

Отдел I. Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

Институт социалистического здравоохранения и гигиены ТНКЗ. (Директор доцент Ф. Г. Мухамедьяров).

Подготовка медучастков к большевистскому севу 1932 года.

Н. А. Лаптев, А. Я. Плещицер.

Социалистическая реконструкция сельского хозяйства из года в год коренным образом изменяет лицо деревни. Коллективизация сельского хозяйства, организация зерновых и животноводческих совхозов создают новые формы труда. Индустриализация сельского хозяйства вносит новое техническое оснащение сельско-хоз. труда, другие формы труда, новую расстановку рабочей силы и другие темпы работы. Постановлением декабрьской сессии ЦИК СССР устанавливается, что на 1932 год число МТС Тракторцентра должно быть доведено до 3100 с мощностью тракторного парка в 1,360,000 лошадиных сил, для чего должно быть организовано 1700 новых машино-тракторных станций; снабжение с/хоз. машинами собственного производства должно быть обеспечено на сумму 900 миллионов рублей; объем капитальных вложений в социалистический сектор сельского хозяйства определяется в 4.360 миллион. рублей против 3.600 милл. рублей в предыдущем году. Директивы XVII Партконференции к составлению второго пятилетнего плана по сельскому хозяйству ставят задачу осуществить завершение социалистической реконструкции с тем, чтобы машино-тракторные станции охватили все колхозы и в основном завершили механизацию сельско-хозяйственного производства.

Быстрыми темпами расширяющаяся социалистическая реконструкция с.-хоз. хозяйства ставит перед органами здравоохранения и перед каждым медицинским участком на селе перед каждым севом новые задачи, новые формы медицинского обслуживания, на более развернутой базе, чем в предшествующем севообороте.

Созванное¹⁾ 17 февраля 1932 года совместное совещание прикомандированных врачей и организаторов здравоохранения Казанского го-

¹⁾ Это совещание было организовано Институтом социалистического здравоохранения и гигиены совместно с гигиенической секцией Научно-медицинской ассоциации ТР и Гос. институтом усов. врачей им. В. И. Ленина. В нем участвовали и в прениях выступали: от г. Казани профессора Гран, Эпштейн, Лукьянов и Малкин, доцент Мухамедьяров (председатель), д-ра Плещицер и Лаптев (секретарь) и от районов: врач Ширяев (Октябрьский район ТР),

суд. института для усовершенствования врачей было посвящено обсуждению вопросов о развертывании медицинского обслуживания большевистского сева 1932 года.

Выступавшие товарищи из разных районов нашего Союза подчеркивали, что начиная с 1929 года определяется новое направление деятельности медучастка во время всего севооборота, а именно: обслуживание медпомощью в поле. Эта форма обслуживания совершенно отсутствовала в прошлом. Медучасток в прошлом оставался стационарным, неподвижным и с наступлением сева его работа даже затихала.

В настоящее время перед каждым медицинским участком уже задолго до начала сева встают вопросы подготовительных мероприятий к организации лучшего обслуживания медпомощью во время всего севооборота. Эта подготовительная работа медучастка должна тесно переплетаться с хозяйственно-политическими мероприятиями, проводимыми на селе в этот период. В подготовке к большевистскому севу 1932 года медучасток должен увязать свою работу с задачами, поставленными ЦК ВКП(б) от 4/II с. г. по организационному укреплению колхозов. Медучасток только в том случае может обеспечить правильную организацию медобслуживания во время севооборота, если он пойдет по единственному пути увязки своих мероприятий с конкретными задачами всего сева в районе его деятельности. Такое направление деятельности медучастка требует от врача и всего остального медперсонала понимания всего комплекса задач и их политического значения. Участники совещания констатировали, что за последние годы имеются значительные сдвиги в идеологии врачебной массы, работающей на селе. На периферии, в районах, на медучастке имеем преобладание нового врача, с повышенными запросами, с значительно более широким общественно-политическим кругозором, чем это было раньше, до коллективизации. Социалистическая реконструкция сельского хозяйства перевоспитывает врача. Совещание отметило, что наряду с достижениями в этом направлении имеются еще отдельные медучастки, не совершившие поворота лицом к коллективизации и проведению большевистского сева. Органы здравоохранения и профсоюзные организации „Медсантруда“ должны обратить серьезное внимание на эти отстающие участки.

Совещание отметило, что связь органов здравоохранения с хозяйственными организациями, работающими в области сельского хозяйства (Трактороцентра, Колхозтреста и Совхозтреста), недостаточная на месте, а в некоторых районах совсем слабая. Отсюда вытекает необходимость установления крепкой органической связи между этими организациями по всей линии, от центральных организаций до периферии, до правления колхоза, до медучастка. Вопрос о посылке медбригад из города в сельские местности привлек большое внимание участников совещания. Это мероприятие должно быть закреплено на ближайшие годы. Помощь, оказываемая периферии центральными организациями здравоохранения

врач Фадеев (Тетюшский р-н ТР), врач Щеглов (Рыбинский р-н Нижне-Волжского Края), врач Благовещенский (ЦЧО), организ. здравоохран. Меньшиков (Удмуртская область), орган. здрав-ния Аитов (Казахстан), врач Агринский (Романовск. р-н, Н.-Волжской обл.); врач Анохин (ЦЧО), вр. Кочнев (Чернушинск. р-н Уральск. обл.), врач Чертков (Совхоз Гигант № 1, Север. Кавказа) и врач Андриановский (Актанышского р-на ТР). Всего врачей и организаторов здравоохранения было на совещании около 150 человек.

путем посылки медбригад во время севооборота, должна из года в год все шире развертываться. Если в зимнее время медучасток может справиться с своей основной работой, то во время сева и всего периода полевых работ, когда вся работа участка перестраивается, наличные силы явно недостаточны. Основное, что нужно поставить перед медбригадиром, это то, чтобы он осознал политический смысл и актуальность задач, стоящих перед ним. На совещании выяснилось, что отдельные бригадиры понимают свои задачи ограничительно, как подкрепление медпункта исключительно в его стационарной деятельности на амбулаторном приеме, в больнице. Поэтому вопрос инструктажа посылаемых бригад должен быть поставлен во всей полноте. Врач-бригадир только тогда будет полезен во время полевых работ, когда он понимает генеральную линию партии, когда он способен бороться с ее извращениями, когда он может бороться с бесхозяйственностью. Врач-бригадир не может пройти мимо последних директив о борьбе с извращениями по линии обобществления коров, мелкого скота и птиц и о борьбе с бесхозяйственностью в ряде животноводческих совхозов. Подчеркивалась необходимостью в ряде животноводческих бригад с участковым медперсоналом и совместной работы по единому плану. Практикуемое прикрепление посылаемых бригадиров к отдельным районам, к колхозам в течение нескольких севооборотов дало положительные результаты и может быть рекомендовано органам здравоохранения, как весьма целесообразное мероприятие. При комплектовании бригад в национальные районы нужно стремиться, по возможности, посылать отдельных бригадиров, владеющим языком коренной национальности. Совещание подчеркнуло особую важность связи с периферией клинических и социально-профилактических учреждений мединституты, гос. институты усов. врачей и научно-исследовательских институты, путем посылки медбригад на медучастки во время полевых работ. Методом работы бригадиров должны быть ударничество и социалистическое соревнование как между собой, так и с основным персоналом медучастка.

Во всей работе обслуживания колхозников медпомощью во время севооборота видное место занимает подготовка санитарных кадров из колхозников и колхозниц. Во многих районах в течение зимы организуются краткосрочные курсы по подготовке красных санитаров и санитарок. В некоторых районах занятия на этих курсах ведутся в течение нескольких месяцев. В Рыбинском районе Нижне-Волжского края практиковалось прикрепление красных санитаров до начала полевых работ к амбулаториям, где они в течение продолжительного времени знакомились с наложением перевязок и употреблением необходимых медикаментов.

Красный санитар или санитарка не отрываются от своих сельскохозяйственных работ. Имея при себе сумку с перевязочным материалом и с медикаментами, он оказывает медпомощь в поле. В случаях, требующих отлучки санитаря с поля для сопровождения больного на медучасток, трудодень сохраняется за ним. Подчеркивалась важность чтения лекций на санитарно-профилактические темы на курсах по подготовке трактористов и других всевозможных курсах, организуемых сельскохозяйственными организациями. Было указано, что в одних районах легко удается добиться включения этих тем в программу курсов,

в других районах это проводилось с большим трудом. Совещание высказалось за необходимость развития этого мероприятия.

Особое внимание должно быть уделено организации курсов по подготовке ясельных работников и переподготовке их. На местах уже накопился достаточный опыт. Следует поставить вопрос о более повышенной программе на курсах, где проходят переподготовку ясельные работники. Не только вопрос подготовки кадров для ясель занимал внимание участников этого совещания. Наряду с этим вопросом были поставлены вопросы организационного укрепления этих учреждений. Постановка ясельного дела в ряде районов неудовлетворительна: отводилась недостаточная площадь, ясли плохо снабжались инвентарем, бельевым имуществом и мануфактурой, дефицитные продукты поступали с опозданиями. Окончательный план ясельного строительства слишком поздно доводился до участков, благодаря чему ясли поспешно открывались в неподготовленных помещениях. Несмотря на эти недостатки, все же сеть этих учреждений качественно улучшается, и с новыми достижениями, с новым опытом организации охраны матмлада вступают в большевистский сев 1932 года. Совещание, фиксируя внимание на указанные недостатки в организации ясельного дела в ряде районов, ставит перед органами здравоохранения и перед сельско-хозяйственными организациями задачи всемерного укрепления этой сети в отстающих районах. В некоторых районах практикуется организация ясель в поле, в палатках или в будках. Этот опыт должен быть изучен в севообороте 1932 года.

Оздоровительные мероприятия в поле должны быть направлены на улучшение санитарно-гигиенических условий в вагончиках машин тракторных станций, а также на снабжение хорошей питьевой водой. Необходимо выработать санминимум, ознакомить с ним тракториста и добиваться от красных санитаров, чтобы они следили за проведением его в жизнь.

Выработка санминимума должна стать обязанностью медработника, последний руководит и инструктирует работающих в поле. Некоторыми товарищами выдвинут вопрос об организации примитивных бань в поле.

Одним из основных вопросов является организация общественного питания в поле. Одобрение встретило практикуемое в ряде районов приготовление пищи и кипяченой воды в полевых походных кухнях и походных кипятыльниках. Медучастки, медбригады совместно с правлениями колхозов, с организациями нарпита должны выработать план организации общественного питания в поле и выделить ответственных лиц. Ни в коем случае не должна быть допущена обезличка в этом деле.

Передовая из „Правды“ от 3-го апреля с. г. указывает, что „укрепление бригады в поле требует от колхозной ячейки и правления колхозов соответствующих мероприятий по материально-культурному обслуживанию бригад. Надо твердо усвоить, что эта сторона дела — забота о работающем колхознике, о его нуждах — в конечном счете самая важная задача колхозной ячейки“.

Значительное внимание было уделено вопросам борьбы с травматизмом и учета его. Одним из основных мероприятий является инструктаж работающих с машинами, с указаниями на опасности, угрожающие

их здоровью и жизни в случаях несоблюдения ими правил обращения с сельско-хозяйственными машинами. Организация медобслуживания в поле, подготовка кадров красных санитаров, посылка медбригад, снабжение санитаров сумками с перевязочными материалами—все это направлено на борьбу с травматизмом в первую очередь и на его профилактику. Снабжение трактористов индивидуальными пакетами следует рекомендовать как обязательное мероприятие. Своевременно и правильно наложенная перевязка снижает длительность травматического случая и быстрее восстанавливает трудоспособность.

Был поднят вопрос о частоте травматических случаев. Выступавшие товарищи не отмечали выраженного подъема травматизма в связи с механизацией с. хозяйства. В отдельных районах имеется некоторое повышение тяжелых увечных случаев в сравнении с предыдущими годами. Одно было ясно для всех, что учет этого травматизма поставлен плохо, что необходимо организовать правильную регистрацию по единым формам.

На совещании был также поднят вопрос об изучении профзаболеваний и причин их появления. Врач Щеглов указывает на частоту заболеваний люмбаго, фурункулезом, анемиями и неврастенией, наблюдаемых им у трактористов. Появление люмбаго, по его мнению, зависит от неудобства сиденья. Анемии объясняются им вдыханием газов из выхлопной трубы трактора „Интернационал“, которая расположена перед лицом тракториста. Участники совещания обратили внимание на вопрос комплектования колхозных бригад, на необходимость отбора больных, лиц, страдающих болезнями на грани декомпенсации, на необходимость освобождения колхозниц от работы в последний период беременности и ближайший период после родов. В отношении последнего вопроса было высказано пожелание о регламентации этого вопроса органами Наркомтруда и Колхозцентром.

В некоторых районах удается добиться выделения дежурной лошади при каждой колхозной бригаде для перевозки больных. Это мероприятие следует рекомендовать проводить повсеместно.

Была подчеркнута необходимость уделения внимания новостройкам в совхозах и колхозах, причем указывалось, что новое строительство производится без предварительного саносмотра участка строительства. Необходимо также предусмотреть составление планов типовых колхозных построек.

В данной статье мы остановились на одних вопросах, обсужденных на совещании, более подробно, на других—менее подробно. Места располагают уже богатым опытом медобслуживания во время полевых работ в новых условиях социалистической реконструкции сельского хозяйства. Хотя масштабы организации медобслуживания в зерносовхозе „Гигант“ на Сев. Кавказе и в каком-нибудь районе Казакстана различны, но формы работы и их идейное содержание общее. Обменяться опытом могут те и другие.

В некоторых районах уже сев идет и ставит себе задачей еще раз мобилизовать внимание всех медработников села ко всему комплексу вопросов проведения большевистского сева 1932 года.

К вопросу комплектования и руководства здравпунктов 1).

Я. А. Кимбаровского (Москва).

Чрезмерная поспешность работы конференции врачей здравпунктов Подмосковского угольного бассейна и Тульского района привела к тому, что 2-й день работы 12/II с. г. конференции прошел без достаточной критики, ясности и четкости работы. Недоговоренность и распыленность такого чрезвычайно важного вопроса, как вопрос о руководстве здравпунктами, не нашло достаточного отражения в резолюции. Последняя была принята на ходу в незаконченной редакции, что и заставило нас специально остановиться в данной статье на этом вопросе, тем более что мы резко разошлись на конференции с принципиальной установкой Зам. Зав. Мособлздравотдела тов. Смирнова.

Здравпункт, по определению руководителя Мособлздравотдела тов. Смирнова, в административном и хозяйственном отношении должен перейти непосредственно в ведение Здравотдела. Что касается методологического руководства, то последнее осуществляется территориальным единым диспансером или объединением.

Наша точка зрения по этому поводу, высказанная на данной конференции, отражала следующие моменты: Здравпункт в системе здравоохранения является основным звеном всей здравоохраненческой работы, приближающим все элементы борьбы за оздоровление труда и быта вплотную не только непосредственно к предприятию, рабочему станку, но и к самому рабочему. Все это вместе взятое требует от здравпункта такой работы, которая носила бы строго четкий, цельный, определенный характер, без элементов самотека, случайности и „кто во что горазд“. Лозунг тов. Сталина — „по новому работать, по новому руководить“ это значит, что органы здравоохранения, уделяя максимум внимания здравпунктам, одновременно должны ликвидировать обезличку. При руководстве же по административной и хозяйственной линии здравотделом, а организационно-методологически-территориальным единым диспансером, или объединением получается в жизни здравпункта — непрекращающаяся чехарда-обезличка. Обезличка в здравоохраненческой работе — печальная гарантия для бездеятельности и безответственности за порученный участок работы. Вот почему организационно-правильное построение основного звена здравоохранения — верный удар по обезличке и чехарде.

Разве на сегодняшний день так легко и доступно найти ту грань, которой можно было без ущерба для дела отделить методологию от администрации на здравпункте? Эта операция не так проста, как мыслят себе „хирурги“ из Мособлздравотдела. Допустим, что здравоохраненческий „Соломон“ эту грань нашел. А дальше как? Можно ли оторвать слабую, не окрепшую организацию здравпунктов от единых диспансеров-здоровьединений на данном отрезке времени? Смогут ли самостоятельно здравпункты выполнить все те боевые задачи сегодняшнего дня, возлагаемые на них, без активной помощи и поддержки тех же единых диспансеров или здоровьединений (там где они имеются)? Безусловно, нет!

Организовывать здравпункты так, как мыслит себе Мособлздрав-отдел, исходя из того, что объединения и здравпункты в одинаковой степени заинтересованы в проведении профилактической работы, является шагом, непродуманным до конца и рассчитанным, опять-таки, на случайность и на „добрые взаимоотношения“. При академических рассуждениях такие „расчеты“ еще могут быть допустимы, но совсем иное положение при хозрасчете, когда происходит контроль рублем. В этих условиях единый диспансер или здравобъединение навряд ли из своего бюджета будут нести расходы за бригады специалистов, прикрепляемых к звеньям производства в помощь здравпункту, и целый ряд других моментов.

Мы считаем, что здравпункт от единого диспансера или здравобъединения отрывать ни в коем случае не следует, а, наоборот, надо еще больше налечь, чтобы между ними была органически неразрывная связь. Здравобъединение или единые диспансеры должны в своей работе переключиться, уделяя максимум внимания здравпунктам, выделив для этой цели твердый бюджет для оперирования здравпунктом, освободив последний одновременно от мелочной опеки. За здравотделами должны остаться лишь более живые и частые контроль и инспекция за выполнение здравобъединениями и здравпунктами очередных задач, помогая им своим авторитетом и силой в необходимых случаях.

Наряду с этим, в работе органов здравоохранения по союзу Медсантруд, ближайшей задачей дня назрела необходимость создать и поднять авторитет врача здравпункта, который должен срастись с рабочей массой. Надо прямо сказать, что до сего времени этому вопросу не уделяли достаточного внимания на местах ни треугольники промпредприятий, ни органы здравоохранения. Этот пробел необходимо ликвидировать в кратчайший срок, ибо в зависимости от правильной расстановки сил медработников и их авторитета на предприятии, зависят результаты мероприятий по борьбе с промтравматизмом и снижением заболеваемости. Для этой цели, в первую очередь, необходимо в корне пресечь несерьезный взгляд некоторых „защитников“, что „на здравпункт можно послать кого угодно“. Раньше чем командировать врача на здравпункт, необходимо хорошенько взвесить, насколько данная кандидатура врача отвечает требованиям для данного предприятия, вот чем в основном должна руководствоваться здравоохранительская организация. Хозорган должен знать, что у него на предприятии работают лучшие врачи-общественники, и последние всегда должны помнить, что работа медперсонала на здравпункте является делом чести и доблести. Из этого вытекает, что на крупных предприятиях здравпункты должны комплектоваться не „годовалами“ врачами, а достаточно стажированными и знающими, для этой цели, помимо энергии и желания работать, необходима еще квалификация врача, получаемая из опыта работы. При наличии этих данных создается на крупном предприятии авторитет врача, который необходим для проведения оздоровительных мероприятий без лишних дразг, склок, сутолоки и ведомственных трений.

Необходимой предпосылкой правильного построения всей работы здравпункта и правильного анализа получаемых в результате разра-
ботки данных является санитарно-гигиеническая компетенция врача
здравпункта. Следующим этапом является...

пункта должен быть профгигиенистом, работником промсанитарии и, конечно, врачом-общественником.

Для успеха снижения заболеваемости и повышения производительности труда на промпредприятии врач здравпункта должен иметь в центре своего внимания: 1) выполнение промфинплана, 2) брак, 3) заболеваемость и травматизм, 4) прогулы по неуважительным причинам, 5) условия труда, 6) быт, 7) текучесть рабочей силы и переброска рабочих, 8) эффективность лечебно-профилактической помощи. Этот перечень функций лишней раз подчеркивает чрезмерную важность профиля „нового“ врача здравпункта.

В работе врача здравпункта созрела необходимость создать новый кадр специалистов-врачей здравпунктов по отраслевому принципу, хорошо знакомых с рудой, углем, металлом, машиностроением, металлургией, химическим производством и т. д.

С изменением содержания работ здравпункта дается возможность врачу не чувствовать себя запертым в 4-х стенах здравпункта, а переключиться непосредственно на ряд производственно-технологических моментов промпредприятия. В этих новых областях, еще недостаточно изученных медициной, имеются чрезвычайно интересные участки работы для медицинской мысли, которые, естественно, должны повысить заинтересованность врача здравпункта и дать ему возможность проявить на деле инициативу в целом ряде оздоровительных мероприятий труда и производственного быта.

С нашей точки зрения, хозорганы должны быть кровно заинтересованы, чтобы врачи здравпунктов освоили и технологические процессы производства промпредприятия, ибо это тесно связано с максимальным оздоровлением производства, уменьшением профвредностей и профзаболеваний. Следовательно, и хозорган заинтересован, чтобы врач как можно дольше оставался именно на данном предприятии, так как деятельность врача-общественника-производственника неразрывно связана с успешным выполнением промфинплана. А если это так, то, само собой разумеется, что хозорганы должны вместе с органами здравоохранения участвовать в бюджете по оплате врачей здравпунктов. Гораздо лучше было бы, если бы финансирование здравпунктов происходило из одного здравоохраненческого источника, но и при участии промпредприятия все же руководство медперсоналом здравпункта должно исходить исключительно от органов здравоохранения, во избежание двойственности.

Со всей категоричностью необходимо заострить пред общественностью вопрос о необходимости приравнять врачей здравпунктов к работникам ИТР.

На сегодняшний день (и впредь) здравпункт—цех производства, но когда речь доходит до зарплаты медработников, то этот цех превращается по зарплате в уравниловку. Разве можно сравнить работу врача здравпункта с работой лечебника в амбулатории. Между тем разница в тарифных ставках между этими группами не велика. Повышение на 10 или на 20% ставки врача здравпункта против лечебников не дает возможности многим врачам окончательно закрепиться на работе за здравпунктом. Подтянуть свой заработок работой в другом месте, или выходя на работу в другое предприятие, чтобы перейти на другую ставку,

приводит к тому, что при наличии подобного положения,—создать специального кадра квалифицированных врачей специалистов, т. е. инженеров-медиков на производстве,—на ближайшее время, удастся нам не совсем легко. Прямой выход должен быть найден, не откладывая его в долгий ящик. Одним из 6 условий тов. Сталина является повышение производительности труда и улучшение бытовых условий.

С этой точки зрения зарплата врачей здравпунктов должна быть перестроена, примерно, по следующему принципу:

Врач здравпункта (заведующий) получает в среднем, как заведующий цехом (здравпункт—цех производства), цеховой врач—как мастер цеха и т. д., одновременно пользуясь всеми привилегиями, предусмотренными для ИТР, ибо эта группа медицинских работников и по психологии, и по работе, вращаясь исключительно в гуще рабочей массы на производстве, будет представлять ту же техническо-производственную интеллигенцию, имеющую одинаковые интересы в максимальном выполнении промфинплана предприятия. Все это говорит за то, что здравотделы и хозорганы должны найти общий язык в области правильного финансирования заводских медработников, тем более что на многих предприятиях хозорганы имеют своих врачей или дают незначительную дотацию без воздействия Здравотдела.

При решительном повороте к вопросу правильного комплектования врачей здравпунктов, создав естественные условия для работы врачей здравпунктов, которые перестали бы думать о совместительствах, перелетах и т. д., мы тем самым гарантировали бы, что места на здравпунктах будут заняты не случайными людьми и не гастролерами, а действительно квалифицированными врачами производственниками.

Чтобы еще больше стимулировать здравоохраненческие кадры на производстве, не лишне взять под контроль и работу некоторых научно-исследовательских институтов, нагружающих здравпункты своей „черновой“ работой. И здесь надо внести некоторую ясность и коррективы следующего порядка: всякая исследовательская работа при участии врачей здравпунктов становится достоянием не только сотрудников Института, но одновременно и работников здравпункта. Такая на первый взгляд „мелочь“ всколыхнет энергию врачей здравпункта, чтобы еще больше связать себя с институтами для научного проведения отдельных, конкретных задач самостоятельно. Получится теснейшая увязка теории и практики, от чего опять-таки выиграют и хозорганы, здравотдел, институты и, наконец, сами врачи здравпункта, которые тем самым одновременно будут повышать свою дальнейшую квалификацию, не отрываясь от производства.

Мы считаем, что чрезвычайно важным научно-практическим участком у врача здравпункта должно явиться наблюдение и изучение расстановки рабочей силы в цеху и прочих местах работы для установления правильного режима и отдыха работающих на производстве. Проведенная работа послужит реальной помощью заводским организациям в снижении промтравматизма и заболеваемости и повышения производительности труда, а у врача здравпункта при помощи институтов будет конкретная и благодарная задача в стройке социализма.

(Из Факультетской терапевтической клиники Одесского Мед. Института Дир. проф. А. Б. Б у х ш т а б).

Об организации учебного опытно-показательного единого диспансера при медицинском институте ¹⁾).

З. Л. Элштейна.

(С чертежом-схемой на отд. листе)

На нынешней ступени развития Советской медицины актуальнейшей, неотложной задачей является создание сети единых диспансеров, призванных осуществить социалистические принципы в деле здравоохранения. Новые методы медицинского обслуживания трудящихся требуют коренной реконструкции и методов преподавания. Проводимая в связи с этим реорганизация всей системы медобразования должна, очевидно, коснуться как организационных форм, так и содержания работы буквально всех учебных единиц.

Широким кругам академических работников стало достаточно ясно, что практическая, учебная и научная деятельность кафедр и клиник медицинских институтов должна быть увязана с интересами Советского здравоохранения. Однако констатирование самого фактора совершенно недостаточно: необходимы, очевидно, соответствующие организационные мероприятия, без коих навряд ли можно будет пойти дальше благих пожеланий.

До последнего времени клиники и кафедры, выполняя определенные учебные, научно-исследовательские функции, продолжали оставаться в стороне от практической работы органов здравоохранения; нередко даже имевшие место межведомственные трения, возникая на почве взаимного непонимания, отрицательно отражались на постановке учебного дела.

При намечении путей реконструкции медобразования отправным пунктом должно быть стремление поставить кафедры медицинских институтов в сферу непосредственного влияния интересов социалистического строительства. Предстоящий в ближайшие годы колоссальный рост сети здравоохранения весьма остро ставит вопрос об изыскании новых путей и новых баз массовой подготовки медицинских кадров. И если расширение сети учреждений, вовлекаемых в орбиту учебной деятельности медицинских институтов, идет в основном по пути использования имеющихся уже практических баз, то наряду с этим клиники и кафедры должны со своей стороны включиться в общую сеть здравоохранения в качестве высококвалифицированных научно-консультативных центров; в том, что органы здравоохранения от этого выиграют—нет сомнений; зато и кафедры, ставши на этот путь, получают реальную возможность синтезировать положительные стороны академических и практических учреждений, что для них, как учебных единиц, имеет в настоящее время громадное значение. Находясь в сфере непосредственного влияния социалистического строительства, они смогут, да и, пожалуй, вынуждены будут подчинить свою практическую, научно-исследовательскую и учебную деятельность интересам этого строительства.

¹⁾ В порядке обсуждения.

Первое и при том основное требование, какое должны предъявить на сегодня органы здравоохранения к академическим центрам, это оказать им существенную помощь в проводимой реконструкции системы медобслуживания трудящихся. Реконструкция эта в основном заключается в организации взамен изолированно работающих, распыленных лечебно-профилактических учреждений единой системы диспансерного обслуживания, выражающей единство Советского здравоохранения в целом. Насколько нам известно, во всем Союзе нет еще достаточно показательного единого диспансера, который послужил бы образцом для других и вместе с тем был бы одновременно приспособлен и для учебных надобностей. И вот тут-то перед работниками высшей школы встает вопрос о создании на базе какого-либо мединститута единого диспансера, опытно-показательного как в практическом, так и в учебном отношении. Вопрос этот, высказанный впервые в одной из статей, вышедших из нашей клиники ¹⁾, требует, конечно, осознательной проработки: касается он буквально всех составных частей Мединститута; да и вообще мы не мыслим себе реконструкции какой-либо части его (примерно той или иной кафедры, клиники) без реконструкции всех остальных составных элементов этого единого целого.

Обратившись к анализу всего педагогического процесса в целом, мы должны констатировать, что, к сожалению, академические работники наши, фиксируя внимание свое на приподнесении специальных знаний, мало еще заботятся о создании советски мыслящего врача. В отношении анатомо-физиологических и клинических дисциплин это объясняется все еще тяготеющими над ними традициями старой, дореволюционной академической замкнутости. Однако и вновь возникшие профилактические кафедры стали с момента своего появления строиться по типу той же обособленности от практических медицинских учреждений.

Вышеуказанное положение будет продолжаться до тех пор, пока кафедры и клиники не окажутся органически связанными со всей остальной сетью здравоохранения. Однако, прежде чем перейти к рассмотрению конкретных форм этой связи, считаем необходимым подчеркнуть, что речь идет не о снижении значения мединститутов как учебных и научных учреждений, не о ликвидации кафедр и клиник, как самостоятельных академических ячеек, а наоборот, о поднятии их на высшую ступень развития, представляющую синтез того положительного, что несомненно осталось в них от прошлого, с имеющимися на сегодня достижениями практики Советского здравоохранения.

Ниже (см. чертеж на отд. листе) нами приведена схема организации учебного опытно-показательного единого диспансера при Мединституте. Дабы быть конкретней, мы в дальнейшем при разборе этой схемы будем исходить из содержания работы его отделений, при ориентировке на них соответствующих академических единиц. Наиболее легко и просто устанавливается связь между диспансеризованной поликлиникой и мединститутом; мыслится она нам в направлении превращения

¹⁾ Проф. Л. Б. Бухштаб и З. Л. Эпштейн. «Пути реконструкции терапевтической клиники по производственному принципу». Принято к печати в журнале «Врачебное Дело».

специальных кабинетов диспансеризованной поликлиники в отделения соответствующих клиник и кафедр¹⁾.

Отделы социальной и профессиональной патологии и гигиены единого диспансера должны стать базами для практической, учебной и научной деятельности соответствующих профилактических кафедр. Это будет в значительной мере способствовать окончательному устранению привитой ими академической замкнутости. Несколько сложней обстоит дело с установлением связи между подсобными учреждениями единого диспансера и мединститутом; зато для новых факультетов, не имеющих еще определенной базы для своей учебной работы, связь эта становится прямо таки жизненно необходимой. При осуществлении предлагаемой нами схемы налицо будут все предпосылки для создания основных учебных баз и для новых факультетов: сан-гигиенические, профилактические учреждения и медсанцехи²⁾—для сангигфакультета; учреждения охматмлада, ОЗДП и медсанцехи (в части, касающейся обслуживания нужд матери-работницы, а также фабзавуча) для охматдетфакультета; для лечебно-профилактического факультета здесь же могут быть созданы условия для профилактики даваемого ими клинического образования. Учитывая, что обслуживание предприятий ведущих отраслей промышленности является первоочередной задачей органов здравоохранения, мы особый акцент делаем на необходимости установления наиболее полной связи клиник и кафедр с медсанцехами-филиалами единого диспансера на предприятиях. Более подробно вопрос этот был нами разработан в одной из предыдущих статей (см. № 13—14 Врач. дела за 1931 год). Касаясь района, обслуживаемого единым диспансером, организуемым при мединституте, мы считаем необходимым отметить, что район этот должен быть невелик, но зато, в отличие от других формирующихся диспансеров, охвачен всесторонне и полностью; только при этом условии можно говорить о превращении его в опытно-показательное учреждение.

Участковые врачи-диспансеризаторы, непосредственно обслуживающие район по заданиям единого диспансера, в научно-консультативном отношении должны быть в то же время связаны с соответствующими клиниками и кафедрами института.

Организация подобного рода диспансера особенно большое значение приобретает для производственного обучения: весь (или почти весь) средний персонал, работающий как в самом диспансере, так и на участках его и в медсанцехах, должен быть укомплектован студентами в порядке прохождения ими программ производственного обучения на соответствующих семестрах; ответственность и методологическое руководство их работой целиком и полностью возлагаются на соответствующие кафедры и клиники в зависимости от выполняемых ими функций; могущие возникнуть возражения о том, что комплектовать весь средний персонал из студентов невозможно из-за 6-личасового рабочего дня для этого персонала, отпадают, ибо можно для студентов устанавливать 3—4-часовой рабочий день; зато здесь обеспечена возможность установления для них определенного рабочего места в системе единого диспансера, под наблюдением и непосредственным руководством преподавателей ВУЗ-а; в дру-

¹⁾ Подобного рода опыт частично уже проделан в ОМИ.

²⁾ Медсанцехами на Украине называются здравпункты на предприятиях.

гих местах и в других диспансерах подобного рода благоприятных условий создать покамест еще трудно. Наряду со всем этим мы получаем возможность реально стать на новый путь организации педагогического процесса, представляющего осуществление предусмотренного Лениным соединения обучения с производительным трудом молодого поколения; „ни обучение и образование без производительного труда, ни производительный труд без параллельного обучения и образования не могли бы быть поставлены на ту высоту, которая требуется современным уровнем техники и состоянием научного знания“.

Комиссия оздоровления труда и быта, концентрирующая в себе как в фокусе всю работу единого диспансера, также должна быть использована для учебных целей. Для повышения эффективности работы Котикба в состав его должны входить выделяемые мединститутом социгигиенист, профгигиенист, клиницист и общепатолог.

Организационное оформление связи мединститута с единым диспансером мы мыслим себе следующим образом: заключив договор с Здравоотделом о взятии на себя руководства работой одного из наиболее близко расположенных (либо вновь организуемых) единых диспансеров, мединститут начинает постепенно включать в систему его ряд своих кафедр и клиник. При составлении его бюджета учитываются штаты и сметные ассигнования, отпускаемые на находящийся в его ведении единый диспансер; во главе единого диспансера стоит заведывающий, работающий по заданиям секции здравоохранения горсовета; по линии учебной и научной заместителем его является руководитель учебно-научной частью единого диспансера, тесно связанный и непосредственно подчиненный администрации мединститута; на обязанности его лежит организовывать и регулировать учебную работу, проводимую всеми факультетами по линии единого диспансера, как в части теоретического, так и производственного обучения; руководствуется он в своей работе указаниями методологических органов института. Научно-исследовательская деятельность кафедр и клиник, проводимая в учреждениях единого диспансера, также подлежит его организационному ведению; тематика же и методика этой работы подлежит в общем порядке утверждению и руководству научно-планового бюро института.

Увязывая и соподчиняя практическую, учебную и научную деятельность кафедр и клиник конкретным задачам, стоящим перед диспансером, мы, с одной стороны, реально приближаем преподавание к тем базам, для которых в основном оно должно готовить свою продукцию, с другой стороны, мы сразу резко повышаем мощь и качество работы единого диспансера. Если учесть, что такого количества высоко квалифицированных работников разнообразнейших специальностей, как в мединституте, нет ни в одном учреждении органов Здравоохранения, то становится понятным, что именно в этих условиях при правильной расстановке сил можно скорей, чем где бы то ни было, создать достаточно показательный единый диспансер; вместе с тем учреждение это будет иметь все предпосылки, чтобы стать в дальнейшем опытным полем для научной разработки более совершенных форм организации здравоохранения, т. е. превратиться одновременно в подсобный орган для Института здравоохранения.

Основная мысль наша сводится к тому, чтобы каждая кафедра и клиника в своей практической работе заняла определенное „рабочее место“ в системе единого диспансера; и если до сих пор ряд теоретических и даже профилактических кафедр стояли в стороне от какой бы то ни было практической деятельности, то в этом-то и заключалась причина отрыва их учебной работы от задач современного здравоохранения.

Пора поставить вопрос о вовлечении возможно большего количества кафедр и клиник в сферу деятельности органов здравоохранения путем наделения их соответствующими функциями диспансерной работы; это, несомненно, должно повысить эффективность их учебной деятельности. Из всего сказанного вовсе не следует, что высоко-квалифицированный состав кафедр и клиник должен быть загружен текущей работой того или иного отделения единого диспансера. Достаточно на него возложить чисто консультативные обязанности и тем самым цель будет в значительной мере достигнута. С другой стороны, работники единого диспансера должны стать членами производственного коллектива той или иной кафедры; выполняя свою повседневную работу под высоко-квалифицированным руководством преподавательского персонала, они значительно повышают качество своей работы и становятся в то же время участниками учебного процесса, особенно в части его, касающейся производственного обучения.

Если присмотреться к построению наших программ, то приходится констатировать, что, к сожалению, на сегодняшний день они построены с таким расчетом, чтобы самый процесс обучения с первого до последнего семестра представлял механическую сумму познаний, преподносимых в определенном хронологическом порядке, вне зависимости друг от друга, изолированно от той конкретной обстановки, где их приходится применять. Если на первых семестрах с этим приходится считаться, то на последних дело должно быть поставлено совершенно иначе: изолированное изучение отдельных дисциплин должно быть заменено изучением процессов во всей их динамичности и взаимосвязанности, а для этого необходимо, чтобы на старших семестрах самый процесс обучения представлял взаимопроникновение дисциплин друг в друга; отсюда не следует, что дело преподавания должно перейти к каким-то универсалам педагогам, строящим педагогический процесс по комплексному методу; речь идет о создании форм действительно коллективной педагогической работы нескольких кафедр и клиник. Мы подчеркиваем, что при разработке таких коллективных форм преподавания ни в коем случае не должен быть нанесен ущерб специальным познаниям студентов по той или иной дисциплине. Суть в том, чтобы на старших семестрах (в крайнем случае, на последнем семестре) каждая дисциплина заняла именно то место, какое соответствует ее житейскому приложению. Само обучение по мере приближения в его окончанию должно все больше и больше включать в себя элементов того конкретного, что придется студенту впоследствии выполнять, т. е. включать в себя элементы производительного труда. Намечающийся переход на систему производственного обучения, при правильном планомерном (а не с плеча) проведении его, создает реальные возможности для выработки такого типа учебных занятий где, с одной стороны, ряд дисциплин будет в действительности взаимно связываться, а с другой, не на словах, а на деле — теоретическое

обучение сможет вооружить практическую учебу, а последняя проверять и поправлять первую.

В заключение считаем необходимым отметить, что в нашу задачу не входило дать новую схему построения единого диспансера. Мы за-
дались скромной целью на предложенных уже схемах (Либерман, Липкевич), не вдаваясь здесь в критику их, показать возможность увязки воедино двух розрозненно существующих систем—единых диспансеров и готовящих для них кадры медицинских институтов. Осуществление вышеприведенной схемы обеспечит: а) расширение учебной базы для студентов, б) создание опытно-показательной базы для широких кругов медработников и в) приближение научно-исследовательской работы мадинститутов к запросам социалистического строительства.

Кризис здравоохранения в Германии в связи с общим кризисом¹⁾.

(Личные впечатления и материалы).

Проф. М. М. Гран.

I.

За последние 10 лет (с 1922 г.) нам почти ежегодно пришлось бывать в Германии (за исключением 1928—1929 г.г.). В общем нам пришлось провести в Германии около 3-х лет, причем продолжительность пребывания в Германии каждый год колебалась от 2-х месяцев до года; правда, за годовой срок нам пришлось выехать на 4 м-на в Америку.

В 1931 г. нам пришлось выехать в Германию на 2 месяца, захватив конец августа, сентябрь и первую половину октября. Мы выезжали под знаком жестокого германского кризиса: только что прошел ряд сокрушительских банковских крахов, финансовые затруднения охватили широкие обывательские массы, прекратились выдачи из сберкасс, биржи то закрывались, то открывались, шел натиск боевых империалистов—Франции, Англии, Америки; шли бесконечные международные конференции о том—как „спасти Германию“, как сохранить ее как плательщика—с одной стороны, вассала Версальских победителей—с другой; как превратить Германию в орудие контр-революционных замыслов международного капитала. Германия судорожно задыхалась в железных объятиях этого международного капитала. Колоссальная безработица, паралич промышленности и торговли, валютная вакханалия, депрессия всех областей народно-хозяйственной жизни, натиск на культуру и социальные завоевания трудящихся—определяли внутреннее содержание кризиса.

При выезде нас интересовал один вопрос: как выглядит Европейский „красавец-город“ Берлин в эти дни ужасного кризиса? И, в частности, как отражается этот кризис на культурной жизни Берлина и, прежде всего, на интересовавшей нас области—на здоровье и здравоохранении Берлина?

Мы подъезжали к Берлину 26-го августа в яркий солнечный день. Начались предместья и окраины Берлина. Начались садово-огородные

¹⁾ Доложено в секции научно-медицинской ассоциации ТР.

„хуторские“ мелкие хозяйства (Lauben) с крошечными фанерными хижинками (Hütte)—„гордость“ немцев; в после-военный период широким кольцом эти липпютские сады-огороды окружили все крупные города Германии. Владельцами их является мелкая буржуазия, служилый люд и часть наиболее крепкого пролетариата; эти мелкие сады-огороды служат хозяйственным подспорьем—с одной стороны, местом летнего отдыха—с другой; эти хуторки-дачки строятся на личные средства при некоторых коммунальных льготах. Все эти поселки образцово распланированы; печаль культуры и любовного ухода—налицо.

Все по-старому: с первого взгляда никаких признаков кризиса.

Вот и окраины самого Берлина. Здесь обращает на себя внимание новое жилищное строительство самого последнего времени; вы видите и текущее строительство; громадные дома 2—3-этажные с массой балконов, красиво убранных цветами и зеленью; вы видите, что это дома с мелкими квартирами; они заселены и заселяются преимущественно опять-таки мелкой буржуазией, но уже более достаточной, служилым людом, представителями свободных профессий; пролетариату и рабочим они совершенно недоступны по их дороговизне. После вы узнаете „grimасы“ этого нового жилищного строительства, отражающего кризис. Но внешне вам не приходит мысль о кризисе.

Наконец, вы приближаетесь к большим вокзалам (Bahnhöfe), кольцом окружающим Берлин: Schlesischer, Alexanderplatz, Friedrichstrasse, Zoo и друг.; вы прорезаете важнейшие улицы старого и нового Берлина; поезда один за другим в разных направлениях продвигаются ежеминутно в полном образцовом порядке, как по хронометру. Обычно на этих вокзалах громадное скопление народа и самое оживленное движение; на сей раз движение не столь шумное и оживленное—первый признак снижения темпа берлинской жизни; лица несколько озабоченные. Но признаков кризиса вы все же не улавливаете.

Наконец, вы на улицах центра Берлина. Старый образцовый порядок внешнего благоустройства: великолепная планировка города, несколько грузная, но разнообразная архитектура старых домов с массой балконов, украшенных цветами, масса зеленых бульваров, обильное количество садов и парков, великолепные обновленные мостовые необычайной чистоты; масса разнообразных магазинов с богатыми выставками-витринами; особенно много продовольственных магазинов с манящим ассортиментом всяких деликатесов; колоссальные универмаги зазывают покупателей богатыми художественными оконными выставками; склады и магазины завалены товарами, покупатель идет густо. Словом, и здесь кризис с первого взгляда не бьет резко в глаза.

Но тут, на торговом фронте, уже чувствуется неблагополучие: все жалуются, что „дела плохи“, резкое снижение покупателей, покупательной способности; резкое изменение состава покупателей: снижение покупателей-трудящихся, повышение имущих; снижение ценности марки заставляет каждого имеющего лишнюю марку превратить в вещевую ценность. В центре Берлина на домах и больших окнах обращают на себя внимание многочисленные кричащие объявления „сдается в наем квартира в 5—7—10 комнат“; эти объявления комментарий к новому жилищному строительству Берлина на периферии; это обратная сторона жилищного вопроса: даже имущая буржуазия и средние капиталисты бегут из ста-

рых больших квартир; много-комнатные квартиры с большой жилплощадью отжили свой век; они непосильны современному немцу; все стремятся в меньшие квартиры, на периферию.

Первые дни вы все же находитесь под впечатлением внешнего блеска Берлина; вы видите, что он все еще растет и украшается: растут новые части Берлина, широко и красиво планированные, растет сеть городских сообщений надземных и подземных; вы наблюдаете массу новых построек последних лет; вам рекомендуется полюбоваться на новое строительство Wannsee—миллионное сооружение летнего отдыха и физкультуры. Правда, вскоре вы узнаете, что все это коммунальное и частное строительство находится в катастрофическом финансовом положении; все эти начинания близки к банкротству, все это вызывает зависть, раздражение, злобу иностранцев-кредиторов, ибо, по их мнению, на все это потрачены „их“ деньги, „их“ краткосрочные кредиты. Вы услышите, что „экономных хозяйственных немцев“ обвиняют в бесхозяйственности и расточительности; вы узнаете, что все это „плановое“ строительство—отражение крайней капиталистической бесплановости, судорожные усилия капиталистического строя „на рентабельность“, на удовлетворение запросов буржуазии. Но внешне Берлин пока остается блестящ и во время кризиса.

Однако, чем больше вы присматриваетесь к Берлину, тем больше бросаются вам в глаза grimасы этого внешнего благополучия и благосостояния Берлина: в центре города в блестящие парки, на мраморные лестницы и скамьи дворцов и музеев вдруг прорывается спокойная, мрачная, символически угрожающая фигура в отрезьях: это голодный безработный со „два“, прорвавшийся через бдительный полицейский надзор, чтобы соснуть в чудном парке, а может быть удастся получить несколько пфеннигов у „гуманного буржуа“. В вашу квартиру то и дело раздаются звонки; открываете дверь—и перед вами интеллигентная фигура безработного учителя, художника, который вежливо просит у вас 1—2 пфеннига. Вы просыпаетесь чаще всего под звуки великодушного оркестра или хора: это странствующая по дворам „артель“ безработных артистов. Но и они еще не определяют кризиса: может быть это неминуемые grimасы большого капиталистического города.

Кризис Берлина и Германии определяется общим гонимом о кризисе всех групп, всех слоев, всех классов населения. Со стороны пролетариата и трудящихся вы менее всего слышите об этом кризисе; здесь вам грозно говорят цифры, здесь вы являетесь свидетелем организованного протеста, здесь вы слышите не жалостный, ноющий вопль, а грозное требование—„хлеба и работы“. Сплошной истинный вопль—негодующий или безнадежно-нудный—вы слышите от широкого обывателя мелкой и средней буржуазии. Безработный или полу-работный пролетариат, обнимающий официально более 5 мил., а с членами семей 15—20 мил. населения—естественно является основной массой, определяющей кризис. Широкие обывательские массы—это дополнительные массы. Она необычайно разнородна в социальном и политическом смысле, она менее всего организована, она слизиста и аморфна, но она четко выявляет свое критически-безвыходное положение. Ее вопль не столь резко оформленный, как требования пролетариата, но по существу он отражает то же требование „хлеба и работы“, ибо эта масса столь же безработна и голодна; эта масса формируется, по преимуществу, из служилого люда, уже вы

брошенного кризисом за борт жизни, влч стоящего накануне этого: это служащие учреждений, торговых фирм, контор, банков и представителей свободных профессий; достаточно сказать, что в связи с кризисом одна Пруссия выбрасывает на улицу 20 тыс. учителей. Эта обывательская масса страдает своей волей не протетарски, а интеллигентски, эмоционально: „безумно тяжело, так жить нельзя, нет сегодняшнего дня, но что более ужасно—нет завтрашнего дня“. Далее идет расшифровка этой формулы в социальном, экономическом, политическом смысле в зависимости от того, к какой социально-классовой группировке принадлежит расшифровывающий.

Вопль о кризисе раздается и со стороны крупных капиталистических кругов. Здесь надо различать две группы: крупные капиталисты, еще сильные, стоящие у власти; и капиталисты, уже повергнутые в прах кризисом, потерявшие и деньги, и власть. Первые еще заседают очень озабоченно в различных комиссиях и конференциях—отечественных и международных, ищут выхода из тупика, ищут виновников кризиса, упираются в Советский Союз, в „Б-летку“ и даже доходит до проблемы „капитализм или социализм“ (этой проблемой особенно заняты крупные буржуазно-экономические журналы); вторая группа капиталистов, уже повергнутых в прах, переживают по-своему трагическое положение, подчас кончат самоубийством, не говоря о том, что в сохранившихся еще роскошных особняках при богатой обстановке уже царит полное разложение и в некоторых случаях голод.

Как трактуется кризис в Германии? Различно, в зависимости от политической ориентировки трактующих. Мы не говорим о коммунистической трактовке; здесь она ясна и четка—классовая: борьба классов родила кризис, под знаком классовой борьбы кризис протекает, под этим же знаком он будет разрешаться в Германии и в международном масштабе. Важно как трактуется кризис в буржуазно-капиталистических сферах Германии—от фашистов до социал-демократов—даже самых „левых“? Все сознают, что идет бой и, может быть, „последний решающий бой“ между капиталистической и социалистической системами хозяйства. Это не осознается боляртайной массой, но и она чувствует, что кризис—„канув“ каких-то решающих событий. Характерно, что в августовские дни в Берлине, когда биржа и сберкассы закрылись—широкий немецкий обыватель бросился за „консультацией“ к русским эмигрантам: „что делать? Ведь, это канун революции! Бы это пережили—как быть?“

Фашисты наиболее ясно дают себе отчет, что кризис—текущий и грядущий—„последний бой“ и бой классовый; рецепт у них ясный: скорее в открытии бой, чтобы затопить пролетариат в кровь. Социал-демократы—с каждым днем теряя власть и силу, во имя „наименьших жертв“ путаются в соглашательских репентах, влч тем самым на повлду центрально-правых партий. Эти последние, чувствуя, что они в петле международно-дипломатическими путями, надеясь найти свое спасение в противоречиях своих кредитор-в. Безликие „социалысты“, к числу которых относится большинство немецких врачей, надеются, что кризисе минует, „культура не погибает“, „культура победит“, „культурная Европа не даст торжества и победы хаосу“ (читай—революции).

Но так или сяк в Германия население живет в напряженной панике. Каждое внутреннее и международное политическое событие — крупное и даже мелкое — обостряет эту панику. Крах английского фунта вызвал в Берлине и Германии необычайную сенсацию и панику, ибо крах фунта был по немецкому обычаю и обострял германский кризис; фашистский съезд в Брауншвейге, агрессивное выступление фашистов против правительства Брюнинга — опять обостренные паники; антисемитский „погромчик“ фашистов в Берлине в сентябре — опять паника; наконец, перевороты правительства Брюнинга, угроза перехода власти к фашистам, угроза в короткий срок смести социал-демократов, выбросить их начисто из государственного аппарата — самая острая напряженная паника. Все эти события совершились за короткий срок нашего пребывания. И немцы все время в этой напряженной панике; все время они себя чувствуют под Дамокловым мечом неожиданных ударов и событий. Этим определяется внутренний смысл вопля: „нет сегодняшнего дня — и еще хуже — нет завтрашнего дня“.

Резюме. Итак, кризис в Германии, по-истине, колоссален. Он захватил всю страну, все население, все области народно-хозяйственной жизни. Кризис в Германии — отражение мирового кризиса. Он представляет собой Гордиев узел, в котором спутались и переплелись все социально-политические вопросы: политика, экономика, финансы, культура. В кризис вовлечены многомиллионные массы: нет группы и лица, которое могло бы исключить себя из сферы влияния и воздействия кризиса. Открытая и закрытая борьба идет по всем линиям при трагическом жутком внешнем „порядке“, охраняемом жестко-полицейскими мерами в вооруженной силе. Страна живет на вулкане, не зная своего сегодняшнего дня, не уверенная за завтрашний день.

Каково отношение к нам, к нашему Советскому союзу в эти жуткие дни кризиса в Берлине?

О нас твердо помнят. Мы являемся грозным моментом, мы являемся „белым на глазу“. О нас помнят и фашисты, и социал-фашисты, и беспартийные всех мастей — широкий обыватель. Социализм, социалистическое строительство, „5-летка“ — стоят грозными гениями; подавляющее большинство боится этих теней, а многие и мечтают о нас, как единственном выходе из создавшегося тупика; у наших искренних благожелателей наша социалистическая стройка окрашивается в романтических красках. Взоры врагов и друзей направлены к нам. Дело доходит до оригинальных курьезов. С одним из них нам пришлось столкнуться.

В одном доме нам пришлось столкнуться с оригинальным типом капиталист-рантье в возрасте 65 лет. Он узнал, что советские граждане будут гостями в доме его друзей; он пожелал во что бы то ни стало повидать нас, поговорить с нами; и вот он явился — и начал длительное интервью: как мы живем в Советском союзе, правда ли то, что про нас пишут буржуазные газеты, правда ли — сведения о колоссальных успехах нашей социалистической стройки и пр. и пр.: мы были засыпаны вопросами. И вот оказывается: это капиталист-рантье, как он себя именует, „друг Советской России“; он теперь „на покос“, много думает, много читает; его внимание фиксировано на мировом и германском кризисе: где выход из положения? По его мнению, — единственный путь Советской

России: построить жизнь заново! Для этого неизбежна революция, ибо путь к социализму идет неминуемо через революцию; Советская Россия избрала этот путь—и ныне уже строит социализм; мировая будущность, видимо, только за социализмом! И вот он сообщает нам „по секрету“: у него в кармане заявление в коммунистическую партию! Только он боится, что его не примут: ведь он капиталист. Да уж очень над ним насмеются друзья!

Ну, если дело доходит до того, что капиталисты ходят с заявлениями в компартию—то дело в Германии плохо!

Но не только взоры обращены к Советскому союзу; живая тятя направлена туда; в поезде, в котором мы возвращались домой, с нами ехали не только ряд делегаций к празднованию XIV годовщины Октября, но и группы молодых спецов Германии и рабочих Австрии на работу по строительству социализма.

II.

Такой кризис, естественно, не мог не оградиться на всех областях культурной народно-хозяйственной жизни—и прежде всего на области здравоохранения. При всяких кризисах—стихийных и органических—острых и хронических, санитарные показатели и „контрольные цифры“ являются наиболее чувствительными, неумолимыми спутниками и показателями. Весь вопрос в том, чтобы желать и уметь их показать. К сожалению, именно на этот счет надо признать, что в Германии дело обстоит неблагоприятно; впрочем, это неблагоприятие относится не только к Германии, а ко всем буржуазно капиталистическим странам—особенно когда это касается цифровых показателей. Причина этому опять политика, от которой никуда не денешься. На Германии это демонстрируется особенно показательно. Германия для международного фронта должна выявлять особо „жалостливые“ цифры и факты, показать что международный пресс ведет Германию к вырождению и вымиранию; таких цифр и фактов в Германии достаточно; ими оперировал последние годы проф. Гротьян в печати и на своих лекциях (см. хотя бы письмо тов. С. М. Шварца из Берлина „Каз. мед. ж.“, 1931 г. № 7): факт резкого снижения прироста населения в после-военное время, факт приближения Германии к хронически вырождающейся „победительнице“ Франции установлен уже в течение ряда лет; факт резкого повышения смертности от туберкулеза в Германии, гордившейся до сих пор снижением смертности от туберкулеза; повышение детской смертности; резкое понижение полноценного питания, замена его фальсифицированным и пр. и пр.—все эти грозные санитарные показатели достаточно убедительны для всех кроме хищных Шейлоковских кредиторов-победительниц—Франции, Англии, Америки.

Но с другой стороны, для внутреннего фронта все эти данные политически с точки зрения буржуазно-капиталистической власти не столь интересны и выгодны; очень они беспокойны и тревожны для трудящихся, пролетариата; здесь объективной статистике для буржуазно-капиталистической власти лучше помолчать.

Но все же мы решили начать со статистики. Мы обратились к нашему медицинскому статистику Германии—другу Советского проф. Rösle; совместно с т. С. М. Шварцем мы провели двух часовую беседу на тему: есть ли в медицинской статисти-

Интересные данные, имеющие свою „дialeктику“. К сожалению, такие попытки исследования безработных пока единичны, отрывочны, не углублены.

Что касается материалов, характеризующих болезненность населения в связи с кризисом, то они почти отсутствуют, а те, которые представляются, крайне сомнительны и иллюзорны. Мы определенно склонны утверждать, что истинная картина заболеваемости искусственно затемняется и скрывается по отношению к пролетариату и трудящимся всевозможными „рационализаторскими“ мероприятиями хозяев положения. Прежде всего чрезвычайные декреты последнего времени Брюкингга — Гинденбурга уже лишили пролетариат и трудящихся ряда основных прав завоеванных по линии социального обеспечения. Страхование и страховые, при благословении социал демократов, крайне затруднили пользование врачебной помощью; каждое лишнее обращение к врачу связано с лишней и непосильной затратой денег. Кроме того, безработица и режим капиталистической „рационализации“ заставляют рабочего воздерживаться от обращения к врачу; каждый рабочий, обращающийся к врачу, на учете хозяина-капиталюста; позволяющий себе „раскошеливаться“ невыгоден хозяину; он уже кандидат на увольнение; а это явно искусственно понижает обращаемость к медицинской помощи.

Словом, для выявления истинной болезненности в Германии во время кризиса при настоящем режиме и не только болезненности, а всего санитарного быта трудящихся и безработных нужно искать других источников и путей. Мы решили обратиться к здравооделу (Gesundheitsamt) рабочего района Берлина. Как-какие материалы конфиденциального „архивного“ порядка нам удалось получить; это материал обследования специальных комиссий по безработице и некоторый анкетный материал. Этот материал является, пожалуй, куда более ценным, объективным и выразительным. Часть этого материала мы приведем.

Комиссионные обследования, прежде всего, рисуют ужас жилищного положения безработных и полубезработных. Это обратная сторона жилищного строительства, данного нами в начале статьи. Вот картина по комиссионным данным: крайнее переполнение жилищ — в одной-двух комнатах, часто в одной кухне, нетопленных, часто на чердаках, сырых подвалах, на подволоках, в сараях; почти без мебели, без кроватей, без домашней утвари помещаются громадные, многодетные семьи; одной кроватью редко кто пользуется, больше всего спят на полу. Зимой широко пользуются детьми хижинами и шалашиками, отмеченными выше. За невозможность платит широкое выселение из квартир не только частными владельцами, но и коммунальными управлениями. Широкая болезненность, беспорядочность, беспомощность — особенно детей и престарелых. Широкое развитие туберкулеза и венерических болезней. Вот о чем говорят „архивные“ документы специальных обследовательских комиссий по безработице, врачей, санитарных попечителей, сестер обследовательниц и др.

А вот и живая иллюстрация к этому, вот кинематографическая картинка ряда „немецких семей Фляйшгольдов“ по документальной анкете одного из „здравооделов“ (Gesundheitsamt) рабочего района. Мы воспроизводим имеющийся у нас документ дословно без каких-либо дополнений и сокращений.

Семья К. Родители и три девочки в возрасте 4—7 лет. Комната и кухня. Две кровати. Мать больна гонореей. Той же гонореей больны двое детей.

Семья Л. Пять человек; занимают комнату и кухню. Родители больны гонореей; спят в единственной кровати; бабушка с ребенком пользуются складной кроватью; взрослый брат спит на полу. Муж часто работает в ночной смене.

Семья М. 11 человек; занимают комнату, кухню и темную переднюю. В комнате спит мать и старшая дочь в одной кровати, младшая дочь с подругой — в другой; в кухне складная кровать для отца и сына 16 лет; в темной передней спят женатый сын и трое детей — все на полу. В доме один газ для умывания, один стаян, одно полотенце. Старшую дочь лечат сифилисом; больна.

Семья N. 6 человек; комната и кухня. На кухне живет чета (сухомер и проститутка), больная сифилисом. Кошачья раздвигая перегородкой; на темной стороне живут родители — отец парализован, у матери — *tuberc.*; на светлой стороне; живет малолетняя дочь 11 лет и 15-летний сын. Отсутствует постельного белья один общий умывальный таз.

Семья O. 9 человек занимает комнату и кухню; всего 4 кровати. Взрослая дочь — сифилистка спит в одной постели с 15-летней сестрой.

Семья P. Лавочка в комнате. В лавочке, почти не поддающейся проветриванию, живет семья O. H. с 4-мя детьми в возрасте 4 мес. — 6 лет. В комнате живет другая семья — старая П. еще молодая чета и незамужняя дочь стариков. Родители O. H. больны свежим сифилисом. Мужчины часто работают в ночной смене.

Семья Q. Комната и кухня. 3 человека. Мать туберкулезная имеет свою кровать; отец спит на тюфяке; у дочери сифилис и гонорея; спит на стульях в кухне.

Семья R. Квартара из комнаты и кухни, 6 человек. Родители пьянствуют, спят в одной кровати; двое детей тоже в одной кровати; старшая дочь больна гонореей; спит в коридорчике — где имеется место; иногда с квартирантом.

Семья S. Живет в тесном мальчике; у матери активный туберкулез; младший ребенок умирает от дартериса; труп лежит два дня не убранный.

Не наша вина, что „архивная“ анкета нам преподнесла такой букет патологии из области социальной венерологии; мы не делали никакого отбора: да и подходить к этому материалу нельзя статистически; здесь нет и не может быть „диалектики количества“, но то, что здесь есть стихийная „диалектика“ капиталистического строя, в частности голодной, безработной массы — в этом нет сомнения.

Так рисуется положение пролетариата и трудящихся Германии в период настоящего кризиса на фоне „блестящего“ Берлина по недоступным, но величайшим „архивным“ документам. Таковы условия „труда и быта“ трудящегося населения Германии во время кризиса; таковы условия здоровья и здравоохранения в период кризиса.

Судя по этим материалам, Зоммервилль прав (у него речь идет об Англии): „Высыхают источники роста жизни“ — формула, определяющая социально-биологические процессы капиталистической Европы.

По материалам открытым и явным, положение в Германии характеризуется „плановой равноправностью“ всего народного хозяйства в связи с кризисом. Все идет под знаком экономии государственных и коммунальных бюджетов и прежде всего по линии социального обеспечения и культурных интересов трудящихся. Так захватывается и область здравоохранения.

Здесь уместно напомнить, что здравоохранение в Германии, как и во всех буржуазно-капиталистических странах, характеризуется основными чертами: государственное законодательное регулирование, основная роль принадлежит коммунальным органам, известная роль предоставлена

„самодеятельности“ населения с привлечением профессиональных и страховых рабочих организаций, широкая роль представлена частным, частно-общественным, благотворительным, филантропическим и религиозным организациям. В Германии до последнего времени играли и играют крупную роль страховые больничные кассы.

Достаточно сказать, что в Германии теперь числится более 50.000 врачей (по одним источникам до 55.000); 35.000 из них вовлечены в страховые организации; правда, эта врачебная масса резко дифференцирована в „классовом“ отношении: есть врачи-пролетарии и врачи-капиталисты; есть врачи, заработок коих в страхкассе определяется сотнями марок в год; есть врачи, зарабатывающие до 150—200 тыс. марок. Общий заработок немецких врачей в год определяется суммой около 500 милл. марок в год; средний заработок врача определяется в 10—11 тыс. марок в год. Медицинская страховая организация располагает широкой лечебно-санитарной сетью (санатории, лечебницы, поликлиники), большими кадрами районных страховых врачей. Основная сеть лечебно-клинических учреждений, научно-санитарных учреждений, лабораторий, больниц принадлежит государству и коммунальным управлениям; дополнительная сеть—и очень почтенная—Красному Кресту, всевозможным филантропическим, религиозным, миссионерским организациям. Однако, основной сетью для рабочих и трудящихся были страховые организации, около которых концентрировалась и основная врачебная масса. Эта специфическая черта налагала и особую печать на германское здравоохранение.

Но в течение последних лет, в процессе политической борьбы и финансово-экономических затруднений, в процессе сдачи позиций социал-демократами и натиска фашистского правительства—больничные кассы вынуждены были все более и более, с одной стороны, сокращать свои бюджеты, а с другой—все более ограничивать льготы и завоевания рабочих. Уже в 1930 г. во время выборной кампании шла борьба рабочих по поводу урезывания доступности врачебной помощи рабочим и трудящимся—членам страховых касс (введение оплаты за каждое посещение); естественно, социал-демократы потерпели поражение. Развернувшийся в 1931 г. кризис еще более обострил положение рабочих. Правительство открыло боевой натиск по основному завоеванию рабочих—по социальному обеспечению. Безработица, в свою очередь, выбивала из строя сотни тысяч рабочих из контингента страхуемых; работы под страхом безработицы или угрозы перед ней—резко снизили обращаемость за медицинской помощью.

Кризис же перед правительством и коммунальными органами остро поставил вопрос о сокращении бюджетов под лозунгами „рационализации“; началось сокращение больниц, лечебных учреждений, сокращение врачей, уплотнение их работы—лечебно-профилактической, санитарной, выбрасывание врачей на безработицу; одновременно увеличилось налоговое бремя врачей.

К сожалению, нам не удалось получить статистических материалов к характеристике этой „рационализаторской“ работы правительства и коммунальных управлений; она пока также отстает в тайниках бюджетных архивов: случайно кое-что прорывается в печать. Но за короткое время нашего пребывания нам сообщили о закрытии ряда больниц (ве-

нерических и др.), о сокращении сотен врачей-лечебников, санитарных школьных и др.; сжигаются ряд лечебных и профилактических учреждений. „Рационализаторская“ работа еще в полном ходу, она развивается и углубляется. Путем сокращения врачей—работа их нагружается в 2—3 раза.

Эта рационализаторская работа распространяется и на ряд учреждений, которые еще год—два тому назад начаты с широким размахом для украшения и культивирования Германии. Нам пришлось близко знакомиться с одним таким учреждением: это детская туберкулезная санатория „для новорожденных и детей первого возраста“ (Säuglinge und Kleinkinder). Она расположена в горной части Баварских Альп близ иодистого курорта Bad Tölz под Мюнхеном. Сооружается эта санатория благотворительной организацией (Kinderheim „Maria“) на 120 кроватей для детей до 4-х лет. Нам говорила об этом учреждении, как о чуде санитарной техники и самом последнем слове науки, совершенстве техники; санатория эта должна явиться первой не только в Баварии, но во всей Германии; затрачивается на ее постройку 1,5 милл. марок. Мы осматривали эту санаторию в конце сентября; открыться она должна была в октябре. Осматривая эту санаторию, мы неизбежно должны были прийти к выводу, что гений немецкой санаторной техники вместе с богатством роскоши здесь доведены до совершенства. Мы не знаем, на какие средства соорудалась постройка, есть ли здесь лепта „краткосрочных кредитов“, но постройка сооружена на „мировой показ“—что может дать „немецкий гений; мы не сомневаемся, что эта санатория будет фигурировать по всем международным гигиеническим выставкам.

Но кризис современной Германии вынудил и здесь прибегнуть к „рационализации“: постановлено в виду кризиса использовать данную санаторию лишь на 25 кроватей, а не на 120. Даже немцы, показывавшие нам санаторию, вынуждены были поставить вопрос: в праве ли немцы так „планировать“ свое хозяйство? Даже лозунг „Grüss Gott!“, под которым живет Бавария (ведь родина Гитлера!), плохо защищает такое мудрое хозяйничание немцев—особенно если расценивать данное учреждение с точки зрения интересов трудящегося населения и с точки зрения профилактики туберкулеза среди детей трудящихся и пролетариата.

Словом, кризис здравоохранения в Германии, под влиянием общего кризиса, проходит по всем линиям и разрезам. Здесь было бы уместно глубже задуматься над вопросом о корнях кризиса в системе германского здравоохранения вообще. Но место не позволяет нам специально заняться этим вопросом. Нам вновь пришлось бы углубиться в вопросы „политики“ германского здравоохранения. Но мы сделали для этого некоторую предварительную скремную работу: мы решили углубиться в жизнь немецких врачей. В организованности немецким врачам отказать нельзя. Они прочно организованы и в профессиональном смысле. „Союз немецких врачей“ почти поголовно охватывает всю массу врачей; их союзные печатные органы распространены почти среди всех врачей; наиболее распространенный из них „Ärztliche Mitteilungen“ печатается в 43 000 экз. и рассылается всем врачам. Мы занялись просмотром этих союзных органов врачей: чем живут немецкие врачи в эти дни кризиса, как этот кризис отражается на жизни врачей, что противопоставляют этому кризису немецкие врачи?

Этой теме стоило бы посвятить особый очерк. Здесь мы лишены возможности это сделать. Но общую характеристику немецких врачей в период исторического кризиса мы кратко считаем необходимым дать.

С высокой общей культурой немецких врачей мы достаточно знакомы, как мы знакомы и с высокими достижениями и завоеваниями немецкой науки, медицинской и санитарной техники. Мы много учились у немцев и многому еще предстоит учиться — между прочим и в организационном, рационализаторском смысле, как в области теории, так и практики. Но это не должно ослабить нашего критического отношения к путям, методам и самим завоеваниям и достижениям немецкой медицины. Особенно когда речь идет о путях и организационных формах системы здравоохранения. Здесь вопрос переносится в общественно-политическую плоскость.

