

К 50-летию со дня смерти Карла Маркса.

(1883—1933).

Т. Д. Эпштейн.

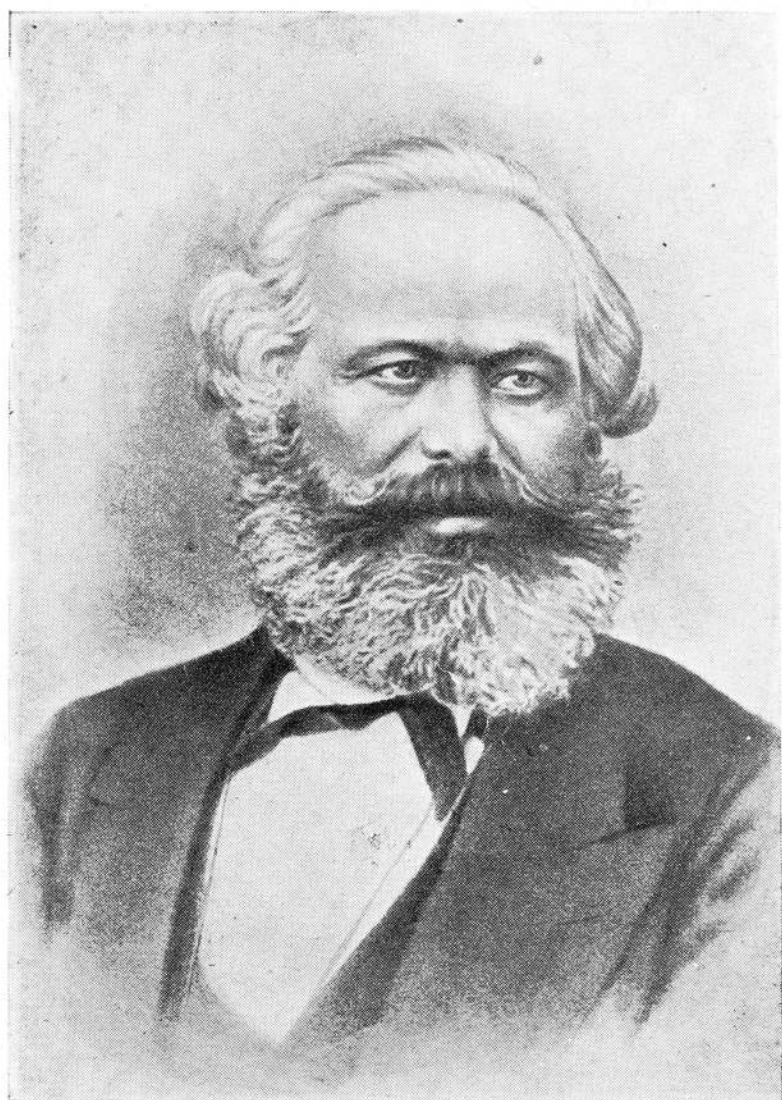
50 лет эпохи империализма и пролетарских революций отделяют нас от того дня, когда перестало биться сердце величайшего мыслителя, революционера и вождя международного рабочего движения Карла Маркса. За эти полвека на глазах живущего сейчас поколения людей из дня в день происходила генеральная проверка учения Маркса: марксизм подтверждал силу и глубину своего анализа и исторического прогноза на непрерывно обостряющихся противоречиях капиталистической экономики, законы которой были открыты Марксом, в классовых боях пролетариата и угнетенных масс против своих эксплуататоров, в победоносной пролетарской революции и всемирно-исторических успехах пятилетнего плана строительства социализма на одной шестой части земного шара, в СССР. Марксизм за эти годы оказался такой именно теорией, которая, овладев миллионными, стала в руках пролетариата могущественнейшей материальной силой, преобразующей мир. „Учение Маркса всемерно, потому что оно верно. Оно полно и стройно, давая людям цельное мирозерцание, непримиримое ни с каким суеверием, ни с какой защитой буржуазного гнета. Оно есть законный преемник лучшего, что создало человечество в XIX веке в лице немецкой философии, английской политической экономики, французского социализма“ (Ленин. Соч., т. XVI, стр. 349).

В чем же секрет этого исключительного могущества учения Маркса, несравнимого ни с какой силой в истории общественной жизни людей? Ответ на этот вопрос в чрезвычайно простой, ясной форме по существу дан тов. Сталиным в речи на съезде колхозников-ударников (19 февр. 1933 г.). Говоря об Октябрьской революции, как первой и необходимой предпосылке перехода на новый, социалистический путь развития, тов. Сталин указал, что до сих пор история народов была историей угнетения, эксплуатации человека человеком. „Сменялась одна форма эксплуатации трудящихся другой формой эксплуатации, но сама эксплуатация оставалась. Сменялись одни эксплуататоры и угнетатели другими, но сами эксплуататоры и угнетатели оставались“. (Сталин). Вся история человечества есть в то же время история стремлений угнетенных масс к освобождению от рабства, в какую бы форму это рабство ни облекалось, история непрерывающейся классовой борьбы и народных революций. Однако, все эти революции, по выражению т. Сталина, были „однобокими“, они меняли только форму угнетения трудящихся, давая на каждой следующей ступени исторического развития все более утонченные способы закабаления

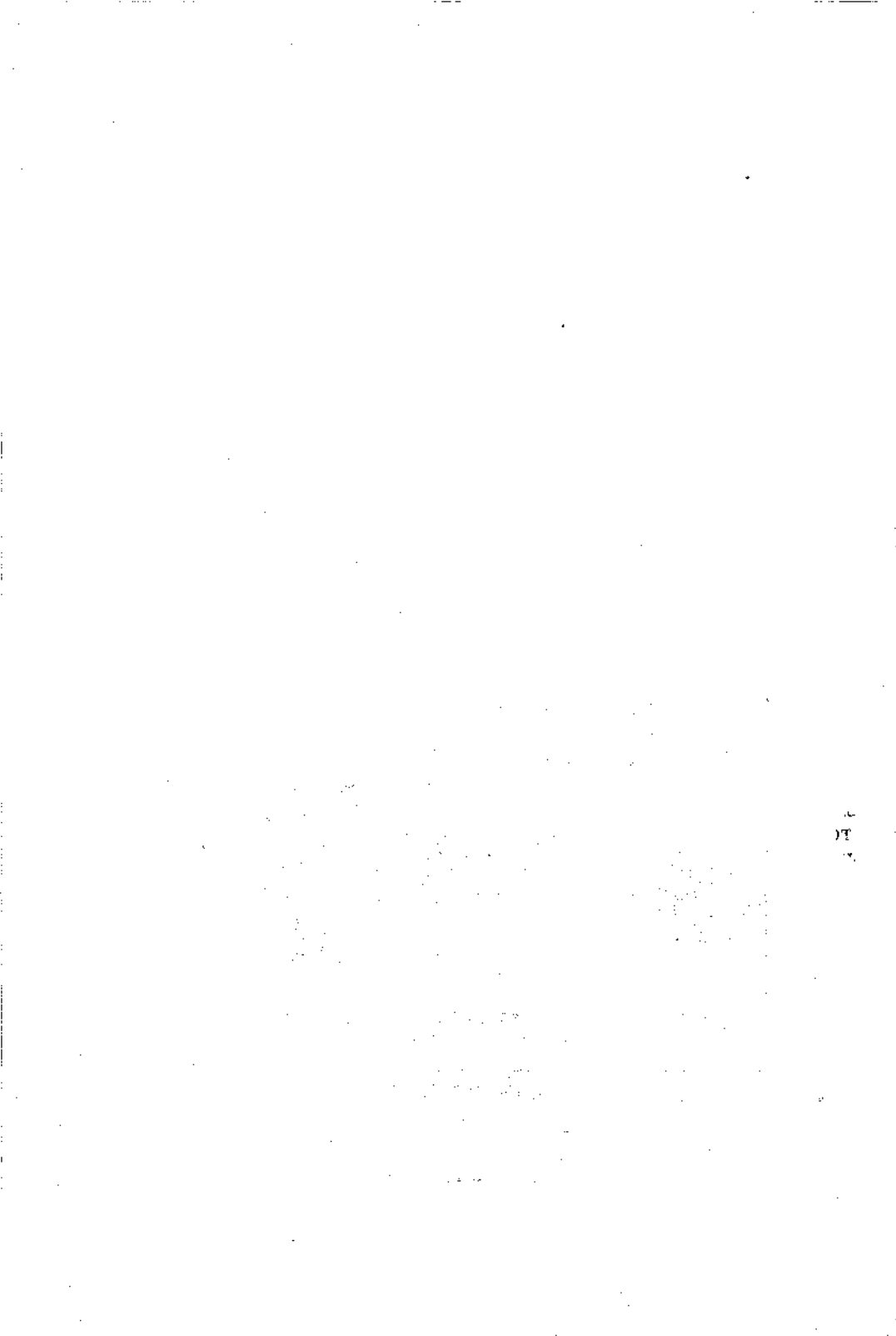
трудящихся масс. И только гений Маркса, на основе глубочайшего анализа законов капиталистической экономики, с неумолимой ясностью и непреложностью указал пути окончательного и бесповоротного искоренения всякой эксплуатации, пути уничтожения классов и революционного переустройства общества. В умы и руки многомиллионных трудящихся масс, борющихся за свое освобождение, гений Маркса вложил самое сильное оружие, делающее их непобедимыми, то, чего не хватало до сих пор—революционную теорию, обоснованную научным исследованием законов развития человеческого общества,—теорию, не только объясняющую мир, но указывающую пути и средства, как этот мир изменить.

Основной стержень марксизма составляет *учение о диктатуре пролетариата*. Маркс доказал, что капитализм является исторически преходящей общественной формой, не вечной, разумной категорией, как это старались представить буржуазные ученые и философы, а глубоко-противоречивой формой общественной жизни, таящей внутри себя источники своей же гибели. В „Капитале“, произведении Маркса, о котором Энгельс сказал, что „с тех пор, как на земле существуют капиталисты и рабочие, не было ни одной книги, которая имела бы такое значение для рабочих“, Маркс сумел под мистической оболочкой товара, этой простейшей клеточки капитализма, раскрыть истинные отношения между людьми в капиталистическом производстве и показать на гениальном анализе прибавочной стоимости природу и механизм капиталистической эксплуатации. Раскрывая шаг за шагом закон движения капитализма, Маркс развернул перед рабочим классом историческую миссию уничтожения капитализма и замены его социалистическим строем, свободным от какой бы то ни было эксплуатации. В блестящем анализе всеобщего закона капиталистического накопления Маркс с необычайной яркостью дал картину нарастающих противоречий между рабочим классом и буржуазией. „Наряду с постоянным уменьшением числа магнатов капитала, которые узурпируют и монополизуют все выгоды этого процесса переворота (речь идет об использовании капиталистами данных науки и технических усовершенствований.—Т. Э.), растет масса нищеты, гнета, порабощения, вырождения и эксплуатации, но вместе с тем растет и возмущение рабочего класса, непрерывно увеличивающегося, вышколенного, объединенного самым механизмом капиталистического процесса производства. Монополия капитала становится оковами того способа производства, который вместе с нею и благодаря ей достиг расцвета. Централизация средств производства и обобществления труда достигают уровня, при котором они становятся несовместимыми с их капиталистической оболочкой. Последняя разрывается. Бьет час капиталистической частной собственности. Экспроприаторов „экспроприируют“ (Маркс. „Капитал“, т. I, 1928, стр. 613).

