекающих по круговому пути процессах, я имел в виду действительно в виде абсолютного тождества, вечно повторяющейся с одной и той же материей процесс, своего рода „тоттание на месте“, оторванное от исторического развития? Чтобы уберечься от такого представления, достаточно было бы знакомства с обычной, элементарной формулировкой самого простого из упоминавшихся мною круговоротов—майергофского: в нем лишь часть образовавшейся из гликогена молочной кислоты ресинтезируется обратно в гликоген, другая же часть (около  $\frac{1}{5}$ ) выходит из круга, и чтобы круговой процесс мог продолжаться непрерывно, необходимо постоянное поступление такого же количества материала из вне; я полагал это достаточно известным моим читателям, и не считал нужным на этом останавливаться. Впрочем, и знакомство со вторым началом термодинамики также не оставило бы сомнения относительно невозможности абсолютно замкнутого в себе кругового процесса, т. е. того, что называется *perpetuum mobile* второго рода.

Замкнутые в себе, круговые процессы в то же время связаны с внешними процессами, с другими видами и формами движения, наконец, с другими, тоже круговыми процессами, рождая из сочетания замкнутого, кругового движения качественно новые формы движения. Ведь право же, эта основная мысль, что круговое движение, замкнутое в себе поскольку оно протекает „с возвратом к исходным пунктам“, в то же время открыто во-вне, переходя в новые формы внешнего движения, и принимая внешнее движение в себя—эта мысль с совершенной очевидностью существует из второго абзаца моей статьи в № 4—5 этого журнала за 1931 г. В чем смысл тех круговых химических процессов, о которых я там говорю? В том, что при них энергия химической реакции (химическое движение) на одном из этапов кругового пути используется в клетке для превращения во все прочие, связанные с жизненным процессом виды энергии, т. е. в другие формы движения; тем самым это движение переходит из круга во-вне и вливается в общий процесс существования, развития клетки. И дальше: так же ясно там указывается, что завершение кругового пути, замыкание круга совершается не чисто механически, путем простого продолжения начатого движения, а в результате сопряженности обратного движения (обратной химической реакции) с не-

обратимым процессом окисления: на новом этапе кругового пути в него вливается энергия извне, и конечно энергия не та же, что выделилась на первом этапе. Не знаю, нужно ли указывать — в своей работе я считал это излишним делать, — что в этой сопряженности, в этом слиянии обратимых и необратимых процессов, процессов анаэробных и аэробных, процессов синтеза и распада мы имеем не что иное, как проявление основного закона — тождества, взаимного проникновения противоположностей. Тождество конечного пункта круговорота с исходным является лишь релятивным, ибо на пути круговорота часть энергии ушла наружу, превратилась в другие виды движения, и такое же количество энергии, но уже новой, поступило извне, образовавшись из других форм. И то же самое, *mutatis mutandi*, разумеется относится и к материи: часть ее выпала из круга, и заменилась новой, поступившей в процессе обмена веществ.

Я думаю, что сказанным я достаточно детализировал свои установки, чтобы дать возможность объективного суждения об их правильности или ошибочности. Но считаю ли я сам, что в моих работах все обстоит благополучно? Отнюдь нет. Прежде всего, о чем я уже упоминал выше, недостаток первой работы я вижу в чрезмерном „навешивании диалектических ярлычков“. Но важнее то, что самый анализ наблюдавшихся мною явлений там всетаки еще носит, как мне теперь кажется, некоторый остаток формального мышления. Сохранение постоянства толковалось там почти исключительно, как результат простого взаимного компенсирования противоположных процессов, и еще не было с достаточной ясностью выявлено, что это компенсирование не простое, что эти противоположные процессы не просто „перекрывают“ друг друга в результате какого-то, как могло бы показаться случайного, или во всяком случае непонятного уравновешивания. Не было указано, что эти процессы внутренне должны быть связаны между собою, что один процесс с неизбежностью сам вызывает возникновение своей противоположности, своего отрицания. Правда, отдельные замечания указывают, что я и тогда учитывал эту внутреннюю сопряженность, но она еще не была достаточно четко сформулирована, не была использована, как отправной пункт для конкретного экспериментального анализа. Говоря в первой работе о взаимоотношениях между дыханием и ресинтезом пирофосфата, я высказываю предположение, что прекратив спонтанный распад пирофосфата, и т. о. „устранив необходимость“ его ресинтеза, мы тем самым должны понизить интенсивность дыхания. Но здесь, помимо неудачной формулировки, еще не сделан последний вывод: что сам распад пирофосфата должен стимулировать дыхание и тем вызывать свой собственный ресинтез. И я считаю существенным шагом вперед, что во второй своей работе (обвиненной в отсутствии диалектических установок) я этот вывод уже делаю, правда пока лишь в предположительной форме,

Я должен несколько развить этот пункт, так как считаю его особенно важным. Он должен показать, как на основе последовательного приложения принципов материалистически-диалектического анализа к толкованию экспериментальных результатов сложилось определенное теоретическое представление о природе и механизме изучаемых процессов, как это теоретическое представление поставило определенные проблемы для практического, экспериментального разрешения, и как эти проблемы раз-

решились именно так, как предсказывала теория. Одна такая проблема, как только что указывалось, сформулирована в первой работе: ослабление дыхания при прекращении распада пирофосфата. Это, несомненно, интересный вопрос, но мы еще не располагаем необходимыми предпосылками для постановки его на экспериментальное разрешение: способов избирательно остановить распад пирофосфата мы еще не имеем (впрочем, пути к этому мы намерены искать). Но во второй своей работе я намечаю другую проблему, уже доступную экспериментальной обработке. Я указываю, что если правильно представление о взаимной сопряженности процессов распада пирофосфата, дыхания, и ресинтеза пирофосфата, то мы не только должны ожидать, что дыхание вызовет ресинтез пирофосфата (это первое, наиболее элементарное положение было уже доказано опытами первой и второй работы), но что само дыхание, в свою очередь, вызывается распадом пирофосфата. Стимулируя дыхание, продукты распада пирофосфата должны обусловливать свое собственное исчезновение в процессе ресинтеза, замыкая таким образом круг, возвращая его к исходной—но по новому—точке<sup>1)</sup>.

Как можно было подойти к выяснению того, правильно ли это теоретическое представление? Путь был следующий: временно прекратив дыхание (создав анаэробные условия) и исключив этим возможность ресинтеза, дать накопиться продуктам анаэробного распада, а после этого, восстановив аэробиоз, измерить дыхание. Если представление правильно, то накопившиеся продукты распада должны вызвать усиление дыхания по сравнению с нормой. Постановка такого рода опыта, не слишком сложная сама по себе, требовала большой подготовительной работы, в смысле налаживания совершенно специальной аппаратуры, частично заграничного изготовления. Она заняла около года времени. Не лишне отметить, что литературные данные, притом исключительно авторитетного характера говорили прямо против теоретически сформулированных моих ожиданий, и, казалось бы, предупреждали против напрасной траты сил и времени на подготовку описываемого опыта. Дело в том, что в книге Мейергофа (3) имеется указание, что он такого рода опыты ставил с тем же самым объектом, с которым намеревался работать я—с красными кровяными шариками, и не наблюдал у них усиления дыхания после анаэробиоза. И если тем не менее я не отказался от намерения провести этот опыт и не остановился перед трудностями его осуществления, то именно потому, что был уверен в правильности своей концепции. Последнее свое слово я предоставляю фактам моих опытов.

Предпосылки к постановке этих опытов (подробное изложение которых, как и в прежних работах, я оставляю для специального журнала), были следующие: во первых, расчленить явление на его две слагающие, две противоположности—процесс анаэробного распада, и процесс дыхания, влекущего за собою ресинтез; это первая стадия, которая уже была

<sup>1)</sup> Тут нужно сделать существенно важную оговорку. Ведя речь о том, что распад пирофосфата является фактором, стимулирующим дыхание, я, конечно, ни в какой мере не думаю, что это единственный такого рода фактор, и не думаю сводить проблему возникновения и регуляции клеточного дыхания к одному только распаду пирофосфата. Превращения пирофосфата являются лишь одним из многочисленных звеньев, участвующих в жизненном процессе, и рассматривая их изолированно, я прекрасно отдаю себе отчет в совершающемся—но неизбежном—“угрублении, упрощении, разделении” изучаемого явления.

осуществлена в опытах первых двух работ. И вторая: изучить внутреннее взаимоотношение этих двух слагающих, показать, что вторая слагающая (дыхание и связанный с ним ресинтез) не является слагающей независимой, а есть функция, следствие первой, т. е. распада (впрочем являясь одновременно и ее причиной, поскольку ресинтез ведь и доставляет материал для распада).

Объект опытов был прежний—ядерные эритроциты (голубя). Они отмывались на центрифуге и взвешивались в рянгеровском растворе с глюкозой. Одна часть оставлялась при аэробных условиях, в другой кислород вытеснялся азотом (ср. 2). После выдерживания обеих проб определенное время, обычно около часа, при 37° анаэробная пробы насыщалась кислородом и измерялось дыхание эритроцитов той и другой пробы в варбурговском реspirометре.

Табл. 1.

Время в минутах	5	15	30	47	60	75
Проба:	Поглощение $O_2$ $\text{мм}^3$ на 1 $\text{см}^3$ эритроц.					
Анаэробная . . . . .	14,5	49	81,5	110	130	150
Аэробная . . . . .	1,0	11,5	28	45	62	78
Период	I	II	III	IV	V	
Отношение: анаэробн. аэробн. по 15-ти минутным периодам . . .	4,3	2,0	1,7	1,2	1,2	

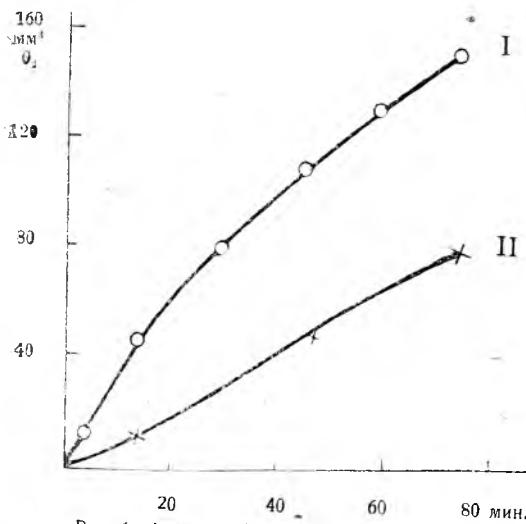


Рис. 1. I—анэробная; II—аэробная пробы.

Результаты такого рода опыта приведены в табл. 1 и представлены на рис. 1. Мы видим, что интенсивность дыхания в пробе после анаэробиоза в первые периоды значительно (в 2—4 раза) превышает дыхание контрольной пробы. Эта избыточная интенсивность дыхания, наибольшая в первые моменты, с течением времени уменьшается, и примерно с 60—80 минут дыхание в обеих пробах приблизительно выравнивается, как можно видеть из рис. 2.

Табл. 2.

Время в минутах	Поглощение $O_2$ , $\text{мм}^3$ на 1 $\text{см}^3$ эритроцитов							
	5	15	20	30	46	50		
Из какой пробы								
Эритроциты								
I	Анаэробн.	Анаэробн. . . . .	17,5	—	61	—	105	—
II	Анаэробн.	Аэробн. . . . .	9,5	33,5	—	55	—	79
III	Аэробн.	Анаэробн. . . . .	10,5	34,5	—	63,5	—	98,5
IV	Аэробн.	Аэробн. . . . .	9,9	—	35,5	—	73	—

Этот результат уже с достаточной ясностью показал, что действительно продукты анаэробного распада, накопившиеся за время пребывания в анаэробиозе, вызывают усиленное дыхание, т. е. являются стимуляторами дыхания. Продолжительность этого усиленного дыхания с большим приближением соответствует установленной в прежних, еще не опубликованных, опытах продолжительности ресинтеза пирофосфата из продуктов его распада. Этот ресинтез, по моим опытам, заканчивается примерно между первым и вторым часом.

Если изложенное выше представление правильно, то нужно было далее ожидать, что удалив продукты анаэробного распада, мы устраним усиленное дыхание эритроцитов анаэробной пробы и наоборот—прибавляя эти продукты к нормальным эритроцитам контрольной пробы мы их дыхание усилим. И это предположение также получило полное подтверждение в опыте, завершив таким образом цепь доказательств на данном этапе работы.

В этом опыте после выдерживания проб в анаэробных и в аэробных условиях, эритроциты были хорошо отцентрифужированы, отстой тщательно отсосаны и сохранены, а эритроциты промыты на центрифуге ледяным рингером. После этого к ним были прибавлены отсосанные вначале отстой, причем в одних пробах обратно к тем же эритроцитам, в других же в перекрестном порядке: отстой анаэробной пробы к эритроцитам аэробной и наоборот.

Результаты измерения дыхания представлены в табл. 2 и на рис. 3. Мы видим, что удаление продуктов распада значительно понижает дыхание эритроцитов анаэробной пробы, и наоборот—прибавление этих продуктов к нормальным эритроцитам повышает интенсивность их дыхания, приближая к интенсивности дыхания эритроцитов анаэробной пробы.

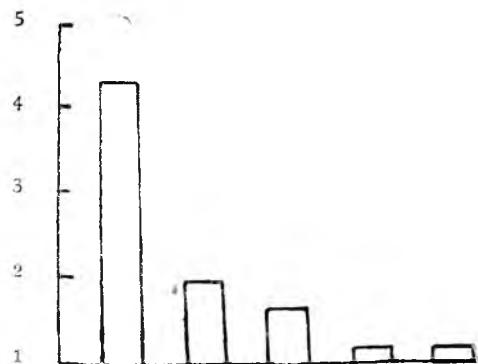


Рис. 2. Отношение интенсивностей дыхания.

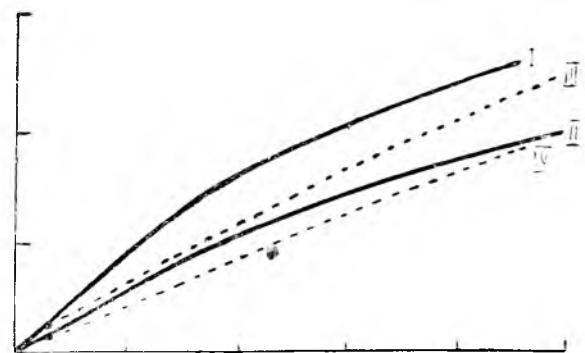


Рис. 3. Нумерация кривых соотв. табл. 2.

В заключение несколько сопоставлений с результатами и теоретическими концепциями лаборатории Мейергофа по вопросам о роли и судьбе пирофосфата в клетках. Я уже отмечал в своей первой работе, что Ломанн говорит о „консервирующем“ действии дыхания по отношению к пирофосфату. В недавно появившейся дальнейшей работе (4), посвященной изучению роли аденил-пирофосфорной кислоты в качестве ко-фермента гликолиза, Ломанн почти в тех же выражениях говорит, что гликолиз тоже обладает „защитным“ влиянием по отношению

к пирофосфату, опять-таки ничего не говоря о возможности ресинтеза пирофосфата за счет гликолиза. То, что Ломанн рассматривает как „консервирование”, т. е. сохранение в неизменном, статическом состоянии, то по моим опытам является результатом динамики ресинтеза. Во второй из моих работ я указываю, что в иных случаях, в частности в мышце, движущей силой для этого ресинтеза, может быть, служит не дыхание, а гликолиз, и что пирофосфату и его превращениям должна принадлежать важная роль в общем обмене клетки. Последние месяцы привнесли полное подтверждение этих заключений. В декабрьской книжке журнала „Naturwissenschaften“ (5) помещен доклад Мейергофа от 24 октября 1931 г., посвященный энергетике мышечного сокращения. Здесь Мейергоф с полной определенностью говорит, что превращениям пирофосфата принадлежит интегральная роль в общем комплексе химических процессов, лежащих в основе мышечного сокращения; и дальше он указывает, что за счет гликолиза может происходить ресинтез пирофосфата из продуктов его распада. Я не располагал возможностями для экспериментального обоснования своих заключений, в правильности которых был глубоко убежден. Мне остается лишь радоваться, что такое подтверждение я получил, хотя бы и не из своих собственных опытов.

На этом я кончу. Что я могу прибавить к тому ответу, который дал самый надежный пробный камень—природа?

*Литература.* 1. Этот журнал 1930, № 5—6, стр. 535.—2. Там же, 1931, № 4—5, стр. 496.—3. O. Meierhof. Chemical dynamics of life phaenomena. 1924, p. 88; Русск. перевод: О. Мейергоф, Химическая динамика жизненных явлений, стр. 77.—4. K. Lohmann. Biochem. Zeitschr. 237, 456, 1931.—5. O. Meierhof. Naturwissenschaften, 19, 923, 1931.

## Сифилис среди удмуртского населения Алнашского района (ероса)<sup>1)</sup>.

Аспиранта Кожно-венерической клиники Казанского Медицинского Института  
Е. И. Сухова.

За последние 10—12 лет в связи с неуклонным ростом культуры отсталых мелких национальностей, со стороны последних предъявляются все большие запросы к органам здравоохранения в отношении борьбы с вен. болезнями. Такие требования тем более важны, что окончательная победа социалистического сектора деревни, в связи с бурным ростом колективизации сельского хозяйства, представляет неисчерпаемые возможности в деле организованной борьбы с социальными болезнями, в частности сифилисом.

Одним из мероприятий органов здравоохранения является систематическая организация вен. отрядов для посылки в районы, в которых еще недостаточно выявлена степень распространенности сифилиса.

В данном описании приводим все наиболее ценное из накопившегося материала за период 3-хмесячной работы среди удмуртов, а для полноты картины мы использовывали и материал вен. пункта села Алнаш за период 1924—31 года.

Жителей в данном районе 39088 чел., из которых удмуртов 62%, русских 33%, татар и мари 5%. В экономическом разрезе: удмуртов, всего дворов 4475, из них бедняцких 1210, середняцких 3032, кулацких 233. Русских—всего дворов—2463, из них—бедняцких 740, середняцких 1481, кулаков 242. Прочих (мари,

<sup>1)</sup> Доложено 26/X 31 г. в секции венерологов и дерматологов Научно-медицинской ассоциации г. Казани и 28/I 32 г. на заседании Ассоциации мед. работников г. Ижевска.

татар) всего дворов 372, из них бедняцких 188, середняцких 170, кулаков 14. Все они живут в 123 селениях. Коллективизированных хозяйств в еросе 47%, Спиртных и пивных магазинов—8, но население больше прибегает к водке своего приготовления (кумышка), описанной еще в повестях В. Г. Короленко. Новичка поражает множество праздников, для которых по неделе и больше. Пьют во время этих гуляний преимущественно „кумышку“. В деревне во время праздника можно встретить пьяного крестьянина-удмурта, несущего в одной руке посудину с самогоном, в другой—стакан, из которого он угощает всех встречных. Несмотря на то, что самогоноварение преследуется законом, пьют много, пьют не только мужчины, но и женщины и подростки. В дореволюционное время школы были в ограниченном количестве; преподавание велось исключительно на русском языке. Удмуртское население было в большинстве неграмотное. За последние годы широко развертывается школьный сектор, преподавание ведется на удмуртском и русском языках; в селах с татарским населением преподают на яналифе. Это мероприятие встречает большую симпатию среди населения; быстро ликвидируется неграмотность, растет культура населения. Основное занятие населения—хлебопашество; только за последние годы начал замечаться отход рабочей силы на заводы (Ижевск и Н.-Новгород); зимой и частично летом уходят на лесозаготовки.

В районе—2 больницы и 2 фельдшерских пункта; в больницах по штату 5 врачей; налицо к нашему приезду было 2 врача; фельдшера, работающие в больницах и на пунктах, все ротные. Имеется грязелечебный Варзиятчинский курорт с пропускной способностью до 200 человек в месяц, но он еросу медпомощи почти не оказывает, за исключением платного приема амбулаторных больных, каковым пользуются немногие.

Развертывая работу, я встретил большую помощь со стороны работников еросисполкома. Стационар вен. отделения находился на краю села, заведывание было возложено на фельдшера; врач бывал здесь редко. В стационаре, рассчитанном на 12 коек, лежало 7 больных сифилитиков. Имеющиеся 2 палаты (мужская и женская) сообщались между собой незапертой дверью. Амбулаторное лечение проводилось в этом же здании; больные на лечение съезжались 2 раза в неделю, жили по 2 дня. Все это говорило за то, что несмотря на колоссальное внимание, которое уделяется делу общественного здравоохранения правительству, здесь еще есть отставание. С первых шагов пришлось заняться хозяйственными вопросами по ремонту и реорганизации помещения. Амбулаторные манипуляции приурочены к базарным дням, трята на них не по 2, а лишь по 1 дню.

Не имея статистического материала распространения сифилиса по району, мы принуждены были делать выборку из журнальных записей и после строгого контроля суммировать этот материал. Выяснилось, что с начала работы вен-отделения, т. е. с 1924 г., по наши дни было пропущено 699 амбулаторных и стационарных больных. В это число вошли и больные, поступившие в период нашей работы. По национальностям эти б-ные были: удмурты 96,7%, русские 2,6%, мары и татар 0,7%. Имея сведения, что всех жителей в районе: удмуртов 62%, русских 33%, мары и татар 5%, видим, какая большая разница в сифилизации удмуртского населения от прочих наций. В то время как на тысячу русских приходится больных 1,5, на тысячу удмуртов—28,0 чел. или 2,8% ко всему удмуртскому населению района, тогда как средний % ко всему населению—1,8. Наибольший % сифилизации удмуртской деревни—6,8, русской—4.

Составив план обследовательской и профилактической деятельности, приступили к его выполнению. Намечены были для обследования наиболее подозрительные или совершенно по заболеваемости неизвестные селения. Всего было обследовано 12 селений, с общим количеством населения 4858 чел. Осмотрено 2337 чел.; мужчин—984, женщин—1453; удмуртов 1606, русских 249, мары 482. Мужчин осмотрено меньше вследствие того, что последние выезды по обследованию были в начале сады, когда женщины еще были дома, а мужское население рано уходило в поле. За весь период обследований выявлено сифилитиков 36 человек; из них с Lues I—один человек (удмурт); Lues II activa—15 чел. (удмурты); Lues II latens 11 чел. (удмуртов 7; русских 3; мары 1); Lues III activa 4 чел. (удмуртов 3; мары 1), Lues III latens 3 чел. (удмуртов). Брожденный 2 чел. (удмурт—1; русский 1). (Lues II lat. выявлен по анамнестическим данным без серологической реакции). Больных сифилисом, фигурирующих на учете вен-пункта, мы в эту запись не вводили.

Ставя задачу получить качественный, а не количественный материал от обследования, осмотр проводили в подворном порядке; сами ходили из избы в избу. С первых шагов работы выяснилось, что с женщинами нужно вести подготовительную работу, дабы побороть их стыдливость. В деле уговоров большую роль сыграла переводчица удмуртка студентка мед-техникума и всегда сопровождающая нас представительница от Сельсовета. Осмотр семьи всегда начинали с ребят, если таковые были; это располагало к нам взрослых женщин, и они сами охотно давали осматривать себя. Пользуясь деревенскими сходками, проводили беседы о венерических болезнях. Заметно увеличивались посещения вен-пункта, в особенности из тех селений, где мы ставили беседу. Чтобы не концентрировать на приемах одних вен-больных, было широко объявлено о том, что мы лечим все кожные болезни. Этим маневром необходимо было охранить наших действительных больных от клейма „заразный“, — дать им возможность спокойно лечиться. В процессе работы были такие курьезы. Приходили больные с активным вторичным сифилисом и жаловались на чесотку, „только не чешется“. Это нас убедило, что несмотря на большой процент сифилизации, население совершенно не имеет понятия о сифилисе. За все время работы чувствовалось большим пробелом отсутствие серологических контролей в сомнительных случаях.

Знакомясь с бытом, мы выяснили, что в половую связь удмурты (мужчины и женщины) нередко вступают 14—15 лет. Связи обыкновенно завязываются во время гуляний в лесу и „посиделок“, устраиваемых в банях, где молодежь иногда остается на всю ночь. За один вечер или ночь мужчина меняет несколько партнерш и наоборот. Из бытовых моментов, способствующих заражению сифилисом, надо отметить некультурность в семейном быту; тесный контакт посредством посуды, традиционное жевание женщинами серы, которую они иногда передают одна другой и т. д. На молениях, устраиваемых в лесу после жертвоприношения многие пьют из освященной чаши. Воспользовавшись одним из таких молений, мы по соседству со священным костром провели беседу о сифилисе. Как на передатчика сифилиса указали на их священную чашу и на общую посуду во время пира. Такие беседы мы считаем необходимыми; они знакомят с картиной болезни, указывают на прямые источники заражения, рушат старые, гнилые устои дореволюционного быта, ведшие к прямому вымиранию нации.

Суммируя материал прошедших лет работы Вен. отделения и результат нашей работы, мы считаем корнем зла большой сифилизации удмуртского населения раннее начало половой жизни и ее беспорядочность. Из обработанного материала видно, что больший процент (47%) заболевания падает на возраст от 15—25 лет. Это до некоторой степени подкрепляет высказанное нами предположение.—Также нельзя упускать из виду бытовых сторон, способствующих распространению заразы. Ко всему этому нужно прибавить ложное представление населения о болезни. Многие считают, что лечиться необходимо только до тех пор, пока не исчезнут явления на коже. Отдаленность больных от вен-пункта является тоже крупным недостатком. Из 699 больных, лечившихся в вен-пункте с 1924—31 г., 1 курс лечения проделали 70,8%; 2 курса 18%; 3 курса 5,2%; 4 курса—4%; 5 курсов—3,4%; 6 курсов—0,4%; 7 курсов—0,2 чел.

Упрощенная запись диагноза больных, какая велась за прошедшие годы, не дала нам возможности группировать иначе как по стадиям, без указаний активной и скрытой формы.

#### Первичная обращаемость по годам.

№	Национальность	За								
		1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	1928 г.	1929 г.	1930 г.	1931 г.	
1	Удмуртов . . . .	14/17	35/35	52/71	82/85	32/45	22/40	30/41	—	
2	Русских . . . .	—	—	1/2	2/0	4/1	1/0	2/2	—	
3	Татар . . . .	—	—	2/0	1/0	—	—	—	—	
4	Мари . . . .	—	—	1/0	—	—	—	—	0/1	
Всего . . .		31	70	129	170	82	63	75	79	

Примечание: Числитель—показатель мужчин, знаменатель—женщин.

## Первичная обращаемость по стадиям.

1 ст.		2 ст.		3 ст.		врож.	
Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
19	1	228	313	29	60	24	25
20 ч.—3%		541 ч.—77,3%		89 ч.—12,7%		49 ч.—7%	

В приведенной таблице мы видим, что на долю Lues I приходится всего лишь 3%, но успокаивать себя на этом нет оснований, т. к. мы знаем, что более культурное городское население, в особенности женщины, часто не замечают начала болезни, а жители деревни тем более мало уделяют внимания „безболезненному прыщику“. Процент вторичного сифилиса—77,3; если даже сюда благодаря несовершенной диагностике вкраилась некоторая ошибка, все же данная цифра иллюстрирует то, что кривая сифилиса среди удмуртов стойко держится. Обращаемость по годам, была такая: в 1924 г. год сформирования вен-отделения—31 чел.; 1925 г.—70 чел.; 1926 г.—129 чел.; 1927 г.—170 чел.; в этот год в районе работал вен-отряд, но, к сожалению, никаких данных, за исключением того, что больных в этом году пропущено больше по сравнению с предыдущими годами, мы не нашли. В 1928 году больных было 82 чел.; в 1929—63 чел., 1930—75 чел., и за 6 мес. 1931 г. зарегистрировано 79 чел.; сюда вошли и наши больные<sup>1)</sup>. Большой процент врожденного сифилиса говорит за то, что необходимо при рай-больницах совместно с вен-работниками там, где они есть, организовывать консультацию для беременных матерей.

Заканчивая работу, мы приходим к выводу, что распространение сифилиса среди удмуртского населения данного района в основном идет половым путем, а поэтому на эту сторону необходимо уделять наибольшее внимание как медработникам, так и советским и партийным организациям. Оздоровление полового быта должно стать лозунгом для всей удмуртской молодежи. „Осиновый кол“ должен быть вбит в „посиделки“ и лесные религиозные гулянья с водкой и „кумышкой“. Изба-читальня с литературой о новом быте и плакатами бытовых болезней должны быть выдвинуты на смену „посиделкам“.

Больше популярных бесед о вен-болезнях должно быть проводимо в профилактические дни.

По линии здравоохранения необходимо там, где представляется хотя малейшая возможность, отделить вен-отделения от больниц, предоставив им больше прав.

Вен.-пункты должны довести статистические данные до двора (правда, в этой работе имеется ряд затруднений; часть больных, желающих скрыть свою болезнь от односельчан, записывается под вымышленной фамилией и указывает не свою деревню; но это можно изжить путем индивидуальной обработки каждого). Необходимо инструктировать фельдшеров, работающих в области вен-болезней, давая им командировки в городские вен-учреждения.

Желательна организация при вен-пунктах фото-выставок. Копии подобных выставок важно рассыпать по избам-читальням тех деревень, где имеются больные плохо лечащиеся; выставки могут быть построены по типу передвижек.

При вен-пунктах помимо стационара большую пользу оказывают полустанционарные отделения по типу общежитий для повторных больных, приезжающих издалека; а поэтому необходимо при каждом вен-пункте иметь такой полустанционар.

Интенсивность работы вен-пунктов, диспансерные мероприятия развивать в свободное от полевых работ время.

<sup>1)</sup> Каждующееся увеличение распространяемости сифилиса объясняется, с нашей точки зрения, не ростом заболеваемости, а более сознательным отношением населения и теми мероприятиями, которые проводятся органами здравоохранения в деле выявления, лечения и санитарно-гигиенической обработки населения.

Желательна организация периодического поголовного осмотра населения с/х. коммун, совхозов и колхозов, а также и единоличника, используя для этой цели вен-отряды, работу которых приурочить к наиболее свободному времени крестьян, чтобы не отрывать их в дорогостоящие дни страды.

Необходима организация мед-контроля за рабочей силой, как отбывающей на сезонные работы, так и возвращающейся с них; для этой цели привлечь врачей по обслуживанию батрачества. Необходима как для вен-отрядов, так и для районных вен-работников организация серологических лабораторий-перевозок.

В заключение остается сказать, что борьба с сифилисом среди удмуртского населения должна вестись единым фронтом мед-работников, общественных организаций и самого населения.

Из отделения уха, горла и носа (завед. д-р Л. А. Зарицкий) Коростенской межрайонной б-цы (Украинское Полесье).

### Украинское Полесье, как очаг склеромы<sup>1)</sup>.

Д-ра Л. А. Зарицкого.

В 1911 году проф. Волкович сообщил о 128 случаях склеромы, зарегистрированных в разное время в б. России. Из них 27 (21%) случаев были с Украинского Полесья (б. округа—Волынский, Коростенский, Шепетовский и часть б. Волынской губ., занятой теперь Польшей). Таким образом уже 20 лет тому назад в Полесье было гнездное распространение склеромы, в то время как в остальной России (СССР) наблюдались единичные случаи, да и те почти все с этнографической Украины. За 15 лет (1911—1926) Кордатова собрала статистические данные о 150 б-х, из коих 8 с Укр. Полесья. Калина (Одесса) отмечает 3 случая отсюда. Клиникой проф. А. Пучковского в последние 5—6 лет собран материал о 483 б-х склеромой с Украины, из них 97 (20%) падает на Укр. Полесье. У отдельных авторов находим также случаи с Полесьем. Наконец, нами в б. Коростенском окр.—центральной части Украинского Полесья—за последние 2—3 года зарегистрировано больше 100 случаев склеромы классической гипертрофической формы Невга-Волковича.

Суммируя вышеприведенный материал мы имеем 235 случаев только с Украинского Полесья. Эта цифра неуклонно растет, и трудно сказать, сколько же вообще здесь имеется склеромных б-х.

Для более ясного представления привожу 2 таблицы на 93 б-х, наиболее всесторонне изученных, характеризующих склерому Полесья.

Таблица № 1.

Возраст	Мужч.	Женщ.	Всего	Возраст	Мужч.	Женщ.	Всего
до 10 л.	—	3	3	31—40	5	8	13
11—15 л.	2	10	12	41—50	3	4	7
16—20 л.	4	24	28	51—60	1	4	5
21—30 л.	9	15	24	выше	1	—	1

Всего . 93

Таблица № 2.

#### Локализация склеромного процесса.

Нос	Нос, губы и слезные пути	Глотка	Гортань	Нос и глотка	Нос и гортань	Глотка и горгтань	Трахея и бронхи	Нос, глотка и горгтань	Всего
15	6	2	36	1	19	3	3	8	93

<sup>1)</sup> Доложено в медицинской секции Научного общества г. Коростеня 2/XI 1931 г.

Как видно из таблиц, наибольшее количество б-х в возрасте от 16 до 30 лет (55,9%). Чем старше возраст, тем, естественно, меньше б-х, так как редко кто выживает с долгим течением склеромы, особенно с локализацией в гортани. Правда, в наших случаях были больные с поражением гортани и носившие склерому до 25 лет. Локализация процесса: наиболее уязвима гортань. Вообще на Полесье чаще встречается склерома носа и гортани. У трех больных были поражены слезные пути и у трех верхняя губа.

В данной работе мы заостряем внимание лишь на географическом итопографическом распространении склеромы в Украинском Полесье.

По данным *Vaigowicza*, *Gascionowsk'ego*, *Lehm'a*, *Belinova*, *Kabelick'a*, *Cisler'a*, *Vitom'ga* и других в соседних странах (Австро-Венгрия, Западная Украина, Польша, Чехословакия) насчитывается больше тысячи склеромных б-х. В соседней с Полесьем Советской Белоруссии имеется больше 750 б-х (Бурак). Конечно, все названные местности с Украинским Полесьем охвачены колоссальным очагом склеромы (*Scleroma respiratorium*). Почему проф. Бураком зарегистрировано больше б-х из Минского округа? Почему нами зарегистрировано больше б-х из ближайших к центру—г. Коростень—районов?

По *Волковичу* и *Немтап'ю* Чехословакия и Закарпатская Украина давно известны как очаги склеромы. *Ningeg* считает, что Моравия, особенно предместья г. Брно, есть очаги склеромы, откуда она распространилась в Чехию (*Vitom'l'a*) и потом в ближайшие местности Германии.

Проф. А. Пучковский, много работающий над склеромой, доказал, что первым очагом склеромы была местность, где протекает р. Припять с ее притоками, и уже отсюда склерома распространилась на территорию России, этнографическую Польшу, Закарпатскую Украину и т. д. Последнюю проф. А. Пучковский считает вторым очагом склеромы и, наконец, Моравию с Чехословакией—третьим. Мы считаем, что Украинское Полесье в прошлом и настоящем есть угрожающий очаг склеромы, распространяющийся на соседние южные местности Правобережной Украины, где склерома пока мало распространена. Считать же, что склерома сюда откуда-то занесена—нет причин. В наших случаях склеромные б-ые, с течением процесса до 25 лет, все время жили в своих родных селах, никуда не уезжали и не имели по близости иностранцев соседних стран, где склерома также имеет широкое развитие.

Если склерома наблюдается в новой местности, то, по нашему мнению, нужно искать причины, во-первых, в самой местности, в быте населения, заселяющего район, во вторых—в путях занесения склеромы, в третьих—в геологогидрологических условиях (*Cisler*).

Наблюдая склерому в б. Коростенском окр., центре Полесья, нами выявлено много сел, в которых склерома гнездится по 2—3—5 случаев, редко больше. Отдельными очагами Коростенского р-на являются села Ришевка, Лесовщина, Краевщина, Могильное и Холосное. В этих селах живут больные с течением склеромного процесса от 5 до 25 лет. Села Лугинского р-на: Березовый Груд (польское), Охотовка, Лугины также значительно поражены склеромой. Эмильчинский, Овручский, Барашевский, Олевский, Городницкий и Словечанский р-ны имеют 60% всех зарегистрированных до сего времени б-х. Отдаленное расстояние этих районов от г. Коростеня чрезвычайно тормозит точную регистрацию. Северная часть бывш. Волынского округа граничит с наиболее пораженной местностью б. Коростенского окр. Нужно предполагать, что там (Волынский округ) склерома широко распространена, так как нередко оттуда обращаются к нам (единий диспансер, больница) склеромные больные. В Западных р-нах бывш. Киевского округа (тоже часть Укр. Полесья), граничащих с б. Коростенским округом, клиникой проф. А. Пучковского зарегистрировано около 20 б-х. Из б. Шепетовского округа через ту же клинику прошло 34 б-х. Общая цифра зарегистрированных до сего времени склеромных б-х с Укр. Полесья составляет, как упоминалось выше, цифру в 235 б-х, или 48,6% из 483 случаев, собранных проф. Пучковским на Украине.

При обследовании нами некоторых очагов склеромы выявлены интересные моменты, например: с. Лесовщина, расположенное на реке Уж. Вокруг лес, болота, низкая местность, большая влажность, население бедное, культурно отсталое. В избе склеромной больной Келер Анны грязь, сырость, темно; кормление свиней производится в избе. Спит вся семья на полатях, пища большей частью постная. Почти тоже наблюдалось и у других склеромных б-х. Достаточно сказать, что середняков в наших случаях единицы. В большинстве бед-

няки. Вот краткая характеристика некоторых наших склеромных б-х. Более подробно о социальном патогенезе склеромы описано нами в Профилактической медицине (1931 г. № 1—2). Кроме того что упомянутых возможных этиологических моментов не малое значение имеет особенная восприимчивость организма к заражению палочкой *Frisch'a*, продуцирующей длительным временем из-за скверных социально-бытовых условий жизни. Отмечается и роль наследственности; многими авторами наблюдались случаи заболевания склеромой брата и сестры, отца и детей и очень редко мужа и жены (Пучковский, Зарицкий и др.).

Во всяком случае географическая и топографическая сосредоточенность и эндемичность склеромы, этиология и сущность данной болезни привлекают к ней особое внимание и требует углубленного научного исследования.

## Отбор новых средств.

И. Левинштейн (Москва).

В настоящее время работа по освоению заграничного опыта и внедрению его в нашу фармацевтическую промышленность и выявление нужд здравоохранения в новейших химических соединениях происходит в НИХФИ (Научно-Исследовательский Химико-Фармацевтический Институт).

Для этой цели в Институте организован специальный орган—научно-информационное бюро, руководимое И. И. Левинштейном. В задачи бюро входит: 1) регистрация всех заслуживающих внимания новинок заграничного рынка в области лекарственных препаратов, 2) реферирование важнейших статей заграничной печати, касающихся компетенции Института, 3) обзоры мировой литературы с критической оценкой наиболее ценных лекарственных средств, 4) отзывы и справки о лекарственных препаратах по заданиям Института и промышленности.

Для обсуждения предложений упомянутого бюро организовано клиническое совещание, периодически созываемое из представителей Московских клиник, Наркомздрава, ХФО и ряда фармакологов. В совещании принимают участие научные работники НИХФИ.

В случае, если сведения о каком-либо желательном препарате недостаточно убедительны, препарат передается в клинику для предварительного испытания. Лишь после этого решается вопрос о выработке методики и включении в производственный план ХФО.

За последнее время такому отбору подверглось большое число новых препаратов, часть которых включена в план НИХФИ или в производственный план ХФО. Остальные или отклонены, или продолжают изучаться литературно и клинически.

## I. Препараты, признанные желательными и введенные в план НИХФИ.

*Авертин*—трибром-этил-алкоголь, для общего наркоза интравенозно или ректально.

*Дехолин*—натриевая соль дегидрохолевой кислоты, применяемый при болезнях желчных путей.

*Липондол* (20% и 40% раствор иода в маковом масле). Показан для рентгеноскопии спинного мозга и легких.

*Неостибозан* (препарат сурмы)—применяется для лечения протозойных и других тропических болезней.

*Оксибензилалкоголь*—является необходимым дополнением к новокаину для поверхностной анестезии.

*Ораль-тетрагност* (тетра-иод-фенолфталеин-натрий)—для холецистографии.

*Салирган* (комплексное соединение ртути с салициламило-о-уксусно-натриевой солью), сильное мочегонное, при отеках, аспите.

*Трипанблау* (азо-краска из Н-кислоты-орто-толидина). Применяется против трипанозом и при пироплазмозе у животных.

*Уроселектан*—иодпиридиновое соединение (42% иода), контрастное вещество для пиэлографии без цистоскопии. Вводится внутривенно.

## II. Препараты, признанные желательными для включения в план ХФО.

**Астмализин**—содержит 0,0008 адреналина и 0,04 пируитрина. Ряд авторов наблюдал хорошие результаты от впрыскивания под кожу 0,5—1,0 астмализина во время острого приступа бронхиальной астмы.

**Вазано**, состоящее из камфорнокислых скополамина и гиосциамина, против морской болезни.

**Истицин**—диоксиантрахинон, слабительное средство.

**Миосальварсан** (продукт конденсации сальварсана с формальдегидом и бисульфитом натрия) содержит 19% мышьяка; для введения в мышцы.

**Наутизак**—смесь 9 частей трихлоризобутилалкоголя и 1 части кофеина; против морской болезни.

**Новиформ**. Ввиду категорических указаний видных окулистов о необходимости этого препарата постановлено изготовить новиформ, ограничив производство исключительно потребностями окулистов.

**Нормолактон**—смесь лактата натрия и молочной кислоты. Антисептическое средство в гинекологической практике.

**Осмон** (раствор глюкозы), применяется при расширении вен, вместо оперативного лечения.

**Уголь**. Совещание обратило внимание на первоочередную важность заготовки активированного угля, употребляемого с большой пользой для отведения газов, как пристивоядие и др.

**Уабайн**—глюкозид, получаемый из семян строфанта. Формула  $C_{30}H_{46}O_{12} + 9H_2O$ . Применяется в сердечной терапии и имеет большие преимущества перед наперстянкой. Попутно выяснилось, что строфант, представляющий собой импортное сырье, прописывается у нас очень широко без всякой нужды в так называемых сердечных каплях.

**Ятрен** (иодоксихинолин-сульфоновая кислота с 20-процентной  $NaHCO_3$ ) при общих инфекциях для внутривенных вливаний.