Медицина и здравоохранение — всегда отражение общественно-хозяйственных форм коллективного бытия. Это особенно относится к таким периодам, каковым является период современного кризиса в Германии. Буржуазно-классовая печать уже давно лежит на немецком враче: это кладет печать и на всю систему немецкого здравоохранения. Врач — ремесленник-специалист высшей марки, в лучшем его смысле — врач-гуманист, идеалист, неаполитико-философ-метафизик, ситуационно-проникнутый христианской, религиозной мистикой — вот в общем профиль немецкого врача. Дух времени, т. е. политика, кладет на него свою печать: он в общем культурен, образован — это делает его относительно „свободо-мыслительным“, поэтому он причисляет себя к господствующей группе интеллектуалов — к „социалистам“: большей частью это — аморфные социалисты, но партияно они причисляют себя к социал-демократам; за последнее время с пробуждением фашизма — среди врачей и студентов растет и мигрирует чуждо враче-фашистов; здесь перспективна на ближайшее время как будто более радужная! Характерно отметить, что при 300 тыс. армии коммунистов в Германии из 50 тыс. врачей — врачей коммунистов по всей Германии имеется всего 26. В беседах с наиболее культурными немецкими врачами, с наиболее образованными, вооруженными даже философски, когда они интересовались типом современного советского врача, с системом — медобразования, с типом советского врача-диалектика — немецкие врачи никак не могли понять, какую связь может иметь врач с философией и особенно с диалектикой.

При таком профиле немецкого врача — не удивителен и общий облик немецкой массы врачей. Профессиональная врачебная немецкая печать рисует этот облик. Тематика статей периода кризиса (нами просмотрена эта печать за 1930—31 г.г.) характеризует вопросы, которые завывают и возбуждают умы немецких врачей. Вопросы страховой медицины, меры уязвления кровных, желудочных интересов врачей в связи с кризисом страховой медицины, обложения врачей, знаменитый § 218 (об абортгах), вопросы традиционной этики врачей, вопросы политической активности, как „коренного зла“ врачебной массы и врачебного быта, наконец, вопросы перепроизводства врачей в связи с безработицей последних — вот круг основных вопросов, занимающих умы немецких врачей. О выявлении положений населения, его острейших нужд в связи с кризисом, о роли врачей в облегчении положения населения — нет и помину.

Наиболее ярко общий облик немецкой врачебной массы был отражен на последнем Всегерманском съезде врачей (Ärzte-tag), состоявшемся в июне 1931 г. в Кельне. Мы используем печатные труды этого съезда для выявления идеологических течений, царивших на этом съезде в разгар кризиса в Германии.

Съезд полностью отразил национал-шовинистскую и фашистскую современную Германию. Он отразил ее во всем своем академическом и политическом блеске. Съезду нарочито старались придать политический и патристический характер; голос съезда должна была услышать вся страна и окружающие немецкие страны (Австрия имела особое представительство); голос съезда должен был докатиться до всей Европы—прежде всего Франции (недаром местом съезда был избран Кельн—на границе Франции) и даже до Америки.

Председательствовал на съезде Geheimrath доктор Stander, с приветствиями и программными речами выступали обер-бюргермейстер г. Кельна A. Benhaueg, министр внутренних дел знаменитый д-р Wirth, представитель Прусского ландтага von Kriess. С основным докладом на программную тему съезда „Переносимые академических профессий“ выступил министр народного просвещения Саксонии Staatsbülrath—D-r Hartnacke. Стоит прислушаться к их речам.

Председатель съезда д-р Stander в своей вступительной речи дает тон съезду. Он начинает свою речь, как высокий социал-экономист и политик. Он свидетельствует, что Германия предельно эволюция перехода из аграрной страны в индустриальную. Эта эволюция сопровождается громадными социальными сдвигами; эти сдвиги неминуемо ведут к политической борьбе (почти большевистское выступление?—во всяком случае—„незаметывание“!). Но..., с грустью констатирует председатель—врачебное сословие насильственно втягивается в политику; новейшее социальное законодательство и, в частности, вопрос о социальном страховании он считает вопросом политики, и, к сожалению, врачи, связанные с этим вопросом, кровно обижены этим социальным законодательством. Но что особенно огорчает председателя, это то, что врачи в данном вопросе не составляют „единого сословно-врачебного фронта“, а идут на поводу у различных политических партий; он жалуется, что нужды врачебного сословия становятся игрушкой в руках политических партий и предупреждает, что врачи рано или поздно превратят в политическую партию и сделаются сами могильщиками интересов врачебного сословия. Еще более тревожно звучат слова председателя, когда он касается вопроса о „катастрофическом переносимости академических профессий“, и в частности, врачебной. Здесь он упирается в вопрос о страшной безработице, являющейся лишь частью „общенародного бедствия“. Кончает он патетически: „Народ—в нужде, народ—в тревоге! Сословие (врачебное)—в нужде, сословие—в тревоге! „Но да не придет нам восслазвнуть:“ народ—в отчаянии, врачебное сословие—в отчаянии!“ Председатель касается также § 218—повытно становясь на узко-профессиональную точку зрения: врачи должны строго держаться узко-медицинской точки зрения. Только медицинские, но отнюдь не социально-экономические показания!

Обер-бюргермейстер Кельна, приветствуя съезд, считает долгом оправдаться перед врачами от имени городского самоуправления в том, что

тяжелое финансовое положение страны и народа вынудило „к величайшему сожалению“ обложить налогом и врачей и тем „поколебать идеалы свободной профессии“. Только народная катастрофа и кризис могут служить к тому оправданием!

Министр внутренних дел Вирт старался дать своей речи масштаб „международный“; он старался, чтобы к его речи прислушалась не только Европа, но и Америка. Он говорил тоже о нужде и кризисе, каких Европа и мир не знали со времен наполеоновских войн. Он говорил о нужде материальной, но перед ученым синклитом он подчеркивал нужду и кризис духовный. Он говорил о мировом кризисе крупного капитализма (die Krisen des Grosskapitalismus), который берет за горло и душит все народы. Он призывает ученых съезд произнести эти слова, чтобы они были услышаны и за океаном (тогда Германия еще надеялась на помощь Америки); он предупреждает, что слова эти должны быть сказаны теперь, ибо потом будет поздно! Он вспоминает призраки мировой войны. Он не упоминает Франции, но он помнит, что он говорит с трибуны Кельна. Он вспоминает о мировых научных заслугах Германии. Он говорит, что кризис угрожает культуре и науке. Он вспоминает о заслугах немецких врачей в науке и о заслугах тех же врачей в мировой войне (?). Он подчеркивает юбилейный характер Кельнского съезда (50-летие объединения врачей) и рост врачебного сословия (100 врачебных союзов при 600 членах в 70 г.г. и 600 союзов при 40.000 членах ныне).

Но по существу Вирт ничего не сказал и не мог сказать съезду за исключением общих фраз и патетических слов, хотя от него именно съезду надлежало бы кое-что услышать и прежде всего по отчаянному кризису здравоохранения—хотя бы по вопросам, стоявшим в порядке дня: социальное законодательство, социальное обеспечение, социальное страхование, § 218-й, переполнение академических профессий, безработица врачей и пр.

Зато многое сказали два следующих оратора: von Kriess и Hartnacke—представитель Прусского ландтага и представитель Саксонского министерства просвещения. Оба они говорили на одну и ту же тему—„Переполнение академических профессий“.

Фон-Крисс явился застрельщиком по данному вопросу. Он кликнул клич: Германия в опасности! ВУЗ'ы Германии захлестываются наплывом учащихся: в 1913 г. в Германии было студентов 78.000; в 1930 г.—их стало 124.000. Если не будет принято мер противодействия этому наплыву, то Германия в 1937 г. угрожаема выпуском 300.000 оканчивающих ВУЗ'ы. По мнению фон-Крисса, эти будущие безработные, обманутые в своих надеждах люди, являются „самыми опасными носителями переворота“ (возгласы сочувствия и одобрения). Но фон-Крисс хочет быть правильно понятым; он поясняет свою мысль: „эти слова означают не отказ от лозунга „свободный путь способному“, но предостерегает от нездорового распространения высшего образования на средние и мало одаренных!“.

Dr Hartnacke, как представитель мин. просвещения, углубляет этот лозунг и дает ему философско-идеологическое обоснование.

Исходная философская концепция Hartnacke формулируется кратко; он говорит дословно: „Мне кажется неискоренимым, фатальным заблуждением, что путем образования можно повы-

силь духовный уровень любых человеческим масс, что уровень развития масс определяется только внешними формирующими, воспитывающими и обучающими усилиями и что всякая ступень образования—в том числе и высшее—может быть сделана достоянием народных масс“. Вот философская сентенция Hartnacke!

„Я считаю—продолжает Hartnacke,—что существуют пределы способности умственного развития. *Проводить эту мысль—является для меня задачей моей жизни*—и мне кажется, что (мой) посев начинается постепенно давать свои всходы!“ Таков „сеятель“ просвещения современной Германия!

Он обосновывает свое положение „убедительными“ цифровыми данными: по его обследованиям школьников выяснилось, что *из детей рабочих способно пойти в ВУЗ'ы только 7,3⁰%, а из детей профессоров и учителей—93,9⁰%.* Невежественная и грубо-фальсификаторская статистика в руках Hartnacke то же орудие борьбы с рабочими.

Но он далее углубляет свое философское обоснование; он утверждает: „*неопровержимо положение: школа—в частности высшая—которая является отражением количественного социального состава населения, не может быть объектом высших достижений. И, наоборот, высшая школа, имеющая характер высококачественный, должна являться не зеркалом социального состава народных масс, а должна базироваться на социальном отбоге“.*

Это великолепно! Оказывается, Hartnacke и не дурной „диалектик“, он великолепно манипулирует законом перехода количества в качество и обратно!

Но Hartnacke желает быть неопровержимо убедительным и в жизненном практическом смысле: кризис Германии и академическая безработица служат для него прекрасным орудием для его доказательств. Если талантливый химик, прошедший 14 семестров, безнадежно искавший работу, с благодарностью принимает место почтового чиновника с оплатой 80 марок в месяц, то это лучшее доказательство правильности философии Hartnacke. Много тысяч инженеров безработны; они рады бы получить место за токарным станком, но профсоюзы следят за тем, чтобы в первую очередь получили работу те, кто ее потерял вследствие увольнения.

Мудрость Hartnacke делается еще более убедительной и неопровержимой!

И, наконец, перл идеологии и мышления Hartnacke заключается в том, что он находит „первопричину“ академической катастрофы, которую переживает страна: это—изъятие „классического“ образования, изъятие „латыни“ из системы образования. Реформа 1901 г. в Германии (введение реальных школ)—вот корень и причина катастрофы!

Ну, о Hartnacke говорить больше не приходится. Облик его ясен: он символически оправдывает свою фамилию; это „твердолобый“ чистейшей воды и высшей марки.

Но то, что „ученый“ доклад Hartnacke был принят на Всегерманском съезде врачей 1931 г. с триумфом—это говорит о многом. Это

говорят об идеологии немецких врачей в период исторического кризиса. Здесь, на наш взгляд, кроется истинный „кризис“ здравоохранения в Германии. Мы знали о „кризисе медицины“ в Европе и Германии уже давно; об нем много писали такие немецкие авторитеты, как Краус, Бир и др. Но там шла речь о „кризисе медицины“, об идеологических путях лечебной и профилактической медицины; там „философы медицины“ тоже искали спасения „назад“, а не „вперед“ (Бир с его гомеопатией). Но теперь идет речь не о кризисе медицины, а о „кризисе здравоохранения“, вытекающем из социально-экономического и политического кризиса страны в Европе. Здесь кризис требует иного подхода, иных путей, иного выхода из положения.

Немецкие врачи не могут его найти, не видят истинных корней катастрофы. Их находит оголтелый реакционер, мракобес, фанатик чистой воды *Hartnacke!* И организованные врачи Германии принимают „веру *Hartnacke*“, шумно аплодируют ему! Вот где узел и первопричина кризиса здравоохранения в Германии.

Наше заключение. Для нас советских врачей, кризис в Германии и, в частности, кризис здравоохранения представляет большой социально-политический интерес. Его течение и формы представляют поучительный интерес к истории крушения буржуазно-капиталистического строя. Кризис здравоохранения находится в процессе динамики и развития; основные материалы в цифрах и фактах по всем линиям здравоохранения по мотивам политическим еще не выявлены; больше того, эти цифры и факты скрываются и затуманиваются. Выявлять этот материал, накапливать его, составлять летопись этого кризиса буржуазно-капиталистического здравоохранения — составляет интересную и важную задачу. Советское социалистическое здравоохранение может подчеркнуть в этой летописи много поучительного.

Отдел II. Клиническая и экспериментальная медицина.

Кронштадтский морской госпиталь.

Влияние люмбалльной симпатэктомии на химизм крови, оттекающей из задних конечностей.

(Экспериментальное исследование).

Врача М. В. Тюркова.

С того момента, когда вегетативной нервной системе стали приписывать роль важнейшего фактора в целом ряде жизненных проявлений организма, интерес к ней стал с каждым днем все возрастать, и делаются попытки не только детально изучить ее с точки зрения анатомического распределения, но также и изучить значение ее в общей химической экономике организма, роль ее в тканевой трофике, расстройство которой, как известно, проявляется разнообразнейшими патологическими процессами. Целый ряд болезненных процессов, как-то: трофоневроз, невралгия, trophic Raupach, хронические язвы, спастические параличи и т. д., уже сделались объектами хирургии симпатической и cerebro-спинальной нервной системы, но для этих операций имеются лишь теоретические предположения и отдельные клинические наблюдения, устанавливающие тот или иной результат оперативного вмешательства: достаточных же физиологических обоснований пока еще мало, а они являются давно уже насущной потребностью.

Мои исследования имеют целью выяснить те изменения в химизме крови, которые наступают в задних конечностях после одностороннего иссечения люмбалльных узлов симп. нерв. системы¹⁾. А поскольку функция конечностей гл. обр. двигательная, постольку вопрос касается попутно роли симпатич. нерв. системы в иннервации попер.-полосат. мускулатуры, затронутой в литературе Бреммером, Перончато, Воекке, и др.—касается отношения ее к регуляции трофических процессов, происходящих в конечности, и к так называемому мышечному тону.

Роль симпатической нерв. сист. в химизме тканевого обмена установлена данными Гайсинского, Левантовского, Janser, Riesser и др.

В последнее время Орбели по влиянию на функциональные свойства попер.-пол. мускулатуры симпатическую иннервацию признает адаптационной, а весь ряд физико-химических изменений, происходящих в мышце, заставляет его признавать симп. нерв. систему—трофической.

Эксперименты производились на 6 собак, весом от 7 до 9 в.ло. Исследования касались определения К, Са и сахара в оттекающей крови из обеих задних конечностей до и после операции одностороннего иссечения симпатических люмбалльных узлов. Сахар определялся по методу Hagedorn'a, Са в сыворотке

¹⁾ Тема работы предложена проф. В. А. Опцель, за что считаю своим долгом принести глубокую благодарность.

по методу de Waard'a, К—по методу Kгамер'a. Кровь бралась из v.v. femorales чаще путем отщипаровки их на небольшом участке с последующей пункцией и насыщением в шприц, а иногда простым уколом вены через кожу. Операция производилась под общим (эфирным) наркозом; обнажив рер lароготіам люмбальный участок симп. ствола слева мы, тщательно изолировали последний на всем протяжении и под контролем зрения вырывали при помощи наложенных на узлы зажимов Реапп'a от L₁ до S₁. В дальнейшем, исследование крови из обеих v.v. femorales производилось на следующий день после операции и спустя 7—10 суток (кроме того у собаки № 5—на 16 сутки и у собаки № 6—на 17 сутки). Собаки, как до операции, так и после, находились в одинаковых условиях жилища и питания.

Таблица № 1.

Сахар, Са и К крови до операции.

№ собаки	Дата	Сахар ‰		Са mlg ‰		К mlg ‰		К Са	
		Справа	Слева	Справа	Слева	Справа	Слева	Справа	Слева
1	29/III	0,218	0,218	10,8	10,8	20,8	20,5	$\frac{1,92}{1}$	$\frac{1,88}{1}$
2	5/V	0,107	0,107	10,8	10,6	20,9	20,7	$\frac{1,93}{1}$	$\frac{1,93}{1}$
3	6/VI	0,093	0,097	9,2	9,2	19,17	19,17	$\frac{2,08}{1}$	$\frac{2,08}{1}$
4	18/VI	0,116	0,114	8,4	8,4	18,46	18,74	$\frac{2,19}{1}$	$\frac{2,23}{1}$
5	4/VII	0,093	0,093	8,2	8,4	16,4	17,2	$\frac{2}{1}$	$\frac{2,04}{1}$
6	11/VII	0,109	0,109	6,8	6,8	19,45	19,45	$\frac{2,9}{1}$	$\frac{2,9}{1}$
7	6/VII	0,120	0,120	8,4	8,4	—	—	—	—

Из таблицы № 1, представляющей собой контрольные данные, полученные до операции, видно, что как сахар крови, так Са и К, справа и слева, представляют одинаковые величины, соответственно чему и коэффициент $Loe'b'a \left(\frac{K}{Ca} \right)$ той и другой стороны сохраняет известное постоянство отношений.

На таблице № 2 представлены данные исследования крови после левостороннего иссечения симпатических люмб. узлов. При анализе данных видно, что сахар крови, как правило, дает некоторое повышение на стороне оперированной в пределах от 0,002‰ до 0,016‰.

Уровень Са в крови не подвергся большим колебаниям, однако надо отметить тот факт, что на следующий день после операции в 3-х случаях Са дал некоторое повышение на стороне оперированной (собаки №№ 2, 5, 6). Что касается К, то он дал некоторое повышение на стороне оперированной в последних 4-х анализах, и у собаки № 2 на следующий день после операции. Относительно коэффициента $Loe'b'a$ нельзя говорить о какой-либо закономерности;—отмечается непостоянство величины $\frac{K}{Ca}$; лишь в $\frac{1}{3}$ анализов имеется очень незначительное увеличение

на стороне оперированной. Уменьшение же коэффициента Лоев'а имеем у собак № 5, 6 на следующий день операции.

Таблица № 2.

Са, К и сахар крови после левосторонней люмбалльной симпатэктомии.

№№ собак	Дни после операции	Дата исследо- вания	Сахар %		Са mg %		К mg %		$\frac{К}{Са}$	
			Спра- ва	Слева	Спра- ва	Слева	Спра- ва	Слева	Спра- ва	Слева
1	2	4/IV	0,121	0,128	10,2	10,4	19,17	19,74	$\frac{1,88}{1}$	$\frac{1,80}{1}$
"	10	12/IV	0,199	0,205	12,6	12,0	19,17	18,31	$\frac{1,52}{1}$	$\frac{1,53}{1}$
2	2	10/V	—	—	12,4	13,6	19,4	21,3	$\frac{1,56}{1}$	$\frac{1,56}{1}$
"	8	16/V	0,127	0,143	11,6	12,0	26,5	25,8	$\frac{2,2}{1}$	$\frac{2,1}{1}$
3	5	11/VI	0,087	0,1	12,0	12,0	21,3	20,3	$\frac{1,77}{1}$	$\frac{1,70}{1}$
4	2	21/VI	0,128	0,134	8,4	8,2	16,18	16,33	$\frac{1,92}{1}$	$\frac{1,99}{1}$
"	7	26/VI	0,137	0,143	9,2	9,4	17,18	16,5	$\frac{1,86}{1}$	$\frac{1,75}{1}$
5	2	7/VII	0,073	0,084	8,2	9,2	16,18	16,04	$\frac{1,97}{1}$	$\frac{1,74}{1}$
"	7	12/VII	0,112	0,114	8,2	8,2	12,35	12,63	$\frac{1,50}{1}$	$\frac{1,53}{1}$
"	16	21/VII	0,095	0,091	8,8	8,8	18,46	18,92	$\frac{2,09}{1}$	$\frac{2,15}{1}$
6	2	18/VII	0,114	0,116	9,2	9,6	16,04	16,1	$\frac{1,74}{1}$	$\frac{1,67}{1}$
"	17	23/VII	0,170	0,184	9,2	9,2	17,18	18,16	$\frac{1,86}{1}$	$\frac{2,02}{1}$

Для сравнения я позволю себе привести данные Гайсийского и Левантовского, производивших почти аналогичные исследования: в I-ой серии опытов (2 собаки) они производили одностороннюю *gamisectio sympathici lumbalis et sacralis sinistra* и исследовали Са, К, Cl и Р в крови из *v.v. femorales* на 17—21 и 23 день. В другой серии опытов (3 собаки) произвели удаление *trunci symp. lumb. et sacr. sinistra et denudatio art. iliac. comm. sin.* и пришли к тому результату, что в разные сроки после операции Са уменьшился, а К увеличился на оперированной стороне.

Таким образом, полученные мною данные в отношении содержания Са и К в крови, оттекающей из задних конечностей после десимпатизации ее, значительно отличаются от данных Гайсийского и Левантовского. Объяснение этой разницы, повидимому, надо искать в сроках анализа крови после операции. Тогда как их данные анализа относятся к 2—3 неделям после операции, мои определения производились значительно раньше, как упомянуто—на следующий день после операции и на 7—10 сутки. Кроме того, вероятно, имеет значение и то, что вышеупомянутые авторы десимпатизацию конечности производили полнее, присоединяя к люмбо-сакральной симпатэктомии еще *denudatio art. iliac. communis*.

по методу de Waard'a, К—по методу Kramet'a. Кровь бралась из v.v. femorales чаще путем отщипаровки их на небольшом участке с последующей пункцией и насасыванием в шприц, а иногда простым уколком вены через кожу. Операция производилась под общим (эфирным) наркозом; обнажив per l'arogotomiam люмбальный участок симп. ствола слева мы, тщательно изолировали последний на всем протяжении и под контролем зрения вырывали при помощи наложенных на узлы зажимов Реаца от L₁ до S₁. В дальнейшем, исследование крови из обеих v.v. femorales производилось на следующий день после операции и спустя 7—10 суток (кроме того у собаки № 5—на 16 суток и у собаки № 6—на 17 суток). Собаки, как до операции, так и после, находились в одинаковых условиях жилища и питания.

Таблица № 1.
Сахар, Са и К крови до операции.

№ собаки	Дата	Сахар ‰		Са mg ‰		К mg ‰		К Са	
		Справа	Слева	Справа	Слева	Справа	Слева	Справа	Слева
1	29/III	0,218	0,218	10,8	10,8	20,8	20,5	$\frac{1,92}{1}$	$\frac{1,88}{1}$
2	5/V	0,107	0,107	10,8	10,6	20,9	20,7	$\frac{1,93}{1}$	$\frac{1,93}{1}$
3	6/VI	0,093	0,097	9,2	9,2	19,17	19,17	$\frac{2,08}{1}$	$\frac{2,08}{1}$
4	18/VI	0,116	0,114	8,4	8,4	18,46	18,74	$\frac{2,19}{1}$	$\frac{2,23}{1}$
5	4/VII	0,093	0,093	8,2	8,4	16,4	17,2	$\frac{2}{1}$	$\frac{2,04}{1}$
6	11/VII	0,109	0,109	6,8	6,8	19,45	19,45	$\frac{2,9}{1}$	$\frac{2,9}{1}$
7	6/VII	0,120	0,120	8,4	8,4	—	—	—	—

Из таблицы № 1, представляющей собой контрольные данные, полученные до операции, видно, что как сахар крови, так Са и К, справа и слева, представляют одинаковые величины, соответственно чему и коэффициент $Loe'b'a \left(\frac{K}{Ca} \right)$ той и другой стороны сохраняет известное постоянство отношений.

На таблице № 2 представлены данные исследования крови после левостороннего иссечения симпатических люмб. узлов. При анализе данных видно, что сахар крови, как правило, дает некоторое повышение на стороне оперированной в пределах от 0,002‰ до 0,016‰.

Уровень Са в крови не подвергся большим колебаниями, однако надо отметить тот факт, что на следующий день после операции в 3-х случаях Са дал некоторое повышение на стороне оперированной (собаки №№ 2, 5, 6). Что касается К, то он дал некоторое повышение на стороне оперированной в последних 4-х анализах, и у собаки № 2 на следующий день после операции. Относительно коэффициента $Loe'b'a$ нельзя говорить о какой-либо закономерности;—отмечается непостоянство величины $\frac{K}{Ca}$; лишь в $\frac{1}{3}$ анализов имеется очень незначительное увеличение

на стороне оперированной. Уменьшение же коэффициента Лоев'а имеем у собак № 5, 6 на следующий день операции.

Таблица № 2.

Са, К и сахар крови после левосторонней люмбалльной симпатэктомии.

№№ собак	Дни после операции	Дата исследо- вания	Сахар %		Са mg %		К mg %		$\frac{К}{Са}$	
			Спра- ва	Слева	Спра- ва	Слева	Спра- ва	Слева	Спра- ва	Слева
1	2	4/IV	0,121	0,128	10,2	10,4	19,17	19,74	$\frac{1,88}{1}$	$\frac{1,80}{1}$
„	10	12/IV	0,199	0,205	12,6	12,0	19,17	18,31	$\frac{1,52}{1}$	$\frac{1,53}{1}$
2	2	10/V	—	—	12,4	13,6	19,4	21,3	$\frac{1,56}{1}$	$\frac{1,56}{1}$
„	8	16/V	0,127	0,143	11,6	12,0	26,5	25,8	$\frac{2,2}{1}$	$\frac{2,1}{1}$
3	5	11/VI	0,087	0,1	12,0	12,0	21,3	20,3	$\frac{1,77}{1}$	$\frac{1,70}{1}$
4	2	21/VI	0,128	0,134	8,4	8,2	16,18	16,33	$\frac{1,92}{1}$	$\frac{1,99}{1}$
„	7	26/VI	0,137	0,143	9,2	9,4	17,18	16,5	$\frac{1,86}{1}$	$\frac{1,75}{1}$
5	2	7/VII	0,073	0,084	8,2	9,2	16,18	16,04	$\frac{1,97}{1}$	$\frac{1,74}{1}$
„	7	12/VII	0,112	0,114	8,2	8,2	12,35	12,63	$\frac{1,50}{1}$	$\frac{1,53}{1}$
„	16	21/VII	0,095	0,091	8,8	8,8	18,46	18,92	$\frac{2,09}{1}$	$\frac{2,15}{1}$
6	2	18/VII	0,114	0,116	9,2	9,6	16,04	16,1	$\frac{1,74}{1}$	$\frac{1,67}{1}$
„	17	23/VII	0,170	0,184	9,2	9,2	17,18	18,16	$\frac{1,86}{1}$	$\frac{2,02}{1}$

Для сравнения я позволю себе привести данные Гайсинского и Левантовского, производивших почти аналогичные исследования: в I-ой серии опытов (2 собаки) они производили одностороннюю *gamicsectio sympathici lumbalis et sacralis sinistra* и исследовали Са, К, Cl и P в крови из *v.v. femorales* на 17—21 и 23 день. В другой серии опытов (3 собаки) произвели удаление *trunci symp. lumb. et sacr. sinistra et denudatio art. iliac. comm. sin.* и пришли к тому результату, что в разные сроки после операции Са уменьшился, а К увеличился на оперированной стороне.

Таким образом, полученные мною данные в отношении содержания Са и К в крови, оттекающей из задних конечностей после десимпатизации ее, значительно отличаются от данных Гайсинского и Левантовского. Объяснение этой разницы, повидимому, надо искать в сроках анализа крови после операции. Тогда как их данные анализа относятся к 2—3 неделям после операции, мои определения производились значительно раньше, как упомянуто—на следующий день после операции и на 7—10 сутки. Кроме того, вероятно, имеет значение и то, что вышеупомянутые авторы десимпатизацию конечности производили полнее, присоединяя к люмбо-сакральной симпатэктомии еще *denudatio art. iliac. communis*.

Оценивая полученные мною данные К и Са до операции в обеих v.v. femorales и после нее, надо отметить то обстоятельство, что если К и Са не представляли почти никакой разницы в первом случае при сравнении двух конечностей, то после операции разница в некоторых анализах отчетливо выявлялась, и кроме того коэффициент Loeb'a подвергся большим изменениям после операции. Если не удастся установить какой-либо закономерности в содержании Са и К после удаления симпатических люмбальных узлов, то все же по полученным результатам нельзя не признать непосредственное участие симпатикуса в регуляции химического обмена, тем более что сахар крови после десимпатизации конечности, хотя и не полной, дал нам повышение на оперированной стороне. Эту склонность к повышению уровня сахара надо приписать, конечно, тем местным изменениям в тканях, которые обуславливаются удалением соответствующих симпатических волокон, и, в частности, может зависеть от потери мышц одной из функций ее, так наз. пластического тонуса.

Более правильное объяснение этого факта можно дать лишь в результате изучения изменения содержания гликогена в мышце и продуктов окисления глюкозы, составляющей главный источник энергии мышц.

Литература. 1) Гайсинский и Левантовский. (Отд. эксп. патол. Укр. психо-невр. инст.). — 2) Орбели. Вр. газета, 1927 г., № 3, Б. мед. энциклопедия, т. 4.—3) Голант. Мед. биол. журнал, 1925 г.—4) Поленов. Нов. хир. арх., 1928 г., т. 19, № 73.

(Из кумысолечебницы „Степной Маяк“ Куртреста Оренбург—Шафраново).

Влияние кумыса на секрецию панкреатической железы.

Д-ра **Максудова Б. С.** и **Коцубей Г. В.**

(с 6 кривыми).

Кумыс является наиптком, энергично влияющим на деятельность желудочно-кишечного тракта. Целый ряд авторов (Зарницын, Григорьева, Удинцев, Кандрашкин, Зорин и др.) установили много деталей во влиянии кумыса на секреторную функцию желудка. Работами проф. Зарницына, д-ров Григорьевой и Зарницной обнаружены чрезвычайно интересные факты урегулирования секреции желудка от длительного приема кумыса. На больных, хорошо переносящих кумыс, они отмечали повышение секреции желудка при первоначальном субацидном состоянии его и понижение секреции—при ненормально повышенной секреции вначале. Наши наблюдения за больными, лечившимися кумысом, показали нам справедливость указаний вышеназванных авторов, особенно в части влияния кумыса при пониженной секреции желудка. У наших больных с пониженной секреторной функцией желудка к концу лечения обнаруживалась во многих случаях повышение. Но не то наблюдалось нами у лиц с полной ахилией желудка. В этих случаях изменений в секреции желудка, несмотря

на длительные приемы даже крепких сортов кумыса, в большинстве мы не получали. Между тем эти больные от пребывания на кумысе очень хорошо поправлялись, прибавляли вес, и у них получалось полное исчезновение ранее бывших неприятных гастрических симптомов, как-то тошноты, тяжести и давления в подложечной области, изжоги, и повышался аппетит. Эти случаи каждый раз наталкивали нас на мысль попытаться исследовать деятельность других отделов пищеварительного тракта, которые, возможно, и берут на себя выкарно в таких случаях недостающую функцию желудка.

Мы остановились на дуоденальном пищеварении и, в первую очередь, решили экспериментально изучить влияние кумыса на панкреатическую железу.

Как известно, рапсгаз является чрезвычайно важным органом в деле пищеварения. Физиологами уже установлено, что поджелудочная железа работает, с одной стороны, под влиянием специальных гормонов („секретин“ Бейлиса и Старлинга), и с другой стороны — под влиянием нервных путей. Гормональный или „гуморальный“ сок получается, как предполагают Бейлис и Старлинг, от действия на поджелудочную железу через кровь особого фермента „секретина“, получающегося в стенке двенадцатиперстной кишки под влиянием экстрагирующего действия соляной кислоты на стенку кишки. „Нервный“ же сок получается под влиянием импульсов, идущих по нервным путям блуждающего и симпатического нерва на панкреатическую железу. „Гуморальный“ сок бывает обильн по количеству, жидок, прозрачен, резко щелочной реакции, содержит мало ферментов и много золы (Савич, Вальтер). Исследованиями многих авторов установлено, что многие органические и неорганические кислоты вызывают отделение такого сока. „Нервный“ сок отличается своей насыщенностью, мало выделяется по количеству, мутный, слабо щелочен, содержит много ферментов и мало золы (Бакин, Савич, Кудревецкий).

Экспериментальными наблюдениями установлено, что различные (пищевые и вкусовые) вещества различно влияют на деятельность панкреатической железы. Самыми энергичными возбудителями панкреат. отделения оказались: соляная кислота, жир, различные мыла, алкоголь и вода. Оказалось, далее, что на соляную кислоту выделяется сок чисто „гуморального“ характера, т. е. выделяется в значительном количестве, прозрачный, с небольшим содержанием ферментов и т. д. На жир выделяется сок „нервный“, т. е. густой, с большим содержанием ферментов, мутный, концентрированный и т. д. (Дионесов). Точно также были получены различные соки при кормлении собак различными питательными продуктами. Вальтеру удалось установить типичные кривые секреции поджелудочной железы при еде мяса, хлеба и молока.

Нашей задачей было экспериментально подойти к вопросу о влиянии кумыса на деятельность поджелудочной железы. Для этого мы поставили наши опыты над собакой, имеющей желудочную и поджелудочную фистулы¹⁾. В наших опытах мы определяли количество выделяемого панкреатического сока, характер его и, в большей части опытов, триптическое и амиллитическую силу сока.

Утром натощак собаке промывался желудок (через желуд. фистулу) После промывания под панкреатическую фистулу подвешивался градуированный цилиндр. Так как после каждого промывания желудка начиналось небольшое отделение панкреат. сока, то до начала опыта приходилось выждать, пока не прекратится начавшаяся секреция. Чем объясняется подобное отделение панкреат. сока еще до вливания в желудок раздражителя, объяснить трудно. Это или периодическая секреция (Болдырев), или условный рефлекс на панкреатическую железу, или

¹⁾ Эта собака нам была любезно предоставлена из своей лаборатории покойным проф. Фурсиковым, которому мы остаемся постоянно благодарными за оказанную нам услугу.

Оценивая полученные мною данные К и Са до операции в обеих v.v. femorales и после нее, надо отметить то обстоятельство, что если К и Са не представляли почти никакой разницы в первом случае при сравнении двух конечностей, то после операции разница в некоторых анализах отчетливо выявлялась, и кроме того коэффициент L o e b'a подвергся большим изменениям после операции. Если не удастся установить какой-либо закономерности в содержании Са и К после удаления симпатических люмбальных узлов, то все же по полученным результатам нельзя не признать непосредственное участие симпатикуса в регуляции химического обмена, тем более что сахар крови после десимпатизации конечности, хотя и не полной, дал нам повышение на оперированной стороне. Эту склонность к повышению уровня сахара надо приписать, конечно, тем местным изменениям в тканях, которые обуславливаются удалением соответствующих симпатических волокон, и, в частности, может зависеть от потери мышц одной из функций ее, так наз. пластического тонуса.

Более правильное объяснение этого факта можно дать лишь в результате изучения изменения содержания гликогена в мышце и продуктов окисления глюкозы, составляющей главный источник энергии мышц.

Литература. 1) Га й синский и Левантовский. (Отд. эксп. патол. Укр. психо-невр. инст.). — 2) Орбели. Вр. газета, 1927 г., № 3, Б. мед. энциклопедия, т. 4.—3) Голант. Мед. биол. журнал, 1925 г.—4) Поленов. Нов. хир. арх., 1928 г., т. 19, № 73.

(Из кумысолечебницы „Степной Маяк“ Куртреста Оренбург—Шафраново).

Влияние кумыса на секрецию панкреатической железы.

Д-ра **Максудова Б. С.** и **Коцубей Г. В.**

(с 6 кривыми).

Кумыс является напитком, энергично влияющим на деятельность желудочно-кишечного тракта. Целый ряд авторов (Зарницын, Григорьева, Удинцев, Кандрашкин, Зорин и др.) установили много деталей во влиянии кумыса на секреторную функцию желудка. Работами проф. Зарницына, д-ров Григорьевой и Зарницыной обнаружены чрезвычайно интересные факты урегулирования секреции желудка от длительного приема кумыса. На больных, хорошо переносящих кумыс, они отмечали повышение секреции желудка при первоначальном субацидном состоянии его и понижение секреции—при ненормально повышенной секреции вначале. Наши наблюдения за больными, лечившимися кумысом, показали нам справедливость указаний вышеназванных авторов, особенно в части влияния кумыса при пониженной секреции желудка. У наших больных с пониженной секрецией сокоотделительная функция желудка к концу лечения обнаруживала во многих случаях повышение. Но не то наблюдалось нами у лиц с полной ахилией желудка. В этих случаях изменений в секреции желудка, несмотря

на длительные приемы даже крепких сортов кумыса, в большинстве мы не получали. Между тем эти больные от пребывания на кумысе очень хорошо поправлялись, прибавляли вес, и у них получалось полное исчезновение ранее бывших неприятных гастрических симптомов, как то тошноты, тяжести и давления в подложечной области, изжоги, и повышался аппетит. Эти случаи каждый раз наталкивали нас на мысль попытаться исследовать деятельность других отделов пищеварительного тракта, которые, возможно, и берут на себя выкарно в таких случаях недостающую функцию желудка.

Мы остановились на дуоденальном пищеварении и, в первую очередь, решили экспериментально изучить влияние кумыса на панкреатическую железу.

Как известно, рапсгаз является чрезвычайно важным органом в деле пищеварения. Физиологами уже установлено, что поджелудочная железа работает, с одной стороны, под влиянием специальных гормонов („секретин“ Бейлиса и Старлинга), и с другой стороны — под влиянием нервных путей. Гормональный или „гуморальный“ сок получается, как предполагают Бейлис и Старлинг, от действия на поджелудочную железу через особую фермента „секретина“, получающегося в стенке двенадцатиперстной кишки под влиянием экстрагирующего действия соляной кислоты на стенку кишки. „Нервный“ же сок получается под влиянием импульсов, идущих по нервным путям блуждающего и симпатического нерва на панкреатическую железу. „Гуморальный“ сок бывает обилен по количеству, жидок, прозрачен, резко щелочной реакции, содержит мало ферментов и много золы (Савич, Вальтер). Исследованиями многих авторов установлено, что многие органические и неорганические кислоты вызывают отделение такого сока. „Нервный“ сок отличается своей насыщенностью, мало выделяется по количеству, мутный, слабо щелочен, содержит много ферментов и мало золы (Бабин, Савич, Кудревецкий).

Экспериментальными наблюдениями установлено, что различные (пищевые и вкусовые) вещества различно влияют на деятельность панкреатической железы. Самыми энергичными возбуждателями панкреат. отделения оказались: соляная кислота, жир, различные мыла, алкоголь и вода. Оказалось, далее, что на соляную кислоту выделяется сок чисто „гуморального“ характера, т. е. выделяется в значительном кол-ве, прозрачный, с небольшим содержанием ферментов и т. д. На жир выделяется сок „нервный“, т. е. густой, с большим содержанием ферментов, мутный, концентрированный и т. д. (Дионесов). Точно также были получены различные соки при кормлении собак различными питательными продуктами. Вальтеру удалось установить типичные кривые секреции поджелудочной железы при еде мяса, хлеба и молока.

Нашей задачей было экспериментально подойти к вопросу о влиянии кумыса на деятельность поджелудочной железы. Для этого мы поставили наши опыты над собакой, имеющей желудочную и поджелудочную фистулы¹⁾. В наших опытах мы определяли количество выделяемого панкреатического сока, характер его и, в большей части опытов, триптическую и амалолитическую силу сока.

Утром натощак собаке промывался желудок (через желуд. фистулу) После промывания под панкреатическую фистулу подвешивался градуированный цилиндр. Так как после каждого промывания желудка начиналось небольшое отделение панкре. сока, то до начала опыта приходилось выждать, пока не прекратится начавшаяся секреция. Чем объясняется подобное отделение панкреат. сока еще до вливания в желудок раздражителя, объяснить трудно. Это или периодическая секреция (Болдырев), или условный рефлекс на панкреатическую железу, или

¹⁾ Эта собака нам была любезно предоставлена из своей лаборатории покойным проф. Фурсиковым, которому мы остаемся постоянно благодарными за оказанную нам услугу.

же влияние воды, введенной в желудок при промывании. Во всяком случае, такая секреция до опыта получалась у нас каждый раз, и длительность ее колебалась от 20-ти до 80 минут.

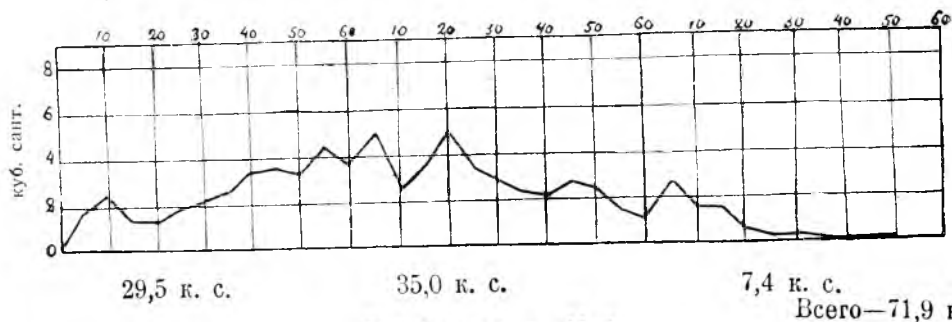
По прекращении отделения сока мы вливали в желудок кумыс в количестве всегда одинаковом, т. е. 250 к. с., и всегда определенной температуры (14°—15°). Мы испробовали 2 сорта кумыса: крепкий (кисл. 170) и средний (кисл.—100). После вливания в желудок кумыса мы следили по часам за временем первого появления панкреатического сока. Во всех наших опытах секреция железы началась регулярно через *две минуты* после вливания в желудок кумыса. Выделяющийся сок капал в подвешенный под панкреатическую фистулу цилиндр, в котором в кажд. 5 минут мы определяли количество выделенного сока. Опыт продолжался до тех пор, пока не прекращалось совершенно отделение панкреат. сока (тянулся обычно 2—3 часа). Опыты производились в специальном помещении и спец. станке. Во избежание условных рефлексов во время опытов ухаживающий за собакой персонал в комнату не допускался.

Наблюдения производились через день.

Приводим образцы полученных нами кривых отделения панкреатического сока на средний и крепкий кумыс.

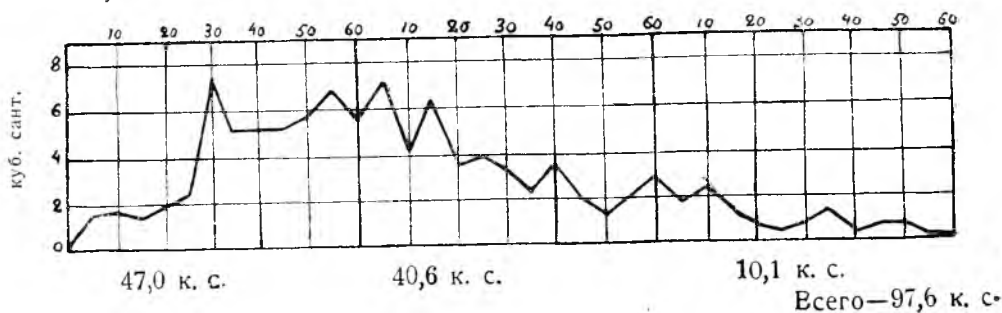
Т а б л и ц а № 1.

Кумыс—кислотность 100; кол-тво 250 к. с.; удельный вес—1021, темп.—14°
Минуты.



Т а б л и ц а № 2

Кумыс—кислотность 170; кол-тво 250 к. с.; уд. вес—1015, тем.—14°
Минуты.



По этим кривым мы видим, что по отношению к обоим сортам кумыса получилось энергичное отделение панкреатического сока. Количество выделенного панкреатического сока на крепкий кумыс больше, чем на средний кумыс (на крепкий выделилось 97,7 к. с., а на средний 71,9 к. с.). Продолжительность отделения в обоих опытах достигала 3-х часов. На крепкий кумыс отделение сока было быстрое, достигало временами до 7-ми к. с. в течение 5-ти минут. Сильнее было отделение на крепкий кумыс за первый час, чем за второй час. На средний кумыс отделение было несколько слабее, чем на крепкий, но все же иногда

скорость отделений доходила до 5,5 к. с. за 5 минут. Энергичнее секрция при нем была за второй час, чем за первый.

При крепком кумысе максимальная скорость отделения наступала уже, как видно на кривой, к 30—35-ти минутам после вливания в желудок кумыса, а при среднем кумысе—отделение достигало максимальных цифр к 55—60-ти минутам после вливания. На крепкий кумыс секрция панкреатической железы была более продолжительная, т. е., до конца 3-го часа, а на средний кумыс отделение прекращалось к середине 3-го часа. Характер сока, его внешний вид на оба сорта кумыса были почти одинаковы. Сок был жидкий, прозрачный, на крепкий кумыс всегда бесцветный, а на средний кумыс—слегка желтоватый. Иначе говоря, „кумысный“ сок по внешним своим признакам был сходен с „гуморальным“ соком.

С каждым сортом кумыса мы поставили по 3 опыта, причем характер сока и количество его при аналогичных сортах кумыса выходили чрезвычайно сходными с приведенными выше данными.

Получив подобные результаты по отношению к кумысу, мы решили на той же собаке произвести наблюдение над секретией pancreas на кобылье молоко, на растворы алкоголя и молочной кислоты и на обыкновенный бульон. Влияние молока, кислот и растворов алкоголя на панкреатическую секрцию уже давно изучено. Мы решили произвести контрольное наблюдение для сравнения с данными при кумысе. Кроме этого нам хотелось ближе выяснить, какая составная часть кумыса способствует такой энергичной секретии панкреатической железы. Опыты с указанными веществами мы проделали по нескольку раз (с кобыльим молоком 3 раза, с алкогольными и кислотными растворами по 2 раза и с бульоном один раз).

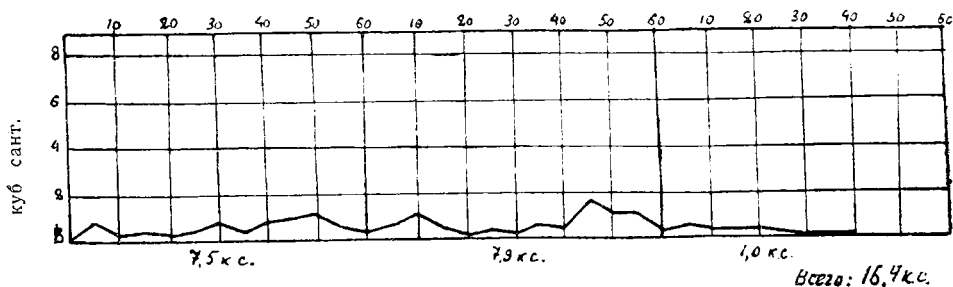
Мы приводим по одной кривой из каждого опыта.

Как видно из кривой № 3, отделение панкреатического сока на кобылье молоко во много раз слабее, чем на кумыс. Кривая отличается

Т а б л и ц а № 3.

Кобылье молоко кол-тво 250,0; t° 16; уд. вес—1028.

Минуты

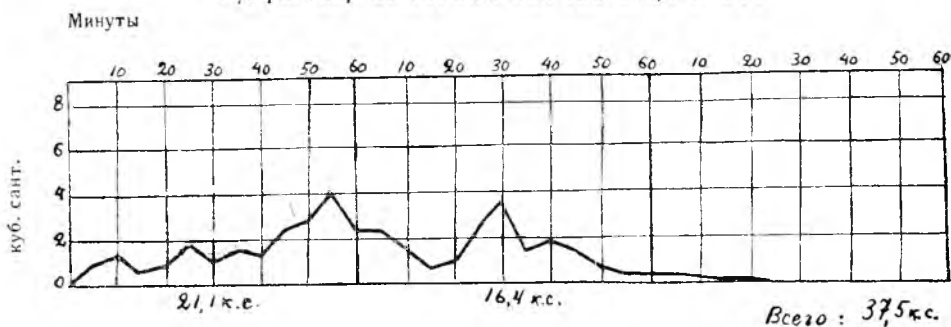


монотонностью, нет в ней высоких скачков, какие наблюдались при кумысе. Отделение сока продолжалось около 2,5 часов. За это время выделилось всего 16,4 к. с. сока. В 2-х остальных опытах выделилось сока 16,3 к. с. и 24,9 к. с. Кроме количества, различие при сравнении с „кумысным“ соком имелось и в характере сока: на коб. молоко выделялся сок густой, концентрированный, мутный, желтовато-опалесцирующий.

Несколько большую секрецию мы получили на алкогольный раствор (мы пользовались 1⁰/₀ раствором алкоголя, как близким по содержанию алкоголя к кумысу). В приведенном опыте (таблица № 4) количество сока было 37,5 к. с., а при другом—31,4 к. с. В обоих опытах количество сока было больше за первый час, чем за второй.

Т а б л и ц а № 4.

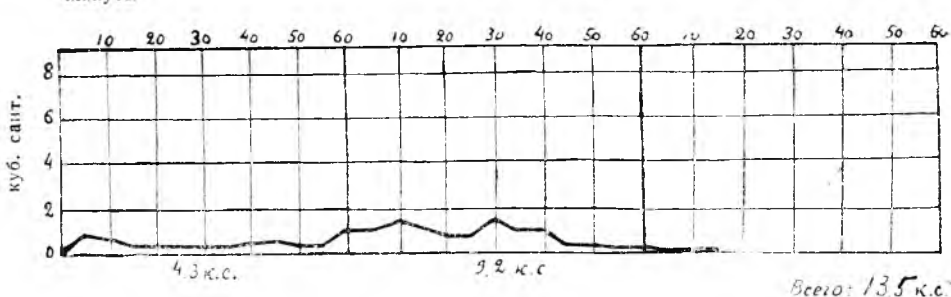
1⁰/₀ раствор алкоголя кол-тво 250,0 т⁰ 14⁰.



Значительную секрецию дала проба с молочной кислотой (табл. № 5). Данный нами раствор молочной кислоты соответствовал по кислотности 140 при титровании N₁₀ раствором NaOH. Секреция в обоих случаях продолжалась около 3-х часов, и за это время выделилось в одном случае 87,7 к. с., а в другом 75,9 к. с. Как показывает кривая, тип секреции приблизительно соответствовал нашим опытам со средним кумысом.

Т а б л и ц а № 5.

Раствор молочн. к-ты (кисл. по 1⁰/₁₀ N NaOH—140); кол-тва: 250,0 т⁰ 15.



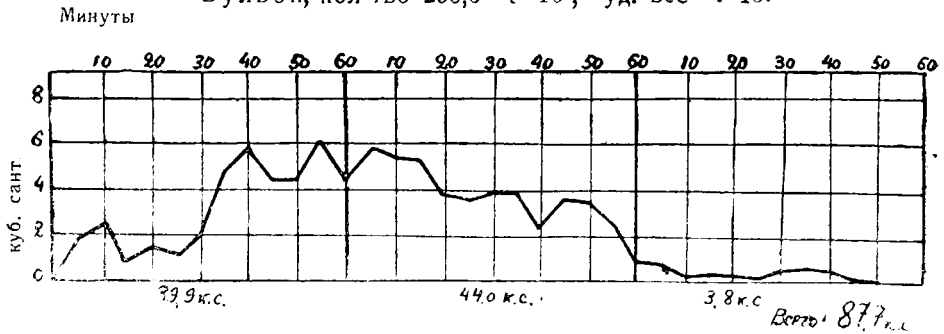
сом, т. е. второй час секреции дал больше сока, чем первый час. Характер сока был аналогичен соком на крепкий и средний кумыс, т. е., он был жидкий, обильный и прозрачный.

Что касается бульона (таб. № 6), то он дал малую кривую и очень небольшое количество сока. Характер сока был сходен с соком на кобылье молоко (густой, мутный, концентрированный и желтоопалесцирующий).

Сравнивая эти контрольные кривые, приходится отметить, что максимальную секрецию, приближающуюся к „кумысной“ и по количеству и по характеру сока, дал раствор молочной кислоты. Приходится думать, что, повидимому, присутствие молочной кислоты в кумысе не остается без влияния при действии кумыса на панкреатическое отделение.

Т а б л и ц а № 6.

Бульон; кол-тво 250,0 г^о 16°; уд. вес—1,015.



Как влияют на панкреатическую секрецию другие вещества, входящие в состав кумыса, как пептоны, CO₂, соли и т. д., нам определить не пришлось. Относительно пептонов известно из литературы, что они и при внутривенном употреблении сильно усиливают панкреатическое отделение (Б а б к и н).

Что касается ферментативной силы панкреатического сока, то она была определена нами по отношению к трипсину и амилазе.

Трипсин мы определяли при помощи Меттовских трубочек. Мы употребляли разведенный сок в таких отношениях 1:2; 1:10; 1:20; 1:40; 1:60; Меттовские палочки наполнялись яичным белком и оставались в соответствующем растворе сока на сутки в термостате при 37°. Через сутки определялась длина переваренного конца палочки в м/м. Как известно, трипсин выделяется поджелудочной железой частью в активном состоянии, частью же в неактивном, зимогенном состоянии (трипсиноген). Для полного активирования сока необходимо присутствие кишечного сока. В нашем распоряжении кишечного сока не было, и потому наши опыты мы ставили с одним только панкреат. соком, полагаясь на активную часть фермента в соке. Амилаза нами определялась по способу Вольгемута путем прибавления к 5-ти к. с. 1% раствора крахмала различных доз панкреат. сока с последующим оставлением в термостате в течение суток.

Т а б л и ц а № 7.

Влило в желудок	Кол-тво выдел. панкреат. сока	Трипсин по Mett'y	Амилаза по Вольгемуту		
			Количества употребл. сока		
			Развед. сока 1:2	0,25 к. с.	0,2 к. с.
Кумыс крепк. (кисл. 170)	97,6 к. с.	2 ш/ш	полн. перев.	полн. перев.	отсутствует
„ средн. (кисл. 100)	71,9 „	2 „	тоже	тоже	тоже
Кобылье молоко	16,4 „	3 „	тоже	тоже	полн. перев.
1% раств. алкоголя	37,5 „	3 „	тоже	част. перев.	отсутствует
Р. молочн. кислоты (к. 140)	87,7 „	1½ „	тоже	полн. перев.	тоже
Бульон	13,5 „	4 „	тоже	тоже	част. перев.

В указанной таблице № 7 видно, что при разведении 1:2 максимальная перевариваемость белка была при бульоне и минимальная при растворе молочной кислоты. При среднем и крепком кумысе перевариваемость белка получилась одинаковая. При кобыльем молоке перевариваемость оказалась выше, чем на оба сорта кумыса. Сравнивая по таблице количества выделенного панкреатического сока на тот или иной раздражитель с триптической силой сока в м/м, можно отметить, что чем сока

выделилось меньше, чем сок был концентрированное, тем триптическая сила сока (активная часть фермента) оказалась выше и, наоборот, чем сока количественно было больше, чем он водянистее и жиже, тем триптическая сила сока оказалась слабее. Здесь подтвердились положения, установленные в свое время Савиным и Бабкиным, о том, что чем концентрированное сок и чем больше в нем ферментов, тем больше в нем активной, деятельной части фермента, действующей на белки без активатора (кишечного сока). Такие же отношения, приблизительно, получили мы и по отношению к амилазе: малые количества выделенного сока на молоко и бульон дали большее содержание фермента чем соки, выделившиеся в большем количестве на остальные раздражители.

Заканчивая нашу статью, мы должны констатировать, что вопрос о характере сока, выделяемого панкреат. железой на кумыс, о его составе, свойствах нуждается в дальнейшем еще более кропотливом изучении. Пока же мы позволяем себе сделать следующие итоги нашим наблюдениям:

- 1) Кумыс является энергичным возбудителем панкреатического отделения.
- 2) Крепкий кумыс (кисл. 170) сильнее действует сокогонно, нежели средний (кисл. 100).
- 3) Сокоотделение панкреатической железы на кобылье молоко незначительно.
- 4) Присутствие в кумысе молочной кислоты, повидимому, играет некоторую роль в секреции панкреатической железы на кумыс.
- 5) Ферменты сока (трипсин, амилаза), выделяющегося на кумыс, обнаруживают меньшую деятельность, чем ферменты сока, отделяющегося на кобылье молоко.

Из Кумысолечебницы имени Чехова Башкирской Стражкассы (Ст. врач. Огородников, Научный консультант прив.-доц. П. Ю. Берлин).

Влияние кобыльего и коровьего кумыса на желудочную секрецию.

Ординатора Л. Б. Шалмана.

Кумыс является продуктом двух брожений, приведенных к известному равновесию—молочно-кислого и спиртового. При этом белки молока, главным образом казеин, подвергаются частичному гидролизу, переходя в раствор. Все составные части кумыса находятся в весьма удобоваримом состоянии.

Нас заинтересовал вопрос влияния кумыса на желудочную секрецию с двух точек зрения: во-первых, проверить вообще действие кумыса на желудочную секрецию именно потому, что кумысолечебные курорты в своих показаниях имеют в виду и желудочных больных, во вторых, в частности, проверить действие кумыса при hyperaciditas. Желудочные больные „случайно“ попадают на кумыс и поэтому подобрать материал нам было очень трудно. Наши больные кроме заболевания желудка имели заболевания легких в форме ТВС АII. АI, ТВС pulm VII и VIII.

В своей методике исследования мы остановились на применении тонкого зонда, который вводился натошак, в сидяч. положении на 2—4-й день пребывания на курорте и выкачивалось все содержимое. Пробный завтрак нами применялся в Троицкой санатории Урал-Стражкассы спиртовой 50%; в санатории имени „Чехова“ Башстражкассы—кофейный. Для определения моторной функции в кофейный завтрак добавлялось 3 капли метиленовой синьки. После дачи пробного завтрака через каждые 15 минут при алкогольном завтраке (через каждые 10 минут при кофейном) брали порции по 10 кубиков. Всего таких порций бралось от 4 до 9. Полученный сок изучался макроскопически и химически по следующей схеме: 1) количество, 2) цвет, 3) слизь, 4) осадок, 5) свободная кислотность, 6) общая кислотность 7) молочная кислота и 8) кровь.

За несколько дней до отъезда производилось повторное исследование. Всего нами исследован 51 больной.

Схема приема кумыса для больных с нормальной секрецией: в сутки от 3 до 5 бутылок, начинают пить небольшими порциями после завтрака, за час до обеда прекращают и снова начинают пить после мертвого часа до чая.

При subaciditas и apaciditas дается средний кумыс по 200 гр. перед каждой едой или во время еды (К о н д р а ш к и н). Наша модификация—остаток от 1-й бутылки выпивался через 1/2 часа после завтрака в течение 1/2 часа, 2-я и 3-я бутылки между 10 и 12-ю часами, постепенно малыми порциями, 200 гр. из 3-й бутылки выпивалось за обедом. После мертвого часа одну или две бутылки до чая, 200 гр. оставлялось для ужина.

При hyperaciditas давалось 2 бутылки между 10—11-ю часами дня, 2 бутылки между 5—6 часами вечера (метод нагрузки (автор)).

Больные получали общий санаторный стол, в исключительных случаях им давалось рубленое мясо.

Ниже мы отдельно описываем собранный нами материал по санатории „Урал-стражкассы“ (Троицкий санаторий) и санатории имени „Чехова“. Чеховский в свою очередь разбит на больных, пивших кобылий и коровий кумыс. Из 51 больных 26 пили исключительно коровий кумыс, а остальные кобылий.

В Троицкой кумысолечебнице кумыс привозился за 30 километров, и больные на руки получали почти всегда крепкий кумыс. Кислотность его доходила до 150—180 градусов. В санатории же им. „Чехова“ кумыс приготовлялся и хранился на месте.

Всего в Троицке под наблюдением было 15 больных, исследований сделано 22. Среди них 7 с apaciditas, у одного свободная соляная кислота появилась после кумысолечения. У остальных шести больных свободная соляная кислота не появилась. Они все жаловались на многолетнее страдание желудком. Больных с subaciditas мы имели 3, все дали повышение кислотности, приближающееся к норме. С hyperaciditas—один, который дал понижение кислотности до пределов нормы.

В санатории им. „Чехова“ больные употребляли исключительно средний кумыс, кислотность его 110—120 градусов.

Из 6-ти больных с subaciditas у четырех мы получили повышение кислотности, приближающееся к норме, у двух—незначительное понижение кислотности. В 5-ти случаях с hyperaciditas—у одного не получили никаких изменений, у 3-х—понижение кислотности, приближающееся к норме, у одного—понижение до subaciditas.

Обычные жалобы прибывающих больных на боли в животе, тошноту, понос, запор и т. д. в конце кумысолечения исчезали. В случаях, где свободная соляная кислота не появилась, мы также получили исчезновение всех жалоб. Это объясняется тем, что кумыс является энергичным возбудителем дуоденальной секреции и обуславливает выделение

в кишечник значительного количества желчи, а также панкреатического сока, обладающего выраженными пищеварительными свойствами (Вишневский). Характерно то, что и при hyperaciditas мы получили исчезновение почти всех жалоб. Благотворное действие кумыса в этом случае мы склонны приписать нашей методике даче кумыса, а именно: максимум нагрузки желудка кумысом в течение времени за 1—1½ часа до еды, т. е. мы приводили к переутомлению выделительные клетки желудка к моменту приема пищи.

Один наш больной с резко повышенной кислотностью страдал 3 года запорами, выписался с пониженной кислотностью (ниже нормы), с нормальным стулом. Но он был единственный из наших больных, который употреблял слабый кумыс, простокваша давалась в начале кумысолечения в течение нескольких дней. Со стороны легких он имел диагноз ТВС III. Слабый кумыс мы ему давали из соображения, что крепкий кумыс дает крепкий стул; слабый кумыс действует послабляюще, средний дает нормальный стул.

К сожалению, кумысолечением нельзя пользоваться в течение всего года: оно приурочено к определенной местности (главным образом, степи Юго-востока СССР) и к летним месяцам. Чтобы пользование кумысом сделалось доступным в течение всего года, неоднократно производились попытки готовить кумыс не из кобыльего молока в степях, а из коровьего в любом месте. Относительно лечебного значения такого кумыса мнения врачей расходятся: в то время как одни горячо пропагандируют его, другие совершенно отрицают его значение как целебного средства.

Захарова, напр., приходит к выводу, что коровий кумыс действует благотворно при желудочно-кишечных заболеваниях, а также и при общем упадке питания. Готовя коровий кумыс в Государственном Центральном Институте Курортологии по способу проф. Войткевича, Захарова говорит, что они задалась целью иметь продукт, по возможности сходный как по химическому составу, так и в смысле бактериологическом с кумысом натуральным, т. е. из кобыльего молока. Опуская биологические особенности того и другого вида молока, им удалось такого приближения достигнуть как в смысле химико-бактериологическом, так и вкусовом. Следует указать, что вначале по внешнему виду он несколько отличался от кумыса из кобыльего молока тем, что при стоянии давал довольно грубый хлопьевидный осадок (расщепление белков в коровьем молоке меньше по сравнению с кобыльим). В дальнейшем, при изменении техники изготовления, этого осадка не стало.

Нас интересовал исключительно вопрос влияния коровьего кумыса на желудочную секрецию. Наши больные с натяжкой соглашались пить коровий кумыс отчасти потому, что это непривычно для них, мотивируя тем, что они приехали пить кобылий кумыс, а не коровий, отчасти потому, что при стоянии он давал грубый хлопьевидный осадок (в санатории им. „Чехова“ не научились в достаточной мере готовить кумыс по способу проф. Войткевича), но, привыкши к нему, больные охотно пили.

Всего нами исследовано 26 больных, леченных коровьим кумысом. Среди них случаев с anaciditas 10. Появилась в результате лечения свободная соляная кислота у 6 больных. Один случай с нормальной кислотностью, который не дал изменений в кислотности, а другой дал незначительное перекисление. С subaciditas было 9 больных, у 6-ти кислотность повысилась до нормы, у 3-х небольшое перекисление. 5 больных с hyperaciditas: 3 из них дали понижение кислотности в границах нормы, один дал небольшое повышение кислотности, 1 без изменения.

Отметим также, что у нас имелась также одна больная с язвой желудка (диагноз поставлен клинически и рентгенологически в Москве); ухудшения в секреции и в жалобах мы здесь также не наблюдали.

Жалобы на обычные явления у желудочных больных после лечения коровьим кумысом совершенно прекращались, как и после кобыльего кумыса.

Сопоставляя наши данные, правда немногочисленные, позволим себе сделать заключение, что разницы в действии кобыльего и коровьего кумыса на желудочную секрецию не имеется.

Литература. 1) Зарницын и Григорьева. Курортное дело № 2—3, 1924.—2) Кондрашкин. Ibid. № 5, 1928.—3) Вишневецкий и Жаров. Ibid.—4) Вишневецкий. Курортно-санат. дело, № 3—4, 1931 г.—5) Захарова. Ibid., № 9, 1930.—6) Вишневецкий. Сиб. архив теор. и клин. медицины, том 2, книга 8—10.—7) Леви-Плетнев. Основы клинической диагностики.—8) Горяев. Материалы по вопросу о кумысолечении при легочном туберкулезе.—9) Крамов. Кумысолечение и кумысолечебн. „Тарловка“.—10) Штанге. Цит. по Омелянскому.—11) Зимницкий и Мамиш. Каз. мед. журнал, № 2, 1931.

Из тубсанатория и кумысолечебницы „Обсерватория“ Татнаркомздрава.
(Научн. руковод. проф. Н. К. Горяев, ст. врач Н. А. Крамов).

Результаты кумысного и бескумысного лечения тбс р. в местных условиях—„Обсерватория“ ТР¹⁾.

Н. А. Крамова и А. А. Победимской.

(С 8 табл. кривых)

Кумысолечение, как метод организованного лечения туберкулезных больных, имеет уже 70—80-летнюю историю, однако еще до сих пор научно не выяснен целый ряд вопросов как относительно сущности кумысолечения, так и отдельных вопросов методики. Особенно выдвигался и выдвигается вопрос о самом кумысе. Наряду с авторами, выдающимися в кумысе специфическое противотуберкулезное средство, есть ряд врачей, которые признают за кумысом только питательное значение. С другой стороны, некоторые ценят только степной, ковыльный кумыс, отрицательно относясь ко всякому внестепному кумысолечению; последние же годы дали значительное количество сторонников внестепного кумысолечения (Михайлов, Жебровский и др.).

Тубсанаторий „Обсерватория“ в сезон 1930 г. поставил себе задачей: 1) испробовать внестепное нековыльное кумысолечение в условиях „Обсерватории“ и 2) сравнить полученные результаты от санаторного бескумысного и кумысного лечения. Первый вопрос здесь нами не затрагивается, так как мы прорабатываем отдельную тему о степном и нестепном кумысолечении на основании опыта работы в Шафранове, Тарловке (Татреспублика) и Обсерватории; темой же настоящего сообщения являются сравнительные результаты кумысного и бескумысного лечения туберкулезных легочных больных в местных условиях (Татреспублика).

Поставив себе целью проследить эти результаты, мы для проработки материала взяли наиболее объективные, с нашей точки зрения, данные:

1) Сообщено на Всесоюзн. совещании кумысн. раб. в Москве 1/XI 1930 г.

T, прибыль в весе, спирометрия, E, Hb, F_i, изменение лейкоцитарной кривой, РОЭ.

За летние месяцы с 15/V по 1/X прошло 280 кумысных и 220 бескумысных больных. Все больные были размещены в 3 больших павильонах, имели одинаковое питание, одинаковый санаторный режим и процедуры: солнцелечение, купанье, гимнастика, труд-процессы; короче говоря, все жили в одних и тех же условиях, причем только одна группа больных в дополнение пользовалась кумысом, а другая группа проводила лечение без него. Чтобы избежать возможных нареканий на то, что одним дают, а другим кумыса не дают, санаторий еще до открытия летнего сезона, распределяя койки по страховым организациям, предупредил, что столько-то коек будет кумысных и столько-то бескумысных.

Прежде чем перейти к обсуждению полученных результатов, кратко сообщим о постановке лечебно-санаторного дела в „Обсерватории“. Все больные до санатория прошли через местные Тубдиспансеры или ВКК, по справкам которых и прибывали в санаторий на 1 месяц. Санаторный режим и правила внутреннего распорядка были организованы по типу старых кумысолечебниц Шафранова и Оренбурга. Питание производилось 4 раза в сутки, калорийность стола была 4200—5000, солнцелечение и купание проводились под наблюдением медперсонала. В нынешнем году в санатории были введены, как обязательные процедуры, гимнастика и трудпроцессы, и, хотя санаторий столкнулся с выраженным протестом некоторых б.б., обязательность указанных процедур была введена.

Кумыс вырабатывался в собственной куммастерской из молока санаторских кобылиц и приготавливался на закваске, полученной из Оренбург. Бакт. Пн-та (*b. bulgaricus, torula kumys*); приготовление кумыса производилось под постоянным наблюдением лаборатории санатория. По вкусовым, физико-химическим и бактериологическим свойствам кумыс был хорошего качества и удовлетворял всем существующим современным требованиям кумысолечения. Кумыс давался больным в первые месяцы (май—июль) 4—5 бутылок и в последние месяцы 4—3 бутылки в день на человека.

Общее санаторное обследование б.б. включало, кроме общего физического и рентгеноскопического, непременным условием широкое лабораторное исследование крови (Hb, E, F_i, L, лейкоцит. кривая, РОЭ), мокроты; моча, желуд. сок и др. исследовались по мере надобности. Общее руководство за постановкой лечебного дела в санатории проводилось консультантом проф. Н. К. Горяевым.

В целях однородности материала и наибольшей полноты данных для проработки взято 211 историй болезни кумысных больных и 132 истории бескумысных больных. Приводимые ниже таблицы в целях сравнения и наглядности построены в ‰‰. Распределение б.б. по диагнозам дает таб. 1, из нее видно, что обе группы б.б. были довольно близко однородны.