Эта экспроприация „узурпаторов“ осуществляется далеко не мирным способом: капитализм противопоставляет отчаянную борьбу за сохранение своего господства. Пролетариат может достичь своей цели только через победоносную пролетарскую революцию, через гражданскую войну, в которой он беспощадно подавляет сопротивление



Карл Маркс
(1818—1883)



ние эксплуататорских классов. Завоевав власть, пролетариат безжалостно ломает бюрократическую машину буржуазного государства и устанавливает железную диктатуру пролетарской власти. Диктатура нужна пролетариату, как первое и необходимое условие сохранения своих завоеваний и успешного революционного преобразования общества, последовательного искоренения экономических основ эксплуатации человека человеком. „Покуда еще существуют другие классы, в особенности класс капиталистический, покуда пролетариат с ним борется (ибо с приходом его к власти не исчезают еще его враги, не исчезает старый общественный строй), он должен применять средства насилия, так как насилие — средство для управления; если он сам еще остается классом и если не исчезли еще экономические условия, на которых основывается классовая борьба, т. е. существование классов, они должны быть насильственно устранены и преобразованы, процесс их преобразования должен быть насильственно ускорен“ (Маркс. „Бакунин. Государственность и анархия“. Летописи марксизма. Вып. II, стр. 93).

Маркс прекрасно понимал, что пролетариат может добиться выполнения своей исторической миссии при одном только условии, если он создаст мощную *партию*, бесстрашный авангард, вооруженный революционной теорией, владеющий стратегией и тактикой классовой борьбы. Поэтому еще в „Коммунистическом Манифесте“ (1848 г.) Маркс и Энгельс выдвинули идею организации революционной пролетарской партии, „самой решительной, всегда побуждающей к движению вперед части“ рабочего класса, руководящей революционной борьбой пролетариата. Вся последующая деятельность Маркса была не только неумолимой деятельностью гениального теоретика пролетарской революции, но и непосредственного практического участника в повседневной борьбе пролетариата, создателя руководящего штаба рабочего движения — партии коммунистов. Маркс был организатором и вождем „Союза коммунистов“, ему же принадлежит заслуга создания I Интернационала, первого международного товарищества рабочих, поставившего на своем знамени революционный штурм устоев капиталистического общества. Со всею революционной страстью Маркс боролся за чистоту своего учения, беспощадно разоблачая мелко-буржуазные, сектантские и другие классово-враждебные течения (прудонизм, бакунизм, лассальянство и др.), сбивавшие рабочее движение в сторону от единственно правильного пути революционной борьбы.

С энтузиазмом воспринял Маркс героическую борьбу Парижской Коммуны, видя в ней пролог будущего пролетарского государства. Критикуя ошибки Парижской Коммуны, Маркс учил международный пролетариат урокам этого первого опыта пролетарской диктатуры и, на основе своего наблюдения за этапами борьбы Коммуны и ее поражения, развил и углубил свое учение о диктатуре пролетариата. Всемирно-исторический опыт Коммуны и оценка Марксом ее уроков не прошли даром для рабочего класса: пролетарская революция в СССР победила именно потому, что, учтя ошибки Парижской Коммуны, она воспользовалась марксистско-ленинским учением о пролетарской диктатуре, последовательно и до конца разгромив аппарат

классового господства буржуазии и беспощадно подавляя сопротивление классовых врагов.

Маркс и Энгельс, создавая великую программу революционной борьбы пролетариата за новый общественный строй, уже тогда с гениальной прозорливостью ставили вопрос о союзниках пролетариата. Для Маркса была ясна двойственная природа крестьянина, в котором противоречиво сочетаются собственник и труженик, консерватизм и революционность, „рассудок“ и „предрассудок“. Он блестяще показал судьбу крестьянства при капитализме, неизбежность расслоения крестьянства на небольшую капиталистическую, эксплуататорскую верхушку и непрерывно пауперизирующуюся крестьянскую массу, для которой капитализм—вампир, „высасывающий кровь сердца и мозг головы“. Отсюда—вывод Маркса—для крестьянства остается только один путь: оно находит себе „естественного союзника и вождя в городском пролетариате, призванном ниспровергнуть буржуазный строй“ (Маркс и Энгельс, т. XVIII, стр. 409). После овладения властью под руководством коммунистической партии, при поддержке многомиллионных масс крестьянства, пролетариат „должен в качестве правительства принимать меры, благодаря которым крестьянин непосредственно улучшает свое положение и сам переходит на сторону революции; однако, это такие мероприятия, которые в основе облегчают *переход от частной собственности на землю к собственности общественной*, так что крестьянин экономически сам доходит до этого“ (Маркс. Op. cit., Лет. маркс., вып. II, стр. 93). Мы видим, следовательно, что Маркс за много десятков лет до пролетарской революции предугадал пути той политики переустройства сельского хозяйства, которая осуществляется коммунистической партией в СССР в форме коллективизации. Говоря о союзниках пролетариата, Маркс огромное значение придавал *национально-освободительному движению* угнетенных колониальных масс. Национальный вопрос он рассматривал, как подчиненный целям и задачам пролетарской революции, и на многочисленных примерах положения колониальных стран (Китая, Индии, Венгрии, Ирландии, дореволюционной России и др.) показывал рабочему движению его интернациональные задачи по отношению к угнетенным колониальным народам, считая первой обязанностью рабочего класса поддержку национально-освободительного движения.

Гениальные открытия Маркса, его умение давать изумительный по четкости и доказательности анализ закономерностей развития человеческого общества и ставить исторический прогноз, определять стратегию и тактику передового исторического класса—пролетариата, это мастерство ученого, вождя и революционера было доступно Марксу благодаря тому, что он сумел обобщить, критически переработать колоссальный исторический опыт развития всего человеческого общества, всей революционной практики угнетенных классов, а в особенности благодаря тому, что он исключительно глубоко изучил законы движения и развития капиталистического общества и практики революционной борьбы пролетариата. Марксу удалось разработать свое стройное учение, сделать его непобедимым оружием нового, восходящего класса только благодаря тому, что он сам раз-

работал и применял единственно правильный метод научного познания—*метод диалектического материализма*. Материалистическая диалектика „в позитивное понимание существующего включает в то же время понимание его отрицания, его необходимой гибели; каждую осуществленную форму она рассматривает в движении, следовательно, также и с ее преходящей стороны, так как она ни перед чем не преклоняется и по самому существу своему критична и революционна“. (Маркс. „Капитал“, т. I, 1928, стр. XL). Пользуясь диалектическим пониманием развития, Маркс вскрыл материалистическую основу общественных явлений, показав, что „способ производства материальной жизни обуславливает социальный, политический и духовный процессы жизни вообще. Не сознание людей определяет их бытие, а наоборот, их общественное бытие определяет сознание“. На анализе капиталистического способа производства Маркс дал блестящий образец раскрытия методом диалектического материализма законов развития природы и человеческого общества и показал неизбежность революционного разрешения установленных им противоречий капиталистического общества. Диалектический материализм, возведенный на новую высшую ступень Лениным, является философией революционного пролетариата, острейшим оружием в овладении силами природы и построении бесклассового социалистического общества.

Октябрьская революция в СССР является всемирно-историческим триумфом учения Маркса и его гениального продолжения и завершения,—учения Ленина и Сталина. Вооруженный марксизмом-ленинизмом, рабочий класс СССР, руководимый ленинской коммунистической партией, создал в классовых боях мощную пролетарскую диктатуру, сплотил около себя многомиллионные массы трудящегося крестьянства, повернувшие на путь колхозного строительства, и с невиданным в истории энтузиазмом строит новое бесклассовое социалистическое общество. Воплощаются в жизнь заветные мечты основоположников революционного социализма. На одной шестой части земного шара марксизм-ленинизм торжествует всемирно-историческую победу: фундамент социалистической экономики построен, создана несокрушимая крепость социалистического общества, опора и надежда мирового пролетариата. На остальных пяти шестых земного шара конвульсии жесточайшего кризиса потрясают основы капитализма, уже идет решающая схватка революционного пролетариата с буржуазией. Близок конец капиталистического общества. Красный призрак коммунизма, воплощенный в грозную силу великой советской страны, строящей социализм, и могучий под'ем революционного движения, взрывающего капитализм изнутри, неотвязно стоит перед господствующими классами капиталистического мира, неумолимым ходом истории обреченными на гибель. Под знаменем Маркса-Энгельса-Ленина-Сталина, в непримиримой борьбе за чистоту революционной теории, против всяких оппортунистических и контр-революционных искажений марксизма-ленинизма, под знаменем Коминтерна рабочий класс добьется окончательной победы идей марксизма во всем мире.

Кризис медицины и здравоохранения в Германии.¹⁾

Проф. С. М. Шварц (Казань).

Если познакомиться с цифрами, характеризующими медицинские здравоохраненческие учреждения Германии и их работу, если судить о медицине и здравоохранении Германии по внешним признакам и цифровым показателям, то создается впечатление большого благополучия и цветущего состояния.

В Германии имеется 24 медицинских факультета, свыше 10000 студентов-медиков, около 50.000 врачей, 4.500 лечебных заведений различного типа с числом коек приблизительно в 500.000 и значительное число санаторий. Выпускается ежегодно большое количество научных работ. Ежемесячно выбрасывается на рынок много новейших фармацевтических препаратов, широко рекламируемых не только в общей, но и в медицинской прессе.

Если ближе познакомиться с тем, что представляет собою медицинская наука в Германии, если глубже взглянуть на то, что делается в стенах высших медицинских школ, если внимательно изучить систему медицинской помощи населению, если присмотреться к тому, что представляет собою медикаментозный потоп, то предстанет совсем другая картина.

За внешним благополучием, кажущимся цветущим состоянием и полнокровием перед нами предстанет тяжелый недуг, поразивший медицинскую науку и дело здравоохранения Германии.

Верно ли это утверждение? Не является ли это преувеличением со стороны советского врача-наблюдателя?