## III. Препараты, требующие дальнейшего изучения.

**Абродил** (моноизодметансульфоно-кислый натрий). Применяется при рентгеноскопии почек.

**Верамон** (комплексное соединение веронала с пирамидоном). По литературным данным является надежным болеутоляющим средством. Легко всасывается. Клиническое совещание выразило сомнение, является ли верамон комплексным соединением и постановило изучить химическую структуру верамона.

**Дарминное масло** (из цитварных цветков)—при ревматизме наружно.

**Дистол** (содержит действующие начала папортника в липоидрастворимых веществах). Применяется при *Distomum hepaticum* у овец.

Постановлено воздержаться от включения дистола в план работ НИХФИ до выяснения результатов испытания фелицилена.

**Ейфилин** (соединение теофилина с этилен-диамином) применяется при артериосклерозе и как мочегонное.

**Еуцерин** (комбинация липоидной фракции ланолина с парафиновой мазью). Совещание высказалось за необходимость хорошей основы для мазей синтетического происхождения. Вопрос передан отделу лекарственных форм НИХФИ.

**Желедурат** (глютоид)—желатина, уплотненная формалином. Растворяется в кишках.

**Кальцан** (соединение кальция с молочно-кислым натрием) применяется в детской практике при рахите и туберкулезе.

**Натеина**—испанское средство для лечения гемофилии.

**Силистрен** (тетрагликоловый эстер орто-кремневой кислоты). Применяется для поддержания процесса рубцевания каверн при туберкулезе легких путем доставки организму кремневой кислоты.

**Тимофизин** (комбинация экстракта гипофиза с экстрактом зобной железы).

**Тыквенное масло** в качестве глистогонного средства.

**Хозал**—состоит из двойных солей кальция и натрия полиаминокислот. Не содержит хлора. Применяется как замена поваренной соли, где показан без-

соловой режим (болезни почек, гипертония, грудная жаба, декомпенсированный порок сердца, туберкулез и др.). Доза до 6,0 в день.

*Эксцеброл* (бром-стронций-уран с виноградным сахаром) применяется при экземах от зуда.

*Эфедрин и псевдоэфедрин* (алкалоиды эфедры). Ввиду большого интереса для терапии желательно наряду с работами НИХФИ по синтетическому эфедрину продолжать изыскания эфедры, обратив особенное внимание на эфедру Сибири.

#### IV. Препараты отклоненные.

*Алюминоль* (алюминиевая соль сульфонатовой кислоты). Вяжущее и обеззаражающее средство. Применяется наружно в хирургии, гинекологии и дерматологии.

*Глюкогормент*. Смесь экстракта панкреас с синталиноподобным веществом. Рекомендуется автором при диабете. При наличии инсулина глюкогормент не представляет интереса.

*Дикодид*—дигидрокодеин.

*Дизлайдид*—солянокислый дигидроморфин.

*Иодглидин*. Не представляет преимуществ перед другими органическими соединениями иода. В ближайшее время предстоит наложение производства сайдина.

*Кардиазол* (сердечное средство), вместо которого может быть рекомендован более доступный в производственном отношении корамин.

*Крезивал*—6% крезол-сульфонового кальция в сиропе, при туберкулезе.

*Купопан* и *вульнал*—препараты, рекламируемые венгерской химической фабрикой „Теллур“ в качестве дезинфицирующих средств при кожных болезнях, в хирургии и др., содержат ароматические эстера фенолов и масло как конституэнт.

*Продермал* и *жалол*. Масло и мазь, содержащие в качестве действующего начала ариловый эстер. Рекомендуется автором в качестве дезинфицирующего, дезинсектирующего и противоревматического средства.

*Постанол* (комбинация сальварсаны с висмутом).

*Стронхин*. Соединение хинина со стронциуроном в растворе, применяется против коклюша. Следовало бы обратить внимание на семена айвы для лечения коклюша.

*Циклоформ*—парааминоизобутиловый эфир бензойной кислоты, который может быть заменен анестезином и ортоформом.

#### Далее обсуждались следующие вопросы.

*Дигинорм*, по мнению клинического совещания, является существенно необходимым препаратом. Постановили считать целесообразным возобновить производство дигинорма.

*Железо*, восстановленное водородом. Постановлено собрать отзывы клиницистов.

*Нафталан*—мазь из нафталанской нефти с небольшим содержанием мыла. Проф. Г. И. Мещерский сообщил о хорошем действии этой мази при кожных болезнях. Проф. М. М. Невядомский сообщил о применении им нафталанской нефти для лечения раковых опухолей. Постановили: 1) признать необходимым самое широкое распространение советского нафталана в кожной практике, для чего воспользоваться выводами клиники и дать широкую информацию в специальной печати, 2) влияние нафталанской нефти на злокачественные образования по методу проф. Невядомского проверить в химио-терапевтическом отделе НИХФИ.

*Пирифер* (бактериальный препарат, повышающий температуру). Ввиду важности пирогенных препаратов обратить внимание бактериологических институтов на желательность изготовления пирифера.

*Противоревматические средства* заняли особое внимание клинического совещания. При обсуждении большого количества препаратов, описанных в литературе, постановили испытать препараты: 1) агит, 2) аматин, 3) новальгин, 4) пертизал, 5) мирион и 6) солганал.

Считать необходимыми: 1) атофан, 2) салит, 3) новопротеини 4) суфогель; 5) изучить литературу об олобинтине.

Весьма важно, чтобы врачебная общественность приняла участие в этом отборе медикаментов и указывала бы органам промышленности на текущие нужды фармакотерапии.

## О работе РОКК'а в Северном крае.

(По материалам Северного Краевого Комитета).

Внимание всех организаций РОКК'а сосредоточено на обслуживании лесозаготовок, лесорубок и лесосплавов, основной ведущей промышленности района. Самые отдаленные организации РОКК'а находятся в Коми-области, в Ненецком округе—по Печоре и берегу Ледовитого океана, в Мензейском и Онежских районах.

Краевой комитет отпускает также средства на содержание Красного Чума—культурные учреждения кочевых ненцев (самоедов) на стоянках, располагающиеся в палатках из меха. Медицинской помощью Красные Чумы обслуживаются здраво-отделами, выезжают акушерки.

В Коми-области организовано 5 дезотрядов, работают показательные ясли на 30 человек в городе Сык-Тыф-Кале на реке Вычегде. В Коми-области организуется подготовка кадров из местного населения—коми (зырян). Занятия ведутся с курсантами на зырянском языке.

Число членов РОКК по 32 районам насчитывается 13391, из них рабочих 4132, служащих—4257, колхозников—1528, военнослужащих—99, крестьян единоличников—1043, учащихся—2228, кустарей—104. Ячеек всего 313, из них сельских 78, колхозных—35, при совучреждениях 109, военных—5, при учебных заведениях—35, заводских—51. Членов и кандидатов ВКП(б)—729, ВЛКСМ—1232, членов профсоюзов—4232. Мужчин 2296. Лиц моложе 23-х лет—1938, русских—7373.

*Работа дезотрядов на лесоучастках.* Имеются 5 дезотрядов с передвижными камерами и 21 отряд без камер. Дезотряд состоит из 5 чел.—двух дезинфекторов, работника массовика по санминимуму, парикмахера и работника санитара.

Дезотряд работает на участке до тех пор, пока заканчивается санобработка. Проводится дезинфекция и дезинсекция бараков; лесорубы, возвращаясь с работы в продезинфицированные бараки, направляются раньше в баню, где проводится дезинфекция их одежды. Пропускная способность бани и дезкамеры до 300 чел. в день. На пункте приходится работать от одного до двух месяцев. Обслуживание сплава производится в течение всего лета. Лесорубы посещают баню раз в неделю или в декаду. Почти все одеваются чистое белье после бани, но все же есть такие, которые приходят в баню без чистых смен белья, тогда у них белье дезинфицируется. Мылом снабжаются в достаточном количестве. Баня убирается после каждой партии, прошедших баню.

*Работа с юными пионерами.* В летний сезон 1931 г. было организовано 2 лагеря-санатория для пионеров. Всего пропущено 351 чел. На южные курорты в Крым послано 67 пионеров. Из них детей рабочих—53, детей колхозников 14.

*Участие в хозяйственно-политических компаниях.* На лесозаготовках, кроме дезотрядов и медпункта, работают бригады в количестве 962 чел. по оказанию первой помощи. Ими проведены 53 беседы на профилактические темы, по санминимуму и о значении РОКК. Организовано 13 уголков РОКК. По экспортну леса было организовано 9 бригад по оказанию первой помощи, дежуривших ежедневно. По лесосплаву было выпущено кружков первой помощи 9 с количеством 421 чел.

В осенне-посевной и уборочной компании проведено 157 бесед, в уборке на полях участвовало 50 чел., проведено 2 субботника, в которых участвовало 36 чел. Организовано 5 медбригад из 39 чел., 95 яслей, 2 площадки, курсы ясельных работников—выпущено 100 чел.

По ледокольной компании было организовано 12 пунктов первой помощи из 20 чел.—дежурства круглые сутки.

Организация РОКК участвовала в 4-м Всесоюзном рейде по санминимуму. Были организованы 12 бригад из 38 чел. и 13 участников по одному человеку.

Бригады были разбиты на 4 основных группы: жилищная, заводов и лесобирж, общественного питания и водоснабжения. В результате проведенного рейда дело улучшилось так, что группой водоснабжения достигнуто, что большинство деревянных баков заменены железными, воду стали подвозить 3—4 раза в день.

Организация РОКК участвовала в военно-санитарной работе по санобороне. Дружинницы работали в лагерях, организовывали военно-санитарные кружки среди комсомола. На саноборону засеяно 1000 га.

По работе среди женщин по Северному краю. Женщин-членов РОКК по 31 району числится 10760 и руководство районных комитетов возглавляется в большинстве женщинами. По подготовке кадров среди женщин ведется работа по организации 10 сандружин с количеством женщин 339, на курсах младших медсестер учится 154 чел. Кружков первой помощи в 1930 г. было 229 с числом слушателей—2397 чел.

По проведению санминимума участвовало на лесозаготовках 225 женщин, проведено бесед и докладов—37, организовано 6 ясель и дежурства в лесных избушках. Лесорубы снабжались литературой.

По выколке леса работали в ударных бригадах 50 женщин и в течении одного месяца работали 614 чел. по выходным дням. На сплаве работало 24 чел. и по погрузке лесоэкспорта организована бригада из 9 чел. Во время весенней посевной компании 1931 г. в колхозах было организовано 66 яслей, работали 4 медбригады по 10—12 чел.

В г. Архангельске работали 32 бригады по осмотру общественного питания, обследованию жилищ, бани, прачечных.

Отв. секретарь С. К. Комитета РОКК *Туркина*.

---

## Отдел II. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из Лярингологического отделения Института соц. болезней (Директор В. С. Хольцман, Зав. отд. Л. Е. Басенко) и Морфологического отделения Физиологической лаборатории Института им. В. А. Обуха (Зав. лабораторией проф. И. П. Разенков, Зав. Отд. проф. Б. И. Лаврентьев).

### **Патологическая анатомия нервных узлов и нервных стволов автономной нервной системы при туберкулезе дыхательных путей.**

Ординатора А. Г. Филатовой.

Посвящается дорогому учителю Льву Ефимовичу Басенко.

В клинике туберкулеза гортани одним из факторов, осложняющих течение процесса и ухудшающих прогноз, является дисфагия.

Вопросу дисфагии посвящено много работ как иностранных, так и русских авторов, все внимание которых было главным образом направлено к тому, чтобы облегчить страдания больных. При этом необходимо отметить, что все методы и средства, применяемые для этой цели в повседневной практике лaryngологов, есть результат вышеупомянутых работ (Hoffmann, A vellis и др.).

Представляется излишним останавливаться на описании неблагоприятного влияния дисфагии на течение тbc процесса, так как обо всем этом уже сообщалось многими авторами. Настоящая работа преследует другую цель, делая попытку подойти к освещению вопроса, мало изученного и почти не исследованного: чем обусловливается дисфагия и причины ее возникновения. Этот вопрос в клинике тbc гортани имеет актуальное значение, так как при наблюдении больных постоянно встает неразрешимая задача,—почему в одних случаях имеется дисфагия, в других отсутствует, несмотря на то, что иногда туберкулезным процессом бывает поражена вся гортань. Клинически установлено, что дисфагия свойственна больным с туберкулезным процессом наружных частей гортани экссудативного характера, отличающимся наличием яркой гиперемии и в различной степени отечностью ткани. Наряду с этим наблюдаются случаи, аналогичные по локализации и характеру процесса, но без явлений боли или такими ничтожными ее проявлениями, что больные сообщают о ней между прочим. Попутно уместно отметить, что при заболевании гортани lues'ом боли, как правило, отсутствуют, клиническая же картина соответствует описанной у дисфагиков. Только наличие аналгезии дает основание полагать, что в данном случае имеется заболевание lues'ом.

Другая группа больных характерна тем, что тbc процесс иногда, распространяясь на всю гортань, протекает безболезненно и некоторые из них не подозревают даже об имеющемся у них заболевании. Отсутствие боли наблюдается иногда даже при деструктивном процессе. Это явление обычно для больных, страдающих тbc процессом гортани продуктивного

характера, отличительным признаком которого, в противовес экссудативному, является бледность инфильтрата и отсутствие отечности. Аналогичное явление, т. е. отсутствие боли, как известно, имеет место также при заболевании гортани волчанкой и проказой.

Такую анамнезию надо рассматривать, как безусловно патологический фактор, мимо которого невозможно пройти только потому, что больные субъективно не страдают. Это явление, как и дисфагия, привлекает внимание и заставляет искать ему объяснения.

Группа больных с тbc процессом смешанного характера в данный момент, в виду сложности вопроса, не подлежит рассмотрению.

Обращаясь к теме настоящей работы, представляется интересным в первую очередь остановиться на том, как отдельными авторами рассматривается вопрос о происхождении боли.

Сohnsheim как известно, симптуму боли в процессе воспаления приписывал вторичное значение, считая, что это явление вызывается давлением экссудата на окончания чувствительных нервов. Это объяснение, однако, могло бы быть применимо к больным первой группы с тbc процессом экссудативного характера, при котором отечность и напряженность ткани как раз создают те условия, о которых говорит Сohnsheim. Встает, однако, вопрос, как объяснить случаи заболевания тbc гортани экссудативного характера, при которых боль отсутствует, и почему заболевание гортани lues'om не дает болевых ощущений. Повидимому, в ее проявлении играет роль не одна механическая причина.

Оригинальное освещение вопросу дает Spiess. Автор, в противовес Сohnsheimу, симптуму боли в процессе воспаления приписывает кардиальное значение. Он считает, что „dolor“ при воспалении предшествует особое раздражение, названное им „первичной болью“. Под этим симптомом подразумевается всяческое раздражение, вызывающее рефлекс, благодаря которому появляется гиперемия и в дальнейшем — все признаки воспаления. Только с исчезновением „первичной боли“ воспалительный процесс получает обратное развитие. Исходя из сообщений, что путем удаления рефлекса можно преодолеть воспалительный процесс, автор применял больным с тbc гортани анестезирующие средства и получал хорошие результаты.

Теория Spiess'a, логично построенная, заслуживает большого внимания, так как дает понятие о механизме появления воспалительного процесса и болевых ощущений. Заслугой автора является то, что он отдал должное участию нервной системы в тbc процессе, что мало учитывается до самого последнего времени, несмотря на бесспорную очевидность этого явления. Что касается применения анестезирующих ве, как терапевтического средства, к сожалению, этот метод в клинике тbc гортани не получил полного подтверждения. Мнения других авторов, объясняющих возникновение симптома боли, мало убедительны и приводить их не представляет интереса.

Изложенные данные с достаточной полнотой свидетельствуют о том, что ни теоретические воззрения авторов, ни изучение тbc заболевания гортани изолированно от ее иннервации не могут дать исчерпывающего ответа на интересующий вопрос и рассмотрение последнего неминуемо должно быть связано одновременно с изучением пн. laring. super., являющимися чувствительными для гортани.

Микроскопические исследования различных отделов нервной системы при тbc заболевании, опубликованные Костюриным, Ritter'som и Vallard'ом, Абрикосовым, Могильницким, Бяло и др. авторами, трактуют о патологических изменениях. Экспериментальные работы проф. Сперанского также довольно ярко выявили роль и участие нервной системы в патогенезе тbc. Все выше изложенное еще более убедило нас в необходимости приступить к изучению верхнегортанных нервов у больных с тbc гортани путем микроскопического

исследования. Полученные результаты и являются содержанием настоящей работы.

Материалом для этой работы служили *nervi laryngei super.* людей с тbc гортани в возрасте от 18 до 55 лет. Наибольшее количество верхне-гортанных нервов принадлежало субъектам молодого возраста. Всего подвергнуто обследованию было 23 нервных ствола от 20 случаев. Из них 3 верхне-гортанных нерва, резецированные при жизни (операция *Avellis'a*). Остальные препарированы на трупах в патолого-анатомическом отделении Института соц. болезней. Помимо верхне-гортанных нервов исследованы и их нервные клетки, для чего на трупном материале удалялись *gangl. nodos. n. vagi*. Материал собирался возможно свежий, спустя два часа и не позднее 15-ти часов после смерти. Последнее сопротивление, т. е. свежесть материала, не играет особой роли, так как установлено (Лаврентьев), что периферические нервы животных, исследованные микроскопически спустя 24 часа после смерти, не обнаруживали изменений.

Работа по гистологии была проведена в физиологической лаборатории Института им. В. А. Обуха под руководством проф. Б. И. Лаврентьева.

Нервные стволы и клетки фиксировались частью в нейтральном формалине, лучшие же результаты дает фиксация по способу, предложенному Лаврентьевым (*Ac. arsenicosi 1%, Spir. vini 96°, Formalini 20% aa*). В этом растворе кусочки нервной ткани находились один час, затем перекладывались в нейтральный формалин минимум на 7 дней. Срезы производились на замораживающем микротоме толщиной 20—40, обрабатывались по методу Gross-Bielschowsk'ого, затем золотились, подкрашивались гематоксилином Эрлиха и заключались в желатин-левулезу.

Изученный материал в целях последовательности подразделяется на следующие группы. В первую очередь были обработаны верхне-гортанные нервы от трупов людей, погибших внезапно от травмы в возрасте 22, 24 и 45 лет. На секции в их органах не обнаружено никаких патологических изменений. Обработанные нервы и *gangl. nodos. n. vagi*, удаленные спустя 10 и 15 часов после смерти, также представляли нормальную картину и послужили критерием для суждения о состоянии автономной нервной системы при заболевании тbc.

Следующим был подвергнут исследованию *n. laryngeus super.* резецированный при жизни у больного с *paralaryng. tbc. ulcer. exud.* Микроскопически можно было установить резкую деформацию нервных волокон. Последние извиты в спирали, варикозно расширены, местами неравномерно утолщены или истончены. На некоторых нервных волокнах можно было наблюдать боковые выросты.

Затем были исследованы верхне-гортанные нервы женщины 32 лет с тbc заболеванием ложных голосовых связок. В данном случае процесс протекал хронически и имел продуктивный характер.

Тbc заболевание внутренних частей гортани, как известно, не сопровождается болевыми ощущениями и можно было полагать что чувствительные нервы не вовлекаются в страдание. Микроскопическое их исследование заставило убедиться в ошибочности такого предположения. Нервы той и другой стороны оказались измененными, причем изменения носили различный характер. Слева, где на инфильтрированной ложной голосовой связке имелась глубокая язва, уже микроскопически можно было определить, что нерв атрофирован. Он был значительно тоньше правого и имел вид тонкой нити. При обработке его серебром осевые цилиндры очень слабо импрегнировались. Верхне-гортанный нерв правой стороны хорошо импрегнировался, но изменения в нем носили другой характер. Среди нормальных волокон можно было наблюдать волокна деформированные, неравномерно утолщенные и извитые в спирали. В данном случае картина патологических изменений близка к изменениям в *n. laryng. super.* резецированном при жизни больного и описанном выше. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что чувствительные нервы, страдая, не проявили болевой реакции. Последняя отсутствовала как во время клинического наблюдения больной, так и вне его, с

чесм свидетельствует полное отсутствие указаний на нее в anamnesis'e. Заслуживает внимания также тот факт, что язва находилась на стороне атрофированного нерва, что позволяет высказать предположение о трофоневротическом характере язвы.

Следующими были подвергнуты обработке нервы женщины 29-ти лет, страдавшей panlaryngit. tbc. ulcer. exud., сопровождавшемся сильной дисфагией. В этом случае, как и в предыдущем, изменения в гортани были различны с обоих сторон. На левой стороне гортани процесс сопровождался обширной деструкцией вплоть до дефекта надгортанника. Правая сторона гортани только инфильтрирована. Микроскопическое исследование верхне-гортанных нервов дало возможность установить также совершенно различные картины. Нервный ствол одной стороны имел очень резкие изменения. Нервные волокна были деформированы, наблюдался избыточный их рост в виде коллатералей с утолщениями на концах. Вся картина напоминала феномен Реггонсито, указывающий на высший предел раздражения нервной клетки. В первом стволе другой стороны можно было отметить только слабую импрегнацию волокон.

Затем следуют случаи с односторонней резекцией.

В одиннадцати случаях верхне-гортанные нервы принадлежали молодым субъектам с panlaryngit. tbc. exud., сопровождавшимся резкими явлениями дисфагии. Во всех без исключения случаях констатированы были очень сильные изменения по ходу нервных волокон. Последние деформированы, спиралеобразно извиты, варикозно расширены, местами наблюдалось их разволокнение и распад. Описанные изменения, как уже указано, имелись во всех случаях и останавливались на каждом из них в отдельности представляется излишним. В одном случае тбк. гортани с заболеванием наружных частей, преимущественно продуктивного характера, с слабо выраженным явлениями боли были установлены очень небольшие изменения и в верхне-гортанном нерве, которые выражались в спиралеобразном закручивании волокон. Обращает на себя внимание характер локализации патологических изменений. Последние не поражают нервный ствол сплошь, а располагаются определенными участками, чередуясь с нормальными.

Помимо обработки нервных стволов по методу Gross-Bielschowsky'ого в трех случаях был применен способ Magchi. Этим методом были обработаны два верхне-гортанных нерва, резецированных при жизни и один—посмертно. Во всех трех случаях имелся panlaryngit. tbc. ulc. exud., сопровождавшийся дисфагией. В одном из случаев в p. laryng. super. были обнаружены дегенеративные изменения в виде распада миэлиновых оболочек, т. е. имелась налицо типичная реакция Валлеровского перерождения. Резецированный нерв второго больного представлял патологические изменения другого характера. Микроскопически можно было установить гибель нервных волокон и замену их соединительной тканью. В этом случае явления дисфагии, возможно, были вызваны давлением на нервные волокна рубцовой ткани или же сращениями вокруг нерва, обнаруженными при операции, из которых нервный ствол был освобожден с большим трудом. Верхне-гортанный нерв третьего случая, удаленный посмертно и обработанный по Magchi, представлял нормальную картину, но по соседству с ним был обнаружен конгломерат тбк бугорков, которые, возможно, могли быть причиной появления дисфагии.

Как уже упоминалось, помимо обработки верхне-гортанных нервов, были исследованы их клетки. При изучении gangl. nodos. p. vagi были найдены очень сильные изменения. Прежде всего обращает на себя внимание большое количество атрофированных нервных клеток. Тела нервных клеток сморщены, нередко наблюдались крупные вакуоли в протоплазме, вызывавшие характерный окончательный вид нервной клетки. Нейрофибриллы в таких клетках импрегнировались с трудом или не импрегнировались вовсе. Часто встречается цикноз ядер. На некоторых срезах можно было видеть целые участки, занятые дегенерировавшими клетками. На этих участках наблюдалось иногда полное исчезновение клеток и лишь по присутствию типичных сателлитов и соединительно-тканной капсулы можно было судить о бывшей здесь нервной клетке. В некоторых случаях на месте дегенерировавших клеток наблюдались группы лимфоцитов.

Характерным также является присутствие значительного количества пигмента. В дегенерирующих клетках липофусцин часто заполнял все тело последних, так что при окраске Sudan III все тело клеток закрашивалось в красный цвет. При анализе описываемых феноменов, разумеется, учитывалось постоянное наличие дегенеративных форм и у нормальных индивидов, равно как и наличие значительного количества пигмента, встречаемого у пожилых людей. Но как раз

в описываемых случаях gangl. nodos. принадлежали молодым субъектам и кроме того интенсивность поражений нервной системы была настолько велика (напр., целые островки погибших клеток), что страдание gangl. nodos. можно было связать только с выше описанным тбк поражением гортани.

Наряду с вышеуказанными изменениями в нервных клетках обнаружены были изменения и их отростков, характеризующиеся утолщениями шаровидной или грушевидной формы. В настоящее время является вполне установленным, что шаровидные вздутия на концах отростков нервных клеток — явление патологическое. Первым указал на это Саjal, назвав это явление Kugelphenomen'ом. Мнения о патологическом происхождении Kugelphenomen'a придерживаются целый ряд авторов: De Castro Magrinesko, Bielschowsky и др. Лаврентьев экспериментально доказал зависимость, существующую между раздражением или повреждением аксона нервной клетки и реакцией клеточного тела. При перерезке постганглионарных волокон gangl. semilunare и cervicale он получил в большом количестве Kugelphenomen на отростках клеток. То же самое явление Kugelphenomen'a установлено Лозовским при исследовании сердечных ганглий людей, страдавших кардиосклерозом и миокардитом.

Для лучшего ознакомления с влиянием тбк заболевания на нервную систему, а также в целях сравнения были исследованы n. vagi, взятые на этом же секционном материале. Исследовано было всего 18 нервных стволов блуждающего нерва, причем в 9-ти случаях тбк процесс имел преимущественно продуктивный характер, а в других 9-ти — преимущественно экссудативный.

Характеристика тбк процесса легких дана прозектором Института соц. болезней В. Т. Швайцер.

При микроскопическом исследовании nervorum vagorum можно было наблюдать картину, уже описанную при исследовании верхне-гортанных нервов: те же деформированные волокна, местами подвергшиеся распаду. Особенно сильные изменения в нервных ствалах можно было наблюдать в случаях остро протекавшего тбк процесса и при явлениях гематогенной диссеминации. Интересно отметить, что локализация поражений участками имела место и в нервных ствалах nervorum vagorum за исключением случаев гематогенной диссеминации, при которой блуждающий нерв был поражен почти сплошь.

Аналогичное явление, т. е. расположение патологических изменений участками или „скачками“ описаны при заболевании проказой. Авторы, производившие гистологические исследования нервной системы у лепрозных больных (Babes, Судакевич, Kelleу, Deicke и др.) констатировали присутствие лепрозных бацилл в глубине нервной ткани, как в нервных ствалах, так и в нервных клетках. Локальное поражение нервных стволов при проказе пробуют объяснить проникновением лепрозных палочек в нервную ткань.

Напрашивается вопрос: не обусловливается ли аналогичное расположение патологических изменений в нервных ствалах при тбк присутствием тбк палочек? Вторая часть работы, предпринятая нами, должна дать тот или иной ответ на поставленный вопрос.

Наряду с отмеченной некоторой зависимостью между степенью поражения нервной системы и характером тбк процесса пришлось наблюдать два случая, в которых изменения в нервной системе по своей тяжести не соответствовали процессу в гортани.

В первом случае верхне-гортанные нервы принадлежали женщине, 28 лет, с тбк язвенным процессом мягкого неба, миндалин и глотки. В гортани только на вскрытии можно было обнаружить едва заметную язвочку на внутренней стороне надгортанника. При гистологическом исследовании верхне-гортанного нерва

соответствующей изъязвленной стороне, обнаружены очень большие изменения, нестолько распространенные, что есть основание предполагать, что страдание n. lar. super. предшествовало заболеванию гортани.

Во втором случае (женщина, 26 лет), при наличии небольшого инфильтрата в межчерпаловидном пространстве, обнаружены очень сильные изменения в виде раздражения и распада волокон как в n. laryng. super., так и в gangl. nodos. Аналогичные изменения обнаружены в пегвог. vagog. при продуктивном процессе в легких. Помимо тbc заболевания гортани и легких большая страдала гнойным перитонитом, сальпингитом и нефрозо-нефритом. Весьма вероятно, что при таком распространенном заболевании автономная нервная система была вовлечена в страдание *in toto*. Остается непонятным обстоятельство, с которым приходится встречаться уже вторично: это—отсутствие болевой реакции при страдании чувствительных нервов. Болевые ощущения отсутствовали также при пальпации области живота, несмотря на наличие перитонита.

Объяснить это сложное явление в данном случае не представляется возможным уже потому, что автономная нервная система изучена только частично. Это соображение заставляет отказаться даже от попытки высказать то или иное предположение.

Переходя к анализу вышеописанных наблюдений, прежде всего хотелось бы остановиться на патолого-анатомической картине. Тонкая нейро-гистологическая обработка, к сожалению, только начинает проникать в патолого-анатомический анализ тbc. Очень незначительное количество работ сделано новейшим методом по гистологии периферической нервной системы при тbc заболеваниях.

Наблюдения показывают, что очень распространенные процессы разыгрываются при известных формах тbc как гортанного, так и легочного по ходу соответствующих нервных стволов и ганглий автономной нервной системы. Прежде всего наблюдаются изменения осевых цилиндров. Эти изменения, как правило, не рассеяны по всему стволу, а встречаются лишь участками, как будто бы по ходу нерва существуют определенные, более уязвимые места. Характер самих повреждений также заслуживает внимания. Вздутия по ходу нервных стволов, различного рода варикозные расширения, как известно, довольно часто встречаются при нервных поражениях самой различной этиологии.

В наблюдавшихся случаях, кроме исключительно крупных вздутий характера „effilochementos“ встречаются явления избыточного роста осевых цилиндров. Эти явления избыточного роста характеризуются спиральными закручиваниями аксонов, неправильным их ходом и, наконец, боковыми выростами по ходу описанных нервных волокон. В некоторых случаях можно было наблюдать картины, сходные с классическим феноменом Реггони-Сито.

Что касается изменений в нервных клетках, то здесь наблюдаются все стадии дегенерации клеточных элементов. Такие картины не являются специфическими для тbc. и описаны при самых разнообразных страданиях.

Резко выраженный Kugelphenomen, как уже указывалось, является показателем страдания не только нервной клетки, но и ее длинного отростка, бегущего на периферию. В этом факте можно видеть прямое доказательство положения, выдвинутого Лаврентьевым относительно связи Kugelphenomen'a со страданием соответствующих периферических стволов. Согласно представлениям Лаврентьева, развитым им в его статье „Über die Reizerscheinungen in dem autonom. Nervensystem“, Kugelphenomen' представляет собою реакцию тела нейрона при повреждении аксона. В том случае, если реакция аксона на периферии каким-

либо образом подавлена, т. е. формативные процессы, характерные для регенерации, не могут иметь места (напр., рубец, давление и т. д.), формативная реакция разрешается путем боковых выростов на нервном волокне (феномен Регропсито): Наконец, при резкой степени раздражения равновесие в системе данного нейрона разрешается образованием боковых выростов даже на теле нервной клетки, т. е. возникает так называемый Kugelpfenomen.

Таким образом, то звено, которое не было найдено Лаврентьевым, звено, связывающее феномен Регропсито на периферии с Kugelpfenomen'ом нервной клетки, в наших случаях имеется налицо. Задачей дальнейшего исследования является установление и самого периферического очага поражения данных нервных волокон.

Резюмируя изложенное, следует отметить, что, несмотря на ориентировочный характер работы, результаты, полученные при исследовании автономной нервной системы, представляют значительный интерес. Прежде всего устанавливается, что при заболевании тбк организма нервная система в одинаковой степени с другими органами вовлекается в страдание. Ни в одном из обследованных случаев не наблюдалось, чтобы нервная система осталась пощаженною. Затем констатирован чрезвычайно интересный факт, указывающий на то, что интенсивность поражения нервной системы не одинакова и что имеется какая-то закономерность между степенью поражения нервной системы и характером тбк процесса. При хронически протекающем тбк процессе преимущественно продуктивного характера патологические изменения как в нервных клетках, так и в нервных стволах выражены в более слабой степени, нежели в острых формах с преобладанием экссудативных явлений. Такая тесная зависимость между поражением автономной нервной системы и характером тбк процесса прослежена на сравнительно большом количестве случаев и, повидимому, не является случайностью или совпадением. Дальнейшие исследования нервной системы при тбк заболевании, надо полагать, дадут исчерпывающие данные по этому вопросу.

Вопрос о дисфагии, послуживший темой настоящей работы, в силу своей сложности требует дальнейшей проработки. Зато с несомненной очевидностью установлено, что в случаях, когда тбк процесс гортани обычно протекает безболезненно, т. е. при заболевании внутренних частей гортани, в нервных стволах имелись также патологические изменения аналогичного характера. То обстоятельство, что страдание чувствительных нервных стволов может протекать латентно без проявления болевой реакции, явилось несколько неожиданным, свидетельствуя о том, что картина заболевания гортани, доступная осмотру лaryngologa, дает возможность судить о процессе только приблизительно, и что более глубокое поражение, несомненно отягощающее заболевание, а, возможно, и предрешающее его исход, является недоступным для осмотра.

В этом случае приходится констатировать недостаточную осведомленность в данном вопросе клиники, не имеющей никакого критерия для распознавания страдания нервной системы при тбк. Этим же обстоятельством приходится объяснить и то, что гистологические исследования, установившие ряд чрезвычайно ценных данных, не только не приблизили к пониманию патогенеза, но, кроме того, в свою очередь выдвинули целый

ряд новых вопросов, предварительная проработка которых является необходимой.

В связи с указанным представляется совершенно очевидной необходимости включить и в круг клинических исследований изучение нервной системы. Нервная система, являющаяся регулятором всех жизненные функций организма и отдельных органов, должна занять подобающее место в изучении тбк, и тогда, можно надеяться, многие вопросы, не получившие разрешения до самого последнего времени не только в клинике, но и на секционном столе, получат свое освещение.

Птак, гистологические исследования автономной нервной системы дают возможность установить:

1) Нервная система при заболевании организма тбк в равной мере с другими органами, а иногда и более интенсивно, вовлекается в страдание.

2) Поражение автономной нервной системы при тбк заболевании в преобладающем числе случаев прямо пропорционально тяжести процесса.

3) Патологические изменения в верхне-гортанных нервах при заболевании гортани не всегда сопровождаются дисфагией и в некоторых случаях могут протекать латентно.

4) Вопрос о дисфагии в силу своей сложности требует дальнейшего изучения.

5) Метод Bielschowsky'ого является наиболее тонким реагентом при исследовании нервной ткани.

---

Из Госпит. терап. клиники Казанского Гос. мед. ин-та. (Директор проф. Н. К. Горяев).

## Внутривенные и комбинированные методы лечения суставного ревматизма.

С. И. Шермана (Ленинград).

В течение последних лет мы при лечении суставного ревматизма применяли следующие методы: 1) внутривенные вливания так называемого Attritin'a—16% раствор салицилового натра+4% раствор coffeini n-salic. 2) Внутримышечные инъекции молока в комбинации с внутривенными вливаниями Attritin'a. 3) Внутривенные вливания опсонизированного салицилового натра и 4) Natr. salic. ex 10—12,0—200,0 пер os—4—6 столовых ложек в день в комбинации с подкожными инъекциями аутокрови.

Что касается внутривенных вливаний салицилового натра, то они впервые были применены Felix M endel'm в 1902 г. В своих выводах он указывает, что этот способ лечения устраниет самым быстрым и верным образом всякие ревматические боли и выпоты в заболевших суставах, действует в тех случаях, где внутренняя и наружная терапия пасует, метод лечения свободен от тех побочных действий, с которыми связана внутренняя салициловая терапия, и, наконец, что особенно делает этот метод лечения ценным—это чрезвычайно специфическое действие при ревматических заболеваниях, что дает возможность M endel'ю на основании одной инъекции делать дифференциально-диагностическое заключение, т. к. от первой же инъекции автор видел исчезновение или резкое уменьшение болей и опухания в суставах. В своих дальнейших работах M endel, располагав-

произведенными им 8000 внутривенными вливаниями салицилого натра, отвечает тем авторам, которые видели различные осложнения от внутривенных вливаний салицилого натра, в том смысле, что при правильно произведенной технике внутривенных вливаний и при хорошем качестве медикамента все опасности местного и общего характера (боли, инфильтрации, ознобы, образование тромбов) могут быть абсолютно избегнуты. Mendel подчеркивает следующие моменты, могущие вести к осложнениям — перевязывание плеча для образования застоя в вене резиновым жгутом, что вызывает боль и, помимо того, травматизацию вен, а т. к. это происходит вблизи места впрыскивания, то такое перевязывание может послужить причиной образования тромба, а потому Mendel настойчиво рекомендует применять повязку на плечо из черной резины шириной в 6 см. и около метра длиной. Далее, если вливаемая жидкость вместо того, чтобы попасть в просвет вены попадает в венозную стенку или в соединительную ткань, окружающую вены, то вызываемое этим воспалительное раздражение эндотелия сосудов может привести к образованию т. н. белых тромбов в просвете вены. Касаясь вопроса образования тромбов на месте инъекций, чего многие опасаются, Mendel указывает, что из 8000 вливаний он видел небольшое число более или менее распространенных тромбов без того, чтобы они причинили какой-нибудь вред больному. Предпринятое в этих случаях исследование вен, спустя продолжительное время после вливания, обнаружило, что ранее закупоренные вены стали проходимыми. Все же автор в своих работах подчеркивает то обстоятельство, что каждый тромб носит в себе опасность эмболии. Далее, автор в своих работах останавливается на качестве вливаемого раствора салицилого натра, причем заявляет, что только такие медикаменты являются пригодными для внутривенных вливаний, которые при своем соприкосновении с эндотелием сосудов никоим образом не понижают физиологической функции эндотелия сосудов, ибо каждое повреждение последнего может служить причиной для обширного образования тромбозов.

Автор применяет следующие растворы им предложенные: 1) Na<sub>tr</sub>. salicyl. 8,0, Coff. natr. salicyl. 2,0, Aq. destil. 50,0<sup>1)</sup>; 2) Na<sub>tr</sub> salicyl. 8,75, Coff. natr. salicyl. 1,25, Aq. destil. 50,0. Эти растворы он применял от 2—4 куб. см. с промежутками от 12 час. до 3 дней, причем отмечает, что от света и воздуха эти растворы окрашиваются в красноватый или бурый цвет, кислая реакция проявляется, что не является безразличным, т. к. оказалось, что только свежий и стерильный раствор не вызывает ни тромбов, ни ознобов и др. явлений. Поэтому он стал применять вышележащие растворы natr. salicyl. и coff. p. salic. в ампулах, специально выпущенными по его заказу химическими фирмами под названием — «Attritin»<sup>2)</sup>, которые свободны от влияния света и воздуха и дают полную гарантию в стерильности, причем он уже ни разу не отмечал ни тромбов, ни ознобов. Заканчивая этот отдел своей работы, Mendel заявляет, что, по его мнению, качество инъекционной жидкости является ответственным в каждом случае повреждения вен и образования тромбов, если только были соблюдены все указанные им технические моменты.

Этот метод лечения получил своих сторонников как заграницей, так и у нас. Из них отметим Стежинского, применившего внутривенные вливания в 1500 случаях. Стежинский пишет, что он впервые встретился с этим способом лечения ревматических заболеваний в 1906 г. в Казанской фак. терап. клин. проф. Казем-Бека. Стежинский получил прекрасный эффект от этих вливаний при lumbago acuta (500 сл.). Даже в очень тяжелых случаях lumbago acuta после первого же вливания 4 куб. см. раствора (16% natr. salic.+coff. p. salic. 4%) больные, не будучи в состоянии до этого двигаться и производить какие-либо движения туловищем вследствие резких болей в пояснице, получали возможность свободно производить вращательные, сгибательные и разгибательные движения. Все лечение ограничивалось 4—5 вливаниями. Для хронических форм мышечного ревматизма (300 сл.) требовались ежедневные вливания в количестве 4 куб. см. в течение

<sup>1)</sup> В целях справедливости и точности считаем нужным отметить, что указание Стежинского, что эта пропись была предложена проф. Казем-Беком является не соответствующим действительности.

<sup>2)</sup> В работе Стежинского эти ампулы именуются под названием «Attritin», в работе Журавлевой — «Artritin». Вполне разделяя мнение Mendel'я и ред. Münch. med. Woch., что такое название (Attritin) для простого рецепта не подходящее — „фантастическое“, по их мнению, мы все же, как и Mendel, ради удобства будем в своем изложении пользоваться этим названием.

ние 3—4 недель, но в конце курсов автор получал желательный лечебный эффект.

При остром суставном ревматизме (300 сл.) Стежинский получал также прекрасный эффект. Через 6—8 час. после первого вливания понижалась  $t^0$ , исчезали или уменьшались в значительной степени боли, делались возможными движения. Через 15 вливаний, повторявшихся ежедневно в количестве 4 куб. см., больные исправлялись. При хроническом суставном ревматизме (100 сл.) автор хороших результатов не видел, даже при продолжительном лечения. В острых случаях других заболеваний ревматического характера—воспаление седалищного нерва, межреберная невралгия и т. д.—автор также видел положительный результат. В своих выводах Стежинский отмечает, что внутривенные вливания не сопровождаются никакими побочными действиями на организм и совершенно безопасны для больного.

Наблюдения Журавлева, Виткина, Воробьевы и Павлова и др. также говорят о хороших результатах внутривенного лечения суставного ревматизма.

Не получая во многих случаях суставного ревматизма лечебного эффекта от применения natr. salic. reg os, мы стали применять внутривенно 16% раствор natr. salic.+4% раствор coff. n. salic. (Attritin), полагая, что вводя салициловый натр непосредственно в кровь, мы, обходя желудочно-кишечный тракт, тем самым ускоряем действие салициловой кислоты на пораженные органы.