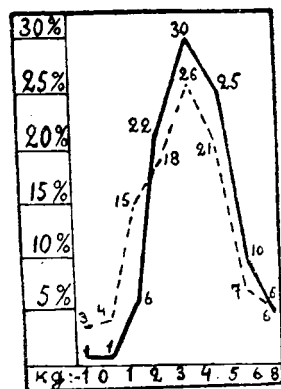
Таб. 1.

Число случаев в ‰

		беск.	кум.	беск.	кум.
A I		31	29	23	22
A II		10	13	6	2
B I		26	31	4	3

Вес. Первое, на что обращает внимание больной в санатории—это прибавь в весе. Мы далеки от обычного увлечения прибавью в весе; одна прибавь без других объективных данных говорит очень мало, а иногда и ничего не говорит о течении легочного процесса. Но учитывая тот факт, что почти 90% всех туб больных имеют, как результат интоксикации и деструктивных процессов, резкий дефицит веса, мы должны признать, что оценка веса при сопоставлении с другими клиническими данными имеет важное диагностическое значение: продолжает ли организм терять питательные вещества или начинает восстанавливать потерянное. Поскольку в нашем материале при оценке общего состояния больных % без перемен был равен только 11, а ухудшение—всего 3%, т. о. основная масса 86% б.б. уехала с теми или другими явлениями улучшения, прибавь в весе заслуживает внимания.

Из таблицы 2 видно, что прибавь в весе колебалась от 1 до 8 kg. и основная масса б.б дала прибавь в весе в среднем от 3 до 5 kg на человека в месяц. Средняя прибавь у бескумысных больных на 1 человеко-месяц 3,42 kg, у кумысных больных—4,13 kg. У кумысных больных больше не только средняя прибавка на 1 человеко-месяц, но и выше % больных, прибавивших более высокие цифры, и значительно меньше % б.б. с малой прибавью веса, чем у бескумысных б.б. (В таблице прерывистая линия—бескумысные б-ые, сплошная кумысные б-ые).



Таб. 2

Вес. Прибавь в весе.

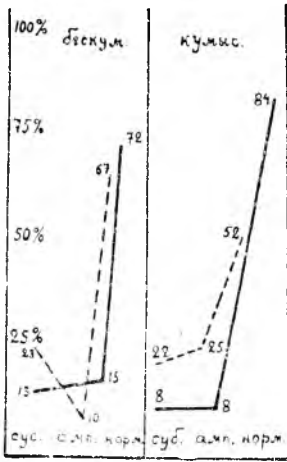
Температура. В таблице 3 б-ые распределены на 3 группы: 1) с нормальной Т, 2) с выраженной суточной амплитудой (0,8°—1,2°) 3) с субфебриальной Т. Если для бескумысных б.б. мы имеем, хотя и незначительное, но все же улучшение температурной кривой к концу месячного лечения, то у кумысных б.б. мы видим резкий сдвиг в сторону нормальной Т, и уменьшение % случаев с субфебриальной Т, и случаев с большой амплитудой у этих больных резко выражено, чем у бескумысных больных.

Здесь нет оснований останавливаться на значении Т-ой кривой в течении туб. процесса—таблица 3 говорит с определенностью о повороте в течении легочного процесса у кумысных б.б.

Если в табл. 2 в прибави веса мы видели только количественную разницу у бескумысных и кумысных больных, то в табл. 3 результаты преимущественного влияния кумысолечения в смысле наиболее скорого и активного воздействия на туб. процесс выступают, по нашему мнению, особенно ярко. Учитывая далее тот факт, что изменения температурной кривой произошли к концу месяца лечения хронического процесса, мы можем говорить об определенном укреплении иммунобиологических сил организма.

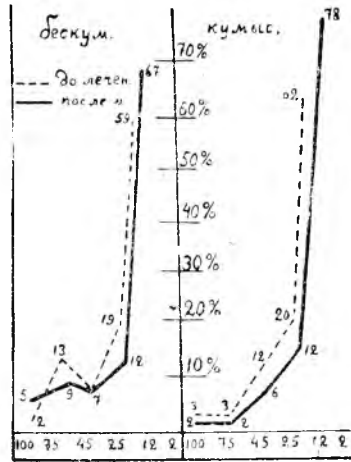
Реакция оседания эритроцитов, как это установлено большинством исследователей, взятая сама по себе, лишена диагностического значения; наблюдение же за РОЭ в течение легочного процесса значительно дополняет картину болезни. Вполне соглашаясь с указаниями некоторых авторов (Л и с т е н г а р т е н), что в известном % случаев (15—20%) РОЭ стоит в полном несоответствии как с картиной, так и с течением болезни, и имея в своем материале несколько случаев, где при

выраженной картине легочного процесса мы никак не могли объяснить понижения РОЭ, все же мы должны признать, что сопоставление РОЭ с другими клиническими данными в основной массе случаев помогало нам разобраться в сущности процесса.



Таб. 3.

Температура.

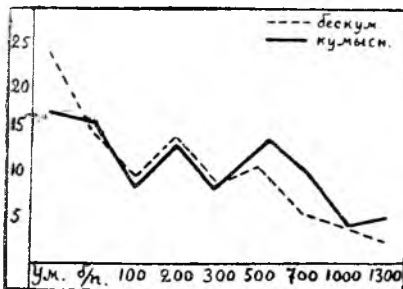


Таб. 4.

РОЭ.

РОЭ ставилась у всех наших больных не менее 2 раз в месяц, у б.б. с повышенной РОЭ исследование ее проводилось через 2 недели. РОЭ проводилась по Вестергрену утром натощак. Таб. 4 говорит хотя и о нерезко выраженном, но определенном улучшении РОЭ. причем в правой половине таблицы (у кумысных больных) это улучшение РОЭ выступает резко. Эти данные вместе с Т-кривой и прибавлю в весе достаточно определенно говорят о выраженном повороте в борьбе организма с инфекцией.

Спирометрия. „Рядом авторов показано, что изменения жизненного объема легких у тbc больных идут параллельно с течением легочного процесса“ (Hutchinson, Necht, Küss и др.—цитир. по Невраеву). Несмотря на то, что методика спирометрии недостаточно проработана и пока не получила широкого применения, оценка спирометрических данных при сопоставлении с прочими методами исследования в наших случаях значительно дополняла клиническую картину болезни и подтверждала полученные другими методами данные.



Таб. 5

Спирометрия.

Если у наших больных Т улучшалась, вес увеличивался, РОЭ снижалась, то увеличение показаний спирометра говорило об определенном уменьшении степени поражения дыхательного аппарата.

Таб. 5 говорит не только об увеличении жизненной емкости легких у обеих групп б.б., но и о значительно более высоких результатах на кумысе. Д-р Невраев в своей работе „Сравнительная оценка результатов лечения тbc больных на кумысах и на южном бе-

регу Крыма“ говорит, что средняя прибавка жизненной емкости легких

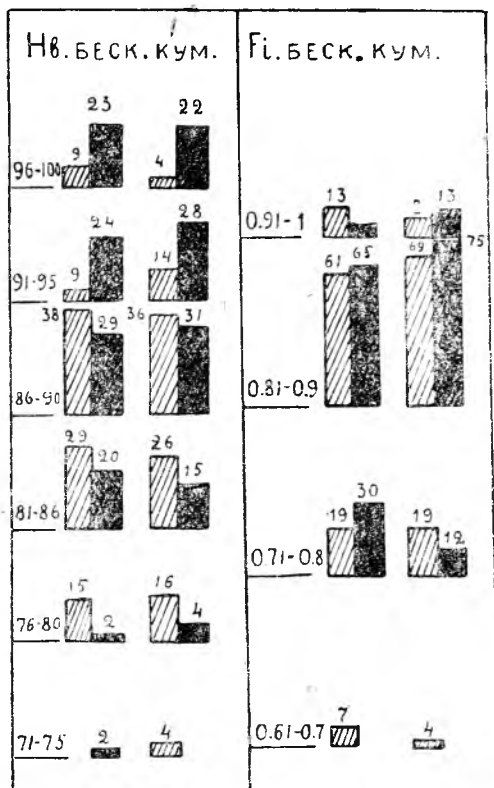
при кумысолечении более чем в 3 раза превышает прибавку в Крыму. В наших данных у бескумысных больных средняя прибавка была 248 куб. с., у кумысных—323 куб. с., т. о. здесь мы имеем цифры близкие к указанным д-ром Невраевым, подтверждающие преимущество кумысолечения.

Кровь. Исследование крови производилось одним и тем же работником в определенное время: натощак утром в первые 2—3 дня при поступлении и за 1—2 дня до выписки больного из санатория, а в случаях выраженных отклонений от нормы кровь исследовалась каждые 10—15 дней. В целях наибольшей точности в значительном % случаев счет телец проводился одним и тем же смесителем; подсчет формулы бел. телец производился по камере Bürker'a.

Определение % Hb и Fc, будучи обязательным для решения вопроса о степени малокровия, до сих пор, к сожалению, не вошло в практику туб. учреждений. Нами уже подчеркивался тот факт, что из присылаемых в санаторий б.б. с диагнозом анемия 80% и даже более б.б. малокровия не имеют. Ошибка объясняется тем, что диагноз малокровия ставится обычно только на основании бледности покровов и без соответствующих исследований крови.

Изменения Hb, Fc, числа E (эритроцитов), по нашему мнению, говорят не только об изменении функции костного мозга и ретикуло-эндотелиальной системы, но и о состоянии дыхательной поверхности легких (окислительные процессы). Общее укрепление и улучшение легочного процесса, как это установлено, сопровождается улучшением и картины красной крови: увеличение % Hb, Fc.

Таб. 6 и 7 показывают, что % Hb и Fc увеличился в результате пребывания б.б. в санатории, и что увеличение % Hb и Fc у кумысных больных значительно более выражено, чем у бескумысных больных. Нами уже на материале Шафрановских и Тарловской (Татреспублика) кумысо-лечебниц отмечалась исключительная прибавка % Hb в результате кумысолечения; указанная выше работа д-ра Невраева на опыте сравнения результатов санаторного лечения в Крыму и на кумысах также говорит о значительно более высоких цифрах прибыли % Hb при кумысолечении. Возможны две причины увеличения % Hb: или увеличилось число E в 1 куб. мм., или увеличилось количество красящего вещества в каждом эритроците.



Таб. 6.

Таб. 7.

Табл. 8, сообщая об увеличении числа E в 1 куб. мм. в результате санаторного лечения, говорит, что число Eросло значительно больше у бескумысных б.б., чем у кумысных. Учитывая далее тот факт, что у кумысных б.б. % Hb и Fi повысился больше, чем у бескумысных б.б., а число E у кумысных б.б. изменилось незначительно—мы можем заключить, что повышение % Hb у кумысных б.б. произошло в результате увеличения количества красящего вещества в эритроците. Этот вывод подтверждает высказанное нами ранее предположение о том, что кумыс, как таковой, является существенным условием для обогащения крови гемоглобином (Hb). Данный факт имеет особенное значение, потому что по большинству авторов (Панченко, Чуйко, Pribram, Jolles и др.) при tbc p. окислительные процессы в организме понижены, и увеличение Hb создает благоприятные условия в борьбе организма с tbc.

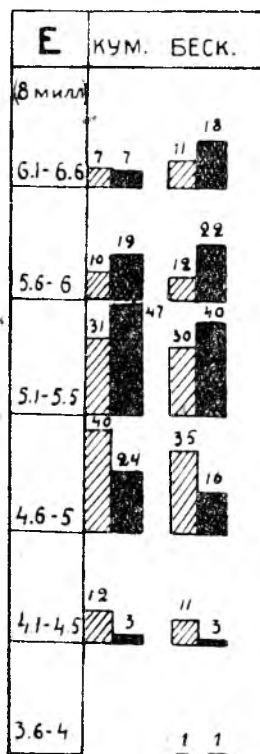


Табл. 8.

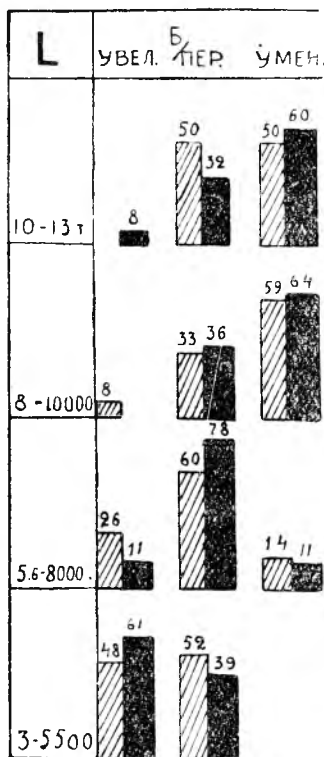


Табл. 9.

Белая кровь „Объективная определенность гемограммы“ (Горяев) за последнее время почти не вызывает сколько-нибудь серьезных возражений. Систематически и с достаточной тщательностью проводимая гемограмма в ряду других объективных критериев занимает одно из первых мест в клинической картине tbc p. Не останавливаясь на значении лейкоцитарной кривой при tbc p. (подробные сведения и литературу по этому вопросу можно найти в монографии проф. Горяева и наших работах), мы только вкратце рассмотрим таблицы.

Табл. 9 дает нам указание на то, что основная масса больных уже к концу месячного лечения дает приближение цифр лейкоцитоза (L) к нормальным цифрам, причем и повышение лейкоцитоза (L) в случаях лейкопений, и снижение L в случаях гиперлейкоцитоза у кумысных б.б. выражено резко, чем у бескумысных б.б.

Как и предыдущая, табл. 10 также говорит об определенном положительном сдвиге в течении легочного процесса у обеих групп б.б.: повышение % Lu (лимфоцитов) в случаях с малым % Lu и снижение % Lu в случаях гиперлимфоцитоза. В этой таблице особенно важна

нижняя ее часть, которая говорит о том, что у группы б.б. с наиболее активной формой tbc p., которая характерна низким % Lu, улучшение лейкоцитарной кривой выражено значительно резче: здесь ни в одном проценте нет дальнейшего снижения % Lu, и нарастание % Lu у них идет быстрее, чем у бескумысных б.б.

Изучение кривой моноцитов в обеих группах б.б. не дает возможности определенных заключений.

Выводы: 1) Санаторное лечение туб. больных в „Обсерватории“ имеет выраженные результаты в состоянии организма и в течении легочного процесса (прибыль в весе, улучшение Т-ой кривой, увеличение емкости легких, снижение РОЭ, улучшение гемограммы).

2. Кумысное лечение в „Обсерватории“ по всем указанным выше показателям улучшения дает более высокие цифры, чем лечение бескумысное: а) более высокая прибыль в весе; б) более быстрое улучшение Т-ой кривой; с) более высокие цифры спирометрии; d) более высокое нарастание % Hb и Fi; e) наиболее выраженные изменения гемограммы. Все это говорит о более активном действии кумысолечения в сравнении с обычным действием санаторного бескумысного лечения.

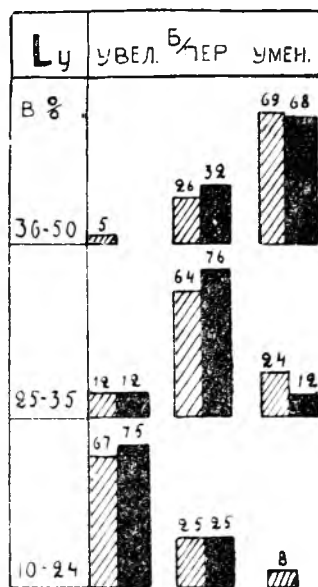
3. Кумысолечение наиболее скорый по времени и исключительно богатый по своим результатам метод санаторного лечения.

4. Бóльший % прироста Hb и Fi без относительно высокого числа E при кумысолечении говорит о кумысе, как о существенном условии в обогащении крови гемоглобином.

5. Полученные сравнительные данные о результатах кумысного и бескумысного лечения в одинаковых условиях выдвигают мысль об особом присущем кумысу, как таковому, действию на легочный tbc процесс.

6. Организация кумысолечения в местных условиях (Татария) материально вполне возможна, и опыт первого года кумысолечебницы „Обсерватория“, равно как и опыт 3-летней работы кумысолечебницы „Тарловка“, требует расширения и углубления работы указанных местных кумысолечебниц.

Литература. 1) Гор я е в. „Материалы к вопросу о кумысолечении“, Казань. 2) Учет результатов санлечения. Москва, Ин-т курортологии, —3) Кра м о в. Кумысолечение и кумысолечебница Тарловка. Основная литература указана в монографии проф. Горяева и нашей работе.



Таб. 10.

1) Табл. 6, 7, 8 заштрихованные столбики—до лечения
 сплошные черные „ —после „

2) В табл. 9, 10 заштрихованные столбики—для бескумысных больных
 сплошные черные „ —для кумысных „

Из Госпитальной терапевтической клиники Казанского медицинского института (директор проф. Н. К. Горяев).

Отдаленные результаты кумысолечения¹⁾.

Д-ра Н. А. Крамова.

Если для врача-специалиста теоретически и практически очень важно знать не только непосредственные результаты санаторного лечения, но и как долго эти результаты держатся, то для страховых организаций эти вопросы приобретают исключительное значение: в зависимости от длительности результатов санлечения решаются вопросы о том, кого и когда и на какие сроки нужно посылать в санаторий, какая методика наиболее эффективна и т. п.

Если в последние годы, годы широкого санаторного строительства не только общегосударственных курортов, но и санаториев местного значения, научные исследования охватили значительное количество сторон санаторной жизни, и гл. о. вопросы о непосредственных результатах санлечения, то вопрос о том, как длительны эти полученные в санатории результаты, настолько прочно „отремонтированы“ больные—эти вопросы в силу значительной трудности проработки привлекали только единичных наблюдателей.

Если вообще очень трудно вести наблюдения в санаторной обстановке, где б.б. неохотно идут на всякого рода исследования, то вести последующее наблюдение за больными, разъехавшимися по всему СССР, почти невозможно. Разъехавшись с курортов, б.б. или совсем выпадают из поля зрения лечащего врача или попадают под наблюдение другого врача, принадлежащего и к другой медицинской школе и владеющего другой методикой; а так как до сих пор еще нет твердо установленной методики учета результатов, то и выводы из наблюдений, основанных на обследованиях различных врачей, могут грешить и субъективизмом, неточностью и неувязкой в санаторных и послесанаторных данных.

В лучших условиях, чем курорты общегосударственного значения, находятся местные санатории, где довольно часто основная масса больных находится под наблюдением в течение ряда лет у одного и того же врача, работающего и в туборганизациях, и в летнее время—в местном санатории. Полученные т. о. сведения одним и тем же лицом с одинаковой методикой, с возможностью наблюдать больного в до- и послесанаторной обстановке—имеют большую практическую и научную ценность.

Работая в течение летнего сезона в местной кумысолечебнице „Тарловка“ (Татреспублика), к тому же соприкасаясь с значительной частью санаторных б.б. в досанаторной и в послесанаторной обстановке по работе в Поликлинике (на диспансеризации), мы решили проследить результаты кумысолечения через 3—6—9 месяцев после выписки б.б. из санатория. Наметив этот план еще на работе в Тарловке, мы в качестве методики проработки материала решили избрать такие опорные пункты, которые освободили бы от возможных ошибок и субъективизма. С этой целью мы остановились на следующем:

¹⁾ Сообщено на объединенном заседании врачей Обкомсоцстраха и тубдиспансеров 11/IV 1931.

- 1) Исследовать больного каждые 3 мес. после кумысолечения.
- 2) Исследование производить по принятой в санатории методике:
 - a) физикальное исследование легких,
 - b) T^o,
 - c) наблюдение за весом,
 - d) исследование картины крови (Hb, L, Ly),
 - e) определение общего состояния и самочувствия,
 - f) учет дней прогулов по болезни.

Приняв такой план, мы начали с осени 1928 г.: 1) обследовать всех больных Казани, бывших в Тарловке, вызывая их в Обл. б-цу, в клинику проф. Горяева, к 8—9 ч. утра и 2) ко всем б.б., бывшим в Тарловке и проживавшим в кантонах, были отправлены двойные открытки со штандартным вопросником к больному и лечащему, где запрашивалось о T^o, чистом весе, кашле, ночных потах, слабости, самочувствии, днях прогулов и т. п. Казанские больные ходили на обследование довольно аккуратно; некоторые за срок 9 мес. после кумыса были 3—4, даже 6 раз, а основная масса была 1—2 раза через 3 мес. после кумыса. Кантональные б.б. в первые 3—6 мес. отвечали на запросы аккуратно, довольно часто помимо заполненной штандартной открытки присылали большие письма.

Прорабатывая полученные материалы мы остановились на данных обследований через 3 мес. после кумыса по двум причинам: 1) срок в 3 мес., по нашему мнению, вполне достаточен для оценки стойкости результатов, потому что выписавшиеся из санатория б.б. в середине и конце лета последующие 3 месяца провели на работе в наиболее неблагоприятных для туббольного климатических условиях—осеннее время; 2) материал за первые 3 мес. был наиболее полным и отвечал указанным выше требованиям; материал же за последующие 6—9 месяцев в связи с частичным перерывом в нашей работе по независящим от нас причинам в большей части был утерян, и мы вынуждены им пользоваться только в ограниченной части.

Вес. Прибыль в весе остается до сих пор одним из важных факторов в оценке результатов. Хотя всякому работнику тубдиспансера известно, что одна прибыль в весе еще ничего не говорит об улучшении, и встречаются случаи, где б. прибывает в весе, а легочный процесс ухудшается—все же нужно признать, что нарастание веса у подавляющего большинства туббольных идет параллельно с общим улучшением, и это нарастание веса с определенностью говорит о том, что организм не только удачно борется с инфекцией, но и откладывает про запас.

Кумысолечение, как это установлено рядом авторов, дает более высокую прибыль в весе, чем какой-либо другой метод санлечения; вопрос же о стойкости этой прибыли, насколько нам известно, в мед. литературе не отмечался, и среди некоторых врачей и больных держится представление о том, что прибыль в весе после кумысолечения быстро теряется.

По весу у нас разработано 56 историй болезни. Причем у 53% всех больных вес остался без перемен, у 40% больных вес за это время понизился более, чем на $\frac{1}{3}$ приобретенного на кумысе и в 7% всех обследованных случаев вес после кумысолечения еще дополнительно повысился, т. е. более $\frac{1}{3}$ приобретенного на кумысе количества.

Несмотря на то, что все больные с кумыса попали прямо на работу и очень многие жили в неудовлетворительных условиях питания, почти на одних углеводах, можно все же получепную на кумысе прибыль в весе считать достаточно стойкой.

Температура. Всех обследованных больных (55 чел.) по температурным колебаниям мы разбили на 3 группы: 1—с нормальной Т. 2—б.б. имевшие большую суточную амплитуду колебаний Т (0,8—1,2°), 3—б.б. с субфебрильной Т

Из таблицы видно, что число б.б. в результате кумысолечения перешедших из 2 и 3-й групп в 1-ю группу (т. е. в группу с нормальной Т) спустя 3 мес. после кумыса не уменьшилось, а даже увеличилось на 4 человека. Группа больных с субфебрильной Т, уменьшившись в результате кумысолечения на 50%, через 3 мес. после кумыса не только не увеличилась, а даже уменьшилась на 1 человека.

Из 13 прослеженных б.б. в течение 7—9 мес. после кумысолечения (из них 9 больных после кумыса имели нормальную Т и 4 б. были с субфебрильной Т) 9 больных дали нормальную Т в течение этого времени, 3 больных имели субфебрильную Т все время, и 1 больной имел субфебрильную Т с восьмого месяца после кумысолечения.

Кровь. Придавая большое объективное диагностическое значение гематологическим данным, мы все исследования на кумысе и в послекумысное время проводили одной и той же методикой: исследования производили утром натощак, счет красных и белых телец и формула последних выводились по камере Вейкена и Горяева-Папченгейма; Hb исследовался одним и тем же оригинальным гемометром Sahli.

Hb. Всех обследованных на гемоглобин (Hb) б.б. мы разбили на 3 группы: 1) Hb остался без перемен, колеблясь в пределах 5% в ту или другую сторону в 60% случаев, 2) Hb уменьшался более, чем на 5%—20% сл. и 3) Hb увеличился более, чем на 5%—20% сл. Эти данные позволяют нам сказать, что прибыль Hb на кумысе была не временным, а стойким явлением. Здесь еще нужно обратить внимание на следующий факт: из 26 больных, уехавших с кумыса с выраженной прибылью Hb, 5 больных в последующие 3 мес. увеличили % Hb еще дополнительно на 38% Hb сверх приобретенных 43% Hb на кумысе. Это, равно как и факт дальнейшей послекумысной прибыли в весе, подтверждает высказанную некоторыми авторами мысль о последующем послесанаторном действии кумыса.

L, Ly, Mon. Трудно схематично представить картину происшедших за последующие 3—6—9 мес. изменений лейкоцитарной кривой; в целях удобства и наглядности мы всех больных по лейкоцитозу (L) разбили на 3 группы: 1—б.б. с лейкопенией (3500—5500), 2—б.б. с нормальным L (5600—8000), 3—б.б. с гиперлейкоцитозом (8100—12000 и более)¹⁾.

Из табл. 1 видно что из 2-й группы около 2/3 всех случаев продолжают иметь нормальный лейкоцитоз спустя 3 мес. после кумыса; приблизительно 1/4 случаев этой группы имеет через 3 мес. после кумысолечения увеличение числа L, что в большинстве случаев связано с ухудшением легочного процесса. 3-я группа (с гиперлейкоцитозом) наполовину дала уменьшение и наполовину нарастание лейкоцитарных цифр через 3 мес. после кумыса.

Просмотр табл. 2 лимфоцитов (Ly) показывает, что в группе с нормальным % Ly (25—35% Ly) почти все случаи спустя 3 мес. после кумысолечения остались

Таб. 1.

L (лейкоцитоз)	Число случаев после кумыса	Через 3 мес.		
		без перем.	увел.	умен.
1. 3,5—5500	1	1	—	—
2. 5,6—8000	21	13	5	2
3. 8,1—12000	4	—	2	2

Таб. 2.

Ly % лимфоцит	Число случаев после кумыса	Через 3 мес.		
		без перем.	увел.	умен.
14—24	2	1	1	—
25—35	13	11	1	1
36—50	10	1	—	9

без перемен, имеется только по одному случаю увеличения и уменьшения % Ly. В группе б.б. с увеличенным % Ly 9 случаев из 10 дали снижение гиперлимфо-

¹⁾ Указанные здесь 3 группы лейкоцитоза установлены автором в интересах удобства учета.

цитарных цифр и так как снижение $\%$ Lu не перешагнуло нормальных границ, то мы имеем право рассматривать этот факт как дальнейшее улучшение в течении легочного процесса. Группа с уменьшенным $\%$ Lu обнимает в нашем материале всего 2 случая; один из них дал увеличение $\%$ Lu , другой остался без перемен.

Моп. Наблюдение за колебаниями $\%$ моноцитов в виду недостаточного цифрового материала не дало возможности вывести какую-либо закономерность.

Легкие. Последующее через 3 мес. после кумыса перкуторно-аускультативное обследование 41 больного и частичное рентгеноскопическое дало след. данные: 24 человека легочную картину без перемен с момента оставления санатория; 13 человек, т. е. около 30% всех обследованных имели ухудшение перкуторно-аускультативных данных и 4 больных дали улучшение легочной картины. Из 14 больных, прослеженных в течение 7—9 мес. после кумыса, легочные явления без перемен остались у 6 человек, ухудшение легочной картины у 6 человек и у 2-х больных было дальнейшее улучшение легочных явлений по сравнению с кумысными данными.

Общее состояние. Общее состояние б. б. оценивалось на основании объективных данных исследований и заявлений б. б. о самочувствии. К сожалению мы располагаем слишком малым количеством данных о прогулах, почему детальной проработки по этому пункту у нас нет, и имеющиеся сведения о прогулах нами использованы в оценке общего состояния.

Из 59 б. б. 42 человека, т. е. около 70%, в течение 3 мес. после кумысолечения сохранили без перемен состояние, квалифицированное при выписке из санатория как хорошее. У 13 б. б. (около 20% случаев) общее состояние ухудшилось в последующие 3 мес. после санатория; у 4-х больных общее состояние в последующие 3—6 мес. после кумысолечения продолжало улучшаться и было лучше, чем при выписке из санатория. Из 12 б. б., прослеженных в течение 7—9 мес. после кумыса, 6 больных сохранили хорошее общее состояние за это время, 6 больных дали ухудшение общего состояния: один б. на 4-м месяце, один—на 8-м месяце, 4 больных—на 9-м месяце после выписки из санатория.

Не претендуя на полную категоричность заключений, мы все же, основываясь на объективных данных, полученных при обследовании, можем сделать след. выводы:

1) Несмотря на быструю и высокую прибыль в весе на кумысах, в-с этот у больных держится довольно стойко.

2) Увеличение $\%$ Hb на кумысах имеет характер прочного приобретения.

3) Выраженная стойкость лейкоцитарной кривой спустя 3 мес. после кумыса и более; сохранение в последующие за кумысом 3 мес. выравнявшейся T на кумысах; сохранение полученного на кумысе хорошего общего состояния и в последующие за кумысом месяцы—все это, как и вышеуказанные данные о прибыли в весе и Hb , говорит о достаточно прочных результатах кумысолечения.

4) Наблюдавшееся дальнейшее повышение $\%$ Hb , дальнейшая прибыль в весе и улучшение общего состояния у ряда больных подтверждают высказанную некоторыми авторами мысль о последующем после-санаторном действии кумысолечения.

5) В целях наилучшего учета результатов санаторного лечения Туб. Институтам необходимо озаботиться выработкой обязательной методики учета результатов лечения.

6) Интересы профилактической и лечебной работы по туберкулезу требуют обязательного заполнения врачебных должностей сезонных тубсанаториев врачами тубдиспансеров.

Литература. Горяев. „Материалы к вопросу о кумысолечении при легочном тбс“, Казань, Изд. „Каз. мед. журнала“, здесь же указана и литература по кумысу.

Из Одесского центрального кардиологического диспансера (зав. Г. И. Кац).

Об измерении кровяного давления без инструментов.

Д-ра И. Е. Либерзона.

Вопрос о кровяном давлении и методах его измерения приобретает в последнее время, в связи с широким развитием инструментальной диагностики, все больший и больший интерес. Как остроумно замечает Фольгардт, минус метода в том, что в настоящее время ни один врач не может обойтись без многократного измерения кровяного давления у каждого пациента. Инструментальную диагностику, естественно, нужно приветствовать, как наиболее объективный из всех наших методов. Все же некоторая громоздкость, дороговизна аппаратов, многочисленные „допущения“, к которым приходится прибегать, заставляют думать, что наша работа в этой области далеко не закончена.

Способ, проверкой которого мы занялись и провели на сравнительно большом материале, не претендует на замену инструментальных, но как более физиологичный, как более прямой, он может послужить немалым подспорьем для врача-практика, давая ему возможность лишь при помощи стетоскопа высказаться о состоянии кровяного давления. Метод этот предложен Г. И. Кацом (Les Progr. Med. 1930) и проверен на довольно большом материале больных диспансера.

В основе способа лежит известное наблюдение Viërgordt'a, измерявшего оригинальным методом силу сердечных тонов. За единицу сила звука Viërgordt принимает звук, получающийся при падении свинцового шарика, весом в один mgr., на пластинку из цинка весом в 2406 гр., толщиной в 8,2 мм., длиной 32 см., шириной 17 см. Падение происходит с высоты 1 мт. Viërgordt заметил, что средняя сила первого тона у верхушки равна (2-хстворчатый клапан) 752 единиц, второго тона там же (проведен от аорты)—447 единиц. Первый тон 3-хстворчки равен 576 ед., второй тон над 3-хстворкой (проведен от легочной артерии) равен 400 ед. Первый тон над аортой (проведен от верхушки) имеет 234 ед., второй (собственный тон аорты) 513 ед.; первый тон легочной артерии (проведен от 3-хстворчки) равен 325 ед., второй (собственный тон легочной артерии)—624 ед. (Цит. по Кацу).

Таким образом: 1) наиболее сильным является первый тон у верхушки (752 ед.); при прохождении до аорты он теряет 69% своей силы, имея на аорте только 234 ед.; 2) тон, образующийся на аорте (513 ед.), при прохождении до верхушки теряет только 13% своей силы, имея на верхушке 447 ед. Первый тон на верхушке относится к второму, как 752:447, т. е. первый тон почти вдвое больше второго. На аорте же второй тон относится к первому, как 513:234, т. е. он в два с половиной приблизительно раза сильнее первого.

Необходимо перейти к вопросу: какие факторы могут повлиять на второй тон в смысле увеличения или уменьшения его силы? Очевидно, сила тона будет зависеть главным образом от давления в кровеносной системе. Нам необходимо здесь разграничить два понятия: высоту и силу звука. Как известно, второй тон образуется за счет 1) колебания клапанов аорты, 2) колебания стенок аорты. Если изменяются самые свойства колеблющихся тел (склероз, инфильтрат), то тем самым может быть изменен период колебания (T) (т. е. частота колебаний) $T = \frac{1}{N}$ (число колеб.), и звук может стать более высоким. Поэтому нередко звонкий второй тон на аорте наблюдается и при гипотонии; это ясно, так как звонкость второго тона есть изменение не силы его, а высоты. Изме-

ние же силы второго тона зависит только от увеличения амплитуды колебаний при прочих равных условиях; это, в свою очередь, зависит от усиленного удара крови о стенки и клапаны аорты. Если последние не изменены, то при повышении к. д. увеличения высоты тона не получится и будет только нарастание его силы, т. к., согласно законов акустики, гармонические колебания упругого тела изохронны.

Из формулы следует, что сила звука W зависит от 1) плотности среды d , 2) величины отверстия, воспринимающего звук и скорости звука SV , 3) амплитуды колебания A и 4) периода T : $W = \frac{2\pi^2 A^2 S d V}{T^2}$

Это как будто-бы противоречит нашему допущению, что при учащении колебаний (N), т. е. уменьшения периода (T), сила тона может не изменяться и может быть звонкий, но не сильный второй тон. Следует отметить, что практически уменьшение периода дает такой незначительный прирост силы звука, который почти совсем не воспринимается ухом. Таким образом, мы твердо установили, что нарастание *силы* второго тона зависит главным образом от повышения к. д.

Г. И. Каца и предлагает пользоваться этим признаком для определения к. д.; в самом деле, если на верхушке второй тон станет равным первому или сильнее его, то это ясное доказательство гипертензии, так как в норме он в два раза меньше (слабее) первого. Одновременно, мы всегда увидим, что второй тон на аорте превышает первый не в два с половиной раза, как в норме, а в пять-шесть раз. Практически мы всегда легко отличим звонкость второго тона (аортит при нормальном давлении) от силы его (гипертензия); это специфическое отличие легко дается даже при незначительном навыке. При гипотонии мы отметим, наоборот, что второй тон у верхушки не в два, а в 5—6 раз слабее первого; второй тон на аорте может сделаться равным первому или незначительно меньше его. Все эти данные легко получаются при обычной аускультации; нахождение их не труднее обычного сравнения вторых тонов аорты и легочной артерии для определения акцентуации.

Способ дает прекрасные результаты, особенно у лиц, страдающих заболеваниями сердечной мышцы без ярких шумов. У больных с органическими поражениями клапанов метод требует большой тренировки уха, но также дает прекрасные результаты, если тон можно отделить от шума.

Возвращаясь к сказанному, мы повторяем, что метод Г. И. Каца не претендует на вытеснение способов инструментальной диагностики; наоборот, оба метода поверяют друг друга. Но, принимая во внимание неточности инструментальных методов, описываемый способ достоин полного внимания врача-практика. Особенно ценным он является на амбулаторном приеме, где даже при большом наплыве больных, врач, владеющий им, может сразу высказаться о состоянии к. д. каждого больного. С точностью можно сказать: нормально ли давление (нормотония), понижено ли оно (гипотония), повышено ли (гипертония), и даже при известном навыке, можно определить степень гипертензии: *hypertonia media*, *magna* и *per magna*. А для диагноза и назначения рациональной терапии подчас достаточно и этих данных.

Из имеющихся в нашем распоряжении 2000 историй болезней, проверенных по методу Г. И. Каца и одновременно по Рива-Роччи-Короткову приводим на выбор следующие:

1) С., 49 лет, служ., жалобы: одышка, головокружение. Объективно: легкие брюшные внутренности, кровь, моча без особых изменений. Сердце: увеличение влево и вправо на один палец. На верхушке: тоны глухи, второй тон значительно превосходит по силе первый; второй тон на аорте значительно превалирует над первым. Рентген: увеличение левого и правого желудочка. Диагноз: Миокардиосклероз, гипертония. Р и в а-Р о ч ч и-К о р о т к о в 200—130 мм. ртутн.

2) Б., 36 лет, кино-актриса, жалобы: одышка, головные боли, боли за грудиной спазматического характера. Анамнез: люэс в 16 лет. Объективно: легкие, брюшные внутренности, моча без особых изменений, кровь: RW++++, сердце: приглушенные тоны на верхушке, первый тон в два раза сильнее второго. На аорте резкий клянгор—второй тон чрезвычайно звучен и *высокого* тембра. Рентген: расширение восходящей части дуги аорты. Диагноз: сифилитический аортит. Нормотония. Р и в а-Р о ч ч и-К о р о т к о в: 125—80 мм. ртутн.

Здесь мы правильно отделили понятие: высоту и силу второго тона на аорте; несмотря на значительную высоту звука, сила его осталась в пределах нормы, что доказывается также нормальными взаимоотношениями тонов на верхушке.

3) Л., 28 лет, рабочий. Жалоб нет, объективно: легкие, брюшные внутренности, моча, кровь изменений не представляют. Сердце: левый размер увеличен на 2 см., у верхушки второй тон резко ослаблен (значительно слабее первого), второй тон на аорте незначительно слабее первого, пульс по сердцу и лучевой артерии—56 в минуту. Рентген: незначительное расширение левого желудочка. Диагноз: Ваготония, гипотония, Р и в а-Р о ч ч и-К о р о т к о в 100—62 см.

4) П., 30 лет, служащий, жалобы: головокружения, приливы крови к голове, носовые кровотечения. Объективно: легкие, брюшные внутренности, моча, кровь без особых изменений. Сердце: расширение влево на 2 пальца. Второй тон на верхушке резко превалирует над первым; второй тон аорты превосходит первый во много раз по силе. Рентген: увеличение левого желудочка. Диагноз: Эссенциальная гипертония. Р и в а-Р о ч ч и-К о р о т к о в 280—210 мм.

5) Д., 56 лет, рабочий, жалобы: незначительная одышка. Объективно: легкие, брюшные внутренности, моча и кровь изменений не представляют. Сердце: значительное увеличение границ влево и вправо, чрезвычайно глухие тоны. На верхушке первый тон значительно превалирует над вторым (второй тон резко ослаблен), на аорте второй тон сравнялся с первым. Рентген: резкое увеличение левого и правого желудочка. Диагноз: Миокардиосклероз, гипотония. Р и в а-Р о ч ч и-К о р о т к о в 110—75 мм. ртутн.

6) Е., 38 лет, служащий, жалоб нет. Объективно: легкие, брюшные внутренности, моча и кровь норма. Сердце: границы нормальные, первый тон на верхушке в два раза сильнее второго, второй тон на аорте в два—два с половиной раза сильнее первого. Рентген: сердце норма. Диагноз: Сердце норма, нормотония. Р и в а-Р о ч ч и-К о р о т к о в 130—85 мм. ртутн.

Таким образом, суммируя, мы приходим к выводу, что: 1) Если первый тон на верхушке в два раза превышает по силе второй, а на аорте второй тон в два, два с половиной раза превышает первый, то кровяное давление нормально. 2) Если второй тон на верхушке превалирует над первым, а на аорте второй тон значительно преобладает над первым, то мы говорим о гипертензии. 3) Если первый тон верхушки резко преобладает над вторым (второй тон резко ослаблен), а второй тон аорты равен или меньше первого, то имеется гипотензия.

Мы предлагаем выразить это такой формулой:

$$\begin{array}{l}
 \text{Normotensia:} \\
 \text{I } \frac{\text{тон}}{\text{Арех сог.}} > \text{II } \frac{\text{тон}}{\text{Ар. cord. в 1 p.}} \quad \text{II } \frac{\text{тон}}{\text{Ар. с.}} \text{ знач.} < \text{I } \frac{\text{тон}}{\text{Ар. с.}} \\
 \text{II } \frac{\text{тон}}{\text{Аорт.}} > \text{I } \frac{\text{тон}}{\text{Аорт. в } 2-2\frac{1}{2} \text{ p.}} \quad \text{II } \frac{\text{тон}}{\text{Аорт.}} \leq \text{I } \frac{\text{тон}}{\text{Аорт.}} \\
 \text{Hypertensia:} \\
 \text{II } \frac{\text{т.}}{\text{Ар. с.}} > \text{I } \frac{\text{т.}}{\text{Ар. с.}} \quad \text{II } \frac{\text{т.}}{\text{Аорт.}} \text{ знач.} > \text{I } \frac{\text{т.}}{\text{Аорт.}}
 \end{array}$$

Из Терапевтической клиники Казанского государственного мединститута
(Директор проф. Н. К. Гор я е в).

Опыт определения кровяного давления по методу д-ра Г. И. Каца¹⁾.

По поводу статьи д-ра И. Е. Либерзона „Об измерении кровяного давления без инструментов“.

Ассистентов К. А. Дрягина и П. С. Попцовой.

Давно известно, что наличие гипертензии можно предположить на основании напряженного пульса, акцента II-го тона на аорте, усиления II-го тона на верхушке и гипертрофии левого желудочка. Лишь в последнее время предложен д-ром Г. И. Кацем („Le Progrès Médical“, 1930 г., № 30²⁾, а также „Врачебная газета“, 1931 г., № 16—17) метод определения кровяного давления без инструментов, позволяющий, по мнению автора, не только предполагать наличие гипертензии по характеру сердечных тонов, но и диагностировать гипотензию, нормальное кровяное давление, гипертензию и сильную гипертензию. Д-р Золотаревская, применив этот метод в своей поликлинической работе, пришла к выводу, что способ д-ра Каца является чрезвычайно удобным и практичным при поликлиническом и даже клиническом обследовании больных, давая результаты такие же, как и при инструментальном исследовании кровяного давления; „если же и имеются кое-какие колебания, то они находятся в физиологических пределах“. Д-р И. Е. Либерзон, подобно д-ру Золотаревской, пишет, что „способ д-ра Каца дает прекрасный результат и с точностью можно сказать: нормально ли кровяное давление (нормотония), понижено ли оно (гипотония), повышено ли (гипертония) и даже при известном навыке можно определить степень гипертензии: hypertensia media, magna и permagna“.

Такая оценка результатов измерения кровяного давления, полученного авторами по методу Каца, побудили нас использовать его в нашей работе.

Нами обследовано в этом отношении 200 человек, из них было 115 мужчин и 85 женщин. Они распределялись по следующим возрастным группам: от 18 до 30 лет—46, от 30 до 40—26, от 40 до 50—22, от 50 до 70—59 и от 70 до 90—47 чел. Из них часть здоровых, часть больных с различными заболеваниями. В число этих 200 случаев не включены лица с клапанными пороками сердца и лица, у которых превалировал II тон на art. pulmonalis. С целью контроля получаемых результатов исследование одного и того же больного проводилось нами обоими одновременно.

¹⁾ Доложено 24/1 1932 г. Терапевтической секции Научно-медицинской ассоциации Татарии.

²⁾ Цитируем по Б. Е. Золотаревской. Вр. Д., 1931 г., № 5—6.

Имея в виду изменение характера, силы тонов и величины кровяного давления от перемены положения и времени, большие исследования неоднократно (1—2—4 раза) в различных положениях (стоя, сидя, лежа). Но так как наше заключение по интересующему нас вопросу в основном дает при различных положениях обследуемого аналогичные результаты, то (в целях экономии места) мы приводим здесь только данные, полученные нами при обследовании б-ных в лежащем положении.

Кровяное давление определялось параллельно и по Короткову, и по методу Каца. Для удобства сравнения полученных результатов по Короткову мы приняли в качестве показателей нормального максимального кровяного давления те же данные, которыми пользовались указанные авторы, т. е. до 30 лет $90 + A : 2$, после 30 лет $100 + 15 + A : 2$ (где А обозначает возраст данного субъекта¹⁾).

Характерными для нормотензии авторы принимают следующие отношения силы тонов:

$$I \frac{T}{Ar. c.} > II \frac{T}{Ar. c.}; \quad II \frac{T}{Ao} > I \frac{T}{Ao}$$

Из 90 случаев нормотензии в нашем материале это положение подтвердилось в 43 сл. (48%) и не подтвердилось в остальных 47 сл., а именно:

Максимальное кровяное давление и тоны.

Состоян. кр. дав.	I т. на верхушке			Характеристика II т. аорты				Всего	
	> II	= II	< II	Норм.	Аб-цент	Глух.	Метал.		
Normotensia (см. текст).	43	6	41	56	24	7	3	90	
hypotensia .	110—100	23	6	14	27	8	7	1	43
	99—85	13	3	13	19	4	6	—	29
	84—70	1	—	—	1	—	—	—	1
Всего	37	9	27	47	12	13	1	73	
hypertensia	до 200	15	4	11	4	19	4	3	30
	201—250	3	1	2	—	5	1	—	6
	251—300	—	—	1	—	—	—	1	1
Всего	18	5	14	4	24	5	4	37	
Итого	98	20	82	107	60	25	8	200	

¹⁾ Б. Е. Золотаревская. Вр. Д., 1931 г., № 5—6.

Минимальное кровяное давление и тоны.

Normotensia	50—80	78	16	59	90	44	19	6	153
hypotensia	50—40	5	2	9	11	2	3	—	16
	< 40	3	—	—	3	—	—	—	3
Всего		8	2	9	14	2	3	—	19
hypertensia	80—100	10	1	12	3	10	3	1	23
	101—110	2	1	1	—	4	—	—	4
	111—135	—	—	1	—	—	—	1	1
Всего		12	2	14	3	14	3	2	28
Итого		98	20	82	107	60	25	8	200

I тон на верхушке = II тону в 6 сл. (7%) и слабее II-го в 41 сл. (45%). Помимо этого в 7 сл. нормотензии (8%) и II тон на аорте был глух (см. таблицу).

К гипертензии отнесены случаи, где максимальное кровяное давление по Короткову превышало нормальное кр. давление больше чем на 20 мм. Ланг Г. считает, что отклонения на 10—20 мм. Hg от средних величин необходимо считать нормальными¹⁾.

Соотношение сердечных тонов при гипертензии по Кацу:

$$\text{II} \frac{\text{т}}{\text{Ар. с.}} > \text{I} \frac{\text{т}}{\text{Ар. с.}}; \text{II} \frac{\text{т}}{\text{Ао}} \text{знач.} > \text{I} \frac{\text{т}}{\text{Ао}}$$

Мы имеем 37 сл. гипертензии. В том числе легкую форму до 200 мм. Hg—в 30 случаях, среднюю от 201 до 250—в 6 сл., и высшую от 251 до 300 мм. в 1 сл.²⁾. Диагноз гипертензии подтвердился по методу Каца только в 14 сл. (38%), а в остальных 23 сл. гипертензия методом Каца не была распознана ввиду того, что II тон верхушки или был равен I тону верхушки в 5 сл. (14%) или же даже слабее его в 18 сл. (48%). И II тон на аорте не во всех случаях гипертензии был усилен, а именно: в 5 сл. он был глух (см. таблицу).

К гипотензии мы отнесли случаи, где кровяное давление по Короткову было ниже нормального больше, чем на 20 мм. Hg.

По Кацу при гипотензии:

$$\text{II} \frac{\text{т}}{\text{Ар. с.}} \text{знач.} < \text{I} \frac{\text{т}}{\text{Ар. с.}}; \text{II} \frac{\text{т}}{\text{Ао}} \leq \text{I} \frac{\text{т}}{\text{Ао}}$$

На нашем материале диагноз гипотензии по методу Каца подтвердился в 37 сл. (51%) из 73 случаев гипотензии. В остальных 36

¹⁾ Б. М. Э., т. 14, стр. 739.

²⁾ Степени гипертензий взяты по А. А. Богомольцу. „Артериальная гипертония“, монография, 1929 г.

случаях соотношение силы сердечных тонов, несмотря на наличие гипотензии, не соответствовало звуковым явлениям при гипотензии по Кацу. Так, в 27 сл. (37%) II тон на верхушке был сильнее I-го и в 9 сл. (12%) равен ему.

На аорте II тон слабее или равен I тону в 13 сл. (18%), а в остальных 60 сл. гипотензии он был сильнее I го (в то время как по Кацу он должен быть равен или меньше).

Также не удается выявить закономерности между характером изменения тонов и изменениями минимального кр. давления. За нормальное минимальное кр. давление мы считаем половину величины максимального кр. давления выраженной в мм. Hg, прибавив к ней 10 мм. Hg (Богомолец). Гипотензия ниже 50 мм Hg и гипертензия—выше 80 мм Hg.

Из 28 сл. гипертензии по минимальному кр. давлению в 12 сл. (43%) $I \frac{T}{\text{Ар. с.}} > II \frac{T}{\text{Ар. с.}}$; в 2 сл. (7%) I тон = II тону и в 14 сл. (50%) слабее II-го тона (см. таблицу).

Из 19 сл. гипотензии I т. на верхушке сильнее II тона в 8 сл. (42%), в 2 сл. I тон = II тону и в 9 сл. (48%) слабее II-го тона.

В 153 сл. нормотензии I тон на верхушке сильнее II тона в 78 сл. (51%), в 16 сл. (10%) = II тону и в 59 сл. (39%) слабее II-го тона.

Таким образом наш материал не подтверждает выводов Каца, Золотаревской и Либерзона, заключающих, что только по характеру сердечных тонов можно диагностировать hyper-, normo и hypertens'ию.

Не подтверждается на нашем материале определение кр. давления по методу Каца в случаях: нормотензии—52%, гипотензии—49% и гипертензии—62%. Это не явилось для нас неожиданностью, наоборот, заключения авторов, нам казалось, плохо вяжутся с теми впечатлениями, которые мы получаем при работе. Нельзя объяснять изменения силы тонов сердца только колебаниями кровяного давления. Так, I тон на верхушке может быть усиленным и громким без наличия гипотензии и пороков клапанов: а) при неврозах (Hochhaus¹, Sahli² и др.), б) при болезнях, уменьшающих механическим путем наполнение левого желудочка (плеврит, пневмоторакс, распространенная инфильтрация легкого), в) при ускоренной сердечной деятельности, при которой уменьшена продолжительность диастолы, д) у многих малокровных, кахектичных, истощенных субъектов (Котовщиков³). Нередко у совершенно, по видимому, здоровых людей второй тон сильнее первого и над местами выслушивания створчатых клапанов, гер. желудочков (Ланг⁸).

Вряд ли можно согласиться с Либерзоном в отношении того, что „мы всегда легко отличим звонкость II тона на аорте (аортит при нормальном кр. давлении) от силы его (гипертензия)“. Др Кац признает, что „это звучание может симулировать усиление тона, в то время как на самом деле этого усиления нет“. Точно также Золотаревская считает, что „в большинстве случаев, чтобы судить о силе максимального систолического кр. давления, вполне достаточно сравнения тонов сердца между собой только у верхушки, в особенности в тех случаях, где II тон над аортой по местным условиям сильно резонирует и тем самым симулирует усиление тона там, где его на самом деле нет“. Поэтому при определении кр. давления по методу Каца мы, в основном, руководствовались силой сердечных тонов на верхушке.

Усиление II-го тона на аорте можно наблюдать и без наличия гипертензии. Так, Potain находил его у молодых субъектов свободных от какого-либо расстройства кровообращения, и оно объясняется тогда отсутствием легочной пластинки между сосудами и грудной стенкой (Vaquez¹). Также усиление II т. аорты мы можем встретить при смарщивании легочной верхушки и ее инфильтрации. Кроме того встречаются случаи с усилением II тона на аорте без наличия повышения кр. давления, склеротических изменений в ней и без изменений со стороны легочной ткани. И, с другой стороны, повышение кр. давления, и даже значительное, не всегда сопровождается усилением II тона над аортою (Volhard⁵, Ланг⁸).

В заключение, на поставленный вопрос: „возможно ли определение кр. давления без инструментов“, мы ответим в соответствии с мнением Ланга, что инструментальное измерение кр. давления имеет такое же значение, какое термометрия при определении лихорадочных состояний.

Приведем для иллюстрации 4 примера из нашего материала: 1. Б-в, 22 лет. Призывник. Жалоб нет. Объективно со стороны внутренних органов особых изменений нет. Верхушечный толчек в 5 межреберья по сосковой линии, гр. сердца в пределах N, II тон на верхушке сильнее I-го, II тон на аорте сильнее I-го. Диагноз по Кацу—hypertensia. По Короткову кр. давление max. 120, min. 65, т. е. normotensia.

2. Ф-нова, 52 года. Крестьянка. Жалобы на небольшую одышку и сердцебиения. Легкие явления эмфиземы в слабой степени. Гр. абсол. серд. тупости 4 ребро, l. ster. sin. и l. mamill. sin. При аускультации II т. на верхушке значительно сильнее I т., на аорте II т. значит. сильнее I т. Ao. Диагноз по Кацу hypertensia. По Короткову кр. давление max. 90, min. 65, т. е. hypotensia.

3. Аб-мов, 60 л., пенсионер. Жалобы на кашель, небольшую одышку, сердцебиение, головные боли. Легкие—рассеян. сухие хрипы. Гр. абсол. серд. тупости 4 ребро, l. st. sin., l. mamill. sin. При аускультации II т. на верхушке слабее I, на аорте II-го т. глух. Диагноз по Кацу hypotensia. По Короткову кр. давление max. 230, min. 90, т. е. hypertensia.

4. Б-ван, 55 лет. Лесосплавщик. Жалобы на одышку, тупую боль в сердце, головокружение, шум в ушах. Пикник, легкие—N. Сердце: 4 ребро между l. mediana и l. st. sinis., и lín. mamill. sin. Заглушение перкуторного звука на груди и на 1½ пальца вправо от нее. Пульс производит впечатление напряженного. На аорте II тон много сильнее нормального, гулкий. На верхушке II тон значит. сильнее I-го. Диагноз по Кацу hypertensia. По Короткову кр. давление max. 115, min. 65, т. е. normotensia (точно по формуле д-ра Каца—hypotensia).

Литература. 1) H. Hochhaus.—Liebermeister. Die Krankheiten des Herzens und der Gefäße. 1922 г.—2) H. Sahli. Учебник клинических методов исследования, вып. I, 1911 г.—3) Н. Котовщиков. Руководство к клиническим методам исследования внутренних болезней, т. I, 1891 г.—4) P. Schimpf. Болезни сердца, 1925 г.—5) F. Volhard и Th. Fahr. Брайтова болезнь почек, 1923 г.—6) А. И. Игнатовский. Клиническая семиотика и симптоматическая терапия, 1923 г.—7) J. Mering. Руководство по внутренним болезням, т. I, 1926 г.—8) Основы клинической диагностики под редакцией Левина и Плетнева, 1928 г.

¹) Maladies du coeur, Paris 1921. Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique, XIII.

Из терапевтического отделения городской больницы г. Щегловска (Кузбасс)

Сравнительная оценка методов исследования больных язвой желудка.

Д-ра Е. В. Бантина.

Можно без преувеличения сказать, что желудочные заболевания у нас в Союзе за последние годы занимают особенно видное место среди других заболеваний. Каждому врачу-интернисту, отчасти и хирургу, в своей повседневной практической работе приходится значительную часть своего рабочего времени уделять разбору больных различными желудочными заболеваниями.

Но общеизвестно, что врач далеких окраин не всегда имеет возможность пользоваться в достаточной степени медицинской литературой, а предлагаемые методы клинически-лабораторного исследования желудочных больных, далеко не всегда возможно применить в обстановке работы практического врача. Нам поэтому кажется, что обычные методы исследования больного язвой желудка, проверенные наблюдениями и доступные каждому практическому врачу, заслуживают внимания.

За последние годы в заведуемом мною терапевтическом отделении мы имели возможность наблюдать довольно большое количество желудочных больных. Последние направлялись нам амбулаторными врачами с целью консультации и назначения соответствующей терапии. Из всей этой массы желудочных больных нами выделялись больные язвой желудка, небольшая часть которых наблюдалась нами амбулаторно. Группа больных язвой желудка в количестве 125—находились под нашим наблюдением и лечением в терапевтическом отделении больницы стационарно. У каждого больного из этой группы мы проверяли данные клинического исследования лабораторными и рентгенологическими исследованиями. Мы пытались путем сравнения данных клинического и лабораторного исследования дать оценку диагностическому значению каждого из методов исследования, коими мы пользовались при диагностике язвы желудка.

Сравнительные данные наших наблюдений и послужат предметом настоящего сообщения.

Не останавливаясь на вопросе о патогенезе язв желудка, мне хочется только подчеркнуть, что по нашим наблюдениям в патогенезе язвенных процессов конституциональные моменты играют не последнюю роль. Кроме того, нужно признать, что выдвинутый новый этиологический фактор—чрезмерно длительное физическое напряжение—вполне подтверждается на больных, наблюдавшихся нами. Так, по данным Н. Лихачева, язвы желудка в 71%, по данным Н. Скульского в 76%, а по нашим в 75% падает на лиц, занимающихся физическим трудом.

Анамнез. Несмотря на большие успехи медицинской техники за последние годы, тщательно собранный анамнез и в настоящее время играет решающую роль в деле диагностики язвы желудка.

У направляемых к нам желудочных больных мы прежде всего собирали анамнез. Жалобы у большинства этих больных сводились к обычным жалобам при катаррах желудка (давление под ложечкой, изжога, тошнота), другая часть больных свои жалобы концентрировали, главным образом, на боли. Наши наблюдения показали нам, что боли при язве желудка являются самым важным симптомом и главным объектом страдания, приведшего их к врачу. Другие больные, кроме болей, жаловались и на рвоту. На этих двух симптомах—боль и рвота—мы и старались фиксировать внимание больного. У каждого больного мы выявляли, не бывают ли у него боли приступами (схватками), как часто и, что очень важно, не приходилось ли из-за приступа бросать работу. Узнав от больного, что приступы боли периодичны, той или иной частоты, мы вслед за этим всегда старались выяснить, какое положение принимает больной во время приступа (схватки.) Наблюдавшиеся нами больные, у которых впоследствии лабораторно и рентгенологически подтверждался диагноз язвы желудка, почти все без исключения объясняли, что во время приступа боли они сгибаются, сложив руки в подложечной области, стараются надавливать руками на область эпигастрия с целью облегчить страдания—(типичная поза язвенного

больного). Второй важный анамнестический симптом—рвота—у наших больных наблюдалась периодически только в 35% случаях. Многие врачи до сих пор считают кровавую рвоту и кровавый стул обязательным анамнестическим признаком для диагностики язвы желудка. У наших больных мы могли констатировать в анамнезе кровавую рвоту только в десяти случаях, что составляет всего 8% общего числа наблюдавшихся больных.

Таким образом, периодические боли приступами, типичное положение больного во время приступа, во многих случаях рвота, а тем более кровавая являлись опорными пунктами для анамнестической диагностики язвы желудка.

Объективное исследование. При объективном исследовании больного заслуживает внимание и внешний вид больного. При наличии заметного исхудания у больного и ясных анамнестических данных для диагностики язвы желудка мы обычно в таких случаях предполагали большую давность процесса.

Из клинических симптомов, имеющих по нашим наблюдениям большое значение для диагностики язв желудка—это ясно выраженные болевые точки: 1) при ощупывании в области эпигастрия и 2) при надавливании по левому краю позвоночника. При глубокой пальпации в области желудка у наблюдаемых нами больных мы в большинстве случаев могли констатировать ограниченную болевую точку в той или иной области желудка (пилорической, большой или малой кривизны).

Множественность болевых точек, локализуемых больными при ощупывании живота и вне области желудка, большей частью отрицали наличие язвы. Болевую точку по левому краю позвоночника мы устанавливали у большинства наших больных. При повторном надавливании по всему левому краю позвоночника больные каждый раз неизменно реагировали на болезненность в одном и том же строго отмеченном нами участке.

Наличие таких болевых точек является, конечно, важным объективным симптомом при диагностике язвы желудка. Однако, по нашим наблюдениям, типичные анамнестические данные всегда более надежны, чем прощупывание болевых точек.

Лабораторные исследования. Из методов лабораторных исследований в деле диагностики язвы желудка исследование желудочного содержимого нужно признать наиболее важным.

Исследование зондом, как метод объективный, тем более ценен, что он весьма прост и доступен каждому практическому врачу в обыкновенной обстановке его работы. Обращаясь к вопросу о диагностическом значении исследования желудочного сока, нужно признать, что последнее является хорошим подспорьем при диагностике язвы желудка только в руках того врача, который достаточно критически подходит к оценке получаемых результатов исследования.

Бесспорно, что ряд врачей преувеличивает значение определения кислотности—часто одно только повышение кислотности приводит их к мысли о наличии язвы желудка—это несомненно крайность. Целым рядом авторов установлено, что язва желудка протекает при повышенной кислотности только в 34%, при нормальной кислотности в 35—40%, при пониженной в 16—20% и при апацитидас в 6—8% (Ewald, Boas, Троицкий, Югенбург). Но нельзя согласиться и с другой крайностью (Ehrmann), что при современных успехах рентгенодиагностики исследование желудочного сока потеряло свое практическое значение.

При клиническом исследовании направляемых к нам амбулаторно желудочных больных мы имели возможность разобрать более 3½ тысяч протоколов лабораторного исследования желудочного сока и мы всегда могли убедиться, что сам по себе результат исследования желудочного сока не может служить решающим моментом для диагноза язвы желудка. Только при наличии анамнестических и объективных данных, говорящих за язву желудка, результат исследования ж. с. может и не во всех случаях подтвердить диагностику. Даже при диагностике такого осложнения язвы, как рубец привратника, где казалось исследование ж. с. должно иметь независимое значение (нахождение пищевых масс в тощем желудке). Однако в каждом случае нахождения пищевых остатков натошак при повышенной кислотности ж. с. приходится подумать и о функциональном стенозе привратника. Следовательно, и здесь требуется подтверждение диагностики анамнестическими данными, т. е. наличием не единичных случаев, а постоянной ретенционной рвоты.

Чтобы покончить с вопросом о значении лабораторного исследования желудочного сока, мы считаем необходимым указать, что при разборе результатов исследования ж. с. недостаточно внимания уделяется наличию слизи в желудочном содержимом. В наблюдениях, проведенных нами во время работы в клинике профессора П. А. Ломовицкого, выявилось довольно отчетливо, что во всех случаях язвы желудка в ж. с. этих больных было очень мало слизи или таковая вовсе отсутствовала, в то время, как в нормальном желудке и большинстве других его заболеваний количество слизи в ж. с. было более или менее значительно. Таким образом отсутствие слизи в ж. с. может служить еще одним фактом в деле диагностики язвы желудка.

И еще один момент—это нахождение крови в ж. с. К последнему признаку, по нашим наблюдениям, нужно относиться с большой осторожностью, так как широкое применение тонкого зонда с выкачиванием ж. с. помощью шприца очень часто ведет к присасыванию слизистой желудка, результатом чего и является примесь большего или меньшего количества свежей крови. Наличие такой крови, макроскопически обнаруженной в ж. с., было отмечено в большом числе протоколов исследований ж. с. таких больных, которых мы никак не могли отнести к числу язвенных. Нам кажется, что только реакция (Вебер) на скрытое кровотечение, а не примесь крови в ж. с. должна служить диагностическим признаком.

Рентгенологическое исследование желудка. Рентгенологическое исследование, как диагностический метод, в деле распознавания органических заболеваний желудка, в частности язвенного процесса в нем, за последние годы заняло одно из видных мест в ряду других методов исследования желудка. Но рентгенологический метод исследования еще далеко не доступен врачам дальних окраин нашего Союза. Поэтому нам кажется не безинтересным поделиться теми впечатлениями, которые сложились у нас при сравнительной оценке диагностического значения рентгенологического исследования желудка с другими методами в деле распознавания язв желудка. Наблюдаемые нами в стационаре больные язвой желудка до рентгеноскопии были достаточно клинически-лабораторно исследованы. Данные наших исследований сообщались рентгенологу и часто само рентгенологическое исследование желудка проводилось совместно. Кроме стационарных больных нам приходилось в течение последних 3-х лет исследовать большое количество больных, присылаемых из амбулаторий уже с готовыми рентгенологическими исследованиями желудка.

На основании наших наблюдений нужно признать, что преимущество рентгенологического исследования перед другими методами особенно ясно выступает при наличии осложненных язв—рубец привратника или каллезно-пенетрирующие язвы желудка, представляющие собой глубоко проникающей в *muscularis* дефект желудочной стенки с затвердевшими фиброзно-перерожденными краями. Обнаружение в этих случаях на рентгене так называемой ниши Гаудека дает отправные точки для суждения о патолого-анатомическом процессе. Но упомянутые формы язвы желудка встречаются довольно редко. Наиболее частая форма язвы желудка—это *ulcus ventriculi superficialis* или *ulcus simplex*. К этой форме язвы желудка за единичными только исключениями относились наблюдаемые нами больные. С этой формой язвенного процесса желудка и приходится встречаться врачу в его повседневной работе.

Протоколы рентгенологических исследований наших больных показывают, что при рентгенодиагностике поверхностно-расположенных язв *ulcus simplex* приходится довольствоваться на рентгене не прямыми признаками (функциональными). Здесь рентгенологу должны прийти на помощь данные клинически-лабораторного исследования больного, каковые кстати сказать, часто и не сообщаются рентгенологу лечащим врачом, чем, по нашему мнению, затрудняется рентгенодиагностика язвы желудка.

Нужно заметить, что „вера во всемогущество“ рентгена, которая существует среди широких слоев населения, нередко находит в себе место и у врачей. Часто лечащий врач без клинически лабораторного исследования направляет больного для рентгеноскопии желудка. В этих случаях трудно ожидать, чтобы результат рентгенологического исследования удовлетворил врача.

Известно, что отсутствие рентгенологических симптомов язвы совершенно еще не исключает наличия язвенного процесса в желудке (А. В. Айзенштейн). Проф. Мунк говорит, что если мы соберем воедино достижения и

опыт рентгенодиагностики язвы желудка, то необходимо признать, что не во всех случаях можно получить удовлетворительный результат, в особенности малодоступной для рентгенодиагностики является простая язва в ее начальных стадиях.

Данные наших исследований нам показали: 1) что рентгенодиагностика язвы желудка может служить только подсобным методом исследования и 2) что при наличии ясных анамнестических и клинически-лабораторных данных исследования, говорящих за язву желудка, отрицательный результат рентгенологического исследования или невозможность произвести рентгеноскопию не должно служить препятствием для диагностики язвы желудка.

Размеры журнальной статьи не позволяют нам подробно остановиться на дифференциал. диагностике между язвой желудка и другими заболеваниями брюшных органов. Однако мы считаем необходимым кратко сказать о том заболевании, которое, по нашим наблюдениям, наиболее часто приходится дифференцировать с язвой желудка—это *невроз желудка*. Ни анамнез, ни клиническое исследование больного неврозом желудка не могут дать достаточных данных для отличия от язв желудка, а между тем длительное наблюдение над больными неврозом желудка, как амбулаторно, так и стационарно, показало нам, что под этим заболеванием мы чаще всего просматриваем язву желудка и мы в итоге наших наблюдений в этих случаях поступали обычно так: больные неврозом желудка, которые, несмотря на проведенное амбулаторное лечение, являлись к нам повторно с теми же жалобами и особенно при наличии у них характерных для язвы периодических приступов болей, мешающих им продолжать свою обычную работу, таким больным мы предлагаем: 1) Провести стационарно тот метод консервативного лечения, каковой мы применяли при лечении больных язвой желудка и

2) в случаях давности страдания мы считаем при возможности необходимым направлять больного для рентгенологического исследования дабы исключить наличие какой-нибудь осложненной формы язвы желудка, требующей подчас и неотложной хирургической терапии.

Наши наблюдения мы можем резюмировать так:

1. Одни лабораторные исследования (желуд. сок, рентгеноскопия) без взаимной связи их с объективным исследованием больного, а главное без тщательно собранного анамнеза не могут служить основанием для диагностики язвы желудка.

2. Тщательно собранный анамнез с подробным разбором болезненных проявлений в их взаимной связи с условиями повседневной работы больного служит лучшим методом для диагностики язвы желудка.

Из желудочно-кишечного санатория „Семигорье“, Северный Кавказ.

К перкуссии органов брюшной полости.

Врача А. Петровых.

Вопрос о перкуссии является в достаточной мере изученным, однако при заболеваниях органов брюшной полости и сейчас еще рекомендуют различные методы перкуссии. В случаях, когда, несмотря на наличие определенных признаков, мы затрудняемся установить заковевший орган и характер его заболевания (напр., увеличенная малярийная селезенка или замкнутый гидронефротический мешок слева и др.), перкуссия часто является методом, в значительной степени способствующим распознаванию страдания.