Медицинская наука и здравоохранение Германии действительно переживают тяжелейший кризис, они поражены тяжелой болезнью уже давно, это—явление не только сегодняшнего дня, обусловленное исключительным по своим размерам и тяжести экономическим и политическим кризисом, обо всем этом мы можем судить на основании заявлений виднейших представителей медицинской науки Германии, заподозрить которых в клевете на буржуазную науку и здравоохранение нельзя.

В течение ряда послевоенных лет в немецкой медицинской прессе часто появляются статьи и выпускаются книги, лейт-мотивом которых является следующее утверждение: медицинская наука, медицинское образование, дело здравоохранения переживают тяжелый кризис, они стоят перед крахом; для того, чтобы их спасти, нужны поиски новых путей, иначе они обречены на неминуемую гибель. Таковы выступления Aschner'a, Bier'a, Sauerbruch'a, Lieck'a и др. Если за последние год-полтора эти выступления стали реже, то не потому, что положение изменилось к лучшему, а наоборот, общая экономическая катастрофа, кризис всей капиталистической системы, грозящей рухнуть в любой момент, отодвинули на задний план вопрос о кризисе науки.

Где же корни кризиса?

Не подлежит сомнению, что кризис медицины отображает кризис всей капиталистической системы.

Кризис медицины, как науки—это кризис мышления, методологии.

¹⁾ Доклад на заседании Науч. мед. ассоциации врачей ТР в июне 1932 г.

Действительно, для медицинской мысли Германии характерно либо полное игнорирование необходимости методологии, отказ от философии, как не имеющей ничего общего с медициной, либо различные философские системы, часто представляющие смесь самых разнообразных, нередко взаимоисключающих взглядов и положений.

Для многих ученых Германии характерен эмпиризм. Врач-исследователь не идет дальше своих наблюдений, опыта. Он прodelывает сотни экспериментов, описывает их, но ограничивается только констатацией наблюдения. Он не в состоянии понять собранный им материал, обобщить, ибо у него нет руководящей идеи. Он путается в столь характерном для биологии сложном комплексе взаимодействующих процессов. Вот почему он либо совсем отказывается от анализа и обобщения собранного материала, либо, находясь в плену метафизического мышления, делает ложные заключения и выводы.

Второе распространенное направление—это механицизм. Механисты пытаются свести все многообразие биологических процессов к простым физикохимическим законам, а так как это далеко не всегда удается, то они приходят к агностицизму. Они договариваются до непознаваемости вселенной, до утверждения, что вскрыть сущность и содержание изучаемых биологических процессов можно только до определенного предела, что дальше наступает мир непознаваемого, и этим самым они прокладывают мост к идеалистам. Вульгарный механистический материализм перерастает неизбежно в идеализм, мистицизм, признание божественного.

Вспоминаю слышанное мною выступление известного немецкого физика Шредингера: „Да, было время, заявил он, когда мы противопоставляли науку религии, как нечто несовместимое. Теперь мы убедились в том, что это неправильно, ибо наши знания имеют свой предел. Мы можем объяснить, понять изучаемые нами явления природы только до определенного предела, дальше этого предела мы не можем пойти, там начинается непознаваемое, которое мы можем выразить только в образах, сравнениях, но не объяснить“.

Механистический материализм все более вытесняется и замещается идеализмом всех сортов и оттенков вплоть до ничем не прикрытого мистицизма и поповщины, призывов вернуться к религии, к церкви.

Наряду с этими направлениями имеется большое количество эклектиков, пытающихся примирить непримиримое, берущих кое-что от механицизма, идеализма и даже диалектического материализма, полагающих, что от такого смешения получится нечто цельное, гармоническое. К числу таких принадлежит известный хирург профессор Бир. Он утверждает, что материализм—это уже давно преодоленное и отвергнутое наукой мировоззрение („Dieser Materialismus, der als Weltanschauung längst überwunden und wissenschaftlich widerlegt ist ¹⁾), что механицизм это пережиток материализма, бывшего когда-то могущественным (die „rein mechanistische Betrachtungsweise, die ja weiter nichts ist, als ein Überbleibsel der hinter uns liegenden Zeit, so ausserordentlich mächtigen Materialismus“). Он объявляет себя поклонником первого диалектика древнего мира—Гераклита и многократно выявляет свою идеалистическую установку. Он однако полагает возможным не противопоставлять одни фи-

¹⁾ М. М. W. N 27, 1926.

лософские взгляды другим, а создать гармонию путем их синтеза. Теперь мы имеем, пишет он: „*hie Darwinismus, hie Mendelismus, hie Humoral-hie Zellular-pathologie, hie Allopathie-hie Homöopathie*“. Такую точку зрения он считает ограниченной (*das ist ein beschränkter Standpunkt*“). Необходимо, чтобы противоположности создали гармонию, а посему нужно не противопоставление двух противоположных взглядов, а признание того и другого. Он говорит: „*Darwinismus und Mendelismus, Zellular-und Humoral-pathologie, Allopathie und Homöopathie soll es heissen, den erst die Gegensätze schaffen die Harmonie*“.

Философские мировоззрения не должны противопоставляться друг другу, заявляет Бир „*Ebenso sollte es nicht in der Philosophie heissen: „hie Mechanismus—hie Teleologie, hie Kausalität—hie Finalität, sondern Mechanismus und Finalität*“.

Эти высказывания проф. Бира дают достаточно яркую характеристику его эклектизма, столь характерного для мировоззрения многих врачей и естественных испытателей Германии.

Ползучий эмпиризм одних, механицизм других, идеализм третьих и эклектизм четвертых, отсутствие монизма, отрыв медицины от философии и пользование ошибочными философскими системами являются причиной переживаемого медициной тяжелого кризиса.

Каковы же последствия этого хаоса взглядов? Они многообразны, как и причины, их обуславливающие. Отметим хотя бы некоторые моменты: таковыми является чрезмерное увлечение лабораторией и медикаментами, переоценка возможности распознавания сущности патологических процессов, протекающих в человеческом организме, посредством лабораторных методов исследования и возможности воздействия на эти патологические изменения соответствующими медикаментами; чрезмерная специализация, деление человеческого организма на отдельные, мало связанные между собой компоненты, попытки, гл. обр., путем лабораторных методов исследования, установить в каждом случае заболевания те органы или изолированные от всего организма отдельные участки его, которые являются носителями заболевания. Желание воздействовать на больные органы или часть организма, которые считаются носителями болезненного процесса, только медикаментозным лечением, изучение части человеческого организма вне связи его со всем организмом—все эти моменты являются результатом механистического подхода к болезни и больному.

У представителей этого направления практическая лечебная работа нередко принимает уродливые формы. Переоценка лабораторного метода приводит к тому, что у больного производится многочисленные лабораторные исследования, часто не имеющие никакого отношения к данному заболеванию; делаются многочисленные рентгеновские снимки, электрокардиограммы, химические исследования мочи и крови, различные пробы, пункции и т. д., а сам больной отступает на задний план. Его анамнез, особенно в социальной части, забывается, и врач соприкасается с больным только через посредство счетной камеры, пробирки, рентгена, зондов и т. д., в результате такого подхода ошибочный, нередко ничего общего с жизнью не имеющий диагноз.

Но если излишние лабораторные исследования безразличны для больного, то преклонение врачей перед медикаментами, вера в их всемогущество уже часто приводит к вредным последствиям. Больной рас-

смазывается, как реактивная колба, его заболевание—как результат сдвигов физико-химического состава его организма в неблагоприятную для последнего сторону, и дачей медикаментов врач старается этот сдвиг изменить в желательную сторону. Дается одно лекарство, а так как оно не помогает, выписывается второе, третье и так далее до бесконечности, а то и сразу выписывается больному по 3—4 медикамента. Укажем для примера на следующее сообщение проф. фармакологии гейдельбергского университета Heubner'a¹⁾: в одном немецком университетском городе больной с воспалением легких подвергся следующим лечебным манипуляциям в течение 24 часов: снаружи смазывание иодом и компресс, внутрь 3 раза Cardiazol, 3 раза дигипурат, 3 раза кодеин, кислородные ингаляции, 2 раза под кожу Ephetonin, 1 раз Anastil; внутримышечно камфарное масло, Transpulmin и Chininurethan—всего 12 куб. с. и наконец 2 раза внутривенно по 10 к. с. виноградного сахара с Cardiazol'ем и Digipurat'ом. Приходится удивляться стойкости человеческого организма, могущего выдержать такое количество медикаментов.

Излишняя специализация приводит к тому, что специалист в поисках за патологическими изменениями в относящихся к его специальности органах нередко находит то, чего на самом деле нет, и просматривает или не обращает должного внимания на изменения, имеющие место в организме в целом или в „неотносящихся“ к его специальности органах. В том и другом случае страдает больной.

В противовес этому направлению мы имеем другое, утверждающее: назад—к Гипократу! Медицина не столько наука, сколько искусство. Поменьше лабораторных исследований, побольше наблюдения у постели больного. На чрезмерное увлечение фармацевтическими медикаментами они реагируют объявлением несостоятельности последних и предлагают пользоваться гомеопатическими средствами. По этому скользкому пути идут такие видные ученые, как проф. Бир.

А что представляет собой учение столь уважаемого Биром Ганнеманна? Помимо самой ненаучности основного принципа гомеопатии „лечения подобного подобным“, нет никаких обоснований назначения гомеопатами лекарств в разведении 1:10⁶ (т. е. на 1.000.000) или 1 на 10 в 30-ой степени, что применялось основоположниками гомеопатии и многими гомеопатами применяется и в настоящее время. Гомеопаты, применяющие столь большое разведение, объясняют предполагаемое действие лекарства тем, что в этом разведении уже не содержатся материальные части лекарства и действие его является духовным.

Другие гомеопаты полагают, что при таких разведениях происходит распад атомов и при этом развиваются большие силы. Это учение получает большое распространение и среди части врачей. Врачи этого направления придают большое значение конституции больного и защитным силам его организма; задача врача эти защитные силы учесть и использовать при лечении. В вышеуказанном в достаточной степени сказывается идеалистическая сущность врачей этого направления, в особенности она проявляется в вопросе „о чудесном в учении о лечении“ („Das Wunder in der Heilkunde). Яркий представитель этого направления д-р Лик в своих книгах доказывает, что успешно лечить больного можно только воздействием на его душу. Люди сильные духом могут оказать чудесное воздействие на больных, независимо от того, какими средствами они будут пользоваться. „Сила слова, волшебная сила врачебной личности“ („die Macht des Zaubers der ärztlichen Persönlichkeit“) еще и теперь, по его мнению, недооценивается. Для доказательства своей мысли Лик приводит следующие факты, с которыми он поз-

¹⁾ Цитировано по Лик у: Die Zukünftige Entwicklung der Heilkunde.