Внутривенные вливания Attritina мы испробовали на 25 б-ных, причем в 11 случаях мы применили вливания только Attritina, а в остальных 14 случаях, ввиду слабого терапевтического эффекта, мы комбинировали их с внутримышечными инъекциями молока. Что касается первых 11 случаев (6—с polyarthritis rheumatica exacerbata febrilis и 5—с polyarthritis rheum. acuta), то мы от внутривенных вливаний Attritina получили прекрасный эффект, особенно резко выраженный в острых случаях суставного ревматизма, причем достаточно было 4—7 инъекций, чтобы все явления—повышенная  $t^0$ , припухлость и краснота суставов, резко выраженные боли при малейших движениях и т. д.—исчезали; при обострениях суставного ревматизма требовалось большее число инъекций, причем в большинстве случаев  $t^0$  падала до нормы после 2—4 вливаний, а воспалительные явления в суставах исчезали после 10—15 вливаний. Вливания мы делали ежедневно или через день, исходя из течения случая, начиная с 3—4 куб. см. и доходя до 10 куб. см. Нужно отметить, что вливания Attritina оказывали терапевтическое действие в тех случаях, где до этого применяемый reg os раствор салицилового натра не оказывал никакого действия.

В 14 случаях комбинированного лечения (6—с polyarthritis rheum. acuta и 8—с polyarthritis rheumatica exacerbata febr.) для исчезновения всех явлений суставного ревматизма приходилось делать большее число инъекций Attritina. Так, в одном случае (б-ой Р-ский), где было поражение почти всех суставов обеих нижних конечностей и правой верхней конечности (б-ой лежал пластом), пришлось сделать 54 инъекции Attritina (328 куб. см.) и 16 инъекций молока (98 куб. см.), чтобы поставить б-го на ноги.

Протеинотерапию мы комбинировали с внутривенными вливаниями Attritina, исходя из положения, что протеинотерапия вызовет реакцию раздражения со стороны пораженных очагов, а также—из способности продуктов расщепления парентерально введенных белков активизировать протоплазму; мы полагали, что тем самым улучшится усвоение заболевшими органами салицилового натра; далее, под влиянием парентерально

зведенных протеинов, происходит мобилизация защитных сил организма и, кроме того, мы исходили из опыта прежних авторов, которые получали хорошие результаты от лечения суставного ревматизма инъекциями молока. И действительно, внутривенные вливания Attritin'a в комбинации с протеинотерапией давали нам гораздо лучший эффект, чем вливания одного Attritin'a. Мы применяли стерилизованное молоко, причем начинали с 2 куб. см. и доходили до 10 куб. см. Инъекции молока мы делали не в день вливания салицилового натра, как это делал Виткин, а, как правило, за день до вливания салицилового натра. После инъекций молока мы часто наблюдали повышение  $t^0$ , озноб, ухудшение очаговых явлений и общего самочувствия. На следующий день бывшие иногда жаловались на слабость, разбитость, но через 1—2 дня мы могли отметить явления улучшения в некоторых случаях резко выраженное после первых же инъекций Attritin'a. После падения  $t^0$  и исчезнования всех явлений суставного ревматизма бывшие некоторое время выдерживались в постели, а затем им разрешалось ходить и, если мы не наблюдали рецидивов, то бывшие выписывались. Ни салициловый натр, ни других медикаментов мы этим бывшим *per os* не давали.

В 12 случаях (9—с *polyarthritis rheum. exacerbata febrilis* и 3—с *polyarthr. rheumatica acuta*) мы применили внутривенные вливания опсонизированного салицилового натра.

Впервые этот метод лечения применил Балковский, исходя из экспериментальных работ проф. Белоновского и его учеников — Миллера, Калинина и др., по вопросу о действиях хемовакцинатерапии. Эти авторы получали у экспериментальных животных, зараженных пневмококковой и менингококковой инфекциями, гораздо лучшие результаты при применении специфической вакцины в соединении с химиотерапевтическими веществами, нежели при лечении одной только вакциной. *Wальтум* достигал в 100% выздоровления мышей, зараженных мышным тифом, при комбинированном лечении вакциной с марганцем, между тем как применение в изолированном виде марганца или только вакцины давало 100% смертности. Опыты Кричевского и др., получавших усиление действия сальварсана при соединении с сывороткой или кровью сифилитика на спирохеты сифилиса, а также хорошие результаты, полученные Балковским при лечении малярии опсонизированным хинином (по предложению проф. Белоновского), дали возможность Балковскому испробовать применение опсонизации салицилового натра при лечении суставного ревматизма. Балковский применял следующую методику: в шприц предварительно набирались от 5 до 8 куб. см. 20% стерильного раствора салицилового натра и, вколом бывшему в вену локтевого сгиба, набирали в тот же шприц от 8 до 10 куб. см. крови. Кровь, поступая в шприц, равномерно смешивается с имеющимся здесь раствором салицилового натра, после чего осторожно, через 3—5 мин., не вынимая иглы из вены, вводят обратно в вену опсонизированный таким образом раствор салицилового натра. Свертывания крови автор не наблюдал. В результате своих наблюдений над 35 сл. Балковский отмечает, что наряду со случаями, где острый воспалительный процесс обрывался под влиянием 1—2 вливаний опсонизированного салицилового натра и бывший выздоравливал, наблюдались случаи острого полиартрита, где приходилось применять 8—12 вливаний. Все 35 бывших ни общего, ни местного медикаментозного лечения не получали. Автор отмечает резкую перемену в состоянии бывших непосредственно за вливанием — улучшение самочувствия, стихание болей, появление крепкого сна. На следующий день после вливания автор отмечал снижение  $t^0$ , прекращение или уменьшение болей, уменьшение выщота, появление возможности движений. Из осложнений от внутривенных вливаний опсонизированного салицилового натра автор наблюдал 1 случай доброкачественной желтухи, скоро прошедшей, причем вливания не были прекращены при появлении желтухи. В заключение Балковский, на основании своих наблюдений, заявляет, что этот метод лечения является совершенно безвредным, дает значительно меньший % рецидивов и осложнений со стороны эндокарда и что эффект лечения зависит не от внутривенных вливаний са-

лицилого натра, а находится в тесной зависимости от опсонизирующего действия крови<sup>1)</sup>.

Что касается наших наблюдений, то в наших 12 случаях острого и обострившегося суставного ревматизма мы видели от внутривенных влияний т. называемого опсонизированного салицилого натра выраженный эффект—исчезновение всех явлений воспаления в суставах и возобновление движений, причем в 8 случаях сначала были применены другие методы лечения—natr. salicyl. per os, вливания Attritin'a и т. д. Мы применяли не 20% раствор салицилого натра, а 16%+4% соff. natr. salicyl. (Attritin), причем набирали в шприц столько же крови, сколько и раствора (от 2 до 10 куб. см.). В 3 случаях острого суставного ревматита пришлось применить от 6—9 вливаний, при обострениях суставного ревматизма—от 18 до 27 вливаний, причем мы применяли и местное лечение (мазевые повязки из methyl salicyl., chloroform и т. д.). Вливания производились ежедневно или, чаще, через день, смотря по течению случая. Особенно приходится подчеркнуть резкое улучшение общего самочувствия после внутривенных вливаний опсонизированного салицилого натра. В единичных случаях сейчас же после вливания мы наблюдали озноб и повышение  $t^0$ —до 40°, ухудшение самочувствия, но через несколько часов эти явления проходили. Других явлений, как напр., образования тромбов, выраженных флебитов и т. д. мы не наблюдали, хотя и применяли внутривенные инъекции как Attritin'a, так и опсонизированного салицилого натра весьма энергично (до получения лечебного эффекта).

Все же под влиянием ряда работ об образовании облитерирующих флебитов (Sachs, Gironx и. Кегавес, Ротштейн и др.) под влиянием внутривенных инъекций салицилатов, а также об учащении случаев тромбоза и эмболий в последнее время, причем некоторыми авторами (Martini, Fahr, Маркузе и др.) это связывается с широко применяемыми в последнее время внутривенными вливаниями—мы оставили внутривенные вливания Attritin'a и опсонизированного салицилого натра<sup>2)</sup>, и в последних 19 случаях суставного ревматизма мы давали салицилый натр per os и комбинировали с абсолютно безопасными инъекциями аутокрови. Инъекции аутокрови в комбинации с natr. salicylic. per os (ex 10-12,0—200,0, 4—6 столовых ложек в день) мы применяли в 9 случаях с polyarthr. rheumatica acuta и в 10 случаях с polyarthritis rheum. exacerbata febrilis). Не останавливаясь здесь на теоретических обоснованиях и общих положениях аутогемотерапии, т. к. эти

<sup>1)</sup> Доклад о лечении острого суставного ревматизма внутривенными вливаниями опсонизированного салицилого натра был сделан Балковским на заседании Ленинградского Терацевтического Об-ва имени С. П. Боткина 18/1—1927 г. Крайне интересные прения по нему помещены во Врачебн. газете, № 17, 1927 г., стр. 1303.

отказываемся и в дальнейшем применять их в соответствующих случаях соблюдении всех технических предпосылок, указанных ниже отметить, что многими авторами (Mogavitz, Loebsch) признается роль инъекций в образовании тромбозов и эмболий в своей статье пишет, что Kippel не без оснований внутривенные впрыскивания начались не в последнее время, обнаруживаться увеличение тромбо-эмболий. Между прочим оснований изучения материала патолого-анатомического нет, что к счастью у нас в Казани пока нет оснований увеличения тромбо-эмболий в последние годы" (Каз. Мед.

вопросы освещены нами в другом месте<sup>1)</sup>, укажем только, что мы применяли небольшие дозы—от 2 до 10 куб. см., причем вводили кровь подкожно. Исходя из течения и тяжести случая, мы делали инъекции через 1—2—3 дня. Оценивая полученный нами эффект от применения этого комбинированного метода лечения, мы должны отметить, что остались очень довольны полученными нами результатами. Во многих случаях достаточно было 1—2 инъекций аутокрови, чтобы не снижавшаяся от салицилого натра<sup>2)</sup> падала с 39—40,6° до нормы и резко уменьшались все явления суставного ревматизма. В острых случаях требовалось от 2—5 инъекций, при обострениях от 6—9 инъекций аутокрови<sup>2)</sup>. И тут приходится отметить во многих случаях резкое улучшение общего самочувствия (быть часто заявляли, что они после укола чувствуют себя „прекрасно“). В некоторых же случаях мы наблюдали после инъекций аутокрови обострение всех явлений суставного ревматизма и ухудшение самочувствия; в одном случае мы наблюдали после инъекции АГТ высыпь *urticar'*ного характера. Явления обострения держались около суток, а затем наступило улучшение.

Хорошие результаты от инъекций аутокрови при суставном ревматизме отмечают и др. авторы, напр., Sorter, Иванов, Морозкин, Лещь и др. Особенно отметил это на XI-ом Всесоюзном съезде терапевтов проф. Гуревич (основной докладчик по лечению ревматизма), закончивший свой доклад следующими словами: „Таким образом, при лечении данного заболевания, этот способ (АГТ) можно считать одним из основных, а в сочетании с назначением салицилатов, он, вероятно, займет самое видное место“.

*Выводы.* 1. В некоторых случаях *polyarthritis rheumatica acuta et polyarthritis rheumatica exacerbata febrilis* внутривенные вливания Attritina дают хороший эффект.

2. Лучшие результаты получаются при комбинации внутривенных вливаний Attritin'a с протеинотерапией, или при применении внутривенных вливаний „опсонизированного“ салицилого натра.

3. Хороший терапевтический эффект при *polyarthritis rheumatica ac. et exacerbata* получается при даче natr. salic. per os в комбинации с абсолютно безопасными подкожными инъекциями аутокрови.

4. Суставной ревматизм принадлежит к тем заболеваниям, которые требуют для своего излечения энергичной, настойчивой и притом комбинированной терапии.

*Литература.* 1) Балковский. Врач. дело, № 12, 1927 г.—2) Беловский. Врач. дело, № 18, 1923 г.—3) Belopovsku. Deutsch. med. Woch., № 48, 1925.—4. Васильев. Казанская мед. журн., № 4, 1929 г.—5) Виткин. Врач. газета, № 15-16, 1926 г.—6) Воробьев и Павлов. Врач. газета, № 15-16, 1926 г.—7) Журавлев. Московск. медиц. журн., № 7, 1924 г.—8) Иванов. Русская клиника, № 41, 1927 г.—9) Калинина. Журн. для усовершенствования врачей, № 11, 1925 г.—10) Kritschevsky, цит. по Балковскому.—11)

<sup>1)</sup> См. Казанская мед. журн., № 7, 1930 г.

<sup>2)</sup> Помимо разобранных выше 56 случаев *polyarthritis rheum. ac. et polyarthr. exacerbata*, в нашем материале были еще три случая гонорройного артрита и 4 случая хронического (застарелого) суставного ревматизма с явлениями тугоподвижности в суставах. В этих случаях, при применении вышеописанных комбинированных методов лечения, мы могли отметить резкое уменьшение болей, исчезание воспалительных явлений, улучшение движений в суставах, но для окончательного восстановления движений эти случаи были направлены к физиотерапевтам.

Лещь. Врач. газета, № 21, 1927 г.—12) Loewe. Münch. med. Woch. № 27, 1928.—13) Маркузе. Вестник соврем. медиц., № 10, 1928 г.—14) Mendel. Ther-Monatsch. April, 1904.—15) Mendel. Münch. med. Woch., № 4, 1905.—16) Morawitz. Münch. med. Woch. № 1, 1928.—17) Морозкин. Врач. газета, № 22, 1927 г.—18) Ротштейн. Казанск. мед. журн. № 2, 1930 г.—19) Sachs. W-Klin. Woch., № 16, 1921.—20) Sorter. Med. Klinik. № 19, 1926.—21) Стежинский. Врач. газета, № 24, 1927 г.—22) Fahr. Klin. Woch., № 46, 1927.

Из Кстенеевской больницы Елабужского района ТССР (Старший врач М. К. Державин).

## Лечение игутиолом острого и хронического суставного ревматизма в практике участковой больницы.

М. К. Державина и В. М. Осиповского.

В настоящее время освещению ревматических заболеваний отводится большое место в периодической медицинской литературе.

В связи с неясностью их этиологии и патогенеза, с одной стороны, а с другой—высокой их распространенностью, несомненно, небезинтересны собираемые опытом фактические материалы как статистического, так и терапевтического порядка. Поделиться своими наблюдениями в этом смысле и есть цель настоящего сообщения.

Нами обработаны карточки амбулаторных и стационарных больных за период времени с 1922 по 1931 г.

Наша больница обслуживает 35.000 смешанного населения (татары и русские). По роду занятия большинство связано с сельским хозяйством и меньшее количество занято в производстве, водном транспорте, охотничьих и рыболовных артелях. Носителями ревматических заболеваний являются в большинстве представители последних групп, но и у лиц, связанных с сельским хозяйством, ревматические заболевания занимают почетное место.

Наш материал за период 1922 по 1931 года распределяется следующим образом:

По годам через больницу прошло ревматических больных:  
1922 г. 1923 г. 1924 г. 1925 г. 1926 г. 1927 г. 1928 г. 1929 г. 1930/31 г.  
180; 516; 357; 588; 582; 797; 972; 695; 294.

Общее количество больных за те же годы составляет  
2550. 12921. 30731. 36697. 33596. 34682. 38592. 27153. 26358.

По возрастным группам наш материал распределяется след. образом: в 72% ревматическими заболеваниями поражен цветущий возраст с 16 до 37—40 л., остальной % падает на возраста выше 40 лет. В отношении сезонности ревматизма, зависимости его от времени года наш материал позволяет подметить нарастание кривой заболеваний весной и осенью (это совпадает с началом рыбной ловли, охоты, навигации).

До 1929 г. в качестве лечебного средства нам применялся Natr. salicyl. в растворах из больших доз (8,0; 10,0; 12,0) в сочетании с сердечными, aspirin в порошках по 0,5. Но несмотря как будто на „специфичность“ препарата все же имеется большой процент рецидивов (38—47%).

В 1929 году мы применяли на целом ряде больных хронических (40) и острых (20) полиартритиков протеиновую терапию. Последняя проводилась амбулаторно (хроники) и стационарно (острые). Употреблялось стерилизованное кипячением обезжиренное молоко; вприскивались малые дозы (0,2; 0,3; 0,5; до 1,0) in regio glutei с промежутками 1—2 дня, внутримышечно. Хронические ревматики, как правило, давали не-

большую общую температурную реакцию (37,5—37,7), не всегда сопровождающуюся местную очаговую (обострение болей в суставах), что на нашем материале составляет 5,4%. Количество инъекций от 10 до 22. Острые ревматики (10), прослеженные нами стационарно на парентеральное введение молока (0,3; 0,5) реагировали сильной общей температурной реакцией (39,5—40°) и большим обострением болей в суставах, сильным распуханием их. Количество инъекций в этих случаях (через 1—2 дня) равнялось—10—12—21.

Мы можем отметить в общем лучшее действие протеинотерапии в хронических случаях, чем в острых, что особенно проявлялось при сочетании ее с назначением внутрь салицилатов. У нас есть случаи хронических ревматических артронатив, прослеженные до настоящего времени без рецидива (3 года). Острые же случаи все дали рецидивы. В 1929 году мы применили в 20 случаях аутогемотерапию. Здесь обстоит дело лучше, нежели с лактотерапией, т. к. аутогемотерапия почти совсем не давала общей температурной реакции и очаговых обострений. После первых 2 уколов боли значительно уменьшались, самочувствие больных улучшалось. Инъекции по 5,0 и 10,0 куб. см. *in regio glutei*, внутримышечно. Количество уколов ст 10 до 15. Кровь бралась из локтевой вены.

АГТ, примененная нами и в острых случаях, когда имелись один-два распухших сустава, дала хорошие результаты, не вызвав общей и местной реакции. Случаи рецидивов при АГТ наблюдались.

Начиная с 1930 г. мы начали применять при острых и хронических ревматических заболеваниях *парентеральное введение водного раствора иктиола*. В доступной нам литературе мы не нашли работ с указанием на применение иктиола внутримышечно при ревматических заболеваниях, в программном докладе на XI Съезде терапевтов проф. Гуревич также не указывает на этот способ. Нам кажется, что мы являемся в этом отношении пионерами.

Сульфоиктиоловый аммоний или иктиол добывается из битуминозных сланцев и содержит в виде органических соединений около 11% серы. Иктиол обладает антисептическими, анальгезирующими и сосудосуживающими свойствами. Выделяется иктиол через почки, повышенное содержание серы в моче, частью через кишечник (Эйдерман, Лихачев).

Парентеральное введение иктиола было применяемо при кожных и венеболезнях St. Graszyński, Кушелевским, Сокольским и Кенис. Одним из нас парентеральное введение иктиола с успехом применялось при острых и хронических заболеваниях женской половой сферы (В. М. Осиповский<sup>1</sup>).

Действие иктиола, введенного парентерально в человеческий организм, экспериментально не изучено. Возможно, иктиол играет роль активатора протоплазмы (Protoplasmaaktivierung nach Weichardt), а может быть действие иктиола укладывается в теорию раздражения Bier'a (действие самого иктиола и благодаря отщепляющимся при впрыскивании и всасывающимся протеинам). St. Graszyński (Derm. Woch., № 24, 1928), Кушелевский (Врач. Газ., 1926) Сокольский и Кенис (Врач. газ., № 3, 1928) рассматривают действие иктиола, как протеинотерапию. Здесь не надо также забывать и широкого резорбтивного действия иктиола. В большом резорбтивном действии иктиола, введенного парентерально, мы не раз убеждались, оперируя гинекологических больных, подвергавшихся до того иктиоловой терапии (В. М. Осиповский).

Техника применения иктиола крайне проста. Приготавливается 5% водный раствор иктиола и стерилизуется. По обычному способу производится впрыскивание внутримышечно *in regio glutei*. Дезинфекция поля спиртом и т. jodi.

<sup>1</sup>) Работа сдана в печать.

Вначале мы пользовались малыми дозами (ориентировочные), но последующие все проводили по 2 куб. см. с промежутками в один день. Раствор перед инъекцией лучше подогревать до  $4^{\circ}$  тела, но это необязательно. Количество инъекций от 10 до 25.

Таким образом нами былолечено свыше 100 хронических ревматиков амбулаторно и 20 острых случаев стационарно. Впечатление от применения парэнтэральной ихтиоловой терапии, сложившееся на основании субъективных жалоб больных и объективного наблюдения за ними, осталось самое благоприятное. На громадное количество уколов мы ни разу не видели никаких осложнений, побочных действий ихтиола, анафилактического шока. Хронические ревматики на введение ихтиола не реагировали ни общей, температурной, ни очаговой реакциями. После первых же уколов ноющие боли постепенно начинали пропадать, и больные часто считают себя уже излеченными.

Количество инъекций, при которых мы имеем полное (клинически) выздоровление, сильно вариирует. Иногда процесс очень быстро поддается ихтиолу и после 10—12 уколов больные становятся совершенно работоспособными, а порой лишь солидное количество уколов (20—25) дает улучшение. Нельзя обойти молчанием, что этот факт находится в тесной связи с длительностью заболевания, а отсюда a priori и с патолого-анатомическими изменениями. Длительность заболевания в наших случаях была от 1 года до 12 лет и более.

В сочетании с салициловыми препаратами инъекции ихтиола дают лучшие результаты и сокращают сроки излечения.

Все леченые больные находятся до настоящего времени под нашим наблюдением, периодически навещают нас и информируют о своем здоровье. Рецидивов пока не было.

Весьма эффективным является применение инъекций ихтиола и при острых ревматических заболеваниях. У нас прошли очень тяжелые случаи, когда больных приносили в больницу с абсолютно пораженной двигательной способностью ног, с сильно опухшими суставами и с высокой температурой (38,8—39,0—40,0). После первых 2—3 уколов боли стихали и температура понижалась.

На введение ихтиола острые ревматики общей температурной реакцией в большинстве не реагировали, очаговой реакции в наших случаях совсем не было: последнее особенно нам кажется ценным, т. к. условия покоя инфицированному суставу необходимы.

В некоторых случаях нами было применено комбинированное лечение ихтиол + салицилаты. Такая комбинация по нашим наблюдениям имеет большие преимущества в смысле укорочения срока лечения, для чего параллельно инъекциям ихтиола вводится внутривенно 10%—20% Sol. natr. salicylic. в количестве 5 кг. см., через день с физиологическим раствором.

Анализируя наш материал, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1) Наши наблюдения над лечением ревматических заболеваний рядом мероприятий подтверждают невозможность абсолютно излечить ревматизм. 10—12% неизменно рецидивируют.

2) Парэнтэральное введение 5% водного раствора ихтиола в сочетании с салицилатами (внутрь или внутривенно) дает наилучшие результаты и наибольшее количество успешных безрецидивных длительных

Из детской клиники Казанского Гос. института для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Завед. проф. Е. М. Лепский).

## К специфической терапии цереброспинального менингита.<sup>1)</sup>

Ассистентов Ф. Х. Басырова и И. А. Чекалина.

Несмотря на большое количество работ, посвященных авторами разных стран вопросу о лечении цереброспинального менингита, вопрос этот до сего времени не может считаться решенным окончательно. Если появившаяся в недавнее время специфическая сыворотка быстро приобрела многочисленных сторонников, то, с другой стороны, наблюдавшиеся некоторыми авторами неудачи при ее применении создали и противников, повели к скептическому и отрицательному отношению к этому роду лечения менингитов. Разноречивость мнений о том или другом методе лечения менингитов становится понятной, когда мы примем во внимание, что разница в течении менингитов в разные годы и в разных местностях земного шара сама по себе слишком велика. Наряду с крайне "легкими" эпидемиями, дающими большое количество случаев, протекающих благоприятно почти без лечения, встречаются и изобилующие тяжелыми, не поддающимися никаким методам лечения случаями. Эта тяжесть эпидемии всегда должна учитываться при оценке того или иного метода лечения. За последние годы, благодаря работам Griffith'a, Easthood'a, Scott'a и Gordon'a, с одной стороны, и Doptera, Nicolle, Debains и Jouan'a, с другой, которые объяснили прежние неудачи, лечение специфической сывороткой получило более широкое распространение и применение. Указанные авторы, разработав учение о делении менингококка на несколько видов (A, B, C, D.—французских и I, II, III и IV английских авторов), привели к возможности приготовления сывороток, действительных в самых разнообразных случаях менингита. Все же оказалось, что лечение менингитиков сывороткой, приготовленной при помощи иммунизации животных, хотя бы и всеми видами менингококка, не во всех случаях (местностях) дает одинаковые результаты, и за последнее время раздаются голоса за необходимость приготовления сывороток при помощи местных штаммов менингококка. В связи с этим представляют интерес наблюдения, сделанные в детской клинике Гос. Ин-та для усовершенствования врачей им. Ленина в Казани, над применением сыворотки Казанского Микробиологического Ин-та, приготовленной главным образом при помощи местных штаммов менингококков, выделенных в Казани в нашей клинике.

Наблюдения наши захватывают период времени с октября 1930 г. и по первую половину июня 1931 г. включительно, т. е. время, когда, по поступающим из разных источников сведениям, многие пункты СССР были охвачены значительной вспышкой эпидемии цереброспинального менингита.

<sup>1)</sup> Доложено на заседании секции педиатров Казан. научн. ассоц. врачей 30 декабря 31 года.

Наблюдавшаяся в Казани эпидемия 1930/31 г. характеризуется особенностями, без упоминания которых вообще было бы трудно судить о силе того или другого лечебного средства. Подробную характеристику нашего материала мы дадим ниже, здесь же упомянем только, что данная эпидемия характеризуется необычайно большим для э. ц. м. % случаев с помрачением и полной потерей сознания, судорогами общими или отдельных групп мускулатуры, рвотой, нередким присоединением энцефалитического компонента и, как правило, резко выраженными менингеальными явлениями, т. е. всеми теми симптомами, которые говорят о преобладании в данной эпидемии случаев тяжелых, дающих наиболее неблагоприятный прогноз. Заболевание начиналось в подавляющем большинстве случаев внезапно, резко, давая высокий подъем температуры и большие размахи ее, часто сопровождаясь септического характера сыпями, тяжелыми осложнениями и сопутствующими заболеваниями. Эти сопутствующие заболевания, обычно в форме пневмонии, особенно в первые дни заболевания, резко выступали на первый план, затушевывая и отягчая основное заболевание. Случаев с неясно выраженными симптомами и легким течением было крайне мало, да и то главным образом в первые месяцы наблюдений, когда заболевания носили скорее спорадический характер. Люмбальная пункция в начале заболевания давала в большинстве случаев резко мутную жидкость с значительным, обычно, количеством менингококков, располагавшихся часто экстра-целлюлярно. Все выше изложенное свидетельствует о том, что описываемая нами эпидемия цереброспин. менингита ни в коем случае не может быть отнесена к числу легких.

Всего под нашим наблюдением находилось 57 детей, которые по возрасту распределялись следующим образом: до 1 г.—25 чел., с 1 до 3 л.—17 чел., 3-х и старше—15 чел.

По времени, протекшем с момента заболевания, поступили: до 5 дня—32, от 5 до 10 дней—12 и позже 10 дней—13 ч.

Из 57 случаев заболевание началось внезапно в 36 случ.; начало заболевания сопровождалось другими заболеваниями: гриппом в 9 случаях; пневмонией в 4 случаях. Из последних особенно интересен 6-ой Б. 5 мес. (истор. бол. № 121), у которого заболевание началось с пневмонии и только в последующие дни присоединились менингеальные симптомы.

В большинстве случаев болезнь сопровождалась помрачением сознания (39,5%) или же полной потерей его (23,2%), и только в 37,3% случаев сознание оставалось ясным. Этот большой процент помрачения сознания является особо заслуживающим внимания, т. к. обычно эпид. цер. мен. не обладает способностью так резко влиять на сознание больного. Рвота наблюдалась у 39 наших больных, судороги в 24 случаях. В 6 случаях наблюдалось высыпание herpes labialis.

Особо характерным для данной эпидемии является также довольно частое появление геморрагических сыпей; у наших больных они наблюдались в 10 случаях. Собственно менингеальные симптомы (Керниг, Brudzinsky, запрокидывание головки, ригидность затылка, напряжение родничка) были выражены резко в 16 случаях, значительно выражены в 28 случ., слабо выражены или совсем не выражены в 13 случ.

Особо должны быть отмечены поступившие уже с блоком 2 больных, из которых один (У-кий, 11 мес., истор. бол. № 1528) поступил через месяц после начала заболевания, дал прозрачную и стерильную люмбальную жидкость и гной при пункции боковых желудочков; у другого больного (П-ва, 4 мес., истор. бол. № 1557) при люмбальной пункции жидкости не было получено совершенно, при пункции же боковых желудочков получено: на глубине около 1 см.—гной (puscephalus heter.), а на глубине 1½ см. мутная жидкость под большим давлением (puscephalus).

lus interus). В каждом случае мы производили обследование получаемой при люмбальной пункции жидкости на менингококки, делая посев на асцит-агар, причем в 19 случаях (33%) менингококки находились в значительном количестве, в 6 случаях (28%) их было очень много и в 22 случаях (39%) они были единичными.

Для правильной оценки успехов или неудач от применения серотерапии имеет большое значение учет серологической группировки, как менингококков, выделенных от больных, так и менингококков, которые служили для иммунизации лошадей, давших сыворотку.

Обследованный нами в этом отношении материал показывает следующее: всего выделено нами было 41 штамм менингококка, из которых 15 штаммов относились к группе „А“, 12—„В“ и 14—„С“.

Необходимые для реакции сыворотки мы получали путем иммунизации кроликов штаммами менингококка различных групп, ранее выделенными в нашей клинике М. Н. Лукьянчиковой. Самая иммунизация кроликов проводилась нами следующим образом:

Трем кроликам инъектировали: первому тип „А“, второму—„В“ и третьему—„С“. Доза:

1-ая инъекция  $1/4$  убитой агар. суточн. культ. под кожу.

2-ая	$1/2$	"	"	"	"	"
3-я	$1/2$	живой	"	"	"	"
4-я	$1/2$	"	"	"	"	в вену уха.
5-я	$3/4$	"	"	"	"	"
6-я	1	"	"	"	"	"
7-я	1	"	"	"	"	"
8-я	$1^{1/2}$	"	"	"	"	"

Полученные таким образом кроличьи сыворотки и применялись нами в значительном большинстве наших случаев. Часть реакции была проделана с кроличьими сыворотками, любезно предоставленными нам сотрудником Казанского Микроб. Ин-та д-ром Фазуллиным, которому и пользуемся случаем принести глубокую благодарность.

В. Л. Троцкий, отмечая специфичность кроличьих иммунных сывороток типа „А“ и „С“, указывает на отсутствие таковой в сыворотках, полученных иммунизацией типа „В“, каковые, по его свидетельству, агглютинируют часто менингококки типа „А“ в том же разведении, что и менингококки типа „В“. Эта невысокая специфичность давала себя сильно чувствовать при производстве нами реакции агглютинации. Приходилось весьма часто колебаться при чтении результатов реакции и нередко только повторение реакции, усиление разведений и тщательная коллективная оценка результатов позволяли притти к окончательному выводу. Самая реакция производилась нами при температуре  $37^{\circ}$  С в термостате, результат читался через сутки. Титр полученных нами сывороток давал значительную разницу в зависимости от типа сыворотки. Более высоким титром отличалась сыворотка типа „А“ (от 500 до 1000—1200), титр же сыворотки „В“ и „С“ получался значительно ниже (от 150 до 600), причем одни штаммы одного и того же типа менингококка агглютинировались более сильными разведениями сыворотки, другие же—меньшими.

Первая серия примененной нами сыворотки Каз. Микроб. Института, согласно представленным нам сведениям, приготовлялась следующим образом: иммунизация лошади началась убитой культурой менингококка (при  $60^{\circ}$  в течение 10 м.) под кожу в колич. 5 к. с. ( $1/2$  культуры), второй раз 10 к. с. (цельн. культ.), 3-й раз  $1^{1/2}$  культ., 4-й раз 3 культ., 5 раз 4 культ., 6-й раз введено внутривенно 1 культ. убит. микроб., реакция была очень слабая, поэтому в 7-й раз ввели 4 культуры, реакция тоже очень слабая; с 8-го впрыскивания перешли на живую культуру, введено 4 жив. культуры внутривенно, и постепенно доплы до 20 живых культур; кроме того, было сделано 3 впрыскивания „менингококкового токсина“, т. е. вводились старые лизированные культуры на сывороточном бульоне, в 20 к. с., 50 к. с. и 100 к. с. токсина. Следующие II и III серии сыворотки были получены после иммунизации по аналогичной схеме, причем, конечно, курс иммунизации проходил значительно быстрее. Согласно полученным нами от завед. сывороточных отделением Каз. Микроб. Ин-та, д-ра Фазуллина сведениям, только в самом начале и 2 раза в середине иммунизации применялись московские штаммы менингококков, а все остальное время, в частности при впрыскивании больших доз в ковше

иммунизации, применялись выделенные в нашей клинике штаммы. За любезное предоставление нам сыворотки Каз. Микробиологич. Ин-ту приносим глубокую благодарность.

Несколько остановимся на методике применения сыворотки. Из различных способов введения сыворотки мы применяли преимущественно интраплюмбальный, но в первые дни лечения, особенно в свежих случаях, когда заболевание может еще не быть строго локализованным только в мозговых оболочках, а имеется общая инфекция всего организма, нами применялось кроме того и внутримышечное введение сыворотки. Другие способы введения (желудочковые, субокципитальный, эпидербральный) нами совершенно не применялись. В дозировке сыворотки мы избегали массовых доз, вводили нашим больным в первые дни, по возможности, ежедневно по 10—20 куб. с. (в зависимости от возраста) интраплюмбально и столько же интрамускулярно, продолжая в дальнейшем делать только лумбальные пункции. В случаях, где жидкость вытекала в очень небольшом количестве или совсем не вытекала, а также там, где мы опасались колляпса, мы вынуждены были пользоваться только интрамускулярными инъекциями. Принимал во внимание наибольшую действительность сыворотки именно в начале болезни, а также с целью ввести необходимое количество сыворотки до появления сывороточной болезни, мы старались по мере возможности сосредоточить введение сыворотки в первые 8—10 дней лечения с тем, чтобы в дальнейшем приходилось применять введение сыворотки возможно меньше. Впрочем, в тех случаях, где мы применяли сывороточное лечение и в более позднее время, даже в некоторых случаях при наличии выраженных явлений сывороточной болезни, никаких особенно неблагоприятных последствий мы не наблюдали. В 2-х наших случаях, после длительного лечения сывороткой, не приведшего к окончательному результату, нами была применена приготовленная нами аутовакцина, причем мы вводили ее подкожно в дозах, содержащих от 20 мил. до 200 миллионов микробов, с промежутками в 2—3 дня и с постепенным повышением дозы.

Из 57 бывших под наблюдением больных 44 пользовались сывороткой Каз. Микроб. Ин-та, один совсем не получал ее, а 12 детей получали сыворотку Ленинград. Ин-та экспер. медицины (годичной давности), причем сделано это было отчасти с целью создать возможность для сравнения действия обеих этих сывороток и отчасти вследствие недостаточного количества местной сыворотки, бывшего в нашем распоряжении. Никакого отбора больных для лечения той или иной сывороткой мы не производили, а назначали то или другое лечение в порядке строгой очереди.

Количество выпускаемой нами при пункциях жидкости различалось в среднем 25—35 к. с. в зависимости от давления, под которым вытекала жидкость, напряжения родничка и общего состояния больного. В некоторых же случаях для того, чтобы привести давление по возможности к норме и создать благоприятные условия для введения сыворотки в канал, приходилось выпускать до 60 к. с. лумбальной жидкости, что проходило без каких-либо неблагоприятных явлений. Количество полученной отдельными больными сыворотки было весьма различным, в зависимости более всего от длительности заболевания. Так, например, были случаи, где достаточным оказалось 80 к. с. сыворотки (б-ная Т., 9 мес., истор. бол. № 1380), 58 к. с. (б-ой Ч., 2 года, истор. № 1540) и даже 50 к. с. (б-ая Г., 1 год, истор. бол. № 79), и, наоборот, в некоторых случаях количество вводимой б-му сыворотки доходило до 300 к. с. (б-ая П. 14 л. истор. бол. № 47); в среднем, на каждого больного приходится по 150 к. с. сыворотки, из которых 60 к. с.—в лумбальный канал и 90 к. с.—в мышцы. Все эти данные касаются выздоровевших больных.

Общие результаты нашей терапии таковы: в возрасте до 1 года выздор. 10, выписано без улучшения 7, умерло 8; от 1—3 лет: выздор. 10, без улучш. 5, умер. 2; от 3 и старше лет: выздор. 14, без улучш. 0, умер 1.

Если мы возьмем только 44 случая леченых местной сывороткой, то данные представляются в следующем виде: в возрасте до 1 года вызд. 9, без улучш. 4, умер. 3; от 1—3 лет: вызд. 9, без улучш. 3, умер 1; от 3 л. и старше: вызд. 14, без улучш. 0, умер 1. Следовательно, всего из 44 выздоровело 32.

12 случаев,леченные Ленинград. сывороткой, дали следующие результаты: до 1 года: вызд. 1, без улучш. 3, умер. 4; от 1—3 лет: вызд. 1, без улучш. 2, умер 1.

Из вышеупомянутых данных видно, что лечение местной сывороткой дало лучшие результаты не только в сравнении с применявшейся одновременно ленинградской, что можно было бы объяснить разной их давностью и разницей материала, но и по сравнению с другими сыворотками того же Ленинград. ин-та, которыми лечили менингитиков. Так, по данным М. Н. Лукьянчиковой в 1923 г. из 16 случаев погибло 14; в 1924 году из 12 случаев 3-ое выздоровело, уже только в 1927 г. сыворотка Ленинград. Ин-та экспер. мед. дала более или менее удовлетворительные результаты: из 31 случая вызд. 18, умерло 6 и без улучш. выписалось 7; но все же эти цифры ниже, чем мы имеем при лечении местной сывороткой. Мы здесь должны оговориться, что хотя мы для лечения ленинград. сывороткой не производили отбора больных, но случайно самый материал оказался менее благоприятным для терапии: много было детей грудного возраста, совершенно не было детей старшего возраста, многие из них поступили в клинику позднее 10 дней с начала заболевания. Однако все эти обстоятельства не могут затушевывать тех благоприятных результатов в такую серьезную по тяжести эпидемию, которые у нас получились у детей, леченных местной сывороткой. Здесь, даже в группе грудных, число выздоровевших оказалось больше половины (56%), а из 15 детей старше 3-х лет только 1 умер, остальные же 14 чел. выздоровели.

Случай,леченные местной сывороткой, в зависимости от времени поступления дают следующую картину: из поступивших до 5 дней—вызд. 24, без улучш. 4, умер 1; из поступивших до 10 дня вызд. 4, без ул. 2, умерло 3; из поступивших позднее 10 дней—вызд. 4, без улучш 1 и умер 1.

Если сгруппировать больных соответственно группировке вызвавшего заболевания менингококка, то исходы распределяются так:

„А“ (15 случ.)			„В“ (12 случ.)			„С“ (14 случ.)		
вызд.	без ул.	умер.	вызд.	без ул.	умер.	вызд.	без ул.	умер.
11	2	2	10	1	1	8	2	4

Насколько можно судить на основании столь небольших чисел, тип „В“ у нас давал более благоприятно протекающие заболевания, а тип „С“, наоборот, оказывается наиболее вредоносным. Данные наши несколько расходятся в этом отношении с данными других авторов. Так, например, у Gordon'a, наоборот, менингитики, заболевшие от типа „С“, оказались все выздоровевшими, тогда как гр. „В“ дала наихудший результат. Окончательное суждение позволит сделать, конечно, только несравненно больший материал. Предположение же, что самая тяжесть эпидемии объяснялась большим количеством менингококков типа „С“, возможно более патогенного в наших условиях, нам кажется, может быть сделано.

Менингококки в жидкости, как правило, после первых же пункций значительно убывали в количестве, хотя были случаи, когда мы наблюдали, несмотря на дальнейшее полное излечение, увеличение числа менингококков в жидкости. Мы говорим здесь, конечно, только о случаях, окончившихся выздоровлением. В среднем, менингококки держались в жидкости в течение 15 дней, хотя в этом отношении колебание у разных больных было самым разнообразным (от 4-х до 95 дней). То же нужно сказать и о гнойном характере лумбальной жидкости. В среднем, длительность периода, когда лумбальная жидкость была мутной, соответствовала 17—18 дням, причем в некоторых случаях жидкость просветлялась через 5—6 дней, в других же носила мутный характер месяцами. Параллелизма между степенью гнойного характера жидкости, количеством гнойных телец и количеством менингококков мы часто не отмечали. Полное просветление жидкости наступало или одновременно с исчезновением менингококков или же несколько позднее. Количество лейкоцитов в крови у наших больных в начале заболевания было, как правило, повышенным (в среднем до 18—20 тысяч и выше). Повторное исследование крови (при выписке) у выздоровевших больных давало обычно падение числа лейкоцитов, но далеко не всегда до нормальных чисел, в некоторых же (довольно многочисленных) случаях лейкоцитоз, несмотря на полное клиническое выздоровление, держался на 15000 и выше. В 3-х наших случаях лейкоцитоз при выписке (выздоровлении) был даже выше, чем в начале заболевания. Лейкоцитарная формула давала обычно картину умеренного нейтрофильного лейкоцитоза с весьма нерезким, часто почти совершенно невыраженным, сдвигом влево. Некоторые авторы, базируясь на литературных данных о составе нормальной крови детей, отмечают даже при эпид. церебр. менингите у детей сдвиг нейтрофилов вправо.

Просматривая температурные кривые наших больных, мы настолько часто отмечали повышения температуры после введения сыворотки, что у нас невольно складывалось мнение, что в данном случае мы имеем не только „рост *hсс*“, но и „*проptер hсс*“. Через 3—4 часа после введения сыворотки температура давала повышение, которое держалось в течение 8—10 час. Вообще же наши больные имели обычно чрезвычайно неровную, с большими ремиссиями температуру, в случаях выздоровления спадающую литически. Некоторые больные (около  $\frac{1}{3}$  всех случаев) поступали в клинику с нормальной температурой, и только в клинике у них развивалась высокая температура. В среднем выздоровевшие наши больные температурили около 3-х недель, причем и здесь мы видели огромную разницу в отдельных случаях (от 4—5 дней до 3-х месяцев). В случаях выздоровления от менингита температура спадала до нормы параллельно с исчезновением менингококков в жидкости и просветлением ее, если только у больного не было сывороточной болезни, которая давала, как правило, новый подъем температуры.