Говоря о перкуссии, следует отметить, что применяют прямую или непосредственную (метод Ауенбруггер'а, Образцова), когда удар производится непосредственно пальцем или молоточком по исследуемому участку, и непрямую или посредственную, когда перкутируют пальцем

по пальцу (Gerhard), пальцем по плессиметру (Piorry), или молоточком по плессиметру (Wintrich). Более распространенной является перкуссия пальцем по пальцу, потому что палец лучше прилегает к месту перкуссии, а затем при этом одновременно мы получаем впечатление о резистентности перкутируемого органа. С целью же ограничить действие толчка местом перкуссии, уменьшают плессиметровую поверхность пальца, применяя положение пальца по Plesch'у или же применяя грифель Goldscheider'a (грифельная перкуссия). При перкуссии органов брюшной полости советуют пользоваться тихой перкуссией пальцем по пальцу или же непосредственной перкуссией (Sahli) или же перкуссией пальцем по методу Образцова. Ebstein'ом предложена для органов грудной и брюшной полости так называемая, „осязательная перкуссия“, основанная на ощущении резистентности.

Применяя перкуссию в области живота с целью разграничения органов, приходится встречаться с воспалительными процессами в брюшной полости, когда более сильная перкуссия неприменима из-за болезненности, а слабая не дает той ясности звука, которая давала бы возможность разграничивать подлежащие органы. В подобных случаях нам много помогала *непосредственная перкуссия*, средней силы или более слабая, ногтевой поверхностью среднего пальца правой руки. Кисть руки при перкуссии обращена к передней брюшной стенке перпендикулярно. При перкуссии средний палец движется, главным образом, в пястно-фаланговом сочленении. Эта перкуссия ногтевой поверхностью последней фаланги среднего пальца (являющейся одновременно как бы сочетанием плессиметра с молоточком), с резко ограниченным местом удара действием, позволяет нам яснее улавливать разницу в звуке при переходе от одного органа (особенно полого) к другому. Предотвращая до известной степени распространение сотрясения в сторону и являясь отчасти осязательной перкуссией, она, уменьшая болезненность при перкуссии, в то же время дает возможность судить о резистентности обследуемого органа. Благоприятные результаты мы получали в случаях, когда необходимо было установить исходное место прощупываемой опухоли, определить глубину ее расположения и соотношение к органам брюшной полости (напр., замкнутый гидронефротический мешок или увеличенная селезенка). Такие же результаты мы имели и при воспалительных заболеваниях в брюшной полости. В случаях, когда мы имели больных с обильным подкожножировым слоем, как и при всякой иной перкуссии, мы не получали удовлетворительных результатов.

Из Физиологической лаборатории Ленсельпрома. (Завед. А. И. Бабаева).

Ренальное выведение жидкости у некоторых групп работниц табачного производства до и после работы.

Д-ра И. Б. Шулушко.

Физиология труда и профессиональная патология все больше и больше начинают затрагивать вопросы, связанные с функциональным состоянием того или иного органа у рабочих различных профессий.

В последнее время в литературе особенно широко стали освещаться вопросы водоотделения в связи с физической работой, в связи с различной профессио-

нальной деятельностью и т. д. На последнем IV Всесоюзном съезде физиологов было заслушано по этому вопросу много интересных докладов (Асратян, Крестовников, Журавлев и др.), и все они связывают нарушение мочеотделения с различной работой. Также Г. Беленький довольно убедительно показал значение длительных мышечных движений, как фактор, уменьшающий ренальный диурез. Целый ряд подтверждений подобного явления мы находим у многих авторов (Veber, Mantner, Розенберг и друг.). И. И. Костюков опубликовал интересные данные о различном функциональном состоянии почек у разных профессиональных групп рабочих. Наш опыт на рабочих металлстах при даче нагрузки в 1 литр жидкости показал, что литейщики в равный промежуток времени работы выделяют значительно меньше жидкости, чем токари.

Мы все же должны указать, что меньшее ренальное выделение воды после работы не дает еще права говорить о функциональной недостаточности почек. Механизм водоотделения организма довольно сложен. Функциональная способность сердца, высота кровяного давления, состояние потовых желез, легких, нервной системы, целый ряд факторов физико-химического порядка, все это кладет свой отпечаток на функцию водоотделения.

В настоящей статье нам хочется поделиться данными, полученными нами при изучении водоотделительной способности до и после рабочего дня у работниц табачного производства гильзового и набивочного цехов. Все наши испытуемые работницы с производственным стажем не менее 2-х лет.

Испытуемые являлись утром натощак в лабораторию, выпускали мочу, ложились отдыхать на 10—15 мин., после чего у них сосчитывался пульс и определялась высота кровяного давления. Затем испытуемой предлагалось выпить 1 литр кипяченой воды комнатной Т°, который обычно выпивался в течение 4—7 минут. Через каждые 30 мин. у них определялось кровяное давление и частота пульса, после чего испытуемая выпускала всю мочу. Обследование продолжалось 2 часа. После работы, испытуемая являлась на другой день (чтобы не сказалась утренняя нагрузка) и с ней проделывались те же манипуляции. Работницы обычно (за небольшим исключением) проходили обследование 2 раза до работы и 2 раза после работы.

Общее количество человеко-обследований по гильзовому цеху 31 человек, по набивному цеху—44 человека.

Характер работы у работниц набивочного цеха отличается от работы гильзового цеха главным образом большим соприкосновением с табачной пылью. Физическая нагрузка в работе исследуемых нами цехов не очень разнится друг от друга. Необходимо здесь отметить, что слабая по своему физическому развитию работница при поступлении на табачное производство редко идет работать в набивочное отделение, и чаще предпочитает работать в гильзовом.

Вредность табачного производства по данным различных авторов (Stephani, Бурштейн и др.) приходится рассматривать не только как химическое воздействие никотина на организм, но и как физическое (непосредственно, как пыль). Влияние никотина на организм весьма давно уж привлекает к себе внимание исследователей. Большое количество обследований целых предприятий табачной и махорочной промышленности, специальные обследования курильщиков, большое количество экспериментальных работ с никотином с несомненностью доказывают вредность действия никотина на организм. Упоминается целый ряд характерных для табачного производства профвредностей и одно из больших здесь мест принадлежит заболеванию сердечно-сосудистой системы. Издавна уже отмечается, что никотин, возбуждая симпатическую нервную систему, ведет к гипердреналии, к повышенному кровяному давлению, к

учащению сердечной деятельности (Cannon, Bringer, Кравков, Гессе, Nicolai and Stahelin и др.).

На нашем материале мы часто констатировали у работниц фабричного отделения более высокие цифры кровяного давления, чем у работниц гильзового отделения. Как максимальное давление, так и минимальное (см. табл. № 1) у них дают более высокие показатели.

Нас очень интересовал вопрос, не оказывает ли сама нагрузка организма жидкостью какого-либо заметного влияния на сердечно-сосудистую систему? Вопрос о влиянии больших количеств жидкостей на сердечно-сосудистую систему и ренальное выведение жидкости в зависимости от функционального ее состояния, вряд ли в настоящий момент подлежит сомнению. Клиника достаточно богата опытом в этом отношении (Volhard, Розенберг, Явейн, Schade, Meulengraet и др.). Многие исследователи (Kaufmann, Böttner и др.) пытаются определять функциональное состояние сердечно-сосудистой системы путем учета выводимой жидкости.

В нашем обследовании обращает на себя внимание, что максимальное кровяное давление у испытуемых обоих цехов, как до, так и после работы, колеблется после нагрузки в весьма небольших пределах. Минимальное кровяное давление подвержено несколько большим колебаниям и чаще в сторону повышения. После работы эти колебания еще больше выражены. Пульсовое давление обычно уменьшалось в силу того, что максимальное давление не изменялось, а минимальное—увеличивалось. У многих испытуемых мы констатируем после работы более высокое кровяное давление и более частый пульс, чем утром—до работы. Эти явления, которые обычно являются ответом здорового сердца на повышенные к нему запросы, достаточно освещены в литературе по физиологии труда, почему на их трактовке мы останавливаться не будем.

Весьма постоянные показатели нам давал счет пульса. Как правило, после нагрузки мы всюду отмечали небольшие замедления сердечной деятельности. Получается впечатление, что у старших работниц это замедление несколько более выражено. Замедление пульса наступало обычно довольно скоро. У многих нам удавалось это констатировать через 10 минут при неизменном кровяном давлении. Это наступление замедления сердечной деятельности в данном случае, нам кажется, нельзя объяснить столь быстрым высасыванием жидкости в сосудистую систему. Принятая per os вода в желудке обычно не всасывается, а подвергается всасыванию только в тонких кишках, и нам мыслится, что это замедление сердечного сокращения приходится рассматривать, как рефлекторное явление от блуждающего нерва в ответ на давление со стороны желудка.

Переходя к изложению полученных данных по учету диуреза после нагрузок, отметим, что большинство авторов указывают, что между скоростью фильтрации мочи в почках и высотой кровяного давления имеется известный параллелизм. С этим фактором нам приходится мало считаться хотя бы по одному тому, что разница в высоте кровяного давления между цехами как до, так и после работы различается в очень небольших пределах. Кроме того после работы, общий диурез за 2 часа после нагрузки, обычно меньше, чем до работы, несмотря на то, что, как мы уже указывали выше, высота кровяного давления после работы обычно бывает выше. В первые $1/2$ часа наши испытуемые выводили очень небольшие коли-

Таблица № 1. Средние данные.

	Гильзовое отделение								Набвочное отделение												
	До работы				После работы				До работы				После работы								
	через				До нагрузки				через				До нагрузки								
	30 м.	60 м.	90 м.	120 м.	30 м.	60 м.	90 м.	120 м.	30 м.	60 м.	90 м.	120 м.	30 м.	60 м.	90 м.	120 м.					
Пульс	68	66	64	65	63	69	64	65	64	68	64	65	64	65	64	65	70	63	65	67	66
Максимальное кровяное давление	99	99	97	98	102	102	104	101	101	102	107	108	109	107	105	113	112	110	110	110	113
Минимальное кровяное давление	57	59	56	56	56	56	61	63	63	63	59	66	63	63	61	65	70	67	66	66	68
Пульсовое давление	42	40	41	42	40	46	40	38	38	39	48	42	46	44	44	48	42	43	44	44	45
Диурез: % к общему количеству жид- кости, выведен. за 2 часа	—	14,0	35,3	34,8	15,9	—	9,8	34,8	37,6	17,8	—	13,7	38,0	33,0	15,3	—	9,3	29,5	39,2	22,0	22,0
Удельный вес	—	1011	1002	1001	1006	—	1015	1002	1001	1005	—	1010	1002	1002	1006	—	1017	1003	1001	1004	1004

чества мочи, не более 20% всей выводимой жидкости за последующие 2 часа, с сравнительно высоким удельным весом. Через час и полтора мы имели наибольшие количества мочи, очень разбавленные и с очень низким удельным весом. И через 2 часа опять небольшое количество мочи с небольшим удельным весом (1003—1005). Значительную часть всего диуреза наши испытуемые давали таким образом через 1—1½ часа, где они выводили общей сложностью до 70% выпитой жидкости. Это свидетельствует о довольно хорошем функциональном состоянии почек у наших испытуемых и вполне согласуется с данными других авторов, обычно указывающих, что максимальное выведение жидкости наблюдается как раз в эти часы (Gröffe, Folhard, Явейн и др.).

После работы мы почти всегда отмечаем некоторое замедление в выведении жидкости; так, в гильзовом цеху впервые порция % выводимой жидкости после работы несколько меньше, чем до работы. В последних же порциях получается обратная картина, т. е. % выводимой жидкости после работы больше, чем до работы. Получается своего рода запаздывание в выведении выпитой жидкости. Еще более отчетливо это выражено в набивном цеху. Так, из таблицы видно, что разница в % выведения жидкости за различные промежутки времени до и после работы здесь значительно более выражена, чем в гильзовом цеху. Удельный вес после работы в 2-х и 3-х порциях также значительно падал, до 1.000, и в последней порции обычно повышался. Если же проследить, на какое время приходится наибольшее количество выводимой жидкости, то оказывается, что утром мы имели наибольшие диурезы обычно через 1 час, а после работы наибольшие диурезы бывали через 1½ часа. Так, наибольшая порция мочи до работы бывала у наших испытуемых в 65% через 1 час, и через 1½ часа в 35%. После же работы через 1 час максимальных диурезов мы уже имеем только 24,5% всех испытуемых, а через 1½ часа — 71%, и 4,5% испытуемых, дающих максимальные количества мочи через 2 часа. Отметим, что последние 4,5% испытуемых принадлежат исключительно набивочному цеху.

Время наступления наибольшего диуреза до работы в обоих цехах приблизительно одинаково; после же работы в набивном цеху наблюдается значительно большее запаздывание в выделении максимальных порций мочи, чем это имеет место в гильзовом. Так, после работы в гильзовом цеху наивысший диурез через 1 час достигает 40% всех наивысших диурезов в этом цеху после работы, а в набивном — только 9%; через 1½ часа в гильзовом — 60%, а в набивном — 82%; и 9% наибольших диурезов мы имеем в набивочном цеху через 2 часа, в то время как в гильзовом цеху мы не имели ни одного испытуемого, который через 2 часа дал бы наибольший диурез.

У нас на обследовании были 4 женщины в дни menses'a. По данным Hellige женщины в эти дни дают обычно затянутую Folhard'овскую пробу. Однако, в этих случаях мы отметить этого не могли. Характер, количество и время выделения мочи по существу ничем не отличались от других испытуемых.

Размеры журнальной статьи нам не разрешают остановиться более подробно на разборе наших данных, почему наш материал приведен без подробных литературных ссылок и сопоставлений с данными других авторов. Однако, нужно сознаться, что литература по разобранному нами

здесь вопросу еще очень бедна, а вопрос о функциональном состоянии организма в целом и отдельных его органах в частности до и после работы у работников различных профессий, у подростков, мужчин, женщин, при различных сменах, различной продолжительности рабочего дня и т. д. находится сейчас только в стадии изучения. И нам мыслится, что каждая статья по данному вопросу есть по существу только материал для будущих окончательных выводов.

В согласии с другими авторами и на основании нашего материала, мы позволим себе высказать следующие предположения:

1. Функциональное состояние органов у различных профессиональных групп рабочих—различно.

2. Длительное пребывание работницы в никотинном производстве влияет на уровень кровяного давления в сторону его повышения.

3. Нагрузка организма 1 литром жидкости: а) на максимальное кровяное давление заметного действия не оказывает, б) минимальное кровяное давление повышается, в) количество пульсовых ударов в 1 мин. уменьшается.

4. После работы у наших испытуемых отмечается более высокое кровяное давление и более частый пульс.

5. Заметного параллелизма между высотой кровяного давления и скоростью и количеством выведения жидкости в наших случаях мы не отмечаем.

6. Общее количество выводимой мочи после нагрузки 1 литра жидкости до работы больше, чем после работы.

7. До работы наибольшее количество мочи после нагрузки 1 л. жидкости испытуемые большей частью выводили через 1 час, после работы через 1½ часа; последнее более резко выражено в набивочном пеху, чем в гильзовом.

Из Татарской районной больницы Зап. Сиб. края.

К клинике ундулирующей лихорадки.

(Инф. bac. abort. Bang'a, Febris undulans, Brucellosis).

Врача И. Д. Хнюнина.

Под названием ундулирующей лихорадки (*Febris undulans*) описывается своеобразное заболевание, характеризующееся длительной лихорадкой, тянущейся в течение нескольких месяцев и даже, в некоторых случаях, больше года, причем лихорадочные периоды сменяются периодами полной или относительной апиреksии. При наблюдении этого заболевания в течение многих месяцев получают температурную кривую волнообразного характера, откуда произошло и само название заболевания.

Возбудителями данного заболевания являются некоторые микробы из рода *Brucella*, патогенные как для человека, так и для некоторых домашних животных (рогатый скот, овцы, свиньи). Одна из разновидностей этой группы—*brucella (micrococcus) melitensis* является возбудителем так называемой мальтийской лихорадки, значительно распространенной на юге СССР (Азербайджан), которая также носит название ундулирующей

щей лихорадки. Другая разновидность из рода *Brucella*—*bac. abortus* Bang'a вызывает септический аборт у коров, но патогенна и для других домашних животных; т. к. указанные возбудители близки между собой как морфологически, так и биологически, то в последнее время предложено все заболевания, вызываемые ими, называть бруцеллезами (*Brucellosis*). *Brucella abortus* Bang'a, коротенькая Грам-отрицательная палочка, до последнего времени считалась непатогенной для человека, хотя случаи поражения ею человека описывались с 1913 года (правда, единичные) под названием *Inf. bac. abortus* Bang'a.

До настоящего времени об этом заболевании в заграничной литературе скопилось значительное количество статей и монографий, характеризующих как клиническую картину заболевания, так и возбудителя. В нашей же отечественной литературе об *inf. bac. abort.* Bang'a опубликован только один случай д-ра Колтовской, хотя, как это видно из отчетов II Всерос. съезда микробиологов, случаи этого заболевания имели место на Украине и в Белоруссии, имеются указания на обнаружение отдельных случаев в районах Минска, Москвы, Новочеркасска и Витебска, но в литературе они не опубликованы. Интересно отметить, что один из 3-х случаев д-ра Макковейского был им опубликован в 1929 г. не в нашей литературе, а в немецкой, в результате чего наша врачебная масса не имела возможности своевременно с ним ознакомиться.

По клинической картине ундулирующая лихорадка, вызванная *bruc. abort.* Bang'a, имеет огромное сходство с мальтийской лихорадкой. Судя по литературным данным, клиническая картина ундулирующей лихорадки складывается из длительной неправильного типа волнообразной лихорадки, сопровождающейся потами и относительно хорошим общим самочувствием больных. В течение всего лихорадочного периода наблюдаются явления септико-пиемического характера в виде артралгий, невралгии, миалгий и орхитов; при заболевании беременных женщин наблюдали выкидыш; всегда увеличена селезенка, а иногда и печень; в крови лейкопения, умеренная анемия, относительный лимфоцитоз, моноцитоз и анэозинофилия. Прогноз, как правило, считается благоприятным, так как заболевание склонно к самопроизвольному излечению. Специфической терапии нет; применяется только симптоматическое лечение, направленное на поддержание сил больного. В последнее время применяется лечение аутовакциной, но результаты неопределенны.

Заражение человека происходит: через молоко и молочные продукты от больных септическим абортom коров и второй путь заражения—через поврежденную кожу при соприкосновении с больными животными (наблюдения над ветеринарами). Отсюда вытекает и профилактика.

В течение 1930-31 г. нам пришлось наблюдать 16 сл. ундулирующей лихорадки, диагностированной как *инфек. bac. abort.* Bang'a, у больных нашего и соседних с нами районов. 5 из этих случаев были подтверждены серологическими исследованиями (Омский бакт. инст.), остальные диагностировались на основании клинической картины. Истории болезней некоторых из этих больных я позволю себе привести здесь.

№ 1 Б-ной К. 21 г. холост, рус., грам.; работает чебаном в совхозе, Зап.-Сиб. края. Венерические б-ни и тbc как у себя, так и у других перенесенных болезнях в детстве не помнит. До наст. заболевания тифом, малярией не болел.

В середине июня 1930 г. стал чувствовать боль в голове при езде по тряской дороге. Ночами потел. Вне поездок чувствовал себя совершенно здоровым. Т.к. явления эти продолжали оставаться, обратился в амбулатор., т^о оказалась 39,5, признан грипп. Дано освоб. не неделю и порошки. Через неделю снова пришел в амбулаторию, т^о снова 39; опять дали освобождение и порошки. Чувствуя себя хорошо, б-ой отправился пешим верст за 100 сниматься с военного учета. Проходил неск. дней, не чувствуя никаких болей. Сон был хороший. По возвращении опять зашел в амбул.—т^о снова 39^о. От больничного листка больной отказался и вышел на работу, чувствовал себя здоровым. Однако вскоре стал чувствовать слабость и появились боли в пояснице. Лечился амбулаторно, давали втирания и порошки, иногда пользовался освобожден. на неск. дней. Боли в пояснице усиливались и 26/VII был направлен в Купинскую б-цу, где пролежал до 10/VIII с диагнозом воспаления почек. Моча по словам б-го все время оставалась прозрачной, отеков не было, т^о в это время повышалась, но прежних высоких цифр не достигала. Постепенно боли в пояснице уменьшились, но общая слабость увеличилась. Возвращаясь домой из больницы, К-в, идя от станции устал, прилег на траву и уснул. Проснувшись, почувствовал сильные боли в крестце и ногах—идти не мог. С этого времени боли в крестце и пояснице то усиливались, то уменьшались; т^о при посещениях амбулатории всегда оказывалась повышенной, лечился порошками и втираниями; работать перестал. Несколько дней был понос. Аппетит оставался все время хорошим. 23/VIII поступил в нашу б-ду, где была заподозрена малярия—хинизация не помогла. Выдох на верхушке дал повод заподозрить тbc; было назначено соответствующее лечение—улучшения не было.

Работая чебаном сдаивал овец, больных маститами; сырого овеч. молока не пил; уже б-ой летом 1930 г. ел брынзу.

St. praes. 16/XI-30 г. Телосложение правильное. Питание удовл. Кожа и слизис. неск. бледноваты. Костная сист. и лимфат. тельца без отклон. от Н. Резкая болезн. пояснич. мышц, особ. справа, здесь же в месте выхода межпозвон. нервов болезн. точки. Сердце: тоны чистые, гран. нескोल. увел. вверх и влево; пульс ритмичн., легко возбужд. Легкие: выдох над правой верхуш. Язык неск. облож. Живот несколько вздут, мягкий, безбол. Аппетит хороший. Стул и мочейсп. Н. Селезенка прощ. на палец, плотная безболезн. Печень выдается на палец из под-реберн. края, безбол. с остр. краем гладкая. Сухож. и периост. рефлексы неск. повыш.; брюшные выражены слабо. Со стороны черепно-мозговых нервов без отклон. от нормы. Из-за болей в пояснице б-ой сгибаться не может, ходит вытянувшись, поворачивается с трудом. Сон хороший; ночами потеет.

Моча—N. Кровь: б—1, э—2, п—8, с—28, лим—54, м—4. Незн. анизоц., встреч. эритро. с базоф. пункт. и полихромные. Plasm. mal. не обнаружены, т^о за время наблюдения неправ. типа с вечерн. повышен. до 39,7 и утр. ремиссиями до нормы—37,2; ночами поты, вечерами—познабл. 21/IX вечером т^о 39,7. Жалуются на резкие боли в пояснице, сгибаться не может, лежит; болезнен. при надавливан. на остист. отростки поясн. позвон., через 4 дня боли ослабели; б-ой начал ходить.

28/XI. Огранич. б-сть в области 7 и 8 реб. по передн. аксил. лин. справа; объективно nihil; через 3 дня боли исчезли.

7/X. Жалобы на пониж. слуха, объективно—nihil.

10/X. Слышит лучше; жал. на боли в кол. суставах; т^о без изменений; объективно nihil. Носовое кровотечение.

17/X. Болезн. прав. ягод. мышц. Носовое кровотечен. Через неск. дней боли исчезли.

23/X. Ходит свободно, сгибается, болей в пояснице нет. Выписался по соб. жел. т^о субфебрильная; печень и селезенка прежних размеров.

6/XI. Явился в б-цу для продолж. больн. листка. Самочув. все время хорошее. т^о при явке 37^о. Селезенка и печень увеличены по прежнему. К вечеру иногда появляется тяжесть в ногах и болезн-сть в пояснице.

20/XII б-ой снова поступил в б-ду при тех же явлениях увеличен. печени и селезенки, субфебр. т^о и резкими болями в месте выхода прав. седал. нерва. Пользовался симптоматич. лечением и 3/1 выписан при хорошем самочувствии: боли исчезли; но селез. и печень по прежнему оставались увеличенными. До февраля 1931 г. б-ной работал, но чувствовал нектор. слабость. В феврале был послан в Омскую клинику, где пролежал 2 нед. Диагноз: инфек. бас. abort. В an g'a был подтвержден серологически.

Ист. б. № 2. Б-ой Т-н, 30 л., холост, грам, рус. работает чебаном в совхозе „Овцевод“, Юд. р. Зап. Сиб. кр. До поступления в совхоз, занимался с/хоз. Венерические болезни как у себя, так и в семье отрицает. О перенесенных в детстве заболеваниях не знает. До настоящего заб. чувств. себя здоровым. Тифами, малярией не болел. Заболел в начале ноября 1930 г.: вечерами появились познания, небольш. общая слабость, t° повышалась до 39° ; работу не прекращал, аппетит оставался хорошим, головных болей не было. В середине ноября появились боли в мышцах правого бедра; лечился растираниями, продолжая работать, боли вскоре исчезли. За несколько дней до поступления в б-цу внезапно появилась опухоль яичка, без резких болей, t° оставалась по-прежнему высокой, появились ночные поты; ходьба стала затруднительной, работать бросил и 27/XI поступил в нашу больницу с жалобами на опухоль яичка.

Сдавал больных маститами овец, овечьего молока не пил, брынзу ел летом и месяца за два до заболевания.

St. p g a e s. Среднего роста, прав. телосложения, удовлетв. питан., кожа ладоней резко желтой окраски. Костно-мышечная, лимфатическая системы и суставы в Н. Легкие и сердце Н. Пульс учащен. Зев чист, язык слегка обложен, аппетит сохранен. Живот мягкий, безбол., стул и мочеисп. Н.

Селезенка пальпируется на палец из-под реберного края, плотновата, безболезненна. Печень не прощ. Левое яичко величиной с голубиное яйцо, мягкое, немного болезн. Увеличены также придаток и семен. канатик, мошонка слева несколько отечна.

Общее самоч. хорошее. Больной ходит, спит хорошо, t° $-38,4$. Моча—Н.

Пользовался симптоматическ. лечением. t° репат. с вечерними повышением до $40,4^{\circ}$; головных болей не было. Последние три дня литическое падение t° до 36° . Опухоль яичка неск. уменьшилась.

7/XII выпис. по соб. желан., при нор. t° , но с увеличенной селезенкой.

19/XII. Б-ой снова обратился в б-цу, т. к. через несколько дней по возвращении домой t° вновь стала повышаться до $38,3-37,7$. Найдено: t° $37,1$, селезенка прежних размеров, опухоль яичка незначительна.

До февраля 1931 г. б-ой работал, хотя и пользовался несколько раз больничным листком с освобожд. на неск. дней. В феврале был нами направлен в Омбактин, где наш диагноз инфекция вас. ав. В an g'a был подтвержден серологически.

Ист. бол. № 3. Б-ой С. 29 л., хол., грам., рус., работает чебаном в совхозе „Овцевод“ Юдин. р-на Зап.-Сиб. кр. Сдавал больных маститами овец, овечьего молока не пил, брынзу ел летом и осенью 1930 г. О болезнях детства не знает. Явления венерических болезней и тbc у себя и в семье отрицает. Летом 1926 г. болел малярией, после того чувствовал себя здоровым. Заболел 10/XI—30 г. Внезапно вечером появились боли во всем теле и жар. Два три продолжал работать, а затем слег. Скоро появился кашель, мучивший больного, побаливал живот; стул был нормальным. Лечился амбулаторно—давали порошки. Легче не было и 7/XII с t° $37,4$ поступил в нашу больницу с жалобами на кашель и слабость. Два дня t° держалась вечерами до $38,4^{\circ}$, а затем упала до нормы. 5 дней была нормальной, а накануне выписки вечером повысилась до $37,2^{\circ}$. При поступлении в больницу было найдено: жесткое дыхание в легких, многочисленные рассеянные сухие хрипы; плотноватая безболезн. селезенка, пальпирующаяся на $1\frac{1}{2}$ пальца из-под реберного края; язык обложен, живот несколько вздут, безболезн.; в илео-цекальной области при пальпации урчание; стул и мочеиспускание норма; кожа ладоней резко желтой окраски. Больной велся как брюшнотифозный, хотя на головные боли особенно не жаловался, а самочувствие было удовлетворительным. 21/XII больной из больницы выписался при хорошем общем самочувствии: явления в легких исчезли, но селезенка оставалась увеличенной.

Через неск. дней по выписке из больницы заболел левый плечевой сустав, появились жар и слабость. Лечился амбулаторно растираниями, но легче не было и 1/II вновь поступил в б-цу с жалобами на боли в плечевом суставе. Здесь помимо ремиттерующей лихорадки было найдено: большая печень и увеличенная селезенка, а вечерами и ночью бывали поты; объективно в плечевом суставе никаких изменений не обнаружено. Пользовался симптоматич. лечением; t° упала, боли исчезли, самочувствие было хорошее, но печень и селезенка оставались увеличенными. 12/II больной выписался. Дома снова настало ухудшение: вечерами появлялся жар, сильно потел ночами, побаливало под правым подреберьем и в пле-

чевом суставе. Б-ой ходил, кое что делал по хозяйству, но т. к. отпуск кончился 28/II он явился в б-цу с жалобами на вечерние познабливания и боли в плечевом суставе.

Stat. pга es. Телосл. прав., питан. пониж., кожа N. Болезненность при движении в левом плечевом суставе—объективно nihil. Лимфатические железы в норме. Сердце и легкие—N. Зев и язык чистые; живот мягкий, безболезн. стул и мочеиспускание N. Селезенка в виде плотного безболезненного рога на 3 пальца из-под ребер; печень прощупывается на 4 пальца, поверхность гладкая, край острый, несколько болезненна при пальпации. Рефлексы в норме. Большой весел, свободно ходит, спит хорошо, аппетит прекрасный, t°—37,1. Моча: насыщ. желт. цвета, прозр., кисл. реакц. белка, сахара, желчи. пигм. нет. Реакции на уробилин и кровь—отрицательны. Диазореакция резко положительная, под микроскопом единичн. в препарате лейкоциты. Кровь: формула Б.—0, эоз.—0, пал.—6, сег.—9, лим.—76, мон.—8. Небольшой аннзо-и пойкилоцитоз. Plasm. malariae не найдены. С. находился в больнице до 27/III, t° была субфебрильной с вечерними повышениями до 38,2 (обычно только 37,1—37,2) и утренними ремиссиями до нормы. Несколько раз б-го познабливало. иногда потел; боли в суставе прошли. Общее самочувствие, сон, аппетит все время оставались хорошими, но печень и селезенка в размерах не уменьшались. Выписался по собственному желанию.

Ни хина, ни салцилаты, ни колларгол действия не оказывали.

Ист. бол. № 4. Б-ой К., 35 л. женат, грам., украинец, служащий. Заведует маслохранилищем. 15 лет перенес какой-то тиф; в 1922 г. тоже болел каким-то тифом, после которого 2½ мес. болел суставным ревматизмом. В 1923 г. перенес малярию. По роду службы приходилось бывать во время командировок в район на скотных дворах. Часто ел брынзу, изготовленную в совхозе „Овцевод“ Юдин. р-на. Ел ее и недели за две до заболевания. Заболел сразу; 23/XI появились—головная боль, общее недомогание, исчез аппетит. До 27/XI б-ой продолжал работать, т. к. днем чувствовал себя удовлетворительно.

27/XI обратился в амбулаторию, где была заподозрена малярия—назначен хинин. От последнего вначале почувствовал себя как будто лучше, но в дальнейшем общее недомогание продолжалось.

7/XII появилась розеолезная сыпь на груди и конечностях при явлениях повышенной t°. Обратился в амбулаторию, откуда был послан в б-цу. Через неск. дней сыпь приняла местами петехиальный характер, заподозрили сыпной тиф в abortивной форме, поместили в б-цу, где б-ой пролежал с 15/XII—21/XII. Скоро сыпь исчезла, t° упала до нормы, но селезенка, определявшаяся увеличенной еще при первом посещении амбулатории, оставалась прежних размеров. Дня через два по выписке из б-цы, t° снова стала повышаться вечерами до 37,4—37,2 иногда даже до 39°; появились боли в суставах, ночами поты.

4/I поступил в б-цу, где пролежал с диагнозом полиартрита. В это время было констатировано: плотн. безболезн. селезенка, пальпирующаяся на палец из-под реберной дуги и край безболезненной печени; наблюдались запоры; t°: вечером 38,5—39°, утром 37,5—38,0°; наблюдались нестойкие, державшиеся по несколько дней боли то в одном суставе, то в другом, то в одной группе мышц, то в другой.

2/I кровь: б.—0, э.—0, ю.—1, п.—18, сег.—39, лим.—40, м.—2. Незначительные аннзо-и пойкилоцитоз. Паразитов малярии не найдено.

15/I моча: нас. желт. цвета. Следы белка; реак. на уроб. слабо положит. Диазореакция отриц. В это время самочувствие б-го было хорошим. 30/I выписался, т. к. чувствовал себя здоровым—боли исчезли; но t° оставалась субфебрильной, а печень и селезенка прежних размеров. До 13/II был дома, вечерами t° повышалась и временами появлялись боли в суставах. 13/II вновь поступает в б-цу с резкими болями в шейных мышцах и вечерними повышениями t° до 38,5—39°. Здесь вновь наблюдались летучие артралгии и миалгии. Получал салцилаты и колларгол внутривенно, однако улучшения не было, хотя t° несколько снизилась. Вскоре появились резкие боли в крестце.

21/II Stat. pга es. Телослож. правильн., питание понижено. Кожа и слизистые бледноваты. Костная система в норме, лимфатические железы тоже. Болезненность обеих m. m. scullaris; незначит. припухлость и болезненность сухожильных влагалищ левой кисти.

Сердце—левая граница по соску, тоны несколько глуховаты; пульс ритмичный, учащен. Легкие: над правой верхушкой затянутый выдох. Зев чист, язык слегка обложен, аппетит прекрасный. Живот мягкий, безболезн., стул задержан;

старые геморроид. узлы; мочеиспускание N. Селезенка прощупывается на 2 пальца в виде плотного, безболезненного рога. Печень увеличена на палец, мягкая, поверхность гладкая, край острый. Нюющая боль в области обоих крестцово-подвздошных сочленений и в месте выхода седалищного нерва. Б-ой весел, смеется. Сон хороший.

22/II. Кровь: формула: б.—0, э.—4, пал.—4, сегм.—27, лим—57, мон.—6. Много бледных эритроцитов, изредка встречаются полихромные. В больнице боли в мышцах шеи резко усилились, объективных данных не было в них, б-ой в течение 2-х недель не мог свободно поворачивать голову, причем боли эти то обострялись, то затихали. Под влиянием симптоматического лечения боли в мышцах и в области крестцово-подвздошных сочленений прошли и 9/IV б-ой выписался по собственному желанию. t^0 оставалась временами повышенной, а печень и селезенка прежних размеров. До мая 1931 г. больной жаловался на появляющуюся иногда вечерами t^0 в 37,2—37,3 и переходящие боли в мышцах. В мае месяце переведен в инвалиды, причем на ВК была обнаружена атрофия левого m. scissularis. В июне месяце б-ой показывался в больницу: селезенка еле прощупывалась, печень не пальпировалась, t^0 оставалась нормальной. Б-ой пополнил, но жаловался на адинамию.

Ист. б. № 5. Б-ой С. в., 25 л., гр., женат, служ. С детства батрачил; в 1921 г. болел каким-то тифом; с 1923—25 г.г. каждую весну болел малярией, но не подолгу. С тех пор чувствовал себя здоровым. Занимался сельским хоз., а с 1930 г. служит: сначала лесным объездчиком, а потом продавцом сельского кооператива. Брызнау не ел, овечьего молока не пил; с большими животными не соприкасался. Заболел в половине января 1931 г. Дня за три до болезни больной много выпил, свалился на улице и спал на снегу до утра—снег под ним растаял до земли; сильно продрог. Дней за 10 до заболевания, во время пьянки, женщины с целью „приворожить“ б-го, мешали ему в водку свою менструальную кровь. Заболел сразу—почувствовал общее недомогание, познабливание; однако в течение нескольких дней перемогался и продолжал работать; ночами потел. Скоро присоединился упорный кашель. Лечился амбулаторно, но облегчения не чувствовал; иногда появлялись боли в пояснице и коленных суставах. 16/II—31 г. с жалобами на общ. слабость, кашель, поты и болезненность в пояснице поступил в нашу больницу.

Stat. praes. Высокого роста, астенического телосложения; питание понижено; кожа влажная, бледновата. Костная система и лимфатические железы в пределах нормы. Мышечный тонус понижен; отмечается болезненность затылочных и поясничных мышц, объективно nihil; незначит. болезненность при движении в коленных суставах. Легкие: ослаб. дых. на верхушках, рассеянные сухие хрипы в обоих легких, сзади дыхание жестковато; частый кашель, незначит. колич. вязкой мокроты. Сердце и сосуды N; пульс учащен, зев гиперемирован, язык обложен. Живот мягкий, безболезн., стул и мочеиспускание N. Селезенка прощупывается на один палец, плотная, безболезненная. Печень увеличена на два пальца, гладкая с острым краем, безболезн. Стойкий красный дермографизм, пателлярные рефлексы повышены. Б-ой вялый, все время лежит, много спит; сон хороший; t^0 —37,7. Мокрота: слизь—гнойная, вязкая; палочек Koch'a не найдено. Моча: буроватого цвета, слабо-мутная, кисл. реак. Диазо-реакция положительная. Кровь: б.—0, э.—0, пал.—3, с.—26, лим—67, мон—4, плазмодиев малярии не найдено.

До июня месяца б-ой находится в б-це, t^0 все время неправильного типа: утром 37,3—36,5, вечером 37,7—38,9.

8/III появилось резкое разрыхление десен, больной с трудом ест.

27/III боли в голеностопных суставах, скоро исчезли.

13/IV отмечена опухоль левого голеностопного сустава и болезненность в нем при движении.

18/IV появились резкие боли в области правого крестцово-подвздошного сочленения; б-ой с трудом поворачивается, вставать не может. До июня месяца разрыхление десен и неправильного типа лихорадка оставались прежними; кроме того появились боли в левом крестцово-подвздошном сочленении и в месте выхода левого n. ischiadici. Больной значительно побледнел и похудел. Отмечается значительная атрофия правых ягодных мышц.

Все приведенные случаи прежде всего характеризуются длительной лихорадкой неправильного типа, необъяснимую имеющимися объективными

данными. Не вдаваясь в подробности дифференциального диагноза, можно указать на то, что как малярия, так и туберкулез и заболевания крови легко исключались на основании всех объективных данных и лабораторных исследований; совокупность же всех наблюдаемых признаков является характерной для „ундулирующей лихорадки“.

Из анализа приведенных случаев отметим следующие данные: мужч. 10, жен. 1, по возрасту до 20 л.—1 сл., 20—35 л.—9 сл., старше 35—1 сл. Острое начало отмечено в 6 сл., и неизвестно харак. нач. заб. в 5 случ. Продолж. болезни (правда, с уверенностью мы не можем сказать об излечении ни в одном случае) от 2¹/₂ м. в 1 сл., 4—6 м.—в 5 сл., 7—9 м. в 3 сл., 12—14 в 2 случаях. Начальный период удалось установить в 8 сл., причем продолж. его в 30 дн.—4 сл., 20 дн.—2 сл., 27 д.—1 сл.; в среднем, принимая во внимание неточность показаний 6-х, можно считать начальный период продолжительностью в месяц.

Из объективных данных следует отметить: измен. со стороны кожи: пожелт. кожи ладони 4 сл., розеолярная сыпь—в 1 сл. Увелич. селез.—11 сл., печени—9. Относительно увелич. печени надо сказать, что в двух случаях, когда этого не определялось, дело шло о начальном периоде заболевания; как правило, в позднем периоде печень остается увеличенной и, по нашему мнению, увел. печени и селезенки одновременно является патогномичным для разбираемого заболевания. Мышечные боли набл. во всех 11 сл., боли в суст. тоже во всех сл.; ишалгии в 5 сл., орхит в 4 сл., пониж. питан. отм. во всех случаях, но истощение резкое в 1 сл. Измен. со стороны мочи: следы белка в 1 сл., диазореакция в 2 сл. Кровь: лимфоцитоз во всех случаях, причем цифры колебались от 31% (1 случ.) до 76%; большей частью 50—59%. Необходимо отметить, что лимфоцитоз держится даже тогда, когда наступает апирексия, как бы указывая на то, что инфекция еще гнездится в организме. Моноциты: норм. кол.—в 4 сл.; пониж.—в 2 сл.; повыш.—в 2 сл. Явления вторичной анемии во всех случаях длительного течения болезни. Эозинофилы: анэозинофилия—3 сл.; в предел. нормы 5; из анализа гемограмм видно, что описываемый моноцитоз не характерен для заболевания, т. к. встречались случаи даже с понижением кол. моноцитов. Также относится и к анэозинофилии.

В заключение следует отметить наблюдавшийся часто бронхит у наших больных, причем нередко он отмечался в начальной стадии заболевания и довольно упорного характера; возможно это и сопутствующее заболевание, но не исключается возможность и специфического поражения бронхов, что, конечно, требует изучения (наличие мелкой палочки в мокроте одного б-го).

Прогноз считается благоприятным и заболевание рано или поздно заканчивается полным выздоровлением. Наши наблюдения заставляют несколько осторожнее высказываться по этому поводу, т. к. в 1 случае больная экзистировала,—правда старуха 53 лет, (старика, повидимому, тяжело переносят это заболевание), а в 2 случаях имели мышечные атрофии. Здесь же следует оговориться, что наблюдаемые нами явления могут быть отнесены только к хроническим, резко выраженным случаям заболевания. Между тем как при всяком инфекционном заболевании, и при *inf. bruc. abortus*, вероятно, имеются abortивные случаи, случаи неболь-

шой продолжительности; изучение этих форм дело дальнейших наблюдений.

Что касается лечения, то ни хинин, который давался подавляющему большинству наших б-х ex juvantibus, ни салицилаты, ни колларгол (внутривенно) действия не оказывали. Назначалось только симптом. лечение и общеукрепляющее (мышьяк с железом и усиленное питание).

Заканчивая на этом краткий разбор наших случаев, мне хочется еще раз подчеркнуть весьма характерное явление, резко отличающее данное заболевание от остальных инфекционных болезней—это относительно хорошее общее самочувствие б-х, несмотря на высокую лихорадку: так один из наших б-х во время 1^о в 39^о рассказывал анекдоты, другой даже пел, причем все б-ые отмечают, что они чувствуют себя здоровыми при отсутствии септико-пиемических проявлений и торопятся выписаться.

В связи с этим стоит и другой признак: миалгии и артралгии не стойки, боли летучего характера, скоро преходящие и только невралгии не подчиняются этому правилу—они всегда отличаются стойкостью и по поводу них то, главным образом, и обращаются больные за медицинской помощью. Мне думается, что эти-то свойства заболевания и являются причиной того, что по всему Союзу зарегистрировано с десятков случаев ундулирующей лихорадки.

Дело в том, что все наши, например, больные—жители сельских местностей и обращаются за помощью в ближайший медпункт; заболевание диагностируется как ревматизм или tbc. (что больше оно напоминает в данный момент), назначается соотв. лечение, а так как заболевание заканчивается самопроизвольно, то и считается, что, мол, порошки или втирания помогли. Практические же врачи, а особенно участковые, вряд ли знают много об ундулирующей лихорадке; в то время как стоит подумать только о возможности этой инфекции и заболевание становится ясным даже и без серодиагноза, который, кстати сказать, может быть и отрицательным.

Это как нельзя лучше подтверждает и Sjerslew в своей работе „Febris undulans Bang“, где он указывает, что Копенгагенский серолог. Институт поставил за правило все сыворотки лихорадящих б-х исследовать и на агглютинацию с brucella abort. Bang'a, причем большое кол. анализов оказалось положительным. Следовало бы так же работать и нашим бактер. институтам.

Колтовская приводит цифры поражения рогатого скота септическим абортom; так, в некоторых местностях Германии оно достигает 80%. Септический аборт коров наблюдается и у нас в Союзе, в частности и в Сибири. На II Всерос. съезде микробиологов приводили цифры исследования на bruc. abort. Bang'a молока Московских ферм, причем молоко оказалось зараженным от 0—66%. Из этого вытекает, что ундулирующая лихорадка имеется и у нас, но не диагностируется.

При сопоставлении наших случаев приходится отметить их как эпидемическую вспышку заболевания, т. к. 8 больных являются чабанами совхоза „Овцевод“ и приходили в соприкосновение с больными маститами овцами—сдаивали их. При расспросе вет. врачей выяснилось, что септического аборта в совхозе нет. А из заболевания овец отмечаются случаи маститов, причем этиологию их мне сказать не могли, считая ее не выясненной. Кроме того, необходимо отметить еще факт: летом 1930 г.

в совхозе готовили брынзу, причем двое б-х, не имеющих никакого отношения к совхозу, брынзу эту ели незадолго до заболевания. К сожалению, исследовать эту брынзу не удалось. Мне кажется, ветнадзору следовало бы обратить внимание на природу мастита у овец.

Вообще в отношении этиологического момента вопрос решается просто, т. к. раз молоко и молочн. продукты могут содержать возбудит. заболевания, то и заражение наступает легко—кто же из сельских жителей не пьет сырого молока?

В заключение считаю возможным сделать след. выводы:

1. Ундулирующая лихорадка, вызываемая возбудителем септического аборта у скота, имеет распространение и у нас в Союзе.

2. Заболевание это имеет свою характерную клиническую картину, почему в типичных случаях диагноз может быть поставлен клинически.

3. Указанные в литературе как характерные: анэозинофилия и моноцитоз не могут считаться патогномичными для ундулирующей лихорадки.

4. Прогноз не может считаться вполне благоприятным, особенно в отношении старых людей.

5. Необходимо эпидемиологическое изучение заболевания во всех случаях, т. к. наблюдавшаяся нами вспышка дает право предполагать иные, чем обычно считают, пути передачи инфекции.

Литература: 1) Колтовская. Врачебная газета, № 13—14, 1930.— 2) Кроль. Ibid.—3) Пивоваров. Врач. газета, № 2, 1931 г.—4) Будылин и Андреева. Врач. газета, № 7, 1929 г.—5) Беркези. По рефер. в „Клинич. мед.“, № 7, 1931 г.—6) Sjerslew. „F. undulans Bang“. По рефер. „Клинич. мед.“, № 5, 1929.—7) Kolle и Hetsch. „Экспер. бактерия и инф. болезни“, 1908 г.—8) Б. Мед. Энц. т. XI „Инфекционный выкидыш“ и т. XVI „Мальтийск. лихорадка.“



Из Детской клиники Ленинградского Ин-та для усов. врачей (Директор—проф П. С. Медовиков) при б-це им. Раухфуса (Главврач Л. С. Минкович)

К этиологии серозных плевритов у детей. ¹⁾

Ассистента П. С. Модератова.

Вопрос о природе серозных плевритов, как известно, имеет свою историю. Больше 50 лет тому назад рядом авторов (Landouzy, Kelsch, Vaillard и друг.) было высказано положение, в силу которого значение так называемых простудных плевритов бралось под сомнение. Увлечение туберкулезной этиологией, присущей, якобы, каждому серозному плевриту, с этого времени начало распространяться все шире и глубже. Оснований к тому, в связи с громадным распространением туберкулеза, казалось, было достаточно. Несмотря однако на это, единодушного признания туберкулезной этиологии за всеми серозными плевритами до сего времени не последовало. Проф. П. С. Медовиков в своей работе „Иноскопия плевритического выпота“ еще в 1903 году приводит ряд случаев, где в 50% не мог быть доказан туберкулезный возбудитель их. Тот же автор в работе за 1930 г. „Ревматические заболевания у детей“ говорит, что „ревматическая подкладка при серозных

¹⁾ Доложено в О-ве детских врачей в г. Ленинграде 28/V-31 г.

плевритах у детей встречается значительно чаще, чем это принято думать". Приводимый им в этой работе случай Ponthieu с достаточной убедительностью говорит о возможности таких заболеваний. Талалаев, указывая, что плевриты встречаются по Mosler'у в 14,7% всех случаев острого ревматизма, а по Pribram'у — в 3%, в своем материале цифровых указаний не дает „из за трудности решить вопрос об отношении их (старых спаек и сращений) к острому суставному ревматизму, так как в некоторых случаях были данные, указывающие на их неревматическое происхождение“.

Из этого краткого очерка видно, что вопрос о природе серозного плеврита, хотя и мало, но дискусируется и по настоящее время. Поэтому нам казалось небезинтересным обобщить некоторые наблюдения, имевшиеся в наших руках.

Наш материал обнимает 74 случая, прошедшие через клиническое отделение больницы имени Раухфуса с 1926 по 1930 год.

Повозрастное распределение прошедших больных представляется в следующей таблице:

Возраст	Мальчиков	Девочек
0—1	2	—
1—3	5	2
3—5	17	1
5—7	14	2
7—9	7	4
9—12	9	7
12—15	4	—
Всего	58 или 78,4%	16 или 21,6%

Как видно, наибольшее количество случаев приходится на возраст 3—5 лет и на мальчиков больше, чем на девочек.

Эти данные не противоречат данным других авторов, также указывающих на большую частоту серозных плевритов у лиц мужского пола.

У мальчиков наибольшая частота, по нашим данным, приходится на возраст главным образом дошкольный, тогда как у девочек наибольшие цифры падают на возраст школьный.

У всех детей была произведена реакция Пирке со следующим результатом: реакция Пирке положительной найдена в 49 случаях или в 63,6% и отрицательной в 25 случаях или в 36,4%. Продолжительность пребывания детей в больнице в среднем равняется 32 дням, причем продолжительность пребывания детей с положительной реакцией Пирке равнялась 37 дням, а с отрицательной—28 дням.

Произведенные плевральные пункции с последующим лабораторным исследованием экссудата позволили установить наличие туберкулезных палочек в нем всего лишь в семи случаях из 74 (9,4%), тогда как другие возбудители, чаще всего пневмококк, были находимы в более значительном количестве случаев (31 случай—41,8%). Из форменных элементов, обнаруженных при исследовании в экссудате, в 21 случае преобладали нейтрофилы; редко здесь отмечались лимфоциты, да и то в незначительных количествах. Особо нужно подчеркнуть, что этот 21 случай совпадает с отрицательной реакцией Пирке.

Касаясь температурной кривой и нарастания веса у детей, мы видим, что температура у детей с отрицательной реакцией Пирке в среднем

устанавливалась от 14-го до 21-го дня с момента заболевания ребенка, тогда как у детей с положительной реакцией Пирке это наблюдалось лишь от 27-го до 42-го дня. Нарастание весовой кривой за один и тот же отрезок времени у детей с положительной и отрицательной реакцией Пирке дает значительные колебания, в то время как первые дают прибавку в весе всего лишь в среднем около 1 кгр. за тридцать дней, вторые за это время дают увеличение веса около 3 кгр.

Небезинтересно также отметить и разницу в сроках начала рассасывания экссудата, отмечаемых клинически уменьшением тупости, прослушиванием дыхательных шумов и т. д.; оказывается, что у детей с положительной реакцией Пирке эти сроки несколько длиннее — с 26-го дня и выше, тогда как при отрицательной реакции Пирке они чаще наблюдаются с 18-го до 20-го дня. Общее самочувствие детей выравнивалось скорее в случаях с отрицательной реакцией Пирке, быстрее налаживался аппетит, скорее проходила вялость, дети раньше начинали интересоваться окружающим, у них скорее появлялось стремление к движениям, к играм и т. п.

Различное течение серозного плеврита на нашем материале позволяет остановиться на некоторых вопросах, связанных с серозными плевритами у детей. О том, что на серозные плевриты в детском возрасте в настоящее время нет единого взгляда — упоминалось выше. Одни авторы — Hamburger, Engel, Finkelstein, Huber, Nobel, Steinbach, а из русских — Кисель, Оносовский и друг. считают этиологическим моментом серозных плевритов *исключительно* туберкулез. Проф. А. А. Кисель в своей работе „*Может ли серозный плеврит перейти в гнойный*“ (Журнал современной хирургии 1929 г., т. IV, вып. 19) пишет следующее: „серозный плеврит вызывается *исключительно* туберкулезом, никакой другой этиологии для серозного плеврита нельзя предположить“. Heubner, Henoch, а из русских педиатров проф. Медовиков, Маслов и др. с такой категоричностью с заявлениями Hamburger'a, Киселя и друг. не солидаризируются. Проф. Медовиков, приводя указания Неттера о том, что из пяти случаев в 4-х экссудативный плеврит вызывается вторичной инфекцией, чаще всего пневмококком“, заявляет, что „его личные наблюдения над детским материалом полностью подтверждают эти указания. В громадном большинстве случаев возбудителем серозного плеврита был пневмококк“.

Finkelstein и Huber, обосновывая свои данные о том, что этиологическим моментом серозных плевритов у детей от 84 до 96,4% является туберкулез, исходят из сравнения частоты реакции Пирке у так называемых здоровых детей соответствующего возраста с частотой этой реакции у детей больных серозным плевритом. Превалирование реакции Пирке в последнем случае, по их мнению, является доказательством того, что „туберкулезная этиология может получить в этом отношении прочную опору“.

Сопоставляя наши данные с данными о распространении реакции Пирке соответствующих возрастов, мы этого совпадения не получаем. Необходимо здесь отметить, что реакция Пирке в отрицательных случаях ставилась повторно, а в отдельных случаях производилась и реакция Mantoux с тем же отрицательным результатом. Учитывая эти данные, конечно, приходится признать наличие плевритов несомненно нетуберку-

лезной этиологии у лиц с отрицательной реакцией Пирке, что подтверждается и лабораторным исследованием экссудата, о чем сказано выше. Вопрос о том, могут ли иметь место серозные плевриты у детей с положительной реакцией Пирке нетуберкулезной этиологии, разрешается, повидимому, в положительном смысле. По крайней мере на нашем материале их встретилось восемь случаев (16,3%).

Наблюдения Nobel'я и Steinbach'a показывают, что „из 52 детей, прослеженных от 1—19 лет умерло 13, из них 5 чел. или 46% от бугорчатки; из 39 больных, подвергнутых впоследствии точному клиническому и рентгенологическому исследованию, 41,1% оказались совершенно выздоровевшими, у 38,4% замечались только весьма незначительные намеки на перенесенный плеврит, у 10,2% найдены были умеренно тяжелые или тяжелые изменения, зависевшие от прежнего плеврита“. Grahn только в 7 из 39 случаев нашел в течение первого года туберкулезные изменения, от которых 2 больных умерло. Остальные 32 при позднейшем проверочном исследовании оказались здоровыми“.

Таким образом, приведенные данные позволяют говорить о том, что, несмотря на большую инфицированность детей туберкулезом, относить все плевриты к одной этой этиологии не представляется возможным: этому противоречат в различное течение плевритов, и последующие наблюдения за детьми, и бактериологические исследования и т. д. Несомненно, есть известный % плевритов нетуберкулезного происхождения.

Что же касается вопроса о перенесенных заболеваниях, то у громадного большинства детей — в анамнезе корь, у многих — воспаление легких, в некоторых случаях повторно наблюдавшееся; коклюш также не редок. Случай гриппа, установленные врачом, часты. Нужно отметить, что ни корь, ни коклюш не были отмечены до появления плеврита ближе чем за 3—4 недели. Воспаления легких и грипп наблюдались в единичных случаях, недели за две до появления плеврита, в большинстве же своем между этими заболеваниями были длительные промежутки.

В заключение нужно еще отметить, что почти все дети, поступавшие в клинику по поводу серозных плевритов, находились в неблагоприятных санитарно-гигиенических и бытовых условиях: неудовлетворительное питание, скученность, сырость и т. д., каковая обстановка особенно благоприятствует ревматическим заболеваниям и в частности серозным плевритам. Поэтому мы склонны думать, что у детей, возможно даже что и в подавляющем большинстве случаев, в этиологии серозных плевритов повинна не туберкулезная, а ревматическая инфекция (даже у части детей с положительной реакцией Пирке), а морфологическим выразителем ее чаще всего является в этих случаях пневмококк. Сама туберкулезная палочка, как показывают клинические наблюдения, является этиологическим возбудителем у детей значительно реже, чем это имеет место, повидимому, у взрослых.

Литература. 1) Медовиков. Туберкулез в детском возрасте.— 2) Маслов. Учение о ребенке.— 3) Финкельштейн и Гюбер. Научные курсы для усов. врачей, VII, 1927 г.— 4) Талалаев. Острый ревматизм.— 5) Медовиков. Русский врач, № 42, 1904 г.— 6) Медовиков. Вопросы педиатрии, педологии и охраны матллада, № 2—3, 1931 г.— 7) Ослер. Внутренние болезни.— 8) Кисель А. А. Журнал современной хирургии, том IV, вып. 19, 1929 г.

Из Детской клиники Казанского медицинского института (директор проф. В. К. Меньшиков).

Диетотерапия токсических и слизисто-кровянистых поносов.

Приваг-доцента Е. Кливанской-Кроль.

Успехи в области питания и ухода за детьми за последние десятилетия сказались на понижении заболеваемости и общей смертности детей. Несмотря на это, нам все же особенно часто приходится сталкиваться с острыми желудочно-кишечными заболеваниями и большой смертностью грудных детей. Чаще всего встречается острое желудочно-кишечное заболевание, именуемое токсической диспепсией (по классификации Всесоюзного педиатрического съезда), пищевым токсикозом (по Czerny), алиментарной интоксикацией (по Finkelstein'y). Токсическая диспепсия чаще бывает алиментарного происхождения в зависимости от нецелесообразного питания; токсическое состояние может возникнуть также во время любой инфекции, причем или инфекция вторично нарушает желудочно-кишечное пищеварение, или же бактерии, непосредственно воздействуя на паренхиму печени, вызывают токсическую диспепсию. Большую роль при этом играет летняя жара, вызывая перегревание младенца. Патогенез токсического симптомокомплекса чрезвычайно сложен. Кроме чисто внешних условий большую роль играет и ненормальная конституция ребенка.

Нормальные дети реже заболевают этим расстройством, чаще болеют пастозные дети с лабильным водным обменом. Во всех случаях токсической диспепсии страдают функции обезвреживания; соединяются явления токсикоза, ацидоза и явления высыхания организма. Внешний вид младенца больного интоксикацией, резко осунувшегося в течение очень короткого времени, с помутненным сознанием, с неподвижным взглядом, с токсическим дыханием и непрерывным поносом и рвотой, настолько характерен, что ясно запечатлевается в памяти.

Лечение токсической диспепсии является неблагоприятной задачей. Лекарственная терапия здесь бесполезна; в диетотерапии до сих пор мы также еще не имеем верного и общепризнанного способа. Приходится руководствоваться главными основными симптомами болезни, требующими обезвреживания организма, восстановления пропитывания тканей жидкостью и приостановки падения веса.

Для изменения патологических процессов в кишечнике и изменения бактериальной флоры естественным является прекращение подвоза пищи. В то же время приходится помнить о введении и задержке в организме ребенка достаточного количества жидкости. Для выполнения этих условий служит водная или чайная диета. При выраженной токсической диспепсии достаточно ограничиться 12—24 часами такой диеты; некоторые авторы предлагают голодание в течение 2—3 и более суток (Монрад). В отношении дальнейшего выбора пищи существует много различных предложений: женское молоко, цельное или обезжиренное (Мейер, Негерат), пахта, белковое молоко Финкельштейна и Мейера; коровье молоко, разведенное известковой водой (Шкарич); 10% кон-

центрированный рисовый отвар (Бессау), а также проводятся опыты с применением безмолочной диеты, питая младенца миндальным молоком (Мюллер).

Лето 1931 года отличалось обилием детских желудочно-кишечных заболеваний. То, доходившая до 45⁰, неполноценное по качеству молоко у искусственно вскармливаемых детей, невозможность хранения его надлежащим образом, незначительная способность лактации у большинства женщин — вот причины, вызывавшие токсические поносы.

В детской клинике Казанского мед. института за июнь, июль и август находилось 30 младенцев *) с токсической диспепсией в возрасте от 1 месяца до 1 г. 8 м., из них 24 мальчика и 6 девочек. По упитанности, судя по весу, нормальных было 10 младенцев, гипотрофиков — 16 и атрофиков — 4; 19 младенцев находились на искусственном вскармливании, 2 — на смешанном и 9 — на естественном, но получали грудь матери беспорядочно, с значительными перерывами между кормлением. У 27 младенцев токсическая диспепсия началась первоначально с симптомов желудочно-кишечного тракта и только у 3-х выразилась как парентеральная инфекция. Эти три младенца были больны до токсической диспепсии: 1 — гриппом, другой — пневмонией и третий — малярией. Во время течения токсической диспепсии у 5 младенцев было осложнение воспалением легких, у двух были тонико-клонические судороги типа эклампсии, у одного младенца — молочница и еще у одного младенца — язвенный стоматит. Из 30 младенцев больных токсической диспепсией умерло 7, т. е. процент смертности выразился в 23,3⁰о.

При поступлении в клинику младенцу с токсической диспепсией обычно промывался желудок раствором *natr. bicarbonici*; в зависимости от состояния обезвоживания вводился под кожу физиологический раствор поваренной соли в количестве 200,0—400,0, смотря по возрасту; если ребенок был сильно обезвожен, подкожное вливание повторялось несколько раз в течение болезни. В случаях, когда со стороны сердечной деятельности не наблюдалось никаких угрожающих симптомов, сердечные средства не применялись вовсе, в противном случае вводилось *ol. camphorae* под кожу.

Затем в течение 12—24 часов, в зависимости от истощения младенца, ему назначался или видоизмененный раствор *Heim-John'a* (*Natr. bicarb. Natr. chlor. aa 1,0, Aq. coctae 1000,0*) или белковая вода — 1 яичный сырой белок на 200,0 холодной кипяченной воды, сахарин по вкусу; в случаях показаний со стороны сердца прибавляли на это количество воды ложку коньяку; иногда назначали то и другое, если ребенок неохотно брал одну из жидкостей. Поили каждые 10—15 минут по 1—2 чайной ложечке; забота ухаживающих заключалась в том, чтобы ребенок в летний жаркий день получал достаточное количество жидкости от 600,0 до 1000,0 за сутки. Так как обычно после 12—24 часов голодной диеты явления интоксикации уменьшались, улучшалось общее состояние ребенка, прекращалась рвота, то переходили на назначение снятого охлажденного женского молока, давая ложечки каждые 1/2 часа 5,0—10,0. Если не наступало ухудшения общего состояния младенца, то на следующий день прибавляли по 10,0 на каждое кормление снятое женское молоко и добавляли нужное количество жидкости или раствором (видоизмененным) *Heim-John'a* или белковой водой. При улучшении общих симптомов, мы имели возможность постепенно прибавлять понемногу женское снятое молоко и увеличивать промежутки между кормлениями. Самое главное тре-

*) Истор. бол. по технич. причинам опущены. *Ред.*

Бование диететики вначале течения токсической диспепсии—не бояться недокармливания, очень постепенно прибавлять количество пищи и заботиться о необходимом и достаточном подвозе жидкости. После того как младенец хорошо переносил около 50,0 женского снятого молока зараз, мы ему прибавляли пахтанье в том же количестве, чередуя женское молоко с пахтаньем.

Так как сильные жары не давали возможности сохранять на сутки пахтанье с определенной кислотностью, то мы были принуждены перейти к такой кислой смеси, которую мы имели бы возможность готовить их *tempore* перед каждым кормлением, и кислотность которой не менялась бы. Такой смесью явилось подкисленное децинормальной HCl коровье молоко. Готовилось оно из расчета; на 1 литр смеси 600,0 коровьего молока, 400,0 N-10 HCl и 5% сахара. Результаты, полученные с подкисленным молоком, не уступали в успешности пахтанью.

После значительного улучшения в состоянии младенца, мы переходили на цельное женское молоко, а затем постепенно прикладывали младенца к груди матери или кормилицы. Чередуя таким образом женское молоко с подкисленным HCl молоком нам удавалось получать хорошие результаты.

Удачным обстоятельством для нас было то, что мы почти всегда имели возможность располагать женским молоком, имея в клинике кормилицу. Однако в случаях заболевания токсической диспепсией детей старше года мы пробовали после голодной диеты назначать постепенно малыми порциями одно подкисленное HCl коровье молоко и получали удачные результаты.

Попытки провести токсическую диспепсию на 10% рисовом отваре или на молочной смеси с *aq. calcis* хороших результатов не давали.

Второе желудочно-кишечное расстройство маленьких детей, с которым приходится также часто встречаться в жаркое летнее время, это слизисто-кровянистый или дизентериеподобный понос. В настоящее время считают, что это инфекционное заболевание вызывается различными микробами, как *streptococcus*, *bac. proteus*, *bac. pseudodysentericus*, *bact. coli* и многими другими. Очень часто этой кишечной формой проявляется парэнтеральная инфекция. Ослабление иммунитета организма от какой-либо причины делает тот или иной микроб вирулентным, и он становится возбудителем дизентериеподобного поноса. Клинически это заболевание протекает чрезвычайно разнообразно. Наблюдаются случаи бурно протекающей картины болезни с преобладающей интоксикацией и кровянисто-слизистым стулом, иногда общие явления не выражены и главным симптомом является учащенный кровянисто-слизистый стул. Самым характерным симптомом данного заболевания является учащенный до 20—40 и больше в сутки с тенезмами стул. Испражнения содержат слизь, в ней часто примешивается кровь и комки гноя. Общее состояние в одних случаях нарушается сильно, повышается t^0 , помрачается сознание появляется рвота; в других случаях самочувствие нарушается мало.

Лекарственную терапию дизентериеподобного поноса обычно начинают со слабительных, затем назначают касторовую эмульсию с прибавкой дезинфицирующих, затем—висмут, Доверов порошок и т. п.

В отношении же диетотерапии главный принцип лечения заключается в достаточном введении пищи больному ребенку, а отнюдь не

в голодной диете. В отношении же деталей диеты существуют самые различные воззрения. Из опыта известно, что при слизисто-кровянистом поносе плохо переносится молоко. Поэтому многие рекомендуют в первые дни отвары, солодовый суп Кемира, разведенную отваром молочную сыворотку (Лангштейн). Другие назначают белковое молоко Финкельштейна, творог (Меньшиков), кефир и за последнее время предложена яблочная диета (Моро).

Со слизисто-кровянистым поносом за июнь—август в Детской клинике нашего института лежало 39 детей¹⁾. С резко выраженным бурным течением интоксикацией, характерным стулом и тяжелым общим состоянием было 19 детей и с явлениями только со стороны стула, без выраженных общих явлений, 20 детей. Из них 19 девочек и 20 мальчиков, возраст от 6 месяцев до 2 л. 5 м. С нормальным весом было 4 ребенка, с весом ниже нормы—33 и атрофиков—4. На общем столе было 33 ребенка, 5 детей кормилось грудью матери и 1 ребенок находился на смешанном кормлении. Дизентериеподобный понос у 35 детей был первичным заболеванием и только у 4 детей вторичным, после общей инфекции. Осложнения наблюдались: в 4-х случаях воспалением легких, в 2-х случаях гнойным заболеванием среднего уха, в 1 случае—воспалением прямой кишки и в 1 случае—парезом лицевого нерва. Из 39 случаев слизисто-кровянистого поноса 9 случаев окончились летально, т. е. процент смертности равняется 23,07%.

В первый день поступления в клинику ребенку со слизисто-кровянистым поносом очищался кишечник дачей большой дозы *ol. ricini* и назначался на сутки 10% рисовый отвар. Так как не все дети его сразу охотно пьют, то заботясь об сохранении воды организмом, нужное количество жидкости (по возрасту) добавлялось или белковой водой, или видоизмененным раствором *Heim-John'a*. На следующие сутки из лекарственных веществ в случае нужды назначалась касторовая эмульсия с висмутом, с прибавкой дезинфицирующих веществ и проводилась диета, предложенная еще в 1917 г. проф. В. К. Меньшиковым и всегда с большим успехом употребляемая в нашей клинике. Диета эта заключается в длительной даче отвара с творогом.

Сущность действия творога заключается в том, что белок молока является антагонистом брожения; вводя белки при чрезмерных процессах брожения мы достигаем изменения кишечной флоры, понижая процессы брожения и исключая их вредные продукты, мы тем самым достигаем изменения качества и количества испражнений. Употребляемый творог изготовлялся в молочной кухне клиники путем створаживания коровьего молока при помощи или лактобациллина (соединения *bas. acidii lactici* с *bas. bulgaricus*), или только одной молочной-кислой палочкой. Таким образом возможно, что приходится также считаться с воздействием на организм большого и молочнокислых бактерий. Творог употребляется из вскипяченного молока. У детей старше года его можно назначать *per se*, у маленьких же в виде смеси с рисовым отваром в пропорции двух столовых ложек на стакан рисового отвара.

При назначении этой диеты всегда высчитывалось необходимое количество калорий для данного ребенка, так как недоедание при слизисто-кровянистом поносе приносило бы вред и необходимо, чтобы ребенок питался в достаточном количестве, недостающее количество жидкости добавлялось белковой водой или видоизмененным раствором *Heim-John'a*. В тяжело протекавших случаях с явлениями интоксикации мы с успехом применяли также женское молоко, стимулирующее сопротивляемость организма ребенка, и назначали его независимо от возраста ребенка. Хорошо также действует в тяжелых случаях внутримышечное введение

¹⁾ Истор. бол. по технич. причинам опущены.

крови. При упорных поносах приходилось прибегать к вливанию под кожу физиологического раствора.