накопился, читая работу одного выдающегося (как он пишет) врача о душевном воздействии на ревматические заболевания. „Этот врач мог 88% всех больных с Torticollis, Lumbago, Ischias излечивать посредством смазывания слизистой носа кокаином. Излечение часто, даже в тяжелых случаях, наступало моментально после однократного смазывания“¹⁾.

В доказательство могущественного воздействия врача сильной воли и веры на больного Лик приводит примеры успешного лечения бородавок посредством внушения в университетских клиниках Кенигсберга и Цюриха. (Die Warzenbehandlung durch Suggestion).

Вера врача в избранный им метод лечения, вера больного во врача, кем бы он ни был—человеком с высшим образованием или знахарем—вот где, по мнению Лика, гарантия успешного лечения. „Wissenschaft zerstört den Zauber; aber das Geheimnis des Lebens sorgt immer wieder dafür, dass das Wunder der Heilung und die Heilung durch das Wunder niemals aufhören“²⁾, т. е. наука разрушает веру человека, но жизнь всегда заботится о том, чтобы чудо излечения и излечение через чудо никогда не прекратилось“. Здесь, как видите, прокладывается мост к знахарству, здесь врач протягивает руку знахарю и пытается теоретически обосновать знахарство.

Такова точка зрения многих врачей, не только Лика. Мне вспоминается семинарское занятие проф. Гротьяна с врачами (на котором я присутствовал), где проф. Гротьян на вопрос, почему правительство не проводит закона о запрещении знахарства, ответил, что врачи не могут вести энергичную борьбу со знахарством потому, что многие врачи недалеко ушли от знахарства, и гл. обр: потому, что среди знахарей имеются сильные духом люди, которые умеют своим словом сделать больным больше, чем высококвалифицированные врачи.

Но если вера в чудо способна совершить чудо, то естественен вывод, что не следует разрушать веру, нельзя отказываться от бога. Врачу бог необходим. В книге „Das Wunder in der Heilkunde“ Лик без всяких стеснений пишет: „Мы нуждаемся в божестве, врач нуждается в нем больше всех“. (Wir brauchen Gott, im meisten braucht ihn der Arzt). Аналогичные рассуждения мы встречаем и у других врачей.

Вот неполная характеристика этих двух направлений и их отличие друг от друга; но они имеют и нечто общее.

Общим для них является игнорирование социальной сущности человека, пренебрежение к социальному анамнезу, а тем более к социальному диагнозу и терапии, рассмотрение больного вне времени и пространства, как какой-то абстрактной сущности.

Эти два направления встречаются наиболее часто, в чистом виде или в разных, сплошь и рядом самых нелепых комбинациях. Естественно, что они, базируясь на механизме, идеализме и их сочетаниях, не могли не привести и привели к тяжелому кризису медицины.

Но кризис переживает медицина не только как наука. И медицинские школы, где подготавливаются будущие врачи, переживают кризис; они перестали удовлетворять наиболее вдумчивых врачей. Чем это объяснить?

Основная причина—это, конечно, то, что на медицинских факультетах, являющихся центрами медицинской мысли, задающих тон и направление медицине, не мог не отразиться кризис этой науки.

Но имеются некоторые другие факторы, которые, помимо вышеуказанных, сыграли свою роль, способствовали кризису медицинских факультетов, и привели к тому, что выпускаемые врачи перестали удовлетворять широкие массы трудового населения, и что медицинские факультеты (как и другие высшие школы) перестали пользоваться прежним весом и авторитетом.

¹⁾ Liek. Die Zukünftige Entwicklung der Heilkunde. Стр. 24.

²⁾ Цитир. соч. стр. 15.

Из этих факторов обратим внимание на следующие.

Данные, характеризующие состав студенчества университетов Германии (а состав медфаков мало отличается от среднего состава университетов), говорят о том, что основная масса студентов—дети помещиков, крупной и средней буржуазии и высшей и средней категории служащих; детей же рабочих всего 0,8%, т. е. на 100 студентов приходится не более одного студента пролетарского происхождения. Это—несмесь на то, что в Германии на 62 милл. населения около 15 милл. рабочих, а с членами семей—около 50% всего населения. Уже социальный состав в значительной степени предопределяет политическое настроение студенчества. Выборы студенческих организаций еще в 1930 г. показали, что подавляющее большинство студентов (около 70%) голосовали за фашистов.

Политическое настроение большинства студентов достаточно ярко вылилось в зверских нападениях и избиении находящихся в меньшинстве красных студентов, в участии студентов в нападениях на жилища революционных рабочих, и избиении этих рабочих, участие студентов в других столь же „геройских“ поступках. Они являются хранителями чистоты арийской крови немцев и оберегают их от смешения с „инородцами“. Вспоминаю характерное выступление некоторых студентов „наци“ (фашисты) на дискуссионном собрании, организованном красными студентами-медиками. Нацисты предлагали в целях оберегания столь высокоценной и чистой арийской крови хороших немцев от примеси еврейской (крови) выселить из Германии евреев, либо изолировать их в каком-нибудь одном округе Германии, запретив им вступать в брак с немцами. Студенты-фашисты и примыкающие к ним герои резиновой дубинки и поножовщины, любители из-за угла нападать на революционных рабочих и студентов, естественно—горячие сторонники сохранения § 218, запрещающего под страхом тюремного заключения производство аборт, особенно по социальным показаниям, ибо они заботятся о сохранении достаточной резервной армии. Они за принудительную стерилизацию некоторых групп больных и физически слабых; они против излишних забот органов здравоохранения, направленных на сохранение жизни слабых, больных, малопенных в их понимании, ослабляющих своим существованием и возможностью размножения немецкий народ. Они сыновья и дочери аграриев, крупной и средней буржуазии и верных, в подавляющем большинстве, рабов капитализма,—служащих и технической интеллигенции, меньше всего склонны заботиться о здоровье широких масс пролетариата. Естественно, что эти будущие врачи меньше всего стараются ознакомиться с теми социальными факторами, которые пагубно влияют на здоровье трудового населения и изучать методы и пути устранения этих факторов. Нечего изучать то, чего они не собираются изменять. Вот почему даже там, где преподается социальная профессиональная гигиена, студенты эти курсы, за редким исключением, не посещают.

Да, они готовятся к своей будущей работе, усердно изучают медицинские книги, добросовестно посещают клиники, но цель основной массы студенчества—ознакомиться с тем, что им понадобится для их будущей работы частно-практикующего врача.

Для характеристики научных работников университетов, медицинских факультетов и научно-исследовательских институтов приведем отрывки из выступлений и статей известного немецкого бактериолога Мисха; гейдельбергского фармаколога Нейбнера и бывшего министра просвещения в Бадене профессора Неллраха. В статье „Die Lehrkörper unseres Universitäten“ (D. M. W. W. 10 1932) Неллрах указывает на то, что роль

значение университетов и его представителей сильно упала за последние десятилетия. По его мнению, основная причина этого явления—вопрос научной смены (Nachwuchsfrage). Беда не только в том, что господствуют некоторые династии ученых, которые устроились в университет „Gelehrtyndynastien die an unseren Universitäten etabliert haben“, а в том, что в высшие учебные заведения хлынула масса посредственностей,

хорошо знающих технику самопродвижения и вытесняющих всех независимых, лучших и талантливых. Он пишет: „В университетах все чаще и чаще избирается удобный коллега, бесцветная фигура, мелкий, но усердный работник, который однако охотно старается стать заметным; особенно важно — „человек без качеств“, о котором университет не знает ни одного предосудительного дела, человек, высказывания которого всегда столь осторожны, что никогда никто не имел случая обижаться по поводу этих высказываний. Человек, против которого меньше всего возражают“ — словом, типичный подхалим.

Естественно, это привело к воспитанию карликовой породы научных работников.

Красочно пишет об этом Мух в упомянутой книге о банкротстве медицины.

Перевожу дословно: „Если кто-либо не имеет денег и если он к тому же свободно мыслит и действует, если он нарушает интересы господствующей клики — его уничтожают. Так возвращается господство посредственностей. Медицинские представители на высших постах государства — это заурядные головы, которые видят в каждом талантливом человеке опасного соперника... „Испокон веков сжигали и распинали, но медицина сегодняшнего дня делает это в большей степени, чем когда-либо. Свобода учения — это только фраза“.

Чрезвычайно интересна характеристика, которую Мух дает научным конгрессам. „Конгрессы столь же бесполезны, как и опасны. Они никогда не приносили пользы. К тому же конгрессы являются соборами, где свободно творящие подвергаются осуждению с заранее респределенными ролями. Это ведет к террору клики и политиканству в медицине“.

Для иллюстрации господствующих в утах нравов приведу еще следующий отрывок из упомянутой статьи проф. Hellrach'a. Он пишет: „Университеты себя многократно дискредитировали тем, что удостоивали звания Dr. h. c. — людей совершенно не заслуживающих этого звания, только потому, что они оказывали у-ту какую-либо материальную услугу или потому, что они являются начальством (министры, директора департаментов, советники министерств и т. д.). Теперь нет почти ни одной высшей школы, которая в списках своих докторов h. c. не числила не только смущающие, но и позорящие нас фамилии“.

Многие экспериментальные работы, выпускаемые медицинскими институтами имеют своей целью не продвижение вперед „чистой науки“, а самопродвижение по иерархической лестнице ученого, хотя проделанные работы и приводят к поставленной научным работником цели (т. е. получение соответствующего научного звания или ранга), но, „сами-то научные работы минимум в 95% всех случаев бесполезны, а если смотреть на них с высшей точки зрения, то их следует признать негодными“.

Выпускаемые некоторыми клиниками и институтами работы, посвященные вопросу оценки терапевтического значения новых медикаментов и методов лечения, вызывают сплошь и рядом сомнения в их научной объективности.

Стимулирующим моментом для появления в свет таких работ далеко не всегда бывает желание бескорыстно продвинуть вперед науку, а некие более материальные порядки вещи. Нужно полагать, что не без оснований гейдельбергский проф. Neubner пишет в статье „Wissen-

schaft und ärztliche Tagesaufgaben“: „Торгашеский дух проникает в сферу практической деятельности врача, близка опасность, что этот торгашеский дух уже проникает в его мышление и ощущения“ (D. M. W. № 9, 1932).

Что касается политической характеристики профессорско-преподавательского состава, то он мало отличается от студенчества. Значительная часть научных работников университетов и медицинских факультетов—лица сугубо реакционные, сторонники монархии или фашистской диктатуры. В лучшем случае эта лица, именующие себя демократами, сторонники парламентаризма, но ярые враги поднимающегося к борьбе против существующей капиталистической системы рабочего класса и его передового отряда—компартии. На словах они пацифисты, а на деле они прямо или косвенно поддерживают фатализм, военщину.