Изменения других симптомов менингита также обычно шли параллельно с изменениями в лумбальной жидкости.

Из стойких осложнений, развившихся у больных, леченных сывороткой Каз. Микроб. Ин-та и выздоровевших, отметим следующие: 1) Т-ва, 9 мес., истор. бол. № 1381, ириодокератит, закончившийся потерей глаза. 2) Щ-в, 1 г. 10 мес., истор. бол. № 264, атрофия зрительных нервов (ребенок ослеп до поступления в клинику). 3) В-в, 8 лет, истор. бол. № 66—резкое понижение зрения на один глаз (б-ой вышел из-под наблюдения до установления окончательной судьбы глаза).

32 выздоровевших под влиянием сыворотки Каз. Микроб. Ин-та больных находились на излечении всего 768 дней, т. е. в среднем каждый по 24 дня. Выписывались больные после полного клинического выздоровления от менингита и далее лечились пункциями амбулаторно (в среднем еще 2—3 месяца) до исчезновения повышения давления и до приближения плоскотоза в лумбальной жидкости к норме.

Из побочных явлений при введении сыворотки мы отметили: сывороточную болезнь—в 25 случаях (в том числе и от сыворотки Ленинград. Ин-та экспер. мед.), шок при введении сыворотки или вскоре после этого—у 3-х больных; больные выздоровели. Из 25 случ. сывороточной болезни 6 больных получали сыворотку Ленинград. Ин-та экспер. мед., 19 больных получали местную сыворотку. Из 19 больных, у которых была сывороточная болезнь, выздоровело 16, 1 взят домой и 2 умерло; явления сывороточной болезни, по нашим наблюдениям, не имели никакого значения для исхода заболевания.

Все вышеизложенное позволяет нам сделать следующие выводы:

1) Эпидемия 1930/31 года должна быть отнесена к тяжелым.

2) В терапии цереброспинального менингита сыворотка Каз. Микроб. Ин-та оказалась весьма действительной (из 44 больных, получивших эту сыворотку, выздоровело 32).

3) Количество стойких осложнений в случаях выздоровления от менингита оказалось невелико (у 2-х больных потеря зрения на один глаз).

4) После введения сыворотки часто наблюдается подъем температуры (действие бактериолизинов?).

---

Из Терапевтического отделения б-цы им. Чудновского С. З. Водздротовдела.  
(Завед. Г. Я. Гехтман).

## К вопросу о клиническом течении и терапии эпидемического цереброспинального менингита.

Г. Я. Гехтмана (Ленинград).

Материал, которым мы располагаем, обнимает 32 случая: из них 12 случаев пришлось нам наблюдать в б-це им. Чудновского за февраль и март месяцы 1931 года. Последние 12 больных поступили из общежитий сезонников С.-Заплодруса, из одного общежития в течение этого времени 6 случаев. Возраст заболевших от 20 до 30 лет. Наши последние 12 случаев представляют особо благодарный материал, так как из них мы имели возможность выявить продромальные и начальные симптомы и следить за постепенным их развитием, правда, только в этих последних 12 случаях. Что касается остальных 20 случаев, наблюдавшихся мною в период 1923—31 год, то 9 случаев поступали в б-цу к концу первой недели от начала заболевания, 7 случаев поступили в течение второй недели, остальные в течение 3-й недели и позже. Во всех случаях мы тщательно собирали и изучали анамнез. Из 12 человек, доставленных в больницу рано, 11 случаев—тяжелых и 1 очень тяжелый—гипертоксическая форма с молниеносным течением и летальным исходом в течение первых суток от начала болезни. Из 20 больных, доставленных поздно, было 2 легких случая, 5 средней тяжести, 11 тяжелых и 2 очень тяжелых.

На основании сделанных наблюдений<sup>1)</sup> можно заключить, что при эпид. ц.-с. менингите имеются, как постоянные симптомы (головная боль, болезненная ригидность затылка, Керниг, Брудзинский), так и непостоянные или необязательные—гиперестезия, нистагм, дермографизм, страбизм и др. Как постоянные, так и непостоянные симптомы могут варирировать в своей интенсивности и длительности. Что касается терапии эпидемического ц.-с. м., то надо признаться, что вопрос о рациональном лечении эпидем. ц.-с. м. не получил еще своего окончательного разрешения. Применяются различные методы лечения—введение растворов уротропина в спинно-мозговой канал, лечение уротропином с салициловым натром внутривенно; лед на голову, удаление спинно-мозговой жидкости с введением в канал противоменингококковой сыворотки.

---

<sup>1)</sup> Подробная симптоматология по техническим причинам опущена. Ред.

Относительно специфического лечения нет единодушия во взглядах авторов как в смысле методики, так и в смысле стандартизации противоменингококковой сыворотки. Большинство авторов вводят специфическую антименингококковую сыворотку в спинно-мозговой канал, некоторые применяют поливалентную менингококковую вакцину в виде подкожных инъекций отдельно или вместе с уротропином.

По данным Московского института охраны мат. и млад. (Сперанский) сывороточное лечение всегда оказывает при этой болезни хорошее действие, если сыворотка применяется в большом количестве. Топорков считает серотерапию единственным рациональным методом лечения ц.-с. м. Благотворное влияние сыворотки с смысле снижения процента смертности при ее применении признается однако, не всеми авторами. Так, проф. Кисель говорит: „Уже неоднократно польза сывороточного лечения подвергается сомнению“. Исследуя этот метод лечения на материале своей клиники за 12 лет, этот автор пришел к совершенно отрицательным выводам. Проф. Леонов также говорит, что с лечением ц.-с. менингита мы стоим в тупике, антименингококковая сыворотка не действует.

Испытывая антименингококковую сыворотку на своих больных, мы не можем присоединиться к мнению последних авторов. Правда, нужно оговориться, что введение сыворотки целесообразно в начале заболевания, в первые его дни. При более позднем применении сыворотка не оказывает должного терапевтического эффекта, особенно у тех больных, которые попадают в больницу уже с затянувшимися формами. Для успешного лечения сывороткой имеет, кроме того, значение ее доброкачественность, давность приготовления и дозировка. Введение малых доз не может, конечно, оказать влияния на процесс. Ее необходимо вводить многократно и непременно в спинно-мозговой канал. К таким выводам мы приходим на основании тщательной характеристики нашего материала. Мы с терапевтической целью применяли интрапломбальное введение противоменингококковой сыворотки.

Следует отметить, что интрапломбальные впрыскивания представляют из себя довольно тяжелое вмешательство. После них часто наблюдаются сильные головные боли, возбужденное состояние, ослабление сердечной деятельности и иногда коллапс. Поэтому, чтобы уменьшить явления возбуждения, больным перед интрапломбальным введением сыворотки приходилось подкожно впрыскивать морфий, а после введения сыворотки приходилось некоторым больным вспринимать различные сердечные средства. Тяжелым больным мы ежедневно делали лумбальную пункцию, после удаления небольшого количества спинномозговой жидкости вводили интрапломбальную сыворотку. Больше чем 20 см.<sup>3</sup> за раз мы не вводили. Этот метод лечения мы повторяли вначале ежедневно, затем с интервалами в 2—3 дня в зависимости от тяжести случая. Таким образом некоторым больным мы вводили до 180 см.<sup>3</sup> сыворотки: мы могли убедиться, что эти количества переносятся организмом без всякого вреда, что имел возможность Halz еще в 1928 г. доказать, демонстрируя девятилетнюю девочку, которая заболела менингитом и получила при 11 интрапломбальных инъекциях 240 см.<sup>3</sup> сыворотки.

У многих врачей существует некоторая боязливость в применении больших доз сыворотки, а между тем действительны только лишь большие дозы, судя по американской, немецкой литературе и по нашим собственным наблюдениям. Малоутешительные результаты от серотерапии мы склонны отчасти объяснить тем, что сыворотка применялась в ограниченных дозах и не систематически. Быть может этим можно отчасти объяснить скептическое отношение некоторых авторов к сывороточному лечению иммунологическими различиями типов менингококков. А ведь известно из опыта на животных, что специфическая сыворотка тогда предохранительна и лечебна, когда она однотипна с микробом.

Но такое же возражение может быть одинаково отнесено к дизентерии и в известной степени к скарлатине, где как раз инъекция сыворотки получает все большее и большее распространение. В наших случаях мы по крайней мере получили впечатление, что специфическое лечение оказывает благотворное влияние на болезненные явления.

Невольное подтверждение этого наблюдения мы имели во время вспышки этой же эпидемии, где мы в течение 10 дней не имели больше сыворотки вследствие большого спроса. За это время мы вводили больным эндolumбально уротропин, который за последнее время рекомендуется при менингите Hinsberg'ом, Schreyег'ом и пр. Указанные авторы исходят из тех соображений, что уротропин, благодаря отщеплению формальдегида, проникает в спинномозговую жидкость. Наши, правда, небольшие наблюдения заставляют нас указать, что лечение уротропином уступает сывороточному лечению. О рекомендуемом разными авторами способе лечения—вдувание воздуха или „кислорода“, мы никакого опыта не имеем. Некоторые авторы рекомендуют инъекции оптохина, интравенозные инъекции tryptaflavin'a (Delcher). В наших случаях, особенно последних, были такие благоприятные результаты сывороточной терапии, что мы не могли решиться от этого отказаться и перейти к другой терапии.

Исход во всех наблюдавшихся нами случаях был следующий. Из последних 12 чрезвычайно тяжелых случаев было всего 3 смертных случая, из них один с молниеносной формой. Из 20 больных, наблюдавшихся нами за предыдущие годы—умерло 6. Такую сравнительно небольшую смертность, принимая во внимание тяжесть случаев—мы склонны отнести на счет благоприятных результатов сывороточной терапии, хотя механизм действия сыворотки достоверно еще неизвестен. Трудно сказать, оказывает ли сывороточная терапия механическое или биологическое раздражение мозговых оболочек в смысле повышения защитных свойств организма или она действует непосредственно на возбудителя. Если последнее предположение имеет место, то тогда оправдывается большая дозировка. Вводя сыворотку в спинномозговое пространство, мы достигаем непосредственного действия антитоксина на связанный мозгом токсин. Но для полной нейтрализации вируса, находящегося в мозгу, существенно необходимо вводить именно большие дозы. Следует упомянуть, что во время лечения сывороткой в двух тяжелых случаях появилась сывороточная экзантема и что с этого момента исчезли тяжелые явления этой болезни. В одном из этих случаев после появления сывороточной болезни было оставлено всякое лечение, чтобы убедиться, действительно ли наступил поворот к лучшему. И как только побледнела сильь, оба эти больные быстро начали поправляться. По этому поводу в новейшей иностранной литературе имеются интересные данные. Так, например, Mader сообщает о пяти менингетиках, у которых благоприятный исход можно связать с экзантемой. Было бы, конечно, поспешностью из этого возможно случайного совпадения делать терапевтические заключения, но тем не менее в будущем на это надо обратить внимание, пока не удастся установить, на каком принципе основано влияние экзантемы.

Из наших 32-х случаев 4 были атипичны. Мы позволили себе на них вкратце остановиться.

1-ый случай касается 18-летнего б-го, который внезапно заболел головной болью, ломотой в ногах и петехиальной высыпью. Исследование обнаружило множество петехий на животе, верхних конечностях и бедрах и ничего патологического во внутренних органах. Никакого увеличения селезенки, никакой ригидности, рефлексы были нормальны.  $t^0$  по утрам 36,2—36,4°. По вечерам  $t^0$  39,1—39,4°, никаких явлений со стороны легких, сердца и пищеварительного тракта. Кровь стерильна. Плазмодии отсутствуют. Лейкоцитов 15.800, эритроцитов 4028000, НЬ 74%. F. J. 0,95%. Лимфоцитов 18%, моноцитов 4,5%, юных 0,5%, палочкообр. 17,5%, сегментированных 58%, эозинофилов 1,5%. Моча — индикан следы, уробилин слабо выражен, микроскопич. лейкоциты 2—3 почти в к. п. з., эритроциты выщелоченные 1—2 часто. Widal отрицательна с т. abdominalis, paratyphus A В и № 2. При хорошем самочувствии  $t^0$  по вечерам доходит до 39,4° в течение месяца. Рентгеноскопия легких ничего особенного не дала. Лечение хинином *ex juvantibus* не давало никакого эффекта. В виду гипертрофии тонзилл было высказано предположение о тонзилларном сепсисе. Д-ром Шендером 15/III 31 под кокаином была произведена двухсторонняя тонзилэктомия, и на следующий же день  $t^0$  упала до нормы и таковой была в продолжение пяти дней. Больной уже хотел выписаться и поехать в деревню, как вдруг 21/III 31 он начал жаловаться на сильную головную боль;  $t^0$  поднялась до 39,1°, появилась ригидность затылка. Люмбальная пункция дала мутную жидкость, содержащую менингококки. В дальнейшем развилась тяжелая картина ц.-с. м. Эндolumбально мы ввели в общем 120 см<sup>3</sup> в течение шести дней, ежедневно по 20 см<sup>3</sup>. Больной выздоровел и 12/IV 31, получив отпуск по болезни, уехал в деревню. Как видно, у этого больного болезнь началась общими септическими симптомами и только через месяц наступили явления менингита.

2-ой случай касается 24-летнего грузчика, который 12/II 31 заболел ознобом, прищухостью в правом коленном суставе, резкою болезненностью при движениях. В ближайшее время боли пересекались и на другие суставы, высокая температура чередовалась с безлихорадочными интервалами. В начале заболевания на 4 день болезни появилась эритема на руках и ногах в виде маленьких, красных, слегка приподнятых пятен, величиною от булавочной головки до двухкопеечной монеты. Эта эритема в одних местах быстро бледнела, в других появлялась. Временами незначительные головные боли, рвоты не было. Под влиянием больших доз салицилатов процесс в суставах постепенно затихал в течение 3-х недель, но боли и прищухость в каком-нибудь суставе оставались, правда, не такие интенсивные, так что больной немного двигался. 8/III 31 внезапно появились сильные головные боли, рвоты. Со стороны внутренних органов ничего патологического. Исследование крови дало: 14600 лейкоцитов, —72% полинуклеарных, 24% лимфоцитов, 2% эозинофилов, 2% моноцитов. Так как предполагался сепсис, на ближайшее утро была взята кровь для посева, которая оказалась стерильной. В ближайшие дни появилась созвершенно неравномерная кривая, временами температура доходила до 40°, в некоторые дни нормальная температура. Widal отрицательный. Плазмодии малярии не найдены. Такая картина болезни длилась более 2-х недель. 26/III 31 появилась ригидность затылка с сильными затылочными и головными болями. Керниг и Брудзинский +. 27/III картина болезни была так ясна, что была предпринята спинномозговая пункция, которая дала мутную жидкость, содержащую менингококки внутри и внеклеточно. После пункции наступило временное улучшение, но в следующий день снова ухудшение и с этого дня через день делали спинномозговую пункцию с последующим пятратром-люмбальным введением менингококковой сыворотки по 20 см<sup>3</sup>. После 6-ой люмбальной пункции температура стала нормальной; исчезли головные боли, и наступило постепенное улучшение. Боли в суставах и эритема исчезли уже после второй люмбальной инъекции сыворотки. 29/IV 31 г. больной был отпущен совершенно здоровым домой. И в этом случае начало болезни проявилось симптомами септического заболевания (полиартритом); типичная картина менингита появилась через продолжительное время.

Итак, 3-го атипичного случая менингита заключается в том, что больное время лечился амбулаторно по поводу сильных головных болей и без патологических изменений со стороны внутренних органов. Никакого сифилиса в анамнезе. После нескольких него лечения наступило улучшение, и больной был работоспособен сяцев. Затем он заболел высокой  $t^0$ , сильной головной болью и появлением прищухости, красноты и болей в коленных и локте-

вых суставах:— картина типичная для острого суставного ревматизма. Тогда же появилась сыпь, напоминающая erythema подозит, особенно обильная на нижних конечностях, которая постепенно переходила на туловище и на верхние конечности. Через несколько дней эта сыпь побледнела. Температура представляла неравномерную кривую. Исследование крови на малярию дало отрицательный результат. Посев крови отрицательный. Лейкоцитоз 18.400 с нейтрофилезом. Widal отрицательный. В моче следы белка, уробилин отсутствует. С терапевтической целью применялись большие дозы салицилатов, пирамидона—без результата. После трехкратного интравенозного введения уротропина (5 см<sup>3</sup> 40% раствора) постепенно начала падать температура и в течение 3-х недель больной был выписан при нормальной температуре и хорошем самочувствии. Через 9 дней он снова заболел высокой температурой, сильным двигательным беспокойством. При вторичном поступлении в б-чу ничего патологического во внутренних органах обнаружить не удалось. Моча, кровь—N. Через 3 дня появились сильные головные боли, Глазное дно -- N. Никакой ригидности затылка. В ближайшие дни появились типичные менингальные явления. При лumbальной пункции мутная жидкость, давление повышенено. Менингококки внутри и внеклеточно. Все эти явления в дальнейшем усиливались, больной продолжительное время был в безсознательном состоянии, очень беспокоен, но никакой припухости суставов и высыпи. Лечение состояло в лumbальных пункциях и последующих эндolumбальных введениях менингококковой сыворотки. После 9 пункций постепенно наступило улучшение, и больной выздоровевшим былпущен домой. Мы полагаем, что этот случай должен быть отнесен к ползучим формам менингита. Так как здесь болезнь протекала в виде трех атак, то нужно думать о повторной бактериемии.

Интерес 4-го случая заключается в том, что он долгое время протекал под видом малярии. Лечение хинином эффекта не давало. И только через 5 недель появилась типичная картина менингита. За недостатком места не имеем возможности на нем более подробно остановиться. Аналогичные случаи описаны и другими авторами.

На основании вышеизложенного мы позволяем себе вкратце резюмировать наши наблюдения в следующих положениях.

1) В подавляющем большинстве случаев начало болезни внезапное (наш материал — исключительно взрослых людей).

2) Некоторые комбинации особенно рано развивающихся симптомов, повидимому, до известной степени определяют дальнейшее течение и срок болезни.

3) Длительная спячка, опистотонус указывает, повидимому, на плохой прогноз.

4) Появление во время лечения сывороточной экзантемы служит, повидимому, благоприятным признаком.

5) Единственной целесообразной терапией эпидемического цереброспinalного менингита является эндolumбальное введение больших количеств сыворотки, начиная с первых же дней болезни.

6) Необходимо широко пользоваться лumbальной пункцией как диагностическим средством при всяких подозрительных случаях.

7) Атипические случаи перебросциального менингита следует рассматривать как затяжную форму менингококкового сепсиса.

В заключение мы считаем нужным указать, что к оценке всех наших выводов следует подходить осторожно, так как возможны разнообразные колебания и в симптоматологии, и в течении эпидемического менингита в зависимости от характера эпидемии. Быть может, при накоплении большого количества наблюдений, клиническая картина ц.-с. м. окажется несколько иной. Но мы наши выводы основываем исключительно на наших объективных клинических наблюдениях, не претендую, конечно, на их категоричность.

Из Нижегородской детской больницы.

## Серотерапия эпидемического череброспинального менингита.

Ординатора Б. И. Гурвича.

Эпидемия череброспинального менингита прослежена нами по материалу детской больницы за ряд лет, начиная с 1924 года, и если в первые годы можно было говорить о спорадичности этого менингита, то в последние годы и особенно в 30-м и в 1-ом квартале 31-го года приходится считаться с менингитом как с развивающейся эпидемией этого заболевания.

По годам мы имеем след. распределение б-х: в 1924 г.—6, в 1925 г.—11, 1926 г.—14, 1927 г.—26, 1928 г.—22, 1929 г.—24, 1930 г.—59 и I кв. 1931 г.—85.

Сопоставив количество б-х за 1-й квартал 30 го г. с 1-ым кварт. 31-го г.—мы имеем цифры 17 и 85. В это последнее число не входит количество амбулаторных б-ых не стационированных, количество б-ых, находившихся на излечении в Сормовской и Канавинской больницах, и не стационированных больных, прошедших другие районные амбулатории города, Канавина и Сормова. Вообще точного учета б-ых менингитом по г. Н.-Новгороду у нас не имеется, как не имеется его, к сожалению, и в органах саннадзора.

Из 59 б-х, прошедших стационар детской б-цы за 30-й год, мы имеем детей рабочих 36, служащих 8, крестьян 13, военнослуж. и проч. 2. По возрасту: до 2 л.—26, от 2 до 5—19, от 5 до 8—6, свыше 8 л.—8. Заболеваемость по месяцам: I—7 сл., II—3, III—7, IV—8, V—5, VI—6, VII—1, VIII—5, IX—2, X—6. XI—4. XII—5. Количество заболевших девочек почти равно количеству заболевших мальчиков. % смертности за 30-й год равен 39, включая 6 детей, выписавшихся без улучшения. До 2-х летнего возраста умерло 10 и выписано без улучшения 5, что составляет в отношении к этому возрасту % смертности равный 61. Среднее количество коек-суток на одного б-го ц. с. м. равно 21 дню.

Все поступившие больные по степени тяжести и выраженным общим явлениям могут быть расчленены на 4 группы:

1) Очень тяжелые (бессознательное состояние, клонические судороги, разнообразные кожные проявления в виде сыпей, неукротимая рвота). Таковых было 23 больных. 2) Тяжелые (полусознательное состояние и не столь резко выраженные общие явления)—25 случ. 3) Средней тяжести больные—7. 4) Легкие—4.

По жилищным условиям поступавших больных мы имеем следующие данные: Жильцов подвальных помещений и баракных жилищ при большой скученности было 29 детей. Из средних по качеству квартир было 20 детей. Из квартир хороших, благоустроенных—10.

Из 85 больных, прошедших стационар за 1-й квартал 1931 года, было детей рабочих—54, служащих—24, крестьян—4, проч.—3. По возрасту: до 2 л.—24, от 2 до 5—43, от 5 до 8—10 и старше 8—8. По месяцам: январь—15, февраль—35, март—35. % смертности, включая выписавшихся с ухудшением или без улучшения, равен 30% (% умерших в б-це равен 19). В это число входят пробывшие в б-це меньше суток, каковых насчитывается 7 человек. Из 24-х детей грудного возраста умерло в больнице, выписано без улучшения и с ухудшением 16 детей. Выписавшихся с ухудшением или с надписью «без улучшения» относим к группе умерших, так как нет никаких оснований полагать, что хотя бы один из них вырвался из цепких объятий смерти.

Из вышеуведенных цифровых данных видно, что 1-й квартал 31-го года по количеству заболевших Ц. М. превзошел резко 1-ый квартал 30-го года, что, в заболеваемости менингитом за 30-й год мы имеем определенную сезонность болезни, сезонность, совпадающую с холодными месяцами года; из этих цифр видно, что за 30-й год превалировал грудной возраст над прочими возрастами, а в 1-ом квартале 31-го года заболеваемость передвинулась на предшкольный и школьный возраст. В отношении же смертности приходится констатировать, что смертность обратно пропорциональна возрасту, и грудной возраст является в этом отношении возрастом особо уязвимым.

По вопросу о лечении ц. с. м. я хочу остановиться на специфической серотерапии. Интересующихся результатом неспецифической терапии я отошлю к моей статье, напечатанной в Казанс. медицинск. журн., № 8, 1930 г. К специфической серотерапии я приступил в конце 30-го года и проводил это лечение в 1-ом квартале 31-го года. Ограниченнность сыворотки, недостаток ее не только у нас в Нижнем, но и в центре положило определенный отпечаток на метод пользования ею, и это послужило причиной тому, что большинство больных проведено на неспецифическом лечении.

Всего из 85 б-ых было 26, подвергшихся специфической серотерапии. Эти 26 б-ых можно охарактеризовать следующими данными. День поступления в стационар от начала заболевания: 1-й—4, 2-й—1, 3-й—8, 4-й—7, 5-й—3, 6-й—1, 7-й—2, свыше 7-го—1. По возрасту: до 1 г.—1 (вып. без улучшения), от 1 до 2 л.—3, от 2 до 5—11, от 5 до 8—5, старше 8—6. По тяжести заболевания: очень тяжелые (молниеносная форма)—4 (умерло 4), тяжелые—13 (1 выпис. без улучшения), средней тяжести—9. Из числа выздоровевших один выписался с неполным выздоровлением с явлениями глухоты.

Неспецифическим методом лечения было всего проведено 32 случая в возрасте от 1 г. и старше. Из этих 32-х б-ых выздоровело полностью 16 детей, выписано с улучшением 6 детей и умерло 11 детей и % смертности для нелеченых специфической сывороткой равен 33. При сыворотке же лечении мы имеем % смертности равным 19, и если примем в расчет тех детей, которые провели в б-це меньше суток, квалифицирован, как больные молниеносной формой менингита, то % смертности будет гораздо меньше. Эту поправку принять приходится, так как случаи молниеносные приходится рассматривать как общий сепсис, при котором от сыворотки, да еще в той дозе, какая нами применялась, ожидать благоприятных результатов не приходится. Сыворотка применялась детям старше года, так как бесцельно было применить серум в возрасте до года вследствие отсутствия комплементов в крови детей раннего возраста. Сыворотка вводилась интрапломбально и интрамускулярно через день, но количество сыворотки, вводившейся в канал зависело от количества liquor'a, предварительно спущенного. Всего вводилось реб. от 20 до 40 кб. с. Приблизительно 10 в канал, остальное в мышцы. Общее среднее количество сыворотки, полученное каждым ребенком, равно 60—80 кубикам. Пользовались мы сыв. Мечников. Института и Пастеровск. Ин-та.

При успешном лечении сывороткой мы в ближайшие же сутки наблюдали снижение  $t^0$ , прояснение сознания, исчезновение маскообразности лица и безразличия, с каковыми симптомами дети доставлялись в б-цу. Во всех 4-х случаях молниеносной формы, при которых была применена сыворотка, мы от нее не наблюдали никаких изменений в лучшую сторону. Сильнейшее беспокойство, полное помрачение сознания, резкая ригидность затылочных мышц и всех вообще мышц при выраженной тризме челюстей сохранялись до самой смерти, наступавшей через 2—3 дня.

Результаты специфической серотерапии ц. с. м. сравнительно с неспецифич. терапией этого заболевания являются стимулом для применения сыворотки в дальнейшем для возраста старше года в ранних стадиях болезни, несептических, если только объективные условия будут благоприятны в смысле наличия сыворотки.

На основании изложенного в настоящем сообщении и в нашей вышеуказанной статье мы можем сделать следующие выводы:

- 1) Специфическая серотерапия ц. с. м. является в настоящее время наиболее действенной терапией ц. с. м.
- 2) Полная безвредность лумбальной пункции дает возможность ранней диагностики ц. с. м.
- 3) Ранняя диагностика ц. с. м. дает возможность пользоваться специфической серотерапией.

## К казуистике дифтерии носа и кожи.

Д-ра И. И. Ходанова (г. Кайнск).

В начале октября 1931 г. нам пришлось наблюдать редкий случай сочетания дифтерии носа и кожи у пятилетнего ребенка в Кайнской городской амбулатории.

2/X 1931 г. на амбулаторный прием по детским болезням гр-ка III. доставила из деревни своего ребенка, Фердинанда, мальчика 5 лет 4 мес. в очень тяжелом ступорозном состоянии. Из анамнеза выяснилось, что ребенок первоначально заболел насморком с почти полным закладыванием носа 5—6 дней тому назад, т. е. приблизительно 26—27 сентября. В дальнейшем у ребенка появилось кровавистое истечение из носа, с неприятным запахом. С самого начала болезни, по словам матери, ребенок, бывший до того веселым и резвым, начал слабеть и впадать в спячку; затем появилась опухоль шеи. 30 сентября в левом паху появилась краснота и припухлость на месте бывшей опрелости. Состояние ребенка стало ухудшаться, исчез аппетит, а воспалительный процесс из паха стал распространяться на бедро.

*St. praesens:* мальчик слабого телосложения, пониженного питания, бледен, вял, сонлив, с утомленным выражением глаз, слабо на все реагирует,  $T^o$  38,2—38,3. Дыхание через рот, одутловатость шеи. Ноздри совершенно заложены. Выделение из носа очень скучное, слизисто-гнойное, с примесью крови. Имеются ссадения кожи по краям наружных носовых отверстий, переходящие в поверхностный струпик на верхней губе. Рот все время полуоткрыт; голову ребенок имеет склонность запрокидывать назад, отчего одутловатость шеи выступает еще резче. При ощупывании шеи обнаруживается болезненность подчелюстной области и в верхних боковых шейных треугольниках. Прощупать лимфатические железы не удается из-за чувствительности шеи и отечности. При глубокой пальпации ребенок становится и дергается. (По Romberg'у в подобных случаях, вследствие внедрения инфекции в более глубокие слои ткани развивается сильный воспалительный отек у углов нижней челюсти и на шее, а иногда также и на лице; причем лимфатические железы сильно набухают и не всегда могут быть прощупаны, как и в нашем случае).

В зеве и горле у ребенка ничего особенного не обнаружено. При оттягивании мягкого неба [задняя риноскопия] в хоанах на слизистой оболочке на красном фоне видны белые валеты. Дыхание частое, поверхностное, до 30 раз в минуту. В легких обычное пурпурное дыхание. Пульс еле прощупывается и не сосчитывается. Тоны сердца очень глухи. Живот большой, вздутый. Со стороны органов живота ничего неизмененного не обнаружено. На левом бедре ниже пахового сгиба имеется омертвевший участок кожи красновато-буроватого цвета с незначительным серозно-кровянистым отделением и с гнилостным запахом, занимающий область почти всего Скарповского треугольника. Вокруг омертвевшего участка наружные покровы несколько отечны, бледны, без воспалительной красноты и плотности. Ниже: на бедре, на голени и стопе не обнаружено следов лимфангоита и никаких признаков местного воспалительного-гнойного процесса—первичного очага инфекции, поразившей область Скарповского треугольника.

Так как в г. Кайнске произвести немедленно необходимое бактериологическое исследование в данный момент было невозможно, и так как картина заболевания производила впечатление несомненной первичной дифтерии носа, то мною консультативно с доктором медицины В. И. Каманиным было решено тотчас же вприснуть ребенку 5000 единиц дифтерийного антитоксина. (По Молчанову, „врач должен помнить, что ответственность за правильное распознавание и своевременное лечение при дифтерии лежит на нем, а не на лаборатории, и поэтому он должен уметь ставить диагноз на основании клинической картины болезни“).

Относительно гангренисирующего участка кожи на бедре нами было высказано предположение, что это есть вторичное поражение кожи тем же болезнестворным вирусом дифтерии, так сказать, своего рода gangrena posocomialis. На область омертвевшей кожи наложена влажная суплемовая (1:5000) повязка.

3/X. Самочувствие ребенка лучше: ребенок стал веселее и живее.  $T^o$  37,2. Появилось желание есть. Пульс 130 в минуту. Отделения из носа сделались обильнее и живее. Повязка на бедре промокла. Отделение из раны розового цвета.

По снятии повязки обнаружено, что омертвевший участок кожи побелел; увеличилась припухлость со стороны окружающей здоровой кожи, увеличилась ее плотность, и появилось некоторое ее покраснение.

4/Х. Т° 36,5; из носа выделение без запаха, обильное, серозное; выделяются беловатые пленки. Ребенок легче двигает шеей. Дыхание 18–20 в минуту. Ребенок стал проявлять интерес к окружающему; аппетит усиливается. Повязка на бедре сильно пропиталась серозным отделиением. По снятии ее обнаружилась демаркация на границе здоровой кожи с мертвкой тканью. Омертвевший участок беловато-сероватого цвета занимает всю область Скарповского треугольника.

5/Х. Отделение из носа резко уменьшилось; стало появляться носовое дыхание.

6/Х. Носовое дыхание восстановилось через обе ноздри. Одутловатость шеи исчезла.

7/Х. Начинают отторгаться (при помощи пинцета) участки омертвейной кожи и подкожной клетчатки.

9/Х. Полное отторжение омертвейной ткани на бедре. В нижнем углу Скарповского треугольника имеется частичное омертвение ткани лимфатической железы. Выявила картина, как в анатомическом атласе, расположения мускулатуры в этой области (m.m. sartorius adductores). Вверху под сохранившейся фасцией заметна пульсация arteriae femoralis.

11/Х. Удалены последние омертвевые участки лимфатических желез. Обнаружена подрытость кожного края вверху, в паховом сгибе, на месте перехода кожи с бедра на живот. Местами у краев и на дне появились грануляции бледно-розового цвета. Отделение чистое, серозное, в незначительном количестве. Кожные края раны потеряли подвижность.

13–14/Х. Дно раны покрылось грануляциями, и анатомическая картина исчезла. В нижнем углу грануляции почти сравнялись с кожей; подрытость кожи у верхнего края исчезла. Гранулирующая площадь уменьшается с краев.

15–16/Х. Полость бывшего омертвения всецело выполнилась грануляциями; площадь которых уменьшилась почти вдвое, вследствие стягивания краев раны и надвигания эпидермиса. Отделение серозное, ничтожное.

19/Х. Площадь грануляций уменьшилась почти втрое; с краев быстро идет эпидермизация. Является опасение за возможность расстройства кровообращения в нижней конечности после полного заживления бывшего омертвевшего участка кожи и подкожной клетчатки вследствие стягивания рубцом и сдавления вен в области foraminis ovalis fasciae latae.

На этом наше наблюдение закончилось вследствие вынужденного отъезда пациента в деревню.

Если представленный нами случай является банальным как первичная дифтерия носа, по легкости диагноза не требующая даже бактериологического исследования, то последовательная гангрена кожи и подкожной клетчатки на бедре под паховой складкой относит нас невольно к тем мрачным временам, когда Н. И. Пирогов в своей военно-полевой хирургии описывал несколько видов госпитальной гангрены со всем возможными оттенками и переходами одной формы в другую, и когда он при входе в гангренозное отделение в Севастополе, где умирали и все раненые, и вступившие в гангренозное отделение сестры милосердия, велел начертать надпись из D ante: „Lasciata ogni speranza, voi qu'entrate“.

Профессор В. П. Миролюбов, а также и Теребянский госпитальную гангрену считают бичем госпиталей в добактериологический период медицины. А. Д. Павловский подчеркивал в свое время [в 1915 г.], что большинства гнойно-гнилостных заражений, описанных Пироговым, теперь нет. И все это благодаря мощным успехам антибиотики, асептики, бактериологии и серотерапии<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> В последние годы войны в германских лазаретах и во время голодных лет частота дифтерии кожи резко повысилась, по Landé до 20%.

Наш случай дифтерии носа, кожи и подкожной клетчатки на бедре, помимо редкости, вследствие столь быстрого выздоровления может служить ярким примером эффективного серотерапевтического вмешательства при заразивании почти безнадежном. Сам терапевтический эффект подтверждает точность и подлинность нашего этиологического диагноза.

Фактом, подтверждающим этиологическую связь в нашем случае гангрены кожи и клетчатки на бедре с первичным поражением носа, является также быстрота распространения гангренозного процесса (три дня) вглубь и по периферии без соответственной воспалительной реакции окружающих здоровых тканей, что обычно бывает при резко выраженной некротизирующей способности бактерийного токсина (В. Подвысоцкий).

По Finkelstein'у и Meuer'у при норме, являющейся осложнением дифтерии, на границе со стороны здоровых тканей наблюдается только отечное прищухание, но никакой, или крайне незначительной воспалительной реакции. В нашем случае воспалительная реакция появилась со стороны здоровых тканей только после применения антидифтерийной сыворотки как первичный лечебный эффект, за которым быстро последовало отторжение омертвленных частей и обнажение мускулатуры. Подобное обнажение мышц, сосудов, нервов, можно иногда наблюдать при неме, когда последняя распространяется на щечную область (Борнгаупт).

Feegeg отмечает, что дифтерия кожи, особенно, если целость последней нарушена, нередко развивается вторично в связи с дифтерией в обычных местах тела, и, как пример, приводит поражение верхней губы рта при дифтерии носа. Последнее, помимо эллекционного поражения кожи на экзематозном или определенном месте в пахо-бедренной складке, наблюдалось и в нашем случае.

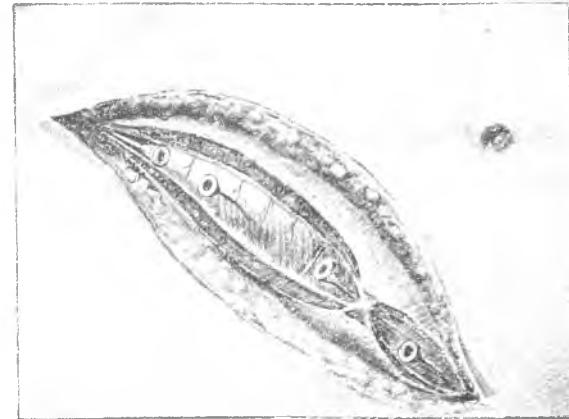


Рис. 2. Инерция под эпителизом в миллиметрах.

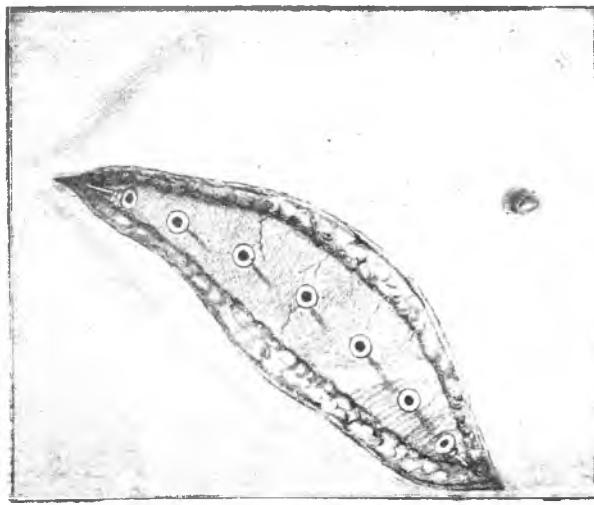


Рис. 3. Кожный желвак по линии предполагаемого разреза и прорезание подкожной клетчатки до заживления.







Рис. 5. По вскрытию брюшной полости и по окончании  
длительной обработки извлечена голова *H. herpestae* сои для  
препарирования этого отсчета брахеид.

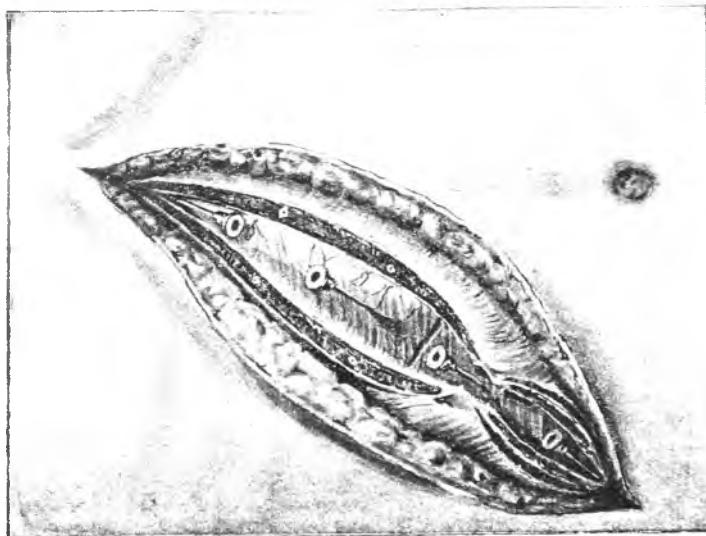


Рис. 4. По рассечению и нажим-паружном улу рина  
м, оболки идет более тщательно прорабатывается  
и разбропиняется кистичная.



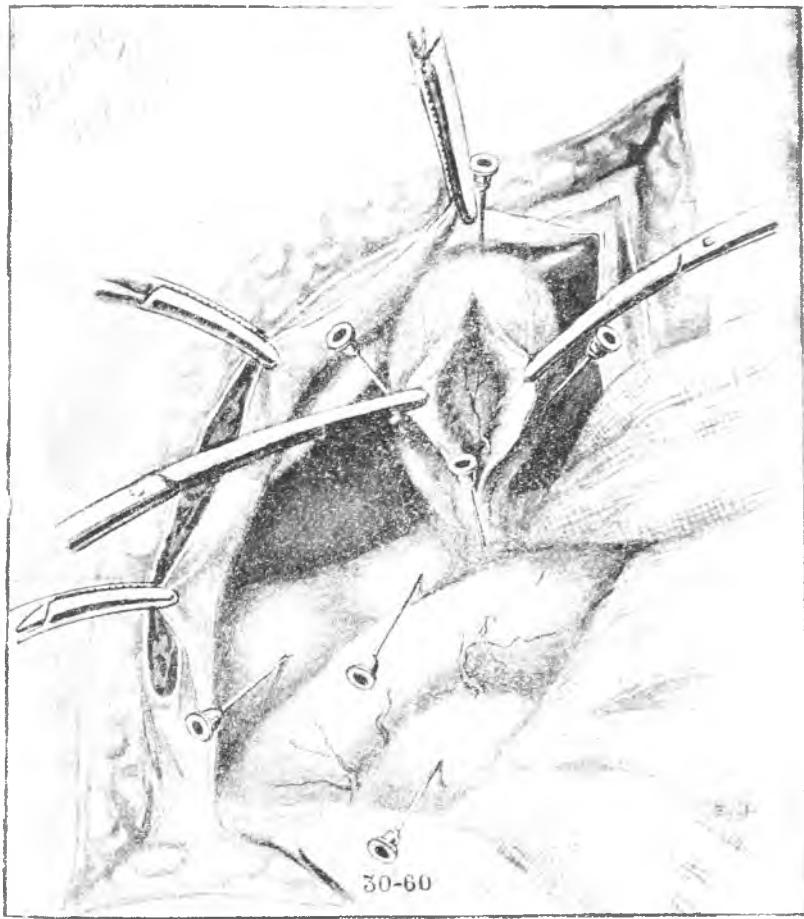


Рис. 6. Инфильтрат брыжейки *E. coli hepaticae* виден в верхнем этаже живота у руторус'a и duodenum, просвечивая здесь через верхнюю пластику брыжейки. Повторными инъекциями под нижний край duodeni он увеличивается с расчетом сообщить ему продвижение к области pl. solaris. Инъекция верхнего края duodeni посыпает жидкость в состав образования того же инфильтрата. Подсерозное прогитывание гузыря и разрез серозной оболочки вначале эктомии. Вся картина в целом иллюстрирует благоприятную экспозицию области подготовленную заложенным здесь инфильтратом.