После получения к концу 1—2-й недели у больного ребенка оформленного стула мы осторожно переводили его на обычную диету, давая в самом начале белки в виде яичного белка, мелко изрубленной вареной говядины; постепенно переходили к углеводистой пище и позднее всего давали суп и молоко. Суп, содержащий экстрактивные вещества, часто обостряет течение болезни и скорее вызывает рецидивы, обычные и вообще при этом заболевании. В конце лета при появлении яблок мы довольно рано и охотно прибавляли к белковой диете пюре из сырых яблок, которое хорошо усваивалось и являлось желательным, как носитель витаминов.

У некоторых детей, больных слизисто-кровянистым поносом, приходилось наблюдать резкую анорексию, что сильно затрудняло проведение желательной диеты. Ввиду опасности голодания приходилось пробовать назначение других смесей, как, напр., подкисленное N/10 HCl коровье молоко, разбавленное Aq. calcis молоко и некоторые другие смеси, но ни при одной диете не получалось таких быстрых и хороших результатов, как при отваре с творогом.

В заключение мы позволили себе следующим образом резюмировать наши наблюдения.

1. Основной задачей при токсическом поносе является обезвреживание организма, достигаемое голодной диетой.
2. Для восстановления пропитывания тканей водой необходим достаточный подвоз жидкости, в виде видоизмененного раствора Heim-John'a или белковой воды.
3. Женское молоко, даваемое вначале снятым и холодным, является необходимым при лечении токсического поноса.
4. Одно женское молоко вследствие бедности солями не является достаточной пищей при токсическом поносе, а потому необходимо его комбинировать с пахтаем или подкисленным N/10 HCl молоком, которое хорошо усваивается.
5. Лечение слизисто-кровянистых поносов нужно проводить назначением достаточного количества пищи.
6. Как при легких, так и при токсических случаях получают хорошие результаты при назначении рисового отвара и творога.
7. Творог, вызывая в кишечнике процессы антагонистические брожению, изменяет флору кишечника и тем самым меняет качество и количество стула.

Спинно-мозговая анестезия по данным хирургического отделения Охлебнинской сельской больницы, Уфимского кантона.

Заведующего отд. **В. И. Варсобина.**

Участковому хирургу Башкирии посвящаю
свою работу.

За 40 лет спинно-мозговая анестезия сделала значительные успехи и является в данное время большим соперником общего наркоза. При со-

временном уровне наших знаний ни один хирург, применяя общий наркоз, не может быть уверенным в хорошем исходе. Эти опасности заставили хирургов искать новые пути, новые возможности и уделить больше внимания местной и спинно-мозг. анестезии.

В заведуемом нами хирургич. отделении с 28 г. по апрель месяц вк. 1920 г. под спинно-мозг. анестезией прооперировано 467 больных. В 27 случаях анестезия не действовала. Во время спинно-мозговой анестезии у больных, как известно, наступает паралич заднепроходного жома, поэтому кишечник накануне операции должен опорожняться соответствующим образом, чтобы избежать непроизвольного выделения кала, что могло бы повести к тягостным последствиям при операциях промежностных и влагалитчных. Накануне операции больным дается 25,0 касторки и после послабления 2 клизмы. Все же за указанное время было 10—12 случаев непроизвольного стула во время операции, когда средний медицинский персонал был недостаточно внимателен к операционной подготовке больных. Против применения наркотиков перед спинно-мозговой анестезией высказались Кайзер, Шюте, Дакс и др. Кайзер думает, что морфий, операционный шок и действие самой анестезии увеличивает возможность коллапса. Дакс находит, что морфий может дать паралич дыхания. На этом основании инъекция морфия перед операцией в отделении не производилась, хотя в первую половину 1928 г. при применении морфия дурных явлений мы не наблюдали. За полчаса до анестезии в количестве 1 кубика под кожу вводился 20% раствор кофеина, который является хорошим средством против серьезных центральных расстройств и препятствует падению кровяного давления, которое временами особенно проявляется при спин.-мозг. ан.

Найдя место вкола, хирург приставляет левый большой палец и по нему производит прокол кожи. Междужковые промежутки достаточно широки и при правильном направлении иглы успех обеспечен. Необходимо помнить, что чем выше место пункции, тем острее книзу угол, т.к. наклон остистых отростков, как известно, с повышением уровня делается все большим. Вытекание жидкости через иглу бывает или по каплям, или струей. Это зависит от высоты давления жидкости в спинно-мозг. канале. Истечение каплями может быть и в том случае, когда игла входит только своим кончиком в канал или при полном вхождении наблюдается закрытие просвета оболочками мозга. Для предотвращения этого необходимо осторожно подвигать иглу взад и вперед, и жидкость начинает идти хорошо. Мы выпускаем столько спинно-мозговой жидкости, сколько вводится анестезирующего раствора. Если истечение жидкости идет сильной струей, то выпускается больше.

Когда анестезирующий раствор впрыснут и игла извлечена, больной ложится. Под голову кладется подушка, а на лоб влажное полотенце (больные чувствуют себя бодрее). Тренделенбургское положение надо придавать медленно и обязательно с приподнятой головой, т.к. раствор при указанном положении, если и попадает в грудной кифоз, то отсюда меньше возможностей затекания его к продолговатому мозгу.

После инъекции анестезия наступала через 5—10 м. и длилась от 1—2 часов. Из анестезирующих средств, за исключением других, применяли только новокаин 10%, который вводили в количестве 0,3—1,5.

Под спинно мозговой анестезией мы оперировали детей с 7 л, и они прекрасно ее переносили. Многим старикам производилась анестезия без всяких осложнений.

Анестезия не применялась в случаях с повышенной возбудимостью нервной системы, при наличии септических очагов, болезненных изменений позвоночника, кифо-сколиоза.

В зависимости от рода операции уровень анестезии был различен.

На 467 больных нами за указанный период произведено 538 следующих операций:

Пересадка кожи по Тиршу 5, остеотомия 7, перевязка вены бедра при гангрене сам. 2, ампутации и вылущение 6, резекции суставов 4, расширение вен голени 4, грыжи 95, гастр-энтеростомоз 5, резекция кишки 2, хронич. аппендицит 200, расхождение прямых мышц живота 2, геморрой 17, рассечение заднего прох. 2, операции по поводу вып. пр. кишки 3, холецистэктомия 2, цистостомия 5, обрезание 1, водянка яичка, задерж. яичка 6, чревосечение выше пупка по разл. прич. 7, простатэктомия 4, перес. надпоч. по Дмитриеву 1, опер. на стенках влагалища и промежн. 28, ампутация шейки матки 3, исправл. полож. матки 26, вентрофикс. 11, опер. на яичниках и трубах 71, удаление матки 1 малое кесарск. сечение 15, трепанация кости 1, удаление яичка 1, костный шов 1.

На нашем материале смертный случай от спинно-мозг. анестезии был один.

Оперировалась 16-летняя девочка по поводу остеомиелита бедра. Доза 0,7—1,0% раствора новокаина между 3—4 поясн. позв. На операции больная стала жаловаться, что она задыхается. Бледность лица. Через некоторое время пульс стал падать. 1,0 20% соф. п. в. Самочувствие лучше, дыхание стало ровнее, пульс выравнился. К концу операции состояние ухудшилось. Инъекция 1,0 кофеина. Подкожно физиологический раствор. Через 40 минут известили, что пульс у больной нитевидный, больная задыхается. Через 5 минут смерть.

Здесь видно, что анестезирующий раствор не ограничился отрицательным действием на дыхательный центр, но парализовал вместе с тем и центр, регулирующий сердечную деятельность и вазомоторный центр.

Как видно из монографии Юдина, целый ряд ученых (Barthelemy, Wideröe, Dahlström, Юдин и др.) в своих экспериментальных работах допускают возможность попадания анестезирующих растворов в 4-й желудочек в силу ретроградных токов. Gerstenberg, Weinberg, Weingeldt и др. отрицают возможность обратных токов. Основываясь на данных эксперимента тех и других ученых, думается, что в силу каких-то конституциональных особенностей обратные токи все же у некоторых лиц наблюдаются, а это ведет при лумбальной анестезии к неприятым бульбарным явлениям.

Легкие осложнения наблюдались нами не более, чем в 3% (тошнота, однократная, двукратная рвота, бледность) и все это быстро проходило. На данные явления смотрим, как на сигнализацию в возможности развития бульбарных явлений, и поэтому впрыскивается 1,0 20% кофеина.

Температура после спинно-мозговой анестезии обычно поднималась к вечеру и доходила до 38—38,5°, держась в течение двух, редко трех дней. В некоторых случаях наблюдался озноб. В 45% повышение t° не наблюдалось. Проф. Губарев, Юдин, Leiner, Weisner и др. ва-

дят в этом реакцию со стороны мозговых оболочек на введенный раствор, не отрицают и возможности попадания некоторого количества микробов в люмбальный канал.

Из последствий спинно-мозг. ан. следует отметить головные боли. Lindenstein на 500 случаев новокаиновой ан. отметил 100 случаев головных болей. Henking на 160 ан. 23 случая. Юдин в своей монографии указывает, что все алкалоиды дают головные боли в одинаковой мере.

Головные боли, по мнению Bier'a, Borzeka, Teatherstone, Bagusch'a, Kaiser'a и др., происходят от того, что игла, в особенности тупая и толстая, оставляет отверстие в мозговых оболочках, через которое происходит вытекание спинно-мозговой жидкости в рыхлую клетку *sacum epidurale*, а отсюда происходит нарушение давления и кровообращения внутри канала, а также и в самих оболочках, что и вызывает головные боли.

Krönia, Gaus, Томашевский и др. находят, что головные боли происходят от повышенного давления в спинно-мозг. канале. На почве потери жидкости происходит гиперемия *ex vaso*, вслед за этим развивается трансудация, что приводит к повышению давления, а отсюда и к головным болям. Hosemann, Münchmeier и др. утверждают, что при развившихся головных болях давление в спинно-мозг. канале было резко понижено или отрицательным. Повторные пункции у них давали возрастание головных болей.

При производстве анестезии на нашем материале толстой иглой, головные боли наблюдались в 60%, а при производстве тонкой в 10%, причем они были самыми незначительными и сами по себе скоро проходили. Münchmeier, Hosemann, Юдин и др. для купирования головных болей вливали под кожу физиологический раствор с хорошими результатами. Вливание солевого раствора под кожу мы не производили. Мы наблюдали 20 случаев значительных головных болей со рвотой (при применении толстой иглы в 1928 г.), которые в 12 случаях исчезли через 3—4 часа при внутривенном введении дистиллир. воды по 1,0—2,0, в 5 случаях приходилось через 6—8 часов производить вторичные вливания, повышая дозу до 3,0—4,0. В 3-х случаях за день—два до выписки—появились снова, но в меньшей мере и при вливании исчезли снова.

После спинно-мозговой анестезии можно еще отметить расстройство мочеиспускания, каковое наблюдается или в первый, или во второй день после операции.

Кроме операции на промежности и моч. пузыре мы наблюдали 2 случая задержки мочеиспускания при операциях на нижней конечности, когда перемена положения и лекарства не дали успеха и приходилось прибегать к катетеризации.

На печени и почках на нашем материале не было отмечено дурного влияния спинно-мозг. анестезии. Спинно-мозг. ан. показана при поражении легких и имеет преимущество как перед эфиром, так и перед хлороформом. Пневмонией наши больные заболели в ничтожном количестве, в большем—имели место послеоперационные бронхиты. Такие явления отмечались и при производстве операций под местной анестезией.

Нервных расстройств системного характера у нас не наблюдалось.

Из 27—в 5 случаях наблюдалось истечение из иглы крови вместе со спинальной жидкостью; в этих случаях игла ранила вены эпидураль-

ного пространства и при проколе *dura mater* таковая затекала в спинно-мозговой канал.

В своей монографии Юдин пишет: "...чем объяснить себе какую-то совершенно необъяснимую невосприимчивость корешкову некоторых единичных субъектов, у которых раствор алкалоида, вылитый прямо на корешки, не дает никакого эффекта. Ведь в таком случае эти больные не могут оперироваться и под местной анестезией, т.к. при тканевой инъекции их нервы должны никак не реагировать". Мы склонны думать, что целый ряд неудач при люмбальной анэст. зависят от химического состава спинно-мозговой жидкости.

Перед введением анестезирующего раствора в люмбальный канал, мы изучали реакцию жидкости посредством лакмусовой бумажки. В абсолютном большинстве случаев, реакция была слабо щелочной, в ничтожном—нейтральной, в 15 случаях—щелочной. В первых двух случаях анестезия наступала, в последнем-же нет.

Щелочность люмбальной жидкости нейтрализовала новокаин и анестезия, конечно, была невозможной. При применении этого же самого анестезирующего раствора на других б х—обезболивание наступало. В доступной для нас литературе такого объяснения нами, однако, не найдено. В остальных случаях довольно трудно дать объяснение, но, очевидно, при надевании шприца игла сходит со своего места и раствор попадает в эпидуральное пространство, в особенности, если больной сидит недостаточно спокойно. В некоторых случаях игла ранит вены эпидурального пространства и при извлечении ее через отверстие в *dura mater* затекает кровь в спинно-мозговой канал, нейтрализуя анестезирующее вещество.

В 11 случаях при затянувшихся операциях пришлось дать наркоз. В сельской обстановке, где ощущается значительный недостаток в штате, где порой по тем или иным причинам нет опытного наркотизатора, а местная анестезия требует значительных затрат времени для своего производства, люмбальная анестезия в умелых руках является ближайшим другом сельского хирурга.

Не подлежит никакому сомнению, что спинно-мозг. анестезия в сравнении с общим наркозом мало отражается на сознании и самочувствии больных, что еще больше привлекает сельского врача в его повседневной и чрезвычайно нервной и тяжелой работе.

Литература: 1. Юдин. Спинно-мозг. анэст.—2. Journal de chirurgie. Deniker. La Rachianesthésie. Tome XXXII № 4 1928—3. Попов. Д. Д. и Петерсон. К вопросу о спинно-мозг. анэст. Врач. газ. за 1910 г.—4. Хазарадзе. К вопросу о люмбальной анэст. Нов. хир. арх. № 52 за 1927 г.—5. Местное обезболивание в хирургии. Шаак и Андреев.—6. Дитерихс М. М. Последопер. период 1924 г.—7. Гольдман. Д. Г. Опыт применения пилокарпина при послеоперац. задержке мочеиспускания, Нов. хир. арх. № 48 за 1927 г.

Из Факультетской хирургической клиники Днепропетровского мед. института.
(Директор проф. А. А. Абражанов).

К вопросу об инородных телах мочевого пузыря.

Д-ра С. З. Медведовского.

Инородные тела в мочевом пузыре встречаются и у мужчин, и у женщин, чаще у последних. Проникают они двумя путями: I-й через уретру, II-й через стенку пузыря (огнестрельное ранение пузыря, оперативные вмешательства на пузыре и на соседних органах с последующим прониканием инородного тела в мочевой пузырь). Оставляя в стороне вопрос о проникании инородного тела через стенку пузыря, остановлюсь на возможности проникновения инородных тел через уретру.

Просматривая литературу по этому вопросу, можно установить, что инородные тела проникают через уретру в пузырь в 50% всех случаев инородных тел последнего. Такой большой процент объясняется многими причинами. Психическое состояние больного, качество применяемых инструментов (катетеры, бужи и т. д.), квалификация медицинского персонала, производящего манипуляцию, вот те основные моменты, которые играют не малую роль в механизме проникания инородных тел в мочевой пузырь. Насколько необходимо хорошее качество употребляемых инструментов и не менее хорошая подготовка медицинского персонала, легко удостоверяет приводимый ниже, наблюдавшийся нами случай.

Больной Д. В. П-ков, 49 лет. Рабочий. Переведен из кожно-венерической клиники мед. ин-та в Факультетск. хирургическую клинику с жалобами на резкую боль при мочеиспускании, на присутствие крови и гноя в моче и на высокую температуру.

5/XI—30 г. больной был принят в Инфекционную больницу по поводу рожни лица. 6/XI вечером 6-ной был катетеризован по поводу задержки мочи. По словам 6-ного сестра вводила катетер винтообразными движениями. Попытки к выведению мочи продолжались минут 15—20, моча не отходила, после чего катетер был удален, причем в руках сестры осталась небольшая часть его. В последующие дни моча выводилась катетером, причем больной все время ощущал боль в области пузыря. В моче примесь крови. 8/XI была дважды попытка удалить оставшуюся часть катетера инструментальным путем (литотриптор). Попытки не увенчались успехом. 11/XI 6-ной перевезен в Кожно-венерич. клинику Д. М. И., где была произведена цистоскопия с попыткой удалить катетер из пузыря, но без успеха. 21/XI 6-ной переведен в Фак. хир. клинику. Общее состояние больного тяжелое. Температура 40°. 6-ной мочится кровью с гноем. Промывание пузыря раствором *kalii burreth*. Исследование мочи: удельный вес 1025. Реакция на кровь и белок положительна. В осадке неизменные и выщелоченные эритроциты и лейкоциты в большом количестве. Много клеток мочевых путей.

22/XI операция (I момент) под местной анестезией 1/2% *sol. novocain*. Типичный разрез кожи при *sectio alta*. Передняя стенка пузыря подшита к ране (мышцам и апоневрозу). В последнюю введен тампон. С 23/XI по 28/XI общее состояние 6-ного значительно лучше. Температура 37,1—37,5. Ежедневное промывание пузыря раствором *kalii burreth*. Боли при мочеиспускании уменьшились.

28/XI. Операция (II момент). Под кожу введено 1,5 1% *sol. morph. nigr.* Вскрыт пузырь, из которого удалены 3 отдельных куска резинового катетера. Общее протяжение удаленных кусков 22 см. В полость пузыря введена дренажная трубка. Постоянный катетер.

С 29/XI до 7/XII общее состояние больного хорошее. Моча выводится через дренажную трубку и катетер в достаточном количестве. Примеси крови и гноя не отмечается. 8/XII. Дренажная трубка удалена. При исследовании мочи: реакция на белок—слабо-положительна. Кровь—отрицательна. В осадке: 30—40 лейкоци-

тов в каждом поле зрения. Много клеток мочевых путей. 11/XII. Удален катетер. 22/XII. Больной выписан с зажившей раной. Мочеиспускание свободно и безболезненно.

Особенности этого случая заключаются в слабой медицинской подготовке сестры, вводящей катетер винтообразными движениями, и плохое состояние катетера.

Другая группа случаев инородных тел пузыря не менее многочисленна и разнообразна, в ней главную роль играет психика больного: пьяные, душевно-больные, истерики, в пузыре которых находили различные предметы (камешки, гвозди и т. д.). Больные с задержкой мочи, выпускавшие последнюю с помощью травяного стебля (случай Кнеплера). И, наконец, группа мастурбантов с эротической целью вводящих в мочевой пузырь различные предметы (карандаши, булавки, свечи и т. д.). Ниже приводимый случай ярко рисует изощренность мастурбантов, достойную удивления.

А. Ф. Б-к, 30 лет. Сапожник. Поступил в Фак. хир. клинику Д. М. И. 5/IX—1928 г. с жалобами на затрудненное мочеиспускание. По словам больного 2 месяца тому назад он вставил себе в мочеиспускательный канал детскую соску (с целью онанизма) и продвинул ее далеко. Вынуть соску обратно больному не удалось. Со стороны внутренних органов—N. Макроскопически моча чиста. Per rectum в области простаты прощупывается какое-то продолговатое тело.

20/IX. Операция (1 момент) под местной анестезией $1/2\%$ sol. novocain. Разрез кожи 8—10 см. длиной над лобком по средней линии живота. Передняя стенка мочевого пузыря подшита к краям операционной раны. В последнюю введен тампон. С 21/IX по 26/IX общее состояние удовлетворительное. 27/IX операция (II момент) под местной анестезией $1/2\%$ sol. novocain. Вскрыт пузырь. Пещость пузыря небольшая. В передне-нижнем отделе с трудом удается выделить инородное тело, покрытое мочевыми солями и оказавшееся детской соской. Наложены съемные швы по Разумовскому. Послеоперационное течение осложнилось расхождением швов, наложенных на пузырь. Введена дренажная трубка и постоянный катетер. 13/XII больной выписан для амбулаторного лечения с небольшой грануляционной поверхностью. Мочеиспускание свободно и безболезненно.

Интерес данного случая заключается в том, что больному удалось продвинуть объемистое тело через уретру, растянув последнюю довольно сильно.

Симптоматология инородного тела мочевого пузыря по картине своей напоминает камни пузыря. Кровотечение, затруднение мочеиспускания, явления цистита, повышенная температура, пиурия и боль—компоненты клинической картины инородного тела пузыря. Присоединившаяся инфекция значительно осложняет клиническое течение. Диагностика инородного тела пузыря базируется, кроме анамнестических данных, на исследовании через прямую кишку и влагалище. Часто применяются и рентг. лучи, не всегда дающие положительный ответ. Наилучшим и наиболее верным диагностическим методом является цистоскопия, переходящая одновременно в подходящих случаях в метод лечебный.

Переходя к лечению следует установить два метода удаления инородных тел из мочевого пузыря. Первый заключается в некровавом, второй в кровавом способе. Некровавый или инструментальный способ заключается в удалении инородного тела из мочевого пузыря через уретру приборами Kocher'a, Collin'a, Mercieur, литотриптором и т. д. Теневая сторона инструментального способа—это манипуляция в темную, без контроля глаз. Лишь изобретение операционного цистоскопа устранило неудобство и дало возможность свободно манипулировать в полости мочевого пузыря. Противопоказанием к применению инструментов, несомненно, служат случаи инфицированные (возможность

ранения стенки пузыря не совсем безразлична для больного, порой сильно истощенного). В приводимом нами случае была применена несколько раз попытка извлечь инородное тело (катетер) инструментами. Попытки не увенчались успехом, но состояние больного, несомненно, от этих попыток ухудшилось. Б-ной указывал, что хуже себя почувствовал после применения инструментов. Кровотечение усилилось, появилась ясная примесь гноя в моче. Таким образом и наши наблюдения подтверждает мнение, что инфицированные случаи не следует пытаться лечить инструментальным способом.

Другой путь лечения инородного тела мочевого пузыря—это кровавый. Промежностный способ оставлен вследствие недоступности осмотра мочевого пузыря, и это неудобство устранено высоким сечением пузыря, когда вскрытый пузырь может быть легко осмотрен. Последний метод был применен для лечения приводимых нами случаев. Высокое сечение пузыря производилось нами двухмоментно. Первый момент состоял в подшивании 4-мя швами передней стенки пузыря к краям операционной раны. Второй момент производился через 6—8 дней и состоял во вскрытии пузыря и удалении инородного тела. В промежутке между I и II моментом передняя стенка пузыря успевала спаиваться с окружающими тканями и тем самым устранялась возможность инфекции предпузырной клетчатки при производстве II момента операции. При одномоментном высоком сечении пузыря тяжелое состояние больного может еще более ухудшиться благодаря затеканию инфицированной мочи в предпузырное пространство. Кроме того, промежуток между двумя моментами операции нами использовывался для промываний пузыря, что также приносило облегчение больному (падение температуры, уменьшение болей) и улучшался качественный состав выводимой мочи. Таким образом, двухмоментный метод оперирования мы считаем наиболее выгодным, несмотря на несколько отдаляющийся момент удаления инородного тела из мочевого пузыря.

В заключение на основании литературных данных и наших наблюдений следует указать на следующее:

1. Свежие (не инфицированные) случаи инородного тела мочевого пузыря могут быть лечимы инструментальным способом, причем идеальным из них будет применение операционного цистоскопа.
2. Инфицированные случаи должны подвергаться исключительно оперативному лечению—*sectio alta*.
3. Оперировать наиболее выгодно двухмоментным способом.

Литература: 1) Белкин Л. М. Днепр. медицинский журнал, № 11—12, 1926 г.—2) Кнеплер А. Т. Врачебная газета, № 4, 1927 г.—3) Захаров Е. М. Врачебная газета, № 7, 1927 г.—4) Готлиб Я. Г. Урология № 4, 1924 г.—5) Самсонова Ф. Б. Русский вест. дермат., № 5, 1927 г.—6) Гельфер П. И. Урология, 1927 г., № 2.—7) Akira Fakahashi. Journal d'Urologie, 1927 г. по реф. в Рус. вест. дермат., № 1, 1929 г.—8) Проф. Тим.—Заболевания от несчастных случаев. Том II, часть II, 1915 г.—9) F. Legueu et E. Michon. Maladies de la vessie et du penis. Nouveau traité de chirurgie. Paris, 1912.

Из Госпит. хир. клиники Днепропетровского мединститута (директор — проф. Я. О. Гальперн).

Саркома костей и травма.

Д-ра Д. С. Клебанова.

Из 6—7 сарком костей одна всегда связана с более или менее значительной травмой. Естественно, что это обстоятельство не ускользнуло от внимания наблюдательных врачей и вопрос о роли травмы в этиологии опухолей со дня изучения проблемы злокачественных опухолей до наших дней стоит в центре внимания врачебной научной мысли. На съездах и конференциях, посвященных вопросам онкологии, вопросу травмы отводится почетное место. Первым программным вопросом на состоявшейся в Дрездене 11—13 июня 1930 года Конференции Германского комитета по изучению злокачественных опухолей был „Травма и образование опухолей“. При рассмотрении этого вопроса нужно отдельно говорить о хронических, повторяющихся в течение продолжительного времени травмах и отдельно об однократных. При первых, по мнению докладчика по указанному вопросу проф. *Werner*'а этиологическая роль травмы, как на основании точных клинических наблюдений, так и эксперимента, может считаться доказанной.

Что же касается значения однократной травмы в образовании злокачественной опухоли, в частности саркомы, то здесь дело обстоит иначе. Ряд авторов, как клиницистов, так и патолого-анатомов (*Askergran* и *Orth, Lubarsch*) чрезвычайно скептически относятся к этиологической роли травмы в возникновении опухолей, указывая на то:

1) что экспериментально никому не удалось еще вызвать образование злокачественной опухоли посредством однократной травмы;

2) что нужно исходить не из того положения, какому количеству сарком предшествуют травмы, а какое количество травм сопровождается образованием сарком; указанные авторы считают, что это число очень незначительно и что если бы травма костей была бы этиологическим моментом в образовании сарком—последняя война должна была бы вызвать эпидемию сарком костей;

3) что преимущественное поражение саркомой трубчатых костей следует приписать не тому, что эти кости чаще подвергаются травме, а избирательной локализации, присущей всем видам опухолей;

4) что анамнестические данные о предшествовавшей травме очень часто вытекают из свойственного больным желанием связать свое заболевание с какой-нибудь причиной и

5) что анатомически никаких следов после травматических изменений (гематом и проч.) при саркомах костей никогда обнаружено не было.

Поэтому, указанные авторы полагают, что если на сегодняшний день мы не можем исключить связи между травмой и саркомой, то это не значит еще, что такая связи существует. По их мнению, перелом, например, является часто следствием саркомы, а не причиной ее. Несмотря на то, что наши знания на сегодняшний день не дают нам права опровергнуть указанные выше положения, говорящие об отсутствии всякой связи между травмой и возникновением опухолей (сарком) костей, боль-

шинство авторов все же склонно в настоящее время признать, что травма играет несомненно очень важную этиологическую роль в происхождении опухолей, но что считать ее доказанной можно лишь тогда, когда налицо имеется совокупность следующих условий (Thiem, Sauerbuch):

1) Опухоль возникает на месте, подвергшемся непосредственно травме, 2) травма доказана объективными данными (гематомы, переломы и пр.) и отличалась известной силой, 3) травме подверглась неповрежденная до того часть тела и 4) между травмой и возникновением опухоли прошел определенный промежуток времени (от 1 м-ца до 2-х лет).

Объясняется указанное выше обстоятельство признания большинством авторов за травмой этиологической роли тем, что часто связь между травмой и возникновением опухоли до того несомненна, что не считается с нею или же считать ее простым совпадением—значило бы делать некоторое насилие над объективным подходом в оценке этих случаев.

В литературе имеется описание значительного числа таких случаев, когда у совершенно до того здоровых людей на месте, подвергшемся значительной травме, через 2—6 м-цев возникает саркома. Filisberg приводит случай образования несколько раз рецидивировавшей саркомы на рубце после ранения осколком гранаты, причем в центре удаленной опухоли находился этот осколок. Vencke и Stieda описывают случай развития саркомы лобной кости непосредственно вслед за травмой у 10-летнего ребенка сначала на одной стороне, а через 3¼ года—на другой, вслед за новой травмой. Оба раза—выздоровление после радикального вмешательства. Проф. Troell приводит 13 случаев сарком трубчатых костей, по поводу которых больными, связывавшими свое заболевание с той или иной травмой при исполнении своих трудовых обязанностей, предъявлены были иски к Шведским органам социального страхования. В 7 из этих случаев, после соответствующих заключений экспертов в лице проф. Hedgen'a, Troell'a, Askerthap'a, иски были признаны подлежащими удовлетворению, так как связь между предшествовавшей травмой и возникновением опухоли была очевидна.

Мы разрешаем себе привести случай, наблюдавшийся нами в нашей клинике, где образование саркомы бедра также может быть поставлено в связь с предшествовавшей травмой. Приводим вкратце историю болезни.

15 января 1930 года в Госпит. хирург. клинику поступил больной П. с резкими болями в области левого коленного сустава. 11 декабря 1929 года больной, сходя с трамвая, поскользнулся, упал и ударил левое колено о подножку трамвая. 3 недели больной лежал дома в постели, испытывая значительные боли на месте ушиба, затем с уменьшением болей стал передвигаться по комнате с помощью костылей. 15 января 1930 года снова поскользнулся, упал и сразу почувствовал резкую боль на месте старого ушиба, не мог встать, даже двинуть ногой. Каретой скорой помощи доставлен в Госпит. хир. клинику.

Больной хилого телосложения, астеник. Покровы тела бледны, подкожный жировой слой развит слабо. Несмотря на то, что нога в шине, забинтована, не перестает кричать. Область левого коленного сустава деформирована, значительно припухла. Нога вся отведена и согнута в коленном суставе под углом в 120°. Активные движения в коленном суставе полностью отсутствуют; попытка проверить пассивные движения и вообще дотрагивание до области колена вызывает у больного резкую боль. Укорочения ноги почти нет. Произведена рентгенография, которая установила наличие у больного перелома левого бедра по эпифизарной линии (дистальной) с небольшим смещением центр. обломка вперед. Больному было устроено вытяжение, дважды рентгеном проверено стояние отломков и констатировано хорошее образование мозоли. 8-го марта больной на костылях выписан в удовлетворительном состоянии со сросшимся переломом домой. После месячного пребывания на курорте больной с 15 мая мог уже ходить без помощи палки и начал работать.

Полгода больной ни на что не жаловался и чувствовал себя вполне здоровым и работоспособным. 11-го ноября 1930 года неожиданно почувствовал боль в левом

коленном суставе, которая все прогрессировала. Температура по вечерам повышалась до 38°. Больше м-ца больной лечился дома компрессами и порошками, но 26-го декабря того же года вынужден был опять обратиться к нам в клинику. При осмотре больного обнаружено: область левого коленного сустава припухла, кожа не изменена, но мало подвижна. Сгибание в суставе несколько болезненно и ограничено (90°). Разгибание также не полное. Во время ходьбы больной заметно прихрамывает. Рентгенография 28/XII 30 г. области сустава показала следующее: оба мыщелка бедра в стадии резкой костной атрофии. Передняя поверхность неровна, изъедена, местами совсем прерывается и около нее в полости сустава (между мыщелком и надколенником) вялые, костные бесформенные тени. Так как рентгенография не опровергла полностью направившейся клинической картиной мысли о возможности начала развития у больного, отягощенного туберкулезной наследственностью, процесса в суставе, больной уложен в гипсовом тюроте в кровать и взят под наблюдение. Дальнейший осмотр больного в феврале 1931 г. обнаружил, что опухоль, занимающая область сустава, не только не имеет тенденции к уменьшению, но наоборот, увеличивается, захватывая мягкие ткани передней и боковых поверхностей граничащих участков бедра и голени. Опухоль плотной консистенции, кожа в области колена блестит, движения в суставе еще более ограничены, но не болезненны. По ночам иногда боли в области опухоли. Рентгенография сустава показала следующее: межсуставная щель хорошо выявлена, не сужена. Межсуставные поверхности за исключением наружно-нижнего угла тоже ясно выражены. Весь наружный мыщелок бедра неравномерно остеопорозирован, причем некоторые места имеют вид дефекта с подрытыми краями. Контуры наружного мыщелка неровны, но ясны, в нескольких местах совсем прерываются (например, в ниже-переднем отделе латеральной поверхности, а в верхнем отделе того-же мыщелка—изъеденный, расплавленный с маленькими, костными, кромкаватыми массами). Между надколенником и суставной поверхностью бедра диастаз в 3 см. (за счет разрастания). С задней стороны на месте бывшего перелома неправильные перистальные наслоения. Диагноз: остеогенная саркома (д-р Н. Д. Мошков). Больному сделана ампутация на границе средней и верхней трети бедра. Послеоперационное течение гладкое. Со дня операции прошло 9 м-цев, в течение которых больной чувствует себя удовлетворительно.

Микроскопическое исследование опухоли, произведенное ст. ас. Каф. пат.-анат. д-ром Куряевым, показало между прочим следующее: „По ходу сосудов разрастание большого колич. полиморфн. клеток с неправильными митозами. Диагноз: полиморфная саркома“.

То обстоятельство, что у нашего больного саркома образовалась на месте, непосредственно подвергшемся действию значительной травмы—перелому, что между травмой и первыми жалобами б-го прошло 10 м-цев, в течение которых больной чувствовал себя вполне излеченным и работоспособным, что до травмы никаких симптомов какого бы то ни было заболевания левой ноги у б-го не было, позволяет нам поставить образование саркомы бедра у нашего больного в связь с предшествовавшей травмой. В чем именно заключается этиологическая роль травмы пока еще не выяснено. По мнению проф. Wegner'a „дело объясняется вероятнее всего изменением клеточного обмена под влиянием травмы вследствие расстройства питания клеток, причем последние делаются более независимыми от физиологических тормозов его (роста) и это свойство клеток сохраняется ими унаследованными при дальнейшем делении их“ (цитир. по М. И. Лифицу).

Резюмируя все сказанное, можно сделать следующее заключение: научного подтверждения того, что однократная травма сама по себе может вызвать образование злокачественной опухоли не имеется. Но возможность того, что травма при наличии неизвестных еще эндогенных факторов является стимулом к началу роста опухоли, доказана целым рядом наблюдений, к которым мы относим и приведенное выше наше.

Из Наченальской уч. б-цы, Чамзинск. р. Мордов. автоном. области.

Осумковывающий перитонит.

Врача А. Е. Алеева.

(С 2 рис.)

В основу настоящей работы положены два бывшие под моим наблюдением случая осумковывающего перитонита. И тот, и другой оперированы по поводу неполной непроходимости кишечника. В одном случае причиной развития явлений непроходимости предположена была кишечная инвагинация, в другом—опухоль слепой кишки. Истинная причина страдания была установлена лишь только после чревосечения. Исключительный клинический и патолого-анатомический интерес одного из представленных здесь случаев заставляет меня более подробно остановиться на вопросе диагностики страдания, что постараюсь выполнить вслед за описанием своих случаев.

Первый из них под наблюдением был в 1929 г. 25/VI в завед. мною Наченаль. б-цу направлена одним из соседних участков для оперативного лечения кр-ка К—щкина Дарья, 18 лет; больная заявила, что у ней, почти 3 года назад, начались боли в животе и рвота. Эти болезненные явления чаще всего возникали после физических напряжений, а иногда вслед за приемом грубой пищи; боли схваткообразные, кратковременные; после рвоты их сила несколько ослабевает; в рвотных массах крови никогда не было; кишечных кровотечений и кала, окрашенного в черный цвет не наблюдала; стул переменный, чаще запоры. Настоящему заболеванию какие-либо острые болезни органов пищеварения не предшествовали. Ово развилось как бы самостоятельно; в детстве, как передают родственники; тяжелых болезней не переносила и добавляет, что девица всегда была здорова, здорово и все семейство. Больная с 12 лет работает в поле; не так много работает последние 2 месяца, т. к. приступы рвоты и болей участились. За все время болезни было несколько (точно не помнит) очень тяжелых приступов страдания, т. ч. б-ная по 5—6 дней оставалась в постели.

Исследование показало: б-ная среднего роста, как девица вполне развитая, физически сложена правильно; окраска кожи и слизистых N, подкожный жировой слой выражен очень хорошо. Внутренние органы: легкие и сердце N; мочеполовая система N. В брюшной полости пальпацией обнаружена вытянутая в длину опухоль; ее поверхность гладкая; опухоль легко-подвижна (смещается во всех направлениях), неболезненна, эластична; веркуторный звук над ней тупо-тимпанический. Контурируется не отчетливо, хотя можно было установить, что она занимает косое положение—сверху-слева от белой линии пальца на 3—4 выше пупка взиз-вправо; контуры ее тянутся в правой подвздошной области. Исследованием через прямую кишку исключена связь этой опухоли с внутренними половыми частями.

Дооперационный период длился 6 дней. В это время мы старались, как можно подробнее, разобраться в клинической картине. Т⁰ тела—N; стул 3 раза (в 6 дней) жидкий, без крови, окрашен нормально; сильных приступов болей не наблюдалось, рвоты не было. Опухоль несколько раз пальпирована. На высоте кишечного пищеварения она казалась более напряженной; слышалось урчание; перистальтирующих кишечных петель не видно.

Обнаруженная в брюшной полости вытянутая в длину, очень подвижная опухоль, схваткообразные боли в животе, чаще всего в связи с физическим напряжением (влияние внутреннего давления?), почти три года болезни—этого было достаточно, чтобы в данном случае остановиться на диагнозе хронической кишечной инвагинации.

Операция 2/VII. Новокаиин + эфирный наркоз. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии. В операционную рану извлечена опухоль, правильно веретенообразной формы (сх. № 1), образованная за счет всей массы тонкого кишечника, отдельные петли которого просвечивают через тончайшие, блестящие участки капсулы, представляющей собою как бы мешок, в полость которого и заключен весь

тонкий кишечник. В брюшной полости нет ни одной петли тонкого кишечника; саленника также нет. Желудок и толстые кишки—N. Дальнейшее обследование „кишечной опухоли“ показало: скользя пальцами по ее передней поверхности, а также по боковым стенкам, по направлению к желудку и обратно к слепой кишке, можно было установить, что ее верхний полюс достигает *plicae duodeno-jejunalis*, что на высоте этой складки размер ее окружности лишь немногим превышает окружность брыжжеечной кишки; противоположный полюс сливается с началом слепой кишки. Наибольший диаметр обследуемого патологического образования, в его средней части, достигает всего лишь 8—9 сант., а длина от *plicae duod. jejunal.* до слепой кишки—30—35 сант. Срединная линия задней поверхности „кишечной опухоли“—есть линия прикрепления ее к корню брыжжейки (фигура птичьего гребешка). В толще корня брыжжейки видны пульсирующие сосуды (сх. № 2).

В пристеночной брюшине никаких болезненных изменений не обнаружено.

Интимная связь капсулы с кишечником на протяжении до 3 лет рассмотрена как фактор, противопоказующий все манипуляции с целью освобождения кишечника из его очень тесной камеры. Капсула, как плацента, содержала в себе массу капилляров, питающих кишечник, и благодаря этому снять капсулу мы не решились и приступили к закрытию раны брюшной стенки. В послеоперационном периоде с какими-либо осложнениями дела иметь не пришлось. На девятый день сняты швы, и больная выписана с хорошо зажившей раной брюшной стенки.

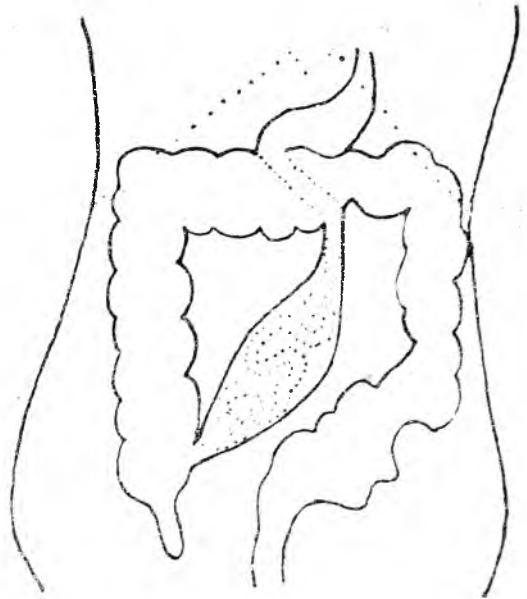


Схема № 1.



Схема № 2.

Случай 2-ой. Больная Ви-ва Фекла, 26 лет, поступила 5/VI 31 г. из соседней уч. б-цы для повторного оперативного лечения по поводу сильных схваткообразных болей в животе. Первая операция произведена в одной из городских б-ц несколько месяцев назад по поводу хронической (как видно из анамнеза) кишечной непроходимости.

Осмотром установлено: больная крайне истощена, кожа и слизистые резко бледны, подкожный жировой слой атрофирован. Органы грудной клетки: деятельность сердца учащена, тоны глухие; в легких явления хронического катарра верх-

них долей с ослабленным дыханием. Живот несколько вздут, напряжен, болезнен, особенно в правой подвздошной области, где напряжение брюшной стенки более сильное. В области слепой кишки прощупывается плотно эластическая, неясно контурируемая опухоль. Механическое, через брюшную стенку, раздражение кишечника вызывает ряд перистальтических волн с бурным передвижением содержимого кишечника. Сильную перистальтическую волну дает конечная петля подвздошной кишки. Схваткообразные боли,—основной симптом страдания,—появля-

ются как при физическом напряжении, так и на высоте кишечного пищеварения. Иногда, во время кишечных болей появляется рвота. Крови ни в содержимом кишечника, ни в рвотных массах не было. Аппетит нарушен. Стул диспептический. Болезнь длится несколько месяцев. Было несколько тяжелых приступов с постоянной рвотой, сильнейшими болями в животе; по 3—4 дня не было стула и отхождений газов. До операции б-ная была под наблюдением 10 дней, получая ежедневно сердечные фармацевтические средства. Дважды произведено исследование мочи. Оба раза в моче обнаружен ацетон. Т^о субфебрильная—несколько ослабленное дыхание в правой нижней доле легкого. Здесь мы остановились на диагнозе опухоли слепой кишки (данные пальпации), сузившей просвет ее, благодаря чему и задерживается (наиболее мощная перистальтика конечной подвздошной петли) эвакуация содержимого кишечника в дистальный отдел тонких кишек. Предположена операция наложения анастомоза между подвздошной кишкой и поперечно-ободочной, как наиболее легкая операция. 17/VI операция. Обезболивание местное; дополнительно эфирный наркоз. Овальным разрезом иссечен старый операционный рубец по средней линии ниже пупка. По вскрытии брюшной полости оказалось: петли тонкого кишечника в средней части живота, на уровне пупка, нежно спаяны между собой (как будто бы покрыты нежной паутинкой). В верхней части живота кишечные петли связаны между собой более мощными, широкими спайками, подвздошные кишки спаяны в два клубка, причем конечная подвздошная петля висит на крепком перитонеальном тяже, тянущемся от передней брюшной стенки к внутренне-боковой стенке слепой кишки; кроме того эта петля подтягивается крепкими спайками к задней брюшной стенке. Вот эти тяжи и спайки и были в данном случае причиной самых сильных болей в животе. Все тяжи и спайки резецированы. Слепая кишка связана широкими спайками как с тонким кишечником, так и с передне-боковой стенкой живота. Дальнейшее оперирование в брюшной полости было прекращено из-за развившегося у б-ной коллапса. Глухой шов на рану брюшной стенки. Послеоперационный период протекал при явлениях сильной сердечной слабости. В первый день после операции в моче снова обнаружен ацетон. На 10 день сняты кожные швы. Рана зажила первичным натяжением. В послеоперационном периоде болей в животе не было. Больная выписалась в удовл. состоянии. Через два месяца она показала нам. Чувствует себя лучше. Сильных болей нет. Прибыла в весе. Живот несколько мягче, но болезнен. правда меньше, чем до операции. Обнаружены перистальтирующие волны в области пупка; рвоты нет; стул переменный.

Если патолого-анатомические изменения, обнаруженные у второй нашей больной, представляются обычными для случаев осумковывающего перитонита, в первом случае мы встретились с очень сложным п. а. субстратом, Точно также и клиническая картина случая представляет высокий теоретический и практический интерес. Здесь прежде всего бросается в глаза несоответствие между общим статусом больной, данными анамнеза и субъективно-объективного исследования, с одной стороны, патолого-анатомическими изменениями, с другой. Это несоответствие—основная черта случая. Весь тонкий кишечник оказался заключенным в очень тесную по своему объему камеру, что должно было бы вызвать серьезные расстройства его функции. Наличие широких участков утолщения капсулы говорит за давность процесса. В то же время питание б-ной не нарушено, подкожный жировой слой выражен очень хорошо, окраска кожи и слизистых N.; общий статус больной—статус совершенно здорового человека.

Полная противоположность—второй случай, Больная резко истощена. Ее кишечник не спрессован, как это имеет место в первом случае, и функционально—он в более выгодных условиях. Думая, что истощение зависит от какого-либо злокачественного заболевания кишечника, мы в дальнейшем вынуждены были это отрицать, так как sub operatione болезненных изменений в органах пищеварения не обнаружено. А те из-

менения, которые физикальным исследованием обнаружены в легких, не настолько глубокие, чтобы вызвать сильнейший упадок питания. В конце концов, мы нашли, что упадок питания всецело зависит от развившегося хронического инфекционного перитонита и общего хронического сепсиса, протекающего при субфебрильной температуре тела. Таким образом, в данном случае этиология страдания—хроническая инфекция, возможно пневмококковая, т. к. у больной есть остатки воспалительного процесса в правой нижней доле.

Вернусь к первому случаю, чтобы и здесь, установив предварительно патолого-анатом. диагноз, точно также найти причину болезни. Ставлю вопрос, имели ли мы в данном случае дело действительно с хроническим осумковывающим перитонитом или же здесь было другое страдание. Единственно, по моему, что можно и что следует иметь в виду,— это развитие забрюшинной грыжи Treitz'a. Клинически грыжи Treitz'a не дают определенного симптомокомплекса. Как при хроническом осумковывающем перитоните, также и у носителей забрюшинной грыжи наблюдаются: диспепсия, ощущение и наличие опухоли в животе, рвота, схваткообразные боли в животе, а также прочие симптомы хронической кишечной непроходимости, иначе говоря клинические явления—тождественны.

Несколько слов о патолого-анатомической сущности забрюшинной грыжи. Различают левую и правую грыжу Treitz'a. Левая грыжа развивается под *plica duodeno-jejunalis*, слева и вверху; в складке, на краю ворот, проходит *vena mesent. inf*; опухоль располагается в левой половине брюшной полости; ворота слева от позвоночника. Правая грыжа имеет следующие анатомические особенности. 1) Задержка поворота и разреза пупочной *duodeni* и пупочной петли. *Duodenum* остается на правой стороне—также и верхние петли тонких кишек. Последние располагаются *позади брыжжеечного листа ascendens* и препятствуют склейке его с задней брюшной стенкой. Образуется карман, ограниченный сзади—*задней брюшной стенкой*, спереди—*брыжжейкой ascendens*, справа и сверху—*восходящей и поперечной* кишками, слева *корнем брыжжейки*. Ворота расположены у слепой кишки, образуемые париетальной брюшиной; на месте, а не блужданием на краю ворот проходит *arteria mesent. super*.

Можно ли наш первый случай рассматривать как грыжу Treitz'a? Думаю, что нет. Ввиду того, что „кишечная опухоль“ не помещается в левой половине живота, левосторонняя грыжа Treitz'a должна быть исключена. А тот факт, что брыжжейка восходящей толстой не является передней стенкой опухоли (эта брыжжейка вообще в процесс не вовлечена), что корень брыжжейки не является левой границей опухоли, а держит ее на себе, что грыжевые ворота с приводящей и отводящей петель кишек отсутствуют—все это говорит против забрюшенной грыжи.

И здесь, след. (как и во втором сл.), мы встретились с хроническим осумковывающим перитонитом.

Трудно решить вопрос этиологии страдания. Вопрос этот вообще является спорным. Большинство авторов высказывается за туберкулезную натуру заболевания, другие (Тизенгаузен, Абрамович) за пневмококковую инфекцию. Если вспомним, что во втором случае туберкулез пищеварительных органов не обнаружен, то наличие инфекции вообще, пневмококковой в частности, отрицать нельзя (лихорадочное сост. и др.).

• Что же касается первого случая, где то или другое инфекционное заболевание вообще отрицается, найти причину страдания тем более трудно. И лишь только опираясь на факты, говорящие за возможность изолированного поражения туберкулезом органов брюшной полости, также и брюшины париетальной и висцеральной, например, изолированное поражение туберкулезом брюшины матки (периметрия) и брюшины придатков матки (собств. наблюд.), осмеливаюсь высказать предположение, что и у нашей б-ной три года назад имел место тbc серозной оболочки *только тонкого кишечника*, тbc, не проявивший себя клинически, причем в процессе образования капсулы (в то же время в процессе изоляции тbc) участвовал сальник. Это—одно мое предположение. Второе. Мы констатировали факт резкого несоответствия между пат.-анат. изменениями и общим статусом б-ной. В самом деле, весь тонкий кишечник сильно спрессован. Просвечивают (об этом выше не сказано) уменьшенные в своих размерах, как бы атрофировавшиеся кишечные петли. Глядя на б-ную нельзя и подумать о том страдании, которое обнаружено sub operatione. Невольно задаешь себе вопрос, не уродство ли это? Или, быть может, воспалительный процесс имел место еще в период внутриутробной жизни и больная родилась с этой болезнью.

Кишечник с первых же дней внеутробной жизни своего хозяина отправлял свои физиологические функции, хотя и в необычайных условиях, но эти условия, в данном случае, нужно рассматривать как нормальные. Правда, все эти догадки упираются в факт позднего (на 15 году) развития симптомов непроходимости. Но почему, однако, не допустить, что эти симптомы должны были развиться поздно, когда больная перешла к выполнению тяжелой физической работы, требовавшей напряжения брюшного пресса. Влияние высокого внутрибрюшинного давления, напряжение брюшного пресса (момент механический)—вот непосредственные причины развития симптомов кишечной непроходимости. В то же время, этот целый ряд догадок свидетельствует об отсутствии таких данных, которые помогли бы мне со всей ясностью разрешить вопрос этиологии страдания.

Наконец, что касается диагностики хронического осумковывающего перитонита, то как старыми авторами, также и новейшей литературой подчеркнута значительная трудность распознавания этих случаев. Как правило, в клинической картине страдания преобладают симптомы хронической кишечной непроходимости.

Хотя и неодинаково часто, но во всех, мне кажется, без исключения случаях „ос. п.¹⁾“ наблюдается обострение явлений непроходимости. Это рецидивирующее, точнее интермиттирующее, течение процесса резко истощает б-ных, заставляет их лечь на операционный стол. Огромное большинство этих больных оперируется под диагнозом непроходимости кишечника, и истинный характер страдания выясняется уже на операционном столе. Хотя ос. п. и не имеет своей симптоматиологии, однако внимательное изучение клинических явлений позволяет некоторые из них считать характерными для этого страдания, но только для случаев полного осумкования. Так, мы не видим перистальтирующих кишечных петель, и бурное передвижение содержимого кишечника выра-

1) Ос. п.—Осумкованный перитонит.

жено лишь звуковыми явлениями и урчанием. Если в нашем втором случае перистальтику наблюдать мы могли, то это объясняется, во 1-х, тем, что кишечник замурован не в одну камеру, во вторых, спайки были нежные, уступающие силе перистальтики. Наличие в животе опухоли, явления диспепсии, явления хронической, интермиттирующей кишечной непроходимости, данные анамнеза и объективного исследования, повторность оперирования больного по поводу кишечной непроходимости— все это должно быть учтено при изучении случая. Но если бы мне встретился случай забрюшинной грыжи, где в образовании ее принял участие весь тонкий кишечник, отличить такую грыжу от полного осумковывания кишечника мне бы не удалось даже в случае, когда больной лихорадит, т. к. первичное страдание (грыжа) может осложниться процессом со стороны париетальной или висцеральной брюшины.

Правда, точный диагноз не всегда необходим. При развитии явлений острой кишечной непроходимости неотложного оперативного вмешательства настойчиво требуют симптомы. Если же частичное или полное осумкование кишечника симулирует опухоль или хроническую инвагинацию и т. п., операция не всегда уместна и безусловно нежелательна в случаях с высокой склонностью брюшины к образованию сращений и спаек, т. к. операция будет способствовать их развитию и тем самым ухудшит положение больного.

Из Крестьянского курорта имени Сталина в Ливадии
(Главврач Ф. В. Яблонский).

К вопросу о пломбировке жировой тканью легочных каверн при туберкулезе.

Д-ра А. И. Цанова

(Консультанта-хирурга Ливадийского курорта).

Существует два метода пломбировки легкого при туберкулезе: один— жиром по Тюффе, другой— парафином по Беру и Зауберху. И тот, и другой способ имеет своих сторонников и приверженцев. О преимуществах парафиновой пломбы мы скажем впоследствии, сейчас же опишем случай неудачной пластики жиром, закончившейся гнойным процессом и давшей отхождение авто-трансплантата.

Большая М., 33 л., русская, дом. хозяйка, поступила на излечение в Крестьянский курорт „Ливадия“ 5/IV 1931 года (История болезни № 1794) с кавернозным туберкулезом В I—III после операции пломбировки левого легкого жировой тканью, взятой у нее же с левого бедра.

Из анамнеза выяснилось, что больная осталась без родных с 2-хлетнего возраста. Отец и мать ее умерли от туберкулеза легких. Условия жизни ее в отношении питания и жилища в прошлом и по настоящее время удовлетворительные. Менструации с 14-ти лет правильные, 4 дня, обильные. Замужем с 21 года, имела 4 беременности, три раза были преждевременные роды, женских заболеваний нет. Больная перенесла в детстве золотуху—6 лет; 11-ти лет ангину; 22-х лет—плеврит; 25 лет—возвратный тиф и, наконец, 31 года заболела туберкулезом легких.

Начало и развитие настоящего заболевания больная описывает следующим образом: в июне 1930 года она выкупалась в реке и сразу заболела. Появился му-

чительный капель с высокой температурой до 40° и боли в левом боку. У нее оказался тяжелый плеврит, и она была взята под наблюдение диспансера. Там было установлено еще заболевание левого легкого. За 6 месяцев она получила 18 вдуваний при наложении искусственного пневмоторакса. После этого она хорошо поправилась и стала работать. Через 6 месяцев процесс снова обострился и вдувания уже не помогали, ввиду образовавшихся сращений в плевральных листках. Больная дала согласие на производство операции plombировки легкого ввиду наличия каверны в верхней доле левого легкого. Операция сделана в декабре 1930 года. С наружной поверхности левого бедра взят лоскут широкой фасции вместе с жировой тканью и означенный лоскут трансплантирован в зону, расположенную на уровне 3—4 ребра, после резекции 3-го ребра и после отслоения листка эндоторакальной фасции. Ткани над местом операции защиты наглухо. Заживление первичным натяжением. Рана на ноге дала суппурацию и до сих пор не зажила, проявляя вялую способность к регенерации и эпителиализации. Через месяц, в январе 1931 года, в виду недостаточного эффекта от plombировки легкого, сделан левосторонний френикоэкзерез, удален нерв длиной 22 см. (по словам больной). Состояние здоровья все не улучшалось и больная была направлена с Урала на Южный берег Крыма для санаторного лечения.

St. praes. Больная среднего роста, правильного телосложения, подкожный жировой слой хорошо выражен, костно-суставная и мышечная система уклонений от нормы не представляет. На левой передней половине грудной клетки над левой грудной железой имеется опухоль, величиной с кулак, над которой хорошо выделяется старый рубец от бывшего разреза при plombировке легкого. Опухоль флюктуирует и приподнимается при каждом пульсовом ударе сердца. Вокруг имеется покраснение кожи и болезненность при давлении. Вдоль грудно-ключично-сосковой мышцы слева имеется свежий рубец длиной в 10 см., идущий через ключицу вниз после бывшего френикоэкзереза. Больная по своему телосложению относится к артритическому или пикническому типу конституции. При выслушивании сердца—оно в пределах нормы, с небольшим смещением вправо, тоны—глухие, акцент на втором тоне легочной артерии, пульс 100 ударов в 1 минуту. В правом легком (по рентгеноскопии д-ра Орлова) петрификаты в области гилуса, синус справа свободен, диафрагма подвижна. В левом легком, на уровне от 2-го до 7 ребра, имеется густая тень, резко отграниченная от остальной легочной ткани. Слева диафрагма неподвижна. При аускультации отмечается жесткое дыхание справа с резким выдохом на верхушке, слева приглушенное дыхание, отсутствующее в центральной зоне легочного поля. Притупление от 2 го до 8 ребра спереди, сзади легочный звук несколько проявляется. При исследовании мокроты лейкоциты в порядочном количестве, эластических волокон нет, палочки Коха от 2-х до 6-ти в поле зрения. В других органах уклонений от нормы нет.

13 апреля, ввиду резкого увеличения опухоли на месте бывшей операции и высокой температуры, сделана пункция толстой иглой, причем извлечено 100,0 густо-зеленого гноя смешанного с большим количеством жировых капель на его поверхности. Больной стало легче. Температура несколько снизилась, самочувствие стало лучше, затруднения в дыхании нет, стесненности со стороны сердца также нет. Исследование гноя на палочки Коха дало отрицательный результат.

29 апреля ввиду повторного увеличения абсцесса сделано снова удаление гноя путем пункции и удалено 200,0 густо-зеленого гноя с теми же жировыми каплями.

13 мая у больной повторное накопление гноя вызвало настолько сильное растяжение кожных покровов и их истончение, что, не дождавшись оперативного вмешательства, нарыв сам вскрылся в нижнем углу операционного рубца и при этом вытекло большое количество гноя. При перевязке рана была чуть расширена и из ее глубины торчал кусок отгнившей ткани, который оказался фасциально-жировым трансплантатом, который был мною целиком удален в стадии гнойного распада. Длина фасции около 15 см., ширина 3 см., жировая ткань разложилась и вышла вместе с гноем. Вслед за отгнившим лоскутом вытекло еще около 200,0 гнойной жидкости. Рана была затампонирована, и больной стало гораздо легче. Для того чтобы убедиться, что гнойная жидкость и сама плomba не прорвала плеврального листка и не опустилась вниз, давая гнойный плеврит—была сделана пункция в 7 межреберном промежутке толстой иглой, причем ничего нельзя было извлечь.

В настоящее время больная хорошо себя чувствует и раневая полость быстро заполняется грануляциями, давая незначительное количество гнойной отде-

ляемого. Температура у нее пала до 37° с несколькими десятками, пульс 84—86 ударов в минуту.

Этот интересный случай бацилярного кавернозного туберкулеза, окончившийся неудачей при наложении жировой пломбы по Тюффе, лишний раз подтверждает то положение, что блестящая и заманчивая идея сжатия каверны пломбирочным материалом должна соответствовать определенным законам сопротивления материалов, иначе эффект получается отрицательный. В самом деле, жировая ткань, взятая у туберкулезного больного, не обладает достаточной степенью биологической репаративности и того хорошего тургора, которым отличается всякая ткань у здорового организма, и, с другой стороны, трудно рассчитывать у туберкулезного больного получить хорошую прослойку жировой ткани, которая нужна для пластики. Во-вторых, ослабленная сопротивляемость жирового материала не может дать того длительного давления, которое необходимо проявить на ригидную стенку каверны. В этом отношении абсолютная стерильность жирового трансплантата не спасает биологически ослабленную пересаженную ткань от механических условий ее гангренизирования и медленного некротизирования.

Ведь, в самом деле, если мы в других случаях получаем блестящий эффект при жировой трансплантации, как это мы часто видим при пластике жиром дефектов в мозговой ткани и в других местах, то здесь сопротивляемость разнородных тканей весьма незначительна и кровоснабжение быстро входит в свои права, создавая условия биологической репаративности ткани и ее органического приживания. Профессор Лексер в новом издании своей „Wiederherstellungschirurgie“, т. 2-ой, 1931 г., основным условием всякой трансплантации ставит именно эти условия жизнеспособности ткани, ее будущей регенеративности, биологической сопротивляемости и достаточного кровоснабжения.

А что мы имеем в этой зоне операционного поля у туберкулезного больного?

Для наложения пломбы при кавернозном туберкулезе полная облитерация плеврального пространства является более необходимой здесь, чем при торакопластике—это основное требование выдвигает Sauerbruch и Nissen *).

Ответвленная после резекции ребра прошвартованная плевро представляет собою проросшую фиброзом пластинку с ограниченным кровоснабжением и большой степенью склероза. Здесь не приходится рассчитывать на хорошее кровоснабжение этой зоны, и естественно, что жировой трансплантат, лишенный своего материнского кровоснабжения, не может найти для себя достаточно кровяных источников в фиброзной и склерозированной плевре. Кроме того механическое отслоение тончайшего плеврального листка, поддаваясь и уступая большой силе хирурга, вызывает также большое сопротивление в обратном направлении, из-за чего страдает все та же жировая ткань. Здесь к сопротивлению самой отслоенной плеврой и соединяется также и резистентность кавернозной полости, ее стенки и самой легочной ткани. Жировой трансплантат находится между молотом и наковальней и, в конце концов, в результате всех вышеотмеченных моментов и фактов создаются благоприятные условия для

*) Nissen. „Surgery, Gynec. and Obst.“, 1931, № 3, p. 732—738.

механической некротизации пересаженной жировой ткани, что и было в нашем случае.

В отношении применения парафиновой пломбы—последняя имеет много преимуществ, из которых два являются основными, это во-первых, доступность абсолютной стерильности парафина и, во-вторых, хорошая сопротивляемость материала, берущая перевес над сопротивляемостью плевральной и легочно-кавернозной ткани. Застывание парафина и его уплотнение создают благоприятные условия для облитерации каверны при достаточном сжатии ее стенок. Отрицательным свойством этого материала является также его свойство механически травмировать ткани и вести их к некрозу, что также дает последующее нагноение и отхождение парафина. Один такой случай нам пришлось наблюдать после наложения парафиновой пломбы доктором Л. С. Кишем у больной, страдавшей кавернозным туберкулезом верхушки легкого. Пломба нагноилась, получилась гнойная полость, которая заживала вторичным натяжением. Может быть, в этом процессе вторичного нагноения и последующей облитерации полости есть свой смысл и какая-то биологическая целесообразность, мы не беремся судить. Получающийся вторичный воспалительный инфильтрат в конце концов ведет пораженную и оперированную зону к хорошему рубцеванию, но каковы пределы полезности этого процесса и хорошо или плохо они отражаются на организме—для решения этого вопроса необходимы большие клинические и экспериментальные исследования и наблюдение над ближайшими и отдаленными результатами этого метода лечения.

Во всяком случае, в заключение, мы должны отдать предпочтение методу парафиновой пломбы для лечения каверн при туберкулезе легких, а метод жировой трансплантации считать неподходящим в настоящих неблагоприятных условиях операционного поля.

Из Акушерско-гинекологич. отд. Коростенской городской больницы.
(Зав.—прив.-доц. А. П. Николаев).

К вопросу о родовых повреждениях мочевого путей женщины.

Пр.-доц. А. П. Николаева.

(С 2-мя рисунками).

Недержание мочи после родов имеет за незначительными исключениями травматическое происхождение. Оно может явиться следствием двух различных причин, а именно—следствием долгого стояния головки плода в полости или чаще во входе малого таза и связанного с этим длительного прижатия подлежащих тканей, из которых наиболее страдает передняя стенка вагины с задней стенкой пузыря и уретрой—или результатом оперативных вмешательств, предпринятых с целью родоразрешения без наличия необходимых условий, чаще при неопорожденном мочевом пузыре и при неподготовленных родовых путях.

Нас в данном случае будут интересовать лишь повреждения первого рода. Нужно заметить еще, что они могут не проявляться видимыми

анатомическими нарушениями; последние иногда остаются неопределимыми, скрытыми, и лишь функциональные расстройства свидетельствуют о повреждении. Гораздо чаще, однако, мы имеем дело с видимыми и легко обнаруживаемыми повреждениями мочевых путей в виде различного рода свищей или фистул. Наличие последних нередко сопровождается и другими повреждениями мягких тканей родового канала, каковы, напр., обширные разрывы шейки матки, влагалища, промежности, представляющие целые поля рубцовой ткани.

Наша страна до сих пор еще занимает одно из первых мест по количеству свищей, делающих женщину полным инвалидом и выводящих ее из строя социально-полезных единиц. В гинекологических стационарах больные с родовыми повреждениями мочевых путей еще и сейчас составляют внушительную цифру в 4—5% общего числа больных (Попандуполо).

Чаще всего встречаются пузырно-влагалищные свищи, далее уретро-влагалищные, уретро-пузырно-влагалищные и, наконец, мочеточниково-влагалищные.

Естественно, что все эти повреждения сопровождаются абсолютным недержанием мочи, и только чистые уретро-вагинальные свищи нижней части уретры при целостности сфинктера пузыря сопровождаются лишь периодическим вытеканием мочи через вагину (при акте мочеиспускания).

Однако наблюдения показывают, а многочисленные исследования подтверждают, что и при чистых уретро-вагинальных свищах, но расположенных в верхней, ближайшей к пузырю части уретры (длина же женской уретры всего 3—5 см.), имеет место настоящее, абсолютное недержание мочи, несмотря на то, что, казалось бы, пузырь и его сфинктер не вовлечены в повреждение.

Дело заключается, повидимому, в том, что сфинктер пузыря вовсе не представляет собою, как полагали раньше, кольцевидного мышечного образования на подобие сфинктера прямой кишки. Согласно исследованиям Kalischer'a, Zangemeister'a, сфинктер пузыря состоит из двух частей: верхней, второстепенной по значению, более слабой части, образованной мышцами пузыря, и нижней, — более мощной, — мышцами уретры. Последние приобретают свою замыкающую силу, гл. обр., за счет одной из мышц *diaphragmatis urogenitalis*, а именно — глубокой поперечной мышцы промежности (*m. transversus perinei profundus*). Одна часть волокон этой мышцы, в виде *m. sphincter vagino-urethralis*, входит в состав передней стенки мочеиспускательного канала, а другая — в виде *m. sphincter urethrae* — охватывает заднюю половину мочеиспускательного канала и шейку мочевого пузыря, будучи наиболее мощной в *задней стенке уретры*. На том основании, что эти мышечные волокна, идущие по задней стенке уретры, вплетаются в мышцы дна мочевого пузыря, именно в области вершины *trigoni Lieutauidii*, называют этот замыкающий пузырь мышечный аппарат — *m. uretro-trigonalis*. Сокращение этой мускулатуры влечет за собой резкое сокращение просвета уретры, как за счет поднимания задней стенки мочеиспускательного канала, так и за счет вытягивания и прижатия уретры кверху, к *lig. arcuatum*. Этому способствует еще богатство уретральной мукозы поперечными и продольными складками, косое направление уретры в месте впадения в мочевой пузырь и общий тонус мышц тазового дна.

Осуществляемое благодаря этому анатомическому устройству сближение стенок верхней части уретры и прижатие ее к нижнему краю симфиза может выдерживать до известного предела напор содержимого пузыря. Кроме того, хотя верхний сфинктер пузыря иннервируется ветвями п. hypogastrici (sympaticus), а мышцы уретры—ветвями п. pudendi, Губарев считает возможным их содружественное, рефлекторно друг друга вызывающее действие в смысле сокращения.

Естественно, что родовая травма передней влагалищной стенки и, следовательно, задней стенки уретры весьма нередко и легко нарушает весь этот механизм. Разможжение давящей головкой верхней части задней стенки уретры, кровонзлияния здесь, расхождение мышечных волокон, атрофия их и замена соединительной тканью, а тем более видимое нарушение целостности задней стенки уретры в верхней ее части, в виде уретро-вагинального свища, выключает функцию описанного выше мышечного аппарата и имеет естественным следствием недержание мочи.

Никакое иное оперативное вмешательство в случае успеха не дает, пожалуй, такого глубокого нравственного удовлетворения врачу, как устранение анатомического дефекта и восстановление, так. обр., нормальной функции мышечного мочевого аппарата женщины. Сама же женщина после подобной удавшейся операции чувствует себя вторично родившейся.

Позволю себе привести вкратце подобный случай, имеющий к тому же некоторые интересные в практическом отношении особенности.

Б-ая П. 21 года, батрачка, явилась в поликлинику Коростенского единого диспансера в первых числах ноября 1930 г. с жалобами на недержание мочи, наступившее на другой день после родов, происшедших год тому назад. Роды (первые) были долгие (несколько суток) и трудные; принимала бабка. Б-ая распространяет вокруг себя тяжелый запах мочи. При осмотре: вульва багрово-красного цвета, кожа ее и окружающих частей—бедр и ягодиц—резко покрасневшая, разъеденная мочей, местами кровотоцит; кое-где беловатые массы солевых отложений. Из вагины почти непрерывно вытекает моча. Обширный беловатый рубец на месте бывшего почти полного разрыва промежности. Попытка к исследованию пальцем и зеркалом безрезультатна, т. к. имеется весьма значительное рубцовое сужение влагалища, с трудом пропускающего одну фалангу мизинца. Б-ой предложено лечь в свою районную б-цу для соответствующей подготовки к операции, на каковую приехать через месяц.