Конечно, среди научных работников имеются и лица, искренно преданные делу пролетариата, принимающие активное участие в разгоревшейся в Германии классовой борьбе, но их, к сожалению, мало.

Можно бы привести много материала для характеристики научных работников университетов и медицинских факультетов, но и сказанного достаточно для того, чтобы читатель получил впечатление о том, что представляет собою основная масса научных работников университетов Германии и как выглядит на деле „свободная, чистая надклассовая и внепартийная наука“.

(Окончание следует).

О задачах врача в большевистском севе 1933 года.

Т. Д. Эпштейн.

Внимание всей страны в настоящее время приковано к задачам сева. Борьба за хлеб, за сельскохозяйственное сырье для социалистической индустрии представляет в условиях разгрома капиталистических элементов в деревне и утверждения колхозного строя один из ответственных и решающих участков борьбы за социализм. Это обязывает и нас, медицинских работников, так построить свою работу по обслуживанию большевистского сева, чтобы в максимальной степени обеспечить успех посевного плана.

При определении наших задач в посевную кампанию 1933 года необходимо исходить из всестороннего учета тех экономических и политических изменений, которые произошли на селе в результате успешного завершения первой пятилетки. Объединенный Пленум ЦК и ЦКК, состоявшийся 7—12 января 1933 года, подводя итоги выполнения первого пятилетнего плана по докладам тт. Сталина, Молотова и Куйбышева, отметил следующие основные моменты в развитии сельского хозяйства нашей страны: 1) обеспечена победа социализма в деревне; кулачество, как класс, разгромлено, хотя и не добито еще; подорваны корни капитализма в сельском хозяйстве, колхозный строй превратился в прочную опору социалистического строительства; 2) решена историческая задача перевода мелкого, индивидуального, раздробленного крестьянского хозяйства на рельсы социалистического крупного земледелия, СССР из страны мелко-крестьянской превратился в страну крупнейшего в мире земледелия; 3) посевные площади увеличены на 21 млн. га в сравнении с площадями 1927—28 гг., при чем достигнуто значительное перевыполнение плана посева технических культур; 4) изменился технический облик сельского хозяйства—за годы пятилетки на поля передано свыше 120 тысяч тракторов мощностью 1 900 тыс. сил; машинная вооруженность сельского хозяйства увеличилась более, чем вдвое в сравнении с 1928 годом; за последние 4 года организовано 2.446 машинно-тракторных станций, снабженных современными орудиями труда, мастерскими для ремонта, автомобилями и т. д.; 5) в итоге последовательной политики социалистического переустройства сельского хозяйства достигнут охват колхозами свыше 60% крестьянских хозяйств и около 75% всех посевных площадей, организована широкая сеть зерновых и животноводческих совхозов (свыше 5.000 советских хозяйств за последние 3 года пятилетки), при чем колхозы вместе с совхозами объединяют около 80% всех крестьянских посевных площадей.

Этот гигантский рост социалистического сельского хозяйства в нашей стране сопровождается в капиталистических странах, жесточайшим кризисом и катастрофическим падением сельскохозяйственного производства, разорением миллионов крестьянских хозяйств, голодом и нищетой трудящихся масс, поставленных на грань одичания и вырождения.

1933 год, первый год еще более величественной программы, развернутой в плане второй пятилетки социалистического строительства, должен обеспечить значительно больший подъем сельского хозяйства на основе освоения новой техники, повышения урожайности в земледелии, улучше-

ния качества обработки земли, использования новейших достижений науки и техники в сельском хозяйстве. Для выполнения этих задач интенсивного роста сельского хозяйства имеются все необходимые предпосылки, как в недрах самого сельского хозяйства, благодаря победе колхозного строя, технической и культурной революции, внесенной в деревню трактором и машиной, так и в условиях успешного развития социалистической промышленности, грандиозного плана индустриализации страны, обеспечивающего небывалое развитие производительных сил народного хозяйства.

Однако было бы большим заблуждением думать, что достижение этих целей возможно в порядке самотека, помимо организованного, настойчивого и планомерного воздействия партии на экономические и социальные процессы в деревне. Тов. Сталин в своих речах на январском Пленуме ЦК и ЦКК, особенно в выступлении по вопросу о работе в деревне (от 11 янв. 1933 г.), подчеркивал недопустимость благодушия и нейтралитета в вопросах колхозного строительства. Именно сейчас, когда колхозная система является основой сельского хозяйства, неизмеримо повышаются заботы и ответственность государства и партии за колхозы. Вопросы умелого, большевистского руководства колхозами—это решающее звено дальнейшего существования, укрепления и развития социалистических элементов в сельском хозяйстве. Ряд грубейших ошибок в нашем колхозном строительстве допущен потому, что, как говорит т. Сталин, „многие наши товарищи переоценили колхозы, как новую форму хозяйства, переоценили и превратили их в икону. Они решили, что коль скоро даны колхозы, как социалистическая форма хозяйства,—то этим уже дано все, этим уже обеспечены правильное ведение дела колхозов, правильное планирование колхозного хозяйства, превращение колхозов в образцовые социалистические хозяйства“ (из речи „О работе в деревне“). В блестящем анализе тов. Сталина показывает далее, что все зависит от того, какое содержание будет вложено в социалистическую форму колхозов, каково будет руководство колхозами, в руках ли коммунистов или классовых врагов пролетариата и колхозного крестьянства. Из этой постановки вопроса тов. Сталин разворачивает проблему новых форм классовой борьбы на селе, перестройки методов борьбы с кулачеством и самой зоркой большевистской бдительности. Яркими примерами тов. Сталин иллюстрирует новую тактику классового врага, надевающего на себя благообразную личину друга колхозов, усиливающего демagogической фразой бдительность коммунистов и безнаказанно разлагающего колхозы изнутри. Этим новым маневрам остатков кулачества колхозы, руководимые коммунистами, должны противопоставить умение разоблачать классового врага, в какую бы маску он ни облачался, беспощадно бороться с вредителями колхозов, расхиателями общественного достояния, нарушителями трудовой дисциплины, изгонять их из колхозов, поднимать массы колхозного крестьянства на укрепление величайшего завоевания Октябрьской революции—колхозного строительства, единственного пути уничтожения эксплуатации в сельском хозяйстве, подъема материального благосостояния трудящихся крестьян, уничтожения деления на бедняков и середняков и превращения всех колхозников в зажиточных людей (лозунг, выдвинутый тов. Сталиным в речи на съезде ударников-колхозников 19 февр. 1933 года).

В свете этого обширного комплекса политических и хозяйственных задач, стоящих перед партией, рабочим классом и трудящимся крестьянством на селе, мы и должны подойти к роли врача на участке и в частности к определению его задач в весенней посевной кампании. В этой связи, по примеру прошлого 1932 года мы воспользовались пребыванием на курсах усовершенствования в Казани до 200 врачей и организаторов здравоохранения, прибывших из самых разнообразных районов СССР, от Северного Кавказа до Компобласти и от ЦЧО до Туркменистана. В продолжение 2 вечеров мы прорабатывали совместно вопросы организации медицинского обслуживания большевистского сева 1933 года и увязки работы врача и медицинских работников села с общеполитическими директивами партии и правительства по укреплению и развитию колхозного строительства на новом историческом этапе. Развернувшийся обмен опытом, отображающий все многообразие новых условий врачебной работы на селе, в обстановке грандиозных социально-экономических сдвигов в различных уголках необъятного Советского Союза, позволил сделать ряд весьма интересных и полезных выводов, бросающих яркий свет на новую жизнь в когда-то вымиравшей деревне, теперь поднимающейся на высокую ступень политической и хозяйственной активности ¹⁾.

Выступавшие товарищи прежде всего останавливались на политических задачах врача в связи с процессами перестройки сельского хозяйства, организационно-хозяйственного укрепления колхозов и классовой борьбы на селе. Работники с Северного Кавказа поделились многочисленными фактами проникновения в колхозы и совхозы классово-чуждых элементов, в результате чего Сев. Кавказ в целом имеет глубокий прорыв в выполнении сельского-хозяйственного плана. Д-р Макин дал яркую картину того, что амбулаторный прием врача есть один из участков классовой борьбы. От того, как врач будет проводить простой прием амбулаторных больных, как он будет предоставлять отпуска по болезни, давать те или иные назначения, класть в больницу или отказывать в стационарном лечении, — от каждого такого шага врача протягиваются нити в классовую политику на селе. Нет и не может быть такого действия врача в обстановке обостренной классовой борьбы, которое было бы нейтральным, — оно немедленно взвешивается на весах политической борьбы, оно партийно до конца, так как служит либо интересам колхозного строительства, либо интересам врагов колхозов. Третьего не дано. Вот почему от врача по единодушному мнению всех выступавших товарищей требуется высокий уровень политической сознательности и четкости, классового чутья и бдительности. Врач сейчас не может замыкаться в узкие, профессиональные рамки одной только медицинской деятельности, — он строитель новой жизни, он должен быть непосредственным участником всех тех рекон-

1) Собрание в составе до 200 слушателей Каз. гос. ин-та для усоверш. врачей имени В. И. Ленина происходило 4 и 6 апреля 1933 года. Основной доклад о задачах сева был сделан доцентом А. Я. Плещицер, директором Института. В порядке обмена опытом выступили следующие товарищи: организаторы здравоохранения 1) Пиотровский, 2) Силаев, 3) Щегольников, врачи 4) Макин, 5) Савиных — с Сев. Кавказа, 6) врач Елетин — Средн. Волга, 7) врач Аксенова — Нижняя Волга, 8) врач Гринберг — Татарская республика, 9) врач Горбатов — Мордовск. обл., 10) врач Шербаков — ЦЧО, 11) орг. зд-ния Матюхин — Туркменистан, 12) врач Монаков — Таджикистан. Резюмировал прения Т. Д. Эпштейн — зав. кафедрой соц. гигиены Института.

структивных процессов, которые происходят в экономике и быту коллективизированной деревни. Имея на селе громадный авторитет, являясь крупнейшей культурной силой, врач должен использовать эти средства своего влияния на массы в направлении укрепления колхозного строя, вовлечения единоличников в колхозы, активной борьбы совместно с партийными и общественными организациями против вылазок классового врага, против остатков кулачества и его агентуры. Отсюда первый вывод — что врач не может стоять в стороне от кипучей политической жизни, он должен быть активным проводником генеральной линии партии на селе, уметь за нее бороться и возглавлять своим примером движение масс.