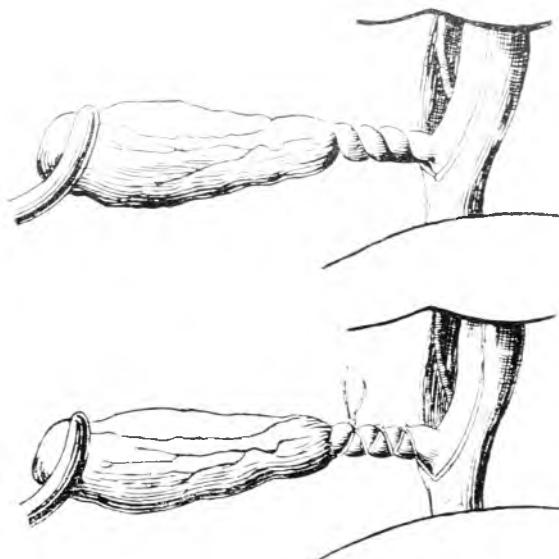


Рис. 7. Скрученный по спирали d. cysticus и обработка культи лигатурой.



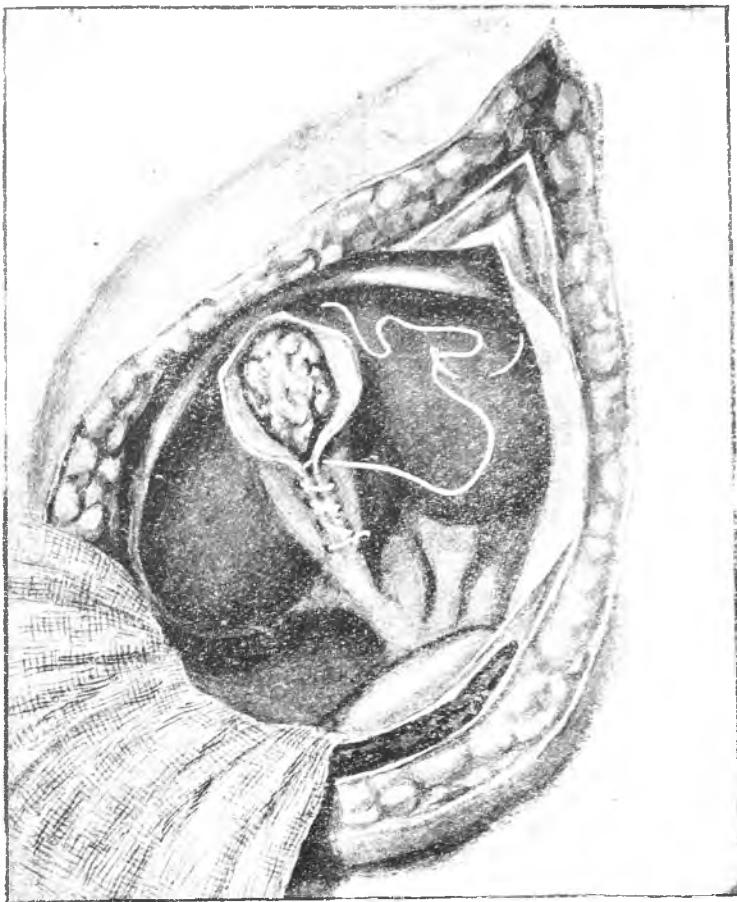


Рис. 8. Имплантация свободного сальника в ложе пузыря и перитонизация его широко оставленной серозной оболочкой.

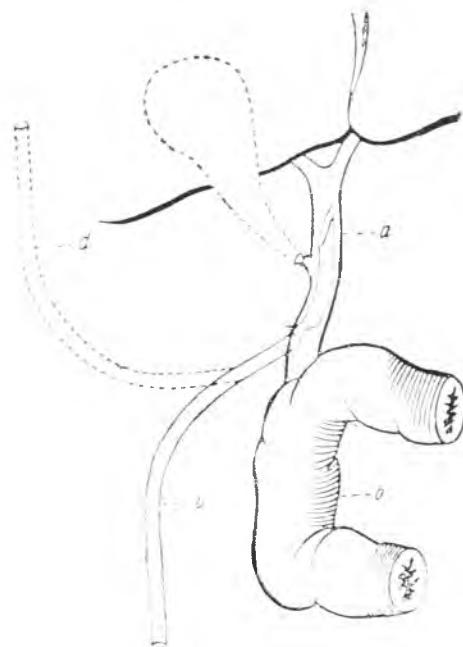
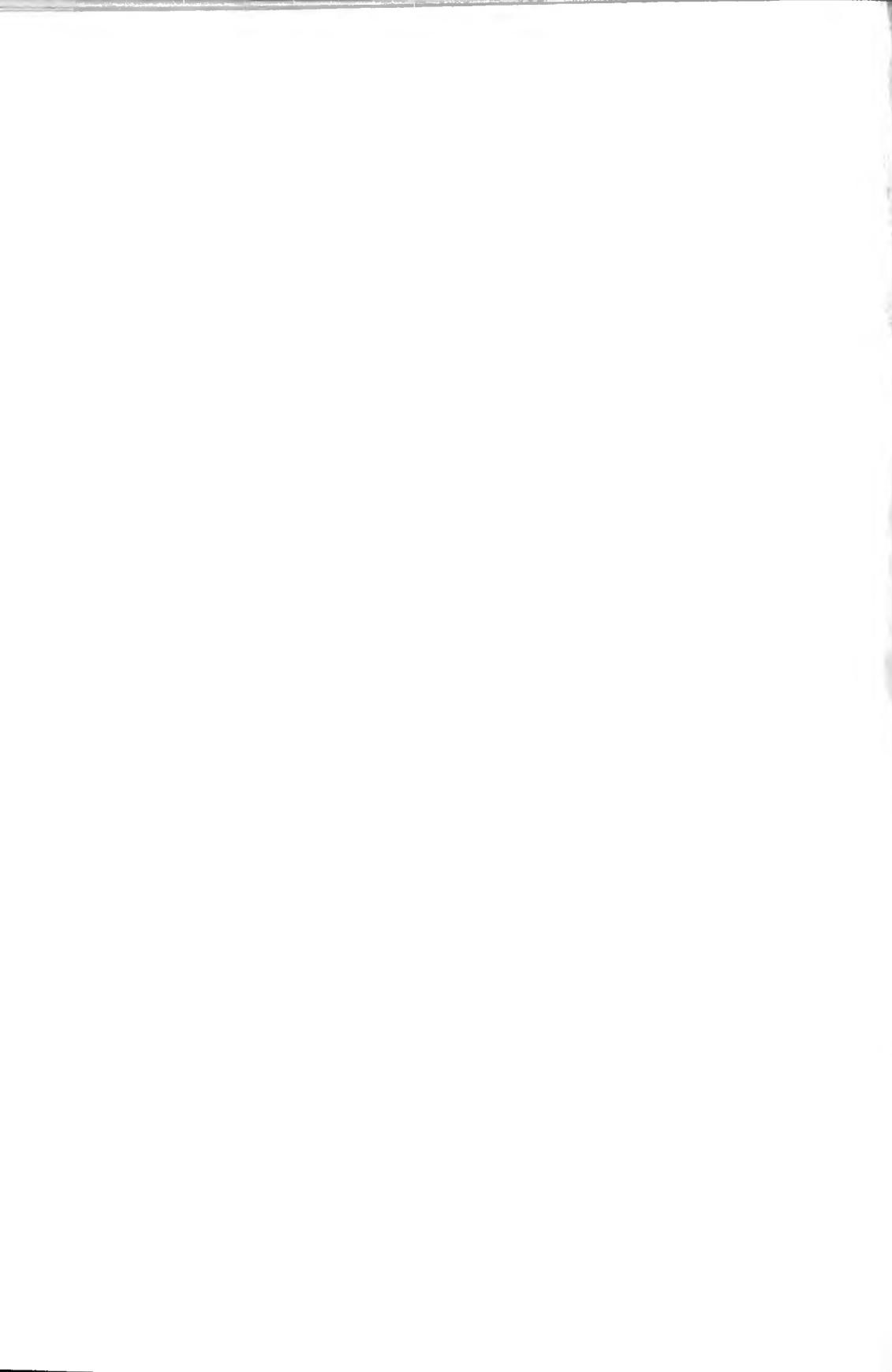


Рис. 9. Дренаж сифон-манометр. а—ductus hepaticus, б—duodenum, с—дренаж-сифон, д—дренаж-манометр.



Из Хирургической клиники Государственного медицинского института в Казани (Директор проф. А. В. Вишневский).

## Значение моей методики местной анестезии в общей технике операции на желчных путях.

Проф. А. В. Вишневского.

«Врач, который найдет средство, которое соединит в себе преимущества эфира и хлороформа, без того, чтобы иметь их недостатки . . . , будет лучшим лапаротомистом своего времени».

Около 20 лет прошло с тех пор, как слова, приведенные в эпиграфе, были с горечью произнесены Кенг'ом. В конце своей многолетней славной работы он нашел в себе достаточно мужества, чтобы произнести приговор общему наркозу. Эти слова, по моему мнению, были лучшим резюме состояния вопроса об общем наркозе к этому времени. Но в возможность применения местной анестезии при операциях на желчных путях он не верил. Авторитет его был слишком велик, а потому сравнительно долго было мало охотников разрабатывать местную анестезию в этом отделе хирургии.

Теперь уже многими операции на желчных путях производятся вне общего наркоза с различными методами местной анестезии (V g a i n, F a r r, F i n s t e r e r, G u t i é r r e z и др.). В 1929 г. мною было дано общее описание способа, каким я пользуюсь обычно при операциях на желчных путях под местной анестезией. Однако, все же имеется еще большое количество скептиков, которые продолжают называть энтузиастами тех, кто считает возможным оперировать на желчных путях вне общего наркоза. Глазным препятствием они продолжают считать невозможность получения здесь той хорошей экспозиции пузыря и протоков, какая может быть получена в общем наркозе. Более широкое распространение анестезии p. s p l a n c h n i c i по V g a i n'у, повидимому, способствовало и некоторому распространению местной анестезии в этом отделе хирургии. С другой стороны, сам метод анестезии p. s p l a n c h n i c i по V g a i n'у таит в себе самом черты, которые неизбежно должны суживать пределы возможностей для применения его именно здесь. Уже необходимость срединного разреза для проведения его есть мера, в значительной степени стесняющая хирурга при операциях на желчных путях. Ибо, если через срединный разрез и возможно во многих случаях, в особенности у худых субъектов, легко и просто произвести удаление желчного пузыря, то несомненно также и то, что у полного субъекта, в особенности при имеющихся сращениях, через срединный разрез идет трудно и анестезия p. s p l a n c h n i c i по V g a i n'у, и сама операция на желчных путях. Поэтому, нет ничего удивительного, что здесь так часто хирурга ждут разочарования в отношении местной анестезии<sup>1</sup>). В предложении V g a i n'a в случаях затруднений операций на желчных путях через срединный разрез добавлять к нему поперечный чувствуется желание подчинить операцию методу анестезии.

<sup>1)</sup> Любопытно звучит замечание Н a b e g e g 'а, в котором он сообщал, что с переездом его в другой город (Düsseldorf) анестезия при операциях на желчных путях у него не удаётся.

Срединный разрез в комбинации со Splanchnicus-anästhesie по Brancu' не выручают хирурга и в тех случаях, где больной идет на операционный стол под знаком эксплораторной операции и где, следовательно, процесс на желчных путях не так сильно выражен. Однако, это и суть те больные, которые действительно должны оперироваться через срединный или соседний с ним тот или другой продольный разрез, но здесь при Splanchnicus-anästhesie по Brancu' невозможно обследовать органы нижнего этажа брюшной полости.

Другие способы прямой интраабдоминальной анестезии брыжеечного типа (Finsterer, Drüner, Farr), как я уже имел случай высказатьсь<sup>1)</sup>, всегда мало надежны, случайны, и успех их выполнения является скорее элементом личной тренировки, интуиции, опыта, а не точной методики. Большим спокойствием и уверенностью веет от описаний техники прямой интраабдоминальной анестезии Farr'a, но техника его так своеобразна в ее крайней специфичности, так тесно связана с громадным количеством инструментальных приспособлений в его операционной, что, знакомясь с его описаниями местной анестезии в брюшной полости, невольно задаешь себе вопрос: а как должен поступить тот, кто не имеет в своем распоряжении всех приспособлений операционной Farr'a? Должен он заниматься местной анестезией или нет?

Таким образом, если за последние 2 десятка лет вопрос об операциях на желчных путях вне общего наркоза и сдвинут с места в значительной степени, все же к окончательному своему разрешению он еще не подошел на тех путях развития местной анестезии, где его пытаются разрешить. В виду того, что разработанный мной метод местной анестезии по принципу тугой инфильтрации тканей с образованием ползучих инфильтратов представляет собой значительный шаг вперед в этом вопросе, давая и здесь не только безуказненное обезболивание в самых разнообразных случаях патолого-анатомических и конституциональных особенностей, но и существенным образом влияя в благоприятную сторону на общую технику производства этих операций, в особенности в отношении экспозиции поля операции, я и хочу в настоящей статье дать более детальное описание метода в этом отделе хирургии.

Операция на желчных путях моей методикой анестезии стала для меня явлением совершенно обычным. Я к ней приступаю уверенно и решительно и никогда не сталкиваюсь с необходимостью какой-либо дополнительной анестезии.

Прежде чем перейти к описанию техники анестезии и самой операции на желчных путях, я должен отметить, что типичные больные с заболеванием желчных путей, с ясным диагнозом, оперируются мной через разрез выпуклый книзу под ребрами, больные же с неясным диагнозом, с невыраженной картиной заболевания желчной системы, нуждающиеся в эксплорации органов живота, оперируются через срединный разрез по моему методу анестезии, описанному мной в работе: „Die Methodik der Lokalanästhesie bei Operationen in der Bauchchirurgie“<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Zentralblatt für Chirurgie. 1929. № 39.

<sup>2)</sup> „Zentralblatt für Chirurgie“, № 39. 1929. „Казанск. мед. журнал“, № 9 1929.

*Посадка к анестезии.* Больной лежит в положении для операции на желчных путях. Первый ассистент стоит на стороне, противоположной оператору, второй—у головного конца больного на стороне оператора. Малый инструментальный столик помещается над больным. На столике, кроме обычного инструментария, имеется сосуд с раствором для обезболивания и три сорта шприцев „Рекорд“ по три каждого: 2, 5 и 10 к. с. Для анестезии— $\frac{1}{4}\%$  раствора новокаина на R i n g e r'e с прибавлением 3 капель адреналина на 100 частей раствора. Линия разреза намечается полоской tincturae jodi. Оператор и ассистент ведут анестезию с двух противоположных концов предполагаемого разреза. Ассистенту сестра подает наполненные раствором шприцы. Оператор набирает раствор сам. Второй ассистент держит туалет операционного поля. Так анестезия ведется до момента вскрытия брюшной полости, после чего продолжает анестезию один оператор.

*Анестезия и операция.* Кожный желвак по линии намеченного полоской tincturae jodi разреза. Через него—тугая инфильтрация подкожной клетчатки до апоневроза и—разрез до апоневроза (рис. 1). Апоневроз тщательно не препарируется (перфорирующие веточки!); его нужно только разглядеть кое-где по линии разреза с тем, чтобы тотчас же начать впрыскивание в мышцы (рис. 2-й). После надежного пропитывания мыши до появления тугой подапоневротической инфильтрации следует более тщательная препаровка апоневроза, разрез прямой мышцы, а в нижне-наружном углу раны на небольшом участке рассекается и часть волокон наружной косой мышцы. Последнее обстоятельство стоит в связи с несколько расширенным разрезом брюшной стенки, зато оно дает возможность в случае надобности обследовать ileo-coecal'ную область, удалить червеобразный отросток и, если надо, удобно дренировать брюшную полость (рис. 3-й). Остановив кровотечение и убрав излишки имеющегося в тканях и главным образом во влагалище прямой мышцы раствора, делаем инъекцию по возможности широко и обильно в предбрюшинную клетчатку через заднюю стенку влагалища m. recti и под мышцы нижне-наружного края раны с расчетом везде создать широкие ползучие инфильтраты предбрюшинной клетчатки (рис. 4).

Теперь вскрываем брюшную полость и снова инъецируем предбрюшинную клетчатку через брюшину уже—также на широком пространстве от краев раны. Уверившись в полной нечувствительности брюшины в краевых отделах раны при повторных сильных тракциях краев последней пальцами, кладем широкий крючек на верхнюю губу раны, передаем его помощнику для удержания и извлекаем осторожно в рану fl. hepaticam coli. С этого момента начинается подготовка области, где предстоит манипуляции при операции на желчных путях—к анестезии ее и наивыгоднейшей экспозиции (duodenum и протоки!) при посредстве одного ползучего инфильтрата. Образование последнего идет, несмотря ни на какие сращения в пузырно-печеночной области и вообще в области верхнего отдела живота, несмотря на какую бы то ни было конституцию больного, всегда успешно, раз мы правильно проводим описываемую методику. Она начинается с инъекции значительного количества раствора (20,0—60,0) в нижнюю поверхность правого края брыжжейки coli. Инъекции должны быть направлены к корню брыжжейки и должны так пропитать ее, чтобы чувствовалось, что раствор всюду в месте образования инфильтрата пришел в непосредственный контакт с имеющимися здесь нервами, а не должен подходить к ним путем диффузии, т. е. инфильтрат всюду должен быть не вялым, а достаточно напряженным (рис. 5).

Теперь мы вправляем в брюшную полость цетлю fl. hepaticam coli, кладем сюда большой, удерживающий кишку компресс, и видим со стороны верхнего листка брыжжейки coli просвечивающий здесь инфильтрат. Из корня брыжжейки coli жидкость продвинулась в ложе duodeni, почему pylorus и duodenum часто оказываются уже выделяющимися и слегка приподнятыми омывающей их жидкостью. Руководясь участком просвечивающей здесь жидкости, мы производим ряд последовательных инъекций под нижний край duodeni, как главный стратегический пункт, откуда жидкость должна ити в спланхниковую область (рис. 6).

После введения сюда 4—6 пяти или десяти-граммовых шприцев раствора, duodenum иногда вместе с головкой pancreatis и pyloris не только плавают в растворе, но и выпаччены, как бы поданы в рану. Они резко изменили свою экспозицию под влиянием деформирующей их области жидкости. Эта нежная гидравлическая препаровка тканей нигде их в то же время не травматизирует, а только лишь постепенно растягивает окружающую их рыхлую ткань, делая нужные нам органы более доступными для предстоящих манипуляций. Теперь, начиная о lig-

ператодиоденале, подсерозно пропитывается раствором весь желчный пузырь. Это пропитывание ведется также до размеров совершенно выраженного отека всего желчного пузыря, в особенности же заботливо вводится раствор под serosam у верхней стенки пузыря с тем, чтобы отслоить его по возможности от поверхности печени. С этого момента можно приступить к производству какой угодно операции на желчных путях.

**Холецистэктомия.** Типическая субсерозная холецистэктомия выполняется мной как холецистэктомия со дна, ибо с этой модификацией у меня стоит в связи способ закрытия культи d. cystici. Как известно, этому обстоятельству в хирургии желчных путей уделяется очень много внимания „Die Ligatur des Cysticusstumpfes ist die Achillesferse der ganzen Gallenblasenchirurgie“ (Baum). В последнее время работами Hoffmann'a, Gohrbandt'a, Baum'a, Vigyazá, Wolfer'a и др. выдвинут ряд требований в отношении обработки культи d. cystici для предупреждения желчеистечения после холецистэктомии. Эти требования касаются разных моментов этой процедуры. В подробную оценку их и рассмотрение я здесь входить не буду, это не относится к моей задаче, скажу только, что мой метод анестезии существенным образом облегчает выполнение этих требований.

При описанном пропитывании желчного пузыря подсерозное выделение его идет своеобразно легко. Отек, окружающий пузырь, покрыває его иногда слоем в несколько mm. По разрезе серозной оболочки, жидкость свободно изливается в рану и убирается отсюда компрессами.

В разрыхленной клетчатке ложа пузыря, на стенке последнего,—словом, везде, где имеются кровеносные сосуды до самых мелких включительно,—всюду они резко дифференцированы, всюду они легко захватываются кровостанавливающими зажимами. Поэтому, при систематической перевязке пузыря, идя с периферии к центру, мы перевязываем периферические ветви и, если встретится, то и главный ствол a. cystica всегда в максимально дистальном отделе их, тем самым обеспечивая питание культи d. cystici (Gohrbandt, Baum, Vigyazá, Wolfer). Разрыхленная отеком подсерозная клетчатка в области пузырного протока позволяет вести перевязку последнего с оставлением на нем в достаточном количестве рыхлой ткани, избегая тем возможных повреждений его стенки.

Выделив пузырный проток, я скручиваю его несколько раз по спирали и осторожно кладу первый одинарный узел (простой) лигатуру у центрального отверстия протока, стараясь не затягивать его туже. Этой же лигатурой накладываю еще ряд простых узлов, передвигаясь с ними в дистальном направлении (к пузырю) и стараясь каждый следующий узел затянуть туже и туже с тем, чтобы закончить закрытие культи d. cystici последним достаточно тугим и прочным двойным узлом (рис. 7).

Такой способ закрытия культи d. cystici совершенно исключает возможность последующего желчеистечения в зависимости от соскальзывания лигатуры, прорезывания ее или некроза перевязанной культи протока. Противопоказания к нему или невозможность его выполнения вследствие особых патолого-анатомических изменений встречается крайне редко. Даже относительно короткий, отечный и фиброзно перерожденный проток допускает такую обработку. Могли бы возникнуть опасения задержки инфекции в культе протока, но с практической стороны они никакого значения не имеют, т. к. при скручивании протока происходит автоматически выдавливание септических остатков его содержимого в сторону общего желчного протока, с одной стороны, а с другой — в сторону желчного пузыря. Во всяком случае, такое опасение гораздо больше касается двойной лигатуры протока, которая в настоящее время широко распространена. При малейшем подозрении на возможность желчеисте-

чепия из ложа пузыря (случайное повреждение паренхимы печени, подсерозные мелкие желчные протоки!), я трансплантирую в ложе пузыря свободный кусок сальника и перитонизирую его здесь серозной оболочкой пузыря, для чего последняя всегда легко оставляется мной в избытке (рис. 8), благодаря предшествующему подсерозному пропитыванию пузыря раствором. В этих условиях свободная пересадка сальника, очевидно, уже не будет иметь тех отрицательных сторон, какие вообще присущи ей, когда, смотря своей нижней поверхностью с поврежденным эндотелием (временное отсутствие сосудов) в свободную брюшную полость, пересаженный сальник обычно вызывает сращения с окружающими органами (*Viguyázá*). Здесь сам он укрыт серозной оболочкой.

Разумеется, там, где воспалительные явления зашли очень далеко, где имеется выраженная инфекция, стенки пузыря грубо инфильтрированы, пузырь сморщен и т. п., там не будет места для описанной техники обработки пузырного протока и ложа пузыря, но там со временем публикации Рибрам'ом его „*Mucoclase*“ я и редко прибегаю к иссечению желчного пузыря, хотя и не следую в то же время его совету сопровождать такую операцию всегда первичным закрытием брюшной раны. Вообще же, должен отметить, что с тех пор, как я применяю мою технику анестезии при операциях на желчных путях, я значительно расширил показания к производству подсерозной холецистектомии, а следовательно, и к закрытию брюшной раны наглухо. *Предварительная обработка пузыря раствором позволяет осуществить подсерозную холецистектомию часто там, где при обычных условиях она трудна или совсем невыполнима.* Это обстоятельство я считаю также существенным преимуществом моего метода.

*Choledochotomy.* Если по условиям случая нужно произвести Choledochotomy supraduodenal., то всякий, кто это сделает с моим методом анестезии, тотчас же почувствует, как он быстро расстается с предрассудком о затмении поля операции „стеком“. Прежде всего, он увидит, что, благодаря заложенному здесь инфильтрату, наступила своеобразная, бескровная мобилизация duodeni, вследствие чего regio supraduodenalis расширилась и стала весьма доступной для манипуляции здесь. Надрезав serosam над протоком, он увидит прекрасную дифференцировку не только протока, но и всех мелких сосудов, питающих его в этом месте.

По окончании операции на протоках дренаж d. hepatici как угодно тщательно может быть здесь перитонизирован опять таки благодаря предсуществовавшей нежной „гидравлической“ препаратке протока. Он может быть перитонизирован и по принципу простого непрерывного серозного туннеля, какой предложил недавно Tixier Louis, т. е. он может быть также укрыт оставленными лоскутами серозной оболочки пузыря.

Мысль эту, кстати сказать, я неоднократно высказывал в стенах своей клиники задолго до публикации Tixier'a, только конечно не по отношению к Т-образному дренажу Ke h g'a, который при извлеченииweeneyo часто или разорвет серозный канал, или застрянет в ране, а по отношению к своему дренажу сифон-манометр.

Больные с хронической обструкционной желтухой, больные холециститоми, это те больные, ради которых я в особенности настойчиво разра-

батывал местную анестезию при операциях на желчных пугах. Начав пользоваться ею при оперативном лечении этих больных, я свободно вздохнул: условия работы лишили меня возможности подвергать их длительной и сложной предоперационной подготовке, и местная анестезия по моему методу оказалась единственным прибежищем и фактором, коренным образом изменившим исходы моих операций. Основное положение в отношении оперативного лечения больных с обструкционной желтухой сводится к тому, чтобы не подвергать их затяжным и сложным операциям и по возможности быстрее направить желчь в кишечник. Что касается первой части этого положения, то оно связано с естественным желанием не сопровождать неизбежную холедохотомию у этих больных иссечением желчного пузыря. Конечно, если мы находим возможным ограничивать применение холецистэктомии в пользу операции Pribram'a в случаях не осложненных желтухой, то у холемических больных, где негладкое иссечение сморщенного, перерожденного пузыря всегда представляет собой опасность и затягивает операцию, это тем более естественно.

Чтобы осуществить легче вторую часть указанного положения, т. е. по возможности быстрее направить желчь в кишечник, я в случаях наддуodenальной холедохотомии дренирую проток по своему способу, описанному мной в 1925 году в *Zentralblatt für Chirurgie*, № 30 под заглавием „Zur Drainagetechnik des gemeinsamen Gallenganges“. Дренаж сифон-манометр дает мне возможность направить желчь в кишку, начиная со следующего дня без риска вызвать перерастяжение протоков, а следовательно и лишнюю травму в них с источником кровотечения здесь у холемического больного в условиях обычного Г-образного дренажа Kehr'a при зажимании его клеммом (рис. 9). Наддуodenальную холедохотомию швом протока никогда не сопровождаю, вести ее без дренажа нахожу рискованным. В то же время второе мероприятие—быстрое направление желчи в кишечник осуществляю, кроме своего дренажа, широким применением choledochotomy transduodenalis. При малейшем подозрении на внедрение камня в papilla и при отсутствии подвижных камней в общем желчном протоке, я ставлю показание для производства choledochotomy transduodenalis, отвергая всякие попытки к другим манипуляциям (выдавливание камня в верхние отделы протока, повторное зондирование для извлечения его через наддуodenальный разрез и т. п.). Этими я избегаю, с одной стороны, грубой, невыгодной травмы протока и duodeni, а с другой—обеспечиваю себе более частую возможность первичного закрытия брюшной полости у холемического больного в условиях отсутствия дренажа протока.

Таким образом, лишняя choledochotomy transduodenalis у холемика при нетронутом сморщенном пузыре в случае отсутствия в нем камней, или при „Mucolase“ по Pribram'у с надежной перевязкой d. cystici—есть лишняя возможность не только быстро направить желчь в кишку, но и закрыть наглухо брюшную рану.

Последнему обстоятельству придаю также большое значение, т. к. оно уменьшает шансы получить иногда у холемика кровотечение из гранулирующей раны при дренировании протока и брюшной полости. И здесь мой метод анестезии помогает мне. Choledochotomy transduod. по простоте и легкости ее производства при моей мобилизации duodeni и головки pancreatis, на мой взгляд, есть операция sui generis.

*Выводы.* 1) При типической операции на желчных путях, не предполагающей широкой эксплорации органов брюшной полости, предпочтителен выпуклый книзу разрез под краем ребер, как дающий лучший доступ к области желчного пузыря.

2) При необходимости попутного исследования соседних органов операция на желчных путях должна быть произведена через продольный разрез.

3) Анестезия *n. splanchnicī* по *Vrau* для хирургии желчных путей не может иметь значения широкого метода ввиду того, что выполнение ее требует обязательного срединного разреза. В то же время указанный метод недостаточен для широкой эксплорации живота.

4) Описанный мною метод тугой инфильтрации тканей с образованием ползучего инфильтрата дает прекрасное обезболивание при операциях на желчных путях при любом разрезе стенок живота и при любой конституции больного.

5) Широкая эксплорация органов живота не может быть выполнена ни с одним интраабдоминальным методом анестезии так успешно, как с методом ползучего инфильтрата, когда, произведя ответвление центрального инфильтрата брыжейки *coli transversi* в ту или другую сторону, мы получим возможность исследовать любой орган живота.

6) Гибкость метода ползучего инфильтрата позволяет хирургу всегда иметь его к услугам любой модификации той или другой операции, *a не заставляет его подчинять операцию методу анестезии.*

7) Метод ползучего инфильтрата, связанный с широким пропитыванием тканей раствором, вопреки существующему мнению, не только не затрудняет ориентировки в тканях, но существенным образом благоприятно влияет на техническую сторону операции на желчных путях во многих ее моментах: он содействует наивыгоднейшей экспозиции желчного пузыря и протоков, облегчает подсерозное выделение желчного пузыря, расширяет наддуodenальную область, способствует бережной прешаровке протоков, производит бескровную мобилизацию *duodeni*, головки *pancreatis* и т. д.

*Литература.* 1) Hofmann. Zentr. f. Chirurgie, 1923.—2) A. Wolfe's Surgery, Gynecology and Obst. 1929. October № 4.—3) Vigyazá. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 144, 1.—4) Goerbrandt. Ib. Bd. 145. 1927.—5) Baum. Ib.—6) Tixier-Louis. Surgery, Gynecology and Obst. 1931, July № 1.

Дегтянская б-ца Сосновского района Ц. Ч. О.

## Бромферрон в хирургической практике.

Д-ра Т. Путилина.

Несмотря на обилие средств и способов для дезинфекции операционного поля и рук, большинство хирургов проводят свою работу со старым, испытанным препаратом—iodной настойкой. Параллельно с прекрасными антисептическими свойствами иода, необходимо отметить его отрицательные качества, это—раздражение кожи, ожоги, экземы. Дефицитность иода, резко ощущавшаяся в текущем году, заставила Наркомздрав вместо iodной настойки для наружного употребления разрешить Госмедторгпрому отпуск препарата „Бромферон“.

Впервые этот препарат, под названием метаидина, был предложен немецкими химиками в Германии во время империалистической войны, где вследствие дефицитности иода имел широкое употребление. Бромферрон состоит из чистого брома, бромистых солей, хлорного железа и роданистой соли, растворенных в 70% спирте. Тождественность его физиологического действия с иодом объясняется, главным образом, присутствием в его составе брома, который, как ближайший к иоду галоид, обладает антисептическими свойствами. Последний (бром) не имел до сих пор применения в медицинской практике вследствие своей сильной летучести и ядовитости. Эти отрицательные качества в действии брома устраниены благодаря удачно скомбинированной структуре состава бромферрона. Уверенно рекомендую бромферрон взамен т-гае jodi при порезах, ранах и вообще неглубоких травмах и рекламируя его антисептическое и кровоостанавливающее действие, Наркомздрав осторегает от широкого употребления этого препарата в хирургической практике до тех пор, пока не будет произведена клиническая проверка антисептических свойств и отсутствия ядовитости бромферрона.

Начав применение бромферрона в амбулаторной практике, мы вскоре убедились, что этот препарат обладает многими положительными качествами, и перенесли его в работу стационара, исключив совсем употребление иода. Хотя бактериологические и клинические испытания бромферрона нам и неизвестны, но основываясь на наблюдениях его хороших качеств в амбулаторной практике, мы стали употреблять его в более серьезной хирургической работе. К тому же, при всей важности бактериологических проб, для хирурга не менее важна клиническая проверка антисептического действия препарата — проверка по числу послеоперационных нагноений. Правда, мы пока имеем небольшой материал, но все же он дает нам возможность сделать определенные выводы в пользу бромферрона.

Полученный нами процент нагноений не больше, если не меньше, чем при других способах обработки операционного поля и рук. То, что пятнадцать грыжесечений, требующих манипуляций на широкой поверхности и большого количества погружных швов, не дали нам ни одного нагноения, уже может быть показателем антисептического действия бромферрона. Ведь, грыжесечение всегда считалось пробным камнем асептики. Имеющийся материал представляю в виде нижеприведенной таблицы.

Виды операций	Число случаев	Число нагноений	%
Грыжесечений:			
а) ущемленных . . . . .	1	—	
б) свободных . . . . .	14	—	
Внематочная беременность . . . . .	1	—	
Удаление матки (Са). . . . .	2	1	
Надвлагалищная ампутация матки. . . . .	1	—	
Прочих чистых операций . . . . .	23	—	
Всего . . . . .	42	1	2,5%

Считаю нужным сказать о нашем приготовлении операционного поля и рук. Накануне операции операционное поле моется водой с мылом, после чего больной в чистом белье отправляется на место. Общей ванны, по независящим от нас причинам, больной не получает. Перед операцией операционное поле обмывается бензином, денатурированным

спиртом и затем смазывается два раза бромферроном. Третий раз смазываем бромферроном при наложении кожных швов. Руки обрабатываются старым способом: вода, мыло, дубление спиртом и смазывание бромферроном концов пальцев. Большинство операций грыжи исключительно идут под местной анестезией (новокаин).

Небольшой материал первой таблицы дал нам возможность убедиться в следующих достоинствах этого препарата: операционные раны хорошо заживают. При употреблении бромферрона не наблюдается раздражения кожи, ожогов, экземы. Слабое, красноватое окрашивание бромферроном кожи быстро исчезает, так что операция проходит почти в чистом, неокрашенном операционном поле. Он не вызывает шелушения кожи при обработке рук. Руки хирурга после смазывания бромферроном остаются нормально чисты, кожа рук становится мягка. Все это создает особо приятное впечатление и ощущение по сравнению со смазанными иодной настойкой руками.

Помимо чистых операций, нами бромферрон употреблялся и при работе на гнойном материале. Всего гнойных операций сделано 59 (в том числе: антrotомий—3, резекций ребер—3, сектвстротомий—3, флегмон—8) с вполне нормальным последующим послеоперационным течением.

Наблюдение работы с бромферроном в амбулаторной практике (сделано с 1/II по 1/X—31 г. 2.048 амбулаторных хирургических манипуляций) и стационаре над гнойными больными заставило нас притти к заключению, что и здесь употребление бромферрона дает результаты не хуже, чем иодная настойка. При смазывании раневой поверхности или впускания нескольких капель в гнойную полость наблюдается быстрое изменение характера отделяемого гноя. Гной становится более жидким и вскоре принимает характер серозного отделяемого. Раневые поверхности после смазывания бромферроном хорошо гранулируют и эпителизируются. Повидимому, бромферрон обладает большим раздражающим действием на рост грануляций. Нам приходилось наблюдать, когда плохо заживающие и гранулирующие язвы под влиянием смазывания несколько раз бромферроном быстро заживали. За все время работы нам не пришлось наблюдать какого-либо побочного действия бромферрона.

На основании изложенного, мы считаем возможным сделать следующие выводы.

1. Бромферрон можно применять в широкой хирургической практике вместо иодной настойки.

2. Заживление операционных ран при употреблении бромферрона дает хорошие результаты.

3. Бромферрон не пачкает белья, не дает стойкого окрашивания, шелушения, ожогов, экземы кожи.

4. Продажная стоимость бромферрона в два раза дешевле 10% иодной настойки.

5. Необходимо произвести широкую проверку антисептического действия бромферрона клинически и бактериологически.

Получение хороших результатов при проверке бромферрона будет иметь решающее значение для его широкого употребления в хирургической практике.

Из лаборатории Акушерско-гинекологической клиники Казанского мединститута  
(Директор проф. В. С. Груздев).

## Влияние перевязки фаллопиевых труб на проходимость трубного канала<sup>1)</sup>.

Ассистента Х. Х. Мещерова.

С 3 рис.

Среди методов хирургической стерилизации женщин перевязка фаллопиевых труб является одним из старейших. Будучи впервые применен Lungren'ом в 1880 году у женщины с узким тазом, способ этот, благодаря своей легкости, быстроте и отсутствию значительной травмы, привлек внимание гинекологов и быстро нашел себе широкий круг применения. Вскоре, однако, в литературе начали появляться сообщения о ненадежности этого метода стерилизации (Fritsch, Arendt, Nürnberger, Писемский и др.).

Причину наступления беременности после перевязки труб различные авторы объясняют различно. Одни, как Nürnberger и Haskin, полагают, что в области перевязки происходят атрофия мускулатуры, склероз трубной мукозы и уплощение эпителия трубы, лигатура для трубы с атрофированным мышечным слоем становится слишком свободной, перестает действовать на слизистую, и в результате канал трубы становится проходимым. Другие, как Flatau, видят причину восстановления проходимости перевязанных труб в богатом снабжении их судами, благодаря которому легко происходит восстановление биологического равновесия сжатых перевязкою тканей. Наконец, некоторые (Fraenkel, Kalliwoda) объясняют наступление беременности после перевязки яйцеводов проникновением яйцовой клетки в трубы не через ампуллярный конец их, а через то искусственное отверстие, которое образуется на месте лигатуры и которое сообщает брюшную полость с незарожденной медиальной частью трубы.

Факт частого восстановления проходимости труб после их перевязки, установленный экспериментальными работами Fraenkeлья и других, а также сообщения о наступлении беременности после перевязки труб у женщин натолкнули некоторых гинекологов на мысль воспользоваться этой операцией для восстановления проходимости зарощенных труб у бесплодных женщин, и в ряде клиник начали применять операцию т. наз. парадоксальной перевязки облитерированных труб.

Незначительность числа экспериментальных работ по вопросу о влиянии перевязки труб на проходимость их каналов и невыясненность вопроса о тех изменениях, какие имеют место в области перевязки труб, побудили нас, по предложению глубокоуважаемого профессора Викторина Сергеевича Груздева, произвести, для выяснения этих вопросов, ряд опытов на кроликах—тем более, что указанные вопросы являются весьма интересными не только с теоретической точки зрения, но имеют и важное практическое значение.

Конечно, и по своему строению, и особенно по своим размерам яйцепроводы кроличих отличаются от человеческих, и потому данные

<sup>1)</sup> Сообщено в Акушерско-гинекологической секции Научной ассоциации медработников ТССР 22 мая 1931 года.

ср. Х. Х. Мещерова.

КЗВ. мед. журн. № 1, 1932.

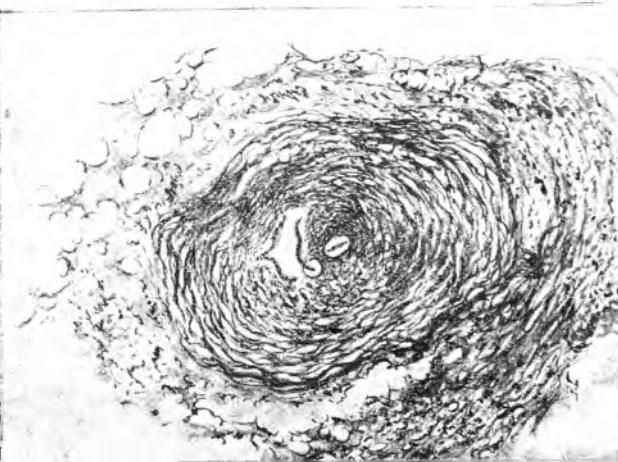


Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3



Опытов на кроликах не могут быть полностью переносимы на женщин; однако, за невозможностью достать для своих опытов более крупных животных, нам пришлось провести эти опыты на кроликах. Для этой цели нами были выбраны вполне развитые и здоровые самки, которые за месяц до начала опытов были изолированы от самцов. В продолжение года нами всего было оперировано 13 кроличих и перевязано у них 26 яйцепроводов.

Техника операции была очень проста. Шерсть у животного на нижней части брюшной стенки сбивалась, и кожа смазывалась йодной настойкой, после чего брюшная полость животного вскрывалась разрезом по lin. alba в 5—6 см. длиной. В рану выводились, один за другим, маточные рога, отыскивались яйцепроводы, и на них уколом иглы в мезосальникс, под самой трубой, накладывались лигатуры, отступя приблизительно на 1 $\frac{1}{2}$ —2 см. от рога матки. Затягивание узла производилось обыкновенно так, чтобы не получилось прорезывания лигатуры. На правую трубу обычно накладывался кетгут, на левую — шелк или простая нитка. После первых же опытов выяснилось, что наложенная лигатура сливается с тканью и делается почти или совершенно незаметной для невооруженного глаза. Поэтому, чтобы не терять много времени на отыскивание места перевязки, в дальнейших опытах мы стали перевязывать трубы окрашенной предварительно в methylenblau ниткой. В заключение операции брюшная рана зашивалась 3-мя этажными швами.

Спустя различное время после операции, а именно через 1, 2, 3, 4, 5, 10, 15, 20, 25, 30 дней, через 2, 3, 4, 6 месяцев и, наконец, через 1 год после перевязки, лапаротомия у опытных животных повторялась, и из перевязанных труб иссекался кусок приблизительно в 2 см. длиною с лигатурой по средине, который затем проводился через спирты возрастающей крепости и зашивался в парафин. Для того, чтобы труба не фиксировалась в изогнутом виде, и чтобы срезы приходились перпендикулярно к ее длине, перед опусканием в спирт через периферические концы трубного отрезка проводилась нитка, при помощи которой отрезок прикреплялся на спичку и в таком виде опускался в спирт. Каждый кусочек трубы делился на микротоме на серию срезов, причем вначале промежутки между срезами делались в 50—60 микронов, а по мере приближения к узлу уменьшались, и, наконец, в области узла срезы брались без промежутков. В виду трудности получения срезов в области лигатуры толщина их здесь иногда достигала 30 и более микронов, по мере же удаления от узла снова получались тонкие препараты. Полученные срезы окрашивались гематоксилин-эозином и исследовались под микроскопом.