6/ХН 1930 г. б-ная поступила для операции. Осмотр: состояние наружных гениталий и кожи окружающих частей значительно лучше, раздражение меньше, кровоточившие изъявления зажили, отложений соли не замечается. Наружное отверстие мочеиспускательного канала несколько расширено, интенсивно красного цвета. Сейчас же выше его, т. е. на границе первых $\frac{2}{4}$ вагины имеется сужение, образуемое подковообразным мощным рубцом, занимающим боковые и заднюю стенки вагины, и пропускающее лишь первую фалангу мизинца. Задняя стенка вагины представляет собою сплошной плотный рубец. Задней спайки нет, вследствие старого почти полного разрыва промежности. В виде подготовки к операции назначено ежедневное многократное мытье горячими растворами соды и марганцево-кислым калием, а также спринцевание последним. Т. к. анализ мочи показал щелочную реакцию и богатство бактериальной флоры, назначено внутрь Acid. muriat. dilut. по 5 кап. 3 раза в день и Urotropin по $0,5 \times 3$.

7/1 приступлено к подготовительной операции иссечения рубцов, чтобы открыть доступ к свищу. Вагина расширена дилататорами Hegar'a до № 18. По задней стенке ее на границе с боковыми сделано два радиарных глубоких разреза длиной в 4 см. каждый. Введено зеркало и осмотрена передняя стенка вагины. На 3 см. выше наружного отверстия мочеиспускательного канала, позади небольшой поперечной складки рубцово измененной слизистой обнаруживается отверстие свища круглой формы, величиною в $\frac{3}{4}$ сант. в поперечнике. Катетер, введенный в наружное отверстие уретры, при продвижении показывается

в вагине; введенный в свищевое отверстие и продвинутый на 1—2 см. попадает в пузырь, судя по вытеканию мочи через катетер. Так. обр. свищевое отверстие располагается, очевидно в, задней трети задней стенки уретры.

Радиарные разрезы задней стенки шиты в поперечном направлении таким образом, что между отрезками рубца вставлялись участки здоровой ткани (см. рис. 1). В мочевого пузырь на время до снятия швов введен катетер à demeure. На 7-й день сняты швы, заживление хорошее. Вагина свободно пропускает указательный палец и небольшое зеркало. 27/1 предполагалось приступить к операции зашивания свища, но предварительное исследование мочи показало щелочную реакцию. Снова назначена внутрь соляная кислота.

12/II. Операция. Вследствие невозможности ввести большое зеркало и достаточно обнажить операционное поле сделан левосторонний разрез влагалища на подобие Schuchard'tовского. Введено зеркало Sim's'a. Передняя стенка вагины захвачена пулевыми щипцами выше свищевое отверстие (ближе к шейке матки) и подтянута, насколько возможно, кнаружи. Овальный разрез стенки влагалища в поперечном направлении вокруг свищевое отверстие (складчатость допускает довольно свободное натяжение тканей в поперечном направлении). Лоскут влагалища в виде каемки, окружающей свищевое отверстие, снят (см. рис. 2). Погружные кетгутовые швы в поперечном направлении на стенку уретры. Частые шелковые швы круглой тонкой иглой на влагалище в поперечном направлении. Все швы накладываются под контролем мягкого катетера, введенного в уретру. Швы на боковой вспомогательный разрез влагалища. Катетер à demeure. На 3-й день катетер удален. Б-ая мочится самопроизвольно, удерживая по желанию мочу, моча в вагину не подтекает. На 6 день сняты швы с бокового разреза влагалища, заживление хорошее. На 7-ой день замечено незначительное просачивание мочи в вагину во время мочеиспускания. Функция пузыря в норме, моча самопроизвольно удерживается. На 10-ый день сняты швы верхнего этажа со свищевого отверстия. На следующий же день подтекание мочи прекратилось совершенно и более не возобновлялось. Функция пузыря нормальна. Мочеиспускание нормально, вполне подчинено воле б-ой, неболезненно. Б-ая чувствует себя бесконечно счастливой. На 20-й день после второй операции пациентка выписалась, чувствуя себя совершенно здоровой. Сужение вагины все же осталось, хотя последняя вполне проходима для указательного пальца, небольшого зеркала и несколько растяжима, так что несомненно пригодна для coitus'a. Большой объяснено, что в случае беременности необходимо находиться под наблюдением врача и перед родами поступить в б-цу для операции кесарского сечения.

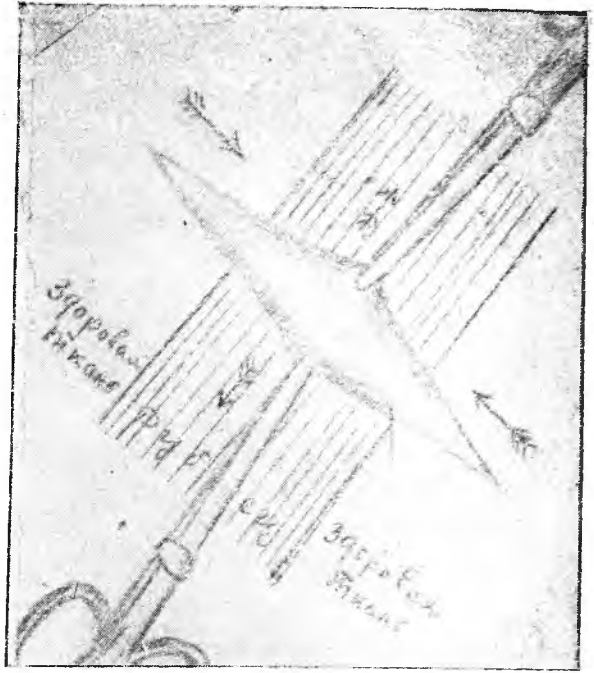


Рис. 1. Рисунок показывает один из боковых разрезов для рассечения рубца. Короткие стрелки указывают направление для растягивания разреза; длинные стрелки указывают в каком направлении нужно шить разрез.

В данном случае мы имели травматическое повреждение сфинктера мочевого пузыря и разрушение на некотором пространстве мышечного аппарата уретры, который, как мы видели, играет главную замыкательную роль в отношении пузыря. Восстановив уретру, мы получили не только восстановление ее канала на всем ее протяжении и добились вы-

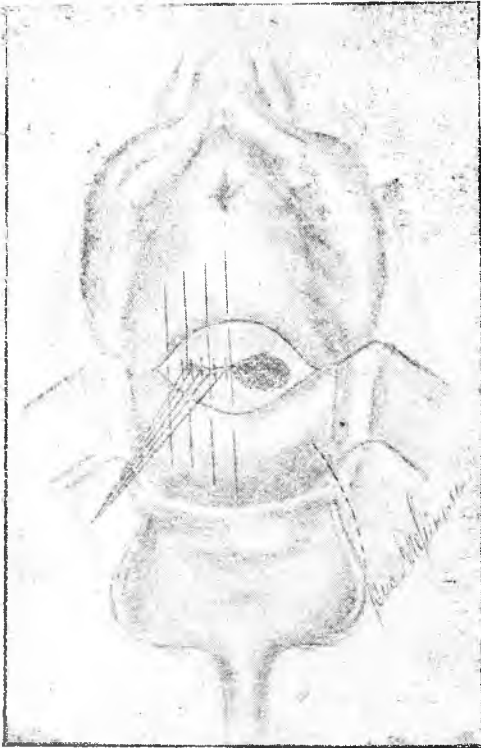


Рис. 2. Зашивание уретро-вагинального свища. Свищевое отверстие и снятый влагалищный лоскут изображены для ясности значительно увеличенными.

теkania мочи нормальным путем, но также достигли и другого, более важного эффекта, — полного восстановления функции мочевого пузыря и устранения наиболее тягостного для больной симптома — недержания мочи. Последний эффект с несомненностью практически подтверждает справедливость анатомических исследований Kallisher'a и Zangemeister'a о наличии двух сфинктеров мочевого пузыря, из коих главное значение и более мощное действие принадлежит как раз не собственному сфинктеру пузыря, а тому мышечному аппарату, который заложен в задней части уретры и гл. обр. в задней ее стенке.

Временное недержание мочи у родильниц зависит также, вероятно, от сдавлений, ушибов, разможжений этого же аппарата во время родов, что приводит к временному ослаблению или выпадению функции последнего.

Из глазной клиники Киевского государственного клинического института для усовершенствования врачей. (Директор клиники — профессор А. Г. Васютинский).

К вопросу лечения трахомы и бленорреи гонококковым антивирусом¹⁾.

Врача И. Е. Наймарка.

В журнале „Архив Офтальмологии“, т. V ч. I от 1928 г. появилась статья проф. Беляева „О современном состоянии вопроса лечения трахомы“. В этой статье автор останавливается на методах лечения последнего времени и в конце делится своими клиническими наблюдениями над влиянием на трахоматозный процесс гонококкового антивируса по Безредко. Ознакомившись с сообщением Abadie, когда последний прикладывал в одном случае трахомы с паннусом гной, который он взял у ребенка с blenor. neonatorum, с хорошим результатом, автор, исходя из тех соображений, что на трахомный возбудитель имеются указания, как на инволюционную форму гонококка (Herzog), не рискнул

¹⁾ Доклад на заседании глазной секции Киевского единого научного мед. о-ва 24/XII 1929 г.

все же прикладывать гной *per se*, как это сделал Abadie, ибо он боялся привить вторичную инфекцию, а прибег только к гонококковому антивирусу по Безредко. Результаты этого метода лечения были настолько хороши, в особенности по отношению к паннусу, что за последнее время во всех трудных случаях, он пользовался исключительно им.

Профессор Безредко, основатель этого метода лечения, влияние антивируса рассматривает под углом зрения содержания в фильтрате веществ, парализующих деятельность микроорганизма, но не обладающих токсичностью, как показывают пробы всprыскивания фильтрата животному, которые проходят безвредно. Кроме того, это вещество (*antivirus*) также специфично, ибо парализующего действия его, например, на стафилококк, фильтратом культуры другого микроба не наблюдается. Carrege впервые прикладывал антивирус при различных повреждениях органа зрения (ранения роговицы и т. д.) с хорошими результатами. В литературе последнего времени, мы часто встречаемся с применением стафилококкового и стрептококкового антивируса при различных заболеваниях глаз (Натансон, Базилевская и т. д.) с различными выводами.

Проф. Беляев указывает, что хотя он далек от мысли выступить в защиту предложения Herzog'a, что возбудитель трахомы есть явлюционная форма гонококка или близко стоящего к нему микроба, однако, принимая во внимание теорию Безредко про строгую специфичность фильтрата, невольно встает вопрос: не есть ли это в самом деле так. тем более что и диплоидная палочка Noguchi обладает некоторыми специфичными особенностями (рост на кровяных средах, диплоидность), которые свойственны в некоторой степени и гонококку Neisser'a (хотя бы частично), ибо иначе трудно объяснить действие гонококкового антивируса на трахоматозный процесс.

Проф. А. Г. Васютинский предложил мне испробовать гонококковый антивирус при лечении трахомы и поделиться своими впечатлениями о влиянии на трахоматозный процесс гонококкового антивируса. Всего у меня было 11 случаев: из них 9 больных с резко выраженным *pannus trachomatousus*, 2 больных с *bleorrh. neonatorum*. Из числа 9 трахомных—2 больных было с *ulcera corneae ex panno*. Способ прикладывания антивируса был такой: один глаз (контрольный) лечили обычным способом, второй гонококковым антивирусом: ежедневно в конъюнктивальный мешок вводили несколько капель его, а когда были осложнения со стороны роговицы накладывали повязку, которая была смочена антивирусом. Результаты этого метода лечения были хорошие, особенно в отношении паннуса. Улучшение процесса было как субъективно: светобоязнь отсутствовала, так и объективно—роговица прояснялась, паннозные сосуды бледнели и почти отсутствовало отделяемое из конъюнктивального мешка. Я потом решил применить этот метод лечения и на *bleorrh. neonatorum*, однако я не рискнул исключить *argentum nitrici*, и здесь я также наблюдал резкое уменьшение отделяемого конъюнктивального мешка. Уже в первые 3—4 дня после его применения. В обоих случаях вместо отделяемого конъюнктива первые 3—4 дня очень кровоточила, а потом и это явление исчезло. Во время октябрьских праздников поликлиника была закрыта, и дети лечились у частного врача обычными прижиганиями. Когда их снова принесли

в амбулаторию, отделяемого было так много, как и в первые 2 дня начала лечения. Однако во всех 11 случаях я констатировал, что улучшение доходит до определенного предела и останавливается, несмотря на применение дальнейшего лечения. Испробовав этот способ, мы пришли к выводу, что это лечение симптоматическое, но оно может оказать великую услугу как подсобный способ при лечении трахомы и бленнорреи глаз новорожденных.

Литература: 1) Беляев. Архив офтальмологии, т. V, № 1, 1928 г.— 2) Безредко. Врачебн. обзор. 1925 г., № 1.— 3) Орлов. Русск. офт. журнал 1927 г., № 2.— 4) Филатов и Цыкуленко. Русск. офт. журнал 1927 г., № 2.— 5) Очаповский. Архив офтальмологии, том III, № 2.

Из Oto-рино-ларингологического отделения Богородицкой больницы.

О связи заболеваний глаза и слезопроводящих путей с патологией носа и его придаточных полостей.

Д-ра Крайндель.

Так как полость носа с придаточными полостями анатомо-топографически тесно связана с полостью глазницы, зрительным нервом и слезопроводящими путями, то вполне понятно, что те или иные патологические процессы, как в полости носа, так и в его синусах, весьма часто вызывают заболевания глаза, подчас весьма серьезные.

Слезно-носовой канал, проходя по латеральной стенке носа resp медиальной стенке Гайморовой полости и образуя выступ—*torus lacrimalis*—открывается в носу под передним концом нижней раковины, окутываясь густой венозной сетью, являющейся продолжением сильно развитой кавернозной ткани нижней носовой раковины. Поэтому при ринитах, в связи с набуханием кавернозной ткани нижних носовых раковин, неминуемо участвует и кавернозная ткань слезно-носового канала, что ведет к сужению его просвета (слезотечение), иногда с последующим внедрением в канал тех или иных, подчас весьма вирулентных микроорганизмов носовой полости, с образованием флегмоны слезного мешка. Даже простое набухание, гипертрофия, полипоз нижних и средних носовых раковин, т. е. все то, что механически суживает просвет слезно-носового канала, вызывая в нем венозно-лимфатический стаз, создает почву для поселения в канале носовой флоры иногда с образованием в венах тромба с последующим его распадом. Необходимо также отметить, что носоглоточные аденоидные разрастания, содержащие нередко в щелях инфекцию, расстраивают циркуляцию крови и лимфы в носу и способствуют попаданию носоглоточной флоры через нос в слезный канал.

Решетчатые клетки (*cellulae ethmoidales*), разделенные между собой посредством нежных костных пластинок, часто прикрывают слезную кость, вплотную прилегая к слезной ямке. Слезная кость, лежащая между слезной ямкой и решетчатыми клетками, бывает иногда срослена с *processus uncinatus* и часто имеет дегисценции, что способствует переходу воспалительного процесса *per continuitatem* с решеток на мешок. Кроме

того, инфекция может легко перейти из решетчатых клеток на мешок по вене, идущей с решеток через слезную кость и вливающейся в *v. lacrymofacialis* на границе перехода мешка в канал с последующим образованием у внутреннего угла глаза над *ligamentum med. palp.* фистулы¹⁾.

Патологические процессы на медиальной стенке Гайморовой полости (набухание слизистой, полипоз, узур, кариес) могут как непосредственно перейти на слезно-носовой канал, так и вызвать в нем расстройства кровяно-и лимфообращения со всеми вытекающими отсюда последствиями. Внутренняя стенка глазницы—бумажная пластинка решетчатой кости—с прилегающими к ней тонкостенными решетчатыми клетками, заболевание которых (что встречается нередко) неминуемо должно отразиться на орбитальной полости, т. к. венозная система придаточных полостей носа тесно связана с венозной системой орбиты. Этим можно объяснить риногенную флегмону глазничной клетчатки, если инфекция, проскочив по венам, образует тромб с последующим его распадом. Верхняя стенка Гайморовой полости—нижняя стенка глазницы—при патологических процессах в полости бывает всегда поражена. При трепанации Гайморовой полости мы весьма часто находим на стенках, в том числе и верхней, набухлость слизистой, грануляции, полипоз, дегисценции, узур, кариес, что, безусловно, должно отразиться на полости орбиты и слезно-носовом канале, образующем на медиальной стенке синуса *torus lacrymalis ext.*

Кроме нарушения в полости циркуляции крови и лимфы расстраивается, в силу существующих анастомозов, кровяно-и лимфообращение в самом зрительном нерве (отек, интоксикация его). Возможен также переход инфекции из вен слизистой Гайморовой полости к *v. ophthalmica facialis* и из вены *m. rectus et obliquus inf.* к *v. infraorbitalis*. В этих венах образуется инфицированный тромб, который, в случае его распада, дает флегмону глазничной клетчатки. Особенно часто орбитальные осложнения дают фронтиты (эмпиемы лобных пазух), при которых может образоваться фистула нижней стенки полости, resp. верхней стенки глазницы. Иногда, даже при отсутствии макроскопических изменений, инфицированный тромб из вен слизистой лобной пазухи может проскочить в вены орбитальной полости и вызвать флегмону глазничной клетчатки. Вот почему при параназальных заболеваниях появляется часто отек век, слезотечение, падение зрения, флегмона глазничной клетчатки, *exophthalmus* и *diplopia*, что побуждает таких больных обращаться к офтальмологу, между тем причина заболевания лежит в области, принадлежащей ринологу. Своевременным же вскрытием полостей мы предупреждаем осложнения и улучшаем кровяно-и лимфообращение как в самих полостях, так и в зрительном нерве, отвлекая от него токсический материал.

Верхняя стенка основной пазухи (*sinus sphenoidalis*) служит ложем для перекреста зрительных нервов. Эта стенка бывает иногда очень тонка, может иметь дегисценции, что способствует прямому переходу болезненного процесса с пазухи на зрительный нерв. При патологических процессах в сфеноидальном синусе (нагноение, полипоз, отечность

¹⁾ Так называемая „закрытая эмпиема“ решетчатых клеток часто образует фистулу у внутреннего угла глаза ниже *ligamentum palp. med.*

слизистой, покрывающей синус, что встречается нередко, но нелегко диагностируется) происходит в нем расстройство циркуляции крове-и лимфообращения, что не может не отразиться на зрительном нерве (ретробульбарный неврит). Sinus cavernosus, будучи расположен в непосредственном анатомическом соседстве с *hyasma opticorum nervorum*, принимает венозную кровь глаза (*v. ophthalmica et v. centralis retinae*). Поэтому при патологических процессах в сфеноидальных клетках расстраивается циркуляция крови и в кавернозном синусе, resp. зрительном нерве и сетчатке. Иногда сдавливается и интоксигируется также п. *trigeminis* (II-ая ветвь), выходящий из *foramen rotundum* и получающий кровь из *sinus cavernosus*, что вызывает невралгию этого нерва ¹⁾.

Работами школы проф. М. Ф. Цытовича доказано, что при нормальном носовом дыхании кровь из черепной полости легко передвигается к придаточным полостям, и при каждом носовом вдохе черепная полость подвергается „промывке“, при ротовом же дыхании этого нет. Следовательно, вентиляция полостей происходит лишь при нормальном носовом дыхании, отсутствие же его расстраивает циркуляцию крови и лимфы как в полостях, так и в мозгу, resp. зрительном нерве, и способствует накоплению в нем продуктов регрессивного метаморфоза.

Показателем важности нормального носового дыхания может служить следующий пример: обнаженный при трепанации сосцевидного отростка *sinus sigmoideus* спадается и расправляется только при носовом дыхании, при ротовом дыхании *sinus* экскурсий не делает. Даже простое набухание слизистой носа и параназальных полостей расстраивает крове-и лимфообращение в мозгу, что при известных условиях неминуемо отражается на зрительном нерве. Вентиляцией полостей можно улучшить васкуляризацию зрительного нерва, что подтверждается следующим опытом: искусственное отверстие, сделанное из носа в Гайморову полость по поводу падения зрения, быстро восстанавливало последнее, при закупорке отверстия тампоном—вновь наступало быстрое падение зрения, после извлечения тампона зрение вновь быстро восстанавливалось до прежней нормы.

Конечно, не всегда заболевание параназальных полостей ведет к ретробульбарным невритам, здесь, как думают некоторые, большое значение имеет величина *foramen opticum* и анастомозы между *v. orbitalis* и *v. ophthalmica*, с одной стороны, и анатомические варианты, с другой, ибо стенки костного зрительного канала могут иметь дегисценции, быть очень тонки и состояться стенками разных полостей.

Ради краткости привожу ниже только статистику случаев за 1-ое полугодие 1930 года, указывающую на связь заболеваний глаза и слезопроводящих путей с патологией носа и его придаточных полостей (больные направлялись ко мне офтальмологом д-ром Е. В. Красногорской). Полное излечение слезотечения со стойкими результатами достигнуто в 72-х случаях. В 15-ти случаях излечение наступило после снесения гипертрофированной слизистой нижних носовых раковин, в 7-ми

¹⁾ У меня находится под наблюдением более двух лет больная, страдавшая в течение нескольких лет почти непрерывной невралгией тройничного нерва. Лечилась терапевтически во многих местах безрезультатно. Обнаружена эмиема Гайморовых полостей и решеток, по вскрытии которых невралгия бесследно исчезла.

после редрессии их, в 16-ти случаях после эндоназального вскрытия Гайморовых полостей, в 12-ти после прижигания гиперплазированной слизистой нижней носовой раковины кристаллической треххлоруксусной кислотой, в 8-ми случаях—после снесения буллезно вздутых передних концов средних раковин с передними клетками решетчатой кости, в 14 ти—после удаления носовых полипов. Неоднократно также удавалось отмечать улучшение зрения после вскрытия параназальных полостей.

Заслуживает также большого внимания выдвинутое работами клиника проф. М. Ф. Цытовича положение, что при гипертрофии глоточной миндалины и заболевании параназальных полостей наблюдается увеличение слепого пятна с сосудистыми скотомы. После санации носа и его полостей может уменьшиться слепое пятно и вовсе исчезнуть ангиоскотомы.

Выводы: 1. Связь заболевания глаза (зрительного нерва и слезопроводящих путей) с патологией носа и параназальных полостей существует.

2. При ретробульбарных невритах и слезотечении необходимо офтальмологу консультироваться с ринологом.

3. Ринологу надлежит при поражении слезопроводящих путей и зрительного нерва тщательно исследовать нос и его придаточные полости, ибо своевременным устранением патологического процесса в носу и полостях, с одновременным установлением вентиляции полостей, можно добиться улучшения крове-и лимфообращения интоксцированного нерва.

4. При ретробульбарных невритах, несмотря на кажущееся отсутствие глубоких макроскопических изменений в носу и его полостях, следует все же провести, хотя бы пробное, терапевтическое лечение (анемизацию слизистой—смазывание слизистой носа кокаином-адреналином), что в известном числе случаев некоторым авторам давало успех.

5. Санировать верхние дыхательные пути с детского возраста (удаление патологически измененных аденоидов, тонзилл и гиперплазированной слизистой раковин).

6. При гриппозной инфекции внимательно наблюдать за состоянием носа и придаточных полостей (фокальная инфекция!), т. к. грипп вызывает очень часто синуситы, протекающие для больных под видом „безобидного“ насморка. Гриппозные синуситы могут долго поддерживать субфебрильную температуру, которую часто относят „к не вполне разрешившемуся гриппу“.

В заключение приношу благодарность офтальмологу д-ру Е. В. Красногорской за консультацию и повседневный контакт в работе.

Литература. 1) Л. А. Дымшиц и Л. Н. Ильина. Вестник рино-ларингологии. 1927 г. № 6—2) Прив-доц. Бокштейн. Хирургическое лечение слезопроводящих путей 1929 г.—3) Проф. Цытович. Болезни уха, горла, носа, 1924 г.—4) Проф. Цытович. Вестник р.-л.-с., 1928 г. № 4—8 и 1927 г., № 3—4.—5) Д-р Потапов. III Казанский Краевой съезд р.-л.-с. 1929 г.—6) Д-р Шустер. Там же.

Поражение глаз в связи с заболеванием зубов.

Д-ра Л. Б. Блитштейна.

В последнее время много места уделяется в литературе вопросу о ротовом сепсисе; возможность заболевания любого органа и в частности глаза при наличии инфекционного очага зубного происхождения экспериментальными работами и клиническими наблюдениями считается установленным.

Интересны опыты Н а d e n'a. Брались стрептококки и стафилококки из зубов людей, пораженных метастатическими глазными болезнями, и впрыскивались интравенно кроликам, у них получилось заболевание глаз в 68,2%. Если впрыскивали от других больных, то заболеваемость достигала только 14,8%. Также интересны опыты Р о з а н о в а. Брались стрептококки из зубов разных больных и вводились кроликам интравенно; у кроликов получились те же болезни, которыми страдали больные.

Что связь между глазными и зубными болезнями должна быть большая, само собой понятно. Стоит только посмотреть на череп: верхняя челюсть, где находятся зубы, составляет часть орбиты, где находится глаз. Гайморова полость, крышка Гайморовой полости—дно орбиты, а дно Гайморовой полости—крышка ротовой полости. Сосуды (артериальные, венозные и лимфатические) глаза и зубов или выходят из одного и того же ствола или анастомозируют между собою. О нервах и говорить нечего. Чувствительные нервы глаза и чувствительные нервы зубов выходят из одного и того же нерва—*n. trigeminus*. Одна ветвь *ramus ophthalmicus* к глазу, *ramus maxillaris* к верхней челюсти и *ramus mandibularis* к нижней челюсти.

Если до сих пор мало было обращено внимания на зубы, то объясняется это тем, что на зубы смотрели, как на орган не особенно важный. Отдел этот относился к хирургии и диагноз ставился *caries dentis*, а лечение *extractio*. Только за последнее время открыты кафедры по зубным болезням на медфаках, но и здесь больше обращается внимания на стоматологию, чем на одонтологию. В Клиническом институте для усов. врачей в Казани, который существует более 10-ти лет, до сих пор по зубным болезням ничего нет. Врачи поэтому мало знакомы с зубными болезнями, а зубные врачи, конечно, еще менее знают глазные болезни.

Прежде чем перейти к болезням глаз в зависимости от зубов, нужно сказать несколько слов о кости верхней челюсти, о связи между сосудами и нервами глаза и зубов и о болезнях зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти у новорожденного достигает нижней стенки глазницы, причем луночки постоянных зубов примыкают непосредственно к нижней стенке глазницы и соединяются с ней костными каналцами, в которых проходят сосуды и нервы. Соседние луночки тоже соединяются между собою костными каналцами. Такие же каналцы соединяют луночки постоянных зубов с луночками молочных зубов. Таким образом получается целая сеть костных каналцев, соединяющих у новорожденного луночку с глазницей. Наиболее широким бывает каналец, идущий из луночки клыка во внутренний угол челюсти. Позже между нижней стенкой глазницы и альвеолярным отростком откладывается губчатая костная ткань, благодаря чему и происходит отодвигание ее от альвеолярного отростка. Впоследствии эта, вновь образованная губчатая ткань рассасывается, оставляя полое пространство в теле верхней челюсти. Эта полость и есть Гайморова полость. Развитие Гайморовой полости происходит в периоде до 5-летнего возраста ребенка, а каналцы зарастают, Но-

иногда, в периоде роста, костные каналцы, соединяющие луночки с орбитой у поворожденного, не зарастают, а, удлиняясь вместе с челюстью, оставляют сообщение между глазницей и луночкой. И эти костные каналцы могут служить впоследствии путем для распространения инфекции от зубов к глазу.

Бывают случаи, когда вследствие неправильного развития зубного валика, из которого в утробной жизни развиваются зубы, часть его заворачивается в глазницу, в результате чего в ней развиваются зубы. В Dental Cosmos 1924 г. имеется описание случая *exophthalmus*'а у молодой девушки, вызванного нахождением в глазнице четырех сверхкомплектных зубов.

Из сосудов большое значение имеют вены. В верхней челюсти из зубных вен кровь попадает в верхние альвеолярные и оттуда течет по двум путям: одна идет через глубокую ветвь крылонебного сплетения в переднюю и лицевую вену, в которую впадает нижняя глазная вена; второй путь венозной крови из верхних альвеолярных вен—в вены сплетения, находящиеся на лицевой стенке верхней челюсти, в которой также попадает кровь из нижней глазной вены.

В крылонебное сплетение, собирающее кровь из верхних зубных вен, впадают и вены глазного яблока.

Таким образом, инфекция, попадающая в альвеолы, может проникнуть в глазную вену по трем путям: через крылонебное сплетение, через сплетение, находящееся на лицевой стенке верхней челюсти и через переднюю лицевую вену. Нижние зубные вены собираются в крылонебное сплетение и, таким образом, инфекция из нижних зубов может проникнуть в глазную вену.

Нервы: Ramus ophthalmicus отдает ветвь к n. oculomotorius, abducens и trochlearis и, главным образом, снабжает чувствительными волокнами глазное яблоко. О функциональных соотношениях мы знаем, что, когда раздражение какого-нибудь нерва доходит до рефлекторного центра, оно может распространяться и по проводящим путям, соответствующего направления, может также вызвать явления раздражения и расстройства кровообращения в органах, снабжаемых нервами из того же центра. Есть другой способ перехода заболевания с одного органа на другой—через кровеносные и лимфатические сосуды. Последний способ распространения может иметь место и по тракту нервов в форме неврита.

Заболевания зубов могут происходить или вследствие процессов внутри зуба (пульпиты) или вне его—(периодонтиты). Таким образом, инфекция в луночку может попасть или из пульпы, или из периодонтума. Из луночки инфекция может пройти через наружную стенку на наружной поверхности челюсти, вызвать периостит верхней челюсти и оттуда перейти в орбиту и вызвать воспаление надкостницы орбиты с гноем или без гноя (*Phlegmona orbitae* с вытягиванием глаза или *parioidont orbitae*). Поставить диагноз между периоститом орбиты и флегмоной орбиты вначале бывает довольно трудно. *Phlegmona orbitae* может также пройти через Гайморову полость, а затем по надкостнице к верхней стенке в орбиту. Периостит и флегмона могут также пройти и через вены, и через *fossa pterygopalatina*. Вскрытие флегмоны происходит обыкновенно через нижнее веко или слезный мешок, редко через конъюнктиву или через верхнее веко. При легких случаях может быть *restitutio ad integrum* или вызвать отек содержимого орбиты сжатием зрительного нерва, с застойным соском, ослаблением или потерей зрения. Чаще всего процесс ведет к развитию болезней нервов, сосудов и мускулов в орбите. Это может повести к *neuritis optica*, также к параличу мышц. В тяжелых случаях процесс может проникнуть дальше через *fissura supraorbitalis* или *foramen opticum* в черепную полость и вызвать менингит или абсцесс мозга.

Случай последнего рода имел место в нашей практике в 1922 году. Мальчик 10-ти лет поступил в хирургическое отделение Областной больницы с остеомиелитом верхней челюсти вследствие заболевания первого верхнего моляра. Зуб удален, тем не менее процесс продолжал распространяться дальше на орбиту, об-

разовалось выпячивание глаза, опухоль у наружного угла глаза сначала твердая, а затем флюктуирующая, температура все время высокая—до 40° и более. Сделан разрез на месте флюктуации, вышло больше чайной ложки гноя, общее состояние сначала стало лучше, но потом больной погиб от менингита.

Если инфекция пойдет через *fossa pterygopalatina*, то через *plexus pterygoideus* и *foramen ovale* может дойти до *sin. cavernosus* и оттуда перейти на другую сторону *sinus cavernosus* и образовать тромбофлебит *venae ophthalmicae* другого глаза. Воспаленные вен может также перейти через тенонову капсулу внутрь глаза.

Слезный мешок. Впереди слезного мешка может быть свищ, который не касается ни гайморовой полости, ни перехода через верхнюю челюстную кость, а идет по каналу от клыка к внутреннему углу глаза. Эти свищи можно смешать со свищем от слезного мешка и со свищем у детей скрофулезных при втором прорезывании зубов. Но эти свищи большею частью у детей находятся у наружного угла глаза, а свищи от клыка можно определить зондом. Слезотечение может быть вследствие сдавливания костей от клыка слезно-носового канала и рефлекторно от *n. trigeminus*. Дальше от гайморовой полости может быть *osteoperiostit* по кости слезного канала и может вызвать периллакримальный абсцесс, который пробивается через кожу. Костная ткань обыкновенно в процессе не участвует. Раздражение глаза рефлекторно может действовать или на чувствительные нервы, или на двигательные, или на слезный аппарат. Раздражение конечных ветвей *n. trigemini* из больного зуба очень часто передается в *ramus ophthalmicus* и вызывает сильную невралгию в лице, с болью в глазу, позади глазного яблока и при движении глаза, которое продолжается годами. Кариез, плохие пломбы, искусственные коронки, штифтовые зубы могут служить причиной этого. Иногда бывает стреляющая боль, которая по удалении причины проходит.

Такой случай был в Казанской одонтологической клинике. 12 марта 1922 г. в одонтологическую клинику явился больной с жалобой, что накануне вечером у него заболел зуб верхней челюсти, а утром стал болеть глаз с той же стороны. Больной—студент 22 л., крепкого телосложения, раньше другими болезнями не страдал. При осмотре оказалось: кариез и пульпит первого верхнего моляра левой стороны. Пульпа закрыта еще тонким слоем размягченного дентина, конъюнктив глаза незначительно гиперемирована, слезотечение и светобоязнь в легкой степени. Размягченный дентин удален и на пульпу наложена мышьяковистая паста на два дня. Через два дня больной явился после приема и паста не была удалена, гиперемия в конъюнктиве и слезотечение больше, а на свет смотреть не может. Затем больной не являлся и только на шестой день после наложения пасты, явился в клинику с жалобой, главным образом, на сильную боль в глазу, от которой не мог спать всю ночь; сильное слезотечение и светобоязнь, жалуются на боль кожи кругом орбиты в полости носа с той же стороны. Конъюнктив века и склеры сильно гиперемированы, но периконъюнктивная инъекция не было. Больной демонстрирован был в глазной клинике, где предполагали воспаление радужной оболочки. Для меня ясно было, что здесь имелась боль в глазу, отраженная от зуба. Больному от глаза никакого лечения назначено не было, только для защиты от раздражения светом на глаз наложена защищающая повязка. Все лечение было направлено на зуб. 18 марта удалена была пульпа и нервы из корней, боль в глазу тут же стала меньше; 20-го марта краснота глаза и слезотечение уменьшилось, светобоязнь еще довольно сильная; 22 марта светобоязнь меньше, но читать еще не может, а 25 марта светобоязнь исчезла, и больной приступил к обычным своим занятиям.

Здесь, у этого больного в глазу, как в зеркале, отразилось все, что происходило в зубе. Зуб заболел вечером, а утром—на следующий день уже раздраженные глаза, положили мышьяк—получилась гиперемия пульпы, боль в глазу усили-

вається, удалили пульпу—боль в глазу стала меньше, только сетчатка осталась еще некоторое время раздраженной.

Анэстезия роговицы и *keratitis neuroparalytica* может зависеть от того же самого. Юдин, в ст. „В гостях у американцев“, напечатанной в „Новом хирургическом архиве“, сообщает, что он заболел кератитом и лечился в клинике братьев Майо 1½ месяца безрезультатно и лишь после обнаружения рентгенограммой двух гранулем у двух зубов и экстракции этих зубов, выздоровление наступило на 4-й день.

Со стороны глазных мускулов наблюдается blepharospasmus, вызванный гиперестезией конъюнктивы и роговицы, а последняя вызывается раздражением n. dentalis. Светобоязнь, myosis, neuralgia ciliaris с переходом на лицевую мускулатуру: tic, гораздо реже паралич n. facialis, которые всегда пропадают после удаления виновного зуба. Также встречается изолированный ptosis. Гораздо чаще в соединении с параличем других ветвей n. oculomotorius. Тогда присоединяется сюда strabismus divergens. Паралич abducens бывает реже. Кроме паралича может быть спазм мышц и nystagmus. В отношении гладких мышц глазного яблока, в зависимости от заболевания зубов может быть mydriasis и myosis, как скоро преходящее, так и продолжительное, ослабление аккомодации и спазм аккомодации. Иногда также ophthalmoplegia или сужение зрачка в соединении с параличем аккомодации. Может быть паралич musc. orbicularis orbitae, также усиленное слезотечение.

Заболевания самого глазного яблока: при разного рода конъюнктивитах (с. catarhalis, follicularis, eczematosa, phlyctenulosa) можно доказать прямую связь с заболеваниями зубов. Заболевания склеры и роговицы: episcleritis, keratitis phlyctenulosa особенно у детей во время прорезывания зубов, keratitis ulcerosa, herpetica трофического происхождения. Очень часто бывает анестезия роговицы, которая остается надолго и после удаления больного зуба. Кератоконус на стороне больного клыка рассматривается, как дистрофическое заболевание. Серозный кератит по причине врожденного сифилиса и фликтенулезный кератит при tbc—болезни зубов дают толчек, ускоряющий появление болезни.

Сосудистая оболочка. Часто наблюдается ирит, циклит и хороидит, но тут связь с забол. зуба должна быть подтверждена бактериологически и рентгеноскопически.

Глаукома. Только тогда можно считать за действительную причину зуб, если глаукома медленно проходит без всякого другого лечения, кроме лечения зуба.

Линза и стекловидное тело. Настоящие катаракты еще не наблюдались, напротив, помутнение стекловидного тела может быть симптомом хороидита зубного происхождения.

Зрительные нервы и сетчатка. Очень часто neuritis optica (infraocularis и retrobulbaris) находят от зубной инфекции. Кровообращение сетчатки нарушается гораздо реже, чем в сосудистой оболочке.

Описано много случаев амавроза, которые зависят от болезни зубов. Галезовский описал случай амавроза, наступившего после пломбировки зуба. Зуб был распломбирован, зрение восстановилось, после второй пломбировки опять наступил амавроз, и только после удаления зуба амавроз больше не повторялся.

Конечно, чтобы окончательно установить связь между глазным заболеванием и заболеванием зуба, еще недостаточно одной только одновременности заболевания, а необходимо доказать и общность инфекции.

Терапия сводится или к удалению зуба, или, если возможно, к резекции верхушки корня.

В заключение упомянем о боли зубов, вызванных заболеваниями глаз. Боль в зубе при зондировании слезного канала приписывают зубному нерву (n. dentalis anterior), проходящему вблизи слезного канала и отдающему последнему многочисленные веточки. Далее, Галезовский описывает следующий случай: к нему обратился больной с жалобой на красноту и слезотечение левого глаза, продолжающихся в течение 14-ти дней; первые 7 дней глаз не болел, но больной очень сильно страдал от жестокой зубной невралгии, которая не поддавалась никакому лечению. Тогда он обратился к зубному врачу, который в первое же посещение извлек больному зуб. Экстракция не принесла никакого облегчения. На второй день зубной врач извлек второй коренной зуб, полагая, что первому зубу он ошибочно приписал роль этиологического момента, но и эта экстракция не дала результата. После этой второй операции к зубной невралгии присоединилась периорбитальная; глаз стал еще краснее и слезотечение усилилось. Тогда больной обратился к Галезовскому, который констатировал прит. Через 14 дней больной был вполне здоров. Пять месяцев спустя больной снова явился со вторичными приступами прита, осложненными зубной болью. Лечение прита вполне устранило заболевание без экстракции зуба.

Из Симферопольской областной психиатрической больницы.

Катропинной терапии исходных состояний эпидемического энцефалита.

Директора б-цы Н. И. Балабана.

Хронический энцефалит до последнего времени не имел терапии, которая давала бы значительный и стойкий успех. Сейчас предметом обсуждения является терапия большими дозами атропина, впервые испробованная в Ремеровском санатории в Гирсау (Hirsau). Проводящие ее говорят об улучшении, которое может считаться практическим исцелением (Roemer). Лечение по Kleeman'у проводится дозами атропина в $\frac{1}{2}\%$ растворе, начиная от 1 капли 3 раза в день. Повышение идет путем прибавления каждый день по 2 капли, доходя до максимальных приемов три раза в день по 30 капель и выше, что составит в день 0,022 Atropini sulfurici, следовательно, в семь раз с небольшим больше высшего суточного приема по фармакопее. Средняя, обычно применяемая доза по различным авторам разная. Так Lewenstein говорит о дозах от 7—15 mg. в день. Stemplinger, как правило, дает 3 раза в день по 15 капель $\frac{1}{2}\%$ раствора. Оптимальная доза очень редко превышает дозу 20 капель три раза в день. По Roemer'у доза значительно выше, и в среднем больные принимают 3 раза в день 10 mg. E. Schenk в своей работе ссылается на Stern'a, у которого один

больной получал в день 120 mg. Повидимому, это приведено как исключительно высокая доза приема. Выносливость энцефалитиков по отношению к атропину, как и к скополамину и стромонию была и раньше известна. Однако, такие дозы никогда не были терапевтическими. К большим дозам атропина больных надо приучить, давать их длительное время. По разным авторам срок лечения тянется от 2—4 месяцев. Основным надо считать „вытаривание оптимальной дозы“. Для этого приходится, считаясь главным образом с соматическим состоянием больных, иногда уменьшать дозу, затем снова пробовать ее осторожно поднимать. Психотические явления, возникающие в результате приема атропина не достигают такой степени, чтобы приходилось прерывать лечение или резко уменьшать дозу лекарства. Что касается характера этих психотических изменений, то о них речь будет дальше.

Результаты лечения оцениваются авторами, проводившими его, высоко. В таблице Lewenstein'a сопоставляются результаты стационарного лечения с приведением в скобках результата той же терапии в санатории в Гирсау. Из 25 случаев Lewenstein'a до лечения: нуждались в уходе—6—24% (49%). Нетрудоспособных—10—40% (30%). Ограничена трудоспособность—9—31% (21%). После лечения: нуждались в уходе—2—8%, нетрудоспособных—2—8% (13%), ограничена трудоспособность—18—72% (21%), вполне трудоспособных—3—12% (65%).

Stemplinger на 19 случаях устанавливает в 31% случаев, т. е. в 6 случаях, полную трудоспособность, в 5—пригодность к легкой работе, т. е. в 26%, в остальных случаях отмечает незначительное воздействие лечения. Lewenstein на основании своего материала приходит к выводу, что 84% леченных имеет возможность регулярно работать, оговаривая ограниченный круг возможности приложения ими своих сил.

Все приведенные крайне оптимистические данные, при почти полной безнадежности другой терапии (в особенности это, конечно, относится к тяжелым случаям паркинсонизма), явились достаточными для применения этой терапии. Все детали этого способа лечения, мы думаем, будет более показательным изложить на примерах наших случаев. Лечение атропином проводится нами уже в течение нескольких месяцев. Общее число случаев—20 (женщин—11, мужчин—9). Возраст от 18—57 лет. Из этих случаев одна больная умерла при явлениях туберкулеза легких. Лечение не было доведено до больших доз, так как у нее отмечались вазомоторные расстройства в виде резкого покраснения лица. В остальном больная атропин переносила хорошо. Stemplinger указывает на отрицательные результаты в двух случаях, вследствие общего плохого состояния по поводу туберкулеза. Что касается возраста, то сам по себе он как будто не является противопоказанием для проведения лечения; учтен должен быть артериосклероз и гипертония. Lewenstein указывает на повышение кровяного давления в 40% случаев от 20 до 30 mm Hg. Указанное им мы также можем подтвердить на нашем материале, причем можем отметить, что повышение кровяного давления имеет место как у молодых, так и у старых субъектов; у последних не как общее правило. В одном случае мы наблюдали у женщин 58 лет повышение максимального давления на 44 при первоначальном 96, причем повышение это продолжало держаться и после прекращения прие-

мов атропина. В этом случае необходимо отметить то обстоятельство, что больная до лечения лежала долго без движения и под влиянием терапии начала двигаться, ела самостоятельно. Повышение кровяного давления в этом случае не сопровождалось вазомоторными расстройствами.

Большими препятствиями в проведении терапии бывают явления хронического отравления. Наиболее существенными по нашему наблюдению являются сухость во рту и рвоты. Жалобы на сухость во рту, отсутствие аппетита в отдельных случаях достигают такой степени, что требуется уменьшение дозы. Что касается рвот, то они связаны иногда с значительным уменьшением свободной и связанной соляной кислоты. Дача соляной кислоты и назначение приема атропина во время еды (по Schenk'y) обычно разрешает продолжать терапию. Явления хронического отравления заставили нас несколько видоизменить систему дачи лекарства. Основной целью было несколько растянуть период увеличения дозы. Поэтому мы давали $1/2\%$ раствор атропина, увеличивая число капель не каждый день, а через 2 дня на третий вдвое, что, конечно, удлиняет несколько время лечения, разрешая, однако, легче переносить больным трудности, связанные с ним. Для того, чтобы уменьшить в отдельных случаях явления отравления, мы прибегали к подкожному введению кислорода до 300,0 в день, исходя из предложения Мауег'а, который предлагал при отравлениях атропином вдыхание кислорода, а также опыта окситерапии паркинсоиков по Пропперу и Даркшевичу. Больные отмечают, что с вдуванием кислорода они легче переносят явления отравления. Кроме частных явлений, отсутствия аппетита, головных болей, оглушенности и иногда головокружения, наподобие того, которое бывает при опьянении, авторами отмечаются также выраженные явления со стороны психики. Витке в главе об отравлении атропином говорит о внезапно наступающих состояниях возбуждения с обманом чувств, продолжительностью от часов до дней. У больных, получающих длительно атропин, Lewenstein наблюдал тактильные галлюцинации, последние, распространяясь и на другие органы чувств, интерпретировались в последующем бредовым образом. Состояния эти, по его мнению, напоминают психотические явления при хроническом алкоголизме. Schenk говорит о состояниях спутанности и возбуждения, при которых приходится прибегать к инъекции морфия. Психотические состояния не достигают такой степени, которая вынуждала бы прекращать лечение. На нашем материале мы можем это подтвердить. Наблюдались нами кратковременные состояния спутанности. Так, больной не находил своей койки, говорил бессвязно. Больная Ф. несколько раз по ночам вставала, ходила, сбросивши рубашку, искала по чужим кроватям, говорила бессвязно, сопротивлялась, когда ее усаживали на койку. Такие состояния у нее повторялись несколько раз.

Относительно привыкания к атропину мы в доступной нам литературе наблюдений не нашли. Лишь в одном случае наш больной требовал повышения доз, причем сам отмечал эйфорическое действие приемов атропина. Лечение было им прервано. Вернувшись в больницу, сообщил, что „особенного желания“ принимать атропин не испытывал. Далее нами отмечено в двух случаях учащение эрекции и поллюций. О повышении сексуального возбуждения при отравлении алкалоидами атропина или скополамина говорит Lewin. Больные говорят о повышении либидо,

о фантазировании на сексуальные темы. Это влияние атропина может иметь практическое значение, в особенности учитывая патологию сексуальной жизни у энцефалитиков, имеющую иногда криминальное значение. Но достойно быть особенно отмеченным, что двое больных, которые помещены были, главным образом, из-за своего антисоциального поведения, связанного с сексуальной жизнью, не дали при лечении атропином ни повышения либидо, ни *potentiae sexualis*, ни субъективно, ни по наблюдениям за их поведением в течение достаточно длительного времени. Во всяком случае все указанное выше должно быть еще прослежено в дальнейшем на большем материале. Тягостным для больных является расстройство зрения, но и оно не препятствует проведению терапии. Повышение температуры наблюдается в начале лечения. Больные переносят его хорошо.

Само по себе лечение атропином в большинстве случаев не дает достаточных результатов, если оно не подкрепляется по совету проводивших его гидротерапией, массажем, гимнастикой и, наконец, психотерапевтическим воздействием на больного. Последнему должно быть уделено особое внимание. В первую очередь это относится, конечно, к брадифреничным больным. Так, Schenk отмечает, что некоторые больные, у которых наступает объективно значительное улучшение не обнаруживают заинтересованности в терапии и это почти при полной психической интактности. Здесь уместно привести положение Rostrom'a который считает, что основным нарушением при энцефалите, из которого могут быть выведены все остальные расстройства, является нарушение волевых процессов. У энцефалитиков слабость внутренних побуждений идет наряду с повышенной восприимчивостью к побуждениям со стороны (Steiner). Резкое падение инициативы как будто и не думает исчезать во время терапии. Так, наш больной, который пролежал несколько лет, поднятый с постели атропином, передвигается мало, неохотно, гимнастику делает также неохотно. Только обещание отпустить его в город, где он не был почти в течение трех лет, делает его несколько живее. Выведенные из обычного для них апатичного, безинициативного существования, некоторые больные снова впадают в него, бросают работу постольку, поскольку внимание к ним ослабевает. В других случаях следует отметить необходимость длительного психотерапевтического воздействия на больного, приучения его к определенной работе, что дает потом стойкий результат. Так, одну больную, у которой, казалось, меньше всего имеется надежда получить эффект в виде хотя бы весьма ограниченной трудоспособности, путем постепенного вовлечения в трудовую терапию удалось длительно зафиксировать в весьма удовлетворительном состоянии.

Возможно, что в дальнейшем можно будет установить типы реакций на атропин, дающей стойкий и не стойкий эффект. В отдельных случаях быстрый эффект у акинетически-гипертонических субъектов сопровождался получением улучшенного настроения, которое быстро спадало и больные снова погружались в апатичное состояние. Значительный эффект получается от атропина в самом начале на брадикинетическом синдроме. Появляются содружественные движения, мимика становится живее и богаче, походка улучшается, становится эластичнее, вынужденное положение туловища и конечностей в значительной степени корригируется. Позднее и менее значительно отражается терапия на грубом

дрожания, однако и оно поддается ей в значительной степени. В одном случае с торзионным спазмом и с перманентным „geste antagoniste efficace“ мы получили почти полное исчезновение последнего и уменьшение явлений дискенезии: больная начала работать. Припадки зора (Schauanfall), столь мучительные для больных, у некоторых исчезают довольно быстро или становятся менее интенсивными, менее частыми, более короткими по времени.

Таким образом пока по нашим наблюдениям необходимо отметить значительную возможность улучшения как со стороны двигательных симптомов, брадикинезии и др., так и частично со стороны брадифрениии. Экспериментально психологически улучшение со стороны психики документировалось по методу Россолимо в части исследования психического тонуса. Последний повышался. В отдельных частях необходимо отметить увеличение объема внимания. Автоматизм и внушаемость под влиянием лечения не дают значительных изменений. Время эксперимента сокращается. Значительное число наших больных страдает энцефалитом длительное время. Полный отказ мы имеем в случае с выраженным амиостатическим симптомокомплексом, где ригидность была значительно выражена и имелись контрактуры.

Что касается психических изменений, представляющих наибольший интерес для больных, помещающихся в психиатрические больницы, то тут, по нашим наблюдениям, влияние атропина менее значительно и существенно. Относительно больных с выраженной гиперфренией Lewenstein говорит, что они не обнаруживают никаких изменений под влиянием атропина. С этим наблюдением мы можем согласиться. Что касается влияния на настроение больных, то атропинная терапия полностью подтверждает редкость реактивных депрессий у энцефалитиков. Вопрос о мнимой тупости и апатии, возникающий вследствие невозможности выявить проявление чувств, находит при длительной атропинизации, при успешной борьбе с акинетически-гипертропическим синдромом, частичное разрешение. Некоторые больные с наступлением возможности пользоваться своей моторикой, с расширением до того суженной психомоторной личности (Boström) становятся живее, эмоционально ярче и разнообразнее. Однако, несмотря на весь этот достигнутый успех, слабость эмоциональной волевой сферы все же проглядывает и в наиболее благоприятных случаях. Это наблюдалось нами не только на больничных случаях, где можно было думать о значительном влиянии однообразия больничного пребывания, но также и у амбулаторных больных. Таким образом вопрос о действительной или мнимой недостаточности побуждений, как ставит этот вопрос Runge, не может быть полностью разрешен, как он и не разрешался, по справедливому замечанию того же автора, на основании высказываний больных: и та, и другая находятся во взаимовлиянии с превалированием слабости внутренних побуждений в большинстве случаев.

Что касается выраженных психотических состояний, то в трех случаях, где можно их было наблюдать, атропинная терапия не дала улучшения.

Больная, которая объясняла свое состояние колдовством и наряду с этим говорила о том, что болезнью искупила грехи мира, освободила от гицнэза евреев и русских и т. д., продолжала свои высказывания.

В другом случае больной с нерезко выраженной брадикинезией, удивлялся, не выходил из дома, объяснял это тем, что у него лицо страшное, носил очки консервы, думал, что люди могут догадаться, что он занимался мастурбацией. В палате отмечает, что санитарки за ним особо следят, но отворачиваются, чтобы не смотреть на его лицо. Жену дома ревновал, обвинял ее в сожительстве с братом, объяснял это тем, что хотел выпытать ее честность. Больной уже полтора года страдает импотенцией. После длительной атропинизации высказывает желание выписаться, несмотря на то, что его лицо людям кажется страшным. Таким образом и в этом случае терапия не дала каких-либо заметных результатов.

В третьем случае, больная объясняла свое заболевание тем, что на нее одна женщина „напустила“ болезнь, причем подозревает ее в сожительстве с мужем. Женщина эта нашла что-то в коридоре. Мenses у нее нет, прекратились в больнице, дали для этого какую-то пилюлю. Себя характеризует до болезни недоверчивой и мнительной. В ходе лечения с улучшением состояния сказала, что может быть и „неправда“ ее предположения. В дальнейшем все же повторяет описанное выше. Обычно вялая, тупая, безразличная, изредка высказывает страхи, что поместят ее в палату, куда кладут умирающих. Очень оживляется, когда рассказывает о причине своего заболевания. Быть может, в этом случае можно говорить о попятной реакции у предрасположенной к тому личности, которая, несмотря на улучшение, не обнаружила заметных изменений со стороны психики.

Лишь в одном случае у амбулаторной больной, которая раньше помещалась в больницу, мы наблюдали исчезновение навязчивых идей, возникающих у нее всегда во время припадков взора, причем припадки не исчезали совсем, но уменьшились по частоте и интенсивности.

На основании изложенного все же можно прийти к заключению, что лечение большими дозами атропина хронического паркинсонизма является несомненным успехом. Благоприятный результат его наиболее обеспечен по отношению к явлениям со стороны моторики, и поэтому, главным образом, показанными являются случаи с акинетически-гипертоническим синдромом. В значительном количестве случаев до того беспомощные больные перестают нуждаться в уходе, часть из них может быть приспособлена, хотя и ограниченно, к работе. Лечение должно подкрепляться активным психотерапевтическим воздействием. При условии тщательного наблюдения может быть проведено и амбулаторно. Что касается статистической обработки результатов, учитывая небольшое количество случаев, которые хотя и имеют сейчас длительный срок применения терапии, мы пока воздерживаемся от нее.

Литература. 1) Lewin. Phantastika. 1927.—2) H. Lewenstein. Die Behandlung der Folgezustände der Encephalitis epidemica mit hohen Atropindosen. Deutsch. med. Wochen. № 24. 1931.—3) А. Г. Ованесов. Постэнцефалитические психические изменения криминальности. Современная психоневрология. Том X. 1930 г.—4) Н. И. Проппер и В. А. Даркшевич. Окситерапия паркинсонов (Solutio kalii hypermanganici). Журнал невропатологии и психиатрии. Книга 4-ая. 1930 г.—4) W. Runge. Die psychischen Störungen bei Encephalitis epidemica. Handbuch der Geisteskrankheiten. Band VII. 1928.—5) Stern Felix. Encephalitis epidemica. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. № 8. 1931.—6) E. Schenk. Atropinbehandlung bei Encephalitikern. Münch. med. Wochen. № 28. 1931.—7) E. Stemplinger. Zur Therapie des postenzephalitischen Parkinsonismus. Münch. med. Wochen. № 45. 1930.

(Из Психиатрической клиники Воронежского медицинского института
Врид. Директора—Приват-доцент д-р Д. О. З а р ц ы н).

К вопросу об алкогольных психозах у детей и алкоголизме среди молодежи.

Ординатора И. М. Виш.

Будучи в командировке по медицинскому обслуживанию сельско-хоз. рабочих в весенне-посевную кампанию в 1931 г. (Колпаковский совхоз Сахкомбината „Коллективист“ Ивановского района Ц. Ч. О), я наблюдал случай остро развившегося алкогольного психоза у крестьянского мальчика 3-х летнего возраста. В детском возрасте алкогольные психозы встречаются редко, как видно из доступной мне литературы вопроса. Алкоголизм и алкогольные психозы у детей еще мало изучены Поэтому описание каждого случая алкогольного психоза в детском возрасте с учетом бытовых условий развития его имеет большую научную и практическую ценность. Это заставляет меня сделать о нем сообщение. Переходим к описанию случая.

Мальчик М. 3-х лет, села Любицкого Ивановского района, во время моего посещения находился в состоянии сильного возбуждения. Он все время стремился бежать с кровати, смотрел в сторону выходной двери из избы, оглядываясь по сторонам, к чему-то прислушивался, кричал, пугался надвигающихся на него, как ему казалось, коров, лошадей и диких зверей. По временам закрывал глаза и уши. Говорил, что „звери лезут в хату,—хотя его загрызть“. Предметы домашнего обихода, висевшие на стенах, иконы и портреты, принимал за движущихся животных. В темноте галлюцинации усилились. В первое время своих родных не узнавал, принимая их за незнакомых людей.

Из рассказов матери выяснилось, что в день заболевания отец во время пьянки дал ребенку выпить около четверти чайного стакана водки. Мальчик быстро охьянел и сейчас же уснул. спустя 4—5 часов проснулся и стал куда-то бежать и кричать „держите этих лошадей“. Накануне ребенок был здоров, все время играл с детьми. Указаний на какую-либо инфекцию не было.

При осмотре ребенка со стороны внутренних органов изменений не обнаружено. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Температура 37,1°, общее дрожание всего тела.

Галлюцинации продолжались до следующего дня, часов 12, постепенно слабея. На следующий день 22/V—утром температура 36,6°, пульс 90 ударов в минуту, хорошего наполнения. Ребенок пугливый, все время вздрагивает. Сознание ясное. В окружающем, собственной личности отдает себе ясный отчет. 23/V ребенок был здоров. Родители больного после моего объяснения причины болезни ребенка убедились во вредном влиянии спиртных напитков на здоровье и больше детям не давали пить водки. Ребенок находился под моим наблюдением около 3-х месяцев. Все время был здоров.

Мальчик происходит из пьющей семьи. Отец, мать и старшие братья часто пьянствуют. Особенно много пьют в праздничные дни „Водка в доме не выводится“. „Так заведено“ говорит отец. „Отцы наши пили и мы пьем“. Мальчика с грудного возраста отец приучил к водке. Во время выпивок пьяный отец угощал его водкой, говоря „На вышей для закалки организма“. По словам матери у ребенка в двух-летнем возрасте после спаванья водкой были несколько раз подобные, только более легкие, состояния. Мать думала, что он дурчится и не обращала на это внимания, так как скоро все проходило, и ребенок успокаивался. Последнее время ребенок стал нервным, легко раздражался, плохо спал, часто во сне вздрагивал.

В наследственности по линии отца отмечаются алкоголики и психопатические личности (эпилептоидного круга).

Данные объективного обследования и анамнеза дают основание считать, что мы в данном случае имеем дело с алкогольным психозом,

остро развившимся после спаивания ребенка водкой. Отсутствие каких-либо данных, указывающих на наличие инфекции, развитие заболевания непосредственно после опьянения, характер течения психоза, не оставляют никакого сомнения в диагнозе.

Профессор Ziehen считает детскую нервную систему чрезвычайно чувствительной к алкоголю „Я прямо таки считаю преступлением, у меня нет мягче выражения для этого. говорит профессор Ziehen, когда дают детям ежедневно некоторое количество алкоголя“.

Профессор Крепелин приводит случай 4-летнего мальчика, доставленного в тяжелом состоянии опьянения, „пропавшего“ у своих родителей во время их пьяных походов. По мнению проф. Крепелина, даже умеренные однократные приемы вина ослабляют умственные, духовные силы детей.

В литературе отмечены случаи припадков у детей и юношей, развившихся в связи с употреблением спиртных напитков. Soltman приводит случай, когда ребенок с 14-го дня жизни до 8 недель ежедневно подвергался судорожным припадкам, не уступающим никакому лечению. С удалением из прежнего жилища ребенок выздоровел. Родители занимались дистилляризацией спирта, и воздух жилища был постоянно насыщен парами спирта. Bourneville приводит подробное описание случая падучей болезни и слабоумия, развившихся у ребенка 4-х лет вследствие повторного употребления вина. До 3-х лет ребенок был здоров. Только после того как он был взят на воспитание к леду-трактирщику развились припадки. Профессор Demme наблюдал 7 случаев тяжелого опьянения у детей. Самому младшему не было еще 1½ лет. Emerich отметил случай повторных судорог у ребенка 4 лет, после того как он, благодаря недосмотру родителей, выпил много вина. Судороги продолжались 10 часов. До этого ребенок был здоров. Jacoby приводит случай алкогольного полиневрита у мальчика 4½ лет, получавшего пиво от ½ до целого стакана с 6 месячного возраста. Collins тоже отметил два подобных случая алкогольного полиневрита у детей.

В литературе имеются также случаи алкогольных психозов у детей. Так, Weiss и Stadler наблюдали белую горячку у детей 4—5 летнего возраста. Maddew лечил 8-летнего мальчика, страдавшего белой горячкой. Legrain наблюдал приступа алкогольного бреда у 18 месячной девочки. Conradts приводит случай острого алкогольного психоза у 2½ летнего, совершенно здорового мальчика. Из анамнеза выяснилось, что накануне мальчику на крестинах гости давали то пиво, то вино. Галлюцинации продолжались несколько часов. Förster наблюдал случай воспаления легких у 3½ летнего мальчика, осложненный типичной белой горячкой. Мальчик, сын ресторатора, получал регулярно пиво и коньяк с молоком и яйцами. Kossowitz приводит 12 случаев поражения центральной нервной системы алкогольного происхождения у детей в возрасте от 11 м-цев до 12 лет. У некоторых из них была типичная белая горячка. Millon наблюдал у 3 месячного ребенка явления тяжелого опьянения, вызванные вдыханием паров алкоголя в то время, когда его кормилица смочила своей подруге волосы крепким ромом. Этот случай лишней раз подтверждает большую чувствительность маленьких детей к алкоголю.

Футер наблюдал в Москве из каждых 100 беспризорных детей, ночевавших в ночлежке, 35—40 детей, которые пили и нюхали кокаин. Некоторые из них уже страдали в связи с постоянным потреблением алкоголя и кокаина явлениями душевной болезни. Одному мерещились крысы, выползающие из угла, другому бумажки на дне мусорного ящика казались червонцами, третьего преследовали на улице и т. д., т. е. наблюдались явления алкогольного психоза. Профессор Гиляровский приводит 3 случая детей алкоголиков 10, 6 и 3 лет, леченных в психиатрической клинике П. М. Г. У., причем двое старших обнаружили все явления привыкания; у девочки 6 лет наблюдались судорожные припадки.

В литературе отмечены также смертельные случаи у детей от однократных небольших доз алкоголя. В 1854 году Unde наблюдал смертельное отравление 2-хлетнего ребенка небольшим количеством водки (около 3 унц.). Нёпегкорф описал случай смертельного алкогольного психоза у 3^{1/2} летнего мальчика. Смерть наступила спустя 12 часов после того, как отец дал ему выпить 2 полных столовых ложки водки. Seydel приводит 7 случаев острого смертельного отравления алкоголем в детском возрасте. Maschka наблюдал 2 случая смертельного отравления от 5 столовых ложек водки у 7^{1/4}-летнего и 3^{1/2}-летнего мальчиков. Д-р Якубович приводит случай, когда ребенок, получив для успокоения 2 чайных ложки водки, умер спустя полчаса. Из приведенных литературных данных видно, как беспощадно алкоголь даже и в малых дозах отражается на растущем организме детей и подростков.

Что касается алкоголизма вообще среди детей и подростков, то в этом отношении имеется довольно большая, как иностранная, так и русская литература. Несмотря на это, вопрос алкоголизма среди молодежи недостаточно изучен. Профессор Крепелин считает, что в настоящее время большинство детей школьного возраста более или менее получает алкоголь. Так, Вауер нашел, что из 591 ребенка только 134 никогда не пили спиртных напитков, зато 219 принимали алкоголь ежедневно, а 74 даже несколько раз в день (цит. по Крепелину). Нескер показал, что из 4589 учеников народных школ в Германии 66% пили пиво ежедневно, 30,1% лишь иногда, а около—8% получали кроме того водку; только 13,9% совсем не получали алкоголя (цит. по Крепелину). По данным доктора Коровина, обследовавшего 22617 детей начальной школы, оказалось, что из каждых 100 мальчиков уже употребляли спиртные напитки—67 и из каждых 100 девочек—46 (цит. по Тяпугину). Т. Богомолова при обследовании школьников в возрасте от 6 до 16 лет отметила около 14% детей, втянутых в бытовой алкоголизм. Розенблюм И. И. среди юношей 15—19 лет насчитывает 71,5% пьющих. По Н. Озерецкому несовершеннолетние правонарушители начинают пить в возрасте: 12—14 лет—53,4%, 8—11 лет—28,3%. Почти такие же данные получены и другими авторами, изучавшими алкоголизм среди молодежи (Агол, Чучелов, Вольфсон, В. Липский и И. Тетельбаум).

С целью изучения алкоголизма среди молодежи мною подробно обследовано 426 человек детей и подростков в возрасте от 2 лет до 21 года. Обследование производилось путем опроса во время моих амбулаторных приемов на врачебном пункте при Колшаковском совхозе Сахкомбината

„Коллективист“ Ивановского района Ц. Ч. О. Относительно алкоголизма малолетних детей опрашивались родители.

Из 426 чел. (106 м. + 320 ж.) детей и юношей оказалось пробовавших когда-либо, хоть раз, спиртные напитки—306 (71%) чел., причем большой разницы между мужчинами (74,5%) и женщинами (70,9%) нет. Из 79 мужчин, когда-либо пивших спиртные напитки, напивались хоть раз до опьянения—51 (64,6% ч.). Из 227 женщин, пробовавших когда-либо спиртные напитки, напивались хоть раз до опьянения—82 (36,1%). Отмечались также случаи первого опьянения в грудном возрасте. Так, среди мальчиков до 5 лет первое опьянение наблюдалось в 2 (3,9%/о) случаях, среди девочек—в 3 (3,7%/о) случаях.

При тщательном распросе матерей выяснилось, что первое знакомство со вкусом спиртных напитков начинается в большинстве случаев рано. Так, до 5-летнего возраста были знакомы со вкусом алкоголя: мальчиков—25 (31,7%/о) человек из 79 ч., когда-либо пробовавших спиртное, девочек 43 (19%/о) чел. из 227 челов.

В отношении потребления спиртных напитков за последний год, по данным моего обследования—пьют: 33 юношей, т. е. 42,0%/о и 37 девушек, т. е. 16,3%/о по отношению к числу лиц когда-либо пробовавших спиртные напитки. В большинстве случаев пьют редко и мало: после полочки (сезонные рабочие и работницы), в торжественные дни; юноше—для храбрости во время гулянья с девушкой.

Необходимо отметить, что % раннего знакомства детей со спиртными напитками резко преобладает в пьющих крестьянских семьях. В непьющих же или мало пьющих семьях дети пьют редко и знакомятся со вкусом алкоголя в более позднем возрасте.

По нашим сведениям алкоголизм среди крестьянской молодежи носит бытовой характер.

Первое знакомство детей со спиртными напитками, первое опьянение детей в большинстве случаев является результатом спаивания детей родными и знакомыми в дни попок. Часто во время самогонкурения отец, пробуя качество самогона, давал попробовать и малолетнему сыну. Мною наблюдались случаи, когда матери-крестьянки, уходя на полевые работы, давали грудным детям в небольшом количестве водку с молоком, чтобы они хорошо и долго спали. Приходилось много тратить сил и времени, чтобы разъяснить родителям пагубное влияние спиртных напитков на развитие и здоровье детей.

На основании приведенных литературных данных и нашего наблюдения можно сделать следующие выводы:

1. Нервная система юного развивающегося организма чрезвычайно чувствительна к алкоголю.
2. Алкогольные психозы в детском возрасте встречаются сравнительно редко, развиваются на почве бытового алкоголизма.
3. Среди крестьянской молодежи имеется значительный % потребляющих алкоголь, причем первое знакомство со вкусом спиртных напитков обычно падает на молодой возраст.
4. Наблюдается сравнительно частое спаивание водкой грудных детей родителями.

5. Процент раннего знакомства детей со вкусом алкоголя пьющих родителей резко преобладает по сравнению с детьми непьющих родителей.

6. Необходимо вести энергичную борьбу с алкоголизмом среди молодежи и родителей.