Для того, чтобы все эти требования не остались голой декларацией, а воплотились в действенные качества врача, необходимо очень тщательно подходить к подбору врачей, посылаемых на село, направляя туда проверенных товарищей, выдержанных в смысле пролетарской идеологии и классовой стойкости, действительно способных и желающих проводить пролетарскую, классовую линию в своей работе на селе. Такой врач должен немедленно вступить в теснейший контакт с партийными, профессиональными и советскими организациями на селе, с правлениями колхозов, политотделом и дирекцией МТС и другими хозяйственными и общественными организациями, работающими в области сельского хозяйства. Этот контакт означает прежде всего всестороннее изучение врачом оперативных планов колхозов, совхозов и МТС, ясное представление о заданиях своего района, об его экономике, бюджете, состоянии машин и условиях их наиболее рационального использования, количестве и состоянии рабочей силы, порядке работ и т. д. и т. п. Только конкретное знание всех условий, в которых район борется за выполнение своих планов, ориентировка в соотношении сил и умение своевременно включиться в работу могут сделать врача высокополезным и активным участником развернутого социалистического строительства на селе. В отношении большевистского сева 1933 года перед врачами участка и приезжающими на село медицинскими работниками из города должна быть поставлена задача в первую очередь подробно ознакомления с планом сева по району или участку, с оперативными планами отдельных с/хозяйственных бригад, работающих в поле, и сообразно с этими данными четкая разработка собственного плана медицинского обслуживания весенней посевной кампании.

Участники совещания подробно останавливались на том большом повороте, который произошел за последние годы среди массы участковых врачей. Социалистическая реконструкция сельского хозяйства, бурные темпы подъема деревни, классовая борьба на селе вовлекли врача в стремительный поток общественной жизни. Врач теперь становится по самому своему существу *организатором здравоохранения*. Он уже находит пути увязки здравоохранения с задачами хозяйственного порядка; здравоохранение перестает быть непроизводительной, потребительской функцией, оно становится активным участником выполнения сельско-хозяйственного плана, содействуя успеху полевых работ благодаря мероприятиям по снижению заболеваемости и травматизма, скорейшему восстановлению трудоспособности в результате своевременной и квалифицированной медицинской помощи, повышению производительности труда в итоге организации

в поле общественного питания, снабжения доброкачественной питьевой водой, развертывания передвижных яслей, целесообразной расстановки сил и организации труда и т. д. и т. п. Меняется постепенно и на местах отношение к органам здравоохранения и медицинским работникам: за последние годы на основании опыта медицинского обслуживания важнейших сельскохозяйственных политических кампаний районные организации стали значительно больше ценить дело здравоохранения, уделять ему больше внимания, ставить медицинских работников в более благоприятные материальные и бытовые условия. Этот перелом в условиях работы врача на селе отмечался большинством выступавших товарищей; с другой стороны указывались и отдельные случаи, где сдвиг еще очень слаб, работа ведется по старым, земским методам, нет тесной связи медицинского участка с сельско-хозяйственным производством, врач не видит или не хочет видеть классовой борьбы, хочет остаться в стороне от нее. Собрание отметило необходимость бороться с этой аполитичностью, объективно являющейся политикой, враждебной интересам пролетариата, хочет ли того или не хочет врач.

Много места занял вопрос о профилактической работе врача на селе. Основная задача врача с народно-хозяйственной точки зрения — максимальное снижение заболеваемости, предупреждение заболеваний, скорейшее восстановление трудоспособности в случае ее утраты, целесообразное использование трудовых ресурсов рабочего населения. Это означает проведение противоэпидемических мероприятий в первую очередь, организацию травматологической помощи, проведение мероприятий по санминимуму на поле и в населенном пункте, предварительный медицинский осмотр рабочей силы с установлением показаний и противопоказаний к тем или иным сельскохозяйственным работам, охрану труда, организацию яслей и т. д. и т. п. Весь этот комплекс вопросов подвергался детальному обсуждению.

Отмечалось особое значение *предварительных медицинских осмотров*, как важнейшее условие правильного учета рабочей силы и целесообразной организации труда. Подчеркивалась необходимость борьбы с симуляцией и аггравацией. В некоторых районах (Таджикистан) больницы во время полевых работ отказывают в производстве операций, не требующих неотложной помощи, как грыжи и т. п. Наряду с этим должна проводиться разъяснительная работа среди колхозников по поводу трудовой дисциплины и недопущения прогулов.

Существеннейшее значение имеет проведение *санминимума* на поле и в селе. Особое внимание должно быть обращено на охрану источников водоснабжения и обеспечение работающих в поле хорошей питьевой водой. Каждая бригада, каждый тракторист должны иметь четко разработанный для каждого вида труда санминимум, а со стороны медицинских работников должен быть обеспечен тщательный контроль за проведением его в жизнь.

Большим достижением в ряде районов является *организация общественного питания* в поле. Для этой цели используются полевые походные кухни. Врач должен ближайшим образом интересоваться постановкой этого дела, уметь маневрировать имеющимися продовольственными ресурсами, добиваться хорошего качества изготавливаемой пищи.

Тов. Пиотровский (Сев. Кавказ) сообщал случаи, когда из-за недоброкачественного обеда грозила сорваться работа на большом участке земли, и только своевременная замена продуктов и быстрое их изготовление обеспечили сохранение сотен трудодней и выполнение в срок.

Исключительное значение имеет постановка ясельного дела. Большинство товарищей отмечалось неудовлетворительное состояние ясельного обслуживания: ясли плохо оборудованы, снабжение мануфактурой и продовольствием недостаточно, в ряде мест нет достаточно квалифицированных ясельных кадров. В то же время ясли играют громадную роль в смысле наиболее эффективного использования женского труда в поле, и к этому участку обслуживания сева должно быть привлечено самое серьезное внимание врачей. Оживленную дискуссию вызвал вопрос о целесообразности развертывания передвижных сезонных яслей. Некоторые товарищи заняли отрицательную позицию в этом вопросе, считая наиболее целесообразной систему стационарных яслей. Однако совещание высказалось за необходимость решать этот вопрос в зависимости от конкретных условий полевых работ в направлении сочетания того и другого типа яслей или преобладания одной какой-нибудь формы. Подчеркивалось, что от постановки ясельного дела зависит продуктивность женского труда на поле и популярность мероприятий по охране материнства и младенчества среди населения. Неудачи на этом участке здравоохранения немедленно используются классовым врагом для антисоветской и антиколхозной агитации. Все единодушно признали, что ясли прочно вошли в быт новой деревни и приобрели исключительный, неведомый ни одной стране размах.

Ограничиваясь сказанным в отношении основных профилактических мероприятий, следует отметить весьма интересный, подвергшийся оживленному обсуждению вопрос, как должен работать врач по обслуживанию посевной кампании.

Группа товарищей защищала взгляд, что врач не должен ездить в поле, а находиться в больнице, в одном определенном месте, где его всегда можно было бы застать для получения квалифицированной медицинской помощи. Эти товарищи видели в теперешних объездах врачами колхозных бригад возврат к давно отжившей разъездной системе.

Другая группа горячо оспаривала предыдущую точку зрения, доказывая, что врач должен так распределить силы, чтобы можно было получить в больнице во время нужную помощь и чтобы в поле был везде присутствующий глаз врача, чтобы квалифицированная медицинская помощь была приближена к колхозным бригадам, тракторным колоннам. Совещание в основном сошло на признании громадного значения нового направления в работе медицинского участка: обслуживания медицинской помощи на поле, развертывания в решающем звене сельского хозяйства—колхозной бригаде—базы профилактической и квалифицированной медицинской помощи. Для выполнения этой задачи район должен быть усилен кадрами, помощью из города в лице медицинских бригад, состоящих из врачей и квалифицированного среднего медперсонала. Располагая этими вспомогательными силами, участковый врач может добиться целесообразного построения всей цепи медицинского обслуживания, начиная с пункта первой помощи непосредственно на поле и кончая высококвалифицированной помощью в стационаре, сохраняя в то же время разностороннее профилактическое и медицинское обслуживание врачом колхозников непосредствен-

но на самих полевых работах. Однако и по поводу медицинских бригад пришлось также встретиться с сомнением некоторых участковых врачей в их целесообразности, т. к. многие бригады приезжали на места без инструкций о своих обязанностях и превращали подчас свою командировку в отдых на свежем воздухе. На советании легко удалось договориться, что такое непроизводительное использование городских бригад нужно прежде всего отнестись за счет вины самих участковых медицинских работников. За исключением таких единичных случаев (в ЦЧО и Сев. Кавказе) остальные товарищи признали систему отправки медицинских бригад из города крупнейшим достижением в оказании помощи деревне в самый трудный и ответственный момент. Для национальных районов должны формироваться бригады из лиц коренной национальности или знающих родной язык.

Однако при масштабах современных посевных работ недостаточно иметь резервы из присланных городских сил: необходимо иметь массовые кадры своих работников, которые были бы обучены оказанию первой помощи, уходу за детьми в яслях, выполнению заданий санитарного порядка и т. п. В районах в продолжение зимы идет кипучая работа по подготовке из колхозного актива санитарных кадров и сельских работников. Эта подготовка идет месяцами под руководством участковых врачей, и к началу сева каждая бригада имеет в своем составе красного санитаря, снаряженного сумкой с перевязочным материалом и медикаментами, знающего оказание первой медицинской помощи в поле. В одном из районов (на Сев. Кавказе) на поле выезжал фургон с врачом и аптечкой, а в больнице в определенные часы (обычно ранние утренние) помощь оказывалась только тяжелым больным. Амбулаторная помощь целиком оказывалась в поле, чем устранялись прогулы колхозников. В тяжелых случаях фургон превращался в карету скорой помощи.

Для оказания помощи в травматических случаях в ряде районов практикуется раздача трактористам индивидуальных пакетов. Основным мероприятием, как это совершенно очевидно, должно быть детальное инструктирование рабочих об угрожающих им опасностях, о мерах их предупреждения, повышение их технической грамотности и мероприятия по охране труда. Каждый случай травматизма должен быть обязательно учтен, что, однако, делается далеко не всюду.

Коллективная работа в поле представляет благодарные условия для ведения массовой санитарно-профилактической и просветительной работы. В ряде районов врачи используют часы отдыха колхозников для чтения лекций, ведения бесед, разъяснения вопросов личной профилактики, санитарного благоустройства и т. п.

Работа по обслуживанию таких массовых кампаний, как посевная, уборочная, заготовительная и др., предполагает объединение вокруг врача общественного актива. Все выступавшие отметили, что мобилизация общественности вокруг дела здоровья развлекается вполне успешно, благодаря чему удается добиваться ряда существенных улучшений в бытовом и санитарном положении колхозных масс. В ряде районов врачи состоят членами с/советов, РИК'ов, членами президиума с/советов, руководят работой секций здравоохранения, участвуют в работе правлений колхозов. Там, где врач связан тесно с этими организациями, работа по общему признанию развивается успешно.