Микроскопическое исследование. При этом исследовании оказалось, что микроскопические картины вблизи от места перевязки всегда указывали на резкие нарушения циркуляции крови, в особенности в первые дни после перевязки,—сосуды были сильно расширены, переполнены кровью, на месте же самой лигатуры их совершенно не было видно, или были видны единичные капилляры. Мышечный слой трубной стенки представлялся отечным; по мере приближения к узлу толщина его становилась все меньше и меньше, и, наконец, на месте перетяжки он или совершенно исчезал, или же сохранялся лишь в виде тонкой прослойки. В некоторых препаратах лигатура оказалась прорезавшейся в просвет трубного канала, а мышечный слой — охватывающим узел по всей его периферии в виде муфты. Почти во всех препаратах лигатура была под микроскопом хорошо различима, но окружена соединительной тканью и лейкоцитами.

Что касается, далее, трубной мукозы, то чем ближе к лигатуре, тем яснее была выражена картина ее атрофии: складки мукозы становились ниже и шире, покрывающий их эпителий из цилиндрического превращался в кубический (рис. № 1). Вместе с тем просвет трубного канала из звездообразного превращался в круглый, овальный, щелевид-

ный, или делился на несколько обособленных канальцев и щелей. Далее эпителий по соседству с лигатурой сохранялся в виде сплошных, лишенных просвета островков, или совершенно исчезал, а канал трубы представлялся сплошь выполненным соединительной тканью. Такой рубцовый тяж на месте трубного канала тянулся обычно на протяжении 1—2 миллиметров, а затем на следующих срезах эпителий опять начинал появляться—сначала в виде сплошных островков, потом в виде образований, снабженных просветом; в дальнейших срезах появлялись и складки—вначале низкие, потом нормально присущие данному отрезку трубы. Параллельно с этим шло и восстановление мышечной ткани.

Из всех исследованных нами 26 труб полная атрезия трубного канала была обнаружена нами в 19 случаях, что составляет приблизительно 73%; далее, значительное сужение просвета могло быть установлено в 6 наших случаях, т. е. в 23%; наконец, в одном случае трубный канал оказался не представляющим грубых нарушений. Повидимому, время, протекшее от начала наложения лигатуры до момента резекции трубы, существенного значения не имеет.—атрезия трубного канала может наступить как через 24 часа (рис. № 2), так и через 1, 2, 3, 4, 6 месяцев и, наконец, через 1 год (рис. № 3) после наложения лигатуры на фаллопиеву трубу.

Результаты наших опытов довольно резко отличаются, таким образом, от результатов аналогичных опытов, произведенных другими исследователями, и хотя, как уже сказано выше, эти результаты не могут быть безоговорочно переносимы на женщин, тем не менее, нам кажется, они позволяют прийти к следующим выводам:

1. Оперативная перевязка трубы, как метод стерилизации женщин, не может вполне гарантировать бесплодия последней, почему и не должна применяться с этой целью.

2. В виду сравнительно большого процента полученных нами после перевязки атрезий трубного канала надо думать, что парадоксальная перевязка труб с целью восстановления проходимости их канала в случаях его зарождения обычно не ведет к цели.

3. Сужения просвета труб на месте их перевязки, при отсутствии полной облитерации трубных каналов, могут быть источником и без того увеличивающейся с каждым годом эктопической беременности.

*Литература.* 1) L. Fraenkel. Archiv f. Gyn., 1897, Bd. 58, S. 374, 404.—2) Pissensky. Zbl. f. Gyn., 1897, S. 519.—3) Kalliwoda. Archiv f. Gyn., CXIII. H. 3.—4) Labhardt. Zbl. f. Gyn., 1911, S. 540.—5) Schiffmann. Zbl. f. Gyn., 1921, S. 464.—6) Flatau. Zbl. f. Gyn., 1921, S. 467.—7) Pankow. Halban-Seitz, Bd. III, S. 901—909.—8) Haskin. Zbl. f. Gyn., 1930, S. 1194.

---

Из родильного отделения Киевской клинической Октябрьской больницы. (Зав. д-р В. А. Хатунцев).

## О современных методах подпольного аборта.

Д-ров М. Магида и М. Венцковского.

Легализация аборта преследовала важную цель—извлечь его из подполья. Но вместе с тем результаты легализации открыли для научного исследования новую область. Явление, которое до этого скрывалось

о котором, несмотря на его колоссальное распространение, г иначе, как с многочисленными умолчаниями,—внезапно ок ступным научному анализу. Этим объясняются многочисленные работы русских авторов, посвященные изучению всех сторон легального аборта.

Однако, есть еще одна область, которая сделалась доступной научному изучению после легализации аборта, но которая оставалась неисследованной до самого последнего времени, и этой областью является—подпольный аборт. Поскольку сама беременная ни при каких условиях не наказуема за плодоизгнание, оказалось возможным получить сведения как о тех абортах, которые были произведены до легализации, так и о тех сравнительно немногочисленных абортах, которые были произведены женщинами уже после легализации, но в условиях подполья.

Для изучения методов подпольного прерывания беременности мы прибегли к анамнестическому методу. Для этого при обычном больничном опросе женщин мы выяснили—сколько из тех абортов, которые у них были в анамнезе (последний аборт, с которым больная поступала в больницу—если это была абортирующая—исключался), было вызвано искусственно, кто и какими средствами его вызывал. Благодаря легализации аборта женщины не имели никаких оснований скрывать характер вмешательства, имевшего место к тому же иногда 5—10—15 лет тому назад. Наш материал касается тех женщин, на которых мы изучали взаимоотношение между легальным и подпольным абортом (см. Казанская мед. ж. 1931, № 8), в виду чего мы здесь не будем более подробно останавливаться на методике сабирания материалов.

Наш материал касается 891 женщины, имевших в анамнезе 4.264 аборта, в том числе было 607 спонтанных, 1578 было произведено легально, 1524—врачом вне больницы, 308—акушеркой, 114—бабкой и 133—самой больной.

Хотя методы прерывания беременности чрезвычайно разнообразны, но в конечном итоге механизм их действия сводится к тому, что вызванные ими маточные сокращения изгоняют плодное яйцо. Исключение представляет выскабливание и малое кесарское сечение, при которых плодное яйцо удаляется в момент вмешательства. Так как нас интересовал не механизм наступления самого аборта, а вид вмешательства и его воздействие на организм матери, то все разнообразные методы плодоизгнания мы разбили на следующие 5 групп.

1.—*Общий метод*, где воздействие прилагается ко внешним покровам тела—сюда относятся ванны, разминание живота, умышленное поднятие тяжестей и т. д. Осложнением этого метода могут явиться механические и термические повреждения общих покровов тела.

2.—*Пероральный метод*, где женщина пытается добиться эффекта внутренним приемом р. ос разнообразнейших веществ. Для матери эти манипуляции представляют опасность в смысле возможности различных отравлений—хинином, ядом, солемой, фосфором и т. д.

3.—*Влагалищный метод*, состоящий в применении влагалищных спринцеваний различными веществами. Метод этот может вызвать различные местные ожоги (напр., при спринцевании горячей водой); при предварительно раскрытой шейке он нередко приводит ко вторичной инфекции содержимого матки.

4. *Внутриматочный метод* (кроме выскабливания)—различного рода внутритаточные впрыскивания и введение инородных тел. При этих методах на лицо опасность инфекции—внесение внешней вирулентной бактериальной флоры непосредственно в полость матки гезр. плодного яйца. Опасность механических повреждений (перфорация) при этом сравнительно невысока.

5.—Выскабливание, при котором содержимое матки непосредственно удаляется в один прием. На первый план выступает здесь опасность механических повреждений, а при несоблюдении требований асептики и инфекции.

Эти основные методы в дальнейшем допускают разнообразные модификации. Модификацией перорального метода будет принятие хинина или extr. secalis согн. и проч.; модификацией внутриматочного—впрыскивание мыла или иода или введение бужа и т. д. Возможно также сочетание различных методов или различных модификаций одного метода или, наконец, многократное повторение одной и той же модификации.

В данной работе мы рассматриваем лишь те методы и модификации прерывания беременности, которые применяются акушерками, бабками и самой беременной.

Как показывает наша табл. № 1, общее количество неврачебных абортов равно было 555; из них 55% приходилось на акушерку, 21%—на бабку и 24%—на саму больную. Что касается методов прерывания беременности, то бросается в глаза сильное превалирование внутриматочных методов: так, акушерка во всех 100% случаев применяла внутриматочное вмешательство, причем из 308 абортов в 29 даже выскашивание! Пероральный метод был применен акушеркой лишь в 2-х случаях—сюда мы отнесли те случаи, где акушерка заставила больную в своем присутствии принять то или иное лекарство, так сказать, „влия ей в рот“. Те случаи, где она ограничилась лишь советом, который больная потом осуществила на дому,—мы отнесли к абортам, вызванным самой беременной. Переходя к бабкам, мы видим, что и они во всех 100% применяют внутриматочное вмешательство, но выскашивание здесь места уже не имеет. Прочие методы (1 раз—регос и 3 раза—влагалищный) применяются ими весьма редко и то лишь в виде вспомогательных.

Но интереснее всего, что и в группе абортов, вызванных самой беременной, внутриматочный метод занимает высокое место, составляя 43%. Для того, чтобы вызвать остальные 76 абортов из общего числа в 133—женщинам пришлось проделать массу различных методов, нередко в различных модификациях, причем применять их приходилось неоднократно. Следует при этом иметь в виду, что часть абортов у них могла бы наступить спонтанно, без всякого вмешательства. Таким образом, мы видим, что эффективность всех невнутриматочных методов, даже и в сочетании между собою, очень мала по сравнению с внутриматочным методом. И действительно, из 4.264 абортов этими средствами был вызван аборт лишь в 76 случаях, т. е. менее чем в 2% всех случаев.

Отсюда можно сделать вывод, что в настоящее время применяются наиболее эффективные и, разумеется, наиболее опасные методы прерывания беременности. Врачи, акушерки, бабки, а почти в 50% случаев и сами беременные—все применяют внутриматочное вмешательство, включая и выскашивание. Здесь же укажем, что из 1.524 врачебных внебольничных абортов в 1.489 случ. (97,7%) врач прервал беременность выскашиванием, а в 35 случаях—(2,3%) внутриматочным впрыскиванием иода, причем в 2-х случаях при этом понадобилось последующее выскашивание. Таким образом, методика прерывания беременности при больничном и врачебном внебольничном аборте приблизительно одна и та же, за исключением 2,3% случ., где применялось внутриматочное впрыскивание иода.

В табл. № 2 мы попытались изучить, в каком сочетании между собою применяются различные методы плодоизгнания. Некоторую роль играет последовательность, с которой они применяются, но так как сведения собирались нами анамнестически, и женщины часто не помнили этой последовательности, то от изучения этого мы принуждены были отказаться. Практически, однако, всегда наблюдается переход от слабо действующих к сильно действующим средствам.

Мы видим, что современные средства для вызывания подпольного аборта отличаются высокой эффективностью. В 89,5% всех случаев аборт был вызван с помощью лишь одного метода, причем в 78,5% из них это были внутриматочные манипуляции (кроме выскашивания) и в 4,1%—выскашивание. Каждый из прочих методов, примененных в отдельности, давал лишь очень редко (в 2,0—2,9%) желаемый эффект.

Случаи, где плодоизгнание было достигнуто путем применения 2-х методов, относительно немногочисленны—8,1% всех случаев или абсолютно—45 случаев. При этом внутриматочные манипуляции и выскашивание были применены в качестве одного из методов в 18 случаях, т. е. в 2/5 всех случаев этой группы.

в 3/5—эффект дали другие средства. Наконец, сочетание 3-х методов было применено в 2,4% всех абортов, и только в этой, абсолютно ничтожной, группе прочие методы превалируют над внутриматочными.

Переходим, наконец, к рассмотрению тех модификаций основных методов, которые еще находят распространение среди беременных женщин для вызывания внебольничного (не врачебного) аборта. Мы оставляем в стороне вопрос, насколько некоторые из этих средств действительны.

Из модификаций общего метода (см. табл. № 3) на 1-м месте стоят горячие ванны, значительно реже находят применение горчичники. Поднятие тяжестей, на которое так часто любят ссылаться женщины, желая объяснить причину наступившего abortивного кровотечения, как мы видим, для вызивания аборта теперь почти не применяется. Находимые во многих учебниках судебной медицины указания, что аборты иногда вызывают разминанием живота, повидимому, относятся к далеко прошедшим временам. Из пероральных средств на первом месте стоит хинин, из 47 случаев этой группы его применяли в 33. Все прочие средства стоят далеко позади. Изредка применяется отвар из шелухи простого лука и пеония („черная роза“). Шафран, знаменитое средство древности, почти забыт, о drasica вообще ничего не слышно. Extr. secalis почти совершенно не применяется.

Из влагалищных методов точно также мы имеем один излюбленный—это спринцевание иодом, несколько реже—горячей водой. Другие лекарственные растворы применяются для спринцевания значительно реже.

Внутриматочный метод несомненно занимает доминирующее место,—почти 70% всех модификаций, а вместе с выскабливанием (произведенным неврачем) даже 73,7%. Во внутриматочном методе мы находим 2 основные группы модификаций—введение твердых предметов и введение жидкостей. На первом плане из твердых предметов стоят буэси и катетеры; при неимении их в дело идет „подручный материал“—булавки, проволока, деревянные палочки, коренья, гусиные перья и т. д. Впрочем, эти модификации распространены в значительно более скромных пределах. Из жидких средств теперь особенно в ходу впрыскивание мыльной воды—11,7%, реже—раствора иода. Наконец, даже не-врачи (исключительно акушерки) стали теперь прибегать и к выскабливанию, хотя, конечно в скромных размерах—4,6%.

Суммируя наши данные, мы можем сказать, что в наше время для подпольного аборта выработался определенный „стандарт“. Многолетний опыт, передаваемый от женщины к женщине, выработал наиболее действительные и наиболее опасные средства. Вмешательство *почти всегда производится внутриматочно*—либо буж, либо мыльная вода. Все другие средства стоят далеко позади. Из общих средств—горячие ванны, из вагинальных—горячие спринцевания иодом, из пероральных—хинин.

Разумеется, мы не отрицаем, что существуют и другие средства и модификации; так, нам приходилось узнавать у женщин о внутриматочном впрыскивании керосина, изредка можно найти указания о пероральном приеме пороха или настоя махорки на самогоне; об одном случае влагалищного применения сурепмы мы даже сами сообщали (Магид, Zbl. f. Gynäk, 1926, № 9), однако, все эти средства применяются весьма редко—в единичных случаях.

Уместен вопрос—не являются ли описанные нами методы и модификации типичными только для нас, не имеет ли каждая страна, каждая область свои излюбленные средства? К сожалению, в литературе мы не могли найти цифровых данных о преобладании того или другого метода, и поэтому у нас нет материала для сравнения. Если, однако, проследить наши и заграничные казуистические сообщения о плодоизгнании, то обращает на себя внимание, что речь идет почти исключительно о впрысках мыла и введении бужей (на селе—кореньев и веточек) и реже—

о приеме внутрь хинина. Повидимому, человеческий опыт эмпирически всегда привел к одному и тому же выводу.

Таблица № 1.  
Метод вмешательства при подпольном аборте.

Аборт вызывала	Число абор- тов	М е т о д а б о р т а:				
		Общий	Перо- ральный	Влага- лищный	Внутри- маточн. кроме вы- скаблив.	Выскаб- ливание
Акушерка . . . . .	308	—	2	—	279	29
Бабка и проч. . . . .	114	—	1	3	114	—
Сама больная . . . . .	133	52	43	41	57	—
Всего . . . . .	555	52	46	44	450	29

Таблица № 2.

Методы вмешательства и их комбинации при подпольном аборте.

Число различн. методов	М е т о д в м е ш а т е л ь с т� а	Число слу- чаев	
		Абс.	В %/%
Одн. (497 случа.)	Общий . . . . .	11	2,0
	Пероральный . . . . .	11	2,0
	Влагалищный . . . . .	16	2,9
	Внутриматочный (кроме выскабливания) . . . . .	436	78,5
	Выскабливание . . . . .	23	4,1
		89,5	
Дв. (45 случа.)	Общий + пероральный . . . . .	13	2,2
	“ + влагалищный . . . . .	15	2,7
	“ + внутриматочный (кроме выскабливания) . . .	1	0,2
	“ + выскабливание . . . . .	1	0,2
	Пероральный + влагалищный . . . . .	2	0,4
	“ + внутриматочный (кроме выскабливан.)	4	0,7
	Влагалищный + “ “ “	3	0,5
Тр. (13 случа.)	Выскабливание + внутриматочный (кроме выскаблив.)	6	1,1
			8,1
	Общий + пероральный + влагалищный . . . . .	12	2,2
		1	0,2
		2,4	
Всего . . . . .		555	100,0

Таблица № 3.  
Модификация различных методов вмешательства при подпольном аборте.

Метод вмешательства	Модификация	Число вмешательств	
		Абс.	%
Ванны общие и местные (68 сл.)	Банные общие и местные . . . . .	47	7,5
	Горчичники . . . . .	16	2,5
	Умышленное поднятие тяжестей и физическая работа	3	0,5
	Смазывание живота иодом . . . . .	1	0,1
	Банки на крестец . . . . .	1	0,1
			10,7
Пероральный (47 случаев)	Хинин . . . . .	33	5,3
	Отвар луковицы . . . . .	4	0,6
	Пеония . . . . .	3	0,5
	Иодная настойка . . . . .	2	0,3
	Шафран . . . . .	1	0,1
	Extr. secalis . . . . .	1	0,1
	Неизвестно . . . . .	3	0,5
			7,4
Влагалищный (52 случая)	Спринцевание иодом . . . . .	26	4,0
	„ горячей водой . . . . .	12	2,0
	„ содой . . . . .	9	1,5
	„ мылом . . . . .	3	0,5
	„ ромашкой . . . . .	1	0,1
	„ марганц.-кисл. кали . . . . .	1	0,1
			8,2
Внутриматочный (кроме абразии) (438 случаев)	Введение катетера или бужа . . . . .	269	42,4
	„ булавок, проволоки . . . . .	21	3,2
	„ деревянных палочек, карандашей . . . . .	20	3,2
	„ петрушек, кореньев, веточек . . . . .	12	2,0
	„ гусиных перьев . . . . .	3	0,5
	„ прочих предметов . . . . .	6	1,0
	Впрыскивание мыльной воды . . . . .	74	11,7
	„ растворов иода . . . . .	32	5,0
	„ „ соды . . . . .	1	0,1
			69,1
Абразия (29 сл.)	Выскабливание . . . . .	29	4,6
			4,6
	Всего . . . . .	634	100,0

Из психо-физиологической лаборатории Нижегородского краевого института по изучению профессиональных заболеваний. Консультант проф. С. М. Васильский. Директор института д-р С. И. Скундина.

## К вопросу о профессиональном трепморе<sup>1)</sup>.

Д-ров Г. А. Ротштейна и И. А. Гущина.

При изучении невро-психического здоровья рабочих кузнецкого цеха завода „Красный Якорь“ нами было обнаружено большое количество с случаев сильно выраженного трепмора рук у обследованных рабочих. С целью более детального изучения этого симптома и установления связи его с производственными вредностями, нами был поставлен эксперимент на различных профессиональных группах. Пользуясь материалом, которым был занят клинический отдел Института, нам представилась возможность провести эксперимент на следующих рабочих группах: 1) кузнецы завода „Красный Якорь“ в количестве 62 чел., 2) рабочие ковочного цеха завода „Красное Сормово“ 45 чел., 3) парикмахеры в количестве 50 чел. Таким образом, располагаем данными трепометрии 3-х профессиональных групп, находящихся в различных производственных условиях.

Методика эксперимента состояла в следующем: все рабочие, за исключением рабочих кузнецкого цеха завода «Красный Якорь», проводивших до эксперимента в стационаре Института не менее 18 часов в полном покое, приходили в лабораторию в утренние часы, между 10 и 12 часами утра, непосредственно из дома, так что они не производили профессиональной работы также в течение 18 часов до эксперимента.

Тремор измерялся на 6 круглых отверстиях трепометра Медэ таким образом, что испытуемому предлагалось правой рукой удерживать штифт в отверстии в течение 10 секунд, стараясь не прикасаться краев отверстия. Измерение трепмора производилось по два раза, с небольшим трехминутным перерывом между испытаниями. Тремор регистрировался с помощью электромагнитного счетчика.

Данные всех измерений суммировались и выводилось среднее арифметическое, характеризующее трепморт каждого рабочего. За характеристику трепмора той или иной группы рабочих мы принимали среднее арифметическое из суммы трепмора данной группы. Средний трепморт для каждой из обследованных групп рабочих приведен в таблице № 1.

Таблица № 1.

Кузнецы „Красного Якоря“	Ковали „Красного Сормова“	Парикмахеры
55,0	40,9	30,8

В дальнейшем мы подвергли анализу ряд профессиональных факторов в их связи с трепмором. Таблица № 2 представляет зависимость трепмора от длительности стажа.

<sup>1)</sup> Доклад на I Всесоюзном съезде по психотехнике и прикладной психофизиологии.

Таблица № 2.

Профессиональные группы	Стаж до 3-х лет		Выше 3-х лет	
	Абсолют.	%	Абсолют.	%
Кузнецы . . . . .	49,1	100	59,5	121,1
Ковали . . . . .	21,0	100	40,0	194,7
Парикмахеры . . . . .	37,5	100	26,3	70,1

Мы видим из таблицы, что у кузнецов и ковалей трепор нарастает параллельно стажу, в то время как в группе парикмахеров трепор и стаж находятся в обратном отношении.

Таким образом, эта таблица ставит вопрос о том, что у некоторых групп рабочих сила трепора нарастает в зависимости от стажа, т. е. от времени воздействия на них производственной обстановки с ее вредностями.

Так как вопрос, поставленный таблицей, является основным в разрабатываемой нами теме, то перед нами встает задача проверки этого положения, разрешение которой нам мыслится путем исключения влияния на вытекающую из таблицы закономерность других факторов, так или иначе могущих влиять на трепор. Одним из этих факторов, является, повидимому, возраст. При изучении влияния возраста на трепор мы получили отношения, приведенные в таблице № 3.

Таблица № 3.

Возрастные группы	Ц е х а					
	Кузнецы		К о в а л и		Парикмахеры	
	Абсол.	%	Абсол.	%	Абсол.	%
До 20 лет . . . . .	58,2	100	—	—	33,4	100
От 20 до 30 лет . . .	47,7	81,9	23,2	100	27,6	82,6
„ 30 „ 40 „ . . .	54,2	93,1	29,4	126,7	31,8	95,2
„ 40 „ 50 „ . . .	64,0	109,0	33,7	145,2	14,0	41,9
„ 50 и выше . . . .	—	—	63,7	274,5	—	—

Мы видим, что трепор резко колеблется, имея тенденцию к повышению, главным образом, в двух крайних возрастных группах: в группе до 20 лет и в группе старше 40 лет. В возрастной группе от 20 до 40 лет трепор колеблется в небольших пределах. Отсюда мы делаем вывод о том, что при разделении трепора на 2 группы по стажу в пределах возрастной группы от 20 до 40 лет мы получим наименьшее влияние возрастных особенностей на трепор и это даст нам возможность с большим правом относить те или иные изменения в трепоре на счет влияния производственных факторов.

В таблице № 4 приведен трепор в зависимости от стажа в пределах возрастной группы от 20 до 40 лет.

Таблица № 4.

Профессиональная группа	Стаж до 3-х лет		Выше 3-х лет	
	Абсол.	%	Абсол.	%
Кузнецы . . . . .	49,0	100	53,2	108,5
Ковали . . . . .	22,0	100	27,7	125,9

Для парикмахеров мы не можем привести соответственных отношений, так как среди наших испытуемых не нашлось лиц, в возрасте старше 20 лет со стажем менее 3-х лет.

Из приведенной таблицы видно, что основная закономерность, вытекающая из таблицы № 2, относительно увеличения трепора с увеличением стажа у кузнецов и ковалей повторяется и здесь. Мы из этого заключаем, что возрастные колебания не оказали влияния на тенденцию таблицы № 2.

Вторым фактором, могущим влиять на трепор являются, повидимому, нервно-психические заболевания. Из таблицы № 5, представляющей трепор у нервно-здоровых и нервно-больных, мы видим, что трепор у нервно-больных сильнее, чем у нервно- здоровых.

Таблица № 5.

Профессиональные группы	Состояние здоровья			
	Нервно- здоровые		Нервно- больные	
	Абсолют.	%	Абсолют.	%
Кузнецы . . . . .	51,6	100	56,8	108,1
Ковали . . . . .	28,4	100	42,4	149,2
Парикмахеры . . . . .	27,7	100	37,4	135,0

Несмотря на то, что большинство нервно-психических заболеваний мы рассматриваем как результат воздействия на организм рабочего внешней среды, в которой компонент профессиональных вредностей играет не малое значение, мы все же постарались исключить влияние явно выраженных невропатологических состояний на показатели трепора в зависимости от стажа, проведя это сопоставление в пределах группы лиц, имеющих нервно- здоровыми. Если мы к тому же ограничим эту группу возрастным периодом от 20 до 40 лет, то мы, повидимому, максимально сузим влияние возрастного и невро-патологического факторов на трепор. Таблица № 6 представляет трепор в зависимости от стажа в пределах группы лиц „нервно- здоровых“ в возрасте от 20 до 40 лет у ковалей.

Таблица № 6.

Стаж до 3-х лет		Стаж выше 3-х лет	
Абсолют.	%	Абсолют.	%
22,0	100	32,3	146,8

Мы видим, что и тут сохраняются основные отношения таблицы № 2.

Подвергнув, таким образом, анализу факторы, которые тем или иным путем могли воздействовать на данные таблицы № 2, мы приходим к заключению о том, что исключение этих факторов не меняет основных отношений этой таблицы. К выяснению природы и путей возникновения этого тремора и направлено наше исследование.

Тремор является двигательным расстройством, анатомическая основа которого до сих пор еще точно не установлена, однако то обстоятельство, что тремор является симптомом целого ряда заболеваний нервной системы, заставляет искать причину тремора в нарушениях, органических или функциональных, этой последней. Д. С. Губер-Гриц в своей работе „Tremor essentialis hereditarius“ приводит мнение целого ряда авторов о природе тремора. Так, Пельнар (Pelnar) рассматривает тремор, как непроизвольное, быстрое движение в каком-либо ставе или в синергической группе суставов. Среди причин, могущих вызвать тремор, он указывает на слабость организма от разных причин, психические влияния, органические и функциональные заболевания нервной системы, экзо-и эндо-генные отравления и механическое влияние сотрясений. Оренбейт считает, что тремор есть результат быстрых ритмических сокращений в различных группах мышц. Hoffmann рассматривает тремор, как вид альтернирующего рефлекса, появляющегося в момент повышения тонуса. Нет единодушия среди авторов в отношении локализации поражений в центральной нервной системе при треморе. Целый ряд авторов находили при треморе изменения в различных местах мозга (cогорга radialis, capsula interna, thalamus, n. lenticularis, ped. cerebri, n. губер, согорга quadrigemina, pons, lobus temporalis, cerebellum, согорга restiforme). Kleist полагает, что наблюдаемый при очагах в n. lenticularis тремор нужно рассматривать, как функциональное расстройство двигательных ядер чепчика, особенно красного ядра. Thalamus, n. lenticularis и cerebellum действуют, по его мнению, регулирующим образом на красное ядро, так что поражение во всех этих областях может вызвать тремор. Гоегстег видит в треморе повышенную деятельность мозжечковой системы, вследствие выпадения pallidum'a. Нельзя не говорить при обсуждении вопроса о нарушениях в нервной системе, вызывающих тремор, также и об изменениях в вегетативно-эндокринном аппарате, так как ряд заболеваний этого порядка сопровождается тремором.

Анализ условий труда рассматриваемых нами групп рабочих, выясняющий неблагоприятно действующие на нервно-психическое здоровье профессиональные факторы, должны, повидимому, дать нам ключ к пониманию возникновения тремора. К числу профессиональных вредностей кузнецов относятся: 1) газы, образующиеся при сгорании топлива, из газов преобладают, главным образом, CO и SO<sub>2</sub>. CO колеблется в пределах 0,029—0,055 млр./лит. при допустимой дозе 0,01 млр./лит. SO<sub>2</sub>—0,017—0,07 млр./лит., при допустимой дозе 0,01. По Леману доза SO<sub>2</sub>—0,04 неприятна, 0,06—представляет высшую концентрацию. 2) Влияние высокой температуры: на расстоянии 1/2 метра от горна температура—75—80°, одного метра—40—45°. 3) Влияние лучистой энергии: лучистая радиация на расстоянии 1 1/2 метра от горна равна 3—4,2 малых калорий. 4) Тяжелая физическая нагрузка, заключающаяся в удержании болванок клеммами и ударах ручным молотом весом 6—10 килограммов.

К вредным факторам работы ковалей относятся: 1) Газы: CO колеблется в пределах 0,015—0,019 млр./лит. 2) Высокая температура: 30° на расстоянии 2-х метров от болванки. 3) Лучистая энергия: 6,6—17,4 малых калорий на расстоянии одного метра от болванки. 4) Физическая нагрузка от работы ломом.

Мы видим, таким образом, что профессиональные вредности кузнецов и ковалей близки друг к другу, разнясь лишь количественно, причем ковали находятся несколько в лучших условиях в отношении газов чем кузнецы. Этим, повидимому, и объясняется то обстоятельство, что ковали стоят, по сравнению с кузнецами, на втором месте по силе тремора.

Обратимся теперь к рассмотрению нарушений в нервно-мышечном аппарате, которые наносятся вышеупомянутыми вредными факторами. О влиянии СО на центральную нервную систему мы находим ряд указаний. Мауэг, наблюдая при отравлении СО Паркинсоновский синдром, являющийся клиническим выражением двухстороннего размягчения в *globus pallidum*, дает основание думать о воздействии СО именно на эту часть головного мозга. Barkan и Spatz считают *globus pallidum* излюбленным местом поражения в мозгу при отравлениях окисью углерода, вследствие того, что *globus pallidum* содержит жаждый к СО железо-содержащий фермент. Hoffmann указывает на развивающиеся под влиянием СО размягчения стриарного тела и на склеротические изменения в головном и спинном мозгу, следствием чего являются параличи, контрактуры и тремор. Spielmeier нашел размягчения в коре; Гринштейн обнаружил распад клеток и образование кист в сером веществе передних рогов спинного мозга и мозжечка. Alpers описал изменения чечевицеобразного ядра пирамидных путей бульбарных ядер и периферических нервов. Если мы учтем то обстоятельство, что тремор вызывается самыми разнообразными нарушениями в центральной нервной системе, а также и то, что патолого-анатомическая исследований мозга при отравлениях СО обнаруживает изменения в различных участках мозга с преобладающей локализацией в области подкорковых ядер, то предположение о функциональном нарушении соответственных участков головного мозга при треморе у кузнецов и ковалей станет вполне вероятным.

Однако, нельзя не учесть влияния и остальных вредных факторов, а именно, влияния высокой температуры и лучистой энергии и тяжелого физического напряжения. Что метеорологический фактор оказывает влияние на состояние нервно-мышечного аппарата, в смысле нарушения регуляции нервно-мышечных процессов, показывает экспериментальная работа Маркира, Нейфаха, Ривлиной и Скородинского, отметивших нарушение точности и координации движений под влиянием перегревания, причем они стоят также на точке зрения участия в этом вегетативной нервной системы. Не допуская, однако, что нарушение мышечной работы под влиянием перегревания происходит без участия психо-моторных центров, они ставят нарушения последних также в связь с вегетативной системой, изменения в которой ведут к нарушениям питания других центров, вызывающее изменение их возбудимости.

Если мы вспомним о том, что целый ряд клинических картин, имеющих в качестве симптома резко выраженный тремор, является результатом вегетативно-эндокринных нарушений, то допущение участия в вызывании тремора у кузнецов и ковалей фактора высокой температуры и лучистой энергии, нарушающих работу вегетативной нервной системы, станет вполне вероятным.

На повышение тремора под влиянием физического напряжения указывает ряд авторов. Д-р Лотманизова, указывая в своей эксперимен-

тальной работе на усиление трепора под влиянием физической напряжения, приходит к выводу, что усиление трепора зависит, главным образом, не от местных изменений в работающих мышцах рук, а от утомления нервной системы в целом, показателем состояния которой трепор и является. Ф. А. Бейнбридж, рассматривая в своей работе „Физиология мышечной деятельности“ вопрос о мышечном перенапряжении, ведущем к утомлению, стоит на той точке зрения, что одними химическими изменениями самой мышцы, наступающими в результате работы, не может быть объяснено наступление утомления. Этот автор считает, что даже при тяжелом физическом труде ничто не указывает на то, чтобы сердце не могло обеспечить организм достаточным количеством кислорода, необходимого для разрушения и выведения из организма продуктов обмена. Он считает, что в течение тех небольших естественных перерывов, которыми характеризуется каждая работа, организм успевает освободиться от продуктов обмена, накапливающихся в мышцах. Исходя из этого, автор считает, что основным в утомлении от физической работы является утомление центральной нервной системы, наступающее от постоянного притока импульсов к мышцам, с которыми связан сложный нервный процесс, а также напряжение от постоянного сосредоточения внимания, необходимого при работе.

Труд парикмахера характеризуется исключительно нервно-мышечным напряжением, происходящим от продолжительной работы, заключающейся в мелких движениях кистей рук и плечевого пояса, производящейся в стоячем, несколько согнутом положении. Никаких факторов, способных вызвать экстрапонтоксиацию организма, мы в производственных условиях труда парикмахеров не находим. В соответствии с вышеизложенной точкой зрения мы склонны приписать трепор парикмахеров перенапряжению нервной системы от физической работы, вызывающей постоянный приток импульсов к нервной системе, а также — перенапряжение нервной системы от постоянно-сосредоточенного внимания. Эти, однако, факторы, вызывая функциональное нарушение в нервной системе, имеют настолько незначительный органический субстрат, что дают возможность ликвидировать это функциональное расстройство путем тренировки. Этим мы и склонны объяснить тот факт, что у парикмахеров трепор не имеет тенденции к усилению с нарастанием стажа, а, наоборот — ослабевает, что связано, повидимому, с тренировкой и автоматизированием труда, требующим меньше нервной энергии.

Суммируя все вышеизложенное, мы приходим к выводу, что причиной сильного трепора у кузнецов и ковалей является воздействие СО, высокой температуры, лучистой энергии и тяжелого физического напряжения, вносящих нарушение в нормальную деятельность центральной и автономной нервных систем, причем с удлинением времени воздействия этих причин, т. е. с нарастанием стажа, нарушение становится глубже и сильнее. С другой стороны, более выраженные вредные факторы приводят к более резко выраженному трепору, как это имеет место у кузнецов, которые находятся в более плохих, но однородных с ковальми, производственных условиях и в соответствии с этим показывают более выраженный, чем ковали, трепор.

# Отдел III. Из практики.

(Уфимская Губернская больница).

## Случай ущемленной диафрагмальной грыжи.

М. Вакуленко.

Светлой памяти умершего  
Анатолия Львовича На-  
габина.

Диафрагмальные грыжи до сих пор еще описываются редко, особенно в русской литературе. Диагноз их, большую частью, ставится при помощи Рентгена. Я недавно наблюдал случай ущемленной диафрагмальной грыжи, причем диагноз был поставлен без Рентгена.

Больной Шакиров Хаким, башкир, студент Башпеттехникума, 19 л., поступил в б-цу 28 февраля, выбыл 2 апреля 1931 г. История болезни № 956/6541. Больной доставлен каретой скорой помощи в 11 час. ночи с запиской, что у него острый аппендицит. При осмотре выяснилось, что б-му уже в прошлом году произведена операция удаления отростка в другом отделении нашей б-цы по поводу болей в животе. Справа от пупка найден рубец. Боли после операции остались прежними. Т° нормальна. Пульс 88, хорошего наполнения. Больной жалуется на боли в левом подреберье. Лежит все время на левом боку пригнувшись ноги к животу и стонет. Живот мягкий, не вздут, не болезнен, за исключением области желудка, где ощущивание вызывает небольшую болезненность. Б-ной был переведен в терапевтическую больницу, откуда был возвращен 2/III с диагнозом камня правой почки (?). Рентгеновский снимок произвести не удалось, т. к. в нашей б-це аппарат ремонтировался, а в другом лечебном заведении, куда был направлен б-ной, был день отдыха. Решено было сделать хромоцистоскопию. Ввиду беспокойства б-го она произведена под хлороформом. Оба мочеточника выбрасывали окрашенную мочу через 7 минут. Пузыри найдены нормальными. Да и картина болезни, по моему мнению, не указывала на заболевание почек. В этот же день при повторном исследовании было обращено внимание на небольшие, в 1 сант. величины, рубцы в области грудной клетки: слева между 6 и 7 ребрами, ниже соска пальца на 1½, справа по лопаточной линии на 8 ребре. У б-го удалось добиться, что он в 1924 г. был ранен пулей в грудь на вылет. После этого ранения и появились боли, временами обостряющиеся и из-за этих-то болей была произведена операция удаления отростка слепой кишki. В последние дни боли усилились, сделались постоянными, и к вечеру 2/III появилась рвота. Пульс все это время был 88 в 1'.

3 марта. Состояние ухудшилось. Пульс 100. С утра частая рвота, стула нет. Ввиду всей картины и следов ранения я остановился на диагнозе ущемленной диафрагмальной грыжи на почве ранения диафрагмы. Под общим наркозом лапаротомия. По вскрытии брюшной полости бросилось в глаза почти полное отсутствие тонких кишок. В области печени и желудка много спаек. По отодвиганию толстой кишки и желудка книзу ясно представились кишки, уходящие в левую грудную полость через отверстие в диафрагме. В гр. полость тянулись тонкая и толстые кишки. Осторожно было приступлено к извлечению кишок. Извлекаемые кишки были потеиневшими, но блестящими. Отверстие в диафрагме было узкое и при извлечении содержимое кишок выдавливалось в отделы кишок, еще лежавшие в грудной полости, и наконец извлечение их стало невозможным. Пальцем, введенным в груднобрюшную преграду, было нашупано в кишке скопление кала. Оно было размято, отверстие растянуто крючками, и кишку удалось извлечь. Вслед за ней выпала и слепая кишка. Кишки скоро приняли нормальную окраску. На слепой кишке отростка не было. Отверстие в диафрагме находилось в задней части ее, слева от пищевода, шло сзади наперед к центру, пропускало четыре пальца. По извлечении кишок в гр. полость начал присасываться воздух. Отверстие было

зашито шестью шелковыми швами. Воздух присасываться перестал. Концами этих швов прикреплен к диафрагме изолированный кусок сальника. Брюшная полость зашита наглухо. В вену хлористый кальций 10%—10.0.

4/III. Пульс 120. Рвоты нет. Незначительные боли в ране. Мочеиспускание самостоятельное. В вену хлористый кальций. 5/III. Пульс 100. Состояние хорошее. Стул самостоятельный, рвоты нет, просит есть. Разрешен бульон.

С каждым днем состояние улучшалось. 10 марта сняты швы—первичное на-  
тяжение. Коллодийная повязка.

12/III. Больной встает и ходит. Т° все время нормальна. Стул самостоя-  
тельный.

24/III. Произведено рентгеновское исследование. В левой плевральной по-  
лости найден pneumothorax и эксудат до 4 ребра. 28/III. Прокол плевры, полу-  
чена светлая серозная жидкость, 3,0 которой впрыснуто под кожу.

1/IV. При повторном р.-исследовании жидкости уже совершенно не найдено,  
и легкое расправилось.

2/IV. Выписан здоровым.

Мне пришлось оперировать один раз диафрагмальную грыжу. В начале  
своей деятельности я видел еще один случай и также поставил диагноз, приняв  
во внимание старый рубец на грудной клетке, ни б-ной, ни родные на операцию  
не согласились, и б-ной умер. На вскрытии диагноз подтвердился. В левой диаф-  
рагме было найдено отверстие. В грудной полости находилась вся поперечная  
кишка. Кишку была плотно сращена с плеврой и даже на трупе отделить ее не  
 удалось, рвалась плевра. Тогда я еще подумал, что надо-бы делать в случае со-  
гласия б-го на операцию, и пришел к убеждению, что сделал-бы E-E-Anastomosis  
и резекцию ребер для лечения калового плеврита.

---

Охлебининская б-ца Уфимского кантона (зав. хирург. отд. д-р В. И. Варсобин).

## Случай фимоза после обрезания.

Д-ра В. И. Варсобина.

В хирургическое отделение Охлебининской б-цы 26 марта 30 г. прислан был  
из амбулатории мальчик 5 л.—Ягафаров Хальфетдин, по нац. татарин, без опре-  
деленного диагноза—„Кистозно-измененный penis?“.

При осмотре член имеет грушевидную форму, величиною с кулак двухго-  
довалого ребенка. Кожа довольно толста и плотная. На конце измененного penis'a  
имеется небольшой плотный рубец, в котором видно отверстие, едва пропускав-  
шее тонкий пуговчатый зонд. При пальпации чувствуется присутствие жидкости.  
Ближе к лобку удается обнаружить ствол penis'a длиною см. 2–3, причем внутри  
этого мешка при введении зонда у основания удается обнаружить какое-то обра-  
зовление плотной консистенции (повидимому головка). При подавливании показы-  
вается немного мочи. Через переводчика у отца удается узнать, что  $3\frac{1}{2}$  г. тому  
назад, когда сыну было  $1\frac{1}{2}$  г., так называемый „бабаш“ сделал ему обрезание.  
Головка не была обнажена. Вскоре раневая поверхность с боков стала сужи-  
ваться и с течением времени наружное отверстие мочеиспускательного канала  
закрылось рубцом, в котором было едва заметное отверстие и через которое по  
каплям шла моча. Мальчик испытывал большие мучения.