Литература. 1) Крепелин. Учебник психиатрии, т. II, 1912 г.—
2) Гиляровский. Психиатрия, 1931 г.—3) Т. Богомолова. Вопросы Нарком. Сб. № 2, 1928 г.—4) Д. Зайдель. Ур. мед. жур., № 1, 1930 г.—
5) Н. Тяпугин. Народные заблуждения и научная правда об алкоголе, 1926 г.—6) Сажин. Влияние спиртных напитков, 1914.—7) Н. Озерецкий. Преступник и преступность, сб. II, 1927 г.—8) М. Агол. Вопросы здравоохранения, № 4, 1928 г.—9) Н. Чучелов. Соц. гигиена, сб. I, 1927 г.—10) Б. Сегал. Проф. медиц., № 6—7, 1928 г.—11) В. Липский и С. Тетельбаум. Здравоохранение, № 7—8, 1929 г.—12) И. Вольфсон. Вопросы здравоохр., № 12, 1929 г.

ОТДЕЛ III. Из практики.

Из Фармакологической лаборатории Кубанского государственного им. Красной армии медицинского института (Директор—проф. П. П. Авроров).

Станок-„конвейер“ для собирания желудочного сока¹⁾.

Д-ра Г. М. Шпуга.

Изучение желудочного пищеварения имеет многолетнюю давность. Со времени первых исследователей, которым необходимо было убивать животных (Tiedemann и Gmelin) для того, чтобы добыть 7—10 куб. см. желудочного содержимого, развитие методики добывания желудочного сока проходит через ряд этапов. Уже Leuret и Lassaigne, Spalanzani и др. стараются сохранить животных для повторных исследований, добывая сок при помощи заглатываемой губки. Reaumur добывал сок, вызывая рвоту у животных. Басов и Blondlot изменяют совершенно методику добывания сока, вставляя фистульную трубку непосредственно в желудок. Heidenhain, изолируя денервированный маленький желудочек, впервые добывает чистый гуморальный сок. Наконец, академик Павлов, изменяя операцию Heidenhain'a, сохраняет нервную и гуморальную связь между большим и малым желудочками, получая, таким образом, из маленького желудочка чистый и полноценный сок. Применение этого и других методов дало возможность Павлову и его ученикам получить ряд фактов, на которых и основывается современное учение о работе пищеварительных желез, являющееся одной из наиболее разработанных глав физиологии.

Однако, самая методика собирания желуд. сока и способы его количественного учета мало совершенствуются. У первых исследователей, вплоть до Heidenhain'a, принимавших механическую теорию отделения желуд. сока, не учитывалось воздействие внешних условий на опытное животное. Павлов своими работами указал на полную несостоятельность такой постановки опытов, отметил громадное значение рефлекторных раздражений при изучении количественной стороны сокоотделения. Соответственно с этим, он изменил и методику постановки опытов, создав наилучшие условия предохранения опытных животных от внешних раздражений, устроив камеры-изоляторы. В остальной части методики остается прежней. Экспериментатор через определенные промежутки времени измеряет количество сока, собираемое в подвесной цилиндр, соблюдая при этом лишь наибольшее спокойствие и плавность движений.

В обычной лабораторной обстановке подобных условий опыта достичь невозможно. Экспериментатор вынужден пользоваться методом прежних исследователей, принимая лишь во внимание устранение некоторых наиболее грубых внешних раздражителей. Животное остается не изолированным. На него влияет во время опыта целый комплекс внешних раздражителей и сам экспериментатор. Присутствие его в непосредственной близости к животному вызывается необходимостью наблюдения за животным и собирания желудочного сока дробными порциями и через определенные промежутки времени. Как бы осторожно экспериментатор ни производил собирание, этот акт в той или иной степени отражается на опытном животном. Самое опорожнение подвесного цилиндра может вести к неточностям измерения количества желудочного сока. Не всегда возможно с одинаковой аккуратностью опорожнить цилиндр. Часть желудочного сока остается в нем на смачивание стенок и создает ошибку в исчислении количества. Сам экспериментатор в продолжение всего опыта, длящегося 8—10 часов, должен напряженно следить по часам за временем опорожнения подвесных цилиндров. Такое длительное, напряженное состояние экспериментатора может отразиться на точности проводимой им работы.

¹⁾ Доложено на IV Всесоюзном съезде физиологов в Харькове, 1930 г.

Все указанные возможности ошибок побудили нас обратить на них особое внимание при проведении большой работы в нашей лаборатории по исследованию действия Псекупских минеральных вод на желудочно-кишечное пищеварение. Мы старались создать условия наибольшей точности учета результатов в обычной лабораторной обстановке, задавшись целью автоматизировать соби- рание желудочного сока по примеру того, как в лаборатории Павлова автоматизировано соби- рание слюны в работах со слюнными железами, где собака изолируется от окружающей обстановки и от экспериментатора, а выделяющая- ся слюна учитывается особым бесшумным автоматическим прибором (прибор Ганике для отсчета выделяющейся слюны). Профессор Цитович также предложил автоматический прибор для соби- рания мочи дробными порциями.

Нам после ряда комбинаций удалось сконструировать особый прибор, названный станком-„конвейером“ для автоматического соби- рания и отсчета отдельных порций желудочного сока.

Описание станка. Станок-„конвейер“ для соби- рания желудочного сока состоит из длинного стола, на котором расположены 4 отделения-камеры для 4-х собак, размером каждая в метрах: $1 \times 0,85 \times 0,95$. Две боковых и задняя стен- ки глухие и неподвижны, передняя стенка в виде задвижки может подниматься и опускаться. При опускании, нижний край ее не доходит на 25 см. до стола, оставляя внизу просвет, дающий возможность наблюдать за поведением жи- вотного во время опыта. Дно каждой камеры покато. По переднему краю дна во всю длину станка устроен сток для мочи, которая собирается в подвесное ведро.

Через отверстие в середине дна в каждой камере проводится резиновая трубка широкого диаметра. Верхний конец ее присоединяется в фистульной трубке большого или малого (професс. Авроров и д-р Шпуга) желудка, а нижний неподвижно укрепляется под дном камеры над движущимся штативом с градуированными пробирками. Градуированные пробирки по 32 для каждой собаки (из расчета на 8 часовой опыт с пятнадцатиминутными отрезками вре- мени) соответственно располагаются в один ряд, на точно равных, в $2\frac{1}{2}$ см., расстояниях одна от другой, в подвижном штативе, имеющему длину 4 метра. Штатив этот свободно скользит в направляющей (санной) доске, укрепленной под камерами.

Штатив приводится в движение небольшим лабораторным мотором в 1,16 силы. Через каждые четверть часа штатив автоматически и бесшумно передвигается точно на расстояние, равное расстоянию между центрами двух рядом стоящих пробирок—на $2\frac{1}{2}$ см., подставляя каждый раз под неподвижно укрепленный конец резиновой трубки новую пробирку. Эта точность движения штатива достигается при помощи часового механизма и особого устройства контактов-прерывателей.

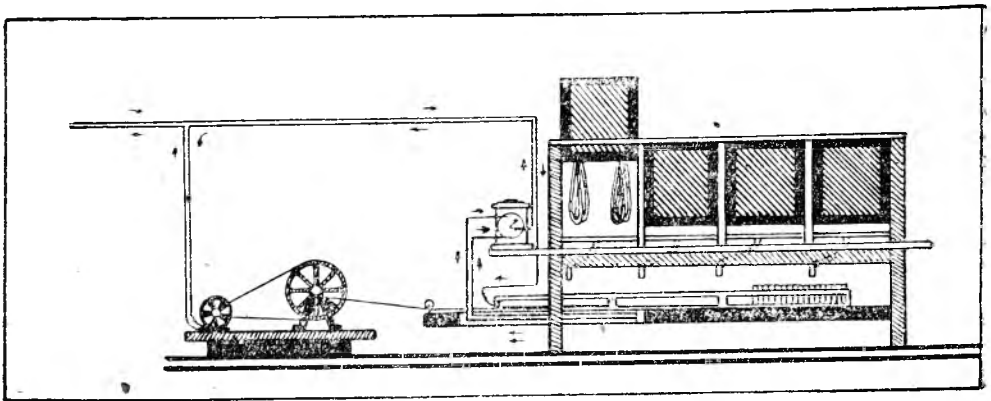


Рис. 1.

Контакты-прерыватели располагаются на направляющей санной доске в два ряда, по 16 в каждом, в шахматном порядке, образуя две открытых цепи. Каждый контакт-прерыватель имеет длину равную расстоянию между центрами

двух рядом стоящих пробирок в штативе— $2\frac{1}{2}$ см. Эти контакты-прерыватели размыкаются попеременно скользящим контактом.

При замыкании тока часовой стрелкой мотор передвигает штатив с пробирками на $2\frac{1}{2}$ см. В этот момент скользящий контакт прерывает ток первого ряда, соскальзывая на контакт-прерыватель 2-го ряда, который в свою очередь замыкается часовой стрелкой через следующие 15 минут.

При помощи станка „конвейера“ значительно уточняется и облегчается постановка опытов, создавая значительные преимущества перед обычно применяющейся методикой.

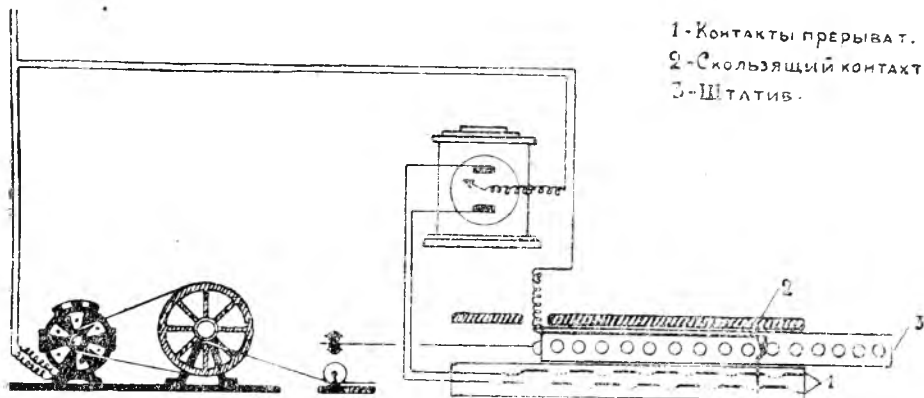


Рис. 2.

Применение станка „конвейера“

- 1) дает возможность вести наблюдение одновременно над несколькими животными;
- 2) устраняет целый ряд моментов возбуждающих опытное животное;
- 3) автоматически точно регулирует время собирания отдельных порций сока;
- 4) устраняет необходимость переливания отдельных порций желудочного сока, из подвешенного сосуда в другой при условии применения градуированных пробирок;
- 5) облегчает работу экспериментатора, освобождая его от механической работы по собиранию отдельных порций сока и тем самым дает возможность более внимательного наблюдения за всеми животными во все время опыта.

Из Терапевтического отделения Златоустовской городской больницы им. Октябрьской Революции.

Случай эритремии Вокса.

Д-ра Н. А. Бачманова.

Больная Г., 44 лет, замужняя, жена рабочего механического завода, поступила в терапевтическое отделение Златоустовской городской больницы 10 марта 31 г. (история болезни № 1442) с жалобами на боли в левом боку, слабость, отсутствие аппетита и плохой сон. В декабре 1930 года больная упала на левый бок, был перелом одиннадцатого ребра, после этого стала замечать прогрессивно усиливающиеся боли в левом боку. До этого боли хотя и были, но не особенно сильные. Впервые боли появились полгода тому назад. Кроме того, больная отмечает своеобразную красноту лица и рук, особенно усиливающуюся, когда больная после мороза приходит в комнату или когда

возвращается из бани. Краснота появилась два года тому назад. Кровотечений больная не отмечает, но указывает, что достаточно малейшего ушиба, как у нее появляются кровоподтеки. Лечилась амбулаторно, без улучшений. Муж здоров. Имела 4 нормальных родов. Менструации с 15 лет, нормальны. Росла и развивалась правильно. Отец умер скоропостижно от порока сердца. Мать умерла после какого-то длительного заболевания. В 1921 году больная перенесла сыпной тиф.

St. praes. Телосложения правильного, питания удовлетворительного; кожа лица, шей и рук (кистей и отчасти предплечий) вишнево-красного цвета. На лице сильно развита венозная сеть. Слизистая мягкого неба резко гиперемирована, на коже правого предплечья два кровоподтека желто-бурого цвета, величиной в 2-копеечную монету. В области правой доли щитовидной железы имеется опухоль, величиною с большой грецкий орех. Со стороны легких ненормальностей не отмечается. Правая граница сердца—левый край грудины, верхняя—3 ребро, левая—на один поперечный палец кнаружи от соска. Сердечный толчок ограниченный, в 5 межреберья. Тоны чисты, 1-ый тон на верхушке хлопающий. Пульс 102 в 1 минуту, трудно сжимаем. Селезенка плотная, неболезненная, выстоит на 2 поперечных пальца. Печень плотна, выстоит на 2 поперечных пальца. Слизистая верхних дыхательных путей гиперемирована, капилляры расширены; истинные голосовые связки розового цвета, подвижность их хорошая. На обоих глазах резко увеличен калибр вен дна глаза, цвет их темнее обычного; вены извилисты. Сосок и сетчатка без изменений. Поле зрения норма. Острота зрения: правый глаз 0,7 с коррекцией 0,9, левый 0,5 с коррекцией 0,7; смешанный астигматизм на обоих глазах. Кровяное давление по Р.-Р. $135/90$. Время кровотока 2 минуты. $PO_2=6$, $Hb=131\%$, $E=7,35000$, $Fi=0,89$, $L=11200$, $Миэл. 1,5\%$, юных $4,5\%$, палочковидных $4,5\%$, сегментированных $70,5\%$, лимфоцитов 12% , моноцитов $3,5\%$, базофилов $2,5\%$, клетки Тюрка 3 на 400. Полихроматофилия, анизотитоз. *Рентгеноскопия:* в легких очаговых изменений не имеется, значительно усилен рисунок обоих гилъсов, а также легочной рисунок верхнего и среднего отделов левого легкого. Сердце—форма в виде неправильного треугольника, левая граница представляет прямую (без обычных разделений на отделы). Размер сердца—увеличенный левый желудочек. Пульсация левого контура медленная. Реакция Вассермана отрицательная. Моча буро-желтого цвета, мутная. Удельный вес 1024, реакция—кислая. Белок—следы. Кровь, желчные пигменты, индикан—отсутствуют, уробилин—р. слабо-положительная. В осадке много клеток плоского эпителия; кристаллы щавелево-кислой извести, единичные лейкоциты. Со стороны нервной системы ненормальностей не отмечается: все виды чувствительности норма, рефлексy норма. Ашнер отрицателен. Температура субфебрильная.

Для лечения больной была применена рентгенотерапия, освещались преимущественно кости. 19/III Sternum 40 ст. Thd 4 MA, 0,5 cur+mAl. 120 kv. Доза $1\frac{1}{4}$ Н.—21/III. Верхняя часть левого бедра; техника та же.—24/III. Нижняя часть левого бедра; техника та же.—26/III. Верхняя половина правого бедра, нижняя часть правого бедра; техника та же. Боли в области селезенки держатся: $Hb=130\%$, $E=7120000$, $L=1'000$, $Fi=0,9$, Эоз. 1.25% , Ю. $1,5\%$, П— $2,75\%$, С— $75,5$, Л, 13% . Мон.— 6% , клетки Тюрка 1:400.—31/III. Селезенка спереди—4 mAl 120 KV 2 Н.—4/IV. Селезенка сзади $1\frac{1}{2}$ Н, при технике от 19/III.

Состояние больной без перемен, селезенка выстоит на 2 попереч. пальца, печень—на 3. $Hb=130\%$, $E=6000000$, $Fi=1,0$, $L=5800$, Б.— 1% , Миэл.— 1% , Ю— 4% , П— 4% , С— 77% , Л.— 10% , Мон.— 3% . 21/IV. Верхняя $\frac{1}{3}$ лев. бедра $3\frac{1}{2}$ Н, 130 KV.—23/IV. Нижняя $\frac{1}{3}$ левого бедра $3\frac{1}{2}$ Н.—25/IV. Верхняя $\frac{1}{3}$ правого бедра, селезенка спереди 3,5 Н.—2/V. Нижняя $\frac{1}{3}$ левого бедра. Состояние больной то же. $Hb=122\%$, $E=6830000$, $L=7600$, $Fi=0,9$, Эоз.— 7% , Ю— 1% , П— 11% , С— 56% , Л— 20% , Мон.— 5% .

27/VI. Боли в области селезенки держатся. $Hb=127\%$, $E=6490000$, $L=5200$, $Fi=0,98$, $PO_2=7$ м.м., Б.— 1% , Эоз.— 3% , Ю.— 1% , П— 4% , С— 75% , Л— 5% , Мон.— 10% .

Всего было сделано больной 13 сеансов, максимальная доза $3\frac{1}{2}$ Н.

Со стороны красной крови сдвига почти не имеется, со стороны белой крови имеется уменьшение лейкоцитов и почти никаких изменений со стороны формулы крови. Больная продолжает лечение амбулаторно.

Ввиду малого эффекта от рентгенотерапии больной проведен курс впрыскиваний 10% *natri kakodilici*, что также не дало значительного эффекта. При амбулаторном обследовании больной 13/VII обнаружено: жалобы на боли в селезенке, краснота кожи лица, ушей и рук без перемен. Селезенка плотная, болезненная, выстоит на 3 поперечных пальца. Печень выстоит на 2 поперечных пальца, плотная, слегка болезненная. Со стороны крови имеется незначительное уменьшение количества гемоглобина и лейкопения. Hb—120%, E—6150000, Fi—0,99%, L—2000, B—1%, Эоз.—3%, J—1%, St.—5%, S—81%, L—5%, Мон.—4%. Больная продолжает быть под наблюдением.

Наш случай замечателен тем, что мы имеем в крови значительный сдвиг влево до миелоцитов, одновременное наличие зоба у больной и несвойственное данному заболеванию увеличение сердца влево. Сестра нашей больной страдает также зобом, но не имеет признаков полицистемии *tubra*. Больная продемонстрирована на заседании научной ассоциации города Златоуста 30 июля 1931 года.

Из хирургического отделения Осташковской горбольницы.

Случай желудочно-ободочного свища на почве послеоперационной пептической язвы тощей кишки.

Д-ра Б. В. Коржавина.

Затрагиваемый мною вопрос уже неоднократно дебатировался на страницах медицинской прессы с целью внести ясность в методику оперативного вмешательства при тяжелом осложнении такой сравнительно безопасной операции, как наложение желудочно-кишечного соустья при язве желудка и 12-ти перстной кишки.

Тяжесть оперативного вмешательства при ободочном свище, дающая до 60% смертности, наталкивает мысль хирурга на возможное упрощение такового. В ряде сообщений нашей и иностранной литературы бросается в глаза то обстоятельство, что резко отягчающим операционный момент является резекция ободочной кишки, либо предпринимаемая с целью полного иссечения свища, либо вынуждаемая повреждением при операции сосудистой дуги брыжейки ободочной кишки. Длительность операции, неизбежно влекущая за собой погрешности в асептике, скверное заживление сшиваемых концов ободочной кишки, а также расстройство кровообращения последней дают недостаточность швов ободочной кишки и последующий перитонит, противостоять которому силы истощенного свищем больного, уже не могут. Поэтому казалось бы желательным всеми возможными мерами избежать резекции ободочной кишки и повреждения сосудов *mesocolonis*. Следует учитывать то обстоятельство, что язва желудка и 12-типерстной к., ради которой была предпринята первая операция, и послеоперационная язва тощей кишки к моменту второй операции по поводу ободочного свища обычно уже зажили, обстоятельство казалось бы парадоксальное, т. е. кислое желудочное содержимое омывает такие отделы кишечника, которые к нему совсем не привыкли, но имеющие значение в смысле возможности широкого вмешательства на стенках желудка и тощей кишки. Исследование подобных препаратов показывает непосредственный переход здоровой слизистой желудка через свищ на тощую и ободочную кишку без всяких язвлений последних. Ввиду вышеизложенного мне представляется рациональным методику операций по поводу ободочного свища вести с расчетом избежать резекции ободочной кишки, иллюстрацией чему является приводимый ниже случай, оперированный мною в Осташковской городской больнице.

И. Г. 33 лет, рабочий-штукатур, был оперирован в Осташковской больнице в 1924 году по поводу язвы 12-типерстной к., где ему было наложено заднее желудочно-кишечное соустье (д-р Никольский). Операция дала облегчение лишь на один год, после чего вновь появились боли под ложечкой, изжога и рвота. В 1926 году в Тверской губ. больнице у больного был распознан аппендицит и иссечен червеобразный отросток, что облегчения больному не доставило. В октябре 1930 года у больного появилась отрыжка жидкостью с ка-

ловым запахом, а по временам и рвота с частицами плотного кала. Больной быстро стал худеть и слабеть. В кале замечал неперевавленную пищу, из-за постоянной отрыжки калом избегает общества. 3/1—1931 года поступил в больницу: больной истощен, землистый цвет лица, сердце и легкие норма, пульс несколько учащен, слабого наполнения, стул жидкий 2—3 раза в день с неперевавленной пищей (молоко, хлеб), постоянная отрыжка жидкостью с каловым запахом.

Натощак желудочным зондом извлечено 30 к. с. темно-бурой жидкости резко кислой реакции и с каловым запахом. При пальпации подложечной области определяется небольшая (величиной с крупную сливу) опухоль, несколько смещаемая. На коже живота рубцы: по средней линии выше пупка и в правой подвздошной области от бывших ранее операций. Втечение 3-х дней подготовка к операции систематическими (2 раза в день) промываниями желудка и клизмами.

7/1—1931 г. под общим наркозом (хлороформ, эфир), операция (д-р Коржавин). Разрезом от мечевидного отростка и до пупка вскрыта брюшная полость. Сращенные с передней брюшной стенкой сальник и поперечная кишка осторожно отделены тупым путем. При пальпации желудка и 12-типерстной к. язвы не обнаружено, привратник пропускает конец указательного пальца. Заднее желудочно-кишечное соустье пропускает 2 пальца. На отводящей от соустья петле тощей кишки, в 4-х сантиметрах от соустья, обнаружено широкое свищевое отверстие между ободочной и тощей кишкой, пропускающее свободно 3 пальца. Вся область соустья и ободочного свища обильно укутана спайками. Произведена поперечная перерезка приводящего и отводящего от свища концов тощей кишки и циркулярный их шов, каковой был затруднен небольшим участком оставшейся приводящей к свищу петли тощей кишки. Затем оставшийся на свище участок тощей кишки был инвагинирован в ободочную кишку и укреплен там рядом узловых швов. К операционному полю подведен и там укреплен сальник. Глухой шов покровов живота. Длительность операции 2¹/₂ часа, наркозу истрачено—80,0 хлороформа и 250,0 эфира.

Первые три дня после операции была рвота жидкостью без калового запаха и кала, желтоватого цвета от примеси желчи. На четвертый день после слабительного и стула хорошее самочувствие. На 9-й день сняты швы—первичное заживление. Через 18 часов без видимой причины расхождение операционной раны с выпадением петли тонкой кишки. Петля омыта соевым раствором и вправлена в брюшную полость. Кожа зашита наглухо. Заживление вторичным натяжением. В дальнейшем выздоровление осложнилось недостаточностью сердечной деятельности, давшей обильный трансудат в брюшную полость, каковой окончательно был ликвидирован к 7/III 1931 года, дню выписки больного. При выписке со стороны желудочно-кишечного канала—норма, в подложечной области послеоперационная грыжа, самочувствие хорошее.

Описанный случай следует отнести к наиболее частым случаям ободочных свищей, как исходов прободения пептической язвы тощей кишки в ободочную. При наличии свища только между желудком и ободочной кишкой есть смысл, не прибегая к резекции ободочной кишки, отделить по тому же принципу желудок от ободочной, инвагинируя остаток стенки желудка в ободочную и зашивая отверстие в желудке наглухо. При затруднениях в технике здесь нам может придти на помощь методика д-ра В. В. Успенского (доступ к свищу через lig gastro-colicum). При наличии свища одновременно между желудком, ободочной и тощей кишками следует опять-таки, избегая резекции ободочной кишки, отдельно зашить желудок и тощую кишку и инвагинировать их остатки на свище в ободочную.

В заключение отмечу, что при такой тяжелой операции, как ликвидация ободочного свища, следует всеми силами стремиться к местной анестезии (инфильтрационная покровов, анестезия п. splanchnicum по Брауну), каковую, однако, в нашем случае из-за обилия сращений выполнить не удалось. Общий наркоз и резкий упадок сил больного до операции вызвали расхождение операционной раны после снятия кожных швов на 9-й день. Поэтому полагал бы, что швы после подобных операций следует снимать не ранее 14-го дня после операции.

Из нервной клиники Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани
(заведующий—проф. И. И. Русецкий).

Случай *diplegiae facialis periphericae* после отравления рыбным ядом*).

Ассистента И. Я. Чураева.

В клинической картине при отравлении рыбным ядом появлению симптомов со стороны нервной системы предшествуют общие явления отравления: чувство болезни, слабость, головная боль, повторные рвоты, поносы, боли в суставах, наступающие 12—24 ч. спустя после употребления в пищу токсических веществ. В нервной системе ботулический токсин особенно часто повреждает ядра III пары, в особенности те их части, которые имеют отношение к иннервации внутренней мускулатуры глаза. Поэтому классической картиной нервных повреждений при отравлении ботулическим токсином является паралич внутренних мышц глаза, *ophthalmoplegia interna*. Из наружной мускулатуры глаза наиболее повреждается *m. levator palpebrae superioris* и лишь редко—остальные мышцы глаза. Случаи повреждений VIII и X пар описаны.

В литературе последнего времени все чаще начинают попадаться описания случаев с исключительной локализацией нервных повреждений в периферической нервной системе. Так М. J. Mach из клиники проф. Pelna'а (*Revue neurologique* за 1930 г.) дает описание трех случаев отравления мясом и селедкой, где последствием отравления были тяжелые полиневриты без окулярных расстройств. Наш случай является разновидностью этой последней категории случаев.

Больная А., 56 лет, русская, замужняя, с значительным наследственным отягощением (мать больной страдала психозом, отец—алкоголизмом) заболела 10/XII 30 г. В этот день за обедом она поела судака, поджаренного на маргарине. Уже вскоре после обеда она почувствовала неприятные ощущения в области желудка, а ночью начались понос и рвота. Эти явления были и у ее мужа, причем у него явления гастроэнтерита к утру почти стихли. У самой больной начавшиеся приступы продолжались с неослабевающей силой еще в течение двух ближайших дней, сопровождаясь большой общей слабостью, головокружением, двоением в глазах, слезотечением. В дальнейшем состояние больной улучшилось, продолжали оставаться слабость и тошнота. 22/XII у больной появились боли за ушами, а на следующий день она отметила, что плохо держит во рту жидкую пищу и чай, а твердая пища попадает ей за десны и она вынуждена была удалять ее с помощью пальцев. С отмеченными явлениями больная 27/XII поступила в нервную клинику ГИДУВ.

При объективном исследовании изменения в нервной системе у больной были отмечены со стороны VII и V пар черепно-мозговых нервов, причем первые преобладали в клинической картине и выразились двусторонним параличом лицевой мускулатуры. Паралич лицевых нервов представлял все особенности периферического паралича. При попытках больной закрыть глаза—устанавливалось характерное положение Шарль-Беллековского симптома (*Lagophthalmus* и отхождение глазных яблок вперед и кнаружи). Показать зубы, надуть щеки, заострить губы для свиста, наморщить лоб в продольные складки—больная не могла. Электрореакция в лицевой мускулатуре была изменена в форме частичной реакции перерождения. При исследовании чувствительности на лице отмечалась гипестезия в границах, точно соответствующих иннервации n—IV. Вкус на двух передних третях языка был понижен.

Больших головных болей, изменений со стороны глазного дна у больной отмечено не было.

В клинике больная получала ванны, гальванизацию, уротропин, кофеин. 19/I 31 г. больная выписалась с улучшением общего состояния и с значительно убывшими симптомами паралича. В дальнейшем больная продолжала

*) Сообщено в научном собрании врачей института 3/V 31 г.

лечение в амбулаторном порядке, закончив его 10/V. Остаточные явления паралича продолжали держаться. Электрореакция в лицевой мускулатуре возвратилась к нормальному состоянию. Чувствительность выправилась. Вкус продолжал оставаться измененным, хотя и в меньшей степени.

Особенности приведенного случая определяются четырьмя моментами: 1) паралич лицевого нерва имеет двухсторонний характер, что встречается не часто; 2) этиологический момент паралича—интоксикация, а не обычно действующие причины („ревматическая“, базилярный менингит, кариес скалистой кости и др.); 3) случай относится к разряду отравлений токсином ботулизма и 4) атипичная локализация нервных повреждений в периферической части VII и V пар черепно-мозговых нервов характеризует четвертый момент в особенностях случая.

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Бактериология, иммунитет и эпидемиология сыпного тифа.

Проф. В. М. Аристовского.

Распоряжениями Советской власти по линии борьбы с заразными болезнями перед органами здравоохранения поставлена вполне определенная, четко очерченная задача, подлежащая выполнению в ближайший отрезок времени, в частности—в кратчайший срок подлежат уничтожению вспышки сыпного тифа. Каковы же те предпосылки, которые обеспечивают возможность исполнения этого задания и дают нам непоколебимую уверенность в совершенной реальности стоящей перед нами задачи? Сыпной тиф—социально-бытовая болезнь, и при анализе этиологических факторов, вызывающих это заболевание, первенствующее место мы должны отвести факторам социального порядка, чисто биологическая же сторона дела, имеющая место при каждой заразной болезни, отступает на задний план, в особенности, если мы будем иметь в виду массовое появление заболеваний среди населения, когда мы говорим о возникновении вспышек или эпидемий. Значит, для успешной борьбы с сыпным тифом все наши стремления должны быть направлены к созданию таких условий быта трудящихся нашего Союза, при которых будет исключена всякая возможность существования основных моментов, необходимых для возникновения сыпно-тифозных заболеваний. Быт, включая сюда и жилищные условия населения, питания, санитарно-гигиенические навыки и общий подъем культурного уровня—вот те узловые пункты, на которых должно быть сосредоточено наше внимание в деле профилактики и борьбы с сыпным тифом. Советский строй, при котором во главу угла поставлены интересы трудящихся масс, при котором законодательство исходит из основного принципа—в максимальной степени поднять благосостояние, обеспечить наилучшие культурные и бытовые условия жизни рабочего класса и трудового крестьянства, раскрывает перед органами здравоохранения широчайшую возможность оздоровления всей нашей страны и полного изжития тех бытовых факторов и культурной отсталости населения, которые служат основой возникновения сыпно-тифозных заболеваний. Гигантски выросшая к настоящему моменту материальная база нашей страны стала реально существующей предпосылкой для круглого подъема кривой культурной революции, для широкого развития оздоровительных мероприятий и культурного строительства. Наличие указанных предпосылок обязывает всех работников здравоохранения в полной мере использовать создавшуюся благоприятную ситуацию в борьбе с заразными болезнями. Всякое промедление, отсутствие должной активности и настойчивости в своевременном проведении профилактических мероприятий, отсутствие у органов здравоохранения четко разработанного плана борьбы с той или другой формой заразного заболевания, неувязка работы органов здравоохранения с другими организациями, ведающими культурным строительством, недостаточно энергичная и не всегда умелая пропаганда среди хозяйственных организаций эффективности материальных затрат на борьбу с заразными болезнями—все это может повести к тому, что дело здравоохранения отстанет от темпов общего строительства, неминуемо произойдет разрыв между требованиями данного момента и состоянием и развитием оздоровительных мероприятий. Для того, чтобы наши мероприятия были эффективны, план этих мероприятий должен строиться на точном знании современных научных данных, и если мы имеем сейчас в виду борьбу с сыпным тифом, то те теоретические положения, на которых зиждятся практические мероприятия, должны быть отчетливо известны всем работникам здравоохранения, из которых каждый должен чувствовать и нести ответственность за скорейшее разрешение задачи по борьбе с сыпным тифом.

Подавляющее число работ по бактериологии сыпного тифа имеет лишь историческое значение. Центром внимания бактериологической мысли являются в настоящее время тельца Prowazek'a, детально изученные Roschalin'a, Tör-

fer'om, Wolbach'om, Todd'om, известные, под названием *Rickettsia Prowazeki* и постоянно находямые в кишечнике зараженных сыпным тифом передатчиков этой болезни—вшей. Вне телец *Rickettsia Prowazeki* нет сыпного тифа; они являются носителями *virus'a*. Однако нахождение этих телец в организме зараженного животного или больного человека не может еще считаться доказанной. В этом отношении весьма интересны работы Moore'a, который обнаружил в эндотелиальных клетках *tunica vaginalis* зараженной мексиканским сыпным тифом морской свинки тшичные *Rickettsia*. В связи с закономерным появлением при сыпном тифе у человека агглютининов к культуре *b. proteus x₁₉*, в литературе рядом авторов высказано положение о генетической связи *Rickettsia Prowazeki* с *b. proteus x₁₉* (Friedberger, Breinl, Weigl, Feigin, Kutsinsky и др.). Вне зависимости от решения вопроса о механизме реакции агглютинация культур *b. prot. x₁₉* сывороткой сыпно-тифозных больных, эта реакция, известная под названием реакции Weil-Felix'a, получила большое практическое значение в диагностике сыпного тифа как у постели больного, так и при обследовании эпидемических очагов с целью ретроспективного диагноза, а также для вылавливания „стертых“ форм и бессимптомной инфекции сыпным тифом.

Основные факты, касающиеся способа заражения и путей распространения сыпного тифа, экспериментально обоснованные в опытах на обезьянах и морских свинках (основные опыты принадлежат Nicoll'ю, Goldberger'y, Anderson'y, Mc Campbell'ю, Gavin'y, Girard'y) сводятся к следующим положениям: 1) заражение человека сыпным тифом происходит путем укуса зараженной платяной (гл. обр.) и головной вши; 2) вошь передает заразу укусом спустя 5—6 дней после кормления заразной кровью; 3) кровь больного является заразной за 2 дня до начала болезни и спустя 2 дня после падения т¹; 4) некоторые формы сыпного тифа могут передаваться другими насекомыми: клещами (марсельская лихорадка, африканский сыпной тиф, лихорадка скалистых гор), крысиными блохами (болезнь Brill'я и, б. м., мексиканский сыпной тиф); 5) сыпной тиф может протекать не только под видом нетипичных стертых форм, но и в виде бессимптомной инфекции как у экспериментальных животных, так и у человека (Ramsin, Барыкин, Kraus); 6) герминативная передача *virus'a* у вшей большинством исследователей отвергается; 7) механизм иммунитета не ясен—повидимому, он носит гуморальный характер; 8) попытки применения специфической вакцинации и серотерапии не увенчались успехом.

Основное положение, на котором должны строиться профилактика и борьба с сыпным тифом, следующее: сыпно-тифозный *virus* может находиться 1) в организме больного человека и 2) в теле вши (я разумею европейскую форму сыпного тифа). Вне этих условий *virus* в природе существовать не может, а все то, что обеспечивает мирное сожительство человека и вши, является весьма благоприятной средой для интенсивного распространения *virus'a* и может служить плацдармом для развития сыпно-тифозных эпидемий. Следовательно, основным мероприятием борьбы с эпидемиями сыпного тифа должна быть борьба со вшивостью, уничтожение вшей не только как возможного резервуара сыпно-тифозного *virus'a* в природе, но и как единственного передатчика болезни. Различного рода установок и средств для уничтожения вшей предложено много и при умелом пользовании они действуют не плохо. Плохо здесь лишь то, что на них мы до сих пор возлагаем слишком много надежд, а в сущности они должны являться лишь *ultima refugium*. Я хочу этим сказать, что центр тяжести должен быть перенесен на меры, предупреждающие появление у человека вшей, а меры эти сводятся к тому, что способствует чистоте человеческого тела и жилища и мешает существованию и размножению вшей, что улучшает жилищные условия, что повышает санитарно-гигиеническое состояние местности и санитарно-гигиенические условия жизни населения. Профилактика сыпного тифа сводится к борьбе за чистоту, к борьбе с грязью и нечистоплотностью, проводимой неослабно и повседневно вне зависимости от того, грозит нам или нет сыпной тиф, и во всяком случае не путем только временных кампаний, по окончании которых достигнутые результаты не остаются надолго и прочно закрепленными. Органы здравоохранения должны стремиться к тому, чтобы и во внеэпидемическое время население должно быть полностью обеспечено банно-прачечными установками и могло беспрепятственно наблюдать чистоту своего тела и одежды. Особому надзору должны подлежать места большого скопления людей; обитатели должны подлежать тщательной и систематической сан. обработке; для прибывающих группами рабочих, красноармейцев в со-

ответствующих местах должны устраиваться пропускники и изоляционно-пропускные пункты, которые в случае нужды могут быть использованы и для стационарного населения.

Если бы подобные общепрофилактические мероприятия, да к тому еще меры личной профилактики против вшивости проводились достаточно энергично и систематически, то можно было бы быть уверенным в полной победе над сыпным тифом.

Т. к. на этом фронте культурной революции мы к настоящему времени не достигли желательных и вполне возможных темпов, то и теперь еще нам приходится иногда считаться с возможным наличием вшей в особо угрожаемых группах населения, а следовательно и с возможностью вспышек сыпно-тифозных заболеваний при появлении в таких группах населения спорадических случаев сыпного тифа. Так как при этих условиях резервуаром сыпно-тифозного *virus'a* становится человеческий организм, то отдельные индивидуумы, являющиеся носителями *virus'a*, немедленно должны стать предметом внимания врача-эпидемиолога. Эти лица должны быть немедленно или изолированы, или обезврежены в смысле возможности служить источником распространения заразы. Никогда не нужно забывать, что носителем *virus'a* является не только больной типичной формой сыпного тифа, подлежащий обязательной госпитализации, но и больные т. н. нетипичными „стертыми“ формами и, что в особенности важно, даже лица, совершенно здоровые, прodelывающие бессимптомную инфекцию. Существование таких форм сыпного тифа у человека нужно теперь считать доказанным благодаря работами *Ramsi'n'a* и *Барыкина* с сотрудниками. Распознавание их основывается на выпадении реакции *Weil-Felixa* и результатах заражения морской свинки кровью таких субъектов (вши, снятые с них, также содержат *virus*).

Имея огромное практическое значение в борьбе с сыпным тифом, факт существования у человека бессимптомной инфекции призывает в то же время свет на вопрос о том, где сохраняется в природе сыпно-тифозный *virus* во внеэпидемическое время.

Научные достижения последнего времени в учении о сыпном тифе дают, т. о., нам в руки средство нащупать те трудно условимые при обычном наблюдении и искусно замаскированные пути, по которым сыпно-тифозный *virus* просачивается в население, создавая при наличии соответствующих условий угрозу новых вспышек.

Систематическая планомерная борьба, построенная на последних научных достижениях, должна стать лозунгом как органов Здравоохранения, так и всей широкой советской общественности. Нам не должны смущать трудности этой борьбы, ибо мы располагаем в настоящее время всеми необходимыми предпосылками для благополучного разрешения задачи по ликвидации сыпного тифа в нашей стране. По своей сущности борьба с сыпным тифом есть борьба на фронте культурной революции, являющейся важнейшей задачей сегодняшнего дня, поставленной перед нашей страной Советской властью.

Из Гистологической лаборатории Казанского государственного медицинского института. (Завед.—проф. А. Н. Миславский).

Новейшие взгляды на иннервацию пищеварительной трубки.

Ст. ассистента **Н. Г. Колосова.**

Вопрос об иннервации пищеварительной трубки, являющийся одним из наиболее трудных отделов автономной нервной системы, стоял в последнее десятилетие в центре внимания биологов. В самое последнее время появился целый ряд работ, посвященных „enteric nervous system“, как назвал *Langley* *Азербасовское* и *Мейсснеровское* сплетение вместе. Я остановлюсь, главным образом, на морфологических исследованиях, которые, надо сказать, являются весьма многочисленными и чрезвычайно интересными и выяснившими многие до сего времени

неясные вопросы иннервации пищеварительного тракта, но вместе с тем и поставившими новые вопросы, которые ждут своих исследователей. Большинство этих работ принадлежат русским авторам, особенно интересовавшимся изучением этого отдела автономной нервной системы. Из русских школ, работавших последние годы в этой области, я назову Харьковскую школу проф. В. П. Воробьева, Московскую школу проф. В. И. Лаврентьева и, наконец, Казанскую школу проф. А. П. Миславского. Но прежде чем излагать результаты этих исследований, я должен хотя бы вкратце остановиться на классических работах выдающегося русского неврогистолога прошлого столетия А. С. Догеля. Работы Догеля являются той базой, на которой строятся все новейшие исследования в области автономной нервной системы.

Как известно, Догель установил три типа нервных клеток для периферической автономной нервной системы. Классификация Догеля основывается главным образом, на длине и форме клеточных отростков. Первый тип—клетки округлой формы с многочисленными протоплазматическими отростками, которые недалеко от клеточного тела быстро разветвляются и заканчиваются в пределах данного ганглия. Нейрит их представляет длинную, ровную, гладкую нить, которая покидает ганглий и может быть прослежена проходящей через несколько соседних нервных узлов. В результате терминальные веточки оканчиваются в гладкой мускулатуре и железах. Второй тип—количество дендритов ограничивается 5—8, длина их превосходит длину дендритов 1-го типа, они, как правило, уходят за пределы данного ганглия. Аксон—такая же длинная ровная нить, как и у клеток 1-го типа. Тело клеток имеет овальную форму. Третий тип встречается в пищеварительной трубке очень редко и поэтому его описание я опускаю. Но Догель не ограничился чисто морфологическим описанием, но помня, что форма всегда отражает функцию, строит чрезвычайно интересную гипотезу о физическом значении описанных им клеточных элементов. Клетки 1-го типа стоят, по мнению Догеля, в связи с цереброспинальными волокнами, аксон их оканчивается на элементах гладкой мускулатуры, отсюда Догель заключает, что они являются двигательными элементами и поэтому называет их „моторными“ клетками. Дендриты клеток 2-го типа доходят, по наблюдениям Догеля, до *t. submucosa* и даже *t. mucosa propria* и воспринимают там соответствующие раздражения, нейрит же их заканчивается перичеллюлярами на теле клеток 1-го типа. На основании этих наблюдений Догель предполагает, что они являются „чувствительными“ клетками и, кроме того, он получает возможность говорить о местной рефлекторной дуге, явлении чрезвычайно важном и необходимом для объяснения многих физиологических и клинических наблюдений. Вскоре все эти наблюдения Догеля, сделанные им на млекопитающих, были подтверждены его учеником Закусевым на пищеварительном тракте рыб. Кроме классификации клеточных элементов Догель, этот необычайно тонкий наблюдатель, еще тогда обратил внимание на то обстоятельство, что различные типы клеточных элементов различно участвуют в строении ганглиев Ауэрбаховского и Мейснеровского сплетения. Именно, в то время как ганглии Ауэрбаховского сплетения кишечника состоят преимущественно из элементов 1-го типа, в Мейснеровском сплетении, наоборот, преобладающим является второй тип. Этим Догель положил, в сущности говоря, начало учению о citoархитектонике автономной нервной системы пищеварительного тракта, учению, которое развил в своих последних работах Лаврентьев с своими учениками.

Затем Догель указал также и на то чрезвычайно важное обстоятельство, что элементы 1-го типа должны стоять в связи с цереброспинальными волокнами. Вот, помня это указание Догеля, а также общее положение Langley'я о строении эфферентной цепи автономной нервной системы из 2-х нейронов, Лаврентьев делает блестящие опыты с перерезкой *n. vagi* у собак. Перерезая *n. vagus* ниже *ganglion nodosum*, Лаврентьев оставлял животных на разные сроки, после того умерщвлял их и изучал ход дегенерирующих волокон при помощи серебряной методики (Bielschowsky-Gross). Ему удалось обнаружить, что все мякотные волокна находились в различных стадиях перерождения вплоть до их терминальных разветвлений. Он проследил их в нервных пучках, которые подходят к ганглиям, видел их перерождение в интерцеллюлярном сплетении. Он установил, что перерождающиеся волокна интерцеллюлярного сплетения переходят в перичеллюлярные аппараты на клетках 1-го типа Догеля и эти аппараты несут на себе те же самые следы дегенерации, что и производящее их волокно.

В этом пункте процесс дегенерации останавливается и постганглионарные волокна—нейриты ганглиозных клеток остаются совершенно нетронутыми. Это, конечно, очень важный момент, имеющий большое принципиальное значение. Факт остановки дегенерации на периделлюлярных аппаратах является блестящим морфологическим доказательством одного из важнейших физиологических положений Langley'я о перерыве преганглионарных волокон в периферических ганглиях. До сих пор никто не мог показать этого на экспериментально-морфологическом материале и поэтому Ph. Stöhr до самого последнего времени утверждал, что Langley'евская гипотеза о перерыве не имеет никакого морфологического субстрата. Периделлюлярные аппараты были описаны на самых различных клетках автономной нервной системы выдающимися неврогистологами, как Ramon y Cajal, Догель, Арнштейн и целым рядом учеников последнего (Плошко, Смирнов, Тимофеев и др.), а также в новейшее время Лаврентьевым, Колосовым и Ивановым, C. Hill, Tiegs, A. Kuntz, R. Grewing, Леонтович и многими другими.

Однако, несмотря на это, описанные образования вызвали сомнения со стороны некоторых неврогистологов. Может быть, этот скептицизм и имеет под собою некоторую почву, если принять во внимание несовершенство даже наших новейших методов исследования нервной системы, но все же не надо забывать, что они были обнаружены различными методами, как при помощи метиленовой сини, так и при помощи импрегнации серебром. Если вспомнить, что их описали великие мастера, творцы современных методов обработки нервной системы, как Ramon y Cajal, Догель и Арнштейн, то уже и тогда трудно было сомневаться в наличии периделлюлярных аппаратов. А после того как Лаврентьев представил экспериментальные доказательства, едва ли могут иметь место какие бы то ни было сомнения в этом отношении. С этого момента перерыв вагальных (цереброспинальных) волокон в ганглии Ауэрбаховского сплетения должно считать твердо установленным.

Это предсказывал Догель, об этом говорил и Langley, но и этот последний, создавший со своей никотиновой методой свое учение об автономной нервной системе, не мог высказаться определенно относительно разбираемого отдела, ибо те опыты, которые были им поставлены с Andergo'ом, не дали им тех результатов, которые обычно получаются с никотиновой методой в других частях автономной нервной системы. Никотин даже в больших дозах не парализует эффектов, которые могут быть получены раздражением волокон, выходящих из ganglion mesenter. inf.

Доказав наличие перерыва, Лаврентьев совершенно точно локализовал его, указав, что волокна n. vagi прерываются или вернее связаны с клетками I-го типа Догеля. Таким образом оправдалось предположение Догеля, сделанное им на основании чисто морфологических наблюдений. Далее в этой же работе Лаврентьев обращает внимание на количественные отношения клеточных элементов нервных ганглиев, залегающих в толще стенки пищевода. Уже здесь он указывает, что ганглии Ауэрбаховского сплетения пищевода состоят почти исключительно из элементов I-го типа, в то время как в Мейсснеровском сплетении преобладающим является второй тип. С этого момента он широко начинает развивать свое интересное учение о цитоархитектонике автономной нервной системы пищеварительной трубки. В дальнейших работах цитоархитектоника разрабатывается для всех отделов пищеварительного тракта млекопитающих. Наблюдения чрезвычайно любопытны и имеют, несомненно, большое теоретическое значение. Картина получается следующая. Ганглии Ауэрбаховского сплетения пищевода состоят только из элементов I-го типа, в желудке первый тип является преобладающим, но мы встречаемся и с клетками II-го типа. В duodenum количество клеток II-го типа возрастает, в jejunum их еще больше, и ileum их количество достигает до 50%. В толстых кишках картина снова меняется. I-й тип снова становится преобладающим и в rectum в области sphincter internus ганглии межмышечного сплетения имеют в своем составе так же, как и в пищеводе, только „моторные“ клетки I-го типа. Почти одинаковые результаты в смысле топографического распределения клеточных элементов получила в пищеварительном тракте коровы одна из сотрудниц Лаврентьева—Соколова. Но при этом она отметила и некоторые отличия. Она между прочим указывает, что процентное отношение клеток II-го типа у коровы много больше, чем у собаки. Если принять во внимание, что опыты с перерезкой n. erigens, сделанные также

в лаборатории Лаврентьева, привели к тем же результатам, что и с *p. vagus*, т. е., что клетки I типа Ауэрбаховского сплетения гесті связаны также с парасимпатиком, то анализируя данные Солововой, мы можем сказать, что *p. vagus* и *p. erigens* у коровы связаны с меньшим числом нервных элементов, нежели у собак. Это касается, по словам автора, главным образом *p. erigens*. Таким образом, на основании чисто морфологических данных, получается возможность довольно точно определить степень участия парасимпатикуса в иннервации того или иного отдела пищеварительной трубки.

Но кроме создания учения о цитоархитектонике автономной нервной системы пищеварительного тракта, учения, приобретающего чрезвычайный интерес не только для биологов, но и для клиницистов, кроме доказательства принадлежности клеток I-го типа Догеля к парасимпатической системе, Лаврентьев дает еще описание некоторых весьма важных морфологических особенностей этих клеточных элементов. Я разумею здесь те „Dendritlamellen“, как назвал Лаврентьев в те впервые им описанные характерные образования, которыми заканчиваются протоплазматические отростки клеток I-го типа. Дело в том, что большинство дендритов „моторных“ клеток на некотором расстоянии от клеточного тела начинает постепенно расширяться, переходя в конце концов в оригинально пластинчатые образования, обладающие очень нежным фибриллярным аппаратом. По мнению Лаврентьева, „Dendritlamellen“ являются окончаниями дендритов и приспособлением, увеличивающим воспринимающую поверхность клеточного тела. В скором времени „Dendritlamellen“ были описаны целым рядом авторов у самых различных представителей животного царства. Иванов описал их для пищеварительного тракта птиц, Колосов и Иванов наблюдали их в весьма выраженной и оригинальной форме в желудке стерляди. Ph. Stöhr дает прекрасное описание и рисунок этих образований для кишечника кролика. Он дал им название „Fibrilläre Verbreiterungen“ коротких отростков, что объясняется общими взглядами автора на строение автономной нервной системы. Автор является ревностным представителем синцитиального строения автономной нервной системы и поэтому отрицает всякую возможность дифференцировать клеточные отростки, т. е. различать отдельно дендриты и аксоны, называя всякие попытки авторов к подобному ограничению лишеными какого бы то ни было основания. Как видно из его последней работы, он до сих пор различает „короткие отростки“, которых бывает много, и один или два длинных отростка. „Короткие отростки“—это дендриты авторов, длинный отросток—аксон. По мнению Ph. Stöhr'a „фибрилярные расширения“ или „Dendritlamellen“ Лаврентьева ни в коем случае нельзя считать окончаниями коротких отростков. Они не имеют резко очерченных границ и их нейроплазма постепенно, не прерываясь, переходит в плазму окружающей ткани. Нейрофибрилярный аппарат рыхляется на краю „фибрилярного расширения“, приобретая нежное ячеистое строение. Этим фибриллярные расширения „коротких отростков“ погружаются в окружающую ткань и весьма напоминают периферические сети Воекера. Ограничиваясь пока этими немногими замечаниями, я перейду к изложению результатов, полученных мною в совместных работах с Г. И. Забусовым и отчасти с И. Ф. Ивановым. Интересные данные Лаврентьева, как и вообще всякое научное исследование, нуждаются в проверке и дальнейшей разработке.

Наша лаборатория уже целый ряд лет работала в области автономной нервной системы и, главным образом, по иннервации пищеварительного тракта. Целый ряд работ вышел из лаборатории по автономной нервной системе низших позвоночных—рептилий (Колосов и Забусов), рыб (Колосов и Иванов), птиц (Иванов, Колосов и Забусов). На этих работах я останавливаться не буду, а коснусь их постольку, поскольку они связаны с последними нашими работами на человеке и голубях. Прежде всего я опишу те наблюдения, которые мы с Забусовым получили на пищеварительном тракте человека. В связи с только что цитированными работами Лаврентьева, в связи с его интересным учением о цитоархитектонике нервных ганглиев пищеварительного тракта у некоторых млекопитающих, нас естественно интересовали цитоархитектонические отношения пищеварительной трубки человеческого организма.

Получив некоторые данные в этом направлении, мы столкнулись здесь с одним обстоятельством, которое позволило нам расширить наши наблюдения. Дело в том, что ряд пищеварительных трубок был взят от детей, погибших от пневмонии. Просматривая первые же посеребренные препараты, мы сразу обратили вни-

мание на громадное количество перерожденных волокон, являющихся в подавляющем большинстве случаев мягкотными. Дегенерацию можно было совершенно свободно проследить до ее конечного пункта, именно до перивеллюлярных аппаратов на клеточных элементах интрамуральных ганглиев. Мы имели перед собой совершенно те же картины, какие наблюдал Лаврентьев в своих экспериментах с перерезкой парасимпатических нервов. Таким образом, мы имеем перед собой как бы эксперимент, поставленный самой природой.

Наиболее интересным и благодарным материалом оказался пищевод, где мы сделали наблюдения, которые, как вам кажется, являются нелишними интереса не только для биологов, но и для клиницистов. Наши данные по пищеводу касаются почти исключительно Ауэрбаховского сплетения. При изучении ганглия этого последнего мы пришли к тому выводу, что клеточные элементы, входящие в состав этих ганглиев, принадлежат все без исключения к элементам 1-го типа Догеля, что вполне согласуется с наблюдениями Лаврентьева на собачьем пищеводе и данными Соколовой, полученными ею при исследовании межмышечного сплетения пищевода коровы. Иванов, в своей работе об иннервации пищеварительного тракта птиц, также указывает, что клетки Ауэрбаховского сплетения пищевода в большинстве случаев являются элементами 1-го типа. R. Grewing, работавший на человеческом материале, прямо говорит, что все клетки Ауэрбаховского сплетения пищевода человека нужно причислить к клеткам 1-го типа. И, действительно, если считать, что „моторные“ клетки характеризуются многочисленными протоплазматическими быстро разветвляющимися отростками и длинным ровным нейритом, то мы не могли бы найти более типичных представителей 1-го типа. Отличить нейрит от дендритов не представляется никакой трудности. И хотя Ph. Stöhr, как это я уже указывал выше, не признает возможности дифференцировать отростки, указывая между прочим на то, что до сих пор еще никто не мог показать направление, ход и способ окончания „длинного отростка“, и, следовательно, называть его нейритом у нас не имеется никаких оснований, я все же смею указать, что его точка зрения едва ли может считаться в настоящее время правильной, так как целый ряд работ новейших авторов подтверждают старое мнение Cajal и Догеля. Укажу здесь на работы C. Ull, Tiegs, Колосова и Забусова, Иванова, Колосова и Иванова, Соколовой и особенно экспериментальные работы Лаврентьева. В своей работе о сердечных ганглиях Лаврентьев дает прекрасный рисунок маленького нервного узелка из левого предсердия кошки, где клетки, расположенные на границе с мускулатурой, посылают свои отростки в миокард, в котором они образуют конечные сплетения и тут же рядом второй рисунок моторных нервных окончаний в сердечной мышце. Аналогичные наблюдения сделал в свое время в Казанской гистологической лаборатории Н. Лавдовский, который, пользуясь методом золочения, проследил отростки клеток нервных узлов перегородки сердца лягушки и кролика до мускулатуры. В этой же лаборатории Плошко, одному из учеников Арштейна, удалось наблюдать в дыхательной горле собаки, как осевцилиндрический отросток одной нервной клетки, покинув ганглий, достигает гладкой мускулатуры и, углубившись, оканчивается в ней. Это старый, но чрезвычайно поучительный пример.

Ганглии Ауэрбаховского сплетения желудка имеют тот же клеточный состав, т. е. также состоят из элементов 1-го типа. В смысле дегенерации картина та же самая, что и в пищеводе. По аналогии с картинами Лаврентьева, а также на основании своих собственных опытов с перерезкой *n. vagi* голубей Колосов и Забусов пришли к заключению, что перерожденные волокна, которые наблюдались ими в пищеварительном тракте ребенка, являются волокнами *n. vagi*.

К сожалению, за недостатком места я не могу подробнее остановиться на этих наблюдениях. Мне еще хочется, хотя бы вкратце, изложить результаты опытов, произведенных Колосовым, Забусовым и Ивановым на голубях. Голубям производилось одно или двухсторонняя ваготомия. Сроки выживания от нескольких часов до 21 дня. Изучение хода дегенерации дали совершенно те же результаты, что и опыты Лаврентьева на собаке, а также наблюдения Колосова и Забусова на человеческом материале, т. е. *n. vagus* и здесь связан с элементами 1-го типа Догеля, ибо и здесь процесс дегенерации вагальных волокон останавливался на тех перивеллюлярных аппаратах, которые они образуют на этих клеточных элементах. Этот момент, как я уже указывал выше,

имеет большое принципиальное значение, так как он является весьма сильным аргументом в пользу Langley'евского учения о строении автономной нервной системы из 2-х нейронов. Впервые экспериментально морфологическое доказательство этого перерыва было представлено Лаврентьевым, а затем T. De-Castro в его блестящей экспериментальной работе на симпатической нервной системе. Далее, на основании изучения громадного материала, авторы приходят к заключению, что в смысле цитоархитектоники картина пищеварительного тракта голубей в основном сходна с млекопитающими, но все же имеет некоторые свои оригинальные особенности.

Ганглии Ауэрбаховского сплетения пищевода, всех отделов желудка состоят почти исключительно из элементов I-го типа. В 12 п. кишке отмечается присутствие „чувствительных“ Догелевских элементов. В Jejunum количество последних увеличивается. Конечный отдел ничем не отличается в смысле цитоархитектоники от пищевода.

При исследовании дегенерирующих волокон бросается в глаза то обстоятельство, что их количество далеко не соответствует количеству элементов I-го типа, с которыми они должны быть связаны. Может быть, это объясняется феноменом мультимпликации, о которой говорил Langley, т. е., что одно преганглионарное волокно может обслуживать несколько клеток периферического ганглия. Может быть, здесь играют роль его „intermediate mother cells“. Лаврентьев в своих работах склонен объяснять отмеченные явления феноменом мультимпликации. Но мне кажется, по крайней мере для наших наблюдений, такое толкование не совсем удовлетворительным. Дело в том, что мультимпликация в пищеварительном тракте птиц вовсе не так резко выражена, как это показал Лаврентьев для млекопитающих. Здесь, мне кажется, вполне возможно другое объяснение. Догель, описывая I-й тип, отмечал необыкновенное разнообразие клеточных форм этого типа. Вот с этим богатством форм столкнулись и мы при исследовании интрамуральной нервной системы пищеварительного тракта голубей. И мне кажется, что я не буду слишком смел, если скажу, что не все клетки I-го типа связаны с парасимпатиком, т. е. в данном случае п. vagus, как это склонен думать Лаврентьев. Пока что я высказываю это только в виде осторожного предположения, но во всяком случае некоторые наблюдения в этом направлении у нас имеются, и они заставляют нас думать несколько в другом направлении.

Литература. 1) Arnstein, K. Anat. Anz. Bd. 19. 1897.—2) Boeke, J. Zeitschr. f. mikr.-anat. Forsch. Bd. 7, H. 1, 1926.—3) Cajal y Ramon. Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés. T. 2, part. 2. Paris. 1911.—4) De-Castro, F. Travaux du Laborat. de recherches biol. de l'Univ. de Madrid. T. 26. 1930.—5) R. Grewing. Цит. по L. K. Müller. Lebensnerven, 1931.—6) Hill, Catherine J. Phil. Trans. of the roy. Soc. of London. Vol. 215 ser. B. 1927.—7) Iwanow I. F. Zeitschr. f. mikr.-anat. Forsch. Bd. 22. 1930.—8) Kolossow N. G. u. Sabussow G. H. Zeitsch. f. mikr.-anat. Forsch. Bd. 15. 1929, Bd. 18, 1929 u. Bd... 1932.—9) Kolossow N. G. u. Iwanow I. F. Zeitschr. f. mikr.-anat. Forsch. Bd. 22. 1930.—10) Kolossow, Sabussow u. Iwanow. Zeitschr. f. mikr.-anat. Forsch. 1932. 11) Langley, I. N. A short account of the sympathetic system. Phys. congr. Bern. 1895. Cambridge;—The autonomic nervous system. Brain. Vol. 26. 1903;—Connections of the enteric nerve cells. Journ. Phys. 1922. Цит. по A. Kuntz. The autonomic nervous system. 1929. London. 12) Lawrentjew, B. I. Zeitschr. f. mikr.-anat. Forsch. Bd. 16 u. 18. 1929, Bd. 23, 1931.—13) Плошко А. К. О нервных окончаниях в гортани и дыхательном горле у млекопитающих. Диссертация. Казань. 1896.—14) Закусев. Труды Общества естествоиспытателей в С.-Петербурге. Том 27, 1898.—15) Smirnow A. C. Anat. Hefte 45. 1909; Материалы к гистологии периферической нервной системы у амфибий. Казань. 1891.—16) Stöhr Ph. Mikroskopische Anatomie des vegetativen Nervensystems. Berlin. 1928.—Zeitschr. f. Zellforschung u. mikr. Anat. Bd. 12, 1931.



Joseph B. ...



Проф. Н. А. Виноградов.

По поводу столетия со дня рождения (1831—1931).

(С портретом на отд. листе).

В ноябре прошлого года исполнилось 100 лет со дня рождения одного из виднейших русских терапевтов—проф. Казанского медич. факультета Н. А. Виноградова.

Н. А. Виноградов родился 7 ноября 1831 г. в селе Выксы Ардатовского уезда Нижегородской губ. Первоначальное образование он получил дома, а также в семье владельца заводов Шенелева, где он занимался изучением иностранных языков под руководством учителя Ранцевича. В 1845 г. 14 лет от роду Виноградов поступил, минуя духовное училище, в Нижегородскую семинарию, где проходил курс вместе с известным писателем Н. А. Добролюбовым. В этой семинарии Н. А. пробыв около 5 лет и еще задолго до окончания оставил ее и возвратился домой; здесь в течение года он успел приготовиться к университетскому экзамену. Осенью 1851 г. он поступил на медицинский факультет Московского университета. 22 марта 1855 г. Н. А. оканчивает ускоренный курс по случаю войны и определяется военным лекарем в Польшу в 1 саперный батальон. В Варшаве он начал работать в военном госпитале. Здесь Н. А. написал свою первую научную работу о лечении малярии, доложенную в обществе врачей в Петербурге. В 1858 г. он получил в Польше степень доктора медицины. Благодаря своим научным работам Н. А. быстро выделился среди своих товарищей и по распоряжению Военно-медицинского департамента был прикомандирован к клиникам Медико-хирургической академии в 1860 г. В Петербурге он поступил ординатором в терапевтическую клинику проф. Шипулинского, где в это время адъюнкт-профессором был С. П. Боткин. Под руководством Боткина Н. А. занялся изучением влияния дигиталина на кровяное давление. В скором времени, благодаря научным занятиям в клинике, он получил известность как опытный работник и был послан за счет военного министерства за границу для усовершенствования. В Берлине Виноградов занимался у знаменитого патолога Вирхова, затем у Реклингаузена, Кюне, Клебса и кроме того посещал Берлинские терапевтические клиники и слушал лекции у знаменитого терапевта Траубе. У Кюне он занимался вопросом о сущности диабета. Результатом этих работ была статья под заглавием „О сущности сахарного мочеизнурения“, напечатанная в 1862 г. в Вирховском Архиве. Научные труды Виноградова за границу стали известными в России и в частности в Казани; медицинский факультет Казанского университета, высоко ценя его печатные работы, пригласил его на кафедру частной патологии и терапии. В 1863 г. после двухлетнего пребывания в заграничном отпуске Н. А. был назначен экстраординарным профессором и переехал в Казань. Однако он недолго оставался на этой кафедре; в скором времени он переводится на факультетскую терапевтическую кафедру. В этой клинике он продолжает заниматься главным образом в области изучения экспериментальным путем невропатологии.

Н. А. умер в 1886 г., оставив после себя богатое наследство в виде 52 работ по разнообразным вопросам внутренней медицины.

По своему времени Виноградов считался выдающимся терапевтом-невропатологом; ряд его работ посвящен нервным болезням; особенно много уделял он внимания малярии, столь распространенной в Казани и Поволжье. Однако, его широкая популярность в Казани и Поволжье объяснялась тем, что Виноградов был исключительно талантливый клиницист-терапевт и диагност. Профессор А. Г. Ге—ученик Виноградова—характеризует его так: „Вооруженный всеми новейшими способами исследования, знаток законов нормальной и патологической физиологии, знаток патологической анатомии, поклонник объективного наблюдения, почерпаемого у постели больного—он сразу изгнал из клиники натурфилософ. дух и придал своим диагнозам замечательную тонкость“. Другой его ученик и ближайший помощник Виноградова—д-р Дохман говорит о той „искре и творческом пыле“, который был присущ Виноградову и „который руководил кистью Рубенса, двигал пером Данте, направлял резец Микель-Анджело—это тот дар, которым природа наделяет лишь некоторых счастливых своих избранных, к числу которых принадлежал и наш учитель“. Выдающийся талант Виноградова, как терапевта-диагноста, при исключительной научной вооруженности и объективном методе наблюдения больного,—слагались из двух

элементов; тонкой наблюдательности и быстрого синтезирования наблюдаемых явлений и фактов. Надо отметить, что Виноградов в методике наблюдения большого широко пользовался анамнестическими данными; то, что мы теперь обозначаем термином „условия труда и быта“, условия внешней среды при анамнестическом анализе больного у Виноградова играло большую роль. В свое время Виноградов после С. П. Боткина и Г. А. Захарьина среди терапевтов занимал первое место. Надо также отметить, что Виноградов для своего времени отличался редкой чертой терапевта: он был, опять-таки выражаясь современным языком, „врачем-профилактиком“: он тесно увязывал терапию с гигиеной; одна из его публичных речей была посвящена этому вопросу.

Виноградов был и талантливый клиницист-преподаватель. Его лекции слушались с захватывающим интересом не только студентами, но и широкими кругами врачей.

Виноградов не был революционером и даже широким общественником; в личной жизни он был скорее замкнутым человеком „семейного склада“; свободное время и досуг он отдавал дому и много уделял времени музыке, будучи хорошим музыкантом. Но в происходившей внутри университета в 60—70-х годах борьбе дворянской и буржуазной групп—Виноградов определенно примыкал к последней, являвшейся носителем передовых для того времени идей. Из медиков в эту группу входили кроме Виноградова—Данилевский, Голубев, Якобий, Левитский, Субботин, Козлов и Лесгафт, причем роль лидера медицинского сектора группы играл Лесгафт, в период его пребывания в Казани. Попечитель Казанского уч. округа Шестаков в своем дневнике, выдержки из которого впервые опубликовал М. Корбут в своей книге «Казанский Гос. Университет за 125 лет (К., 1930 г., т. I и II)», характеризовал эту группу так: «Цель партии, по ее словам, общее благо Университета, вследствие чего, они, де, стараются удалить всех старых профессоров, всякую гниль»... «При выборе имеются в виду не столько ученые достоинства лица избираемого, сколько его дух и направление; выбирают, преимущественно, и почти исключительно, те, которые подходят под направление партии, которые одного с нею цвета» (т. II, стр. 26).

В так называемой «Лесгафтовской истории» в Казанском Университете, Виноградов может быть назван одним из активнейших сторонников Лесгафта. Два представления Лесгафта в орд. профессора (69 и 71 г.г.), подписанные Виноградовым (там же, с. 26—7), следует зачислить в состав редких документов из прошлого Казанского Университета. В отличие от сухих академических представлений, эти представления блещут непосредственностью и восторгом человека, увидевшего на соседней кафедре незаурядного ученого, целой головой стоящего выше большинства своих коллег. Тем больше надо придать значение последнему представлению, где говорилось, что *преподавательские заслуги и достоинства Лесгафта не оставляют желать ничего более и даже предупреждают исполнением самые строгие требования*,—т. к. оно писалось в самый разгар уже начавшейся «Лесгафтовской истории» и, следовательно, этот документ имеет значение и как политический документ. В нем слышны отзвуки происходивших уже «боев» в Медицинском факультете и Совете Университета, когда Виноградов нашел нужным своим представлением демонстрировать сочувствие Лесгафту и поддержать его в борьбе за автономию высшей школы против местного маленького «самодержца» попечителя Шестакова.

Виноградов был также первым председателем Казанского о-ва врачей. Он чутко относился к нуждам студенчества и „Ову вспомоществования студентам“ сделал крупное пожертвование в виде дома, в котором в свое время помещалась студенческая столовая (уг. ул. Бутлерова и Гоголевской)—место, в котором протекали бурные революционные эпизоды студенческой жизни.

В летописи Казанского медфака—ныне Казанского мединститута—имя проф. Н. А. Виноградова должно занять почетное место.

Библиография и рецензии.

Hirschberg N. „Fleckfieber und Nervensystem“. Verlag v. S. Karger, Berlin. 1932. R. M. II, 60, 124 S.