Мы далеко не исчерпали всех вопросов, освещенных в совещании медицинских работников социалистического сектора села, собравшихся для повышения своей квалификации со всех концов СССР. Помимо богатого содержания, представленного товарищами в их выступлениях, для нас был особенно отраден тот факт, что мы услышали из уст врачей новые речи о МТС, о полевых работах, о классовой борьбе, о профилактических мероприятиях, о яслях, о санминимуме и многих других вопросах, о которых еще совсем недавно врачи говорили неохотно и неумело. Это собрание, обогатив медицинских работников села многообразным опытом своих соратников по борьбе за новый, колхозный строй в деревне, в то же время подняло их политический тонус, зарядило новым стимулом к борьбе в рядах пролетариата и передового колхозного крестьянства под испытанным руководством ленинской коммунистической партии за лучшие заветы марксизма-ленинизма—за бесклассовое социалистическое общество, где не будет эксплуатации человека человеком, и человек „из царства необходимости перейдет в царство свободы“.

Резолюция Московского общегородского партсовещания медработников по докладу Народного Комиссара Здравоохранения т. Владимирского—„Об итогах январского пленума ЦК и ЦКК ВКП(б) и о задачах коммунистов по улучшению качества работы в органах здравоохранения“.

Общее собрание медицинских работников-коммунистов г. Москвы, заслушав доклад Народного комиссара Здравоохранения тов. Владимирского „Об итогах январского пленума ЦК и ЦКК ВКП(б) и о задачах коммунистов по улучшению качества работы в органах здравоохранения“, целиком и полностью одобряет исторические решения пленума, подведшего итоги победоносно завершенной первой пятилетки и указавшего четкий путь борьбы за победное развертывание социалистического строительства во второй пятилетке.

Общее собрание целиком и полностью присоединяется к решениям объединенного пленума МК и МКК совместно с активом по докладу тов. Кагановича.

В результате неуклонного проведения политики индустриализации и развернутого социалистического наступления по всему фронту, рабочий класс СССР, под руководством партии и ее Ленинского ЦК во главе с тов. Сталиным, разрешил основную задачу пятилетки, превратил СССР из страны отсталой, аграрной в страну мощную и индустриальную, независимую от капиталистического мира, в страну самого крупного земледелия в мире, организованного на базе коллективизации и высокой техники.

В результате победоносного строительства социализма в промышленности и в сельском хозяйстве достигнуты огромные успехи и в деле повышения материального положения трудящихся, ликвидирована безработица, неуверенность в завтрашнем дне среди рабочих, уничтожены обнищание и пауперизм в деревне“ (Сталин), введен 7-часовой рабочий день, выросла заработная плата рабочих и доходы колхозников, улучшены жилищные условия и коммунальное хозяйство; общественное питание охватило миллионы рабочих и колхозников. Гигантски выросли фонды социального страхования.

Все эти успехи достигнуты в столь короткие сроки благодаря творческому энтузиазму и инициативе миллионных масс рабочих и колхозного крестьянства, социалистическому соревнованию и ударничеству и безграничному доверью к партии со стороны рабочего класса и трудящихся масс, благодаря твердому руководству Ленинского ЦК и любимого вождя партии и пролетариата тов. Сталина, благодаря единству и сплоченности рядов партии в непримиримой борьбе с уклонами от генеральной линии—с правым кулацким уклоном, как главной опасностью на данном этапе, с „левым“ оппортунизмом, с контрреволюционным троцкизмом и примиренчеством к оппортунизму.

Общее собрание целиком и полностью одобряет решение объединенного пленума ЦК и ЦКК об антипартийной группировке Эйсмонта, Толмачева, Смирнова, об исключении из партии буржуазных переброжденных Эйсмонта и Толмачева и исключении из состава ЦК Смирнова А. П.

Общее собрание считает совершенно правильным решение о тт. Томском, Рыкове и Шмидте, которые, вместо активной борьбы за генеральную линию партии и практическую политику ЦК, стояли в стороне от этой борьбы и даже поддерживали связь со Смирновым, Эйсмонтом, давая повод всем антипартийным элементам рассчитывать на поддержку бывших лидеров правой оппозиции.

Общее собрание считает, что это предупреждение быв. лидерами правых должно быть последним и нарушение постановления пленума ЦК должно повлечь за собой суровые меры партийных взысканий. Общее собрание требует от тт. Томского, Рыкова и Шмидта подлинно большевистской борьбы за генеральную линию партии и практическую политику ЦК против всех контрреволюционных группировок и всяческих уклонов, против двурушников и примиренцев.

В области здравоохранения имеются крупнейшие достижения. Эти достижения являются следствием общих успехов социалистического строительства и непосредственного конкретного руководства ЦК партии, своевременно отмечавшего основные недочеты органов здравоохранения и указывавшего основные задачи по улучшению их работы и поднятию дела здравоохранения в стране.

Бюджет здравоохранения за пятилетку возрос почти в 3 раза — с 703 мил. руб. (1929 г.) до 2 миллиардов 25 миллионов (в 1932 г.). *Число врачей* по сравнению с дореволюционным временем возросло больше, чем в 4 раза (1913 г. — 19.785), достигнув свыше 86.000. Только за 4 года пятилетки число врачей увеличилось на 30.000, т. е. на количество в $1\frac{1}{2}$ раза больше, чем было во всей дореволюционной России. Число медицинских вузов возросло почти в 5 раз по сравнению с первым годом пятилетки. Число обучающихся студентов-медиков достигло 50.000 человек, в $2\frac{1}{2}$ раза больше первого года пятилетки, и составляет сумму студентов медиков Америки, Франции, Германии и Англии вместе взятых.

Фонд стационаров, включая все виды учреждений, достиг в СССР в 1932 г. — 800.000 коек.

Колоссальные изменения произошли и в самом типе и системе медицинского обслуживания, в особенности в внебольничном звене, где место неквалифицированного кустарного кабинета частного практикующего врача, помощь которого была почти недоступна рабочим, заступили оборудованные поликлиники и диспансеры. Число врачебных приемов в них возросло за первую пятилетку с 9.823 до 22.610 только по РСФСР.

Огромные изменения в сети здравоохранения произошли и в отношении ее расположения. *В национальных районах* и окраинах, которые в царское время почти не имели даже самой примитивной фельдшерской помощи, теперь выстроены больницы, санатории, дома отдыха, поликлиники, ясли и т. д.

Гигантских успехов достигло *ясельное строительство*. Число мест в постоянных яслях по городам возросло за первую пятилетку с 90.000 до 375.000, в сельских районах с 5.000 до 400.000, а в сезонных яслях с 1.500.000 мест до 5¹/₂ миллионов мест.

Выдвижение *здравпункта* на предприятии, как ведущего звена здравоохранения, значительно улучшило обслуживание важнейших участков промышленного строительства и обеспечило ликвидацию уравниловки в отношении обслуживания рабочих ведущей промышленности. Число здравпунктов за пятилетие возросло с 2.216 до 5.506; по машиностроению охват достигает 100%, по химической промышленности 90%, по текстилю 75%.

В области обслуживания *социалистического сектора сельского хозяйства* созданы также новые формы организации медпомощи, выезды на поле, посылки бригад квалифицированных врачей из городов во время посевно-уборочной кампании и т. д.

По Москве и Московской области здравоохранение имеет значительные достижения: рост здравпунктов по Москве с 271 в 1929/30 г. до 390 в 1932 г., наличия к 1933 г. 128 амбулаторий и диспансеров, 166 яслей, 11 ночных санаторий и т. д., в 1932 г. выстроено три новых диспансера, два новых корпуса при образцовой детской больнице. Заканчивается новая больница в Сталинском районе и ряд новых детских яслей. Организованы на ведущих предприятиях (завод им. Сталина, з-д им. Кагановича, з-д № 59) поликлиники для рабочих.

В целях лучшего обслуживания рабочих основной промышленности выделен для них ряд крупнейших больниц (химики, электрики, машиностроители).

Детская смертность в Москве снижена в 2 раза, а среди рабочих отдельных крупных предприятий, как „Красный Богатырь“, Амо, „Динамо“, „Каучук“, более, чем в 3 раза.

Собрание отмечает особую роль *Московского комитета* и МК ВКП(б), их руководители тов. Кагановича, повседневное конкретное руководство и конкретные указания которых определяли и определяют перестройку работы и улучшение здравоохранения в Москве, имеющее решающее значение для дела здравоохранения во всем Союзе.

Успехи здравоохранения в СССР происходят в обстановке *резкого кризиса здравоохранения в капиталистических странах*, основанного на непрерывно углубляющемся экономическом кризисе, общем развале капитализма. В странах капитализма гигантски растет безработица в городах и пауперизм в деревне, растет голод и нищета среди трудящихся. Увеличивается смертность, лечебные учреждения сокращаются.

Народно-хозяйственный план первого года второй пятилетки, являющийся планом дальнейшего развернутого строительства социализма, требует от всех трудящихся революционной энергии и настойчивости для его успешного осуществления, дополнения пафоса строительства пафосом освоения, *улучшения качества работы и поднятия производительности труда*. Особые требования по усилению ответственности предъявляет партия к коммунистам.

В области здравоохранения *народно-хозяйственный план первого года второй пятилетки* намечает колоссальный прирост.

Ассигнования на дело здравоохранения увеличиваются по сравнению с предыдущим годом на 25⁰%, достигая 2,5 миллиарда рублей. Растущее материальное благосостояние трудящихся масс и в связи с этим рост его культурных запросов требуют от работников здравоохранения резкого улучшения их работы с тем, чтобы обеспечить удовлетворение этих важнейших и непрерывно растущих запросов рабочих и колхозных масс. Между тем, работа органов и учреждений здравоохранения страдает все еще большими недостатками.

Основной задачей каждого работника здравоохранения является научиться работать по-большевистски.

Ответственность коммунистов в органах здравоохранения за состояние дела в их учреждениях должна быть *повышена*, коммунисты обязаны быть образцом и воспитывать сознание ответственности за порученное дело у всех беспартийных работников здравоохранения и прежде всего за *выполнение установленных планов и контрольных цифр с соблюдением бюджетной дисциплины*. Преобладающие в ряде здравотделов и учреждений *потребительско-собезовские* тенденции, вместо действительной борьбы за полную реализацию плана и улучшение ведения хозяйства и экономии, *должны быть полностью изжиты*.

Здравотделы и крупнейшие лечебные заведения не провели необходимой работы по созданию продовольственных баз. Неудовлетворительно поставлено дело хранения, использования и учета продуктов.

Экономное и бережное отношение к имуществу и оборудованию лечебных заведений, беспощадная борьба с расхитителями общественной собственности (белье, оборудование, хлеб, медикаменты), борьба с безобразным хранением и использованием инвентаря и имущества больниц—одна из важнейших задач работников здравоохранения. Необходимо всячески улучшить постановку бельевого хозяйства, которая остается еще далеко неудовлетворительной (стирка белья, несвоевременная починка, обезличка белья).