Вскоре член стал менять свою конфигурацию, стал увеличиваться в объеме  
и с течением времени стал походить, по словам отца, на флягу.  $1\frac{1}{2}$  г. тому на-  
зад член принял величину, описанную нами вначале. Моча, как говорит отец,  
идет из этого мешка маленькой струей.

При наблюдении в б-це при желании мальчика помочиться мешок этот уве-  
личивался до больших размеров; при натуживании моча шла очень тонкой струей,  
и мешок уменьшался. По количеству отошедшей мочи и при пальпации видно  
было, что моча отсюда не выводится вся. При катетеризации удавалось вывести  
мочу и тогда только мешок значительно уменьшался. Яички в норме.

Диагноза утвердительного поставить мы не могли, но думалось, что вся причина данного „уродства“ состоит в фимозе на почве обрезания. Операция под общим наркозом. Острием ножниц, введенным в отверстие мешка рассечена кожа, вылилась остаточная моча. Разрез удлиниен. На дне этого мешка была видна головка члена. Внутренний листок препуция состоял из складок. Удалив мешок на уровне головки, спили внутренний листок препуция с кожными покровами кетгутовыми швами. Валик из иодоформенной марли. Величина penis'a после операции не более 3 см., но в диаметре был довольно толст. С течением времени член принял нормальную форму.

---

## Самодельный нелятоновский катетер.

Д-ра Ю. Б. Багрова (Златоуст).

Из обыкновенной дренажной трубки можно изготовить катетер. Из резины (для этого хороши продажные карандашные резинки или резиновые пробки) вырезывается цилиндрик высотой в 3—4 мм. и диаметром равный диаметру внутреннего просвета выбранной трубки. Такой цилиндрик можно вырезать острым скалpelем, очень удобно он вырезывается трубкой троакара соответствующего просвета. Этот цилиндрик погружается в резиновый клей и оставляется для просушки. Один конец трубы заворачивается манжеткой на нужную длину (это легко сделать анатомическим пинцетом) и эта манжетка тоже смазывается kleem. Цилиндрик и манжетка должны быть предварительно вымыты бензином. Когда клей хорошо просохнет, цилиндрик приставляется к просвету завернутого конца трубы, и манжетка на него сразу заворачивается. Закрытый таким образом конец трубы осторожно закругляется прижигателем Пакэлем. Тем же прижигателем делается овальное отверстие в боковой стенке трубы на расстоянии 4—5 мм. от ее конца. Точно также из более толстой резиновой трубы можно сделать желудочный зонд.

---

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

Из терапевтического отделения 1-й рабочей больницы.

### **Патогенез и лечение пернициозной анемии в свете современных взглядов<sup>1)</sup>.**

**А. Н. Соколов (Киев).**

Злокачественное малокровие, описанное впервые Бирмером в 1868 и 1871 г.г. и позднее разработанное Эрлихом, по своим клиническим данным, по тяжести самого страдания—давно привлекало к себе внимание клиницистов и гематологов. Было предложено немало теорий, пытающихся объяснить происхождение этого заболевания, был и целый ряд попыток лечения этого страдания, не дававший до последних лет сколько нибудь благоприятный эффект.

В 1920 г. американский физиолог George Whipple после многочисленных работ над собаками установил, что путем изменения состава пищи можно искусственно воздействовать на кроветворные органы. Исходя из положения, установленного Ashby, что продолжительность жизни эритроцита=30 дням, и что, следовательно, организм должен ежедневно восполнять 30% эритроцитов, Whipple и Robschtein-Robbins, вызывая у собак повторными кровопусканиями анемию, доказали, что для поддержания количества эритроцитов и уровня Hb, организм вырабатывает ежедневно 11 гр. гемоглобина. Прибавляя к пище различные вещества, эти исследователи могли убедиться, что при добавлении в пищу собак печени образование гемоглобина и эритроцитов шло очень быстро, и количество гемоглобина доходило до 100% выше своей нормы.

Эти наблюдения впервые были применены на больных, страдающих злокачественным малокровием George R. Minot and William P. Murphy (из Бостона). Результаты их работ, опубликованные в 1926 г., произвели огромное впечатление по своим положительным данным. Вскоре появились работы W. Aitoff и G. Levitt, Pal, Schottmüller, Longsore, Levenberg, Rosenow, Cibson и Schiff, Kuhn и Kessler, из наших авторов Воинов, Этtinger, и в мировой медицинской печати интерес к вопросу о злокачественном малокровии сильно возрос и до сего времени продолжает усиленно занимать умы клиницистов, гематологов, физиологов и патологов.

Сущность страдания состоит в обратном развитии крови по эмбриональному характеру, вся картина крови говорит за поражение костного мозга. Негели рассматривает пернициозную анемию как миэлопатию, заявляя, что изменения в костном мозгу предшествуют появлению анемического симптома, Этtinger смотрит на а. р. как на спленопатию, придавая большое значение гемолизу, где последний связан с повышенной разрушающей функцией селезенки (hypersplenitis). Гравиц думает, что дегенерация эритроцитов происходит интраваскулярно, под влиянием экзогенных или эндогенных ядов, т. е. считает а. р. гемопатией и, наконец, Папенгейм утверждает, что сначала происходит гемопатия, а позднее развивается и миэлопатия, причем, под влиянием токсина, яда, гемоглобин становится более окси菲尔ным, а эритроциты принимают гиперхромный вид. Такое мегалобластное кроветворение Папенгейм объясняет инвидиуальным предрасположением больного. Проф. Цыпкин, выдвигая теорию трех стадий изменения кровеобразательной системы, говорит, что при поражении ядами эритроциты, как специальные паренхиматозные клетки (исходя из учения Вирхова о крови, как о ткани), сначала реагируют дегенерацией, затем наступает вторая стадия—типерплязия специальных клеток кроветворных органов, проявляющаяся в эмбрио-

<sup>1)</sup> Деложено на конференции врачей больницы 4/III 31 г.

вализации паренхимы костного мозга, и, ваконец, 3-й стадий—превращение лимфопидного костного мозга в жировой, рассматривая последнее явление, как своего рода инвертициальный эквивалент. Поскольку еще не выяснена окончательно функциональная роль селезенки по отношению к эритроцитам, проф. Цыпкин не отвергает возможности вепосредственного интраваскулярного гемолиза. По мнению Моравича, Цуркера, Цадека сущность страдания состоит в гемолизе, т. е. стоит на точке зрения, противоположной Негели, который считает гемолиз неспецифическим симптомом, утверждая, что основная причина страдания состоит в специфическом действии токсина на костный мозг.

Как на косвенно влияющий этиологический момент при а. р. Негели указывает на гастро-интестинальную интоксикацию. Исходя из результатов работы Блоха, который на экстракте кала больных злокачественным малокровием не мог установить никакой ядовитости, Негели говорит что нет основания считать а. р. следствием аутоинтоксикации, как проявления усиленного гниения в кишках, да кроме того и не всегда повышенны при а. р. индикан, жирные кислоты и птomainы. Соглашается с этим и Штраус, заявляя, что при ботриоцефальных анемиях гниения в кишках, несмотря на поносы и пр., не обнаруживается, а потому decisio, что токсины исходят не из кишечника, а из других органов, вызывая вторичные диспептические явления.

Давно уже было замечено, что а. р. сопровождается, как правило, ахилией и высказывалось предположение, что причину страдания можно объяснить всасыванием токсинов из кишечного тракта. Габо провел лечение 110 больных, прополаскивая желудок и кишки, во длительного исцеления не получил. Grauitz, Hintergut считали отсутствие HCl важной предпосылкой для возникновения а. р., и утверждая, что токсические продукты, поступающие из ротовой полости, не разрушаясь в желудке, могут являться причиной болезни, давно предлагали промывание желудка и кишок с целью их дезинфекции. Для этой цели предлагалось лечение а. р. соляной кислотой с пепсином (Моравич, Бернштейн), промывание кишечного тракта через дуоденальный зонд горячей 5% сервокислой магнезией в количестве 500—1500 см<sup>3</sup> (Бетнер, Вернер), подкожные инъекции аутовакцины кишечной палочки, добывая через дуоденальный зонд из 12-типерстной кишки (Винтерфельд, Кальк, Гурст), Seyderberg же накладывал на нееum anus praeternaturalis и через него делал промывания дезинфекцирующими растворами. Целый ряд авторов (Эвальд, Сенатор и др.) придают отсутствию HCl решающее значение в деле возникновения а. р. На 95 конгрессе Британской медицинской ассоциации в Эдинбурге (июль 1927) проф. Фанден-Берг указывал, что ахилия при перн. анемии является фактом более постоянным, чем при карциноме желудка. Проф. Кнуд Фабер также отмечал громадную важность инфекций верхнего пищеварительного тракта. Др. Кнотт произвел 400 исследований у лиц с нормальной кислотностью и показал, что у всех у них 12-типерстная кишка всегда стерильна, исследуя же содержимое 12-типерстной кишки у пернициозных анемиков, он нашел, что она в 94% инфицирована кишечной палочкой, в 97% стрептококками, б. ч. гемолитическими и в 44% стафилококками; с профилактической целью он советует удалять карциозные зубы, устранять носоглоточные и зубные септические очаги, одновременно проводя лечение соляной кислотой лиц, страдающих ахлоргидрией. На этом же конгрессе Артур Гурст со всей категоричностью заявляя, что ахилии он придает огромное значение, высказал мнение, что гемолитические бактерии, развивающиеся в тонких кишках, играют причинную роль в развитии а. р.

Нахождение в 12-типерстной кише киш. пал. подтверждают исследования Фабера, Наунина, Зедергейма, Гефферта, Богендерфера и Бухольца Юлиха, Кутнера и Левенберга и др. Юлих во всех своих 17 случаях а. р. находил в 12-типерстной кише b. coli, Левенберг в 30 своих случаях в 90% находил b. coli и enterococcus (strept. fecalis), тогда как при обыкновенном gastritis anacida b. coli встречается в 12-типерстной кише очень редко. То же самое подтверждает Вихельс, Мейеринг, Геста-Бекер и др. Проф. Аринкин также не отрицает причинной связи кишечной интоксикации а. р. при наличии ахилии, но считает недоказанным,—предшествует ли ахилия анемии, или первая развивается позже поражения костного мозга. Проф. Аринкин следующим образом объясняет ахилию у больных а. р. Работая с анемиками, он нашел, что у этих больных изменена функция надпочечников в сторону гипофункции, а т. к. адреналин является одним из гормонов, заставляющих секрецировать слизистую желудка, как это доказано у некоторых ахиликов (Сиротинин,

Аринкин) и на собаках (Сиротинин), то этой гипофункцией и объясняются, по автору, гипацидитас и ахилия. На основании всех этих работ проф. Левин в своей монографии „О дуоденальном зонде и его практическом применении“—говорит, что „хотя такая колонизация киш. пал. встречается и при других болезнях, однако она никогда не бывает так постоянна и обильна, как при а. р., так что во всяком случае отсутствие этого явления может, повидимому, служить достаточным основанием, чтобы исключить пернициозный характер анемии“.

Целый ряд авторов пытались связать возникновение а. р. с опухолями костей, малярией, хроническим сепсисом, хронической интоксикацией свинцом, но дальнейшие исследования не подтвердили их предположений. То же касается и хронического нефрита, хотя на связь этого заболевания с а. р. указывали такие авторитеты, как Накоб, Саламон. Большое впечатление произвели в свое время сообщения Ноордена. Израель, Блох, что на секции больных, погибших от а. р. они находили небольшие карциномы желудка (речь шла о небольших нераспознанных при жизни раках). Эти находки Тюрк, Гиршфельд, Барберг считали совпадениями. Очень доказательным был случай Вейнберга, где с развитием рака у больного, страдавшего а. р., характерная для последней картина крови была стушевана картиной вторичной анемии с низким Fi.

Некоторые авторы причину возникновения а. р. видели в заражении глистами (у нас еще С. П. Боткин указал, что после изгнания глист исчезает и пернициозный состав крови), отмечая семейную склонность к заболеванию паразитом (Шауман, Ротт, Барлет) некоторые а. а. связывали а. р. с беременностью (случай Фонтана и Лагедер, Мюллера), с люесом (сл. Негели, Лагедер, подтвержденный секцией) и проч. В своих последних работах, относящихся к концу 1930 г. Клейн и Лопатинский, на основании экспериментальных исследований над животными выдвигают инфекционную теорию происхождения пернициозной анемии. Исходя из положения Ляуда, Майер и Кикут, что бартонеллезанемия у опытных животных сходна с человеческой анемией и что возбудитель а. р. человека близко стоит к бартонеллевой анемии у животных, подтверждением чему служат „эритроконты“ Шиллинга, означенным авторам удавалось переносить бартонеллы из крови крыс в кровь морских свинок. Особенно легко переносились бартонеллы после предварительной спленэктомии и вспрysкивания культуры брюшного тифа. Следовательно, культура тифа ослабляла резистентность эритроцитов по отношению к внедрению в них бартонеллей.

Разбирая все эти теории, взгляды, мнения на происхождение а. р., на причину возникновения болезни, невольно бросается в глаза большая редкость а. р. в сравнении с частотою тех заболеваний, которые являются будто бы причиной возникновения злокачественного малокровия. И, действительно, ведь известно, что уносителей широкого лентеца а. р. встречается весьма редко даже в тех местах, где, как например, в Финляндии, население на 20% (по данным проф. Лебедева) заражено этим паразитом. При широчайшем распространении сифилиса а. р. также отмечается как весьма редкое заболевание, а потому надо искать конституциональные причины, способствующие заболеванию а. р. Бартлет описал семью из 8 человек, в которой отец и три сына погибли от а. р., а одна дочь страдала второй анемией. Подобный случай описан также Иоганнессоном.

За неустойчивость кроветворных органов говорят переходы одной формы системного заболевания в другую и одновременные заболевания нескольких систем кроветворных органов (проф. Лебедев). Фрейнд, Циглер, Танкред описали случаи перехода а. р. в полицитемию, Юнг в миэлогенную лейкемию, одновременное заболевание полицитемией и миелOIDной лейкемией описано Винтерфельдом. За такую же неустойчивость кроветворных органов при а. р. говорят работы Гиршфельда, Цыпкина, Владоса и др. Вследствие того, что 1) а. р. хотя чаще всего встречается в возрасте 40—60 лет, но описаны случаи заболевания и в 78 лет (сл. Курмана) и  $5\frac{1}{2}$  месяцев, 11 и 14 лет (Негели), 2) что данное заболевание встречается во всех странах, вопросу заявлению Шиллинга, утверждавшего, что а. р. не более в троиках и опровергнутого случаем Негели, наблюдавшего больного, заболевшего в Египте, 3) что данное заболевание не является, как думали раньше, заболеванием бедняков, а встречается во всех слоях населения и в 4) по утверждению Аринкина, заболевание не связано с развитием костной и мышечной системы, т. к. а. р. болеют и крепкие и слабые люди,—на основании всего этого можно сказать, что заболевание а. р. есть какая-то конституциональная особенность, говорящая, повидимому, за малоценность, низкопробность всего организма; подтверждением этого могут служить, между про-

чим, заявления Гиршфельда, Михели, указывающие на встречающиеся аномалии конституции у этих больных.

Дифференциальный диагноз а. р. в настоящее время настолько хорошо разработан, что распознавание болезни не вызывает затруднений даже в тех случаях, где кровь имеет гипохромный вид (работа Гинзбурга из клин. Мелких, 1930 г.).

В деле лечения злокачественного малокровия получены колоссальные успехи. Если до сего времени не оставлено, предложенное в 1887 г. Квинке и с успешом доказанное на людях в 1907 г. Моравичем, переливание крови, то центр тяжести в лечении а. р. после работы Бостонских ученых в 1926 г. был перенесен на лечение больных анемией печенью, что дает прекрасные результаты, судя по литературе всех стран. И у нас лично имеется целый ряд наблюдений, где иногда уже на 4 день применения печени к-во эр. с 820 тыс. доходило до 1.480 тыс., гемоглобин с 30% увеличивался до 40% и дальше, ранее чем за месяц Эр. и НВ доходили до нормы. Чем же объяснить такое эффективное действие печени при а. р.? По мнению Эмиля Шварца возврат к эмбриональному типу гемоноэза обуславливается выпадением какой-то функции клеток печени и возмещение этой утерянной функции путем кормления печенью ведет к восстановлению нормальной картины кровотворения. Таким образом, автор смотрит на лечение печенью как на органотерапию. Муссон, сравнивающий действие печени при а. р. с действием инсулина при диабете, говорит, что печень не действует на процесс кровотворения, но доставляет только продукты, необходимые для построения стромы эритроцитов. В 1927 г. Кучер на заседании Мед. о-ва в Вене демонстрировал больную, которой не помогало даже лечение печенью и только назначение печени, подвергнутой облучению кварцем, дало хороший результат. Розенов также советует облучать кварцем печень, т. к. кварц активизирует холестерин, играющий, по его мнению, громадную роль в печеночной терапии. По мнению Аринкина, сущность печеночной терапии сводится к уменьшению или исчезновению гемолиза, благодаря поступлению в организм вместе с печенью большого количества холестерина, а последний, как известно, связывает большинство органических гемолизов; на печеночную диету Аринкин не смотрит как на каузальную терапию, ибо после прекращения лечения печенью ухудшается как общее самочувствие больных, так ухудшается и морфологическая картина крови. Исследования Задергельма, поставленные на собаках, показали, что холестерин действительно увеличивает количество эр. и поднимает % гемоглобина, но одновременно холестерин увеличивает спад эритроцитов. В работах Клемпера, Герарда отмечается отсутствие эффекта при применении холестерина. По мнению проф. А. Б. Бернштейна, на уменьшение гемолиза тут по всей вероятности влияет эргостерин, который, особенно будучи облученный (vigantol) так хорошо влияет на больных. Зоненфельд, останавливаясь на рефрактерных случаях а. р. смотрит на печеночную диету как на высокоценный питательный материал, который может благотворно действовать на наступающие ремиссии, при обострениях же, когда все методы лечения бессильны,—бессильна и гепатотерапия.

Вряд ли можно так просто объяснить себе действие печени, как это пытаются сделать Зоненфельд. Ведь если считать, что употребление большого количества (200—300 в день) печени является просто введением в организм большого количества полноценных белков, то как же можно с этой точки зрения объяснить себе действие небольших доз печени, вводимых в организм в виде экстрактов? И вот, Миной Мерфи, Майер, Арон и друг. выдвинули свою теорию, что а. р. есть авитаминоз и, употребляя печень, мы вводим в организм недостающие витамины. Против этой теории говорит во 1) то, что с прекращением кормления печенью возвращаются все болезненные явления и во 2) то, что, если витамины, находящиеся в печени (от А до Е) давать в пищу больным, но не давать печени, то эффекта от такого лечения не получается. Клейн и Лопатинский, удаляя селезенку у подопытных морских свинок и раздражая кишечник их для обострения чувствительности последнего,—давали свинкам по 2 куб. см. пал., чем вызывали в эритроцитах крови свинок бартонелли, когда же одновременно с культурою киш. бацилла (*b. coli*, *ragatypn. B.*, *брюшн. тиф*) свинкам давали по 2 куб. печеночной эмульсии,—то бартонелли в крови не были обнаружены. Отсюда авторы делают вывод, что эритротоксические компоненты *b. typhi* или *coli* нейтрализуются печеночной эмульсией.

Такие указания на нейтрализующее влияние печени и ее препаратов на яды, вырабатываемые в организме и являющиеся якобы причиной злокачественного малокровия, можно встретить у целого ряда авторов. Если встать на эту точку

зрения,—нейтрализующего действия печени на яды, вырабатываемые в организме,—то трудно объяснить себе, как можно нейтрализовать яды различнейшего происхождения. Ведь доказано (цит. по проф. Бернштейну), что печень хорошо действует и при ботриоцефальных анемиях, не выгоняя глиста (Геста Беккер), при а. беременных (Мордок, де Шамп, Фрусер); при а. сифилитиков (Левенберг) и т. д., а потому данное объяснение нас удовлетворить не может. Зингер, разбирая экспериментальные обоснования теорий механизма действия печеночной диеты, считает, что влияние печени складывается из неспецифического как питательного вещества вообще и, несомненно, специфического, так как печеночные экстракты, несомненно, влияют в смысле продукции полноценных эритроцитов.

Проф. А. Б. Бернштейн, рассматривая а. р. как болезнь с нарушением гормональной функции печени, видит в лечении печенью момент восстанавливающий эндокринную недостаточность печени. Отсюда, по его словам, понятно, почему в одних случаях лучше, а в других хуже действует печень при а. р. С этой точки зрения, нам кажется, можно объяснить рефрактерные (не апластические), неподдающиеся действию печеночной терапии случаи а. р.: Клейн же объясняет встречающиеся случаи безуспешного лечения анемии резистентностью некоторых видов *b. coli*, вследствие чего печень не может нейтрализовать их яды.

Таким образом, вопрос о механизме действия печеночной диеты при а. р. остается до сего времени открытым. Принимая же во внимание, что некоторые авторы получили такие же благоприятные результаты при а. р. от кормления больных почками (Лемер, Сайрос), сердцем и т. д., приходится согласиться с тем, что лечение печенью больных, страдающих а. р., не является причинным лечением.

В новейшее время внимание исследователей снова привлекает ахиля при а. р. Считаясь с тем, что ахиля является при а. р. обязательным симптомом, Кестль, направив в эту сторону свои исследования, установил факт, что нормальный желудок выделяет вещество, которое вырабатывает из пищи кроветворительную субстанцию. Кестль доказал, что антианемический фактор можно получить из мяса, воздействуя на него нормальным желудочным соком. Вилькинсон, беря за основу положение, что а. р. есть следствие какого-то дефекта в образовании желудочного сока, начал лечить одних больных соляной кислотой с пепсином, других нормальным желудочным соком, третьих—сырым желудком свиньи и четвертых—высушенным желудком свиньи, применяя последний в виде порошка. Выводы автора таковы, что соляная кислота и пепсин не влияют на гематологическую картину, лечение нормальным желудочным соком дает улучшение как общего состояния здоровья, так и картины крови более выраженным, чем при лечении печенью! еще лучшие результаты дает лечение свиным желудком, причем и слизистый и мускульный слой желудка оказались активными при лечении а. р. Коннер, сообщает о 6 случаях а. р., леченных сырьим желудком (приготовляемом в томате или фруктовом соку, по 200 гр. ежедневно) с результатом, не худшим, чем при лечении печенью. В том же направлении работал Шарп, Эльвуд, приготовив препарат из цельных свиных желудков. Этот препарат был применен в клинике Стургисом и Изаксоном. Последние авторы давали своим трем больным сухой препарат в количестве от 15—30 гр. в сутки и получили быстрое увеличение числа ретикулоцитов, по времени значительно опережающем нарастание последних при даче 300—600 гр. свежей печени. Реншоу приводит случай больного а. р., не поддававшийся ни лечению печенью, ни переливанию крови, после же назначения вентрикулина сначала в количестве 7,5 гр. и через девять 15 гр. состояние значительно улучшилось уже через несколько дней.

William B. Castle, Wilshot C. Townsend and Clarke W. Heath (из лаборатории Минот в Бостоне) в самое последнее время опубликовали работу, где они сообщают о том, что в своих исследованиях они выкачивали у здоровых людей ватошак содержимое желудка, обрабатывали этим содержимым бычье мясо, в результате чего получали вещество, которое обладало при лечении а. р. таким же лечебным эффектом, как экстракт печени. Природа действующего начала мяса представляет из себя белок, осаждаемый нормальным желудочным соком (но не слюной и не дуodenальным соком) при РН равном 6. Природу ингредиента желудочного сока, действующего так на мясо, обнаружить не удалось, хотя можно считать доказанным, что таковым ингредиентом не являются общезвестные составные части желудочного сока. Бычье мясо, обработанное содержимым желудка больных, страдающих а. р., не давало того вещества, которое действует при лечении а. р.

С накоплением материала все большее число голосов высказывается за то, что при а. р. печень не является причинным лечением. Дуби сообщает о 12 больных а. р., леченых в Бостонской клинике печенью, причем у 6 больных не было получено никакого эффекта, а один больной даже умер на 3-й неделе. Естественно, что автор требует критического отношения к этому методу лечения. И у нас самих был случай а. р., где, несмотря на то, что сначала начали увеличиваться в числе ретикулоциты, т. е. случай не относился к апластической форме анемии, лечение печенью и неоднократно произведенное переливание крови не дало никакого эффекта, и больная погибла. Тем более поэтому становится ценным сообщение о прекрасных результатах лечения а. р. препаратами желудка.

В связи с последними американскими работами мы сиде ближе подходим к выяснению патогенеза а. р., рассматривая эту болезнь как конституциональную особенность организма с нарушением гормональной жизни его, и лечение должно быть направлено именно в эту сторону, что уже дало ряд существеннейших достижений в руках, прежде всего, американских исследователей.

## Библиография и рецензии.

Д-р Б. Г. Векснер. *Предгрудинный пищевод*. Издание журнала „Новый хирургический архив“. Днепропетровск. 1931 г. 41 рисунок в тексте, 245 стр. Цена 2 р. 50 к.

Гениальная идея создания предгрудинного пищевода в настоящее время получила реальное осуществление в порадочном количестве случаев, успешно выполненных тем или иным из предложенных способов. После бесконечных видоизменений операция антеторакального пищевода к настоящему времени вылилась в две главные схемы—Булльштейн-Ру-Герцен-Лексер, и чистая пластика при помощи одной только кожи—Ровзинг-Брайцев. Обе указанные схемы в данный момент борются; та и другая имеют свои уязвимые места. Дальнейшие наблюдения выяснят их окончательную репутацию: говорить теперь о полной их законченности и надежных длительных результатах еще трудно.

Значение предгрудинного пищевода не исчерпывается теми показаниями, какие он встречает в себе в настоещее время, когда некоторые говорят, что показаний к этой операции оги не встречают в течение всей своей жизни (Бир). В этом нет ничего особенного... Настоящие показания к ней действительно редки. Значение ее в полной мере вероятно определится в будущем, когда хирургия подойдет к окончательному разрешению вопроса об оперативном лечении рака грудной части пищевода. Этот момент не за горами. Вопрос этот должен быть и будет разрешен. Разумеется желательно, чтоб предгрудинный пищевод встретил бы этот момент уже как надежная прочно стоящая на ногах операция, несущая с собой верные результаты и конечно же получающие путем 2—4-х годичных бесчисленных, хотя бы и с отдыхом для больного, вмешательств, а как операция, дающая эффект в менее продолжительные сроки... Здесь есть над чем поработать и стоит поработать...

Автор книги „Предгрудинный пищевод“ включил себя в ряды таких работников не только тем, что выпустив книгу, пополнил тем самым пробел, существовавший в русской монографической литературе по этому вопросу, но и тем, что проработал экспериментально в этой области на почве предложения Я. О. Гальперина—использовать сальник для укрепления соустья кожной трубки с желудком и решил его в своих экспериментах в положительном смысле.

Книга Векснера содержит в себе: краткий исторический очерк, освещение вопроса показаний к этой операции, описания методов пластики с подробной критической оценкой отдельных методов и разбором их деталей, описание осложнений, непосредственных и отдаленных результатов, описание собственного случая, экспериментальную часть, сводку материалов хирургов СССР и иностранных и выводы.

В отношении показаний автор держится совершенно правильного взгляда, что „методом выбора“ операция стать не может, ибо несмотря на прогрессивное улучшение ее техники, она не перестает оставаться длительным, тяжким вмешательством, требует много терпенья и выдержки как от врача, так и от больного и наряду с этим таит в себе еще немало опасностей до смертельных включительно и т. д.

Применять ли пластику пищевода у больных раком в условиях не удаленного рака пищевода? Этот вопрос также совершенно правильно автором решается в отрицательном смысле. Операция пока применима только при доброкачественных сужениях. Здесь, при правильных показаниях она может оказаться действительно спасительной.

Разбор предложенных методов операций с подробным анализом всех деталей, связанных как с производством самой операции, так и с последующим течением и результатами ее, сделан автором достаточно сознательно. Чувствуется, что автор не просто пишет о том, что он вычитал, но — что он и продумал значение всех деталей предмета, о котором он трактует, и в описании старается все так представить, чтобы интересующийся читатель взял для себя в нужный момент все необходимое к руководству. В этом главное значение книги... Она может таким образом избавить хирурга, приступающего к операции предгрудинного пищевода или борющегося в тот или иной момент с различными ее перипетиями, чувствовать себя самоучкой в этом деле.

Экспериментальная часть содержит в себе 2 серии опытов: 1-ая серия касается изучения гистологической картины процессов, связанных с пересадкой сальника под кожу (18 опытов на собаках); 2-ая содержит опыты, касающиеся 2-х темпов операции: 1) пересадка сальника под кожу и 2) образования кожной трубки с вшиванием ее в желудок. Эти опыты показали, что ни в одном случае не наблюдалось образования свища у соусья кожной трубки с желудком, что и подтверждает правильность прекрасной мысли Я. О. Гальперна пользоваться для укрепления этого соусья сальником, который, вероятно, может быть здесь использован и в иных технических приспособлениях. Опыты проведены и разобраны вполне удовлетворительно.

Выводы автора построены исчерпывающе, осторожно и совершенно правильно.

Книжка хорошо издана, написана хорошим языком, вполне грамотно, рисунки удовлетворительны, бумага — за пределами досягаемости провинциальных изданий текущего момента.

Внешность книжки, как и проработка ее содержания вероятно в порядочной степени обязана зоркому глазу такого мастера пера, каким является Я. О. Гальперн.

Недорогая цена книги позволяет ее рекомендовать широким кругам специалистов хирургов.

Проф. А. Вишневский (Казань).

С. П. Шиловцев. *Витаминное питание и заживление костных переломов*. Издание Нижне-Волжского краевого совета Осаввакхима. Саратов, 1931 г., стр. 90, рис. 58. Цена 1 р.

Рациональное питание здорового и больного человека является важной государственной проблемой. Ее значение особенно велико у нас в СССР при профилактическом направлении советского здравоохранения. В данной книге подробно разбирается вопрос о значении рационального питания во время процесса лечения костных ран. Повреждения костей встречаются часто в мирной обстановке среди промышленных и сельско-хозяйственных рабочих и значительно чаще у бойцов на войне и, следовательно, углубленное изучение главы о лечении переломов есть вопрос сегодняшнего дня. Автор подходит к изучению этого вопроса под углом зрения влияния витаминного питания на процесс заживления костных переломов. Две первые главы посвящены современному состоянию учения о витаминах иavitaminозах и разбору общих причин, нарушающих нормальное срастание костных переломов. В следующих (II, IV, V) главах подробно описаны опыты автора над экспериментальной цыпкой (С-авитаминоз), экспериментальным бери-бери (В-авитаминоз), ракитом (D-авитаминоз) и влияние их на течение и судьбу костных переломов. Экспериментальные исследования автора относительно влияния различныхavitaminозов на процесс заживления костной раны у животных показали, что во время заболевания животного экспериментальной цыпкой, совершенно парализуется способность организма образовать костную мозоль. При экспериментальном раките также в значительной степени замедляется образование костной мозоли в особенности ее оссификация. В значительном проценте случаев заживление перелома у ракитических крыс не наступало.

Клинические наблюдения автора над лечебным действием витаминного питания при костных переломах основываются на 47 случаях. Во всех случаях больные получали пищу богатую витаминами, что во всех случаях способствовало более быстрому заживлению переломов. Малочисленность опытов автора понижает

ценность его выходит. Ранее, Израель на 200 опытных животных (а не 25 опытов автора) доказал, что при экспериментальной цынге через 6 недель не происходит сращения перелома и отломки кости обычно смешаются. У контрольных животных за этот же промежуток времени перелом срастается и рентгеном спредляется массивная мозоль. Неубедительны также данные автора относительно Давитамиева. Из 13 гахитических опытных крыс сращение отсутствовало у 5. Между тем как Hellner, экспериментируя на 75 животных пришел к заключению, что разницы в течении заживления перелома у гигантолюбов и контрольных животных — нет.

Несмотря на указанные дефекты, рецензируемая книга представляет собой несомненную ценность, так как подробно знакомит с значением питания б-ых при лечении костных переломов и операционных костных ран и будородит научную мысль вскруг этого вопроса для более глубокого разрешения его.

Прив.-доц. И. Цимхес.

Н. Н. Сергеев. *Руководство для практических занятий по оперативной гинекологии*. Под ред. прив.-доц. Елкина. 1931. — ц. 1 р. 75 к. пер. 40 коп.

Предлагаемый вниманию врачей учебник имеет целью дать „в краткой форме точное и демонстративное изложение оперативных методов“, применяемых в гинекологическом отделении б-ницы им. Мечникова в Ленинграде. Книга написана для врачей-курсантов, слушателей Госуд. Инст. для усовершенствования врачей. Все руководство разбито на 9 занятий с приложением инструкции для работы ассистента. Каждое занятие состоит из описаний нескольких операций, иллюстрированных небольшими рисунками. Наша медицинская литература бедна пособиями по оперативной гинекологии. На книжном рынке их почти нет. Последнее издание оперативной гинекологии Губарева, несмотря на высокую цену (15 р.) давно уже разошлось. Повятно поэтому то чувство удовлетворения, с каким встречаешь выпуск Госиздатом нового пособия по указанной специальности и по очень небольшой цене. Уже с одной этой точки зрения руководство д-ра Сергеева полезно и должно быть приветствуемо. Книга написана для молодого гинеколога. Это учебник для первоначального ознакомления с техникой операции при практических занятиях на трупе. Не вдафась в оценку хирургических методов, применяемых автором (*quot capita, tot sensus*), отметим только некоторые недостатки, идущие в ущерб точности и демонстративности изложения. Прежде всего обилие повторений. Повидимому, для избежания этого следовало предиспать небольшую общую часть, в которой дать все указания, необходимые молодому хирургу. „Концы лигатур обрезают“ встречается чуть не на каждой странице. Иногда повторяются целые абзацы (напр. п. 8, стр. 17 и п. 10 стр. 22 или вскрытие пузырько-маточной складки брюшины на стр. 43 и стр. 90 и много других). Автор много уделяет внимания различным модификациям основных операций и при общей краткости изложения получается пестрота картины в ущерб ясности. Лучше бы дать главные операции без вариантов, но зато в более пространном изложении. Напр., при описании операции Вертгейма самому важному и трудному моменту сепаровки мочеточников посвящено всего  $4\frac{1}{2}$  строки, изложенных более, чем слабо (стр. 154). Стиль неряшливы; языком mestами вульгарен. Напр., на стр. 22 говорится: концы кетгутовых лигатур *никогда* не срезают коротко и т. д., а на стр. 17 в п. 7 сказано: концы завязанных лигатур коротко срезают. Встречаются выражения: „служат держалкой“ (стр. 47), „тупфером на держалке“ (стр. 43), развернутым шариком“ (стр. 32), „по-над задним краем“ (стр. 83, 17 стр. сверху), пункция „на зеркалах“ (стр. 1), „боковики“ (если) и т. под. Есть орфографические ошибки, напр. элонгация вм. правильного элонгация (*elongatio*), стр. 70. Иллюстрации крайне неудовлетворительны: на некоторых видеть почти ничего нельзя или очень мало, см. рис. 1, особенно 6, 8 и др. В общем все же учебник заслуживает внимания молодого врача и студента, собирающегося специализироваться по гинекологии. Желательно в следующем издании, кроме исправления указанных недостатков, дать гинекологическую оперативную номенклатуру хотя бы в русской транскрипции.

С. А. Бельский.

Prof. Dr. J. Kaup und Dr. Ing. A. Grosse. *Arbeit und Erholung als Atmungsfunktion des Blutes mit Anhang über Methodik*. Rudolph'sche Verlagsanstalt—Kassel. Стр. 540.

Этот том относится к серии работ Германского Научного общества физического воспитания. Проф. J. Кауп является сейчас одним из крупнейших специалистов в области гигиены труда. Эта его книга, написанная вместе с изже-

нером Gross e, разбирает вопрос о работе и отдыхе с точки зрения дыхательной функции крови. Рассматриваются все важнейшие способы изучения дыхательного обмена, напряжения газа в крови и альвеолярном воздухе, определение минутного объема крови, кислотности, щелочного равновесия. Затем рассматривается взаимодействие всех факторов кровообращения и дыхания для поддержания равновесия кислот и щелочей. Наиболее интересны главы, посвященные дыхательной функции крови в рамках морфологии и физиологии всего организма, а также значение этих данных для современного учения о конституции. Авторы считают, что удовлетворение потребности организма в пище дает только кирпичи для лабильного физического равновесия, для потенциальной энергии, правильная же дозировка раздражения обеспечивает размеры свободной и кинетической энергии, а вместе с тем и стационарного равновесия. С их точки зрения жизнь есть сумма процессов кругообращения. Специальное внимание обращено ими на вопросы об утомлении. Здесь они останавливаются особенно на работах D u r i g 'a, H e g i n g 'a, A t z l e r 'a, H e g b s t 'a, N e b u l o n i, а также на своих собственных исследованиях. Затем они разбирают сущность горной болезни и тренировки. В заключение они описывают свое новейшее видоизменение водянистого способа H e n d e r s o n 'a и H a g g a r d 'a, а также свой способ определения молочной кислоты в малых количествах крови или мочи. С этой целью они видоизменили способ C l a u s e n 'a следующим образом. Молочная кислота окисляется в 50% растворе серной кислоты в ацеталдегид и током воздуха переводится в сосуд, в котором находится раствор бисульфита натра. После оттитрования непотраченного бисульфита раствором иода соединение алдегида и бисульфита разлагается на свои составные части путем подщелачивания, а освободившийся остаток иода определяется подметрически.

Между прочим, авторы уделяют внимание работе Сеченова (1879) о способности гемоглобина связывать не только кислород, но и углекислоту.

Труд представляет совершенно исключительный интерес и заслуживает внимания всех лиц, интересующихся работой и утомлением.

Проф. М. Я. Брейтман (Ленинград).

## Рефераты.

### a) Эпидемиология.

1) *Новый возбудитель эпидемического цереброспинального менингита.* По сообщению Bugeau of the Public Health Service (Washington) за последние пять лет в Соединенных Штатах количество заболеваний эпидемич. цереброспин. менингитом было весьма велико (числа не указаны), превосходя количество заболеваний за промежуток времени с начала миров. войны. Смертность достигла свыше 50% случаев заболеваний. В связи с этим д-р S. B r a n h a s был поручен Национальным Ин-том Здравоохранения приготовить улучшенную сыворотку. Исследовав свыше 400 культур возбудителя болезни, присланных из разных мест страны, где появлялись вспышки менингита, д-р В. со своими сотрудниками установила наличие культур, не соответствующих известным до сих пор четырем видам (strains). Этот вид д-р В. считает новым, пятой группой. Случай этого вида особенно превалировали в некоторых местах Среднего Запада (The Middle West).

З. Б.

### b) Внутренние болезни.

2) *Менингококкемия и эндокардит.* M a s t e r g сообщает (Journ. Am. M. A., V. 96, № 3) о 3 случаях, где клиническая картина заболеваний наряду с высокой 1°, болями в суставах, высыпью на коже сопровождалась высоким лейкоцитозом с нейтрофилией и выраженным явлением со стороны клапанов сердца и наличием менингококка в крови. Все 3 случая закончились выздоровлением. А. применял менингококковую сыворотку интравенозно по 40,0—60,0 через день. А. считает пораженный эндокард фокусом, откуда менингококки поступают в кровь.

Н. Крамов.

3) *Гипотиреоидизм и влияние на желудочно-кишечную функцию.* T homas B rown сообщает (Journ. Am. M. A. 931, 97, 8) об одной б-ной, обратившейся в хирургическую клинику с жалобами на хронические, не поддающиеся лечению, запоры; в прошлом удален appendix; запоры объяснялись частичным сужением на почве операции, рентген дал atoniu colonis; была предложена резекция

colonis. Но внимание А. было обращено на след. симптомы: умственная вялость, сухость кожи, полнота при ограниченной диете, низкая  $\text{t}_0$ ; в остальном норма, gl. thyroideia не увеличена. Больная получала три раза в день по 0,13 щитовидного экстракта и через 24 часа появились норм. кишечные сокращения, ослабли остальные симптомы. Операция отменена. А. говорит, что гипотиреоидизм (обычно не распознаваемый), проявляющийся низкими цифрами основного обмена, играет большую роль в появлении желуд.-кишечн. расстройств и особенно неукротимых хронических запоров и легко поддается тиреоидной терапии. Желудочная же секреция имеет тенденцию к субацидности и ахлоргидрии только в случаях г. с резко выраженным понижением основного обмена.

Н. Крамов.

4) Гипертиреондизи и желудочно-кишечные явления. Russell Verbrugge (Journ. Am. M. A. 1931, 97, 8) обращает внимание на необходимость определения основного обмена, так как часто, где gl. thyroideia не увеличена, г. проигрывается. На 34 случаях г. авт. находит исключительно часто желудочно-кишечные явления (боли желудочные, тошноту, рвоту и т. п.); из других симптомов отмечаются сердцебиения, нервозность, высокий пульс, повышен. кровян. давления и во всех случаях повышение цифр основного обмена. Лечение йодом давало в этих случаях хорошие результаты с резким улучшением желудочных явлений и с падением высоких цифр основного обмена.

Н. Крамов.

5) Stricturanaemie и печеночная диата. Nagbeshuber (Med. Kl. 1931, № 11), сообщает о б-ой, имевшей тяжелые желудочно-кишечные явления и симптомы злокачественного малокровия на почве стеноза кишечника от туберкулезных язв. Предпринятая операция удаления обнаруженных 3 туб. язв. тонких кишечек дала временное облегчение общего состояния, которое через 5 лет настолько ухудшилось (снова появились желуд.-кишечн. явления, наросли глосит и другие симптомы апнеемии perniciosae), что б. поступила снова в б-цу. Была назначена печеночная терапия (500,0 свежей печени ежедневно) и ежедневный прием Sal. carlsbadensis; через 3 недели общее состояние б. резко улучшилось, прибыла в весе на 7 kg, и картина крови (вместо бывш. Hb—22%, E—1350000, L—2200, Myel—3%, Jug—10%, St—10%, Seg—39%, Lym—49%, Mon—6%, Eos—1%) стала близкой к норме: Hb—82%, E—4300000, L—8100, N—73,5%, Lym—18%, Mon—6%, Eos—2%. Т. о. данный случай является типичной апнеемией perniciosa на почве сужения кишечника. Имевшиеся норм. цифры желуд. сока у данной б. обычно при а. р. anaciditis, по мнению А., говорят о причинной связи между указанным стенозом и а. р.