Монография Московского врача Николая Гиршберга: „Сыпной тиф и нервная система“ представляет собой 66-ой выпуск серии монографий из области неврологии, психиатрии, психологии и пограничных областей, издаваемой редакцией журнала: „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“. Монография содержит следующие главы: 1) патологическая анатомия; 2) периферическая нервная система; 3) симпатическая нервная система; 4) спинномозговая жидкость, оболочки мозга; 5) спинной мозг; 6) ствол мозга; 7) острая атакия; 8) большая полушария; 9) подкорковые узлы; 10) психические расстройства; 11) указатель литературы.

В своей монографии а. обнаружил глубокие знания как истории обрабатываемого им вопроса, так и современной литературы по нервно-психическим расстройствам при сыпном тифе. Та любовь, с которой а. изучал и описал нервные расстройства при сыпном тифе, передается и читателю, до того живо и интересно написана монография, особенно глава, описывающая психические расстройства. Остается лишь жалеть, что эта во всех отношениях примерная монография русского автора вышла в свет на немецком, а не на русском языке.

Ив. Галант (Ленинград).

K. Bonhöffer и P. Jossmann. *Ergebnisse der Reiztherapie bei prog. Paralyse*. Verl. S. Karger, Berlin, 1932, R. M. 14,80, 154 Seiten.

В этом сборнике соединены 11 статей берлинских психиатров, главным образом из клиники Бонгеффера, и подводятся итоги лечения прогрессивного паралича малярией, сульфосином и другими пирогенными средствами в берлинских психиатрических больницах—Херцберге, Виттенау, Бух и в Шарите. Всего подверглось „рейдтерапии“ свыше 2000 паралитиков. Существенно нового в сборнике нет. Интерес сборника заключается в том, что здесь на большом сравнительно материале лишний раз доказано, что наконец найден путь к успешной профилактике и лечению прогресс. паралича. Имеются в сборнике статьи под заглавием „Течение ювенильного паралича после милириотерапии“ (E. Heinze); „Параноидно-галлюциаторные картины состояния у паралитиков после лечения лихорадкой“ (A. Warstadt). „К патологии прогресс. паралича, леченного малярией“ (W. Vender); „Маляриотерапия и социальное положение“ (E. Möllenhoff); „Социальное определение (Einordnung) паралитиков леченных малярией“ (Käthe Misch-Frank).

И. Галант (Ленинград).

Dr. Max Ostermann. *Praktikum der physikalisch-dietätischen Therapie* Стр. 287, Wien. „Ars Medici“. 1931.

Автор, ученик проф. Мого, следуя практическим указаниям издательства, дал на 287 страницах мелкого шрифта чрезвычайно практическое сопоставление всех новейших данных по общей диететике, гелиотерапии, электротерапии, лечению ингаляциями, массажу, лечению гиперэмией, врачебной гимнастике, гидробальнео- и термотерапии и лечению радием. Очень удачны таблицы, указывающие содержание калорий, белка, углеводов, извести, хлористого натрия, пуринов, витаминов, излишка кислот и щелочей, щавелевой кислоты, времени переваривания, времени пребывания в желудке, общего состава пищевых средств. После общей части помещена обширная специальная часть, в которой показания физиотерапии и диетотерапии распределены по болезням. И здесь всюду обращено главное внимание на возможно более ясное описание техники, на критическое рассмотрение показаний и противопоказаний и, наконец, на ряд практических советов в смысле лечения. Принята во внимание вся новейшая, как книжная, так и журнальная литература. Таким образом, на сравнительно небольшом протяжении приведено в концентрированном виде множество практических указаний. Некоторым недочетом книги следует считать мелкий шрифт, который однако умышленно выбран для того, чтобы сделать книгу по возможности компактной.

Проф. М. Я. Брейтман (Ленинград).

Рефераты.

а) Онкология.

21) G. Kalischer. (The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1930, v. 94, № 9) полагает, что *рак является местным проявлением общего заболевания*. Он возникает при одновременном воздействии различных факторов, нарушающих взаимодействие между стимулирующими и регулируемыми силами организма. Постоянное химическое и механическое раздражение может вести к развитию рака особенно там, где указанное взаимодействие сил довольно нестойкое, напр., в пищеварительном тракте, где постоянно происходит обильная десквамация и возрождение эпителия; в матке—при гиперплазии желез эндометрия. На этом основано понятие о предрасположении при раке. Кроме местного предрасположения к раку надо отметить конституциональную склонность к заболеванию раком: рак легкого в кобальтовом производстве встречается у относительно малого количества рабочих. Рак шейки матки растет во время беременности у одних и подвергается обратному развитию у других беременных. Терапия рака не является радикальной с удалением опухоли: в организме остаются предрасполагающие факторы; с другой стороны, известны случаи излечения от рака при частичном освещении или неполном его разрушении; облучение одного узла при злокачественной гранулематозе иногда ведет к исчезновению остальных узлов. Разрушающее действие оказывают на опухоль клетки ретикуло-энд. сист., вырабатывая задерживающие рост раковых клеток вещества. В клинике известно, что введение раковому больному крови донора, опухоль которого подверглась облучению, или введение ему энзимов вело к временному исчезновению карциномы. Терапия рака должна сводиться к удалению опухоли и стимуляции клеток р.-э. с. Последняя должна идти по пути изыскания факторов, возбуждающих защитные, регуляторные и нейтрализующие стимулирующие ферменты организма. В. Ж.

б) Неврология и психиатрия.

22) Вейгадт (Modern treatment of mental disorders in german hospitals. The American Journal of Psychiatry. Vol. 87, № 3, XI. 1930) в коротенькой статье излагает достижения в современном лечении д.-больных в Германии. Отменены все меры стеснения (как изоляция, горячая рубашка, пеленания и т. д.). С большим успехом применяются длительные теплые ванны (до 12 часов днем и ночью) и длительный постельный режим, а также трудотерапия. Психотерапия в самом широком смысле (гипноз, психоанализ и т. д.) имеет мало успеха в применении к д.-больным. Большое значение в лечении д.-больных имеет внешняя обстановка больницы, т. к. больные живут нередко десятилетиями в больнице. Внешний вид психиатрических больниц ничем не должен отличаться от такового обычных соматических больниц. Ив. Галант (Ленинград).

23) E. Stransky (Wien med. Woch. № 41, 1931) указывает на большое значение психиатрии в общей врачебной практике и следовательно на необходимость для всех врачей, независимо от их специальности, хорошего знакомства с психопатологией. Павловы и его школой, так пишет Штранский, экспериментально доказано, что физическое и психическое взаимно проникают друг друга и врезаются одно в другое неисчислимыми зубцами. Отсюда ясно, что психопатология проникает везде и всюду в медицинскую практику, если она (медицинская практика) даже намеренно (intentional) направлена на соматику. Ни один врач не может уклониться от необходимости ежедневно и ежедневно заниматься психикой своих больных, хочет он этого или не хочет, причем он зачастую сталкивается со всевозможными расстройствами психики у своих больных. Эти свои тезисы, которые нам советским врачам особенно близки, Штранский в своей статье поддерживает изложением некоторых практически очень важных специальных показательных примеров. Ив. Галант (Ленинград).

24) O. Kauders (Wien. med. Woch., № 37, 1931) подобно Штранскому обращает внимание практических врачей на психику больных, рекомендуя им применение в своей повседневной практике психотерапии. К. указывает

на то, что врачи всегда раньше независимо от специальности действовали на больных между прочим психотерапевтически. В наше же время, когда психотерапия выделилась в особую специальность и появились различные психотерапевтические школы и направления, получилось так, что психотерапией должны будто заниматься только специалисты-психотерапевты. Далее К. излагает некоторые специальные вопросы психотерапии в ее применении в повседневной практике врача.

Ив. Галант (Ленинград).

25) Бекер (Encephalitis epidemica und Trauma. Monatsschrift f. Unfallheilkunde № 12, 1930) приводят богатую казуистику, свою и из литературы, к вопросу *эпидемического энцефалита и травмы*. Травма головы дает иногда картины паркинсонизма, если случайно были повреждены соответствующие подкорковые ганглии. В других случаях, наоборот, травма невинна в имеющемся постэнцефалитическом паркинсонизме. Указывается трудность освидетельствования подобного рода больных и разноречивость авторов в данном вопросе.

Ив. Галант (Ленинград).

26) Stockert (Psychiatrisch-neurologische Woch., № 51, 1931) сообщает три случая *эпидемического энцефалита с Корсаковским синдромом*. До него, как сообщает Штокерт на основании данных Востгоуа, был описан только один случай эпидемического энцефалита с Корсаковским синдромом (случай Neustadta). Насколько мне известно, в советской невро-психиатрической литературе случаи э. э. с Корсаковским синдромом не описаны.

Ив. Галант (Ленинград).

27) Дейтнер (Monatsschrift f. Kinderheilkunde Bd. 48, H. 3/4, 1930) применял с большим успехом *при лечении острых приступов судорог* у грудных детей и младенцев *люминалнатрий*, который оказался избранным средством при лечении упорных судорог у грудных детей.

Ив. Галант (Ленинград).

28) Ланге и Шнейдер (Wilhelm Lange und Kurt Schneider, Ergebnisse der Röntgenbestrahlung bei chronischer Encephalitis epidemica. Psych.-Neurolog. Wschrift № 1. 1932) сообщают о лечении энцефалита лучами Рентгена. Лечение это рекомендовал Экономо, применял его Нуволи (Nuvoli) при остром эпидемическом энцефалите, Траутман и Пансдорф (Trautman und Pansdorf) при хрон. энцефалите, Визер при различных формах энцефалита. Аа. статьи применяли лечение рентгеновскими лучами в 9 случаях хрон. энцефалита. В 4 случаях наступило улучшение, в 2 случаях состояние осталось без изменений, а в 3 случаях болезнь продолжала прогрессировать несмотря на лечение. Аа. предлагают продолжать лечение Э. Э. рентгеновскими лучами, допуская мысль, что модифицированная техника лечения даст еще лучшие результаты, чем достигнутые до сих пор этим методом лечения.

Ив. Галант (Ленинград).

29) Raskai (Wien. kl. Woch., № 20, 1931) в двух случаях *упорной нералгии мошонки* применил инъекции *вакциневерина* и достиг хорошего результата. После пятой инъекции боли значительно уменьшились и потом совершенно прошли.

Ив. Галант (Ленинград).

30) Риттер (A. Ritter, Beitrag zur Kenntniss des Neurinoms des Magens. „Schw. med. W.“ № 50. 1931) описывает редкий случай *невринома желудка*. При операции была вылущена из стенки желудка (малая криватура, приблизительно в средней части корпуса) опухоль величиной в лесной орех—3½:3 см. Метастазы нигде не обнаружены. Патолого-анатомический диагноз: *невринома стенки желудка*. — За описанием случая следуют данные о нервных опухолях желудочно-кишечного тракта вообще. Различают три вида таких опухолей: ганглионевромы, неврофибромы и невриномы. Ганглионевромы и неврофибромы встречаются солитарно и множественно в различных отделах кишечного тракта и описаны они различными авторами уже неоднократно. Что же касается невриномы желудка, то пока что известны только 2 случая Карно (Carnot) у 6-го 43 лет и у 6-го 61 года. В обоих случаях невринома желудка. — Симптомы невриномы желудка отчасти напоминают таковые язвы желудка отчасти заставляют думать и о злокачественной опухоли: короткий анамнез, чувство давления и тяжести в желудке, быстрый упадок сил при сильном похудании, повышение кислотности (hyperaciditas). — Дифференциальный диагноз возможен и в равных стадиях заболевания,

принимая во внимание короткость течения болезни (анамнеза), необычайно резкие боли и данные клиники и рентгенологической картины. Терапия сводится к ранней экстирпации опухоли, т. е. медикаментозные и диететические мероприятия не дают никакого положительного результата. *Ив. Галант (Ленинград).*

31) G. Katz (Med. Klin., № 33, 1931) в группе случаев *хронического артрита* установил *церебральные расстройства*, клиническая картина которых удивительно напоминает по своему сходству болезненные явления при энцефалите. А. тем не менее не допускает мысли, что эти артритики принадлежат к группе энцефалита, и предполагает, что церебральное поражение стоит в тесной связи с суставным заболеванием. *Ив. Галант.*

32) Sargbó (Wiener kl. Woch., № 29, 1931) сообщает о *лечении множественного склероза вакциной*, вливаемой интравенно. 12—15 инъекций составляют курс лечения. Лечение множественного склероза вакциной применялось впервые в Лондоне, где miss Chevassut открыла будто бы специфический вирус множественного склероза в liquor'e больных (живой вирус в форме сферических телец, spherulae). На основании своих личных исследований S. рассматривает spherulae не как живой virus, а как биохимическое, коллоидное явление, которое делается видимым благодаря оптической установке. Эти сферулы S. наблюдал не только в liquor'e, но и в серуме и не только при множественном склерозе, но и при других заболеваниях, напр., при спинальном люэсе. Что касается лечебного эффекта вакцинотерапии при множественном склерозе, то Sargbó считает этот метод лечения в начальных случаях м. с. показанным, но все же надо смотреть на это лечение, как на *эксперимент*. Ни в коем случае не следует думать, что мы в состоянии определенно вылечить м. с. Поэтому вакцинотерапия м. с. должна исключительно проводиться в клиниках и больницах. S. в своей работе описывает способ приготовления вакцины для лечения м. с. Интересующиеся этим методом лечения м. с. имеют возможность приготовить по указаниям S. лабораторно вакцину и применить это лечение у нас в СССР.

Ив. Галант (Ленинград).

33) Акерман (Armin Ackermann, Die multiple Sklerose in der Schweiz. Enquete von 1918—1922. «Schweiz. med. Wochenschrift». № 52, 1931) разрабатывает в своей статье анкетный материал по вопросу о распространении множественного склероза в Швейцарии. Среди многих таблиц с различного рода статистическими материалами дана карта распределения заболеваемости множественным склерозом в отдельных кантонах Швейцарии. Хотя ни в какой другой стране кроме Швейцарии не проводилась еще статистика заболеваемости множественным склерозом, охватывающая всю страну, и для автора нет возможности сравнить свои цифры с таковыми других стран, тем не менее он считает себя вправе заключить, что Швейцария принадлежит к странам наиболее пораженным множественным склерозом в равной мере как Фридрейховской атаксией и летаргическим энцефалитом. *Ив. Галант (Ленинград).*

34) Lesand E. Hinsie (Wien. kl. Woch., № 22, 1931). Статья американского автора о *радиотермическом лечении прогресс. паралича* переведена на немецкий язык для Wien. kl. Woch. Вагнер-Яуреггом. Hinsie помещает паралитика в продуцирующем теплоту электрическом аппарате—радиотерме. В этом аппарате паралитик лежит в электрическом переменном поле (Wechselfeld) в 3000 вольт потенциальной разницы (Potentialdifferenz). Больной подвергается быстрому нагреванию до температуры 40—41° по Цельсию, измеряемой in ano. После достижения такой высокой фебрильной температуры больной переводится в постель, где он тепло содержится для того, чтобы температура тела держалась на нужной высоте определенное число часов. Таким путем автор создавал у больных температурные кривые, идентичные температурным кривым при малярии. Специфическое лечение при этом не применялось. В 11 случаях из 17 подвергавшихся радиотермическому лечению паралитиков больные были выписаны с улучшением.

Ив. Галант (Ленинград).

35) Марта Брюннер-Орнштейн и Ханс Эренвальд (Martha Brünner-Ornstein u. Hans Erenwald) сообщают в 11-м номере «Neurologisch-Psychiatrische Wochenschrift» за 1932 г. о лечении эпилепсии диатермией. Лечение это основывается на учении об ангиоспастической природе эпилептического при-

падка. Представление об ангиоспастическом механизме эпилептического припадка привело на мысль применить при эпилепсии диатермию, которая понижает тонус и разрешает судорогу. Авторы применяли диатермию в 12 случаях эпилепсии. У трех из этих 12 эпилептиков благодаря лечению диатермией припадки прекратились и не наблюдаются уже 4—5 месяцев, у других четырех удалось диатермическим лечением значительно снизить число припадков, причем сами припадки сделались слабее, в дальнейших 3 случаях было достигнуто диатермией временное улучшение, и, наконец, 2 случая из этих 12 нисколько не поддались действию диатермии. В тех случаях эпилепсии, где диатермия привела к полному или частичному прекращению припадков, получалось вместе с тем улучшение общего состояния б-го, повышение веса тела, улучшение интеллектуального состояния и т. д.

Ив. Галант (Ленинград).

36) Хофф и Шёнбауэр (Hoff u. Schönbauer) (Psychiatrisch-Neurolog. Wochenschrift № 11, 1932) в статье о радиолечении злокачественных опухолей мозга описывают два случая глиомы мозга, которые были оперированы, а потом в течение нескольких недель подвергались облучению слабыми дозами радия. Результат вполне удовлетворительный. Больные прогрессирующе поправляются и довольны своим положением и состоянием.

Ив. Галант (Ленинград).

Заседания медицинских обществ.

Краевая научная медицинская ассоциация ТР.

Общие заседания.

Заседания 6 и 11 февраля 1932 г.

Эти два заседания были посвящены сыпному тифу. Было заслушано три доклада, которые вызвали чрезвычайно оживленный обмен мнений и прения.

1. Проф. В. М. Аристовский. *Бактериология, иммунитет и эпидемиология сыпного тифа*. Доклад напечатан в этом № „Каз. мед. журнала“.

2. Проф. А. Ф. Агафонов. *Клиника сыпного тифа*. Освещение современного состояния вопроса.

3. Проф. И. П. Васильев сделал обзорный доклад о патологической анатомии сыпного тифа по современным данным. В прениях: проф. Б. А. Волтер высказался о частоте повторных случаев сыпного тифа. Так, в Казани собрано 30 таких повторных случаев, что составляет ничтожный процент к общему числу больных сыпным тифом и, кроме того, повторные случаи легко протекают.

Приняли участие в прениях также проф. Н. К. Горяев, д-р Ворошилов, д-р Казанцев и др. Резюме: проф. Алуф П. С.

Заседание 15 февраля 1932 г.

Проф. Б. М. Завадовский. *„Современные проблемы эндокринологии“*

Эндокринология вначале возникла как чисто медицинская наука, но затем с открытием большого числа новых фактов она приобрела характер общебиологической науки. Особенно большое значение в развитии эндокринологии сыграли работы Штейнаха, Гудернача, а также открытие химической природы гормонов. У нас в СССР эндокринология получила новый могущественный фактор развития в лице социалистического животноводства, которое дало новую форму социального заказа, не имеющую себе аналогии в капиталистическом мире. Новая наука, возникшая в СССР—зоотехническая эндокринология.

Перспективы и пути дальнейшего развития эндокринологии стоят в тесной связи с хозяйственно-народным планом Сов. Союза, особенно имея в виду вторую пятилетку с ее задачами полной реконструкции сельского хозяйства и животноводства. Следующие проблемы эндокр. порядка разрабатываются сейчас под руководством проф. Завадовского: 1) проблема воздействия желез вн. с. на функцию размножения с.-хоз. жив.; 2) повышение % оплодотворенности в наших животновод-

ческих хозяйствах; 3) искусственное обсеменение; 4) метод ранней диагностики беременности у с.-хоз. ж. в связи с фактами, открытыми Zondék'ом и Smith'ом; 5) диагностика ранней беременности лошадей; 6) метод диагностики наступления течки; 7) проблема повышения яйценосности; трудности работы, ее успехи, значение отрицательных данных.

Во второй половине своего доклада проф. З. на ряде конкретных примеров работ своей лаборатории указал на значение для развития эндокринологии того социального переустройства страны, которое совершается в СССР. В заключение проф. З. указал на то, что техника Сов. эндокр. еще значительно отстает от запада. Здесь еще не разрешена проблема „догнать и перегнать“. Вместе с тем успехи и достижения эндокр. в Сов. Союзе выдвинули и новый путь для ее развития, кроме того способствовали возникновению такого рода проблем, имеющих капитальное значение, как проблема превращений гормонов внутри организма (физиология обмена гормонов). И наконец, было сказано несколько слов о значении эндокринологии в деле реконструкции организма с.-х. животных.

По окончании был задан вопрос: в каком возрасте всего выгоднее производить удаление половых желез у животных?

Ответ. Определенно ответить до сих пор еще нет возможности.

Секретарь д-р Н. Вылегжанин.

Хирургическая секция.

Заседание 2 января 1932 г.

1. Д-р Пшеничников. *Degastroenterostomia в условиях применения полужелчного новокаинового инфильтрага*. Докладчик привел материал хирургической клиники за последние 4 года, касающийся *ulcus pepticum jejuni, gastroenterostomiae Krankheit (Pribgram)* и иного комплекса, связанного с последствиями операций G. E. A.; (все больные оперированы вне нашей клиники). 10 случ., (все оперированы проф. Вишневым) все мужчины от 30 до 56 лет, в анамнезе язва желудка от 4-х до 26 лет до поступления в клинику. В 7 случаях и. р. j. была произведена *degastroenterostomia*, резекция петли *jejuni*, обширная резекция желудка по Billroth I—2, по Billroth II—5; в 3 случаях *gastroenterostomiae Krankheit* и иного комплекса—*degastroenterostomia*, поперечный шов *jejuni* обширная резекция желудка по Billroth I—2 случ. и в 1 случ. *degastroenterostomia* с поперечным швом *jejuni*. Все больные оперированы под местной анестезией по способу полужелчного новокаинового инфильтрага, где особенно ярко выглядит эффективность, безопасность и значение гидравлической препаровки. Послеоперационное течение: в 7 случ. гладкое, в 1 случ.—атония желудка, в 1 случ.—аэрофагия 4 дня после операции, 1 больной умер на 4 день после операции от общего желчного перитонита на почве тяжелой атонии.

Затем докладчик иллюстрирует наиболее сложные в техническом отношении случаи: и. р. j. в результате G. E. A. *antecolica anterior + enteroanastomosis Braun'a* пенетрировали в переднюю брюшную стенку. 2. На протяжении 8 лет после G. E. A. больной перенес 3 лапаротомии по поводу спаек и изуродования анастомоза. 3. Прочная фиксация желудка в глубине под печенью в результате перфорации язвы малой кривизны 6 лет тому назад. 4. Почти полная недоступность анастомоза создавалась мозолистыми изменениями *mesocolon* и солидными рубцовыми спайками в результате пенетрации и. р. j. в *mesocolon*, что ставило вопрос о резекции *colon transversum*. 5. На протяжении 9 лет после G. E. A. 3 повторные лапаротомии по поводу спаек и изуродования соустья. 6. Обширная циркулярная и. р. j. солидные спайки вокруг анастомоза, прочная фиксация желудка вследствие перфорации язвы задней стенки его 5 лет тому назад—создавали почти полную недоступность анастомоза. Последующие результаты на сроке до 4 лет—хорошие. Питаются обычной пищей и прибыли в весе от 1 до 23 кг. Затем докладчик подробно излагает значение гидравлической препаровки при *degastroenterostomi*. Полужелчный новокаиновый инфильтраг, разрыхляя спайки и мощные мозолистые массы *mesocolonis*, отодвигая главные сосуды ее, подтянутые непосредственно к анастомозу, в высшей степени облегчает труднейшие моменты операции, и, как правило, во всех случаях создает доступ к анастомозу. Перечисляя достоинства методики местной анестезии проф. А. А. Вишневого, имеющей неоспоримые преимущества перед *Splanchnicusanaesthesia Braun'a*, докладчик

в заключение утверждает, что в рамки местной анестезии по способу ползучего новокаинового инфильтрата укладывается весь сложный отдел желудочно-кишечной хирургии. Демонстрация макроскопических препаратов всех 10-ти случаев.

После целого ряда вопросов докладчику и ответов на них, резюмирует проф. А. В. Вишневецкого, За последние годы хирурги все чаще и чаще сталкиваются с заболеванием *sui generis*—болезнью гастроэнтероанастомоза. Наша клиника не представляет в этом отношении исключения. Приведенные случаи очень тяжелые, операция с общим наркозом здесь совершенно немыслима. Наша методика анестезии чрезвычайно облегчает сложную технику операции и наверняка предохраняет от возможности ранения таких сосудов, как *art. colica media*, могущем повлечь омертвление кишки.

2. Д-р. Михайлов демонстрирует случай *множественного калового свища толстых кишок* у девочки—удмуртки, 14 лет, излеченной в клинике путем обработки калового свища *in loco*. (Операция проф. Вишневецкого). Свищ расположен по средней линии на границе между средней и нижней третью живота. Операция под местной анестезией по методу ползучего инфильтрата: овально-поперечным разрезом отпрепарована кожная часть свища, после чего кожа над свищем сшита. Продолжение разреза вверх по средней линии. После вскрытия полости живота и отделения спаек обнаружено, что к месту свища подходит *соесис*, *colon ascendens* и *flex. sigmoidea*, которые и образуют свищ, открывающийся одним отверстием. Осторожно *соесис* выделена из общей вершины свища, отверстие в ней зашито двухэтажным швом; то же самое сделано с *colon ascendens*; чтобы подойти к *flex. sigmoidea* потребовался поперечный разрез вправо. Оставшаяся *f. sigmoidea* представляла тот интерес, что каловый свищ располагался на перегибе кишечной петли, имел очень широкое отверстие с выпяченной слизистой, так что трудно было бы решить, принадлежит ли свищ только одной S.-R. или тут припаялась и другая петля кишки. По выяснении сущности дела отверстие было зашито двухэтажным швом. Полость живота зашита наглухо. При открытом ведении раны клиника шов кишки оставляет всегда под защитой подшиваемого сальника и мазевых тампонов. Свищ зажил с места.

Резюме проф. А. В. Вишневецкого: Метод лечения каловых свищей с обработкой их *in loco* выверен нами на многочисленных случаях самого различного топографического расположения и организации. Наша методика анестезии оказывает нам громадную услугу при этом, помогая распутывать сложнейшие клубки кишек при каловых свищах. Может быть, завтра мы столкнемся с таким случаем, который будет неудачен в смысле исхода, но до сих пор этого не было.

3. Д-р. Новиков: „Редкая локализация неврофибромы и техника ее удаления“ Случай болезни *Recklinghausen'a* с редкой локализацией большой опухоли на *plexus brachialis sin.* оперирован (профессор Вишневецкий) в клинике осенью прошлого года под местной анестезией по методу „ползучих инфильтратов“ проф. В. А. Вишневецкого. Операция прошла абсолютно безболезненно и дала почти полное восстановление функции парализованной руки. Докладчик указывает на важность учесть здесь фактор предстоящей неизбежной травмы крупных стволов плечевого сплетения со всеми вытекающими отсюда последствиями. Только операция вне общего наркоза сулит нам здесь перспективу, в случае перевязки стволов сплетения, тут же на операционном столе контролировать размер выпадения функции соответствующей конечности и создать план ее восстановления путем той или иной пластики уцелевших нервов. Это преимущество местной анестезии в данной ситуации выглядит совершенно особенно. Возможность этого контроля несколько напоминает контроль повреждения *p. recurrens* при зобе, с той, однако, разницей, что здесь в зависимости от повреждения можно так или иначе исправить. Если же этого не происходит, оператор спокойно заканчивает операцию, имея весь баланс ее выверенным.

4. Проф. Н. В. Соколов. *К казуистике острых заболеваний поджелудочной железы*. Автор сообщает о трех наблюдавшихся случаях острого поражения *pancreas* в хир. отд. Областной советской больницы. Первое наблюдение касается больной—40 лет, у которой диагноз был не труден вследствие характерного анамнеза (холецистит, злоупотребление в диете) и хорошо выраженной клинической картины (острые, сильные боли в верхней части живота, рвота желчью, отсутствие напряжения мышц, вздутие поперечно-ободочной кишки, общее тяжелое состояние). Больная отказалась от операции, экзистировала через 48 час. по-

сле начала болезни. Вскрытие подтвердило диагноз - острого некроза поджелудочной железы. Второе наблюдение касается больной, 27 лет, у которой болезнь началась постепенно с болями в области epigastrii, рвотой, отсутствием напряжения мышц, прекращением отхождения газов и стула. Было высказано предположение об ileus'e. Лапоротомия доказала ошибочность диагноза и обнаружила начало острого, гнойного панкреатита. Третье наблюдение касается больного, 41 г., доставленного в больницу на 4 сутки после начала заболевания с картиной общего перитонита. В анамнезе внезапное появление болей в верхней части живота, холеристия в прошлом. Первые двое суток больной лечился амбулаторно. На 4-е резкое ухудшение. При операции обнаружен гной после разреза fas. transv. Рана тампонирована в предположении, что гнойник располагается в спайках в брюшной полости. Больной экзистировал. На вскрытии: наличие острого, гнойного панкреатита. *Выводы:* 1) При резко выраженной клинической картине острого некроза pancreas диагноз в первые часы болезни сравнительно не труден, если помнить о возможности этого заболевания. 2) При остро-гнойном панкреатите с его постепенным развитием диагноз труден. 3) Особенно труден диагноз при развившемся перитоните, затушевывающем картину основного страдания. 4) Необходимо всегда, при подозрении на острый панкреатит, исследовать область у позвоночника под XII ребром, особенно слева, где обычно давление резко болезненно. *Прения.* Д-р Ратнер приводит свои два случая некроза поджелудочной железы. Оба были оперированы с хорошим исходом. Диагноз был поставлен до операции в обоих случаях. Считает, что в тех случаях, когда симптоматология заболевания не укладывается в рамки ни одного из общеизвестных заболеваний живота, нужно обязательно подумать о панкреатите. Д-р Алексеев отмечает, что при хорошо выраженном диагнозе подход к поджелудочной железе должен быть не спереди, а—разрезом сзади и слева.

5. Д-р Рупасов. *Профилактика горячими клизмами задержки моче и газоотделения в послеоперационном периоде.* Докладчик излагает наблюдения над больными, которым по предложению проф. А. В. Вишневого в первый же день операции вводятся маленькие горячие клизмы (50—55°) с вином или без такового. Берется стакан физиологического или Рингеровского раствора, прибавляется 1—2 столовых ложки вина (кагор, портвейн) и вводится ольному. Клизмы очень хорошо удерживаются и предупреждают возникновение метеоризма и задержки мочеиспускания. Можно делать повторные клизмочки.

6. Д-р Завьялова. Демонстрирует больного с *привычным вывихом плеча*, подвергавшегося вправлению под общим наркозом 7 раз. Проф. Фридлянд сделала пластическая операция по его способу при помощи пластинки фасции, взятой из бедра. Непосредственный результат хороший. В *прениях* выступают проф. Вишневский и проф. Фридлянд.

Секретарь Г. Новиков.

Акушерско-гинекологическая секция.

Организационное заседание 1/XII 1931 г.

1) Избран президиум секции в след. составе: председатель—проф. В. С. Груздев, его заместители—проф. И. Ф. Козлов, пр.-доц. Е. Д. Рузский и асс. Х. Х. Мещеров, секретари—д-ра П. В. Данилов, М. В. Моисыпова и Мухамедова.

2) Проф. В. С. Груздев сообщил проект плана исследовательской работы секции в будущем году. Постановлено план внести на рассмотрение Правления ассоциации.

3) Поручено: д-ру В. В. Дьяконову составить план организации курсов для средне-медицинского персонала клиник, д-ру В. М. Каплуну—план организации курсов для санитарок, проф. И. Ф. Козлову—план занятий прикомандированных для усовершенствования врачей по акушерству и гинекологии, пр.-доц. П. В. Маненкову—согласовать программы по акушерству и гинекологии для студентов мединститута с программами других кафедр последнего, д-рам М. И. Филиппову, А. С. Чуряковой, З. И. Баишевой, Е. И. Гореловой, В. В. Дьяконову и Н. Е. Сидорову—произвести обследование акушерской

помощи в больницах г. Казани, проф. И. Ф. Козлову—выработать проект анкеты для такового же обследования по районным больницам ТР, проф. В. С. Груздеву, проф. И. Ф. Козлову и пр.-доц. П. В. Маненкову—составить план повышения квалификации ассистентов ак.-гин. клиник Мединститута и Института для усов. врачей.

4) Проф. В. С. Груздев сообщил составленный им проект плана работы ординаторов ак.-гин. клиники Мединститута. После обсуждения проект одобрен с некоторыми дополнениями.

Заседание 16/XII 1931 г.

1) Проф. В. С. Груздев поставил на обсуждение секции составленный им план работы состоящих при ак.-гин. клинике Мединститута аспирантов. После обсуждения план был принят с некоторыми дополнениями.

2) В виду отсутствия, по болезни, д-ра В. В. Дьяконова проф. В. С. Груздев прочитал составленную д-ром Д. программой для курсов среднего персонала клиник. После обсуждения постановлено программу переработать, поручив это, за болезнью д-ра Д., д-ру С. В. Лейбову.

3) Д-р В. М. Каплун сообщил составленную им программу курсов для санитарок клиник. После обсуждения этой программы и внесения в нее некоторых изменений постановлено открыть курсы не позднее 1/I 1932 г., поручив организацию этого дела д-ру Каплуну.

Заседание 1/I 1932 г.

1) Д-р Б. С. Тарло сделал доклад под заглавием „*K вопросу о реакции Zondeka-A-schheim'a при хорио-эпителиоме*“. Доклад этот будет полностью напечатан в „Каз. мед. журнале“. В прениях по докладу приняли участие д-ра В. И. Морозов, М. И. Рожанов и проф. В. С. Груздев.

2) Д-р С. В. Лейбов сообщил составленную им программу курсов для среднего медицинского персонала. Программа принята с некоторыми дополнениями, и докладчику поручено приступить к организации этого дела в качестве заведующего учебною частью курсов.

3) Д-р В. М. Каплун представил секции расписание занятий и список преподавателей на курсах для санитарного персонала. Постановлено—расписание и список утвердить.

Заседание 16/I 1932 г. (проведено на татарском языке).

1) Предметом заседания было рассмотрение перевода на татарский язык списка акушерско гинекологических терминов, составленного проф. В. С. Груздевым.

Заседание 1/II 1932 г.

1) Пр.-доц. П. В. Маненков сделал доклад под заглавием „*Влияние грязных тампонов из Варзиятчинской грязи на чистоту влагалищного секрета*“. Доклад вызвал оживленные прения, в которых приняли участие, кроме докладчика, проф. В. С. Груздев и И. Ф. Козлов, пр.-д. Е. Д. Рузский и д-ра В. В. Дьяконов, И. В. Данилов, Корчагина, Г. Г. Шарафутдинов и Б. С. Тарло.

Заседание 24/II 1932 г.

1) Проф. В. С. Груздев, согласно постановлению Правления ассоциации предложил секции избрать представителей в секторы планирования и кадров. В сектор планирования представителем секции выбран д-р Г. Г. Шарафутдинов, в сектор кадров—д-р Н. Е. Сидоров.

2) Проф. В. С. Груздев сделал доклад „*О функциональных заболеваниях матки*“. Доклад будет напечатан в Больш. Мед. Энциклопед. под словом „матка“. В прениях по докладу приняли участие проф. И. Ф. Козлов и д-ра В. В. Дьяконов, М. И. Романов и Л. А. Гиммельфарб.

Председатель секции проф. В. Груздев.

Бугурусланская научная ассоциация врачей союза МСТ за 1930—31 г.

В 1930 году состоялось 5 научных заседаний, на которых были заслушаны следующие доклады:

- 1) К. К. Белкин. „Система клинических измерений школы проф. М. Г. Курлова“. Измерения проводятся по намеченным церкуссией опознавательным точкам и дают объективные данные для суждения о больном. Все измерения сравниваются с ростом и телосложением б-го на основании средних величин, вычисленных в клинике проф. Курлова в Томском университете.
 - 2) Н. В. Геминюв. „Эпидемиологическое обследование Абдулинского и Пономаревского районов“.
 - 3) Г. А. Юсфин. „Наблюдения над действием Серноводских минеральных вод при отоларингологических заболеваниях“. На основании своего опыта (положительного) докладчик пришел к выводу, что вопрос о показаниях к лечению требует детального изучения.
 - 4) В. О. Майлис. „Памяти проф. Д. О. Отт“. (Некролог).
 - 5) В. О. Майлис. „Отчет о научной командировке в Ленинград“.
 - 6) В. К. Филалков. „Об эндометриодных опухолях пупка“, с демонстрацией б-ей с विकарными менструациями из пупка в течение 5-ти лет. Докладчик остановился на теориях Стимсона и Коллина.
 - 7) К. К. Белкин. „Обзор деятельности Бугурусланской Санбюлаборатории за 1929 год“.
 - 8) А. С. Дорохин. „О работе малярийной станции, диагностике малярии и способах лечения ее“, напечатано в журнале „Здравоохранение Ср. Волж. К.“ № 15, 1930 г.
 - 9) Г. А. Юсфин. „Случай операции мозговой грыжи“ с демонстрацией больной девочке; результат удовлетворительный.
 - 10) Л. А. Белогородцева. „Об эхинококке широкой связки“. Сообщение о случае, оперированном В. К. Филалковым. Эхинококк оперирован в Бугурусланской больнице 70 раз, б. ч.—печени, 2—селезенки, 1—щитовидной железы, 2—мышц спины, 1—малого таза, 1—ребра и 1—настоящий случай.
 - 11) Л. А. Белогородцева. „О двухголовом уродстве“, с демонстрацией трупа, доставленного участковым врачом из села Мертвещина. Препарат передан Бугурусланскому Медтехникуму.
 - 12) К. К. Белкин. „К вопросу о методологии обследования сельской местности на брюшной тиф“. Опыт изучения эпидемий в качестве участника санитарно-эпидемической экспедиции Гинза, совместно с доктором Н. С. Гродко. Работа печатается в Трудах экспедиции.
 - 13) Ф. С. Кириченко. „Отчет о Средне-Волжском Краевом Съезде психоневрологов“. Принята резолюция о необходимости организовать в Бугуруслане 3 койки для психоневротиков с соответствующим штатом и оборудованием. Кроме того на этих заседаниях демонстрировался ряд больших драм В. О. Майлис, Е. В. Волженским, В. К. Филалковым.
- НАВ. стремится не замыкаться в сфере только узких специальных вопросов; все живейшие вопросы текущей медицинской практики, особенно связанные с социалистической реконструкцией села, были постоянно в сфере внимания Н. А. В. Откликаясь на эти вопросы в своих резолюциях по некоторым докладам, НАВ, кроме научных заседаний¹⁾, имела в 1930 и 31 г. еще 12 заседаний Бюро с участием почти всех врачей города и района. На этих заседаниях обсуждались вопросы о распределении врачей в посевную и уборочную кампанию, причем была выделена одна бригада имени НАВ во главе с доктором Кулаковым, рекомендовались кандидатуры для отправки в научные командировки для усовершенствования, рекомендовались кандидатуры преподавателей в Медтехникум и на различные курсы и лекции, обсуждались вопросы о постановке дела регистрации больных в Поликлинике, о методах диспансеризации и т. п. Особое внимание НАВ уделила библиотеке, имеющей почти всю современную русскую периодическую литературу и большой выбор книг по разным вопросам медицины. Во всех комиссиях, создаваемых здравоотделом, Бюро НАВ постоянно участвовало в качестве консультантов. Состав бюро: В. К. Филалков—ответственный секретарь, Е. В. Волженский, А. А. Семенов, К. К. Белкин и Б. Н. Кулаков. К. Белкин.

¹⁾ Перечень докладов за 1931 г. будет помещен в № 4 «Каз. мед. жур.» Ред.

Хроника.

8) В настоящее время в Казанском медицинском институте закончили прохождение 4-х годичной программы 192 студента. После месячного отпуска они приступают к прохождению в течение 4-х месяцев курсов по специализации: 14 человек по пищевой санитарии, 14 общесанитарных врачей, 32 по охране материнства и младенчества, 24—ОЗД и П, 5—судебной медицины; 41 человек остается для специализации по хирургии в течение года; 35 чел. направляются в районные больницы на практику на 4 месяца, по окончании которой будут выпущены терапевтами; 14 чел. остаются при различных кафедрах аспирантами и 13 чел. направляются на спец-курсы в Москву.

9) Прием новых студентов в Казанский медицинский институт будет происходить 1 мая, 1 августа и 1 ноября. Всего будет принято 900 человек, из них на дневной лечебный факультет 300 чел., на вечерний—200 чел., на факультет ОММ и ОЗДП—200 чел. (100дневных + 100 веч.), на санитарный факультет—200 человек.

10) 21 сентября 1931 г. в Париже состоялась интернациональная конференция по психогигиене, II интернациональный конгресс по психогигиене намечен на 1935 г. в Париже. Согласно постановления I конгресса конференции должны собираться ежегодно, вторая конференция намечена на май 1932 г. в Париже. На ней предположены следующие доклады: Toulouse. Открытые психиатрические больницы, Rüdin—Евгеника и психопрофилактика, Bergot (Швейцария)—Упрощение психиатрической статистики. Кроме того конференция постановила: 1) Организовать при Лиге наций бюро по психической гигиене. 2) преобразовать псих. больницы в открытые лечебницы, имеющие лишь отделения для опасных больных; в центре забот о душевно-больных должны стоять открытые психиатрические лечебницы.

11) Согласно данным К. Pohlisch'a (Verbreitung des chronischen Opiummisbrauch in Deutschland. Berlin. Karger. 1931 г.), полученным на основании просмотра рецептов во всех аптеках и материалов соответ. больниц, в Германии имеется 6000 морфинистов, т. е. 1:10000 жителей, из них 37% употребляют 0,1—0,2 морфи pro die, остальные больше. Выские дозы, особенно выше 2,0, очень редки.

Врачей-морфинистов—523, т. 100:10000 врачей.

12) Интернациональный конгресс по туберкулезу, назначенный на май 1932 г. в Риме, отменяется в виду промышленного кризиса в капиталистических странах. Срок его созыва не назначен.

13) В Дрездене с целью экономии закрывается городская больница Johannisstadt.

14) В Америке с 1 июля 29 г. по 31 дек. 30 г. убито автомобилями 50900 человек, в Англии в течение 1931 г. убито автомобилями 7000 чел., получили ранения 18000 чел.

15) На 1 января 1931 г. в Англии было в психиатрических больницах 144161 больных (44,1% мужчин и 55,9% женщ.) Население в Англии по переписи в апреле 1930 г. равнялось 39947931 жителей (19138844 мужчин и 20809087 женщин).

16) 24 марта с. г. исполнилось 50 лет со дня открытия Р. Косл'ом туберкулезной палочки.

17) В марте празднуется 75-летие со дня рождения известного мозгового хирурга Fr. Krause (Берлин), а также известного венского психоневролога Wagners-Jauregg'a, введшего лечение прогрессивного паралича маларией.

18) 14 марта в Минске праздновалось 35-летие врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности проф. Ф. О. Гаусмана. Редакция „Казанского медицинского журнала“ со своей стороны приветствует юбиляра и желает ему еще много лет с той же энергией вести научную и педагогическую работу.

19) 10 ноября умер виднейший невропатолог Союза Ленинградский профессор Л. В. Blumenau (69 л.). Как ученый исследователь он посвятил себя главным образом изучению анатомии нервной системы. Его книга „Мозг человека“,

вышедшая недавно 2 изданием, не только является настольной книгой каждого невропатолога, но широко известна и среди вообще врачебных масс и студенчества.

20) 7 января в Томске *умер* проф. терапии М. Г. Курлов (74 л.), занимавший кафедру терапии почти с самого основания Томского университета (с 1890 г.) и много поработавший по его организации.

21) 11 апреля в Сочи *умер* от туберкулеза ассистент клиники уха, горла и носа Казанского мединститута Н. К. Трутнев.

22) 3 марта 1932 г. в гор. Ачинске Сиб. края *умер* врач Ф. А. Бутов, окончивший Казанский медфак в 1904 г.

3-я Научная конференция врачей в Казани.

Научная Медицинская Ассоциация ТР доводит до сведения врачей ТР в смежных с последнею областей и республик, что 3 Научная Конференция Врачей состоится в г. Казани в конце мая 1932 г.

Заявки на доклады будут приниматься Оргбюро до 15 мая 1932 года.

К настоящему времени поступили заявки на следующие доклады:

К. В. Волков. Марксистско-ленинская методология в медицине.

Бригада Института для усовершенствования врачей. „Основные проблемы методологии медицины“.

Проф. *М. М. Гран* и доц. *С. М. Шварц.* Соцсоревнование и ударничество в разрезе охраны труда.

Доц. *С. М. Шварц* и д-р *В. И. Эмдин.* Проблема оздоровления труда в социалистическом секторе села.

Доц. *С. М. Шварц.* Научный фронт оздоровления труда в Германии (по материалам годичной научной работы в течение 1931 г.).

Д-р *А. А. Диковицкий.* Реконструкция Советского медобразования и подготовка медкадров для социалистического здравоохранения.

Проф. *Т. Д. Эпштейн.* Проблема подготовки медицинских кадров для социалистического здравоохранения.

Д-р *И. И. Цветков* и д-р *Н. А. Лаптев.* Организация непрерывной производственной практики студентов в мединучреждениях.

В. Д. Берлов. Современное состояние проблемы утомления в психотехнике.

Н. Н. Невков. Основные принципы организации промышленного труда.

И. А. Аршавский. Теория оптимума и ее критика в свете учения об усвоении ритма.

Доц. *С. М. Шварц.* Кататермометр, как аналог кожи (Итоги экспериментальной работы в Берлинском Гигиеническом Институте).

Д-р *С. М. Маркузе.* Методика врачебного профотбора подростков.

Проф. *Я. П. Красников.* Вопросы педологии в политехнической школе.

Д-р *Г. Терегулов* и д-р *М. Мухамедов.* Физический и умственный профиль татарских школьников.

Д-р *О. М. Войдинова.* Охрана здоровья детей в политехнической школе.

Д-р *А. И. Смирнов.* Заболеваемость и физическое развитие рабочих подростков по материалам диспансеризации.

Д-р *М. С. Цветкова.* Укомплектование первых школьных групп г. Казани по материалам педологической лаборатории.

Д-р *А. Я. Плещицер* (коллективный доклад с врачами здравпунктов). Профпатология в отдельных промышленных предприятиях.

Прив.-доц. *Ф. Г. Мухамедьяров.* Заболеваемость рабочих с утратой трудоспособности и промышленный травматизм по некоторым предприятиям ведущей промышленности ТР.

Д-р *Н. С. Охотин* и д-р *Н. В. Завьялова*. Профзаболеваемость и травматизм рабочих на предприятиях г. Казани.

Проф. *З. И. Малкин* и д-р *Д. Г. Тумашева*. Профессиональные кардиопатии, их профилактика и лечение.

Проф. *М. О. Фридланд* (бригадная работа). Промышленный травматизм в хирургической практике, меры к его предупреждению и скорейшему восстановлению трудоспособности.

Д-р *В. А. Толстов* и д-р *Г. А. Лаптев*. Промфинплан и здравоохранение в связи с деятельностью здравпунктов на предприятиях.

Д-р *В. И. Эмдин*. Методы организации борьбы за снижение заболеваемости в промпредприятиях.

✓ Д-р *А. Я. Плещицер*. Ионизация воздуха в промышленной обстановке.

✓ Проф. *Т. Д. Эпштейн*. Идеологическая борьба на фронте здравоохранения и медицины.

Проф. *М. М. Гран*. Профиль советского социалистического врача.

Доц. *Л. А. Мустафин*. Плановые перспективы социалистического здравоохранения в ТР во II-й пятилетке.

✓ Проф. *Т. Д. Эпштейн*. Опыт работы диспансерных объединений г. Казани и задача перестройки здравоохранения по диспансерному методу.

Проф. *М. М. Гран* и доц. *С. М. Шеарц*. Отмирающие и нарождающиеся формы организации здравоохранения (по поводу кризиса здравоохранения в Германии).

Проф. *В. В. Милославский*. Вопросы этиологии эндемического зоба в связи экспедиционными обследованиями в Маробласти и на Урале.

Доц. *Л. А. Мустафин*. Санитарно-экономические и теоретические предпосылки по организации здравоохранения в коллективистическом секторе села ТР.

Д-р *В. В. Трейман*. Профиль болезненности населения некоторых районов ТР (быв. Бугульминский кантон).

Д-р *И. А. Казанцев*. Санитарная характеристика жилищно-бытовых условий некоторых районов ТР (быв. Бугульминский кантон).

Прив.-доц. *Ф. Г. Мухамедьяров*. Задачи санитарной статистики и антропометрии в условиях социалистического строительства.

Прив.-доц. *Ф. Г. Мухамедьяров*. Естественное движение населения и плодovitость женщины по некоторым районам ТР.

Д-р *И. А. Казанцев*. О задачах борьбы с эпидемиями в ТР согласно директивам Правительства.

Д-р *Ф. Д. Агафонов*. К вопросу о вовлечении и участии пролетарской общественности в санитарном обслуживании населения и в санминимуме.

Проф. *В. К. Меньшиков*. Профилактика летних детских поносов.

Проф. *В. К. Меньшиков*. Современное состояние вопроса о профилактике оспы.

Д-р *И. А. Казанцев*. К итогам весенней кампании по оспопрививанию в ТР.

Д-р *Ф. Г. Финк*. К методике получения термоустойчивого оспенного детрита.

✓ Д-р *Н. В. Инюшкин*. Проблема общественного питания в социалистическом секторе сельского хозяйства.

Проф. *И. К. Лукьянов*. О жилищном вопросе в реконструктивном периоде.

Д-р *Е. А. Годнева*. Жилища рабочих кожзаводов Спартака и им. В. И. Ленина.

Д-р *С. С. Шульпинов*. Световой коэффициент и приложение его данных в строительстве.

Проф. *И. К. Лукьянов*. Банно-прачечное дело в г. Казани.

Д-р *Н. Д. Велихова*. Современное положение вопроса о снабжении питьевой водой рабочих в цехах по г. Казани и его рациональное решение.

✓ Д-р *М. И. Лось*. Опыт хлорирования воды Казанского водопровода в 1931 г.
Проф. *И. К. Лукьянов*. Колодезное водоснабжение некоторых колхозов и рабпоселков в ТР и Ч. Р.

Д-р *Л. И. Лось*. Водоснабжение некоторых районов ТР в санитарном отношении.

Проф. *В. С. Груздев*. О внематочной беременности.

Проф. Р. И. Лепская. Современное состояние вопроса о холецистопатиях.

Проф. Р. Я. Гасуль. Холецистография, как метод диагностики заболевания желчного пузыря.

Проф. А. В. Вишневский. Хирургическое лечение холециститов.

Проф. Р. Я. Гасуль. Проблема профилактики рака и противораковая борьба в ТР.

Оргбюро просит товарищей со всеми вопросами, касающимися III Научн. Конференции, а также с заявками на доклады, обращаться по адресу: Казань, ул. Толстого 6/30, Патолого-Анатомический Институт, проф. И. П. Васильеву.

Председатель Научной Медицинской Ассоциации: проф. И. Алуф.

Председатель Оргбюро Конференции: проф. И. Васильев.

Секретарь Оргбюро Н. Вылегжанин.

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ *).

I.

В № 9—10 „Каз. мед. жур.“ помещена заметка „Еще о I Всесоюзном съезде Онкологов в Харькове“, подписанная „проф. Р. Я. Гасуль“.

Эта заметка главным образом рисует впечатления автора заметки о моем докладе, состоявшемся 10/VII 31 г. „О возбудителе рака“. Эти впечатления однако полностью расходятся с фактами, имевшими место на съезде и, таким образом, вводят в заблуждение читателей „Каз. мед. жур.“, что заставляет меня восстановить истину, дабы в столь большом для медицины вопросе, как вопрос этиологии рака, у читателей не составилось бы превратного впечатления . . . Проф. Р. Я. Гасуль *позволил себе в кавычках приводить не сказанные мной фразы*, дабы этой ценой добиться мотивировки своих положений . . .

Конечно, не трудно повторять кем-то сказанное, что описанная мною грегариия—не грегариия, а артефакт, но напечатанные мною в № 31 Schw. med. Woch. в 1931 г. микрофотографические снимки грегарины и саркоспоридий заставят краснеть всех неуризнавших наличия грегариин в моих препаратах, независимо от их „авторитетности“ в патологической анатомии

Известные русские протистологи профф. Богоявленский, Догель, Якимов, Здрадовский, Попов, видевшие либо препараты, либо микрофотографии открытых мною паразитов раковых опухолей, давно уже признали их за грегарины и саркоспоридии.

Проф. Р. Я. Гасуль прослушал, что мной было подробно сказано на съезде, где и как получают грегарины, что были продемонстрированы не только 130 диапозитивов, характеризующих цикл развития грегариин, но и показаны снимки с чистых культур грегариин и подчеркнуто, что в 10 сл. культурами получены опухоли. И вот начинается в заметке проф. Р. Я. Гасуль „фантастическое“ воспроизведение будто бы мной сказанных слов признания „об артефактах, о случайном попадании грегариин, об отсутствии их связи с генезисом опухолей“

Аудитория съезда, очень внимательно слушавшая мой доклад, потребовавшая продления времени для него (с 20 м. до 40 м.), своими дружными и долгими аплодисментами фактически выявила и свое отношение к серьезности моего доклада и дала яркое опровержение мнению о моем докладе

*) Редакция не имеет возможности напечатать полный текст письма проф. М. М. Невядомского как вследствие его чрезмерно большого объема, так и в виду крайних резкостей, которыми наполнено письмо как по адресу проф. Р. Я. Гасуля, так и редакции. Но поместив впечатления о съезде проф. Гасуля, она все же считает необходимым поместить фактическую часть возражения-протеста проф. Невядомского.

... проф. Р. Я. Гасуля избранием меня в члены организационного комитета II Всесоюз. Онкологического съезда.

Нужно ли ко всему этому добавить, что никто из оппонентов не счел моих трегарии за артефакты.—Аничков указал только, что на основании представленных мною препаратов он не видит преимущества протистологической методики перед патолого-анатомической, а Абрикосов прямо заявил, что некоторые из представленных мною образований действительно паразиты. Петров сказал буквально: „Конечно, представленные образования не артефакты“.

23 года своей научной деятельности я отдал разработке этого труднейшего вопроса медицины и, если бы я приходил даже к ложному выводу, то и тогда моя ошибка не заслуживала бы того отношения, которое я встретил в заметке проф. Р. Я. Гасуля.

Медицина идет через многие ошибки—ошибки помогают выяснению истины, а потому также заслуживают внимания, как предупреждения от повторения тех же ошибок в будущем.

Но то, что найдено и описано мною в опухолях, до сих пор никем не было описано, и это новое для науки имеет бесспорную ценность. Оставляя даже в стороне факты экспериментального воспроизведения „моими артефактами“ опухолей,—что, конечно, требует времени для всесторонней проверки и изучения,—я не могу не протестовать против *цитирования несказанных слов*,—а всего более против совершенно не допустимого стремления исказить явное сочувствие аудитории моим исканиям и материалистическим концепциям, произвольно переделывая сочувствие в снисходительность.

Член Президиума I-го Всесоюзного съезда онкологов *М. Невядомский*.

II.

С проф. Невядомским и на съезде тяжело было спорить, т. к. он говорил на своем языке. Если он считает, что я ему приписываю им не сказанные слова и неверно передаю выступления проф. Абрикосова, Аничкова и др., что это-де мои „фантастические воспроизведения“, против которых он резко протестует, то попрошу читателя прочесть отчет об этом съезде и во „Врачебной газете“ № 16-17, стр. 1308 от 1931 г., где он найдет следующие характеристики доклада проф. Невядомского. „Проф. Невядомский, пытаюсь привязать к своей теории происхождения рака диалектический материализм, остается по существу грубым механистом“ (Генес). „Проф. Абрикосов отмечает, что в демонстрированных препаратах есть отдельные образования, напоминающие собою паразитов, но что никак нельзя согласиться с докладчиком, что все включения являются паразитами. Несомненно, подавляющее большинство включений является артефактами“.

„Проф. Аничков (читаем дальше) также указал на плохое качество препаратов; благодаря несовершенной технике имеется такое большое количество артефактов, что судить о морфологии по предъявленным препаратам не представляется возможным“.

„Проф. Петров отмечает, что доклад совершенно не убедителен, т. к. в виду полного отсутствия описания методики, не только нельзя повторить, но и проверить опытов докладчика“.

Далее указывается, что теория споровиковой этиологии рака очень стара и опровергнута уже 30 лет тому назад. В свое время ее выдвигали Подвысоцкий, Савченко, Судакевич, Коротнев.

Интересно, что Невядомский ссылается на Vogt как на единомышленника, в то время как последний резко опровергал споровиковые находки в опухолях. Виднейший протистолог Doflein также отрицает споровиковую теорию.

Стенограмма еще подробнее рисует все детали заседания, из которого я выхватил лишь отдельные моменты.

Пусть читатель т. о. сам судит, расходятся ли мои впечатления „полностью“ с действительностью.

Член презид. I Всес. съезда онкологов.

и Организац. комит. II Всес. съезда онк. *Р. Я. Гасуль*.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

1) Можно ли производить перевязку art. hypogastricae с обеих сторон при удалении раковой матки?

Ответ. Можно.

Прив.-доц. П. Маненков.

2) Какие имеются законоположения о производствах аборта?~

Подписчик Б.

Ответ. Законоположения эти указаны в „Справочнике по охране материнства и младенчества“. Боголепов И. П., Москва, 1928 г.

Прив.-доц. П. Маненков.

3) Можно ли производить аборты в больнице на законном основании, помимо заключения абортных комиссий, черная материал непосредственно из амбулатории?~

Ответ. Можно.

Прив.-доц. П. Маненков.

4) Какие имеются законоположения насчет возможности производства операции стерилизации (перевязки труб) у женщины; когда это можно делать и когда нельзя; может ли быть привлечен врач к судебной ответственности за произведенную правильно эту операцию, с согласия женщины, если в будущем она почему-либо захочет забеременеть и в суд подаст на врача за сделанную стерилизацию ее муж прежний или другой, за которого она вышла замуж; требуется ли в данном случае официальная подписка со стороны мужа или достаточно согласия больной, что записывается в историю болезни?

Подписчик Б.

Ответ. Законоположений по данному вопросу, насколько мне известно, в советском законодательстве нет. Стерилизацию, путем перевязки труб, у женщин можно производить по медицинским показаниям и в ограниченном круге случаев по социальным показаниям. Во избежание возможности привлечения врача к судебной ответственности за производство операции стерилизации можно рекомендовать: а) не расширять слишком показаний к этой операции, б) при социальных показаниях—предупредить женщину о последствиях данной операции и если, несмотря на это, женщина требует такую операцию, то не лишне взять с нее расписку в том, что она предупреждена врачом о характере и последствиях операции и требует производства последней. Подписка со стороны мужа, по нашему мнению, здесь значения не имеет.

Прив.-доц. П. Маненков.

5) Имеет ли право гинеколог класть в гинекологическое отделение и оперировать женщин с аппендицитом, паховой, бедренной и пупочной грыжами, диафрагмой ш. гесті, варикозным расширением вен, геморроем или не имеет?

Подписчик Б.

Ответ. Прямого ответа на этот вопрос в Советском законодательстве, насколько мне известно, не имеется. Согласно устным указаниям, данным мне судебным медицинским экспертом Наркомюста СССР проф. Гусевым, наше законодательство дает каждому врачу право производить всякую операцию, к которой он чувствует себя достаточно подготовленным. В практике Казанской акушерско-гинекологической клиники проф. Груздева женщины с аппендицитом, паховой и бедренной грыжами оперировались попутно; не попутно—с пупочной грыжей и диафрагмой прямых мышц; операций по поводу варикозных расширений вен и геморроя не встретилось.

Прив.-доц. П. Маненков.

6) Выбор наркоза при производстве стерилизации по показанию туберкулеза легких субактивной стадий?

Подписчик Б.

Ответ. Или местная инфльтрационная послыйная анестезия по методу проф. Вишневецкого, или люмбальная анестезия.

Прив.-доц. П. Маненков.

Основные положения по составлению второй пятилетки здравоохранения.

(Постановление коллегии Наркомздрава от 19 мая 1932 года и совещания плановых работников РСФСР и работников здравоохранения по планированию второй пятилетки здравоохранения).

XVII партконференция подвела основные итоги исторических побед рабочего класса Советского союза и его большевистского авангарда— ВКП(б) под руководством Ленинского ЦК и его вождя т. Сталина и наметила на основе успехов, достигнутых в ходе выполнения первой пятилетки, новые, еще более грандиозные задачи социалистического строительства. „Основной политической задачей второй пятилетки является окончательная ликвидация капиталистических элементов и классов вообще, полное уничтожение причин, порождающих классовые различия и эксплуатацию, и преодоление пережитков капитализма в экономике и сознании людей, превращение 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“ (из постановления XVII конференции ВКП(б)).

Эти грандиозные перспективы второй пятилетки в отношении общего подъема народного дохода и подъема благосостояния трудящихся определяют и рост дела здравоохранения во второй пятилетии, делая возможным еще более широкое проведение в жизнь целого ряда оздоровительных и лечебных мероприятий, осуществимых только в рамках социалистического общества.

В соответствии с программой ВКП(б), кладя в основу плана здравоохранения второй пятилетки проведение широких оздоровительных и санитарных мероприятий, имеющих целью предупреждение развития заболеваний, органы здравоохранения должны обеспечить возможно более полное, без отказа, обслуживание рабочих и колхозников всеми видами медицинской помощи на основе внимательного и чуткого изучения их возрастных культурных потребностей и потребностей в отношении охраны их здоровья.

I. Грандиозные темпы технической реконструкции народного хозяйства, жилищного и коммунального строительства выдвигают перед санитарными органами огромные новые задачи, требуют точного определения круга этих задач и поднятия их до уровня задач, поставленных партией перед коммунальным хозяйством, перед органами труда, органами общественного питания и др. Рост коммунального хозяйства, социалистическая

11

реконструкция городов выдвигают новые проблемы участия органов здравоохранения в борьбе за их санитарное оздоровление (проблемы санитарии в водопроводном деле, охраны источников водоснабжения и т. п.). Новые задачи вырастают в области канализации и удаления нечистот в связи с проблемой утилизации отходов, механизации процессов по очистке и т. д.

Широкого развития должна достигнуть пищевая санитария в связи с огромным развитием общественного питания и развитием пищевой промышленности и т. д.

Техническая реконструкция промышленности, дальнейшее развитие социалистических форм труда, поднятие культурного уровня рабочих выдвигают целый ряд проблем и новых задач в области промышленной санитарии и гигиены (в машиностроении, электропромышленности, основной химии, горном деле и т. д.). Это требует дальнейшего укрепления здравпунктов на предприятиях, как ведущего звена реконструкции сети медицинских учреждений, углубления их работы и соответствующего их технического вооружения, а также специализации отдельных видов санитарной инспекции, промышленной и коммунальной.

Полный охват всеобщим политехническим образованием детей и подростков, широкий охват детей дошкольными учреждениями требуют огромного развития школьно-санитарной организации и повышения качества ее работы.

Особое значение приобретает полная ликвидация санитарной безграмотности и развитие мероприятий личной гигиены как у школьников и подростков, так и у всего взрослого населения. Методы работы в области санитарного просвещения и материальная основа должны быть решительно перестроены.

В области борьбы с эпидемиями основное содержание в работе должно определяться переходом к развернутому наступлению на участке борьбы с эпидемиями, к ликвидации заразных болезней, как массовых заболеваний.

Широкое развитие должна получить сеть профилактических учреждений: ночные и дневные санатории, санатории постоянного типа, курорты и т. д.

Развитие учреждений для нормального отдыха (парки культуры и отдыха, дома отдыха, дома отдыха выходного дня), широкий охват физической культурой детского и взрослого населения должны быть увязаны с системой оздоровительных мероприятий органов здравоохранения и должны быть использованы как оздоровительные и лечебные факторы.

Особое значение в системе оздоровительных мероприятий, с одной стороны, и огромное народно-хозяйственное значение, с другой—привлекает во второй пятилетке развитие ясельного дела, которое охватывает миллионы детей и вырастает в большое хозяйственное предприятие.

II. Наряду с этими оздоровительными мероприятиями, лежащими в основе деятельности органов здравоохранения, перспективный план здравоохранения второго пятилетия должен уделить такое же внимание развитию лечебного дела как в отношении роста сети лечебных учреждений, так и повышения качества их работы. Сеть больниц и диспансеров, амбулаторий, родильных домов в промышленных районах, в совхозах и колхозах должна быть значительно расширена не только в своих

абсолютных, но и относительных показателях, как в отношении рабочих ведущих отраслей народного хозяйства, так и в районах с недостаточно развитой медицинской сетью, особенно в национальных районах. Диспансерные методы лечения должны получить свое дальнейшее развитие и улучшение. Особенное внимание должно быть обращено на больничное лечение и на введение новых методов лечения на основе дальнейшего развития медицинской науки.

III. Возрастающие задачи здравоохранения как в области санитарии, так и в лечебном деле усиливают хозяйственную сторону медицинских учреждений, превращая отдельные их звенья (больницы, ясли и т. д.) в учреждения с большим и сложным хозяйством. Это потребует во вторую пятилетку еще больше, чем теперь, чтобы руководство этих учреждений, а равно и здраводелов, повернулось в своей повседневной работе лицом к хозяйству этих учреждений и перестроило их работу на основе исторических условий т. Сталина.

Вопросы технической реконструкции медицинского дела являются существеннейшей частью второй пятилетки. В ряду вопросов технической реконструкции особенное место должна занять реконструкция больничного дела, которое меньше всего затронуто еще коренной перестройкой здравоохранения (вопросы больничного строительства, больничного оборудования, вопросы организации труда, хозрасчета, организации различных видов больничного хозяйства—бельевого, кухонного, транспортного и т. д.). К этой работе должны быть привлечены все группы медицинских работников, причем в качестве материала для встречного плана должен быть использован изданный НКЗдравом проект: „Как перестроить больницу по-новому“.

Особенно важным отделом пятилетки должна явиться разработка всех вопросов снабжения как хозяйственного, так и медицинского, установление форм связи с промышленными предприятиями по изготовлению этих предметов, план заказов промышленности, организация собственных хозяйств (лечебных трав, подгородных хозяйств, совхозов и т. д.).

IV. Рост и укрепление совхозов и колхозов создает впервые в истории человечества возможности проведения в деревне таких оздоровительных и лечебных мероприятий и в таких масштабах, каких не могло знать и не знает буржуазное общество.

Должны быть проработаны система и типы санитарных и лечебных учреждений и организации здравоохранения в соответствии с экономическими особенностями сельско-хозяйственного сектора.

V. Несмотря на значительный качественный и количественный рост здравоохранения в национальных районах и областях, отсталость медицины в некоторых из них, с одной стороны, и превращение их из аграрно-отсталых в индустриальные районы и районы с передовой техникой сельского хозяйства, требует особого внимания к выработке пятилетки здравоохранения этих областей.

VI. Осуществление вышеуказанных основных задач второй пятилетки неразрывно связано с делом овладения наукой и техникой медицинскими кадрами, созданием новых широких кадров и решительным поднятием санитарной культуры всей массы трудящихся.

Разрешение этой задачи должно быть дано не только в направлении увеличения этих кадров (вузы, больницы-вузы, техникумы, массовые са-

нитарные университеты, специальные курсы, научно-исследовательские институты и т. д.), но и в особенности в направлении правильного распределения этих кадров между отдельными районами, пунктами, усиления их специализации и повышения производительности труда медицинских работников. Особенное внимание должно быть уделено подготовке среднего персонала.

VII. При разработке второй пятилетки здравоохранения должны быть подведены итоги громадных достижений советской медицинской науки как в области санитарии, так и лечебного дела и намечены пути дальнейшего ее развития в соответствии с задачами охраны здоровья трудящихся и освоения достижений мировой науки и техники.

VIII. Сочетание плановости и оперативности в работе должно определить и методологию планирования второй пятилетки. Не ограничиваясь данной на совещании критикой формального планирования, преобладающего до сих пор в методологии планирования здравоохранения, необходимо обеспечить проведение на деле конкретного планирования, определив четкое оперативное содержание деятельности каждого низового звена сети медицинских учреждений.

Это требует выполнения следующих условий: а) укрепления аппаратов здравоохранения, в особенности аппарата райздравов, которые должны руководить выработкой конкретных планов отдельных медицинских учреждений, б) разработки основных проблем здравоохранения на основе решений XVII партконференции и 6-ти указаний тов. Сталина—широкими массами работников всех медицинских учреждений. Положить в основу разработки проблематики 2-й пятилетки перечень проблем, установленных Наркомздравом в его подготовительных работах по 2-й пятилетке, обязав все местные организации закончить к 1-му августа представление в НКЗдрав материалов разработки местными работниками этих вопросов, в) привлечение к этой работе профессиональных союзов и органов соцстраха.

IX. Совещание призывает всех работников здравоохранения и плановых органов на местах, всех научных работников и научные институты развернуть большевистские темпы в дальнейшей проработке плана второй пятилетки на основе генеральной линии партии, руководствуясь революционной теорией Маркса-Ленина и решениями нашей партии; широко мобилизуя трудящиеся массы вокруг проблем здравоохранения, борьбы за успешное завершение плана 4-го года пятилетки и перестройку работы на основе 6-ти указаний тов. Сталина, обеспечить в кратчайшие сроки разработку 2-го пятилетнего плана и тем самым реализовать решения XVII партийной конференции.