Н. Крамов.

6) Массивные дозы печеночного экстракта применил Сопегу (Journ. Am. M. A., V. 97, 9) на 6 больных злокачественным малокровием (трое тяжелых больных и 3—mögibund'ов), дав каждому однократно рег ос или через зонд по 30—50 вайалов печеночного экстракта (1 вайал получается из 100,0 печени). Хороший клинический эффект (ремиссия) получался скорее, чем при обычном лечении печеночным экстрактом: % ретикулоцитов резко нарастал на 2—3—5 день; % Hb и количество эритроцитов также резко нарастали. А. рекомендует этот метод в критических случаях, где требуется быстрый эффект и в случаях упорной непереносимости систематического печеночного лечения.

Н. Крамов.

7) Лечение бронхиальной астмы физическими методами. Wellisch (Med. Kl. 1931, № 7) рекомендует комбинированный курс лечения бр. а.: диатермию (10—30 сеансов через день) и освещение ртутно-кварцевой лампой (8—10 сеансов через 3—4 дня). При диатермии свинц. пластинки в 400 c<sup>2</sup> при токе в 1,2—1,5 амп. накладываются на грудь и спину на 10', увеличивая время на 2' до 20'. При рт.-кв. лампе от переменного тока в 220 вольт при расстоянии горелки от кожи в 70 см. освещается грудь и спина по 5' и бока груд. клетки по 3' на площади в 15 кв. см. А. в диатермии видит непосредственное влияние на легкие, бронхи, а действию рт.-кв. лампы приписывает рефлекторное влияние с кожи через нерви. систему на легкие. Из 22 б. б., леченных указанным методом, дали 7 чел.—значит. улучшение, 11—улучшение, 4—без перемен.

Н. Крамов.

8) Kaminsky (Amer. Rev. Tuber. 1931, № 3) сообщает, что в американских клиниках одновременный билатеральный искусственный пневмоторакс очень редко применяется в то время, как европейские фтизиатры им широко пользуются. А., сообщая о ряде американских врачей, сдержанно и критически относящихся к о. б. и. п., приводит 2 случая о. б. и. п. с хорошими результатами и рекомендует этот метод.

Н. Крамов.

9) Edinger (Med. Kl. 1931, № 10) сообщает о своих двух случаях легочных паратифозных заболеваний (явления абсцесса легких и экссуд. плеврита). Вас.

раг. В. был выкультивирован в обоих случаях из мокроты и в одном случае из плевритической жидкости. Течение в об. случаях было относительно благоприятное.

Н. Крамов.

10) L. M. Bonneg (The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1930, V. 94, № 14) сообщает о 6 сл. *первичного рака легкого*, проверенных аутопсией. Одной из причин рака легких является хроническое раздражение их пылью, автомобильным газом, табаком; хронические болезни легких и бронхов, как бронхит, инфлюенса, тbc также предрасполагают к развитию рака легких. Ewing различает: 1) рак из эпителия бронхов; 2) из слизистых желез; 3) из альвеолярного эпителия. Чаще встречается первая форма, но не всегда возможно определить первоначальный характер клеток. Метастазы обычно многочисленны и распространены. Мужчины заболевают в 5 раз чаще женщин; поражаются преимущественно 6-й декаде жизни; продолжительность болезни от 2 недель до 5 лет. Клинические симптомы: боль, одышка, кашель, мокрота и лихорадка. Различают клинически: 1) небольшую опухоль, дающую легкие или средней тяжести клинические симптомы; 2) распространенную опухоль в легком с тяжелыми симптомами; 3) тоже с вовлечением в процесс средостения; 4) бессимптомная опухоль легкого с распространенными метастазами, обуславливающими клинические симптомы. Раньше диагноз большинства случаев ставился пат. анатомами; в настоящее время растет число случаев клинического диагноза; главный пособник его — рентген. Единственная терапия — операция. Смертность от рака легкого равна 5—10% всей смертности от рака. Иногда рак легкого протекает с гнойником или тbc легкого. В. Ж.

11) R. H. Stiehm a. A. J. Postkett (The Journ. of the Am. M. As. 1930, 94, № 25), сообщая о наблюдаемом им случае *острой желтой атрофии печени*, останавливаются на этиологии болезни, симптомах, возрасте и поле больных. Считывают наиболее отвечающим сущности болезни термин „острый некроз печени“. Заболевание чаще встречается во II-ю половину беременности. Сифилис, др. инфекции, а также различные отравления могут вызвать острый некроз печени. Из данных Thierfelder отмечают, что из 143 сл. 50% падает на 3-ю декаду, 20% — на 2-ую, столько же на 4-ую. На 12449 аутопсий Лондонск. госпит. в 1907—1920 г. встретилось 19 сл. данного заболевания, из них 9 у женщин, 2 у мужчин. По статистике U. S. Bureau of Vital Statistics за 1918—28 г. число смертей от острой желтой атрофии достигает 500 в год. Клинически начинается недомоганием, тошнотой, рвотой, анокексией, головной болью; появляется и прогрессирует желтуха, появляются боли в правом верхнем квадранте или эпигастрии. Бессонница, бред сменяются комой. Отмечают параличи, менингизм, часто положительный с. Вайнск. Обычны: носовое кровотечение, геморрагии в коже, ретине. Лабораторные отмечаются уменьшение мочевины и увеличение аммиака с 5% до 20% в моче. Нахождение в моче кристаллов лейцина и тирозина облегчает диагноз, но не надо забывать, что они присутствуют при раке, осипе, тифе, лейкемии и могут отсутствовать при острой желтой атрофии; из 33 сл., собранных Hindsgom они отсутствовали в 9 сл. Диагностическим признаком является уменьшение печени. В. Ж.

### в) Хирургия.

12) *Переливание крови, вливание соли и оставление вылившейся крови в брюшинной полости*. Dr G. A. Garibdzanjan и A. A. Ožegeljeff из клиники Петрова (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 161, N. 3) произвели опыты на собаках: вылившуюся кровь в 10 опытах оставляли в брюшной полости, в 10 опытах переливали в вены, в 10 опытах вливали в вены вместо крови физиологический раствор поваренной соли и в 3 опытах только лишали собак крови. Опасность больших кровотечений в брюшную полость зависит, с одной стороны, от недостаточности сердечно-сосудистого аппарата, а с другой, от обеднения обмена веществ вследствие большой потери эритроцитов. Полное оставление излившейся крови в брюшной полости в таких случаях не в состоянии восстановить организм. Этого можно достичь переливанием крови в вену и в крайнем случае вливанием физиологического раствора соли. Ввиду выше изложенного авторы рекомендуют при больших кровопотерях в брюшную полость не доводствоваться оставлением вылившейся крови в брюшную полость и производить переливание крови 400—500 кб. снт. с присоединением вливаний физиологического раствора поваренной соли. И. Цимхес.

13) *Холестерин кровяной сыворотки и хирургическая диагностика*. Dr Imre Lang (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 161, N. 3) на 300-ых с заболеваниями брюшной полости пытался определить значение холестерина кровяной сыворотки, как симптома хирургич. страданий. Все общие, температурящие и инфекционные

состояния ведут к снижению содержания холестерина. Заболевания печени и желчных путей различной этиологии вызывают чаще гиперхолестеринемию. Рак желудка и желчного пузыря, язва желудка и 12-перстной кишки со спайками с желчными путями также сопровождаются гиперхолестеринемией. Большое значение имеет определение холестерина сыворотки для подтверждения среди других симптомов диагноза случаев холелитиазиса, а иногда и показаний к операции и прогноза.

И. Цимхес.

14) D. Saratoff (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. N. 3) приводит статистический материал о тромбозах и легочных эмболиях Лейштгской хирургической клиники за десять лет с 1920 по 1929 г. включительно. Тромбозы и эмболии наблюдались одинаково часто как и в других клиниках (243 тромбоза с 95 смертями от легочной эмболии на 51317 б-ых). Зимнее время года повышает появление тромбозов. Оперативный и неоперативный, асептический и септический, материалы одинаково часто дают тромбозы и эмболии. Влияние наркоза, рентгеновского исследования и внутривенной терапии на частоту появления тромбозов и эмболии установить не удалось. Среди женщин эмболии наблюдаются в 3 раза чаще. Опасность тромбоза и эмболии возрастает с возрастом б-ых. Легочные эмболии наблюдались преимущественно среди городского населения.

И. Цимхес.

15) D-т Mond guy и prof. H. Boeminguhaus (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. N. 1/2) произвели опыты на кроликах относительно влияния кислой и щелочной пищи на регенерацию кости при ее переломе. Влияние кислой овсяной пищи и щелочной—репы, листьев овощей контролировалось исследованием РН в моче и рентгеном. Животные брались одного помета. Опыты показали, что характер пищи оказывает влияние на течение регенерации кости. Автор наблюдал более успешную регенерацию кости при кислой диете.

И. Цимхес.

16) D-т E. Kùbányi (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. N. 3), на основании своих опытов, предлагает готовые для трансплантации кусочки сохранять до пересадки в крови данного индивидуума. При длительности необходимо каждые три дня сменять на светлую кровяную сыворотку.

И. Цимхес.

17) О бактерийной флоре при аппендиците. D. E. Hudacek и F. Kegeler (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. N. 3) исследовали 150 червеобразных отростков и воспользовавшись гриппозной эпидемией установили, что клинические наблюдения говорят за существование связи в части случаев между гриппозной эпидемией и наступающим аппендицитом. Feiffeger'овская бацилла инфлюэнзы обнаруживалась из червеобразного отростка гриппозного б-ого. С другой стороны, Feiffeger'овская бацилла была обнаружена в червеобразном отростке 140 б-ых не болевших гриппом. Пневмококк ни разу не был обнаружен, стафилококк и стрептококк - очень редко. Кроме того, находили в пораженном червеобразном отростке и других аэробных и анаэробных микробов: *B. coli*, *streptoc. haemolyticus* и *viridans*, *Enterococcus*, *B. proteus*, *B. subtilis*, *anaerobe Kokken* и *B. perfringens*.

И. Цимхес.

18) Шейные ребра и их хирургическое лечение. H. Jacobsohn (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 161. N. 3), исходя из предложений американцев Adson и Coffey (1926 г.), в 8 случ. шейных ребер производил перерезку сухожилия *m. scalenus anter*. Обычно *plexus* и ключица между шейным ребром образует сухожильный тяж с *m. scalenus ant.*, с перерезкой которого освобождается это образование и исчезают жалобы б-ых.

И. Цимхес.

19) D-т E. Rotthaus (Arch. f. klin. Chir. Bd. 161. N. 2) рекомендует при послеоперационной задержке мочеиспускания внутривенозные впрыскивания 1 cg. Pilocarpin'a+0,3 mg Atropin'a. В руках автора этот метод безопасен и свыше 80% успешен.

И. Цимхес.

20) B. Lewis, G. Cagrolla, G. Struyker описывают случай бластомикоза простаты, придатка яичка и голени (The Journ. of the Amer. Medic. Assoc. 1930, 94, № 25). Впервые заболевание описано в 1896 г. Gilchrist'ом. Заболевание довольно распространено в некоторых местностях Америки; встречается и в других странах света. Интерес данного случая заключается в необычной локализации и терапии. Удалена простата, после чего давался насыщенный раствор йодистого натрия в увеличивающейся дозе до 120 капель в день. Описаны случаи бластомикоза уретры, вагины и вульвы, почек, мочевого пузыря.

В. Ж.

## Краевая научная медицинская ассоциация АТССР.

### Правление.

Научно-медицинская Ассоциация Татарской республики организовалась летом 1931 г. Она объединила все медицинские О-ва, существовавшие до нее в Казани. Председателем О-ва избран проф. И. С. Алуф. При ассоциации были организованы секции и сектора. В настоящее время работают секции терапевтическая, хирургическая, акушерско-гинекологическая, глазная, педиатрическая. С значительным опозданием начали работать секции соц. гигиеническая, секция теоретической медицины и психо-нейрологическая.

Научно-медицинская ассоциация с начала работы поставила себе задачу вести свою работу по определенному плану, отвечающему задачам социалистического строительства, отражающем в себе как задачу увязки теории с актуальными практическими вопросами, так и перестройку теории на началах диалектического материализма. В план работы пленарных собраний научно-медицинской ассоциации поставлены доклады: о генетике (Слепков), о проблеме ионификации атмосферного воздуха (Гасуль), о критике механистических моментов в медицине (Винников), о задачах здравоохранения в условиях реконструктивного периода (Курбан-Галеев), о внemаточной беременности в связи с абортами (Груздев), об обмене раковой клетки (Аксинцев), о протоплазмодинамических моментах в клинике сердечно-сосудистых больных (Малкин), о неврозах (Алух), о митогенетических лучах (Лесский). План этот частично уже выполнен. Кроме того 2 пленарных собрания были посвящены сыпному тифу (Аристовский, Васильев, Агафонов, Казанцев). Пленарные собрания ассоциации вызывают большой интерес со стороны врачей и проходят при переполненных аудиториях. Точно также отдельные секции ассоциации перестраивают свою работу в соответствии с общей установкой научно-медицинской ассоциации. Следует отметить начинание акушерско-гинекологической секции, наметившей в плане своих работ проведение некоторых заседаний секции на татарском языке. На очереди привлечение секций к активному участию в переработке программ преподавания в медвузах в соответствии с марксистской методологией.

При ассоциации в настоящее время работают сектор планирования (Аксинцев), оргсектор (Терегулов), сектор кадров (Соколов), агитмассовый сектор (Смирнов), сектор социалистического здравоохранения (Мухамедяров), сектор печати (Юдин). Комиссия по созыву районной конференции врачей Татарской республики при ассоциации (председ. проф. Васильев) проводит подготовительную работу по организации конференции, намечаемой на весну 1932 года. Работа секторов однако еще не развернута в должной мере. Предстоит большая работа по привлечению массы врачей к активной работе в ассоциации. З. Малкин.

### Общее заседание.

Проф. В. Н. Слепков. „Искусственное получение новых наследственных изменений“. Докладчик остановился на тех достижениях, которые имеются в области исследования явлений наследственной изменчивости. Уже прежние опыты ряда авторов подготовили к возможности искусственного получения новых мутаций, носмотря на то, что значительная часть генетиков придерживалась точки зрения самопроизвольной изменчивости. Полученные в 1927 г. Мёллером мутации у Drosophila под воздействием рентгеновых лучей, частота которых в 150 раз превышала частоту их возникновения без воздействия, открыли новую фазу в экспериментальной генетике. Опыты Мёллера были повторены целым рядом исследователей, в том числе и докладчиком, с не менее яркими результатами. Было установлено, что значительное большинство мутаций летального характера, многие из мутаций являются теми же, которые возникали „самопроизвольно“, что мутационный процесс не имеет строгой направленности и лишен специфического качественного различия при различной дозировке воздействия. Применением рентгеновских лучей были получены мутации, кроме Drosophila melanogaster, у Dr. funebris, у паразитических ос-наездников, у табака, дурмана, львиного зева, злаков. У млекопитающих, если не считать старых опытов Багги Литль, положительных результатов еще не получено (прежде всего, в силу причин технических). Естественно, что радий вызвал результаты подобные Рентгену. Специальные опыты по выяснению последствия рентгеновых лучей показали полное отсутствие последствия. Действие облучения не носит, как думают некоторые гене-

тике, деструктивного характера (выпадение хромосом и их участков), а является реконструктивным. За это говорят достаточно большое количество обратных мутаций, полученных разными авторами. Крайне важным, особенно в связи с вопросом о возможных повреждениях, вызываемых рентгенизацией у людей, является вопрос о том, на какие фазы развития половых элементов действует облучение. Хотя вопрос считать окончательно решенным нельзя, по целый ряд опытов разных авторов согласно говорят за то, что воздействию подвержены почти исключительно зрелые половые клетки. Докладчик указывает на то, что над разрешением этого вопроса работают сотрудники его лаборатории. Далее было показано, что мутации вызываются также и воздействием температуры. Эти мутации носят специфический характер по сравнению с рентгеновскими. Докладчик выражает уверенность, что вскоре удастся получить мутации также применением и других агентов (химические вещества и пр.), на что указания в результатах некоторых работ уже есть. Все эти опыты доказывают, что зародышевая плазма может подвергаться воздействию внешних влияний, и что нам не нужно забывать о возможных и непредвиденных изменениях в зародышевой плазме человека при влиянии на него рентгеновскими лучами и прочими агентами. В прениях выступали профессора: Груздев, Лейский, Гасуль, Васильев, Аристовский, Боголюбов, Русецкий, Чивардзе и др.

Секретарь Драгин.

### Хирургическая секция.

Заседание 17/X 1931 г. Председатель проф. В. Л. Боголюбов.

1. Прив.-доц. Б. А. Гусенин. *Демонстрация больной после операции по поводу заворота слепой кишки.* В связи с демонстрацией поправившейся б-ой после сделанной автором обширной резекции тонких и толстых кишок ( $1\frac{1}{2}$  метра длины) по поводу заворота всего проксимального отдела толстых кишок, докладчик на основании материала из хирург. клики и железнодорожной б-цы за последние 4 года сообщает еще о 4-х случаях volvulus'a соеси, из которых двое умерли после иссечения всей правой половины ободочной, а двое других, подвергнутых более консервативным операциям, выжили. Автор, на основании собственных наблюдений и литературных данных, приходит к мысли об участии случаев заворота слепой кишки и ставит это в связь с нерациональным питанием по преимуществу растительными продуктами, дающими большое количество шлаков и газов. Отмечая рецидивы заворота соеси и резкие изменения в брюшной полости при повторных операциях у больных, оперированных по консервативному методу, докл. склоняется в сторону расширения показаний к резекции кишок при завороте слепой кишки и считает более правильным иссекать слепую кишку даже при мешетчатой форме заворота без гангрипозных изменений. Прения: проф. А. В. Вишневский приветствует расширение показаний к резекции. Д-р Шеневичиков привел случай заворота слепой и восходящей кишкой 5-часовой давности. Явление омертвения не было, и случай кончился благополучно.

2. Прив.-доц. Ю. А. Ратнер. *Аномалии почек и мочеточников в клинике и их диагностика.* Докладчик представил значительный материал аномалий почек и мочеточников (19 сл.), наблюдавшихся в хирург. клинике Инст. усов.-врачей (директор проф. В. Л. Боголюбов) и большей частью распознанных до операции. Наиболее точным методом диагностики является пиелоуретрография. Докладчик демонстрировал целый ряд интересных рентгенограмм: дистопированные почки, подковообразные, односторонней сращенной почки, четыре случая односторонней удвоенной почки, один случай двухсторонней удвоенной почки, два случая солитарной почки, пять случаев кистозной дегенерации почек и друг. Были подчеркнуты клиническое значение аномалий и пути для диагностики. Прения. Прив.-доц. С. М. Алексеев обратил внимание на интерес аномалий с точки зрения происхождения их, а проф. М. О. Фридланда — на изменения в костяке поясничных позвонков у б-ых с аномалиями почек. Проф. В. Л. Боголюбов отметил быстроту развития и усовершенствование урологических методов исследования в деле распознавания и резюмировал доклад.

Административная часть заседания была посвящена заслушанию отчета секретаря секции прив.-доц. И. Л. Цимхеса. За отчетный период (10 мес.) было 7 заседаний, заслушано 9 докладов и 18 демонстр. Организовано бюро хир. секции Красной научной медицинской ассоциации. В состав бюро вошли: проф. В. Л. Боголюбов, проф. А. В. Вишневский, проф. М. О. Фридланд,

д-р К. В. Волков (Ядрин), прив.-доц. Ю. А. Ратнер, прив.-доц. И. Л. Цимхес, д-р Казаков, д-р С. М. Курбан-Галеев, д-р Г. М. Новиков.

Секретарь прив.-доц. И. Цимхес.

Заседание 3/XII 1931 г. Председатель проф. А. В. Вишневский.

1. Проф. А. В. Вишневский. „*К вопросу о лечении трофических язв*“. С прошлого года Факультетская хирургическая клиника по предложению докладчика начала наблюдения над трофическими язвами конечностей и язвами при спонтанной гангрене, встав в деле консервативного лечения их на почву перерыва рефлекторной симпатической дуги не путем тех или иных перерезок, а путем широкого блока симпатической иннервации различных областей человеческого тела новокаином. Докладчик считает, что таким образом легче можно рассчитывать захватить наибольшее количество симпатических нервов и, что еще важнее, при этих условиях мы можем когда угодно повторять свои воздействия на работу симпатической системы, выводя ее из неблагоприятной установки не одним ударом (перерезкой), а повторяя наше вмешательство через различные промежутки времени. В практическом проведении этой меры докладчик предлагает две главные схемы: широкий новокаиновый блок симпатической системы поясничной области и циркулярный блок конечности во всю ее толщину, перехватывающий всю иннервацию целиком. Первая схема в смысле воздействия должна представлять аналогию к операции типа: *ramisectio*, иссечение поясничных узлов и, наконец, *epinephrectomia*, а вторая—должна заменить операции на конечностях. Работа симпатической нервной системы в целом очень сложна и мало еще вами познана. Докладчик рассуждает так: имея перед собой трофическую язву конечности при спонтанной гангрене, мы очевидно имеем перед собой случай неблагоприятной установки работы симпатической первичной системы. Перерывая рефлекторную симпатическую дугу в том или ином месте согласно нашим схемам, мы видоизменяем эту неблагоприятную установку работы симпатической нервной системы, правда, временно, но в практических результатах так же, как и при перерезках. Повторяя через известные промежутки наше вмешательство, мы можем рассчитывать и на стойкое видоизменение этой неблагоприятной установки работы симпатической нервной системы. Во всех без исключения наблюдениях констатируется благоприятный результат, включая и случаи, где о свежести процесса говорить не приходится.

2. Д-р Г. М. Новиков в демонстрирует трех больных со спонтанной гангреной, излеченных по способу проф. Вишневского, указывает еще о двух больных, один из которых в данное время лежит в Плетеневской больнице, а другой уже выписался и вполне работоспособен. Первый из этих последних—крестьянин, 50 лет, является живым свидетелем нашей беспомощности в борьбе с гангреной: в 1916 году ему произведена ампутация левой ноги *in loco electionis*, через два месяца ампутация бедра, через полгода—экзартикуляция в тазобедренном суставе. До 1923 г. был здоров, но в этом году—гангрена пальцев, в результате—экзартикуляция в левом плечевом суставе. Весной 1931 года явился с гангреной 3-х пальцев другой руки. Больной всегда страдал ужасными болями, как и в этом последнем случае. После однократного введения в *capsula articularis* 150 кб. см. новокаиново-рингеровской жидкости, выписан из больницы и до осени чувствовал себя прекрасно. Через 4 месяца снова появились боли и почти зажившие язвы на пальцах снова были поражены гангреной. После двухкратной глубокой циркулярной инъекции раствора в середине предплечья боли сразу прекратились, мокнущие язвы стали быстро подсыхать и отграничиваться от здоровых участков. Больной таким образом избавлен от приводящей его в ужас опасности потерять последнюю руку.

Первому из демонстрируемых больных (Чернов) до поступления в клинику было проделано в других больницах с кратковременным успехом: операция *Leriche'a*, операция Молоткова и экзартикуляция в Лисфранковском суставе правой ноги. Осенью этого года явился в клинику с ужасными болями и гангреной культи. Вливание 200 кб. см. в правую почечную капсулу—на другой же день боли и громадный отек всей ноги магически исчезли. В дальнейшем сделано еще 4 циркулярных глубоких инъекций раствора (с промежутками от 10 до 20 дней) несколько выше голеностопного сустава. В результате обширная язва почти зажила. Второй больной (Швецов) тоже явился в клинику с сильными болями и гангреной 2-х пальцев правой ноги. Осенью прошлого года сделано 3 вливания в почку. Выздоровел и в течение 7 месяцев чувствовал себя хорошо. Теперь явился с рецидивом: боли и влажная гангрена 4-го пальца той же ноги. После

двуих циркулярных инъекций боли сразу прошли, быстро появилась демаркация, палец отпал. Третий больной (Бердников) с гангреной пальцев правой ноги дал тот же блестящий эффект, как и все предыдущие, после первой же циркулярной инъекции раствора. Таким образом, пять леченных нами указанным способом больных, как правило, давали нам прекрасные результаты после первого же блокирования нервов новокаиновым раствором.

После целого ряда вопросов к обоим докладчикам относительно самой техники введения раствора и ответов д-р Домрачев подтверждает хорошие результаты данного способа лечения по личным впечатлениям и прибавляет к демонстрируемым случаям еще один свой случай излечения гангрены. Проф. Фридланд, отмечая чрезвычайную ценность и оригинальность предлагаемого способа лечения трофических язв, высказывает предположение, что здесь, повидимому, благоприятные результаты являются следствием блокирования не только симпатической нервной системы, как говорит докладчик, но и чувствительных нервов. Здесь перед нами широкое поле для дальнейшего изучения фармакологических свойств новокaina, ибо до сих пор было известно, что новокайн имеет только временное воздействие на нервы, в данном же случае мы стоим перед несомненным фактом его довольно длительного действия. Быстрое исчезновение отеков, конечно, пока трудно объяснимо, так как много еще неясного в работе симпатической нервной системы. Не можем же мы объяснить факта быстрого появления отеков после укуса пчелы. Точно также и здесь пока пепонятно оге исчезновение после введения новокaina. Прив.-дсц. Гусенин, отмечавший оригинальную постановку работы клиники проф. Вишневского в целом, высказывает целый ряд вопросов: известно, что новокайн действует временно и после себя не оставляет следов; сомнительно, чтобы предлагаемым способом можно было прервать симпатическую рефлекторную дугу целиком, не целесообразнее ли воздействовать не только на симпатическую нервную систему, но и на спинальную; не является ли хороший результат предлагаемого способа лечения следствием того покоя, который приобретает больной, появивши в больницу и т. д. Проф. Богослов указывает на большой интерес и ценность данного доклада, поставившего вопрос о влиянии новокaina на ткани и изменяющего установившиеся к сегодняшнему дню понятия о том, что артериосклерот. гангрена есть известная стадия самопроизвольной гангрены. Мы в хирургии переживаем сейчас новую эру в учении о влиянии нервной системы на патологию, особенно много занимается этим наш бывший казанец — проф. Сперанский. К настоящему докладу нельзя еще пока предъявлять требование научного объяснения некоторых мало-понятных сторон. Ценность же предлагаемого способа лечения гангрены заключается в том, что он пеизмеримо проще и невыше по проведению, чем все другие кровавые способы, в конечном счете дающие не лучшие результаты. Для больного это не безразлично. Вполне согласен с проф. Фридландом, что необходимо дальнейшее изучение действия новокaina на ткани, у меня самого появилась мысль вводить его в малый сальник в тех случаях, когда мы не находим язвы желудка. Предлагаемый способ лечения гангрены мы должны быстро и широко подхватить и вопрос этот не ограничивать данной скромной аудиторией, а вынести его на обсуждение съездов.

III. Д-р Г. М. Новиков. *О рецидивах болей после аппендиэктомии.* Из выставляемых разными авторами причин, вызывающих появление в послеоперационном периоде болей прежнего же характера, докладчик ставит акцент и видит корень зла рецидивов в следующем: 1) олибочная диагностика, 2) просматривание взаимозависимости и совместного заболевания органов правой половины живота, среди которых львиная доля падает на комбинацию нефротоза с аппендицитом, 3) в наличии инфицированной брыжжейки отростка, даже после удаления последнего и 4) в отсутствии в наших руках верного и надежного способа воздействия на симпатическую нервную систему. В дальнейшем докладчик, применяя методологию диалектического материализма, обосновывает свои положения. Клиника проф. Вишневского придает большое значение прочитыванию новокainово-ринггеровским раствором не только брыжжейки отростка, но и всех окружающих слепую кишку спаек и сращений. В качестве предварительной рабочей гипотезы докладчик выдвигает предположение, что указанный раствор, обладая в некотором роде стерилизующими свойствами, не только убивает гнездящуюся в брыжжейке отростка инфекцию, но и вносит какую-то пертурбацию в *n. sympathetic abdom.*, которые в результате дают весьма благоприятные результаты после аппендиэктомии. Оперирует материалом в 109 случаях хронических

аппендицитов. Результаты: полное выздоровление—71,5%; наступило улучшение—17,5%; без перемен—7,3%; наступило ухудшение—3,7%.

После целого ряда вопросов, приняли участие в прениях: прив.-доц. Гусинин, проф. В. Л. Боголюбов, проф. А. В. Вишневский—резюме.

Секретарь Г. Новиков.

## Хроника.

1) В начале января в Казани состоялось первое собрание о-ва врачей марксистов-ленинцев. Задачей о-ва является быть методологическим центром для проведения в жизнь генеральной линии партии в области медицины и строительства социалистического здравоохранения, разрабатывать актуальные вопросы теории и практики соц. здравоохранения и активно участвовать в его строительстве, борьбе за чистоту марксистско-ленинской теории в вопросах здравоохранения и медицины, борьбе за испытанное идеологическое оружие рабочего класса—диалектический материализм. О-во устанавливает тесную связь с научными институтами, обществами, съездами с целью приближения к ним методологического руководства. О-во стремится добиться коллективных форм и методов научной работы на основе соц. форм организации труда. Председателем о-ва является Нарком здравоохранения ТР т. С. М. Курбанигалеев, отв. секретарем правления т. И. З. Векслини.

2) 3-я Областная дермато-венерологическая конференция, созданная Украинским государственным ин-том венерологии и дерматологии в г. Харькове и состоявшаяся 23—27 декабря 1931 г. считает категорически необходимым: ликвидацию установки на „интересные случаи“, переход на плановую борьбу за ликвидацию венерических и кожных болезней—как массовой заболеваемости, активное участие дермато-венерологов в разрешении вопросов повышения обороноспособности нашей страны и охраны здоровья Красной армии и флота. К широкой самокритике, к решительному вскрытию, не взирая на лица, всех ошибок, без гнилого либерализма, без семейственности и обычательско-мещанского подхода в работе, к большевистско резкой и не примиримой партийности к науке.

Конференция с удовлетворением отмечает большевистское признание своих ошибок одного из руководителей венерологии РСФСР тов. Броинера и взятие им на себя обязательства в дальнейшей работе четко проводить в жизнь линию партии. Конференция решительно протестует против идеалистически-механистических концепций проф. Мильмана (Днепропетровск. ин-т усовершенствования врачей) и заслушав устное заявление проф. Мильмана с признанием своих ошибок ожидает от него, не на словах, а на деле, последовательной борьбы за внедрение диалектического материализма в науку. Конференция не удовлетворена выступлением проф. Соболева (Харьков—медицинский институт), который своим заявлением о трудностях изучения диалектического материализма и переведением дискуссии на личные моменты, пытался пригнить принципиальную высоту вопроса поворота Советской дермато-венерологии на уровень задач, предъявляемых к ней страной строящегося социализма. Конференция решительно осуждает гнилой либерализм и мещанско-обычательский подход к вопросам борьбы на два фронта в науке д-ра Лейбфрейда Л. М. (Харьков, медицинский институт, клиника проф. Соболева), который будучи членом правления Всеукраинского общества врачей марксистов-ленинцев и членом президиума конференции \*), выступив на конференции не дал развернутой и решительной критики методологических ошибок проф. Соболева, опасаясь нарушить с ним «хорошие взаимоотношения».

Конференция выражает уверенность, что обеспечив в своей работе господствующую роль методологии диалектического материализма, применяя новые формы социалистического труда—соцсоревнования и ударничества, осуществляя в своей работе 6 исторических указаний тов. Сталина, широко развернув плановость и коллективность в работе, Советские дерматологи и венерологи станут в первые ряды борцов за оздоровление труда и быта, за завершение построения социализма в нашей стране.

\* ) 24/XII 31 г. исключен из членов общества врача марксистов-ленинцев и на заседании конференции 26/XII 31 г. выведен из состава президиума конференции.

3) В Лондоне закончена организация первого в Англии института усовершенствования врачей (British Post-Graduate Medical School). Лондонский городской совет передал институту принадлежащий ему большой госпиталь и 150.000 фунтов на дальнейшее оборудование института, а также здание «London-House» для общежития на 30 врачей. Министерство здравоохранения также отпустило 150.000 фунтов. Скоро состоится открытие института.

4) В Финляндии в феврале с. г. состоялось народное голосование по поводу уничтожения закона, воспрещающего продажу алкоголя. За уничтожение закона подано 515.000 голосов, за его сохранение 204.000 голосов и компромиссных предложений собрано 10.000 голосов. Таким образом в Финляндии будет в ближайшее время разрешена продажа спирта, и соответствующие министерства вырабатывают правила для урегулирования этой продажи.

5) В Вюртемберге наблюдалось 20 случаев своеобразного *Myelitis transversa*, все закончившиеся смертельно и напоминающие по своей симптоматологии *lyss'y*. Так как собак, заболевших бешенством, в Вюртемберге давно нет, то предполагается, что дело идет об укусах летучими мышами, в мозгу которых обнаружены типичные для бешенства изменения.

6) В Лондоне до сих пор прием душевнобольных в психиатрические больницы был возложен только после освидетельствования заболевшего врачами и прокурором. Такой порядок создавал большие затруднения при помещении острых и излечимых больных. В настоящее время для таких больных в Лондоне открыт особый *West-End-Hospital* со свободным приемом и выпиской душевнобольных.

7) В настоящее время после 65-тидневного разбирательства закончился знаменитый Любекский процесс против проф. Деуске и д-ра Altstädt'a по поводу смертей 76 детей после прививок по Calmette'у (BCG). Суд считает, что культуры были загрязнены или перепутаны с другими; против проф. Деуске и Altstädt'a выдвинуто также обвинение, что они без достаточной тщательности и врачебной осторожности приступили зимой 1929-30 г. к прививкам BCG, что повлекло смерть многих детей. Проф. Деуске и Altstädt'a приговорены к 3 годам тюрьмы.

## ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

1) В чем заключается техника определения биологической дозировки кварцевой лампы по способу Dahlfield'a и где приведено ее описание?

Д-р Дементьев.

Ответ. Биологический метод Dahlfield'a определяется особым прибором, сконструированным автором в виде врачающейся трубы с 4-мя секторами (полами), внутри которой помещаются желатиновые пластинки различных оттенков покраснения. Описание этого метода имеется в *Strahlentherapie*, Bd. XVI и, кроме того, цитируется у Рудницкого, Гасуля и др.

Проф. Г. Клячкин.

2) Возможна ли комбинация водяной ванны индифферентной  $t^0$  с последующим душем. Не есть ли это несовместимая процедура, особенно у невротиков?

Д-р Дементьев.

Ответ. Для терапевтических целей такое комбинирование процедур физиологически не обосновано, но нередко практикуется для гигиенических целей.

Проф. Г. Клячкин.

3) На чем основано применение кварцевой лампы у больных плевритом?

Д-р Дементьев.

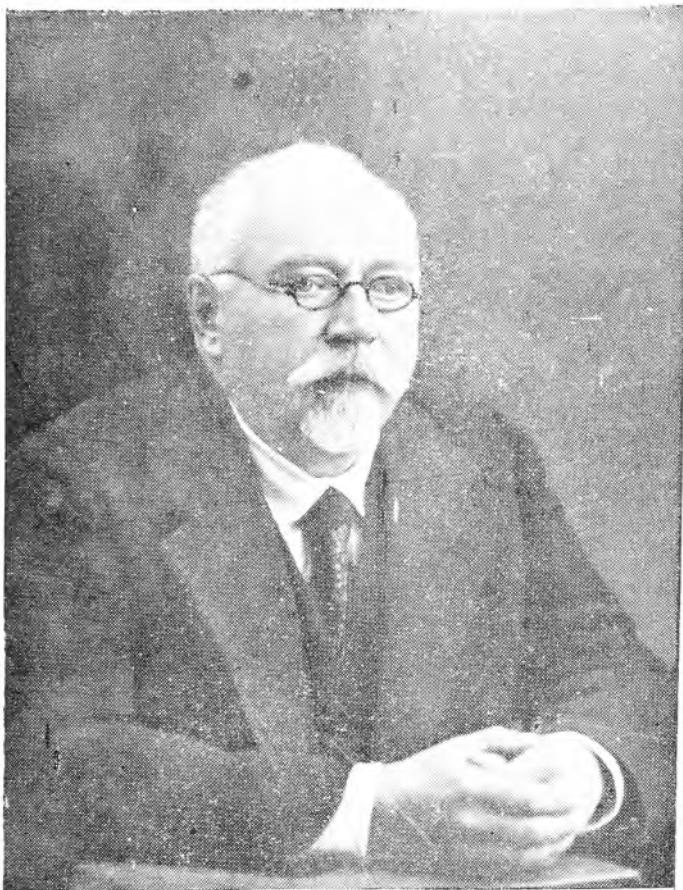
Ответ. На общеукрепляющем, болеутоляющем и рассасывающем действии ультра-фиолетовых лучей.

Проф. Г. Клячкин.

24 февраля скончался профессор внутренних болезней Казанского медицинского института Михаил Николаевич Чебоксаров.

Некролог будет помещен в след. № „Каз. мед. жур.“.





ПРОФЕССОР  
Михаил Николаевич  
ЧЕБОКСАРОВ.

## **Профessor Михаил Николаевич Чебоксаров.**

24-го февраля скончался профессор Михаил Николаевич Чебоксаров, занимавший кафедру внутренних болезней при Казанском университете, а затем Мединституте с 1919 г.

Многосторонняя деятельность покойного будет освещена подробно в одном из ближайших номеров нашего журнала.

В памяти его учеников Михаил Николаевич Чебоксаров прежде всего останется как крупнейший врач-клиницист, умевший сочетать обширную теоретическую эрудицию с высоким искусством практического применения своих знаний у постели больного. Изощренная клиническая диагностика не превращалась для него в самоцель, в „искусство ради искусства“ даже и в том время, когда в некоторых клиниках считалось признаком хорошего тона уделять исключительное внимание вопросам диагностики и находили удовлетворение в совпадении клинического диагноза с данными аутопсии, а в терапии ограничивались шаблонными методами. Тонкая диагностика, которую Михаил Николаевич считал необходимой принадлежностью всякой серьезной клинической школы, была для него лишь мостом к правильной и рациональной терапии. Этот взгляд он особенно настойчиво подчеркивал в последнее время на клинических обходах и конференциях.

Это, наряду с чутким отношением к людям, создало ему широкую популярность среди больных. Он ясно сознавал пределы наших терапевтических возможностей, обусловленные современным состоянием науки, и придерживаясь тактики активного вмешательства в случаях, где можно было с очевидностью вскрыть его рациональность, он был очень осторожен в случаях неясных, предпочитая здесь в процессе клинического наблюдения найти пути правильного лечения.

Владея в совершенстве методом симптоматической терапии, являясь в этом отношении продолжателем лучших традиций Казанской школы терапевтов, М. Н. Чебоксаров в то же время стремился к тому, чтобы, пользуясь данными физиологии и патологической физиологии, построить научно-обоснованную терапию внутренних болезней.

Эта тенденция—использоваться данными теоретической медицины для практических клинических целей проходит красной нитью через все его работы, начиная с работ о надпочечниках, начатых его классической диссертацией об иннервации надпочечников, продолженных исследованиями о функциональной диагностике надпочечников, и кончая сборником работ факультетской терапевтической клиники, посвященных 125-летнему юбилею Казанского университета,—последняя его дань своей Alma mater.

Чрезвычайно ценным в Михаиле Николаевиче, как научном руководителе, было умение выхватывать из каждого комплекса вопросов

наиболее важное и существенное, фиксируя на этом внимание своих сотрудников, что особенно облегчало работу при существующем в настоящее время хаотическом нагромождении противоречивых теорий и гипотез по любому вопросу теоретической и клинической медицины. Это, как правило, почти всегда обеспечивало успешный исход разработки тем, которые он предлагал своим сотрудникам. Всего из факультетской терапевтической клиники за время его руководства клиникой вышло свыше пятидесяти работ.

Эта же способность находить наиболее важное во всяком запутанном вопросе определяло и его особенности, как педагога. Студенты обычно выносили с его лекций ясное и отчетливое представление о наиболее трудных для усвоения клинических проблем. Его освещение клинической симптоматологии заболеваний пищеварительного тракта, клиника пилородуоденитов, холециститов, аппендицитов, перивисцеритов запечатлевалось у слушателей в форме цельной и ясной картины. Его лекции о гепатитах, циррозах, дававшие в ясной и сжатой форме экстракт наиболее плодотворных работ по этому вопросу, с четкой классификацией и образным описанием клинической симптоматологии захватывали аудиторию.

Он умер еще молодым профессором—всего 53 лет, но его яркий ум, обширная эрудиция и большой клинический опыт обеспечили ему большой авторитет в редеющих рядах старой профессуры. Неоднократно занимал он ряд общественных и административных должностей. Он был деканом медфака, ректором университета, работал в бюро секции научных работников. Его историческое выступление на Всесетатарском съезде советов с приветствием от научных работников останется памятным, как яркое выражение стремления научных работников Казани приложить свои силы для дела социалистического строительства. Он один из первых откликнулся на призыв партии и студенчества о перестройке лекционной системы на активный лабораторный метод преподавания. Уже в последнее время он уделил много внимания и энергии вопросу об организации клиники профпатологии. Его живо интересовал вопрос о реальных путях перестройки клинической работы в соответствии с интересами производства.

В обращении со своими сотрудниками Михаил Николаевич всегда избегал элементов командования, опираясь исключительно на свой моральный авторитет. Это позволило ему создать в клинике товарищеский коллектив сотрудников. Ученики профессора Чебоксарова разбросаны в настоящее время по всему Советскому Союзу. Из клиники его вышел ряд профессоров и доцентов. Оставленные им идеи еще долго будут оплодотворять работу его учеников.

*З. Малкин.*