Необходимо особенно резко поставить вопрос о санитарии в самых лечебных заведениях. Делом чести руководителей лечебных заведений и работающих в них коммунистов *должна стать борьба за безукоризненную чистоту и санитарию лечебных учреждений.*

Общее обслуживание и уход за больными остаются еще неудовлетворительными, вследствие слабой трудовой дисциплины медицинских работников, низкой квалификации среднего и младшего звена работников больниц, слабого руководства, инструктирования и контроля за их работой со стороны руководителей лечебных заведений и здравотделов.

Борьба за повышение квалификации персонала, за трудовую дисциплину, решительная борьба с прогулами и опозданиями должна стать во главу угла всей работы и коммунистов—в первую очередь.

Решительно искоренить случаи бюрократического, невнимательного отношения к больным. Повысить ответственность работников здравоохранения за результаты лечения порученных им больных.

Социалистическое соревнование и ударничество все еще не являются основным методом работы медицинских работников. Необходимо

повести решительную борьбу с кампанейским, формальным характером соревнования.

Коммунисты должны быть подлинными застрельщиками и руководителями ударничества.

В санитарном деле необходимо самым решительным образом покончить с расхлябанностью организации и постоянными ссылками, в оправдание недостаточной борьбы с антисанитарией и с заразными болезнями, на объективные условия.

Особенно энергичная борьба должна вестись с теми коммунистами, которые не ведут активной борьбы с этими недостатками, которые зачастую покрывают такие настроения, вместо того, чтобы решительно бороться за быстрое улучшение санитарного состояния и чистоты общественных мест, улиц, рабочих жилищ, бараков и т. д.

Директива Московского комитета об отраслевом построении здравоохранения (по отдельным отраслям работы органов здравоохранения), направленная к повышению ответственности каждого звена, является стержнем организационной перестройки аппаратов здравоохранения. Эта перестройка должна быть доведена до базовой ячейки, при этом значительно укреплено районное звено здравоохранения.

Общее собрание призывает всех медицинских работников и обязывает всех коммунистов системы здравоохранения по-большевистски взяться за борьбу со всеми недочетами и преодоление трудностей, поставив, как руководящую задачу ближайшего периода в области здравоохранения, борьбу за действительное поднятие качества лечения, борьбу за чистоту, за предупреждение и ликвидацию заразных болезней.

Собрание коммунистов-медработников призывает всех работников здравоохранения Москвы по-большевистски выполнять решения пленума ЦК и ЦКК и программные указания вождя партии тов. Сталина, умело применять их в своей работе.

На работников здравоохранения пролетарской столицы Москвы лежит огромная обязанность в оказании помощи деревне, колхозу, на основе перестройки широкой работы по медобслуживанию деревни.

Особенно эту помощь надо дать в предстоящую весеннюю посевную кампанию.

Собрание поручает Горкому Медсантруд разработать конкретный план участия медработников в весенней посевной кампании и обязывается бороться за его реализацию.

Каждый коммунист, каждый ударник аппарата здравоохранения должен вести самую упорную борьбу с новыми маневрами классовых врагов, беспощадно разоблачая и преследуя всех расхитителей общественной собственности, саботажников, вредителей, рвачей, прогульщиков, разоблачая и их укрывателей, как прямых пособников классового врага.

Выше классовую бдительность! „Революционная бдительность является тем самым качеством, которое особенно необходимо теперь большевикам“ (Сталин).

Общее собрание заверяет ЦК и Московский комитет партии, что коммунисты-работники здравоохранения Московской организации, возглавив борьбу за всемерное улучшение качества медицинского обслуживания, за полную реализацию плана первого года второй пятилетки, добьются

на деле дальнейшего роста дела здравоохранения, соответственно новым задачам, выдвигаемым второй пятилеткой, реализуя те огромные возможности в борьбе за здоровье трудящихся и предупреждение болезней, которые заложены в самой советской системе и во всем победоносном социалистическом строительстве.

Да здравствует наш Ленинский ЦК!

Да здравствует наш учитель и руководитель, наш вождь
тов. Сталин!

Да здравствует МК и МКК ВКП(б) и их испытанный
руководитель тов. Каганович!

Из отделения болезней органов пищеварения, обмена веществ и диететики Ростовской-на Дону пролетарской больницы (Зав. Л. М. Лихт).

Об одной профвредности в работе машинного формовщика.

Л. М. Лихт (Ростов-на Дону).

Передняя брюшная стенка, служа одновременно передней и боковыми стенками вместилища органов брюшной полости, является вместе с тем и мощным органом движения, принимая, то пассивное, то активное участие в целом ряде рабочих движений туловища. Из этих движений отметим применение брюшной стенки в качестве опорного пункта, главным образом, верхней, так называемой эпигастральной ее части. Принимая на себя целый ряд длительных давлений, напряжений, травм и т. д., она значительную часть всего воспринятого в известной степени передает подлежащим органам, главным образом печени с прилегающим желчным пузырем и желудку с 12-типер. кишкой. Эти физические раздражения при известных условиях, как-то: большая сила единичного напряжения, его продолжительность, малая величина пауз между последовательными напряжениями могут вызвать со стороны заинтересованных органов ту или другую патологическую реакцию. Природа этой реакции изменяется в связи с интенсивностью раздражения, при чем сильные раздражения угнетают функцию органа, дезорганизуя и изменяя структуру его (биологический закон Arndt—Schulz'a). Так, например, по мнению Куршмана, под влиянием длительного раздражения печеночной области возможно развитие глазуровой печени (Zuckergussleber); далее систематическое сдавливание области желчного пузыря может вызвать воспаление в „больном“ пузыре, т. е. в таком, в котором инфекция в виду своей малой вирулентности протекает скрытно; подобно этому травмирование изо дня в день желчного пузыря может вывести камень из спокойного ложа и этим вызвать приступ. В противоположность этим взглядам, высказанным Бергером, Шмидтом и Муленом, Кауфман считает, что механические моменты могут вызвать заболевание и в здоровом до тех пор пузыре; эти же моменты, по мнению Керте, ведя к сращениям, могут впоследствии вызвать возникновение камней. Желудок и 12-типер. кишка также в немалой степени реагируют на механические факторы, вос-

принимаемые передней брюшной стенкой. Так, длительное давление на эпигастральную область нередко ведет к развитию перитонита. По мнению Danhieux, Potain'a, Askermann'a, согнутое положение у портных и сапожников способствует появлению круглой язвы желудка. Р. Шмидт считает этиологическим фактором дуоденальных язв ряд профессиональных вредностей, например, придавливание твердых предметов к подложечной области, связанное с работой в согнутом положении. И. Г. Гельман среди профессиональных факторов, могущих иметь значение в желудочной патологии, также указывает на вынужденное положение тела, связанное с давлением на брюшные органы. Наряду с тем, что подобного рода профессиональные вредности могут в известных случаях сами по себе явиться этиологическим фактором в патогенезе язвенного процесса, необходимо учесть и то обстоятельство, что они могут спровоцировать латентно протекающие язвы и в немалой степени препятствовать заживлению уже имеющихся анатомических изменений в желудочной стенке, несмотря на все предпринимаемые терапевтические воздействия. Отметим также, что, под влиянием длительного физического раздражения подложечной области вместе с подлежащими полостными органами, может наступить малигнизация уже имеющегося налицо патологического процесса. Малигнизирующее действие целого ряда профессиональных вредностей (трение, давление) подсказано большим количеством наблюдений. „Ракковая болезнь вызывается самыми разнообразными физическими, химическими, актиническими и сложно-биологическими влияниями; единой, постоянной причины рака нет, а малигнизация — это новое качество, возникающее внезапно после длительного накопления вначале обратимых изменений, на известной точке становящихся необратимыми“ (проф. Н. Петров). Несмотря на несомненное вредное воздействие механических профессиональных факторов, как на клиническое течение, так, главным образом, на терапию заболеваний брюшных органов, этому вопросу уделялось и уделяется еще слишком мало внимания. В этом в известной степени сказывается еще влияние старой клиники, „которая изучала болезнь *An und für sich*, а не в тесной связи с условиями среды, в тесной связи с теми факторами, которые сопровождают жизнь рабочего“ (И. Г. Гельман). Только этим одним обстоятельством можно, пожалуй, объяснить тот факт, что во всех старых руководствах и еще многих новых среди механических факторов постоянно упоминается давно уже сданный в архив корсет (корсетная печень), а наряду с этим очень мало внимания уделяется чисто профессиональным факторам. „Наша цель — охватить болезнь в движении, осознать ее генез — приводит нас к труду и быту рабочего, к тем факторам, под воздействием которых рабочий находится“ (И. Г. Гельман).

В краткой статье я хотел поделиться с одной профвредностью, подмеченной мною у тех групп рабочих, которым по роду своей деятельности приходится производить то или иное механическое воздействие на подложечную область. Материалом для данной работы послужили машинные формовщики литейных цехов (серого и ковкого) завода сельхозмашиностроения „Красный Аксай“. Из общего числа рабочих-формовщиков, находящихся под нашим наблюдением, удалось выявить 15 таких случаев, где механические моменты, несомненно, оказывали свое влияние на клиническое течение патологического процесса органов, расположенных в верх-

ней половине живота. Прежде, чем перейти к описанию некоторых случаев, я кратко остановлюсь на характеристике процесса работы машинного формовщика.

Машинный формовщик работает на формовочном станке, который представляет собой чугунный стол, верхней частью которого является чугунная доска с прикрепленной к ней металлической моделью. На модельную доску формовщик укладывает чугунную раму-опоку и закрепляет ее зажимами. Далее, через сито на модель засевается специально приготовленная земля, обладающая однородностью и пластичностью, чтобы лучше воспринять и сохранить все детали модели; сверх этой земли формовщик лопатой досыпает выше края опоки другой более тощей земли, утрамбовывает ее, сглаживает ее уровень с краями опоки; после этого, освободив предварительно зажим, формовщик обеими руками поднимает с формовочного стола опоку и, откинув несколько назад туловище, упирает опоку в подложечную область; в таком положении он относит сначала опоку к формовочному верстаку; прежде, чем положить опоку (нижняя половина формы) на верстак, он предварительно ее переворачивает; далее, исправив в форме могущие встретиться дефекты, он так же, как и раньше, относит опоку и устанавливает ее в ряд, который располагается в виде дуги возле формовочного станка; дальняя точка этой дуги приходится от формовочного станка на расстоянии, примерно, 5—6 метров. Одновременно с этим другой формовщик тут же рядом, на таком же станке заканчивает формовку верхней половины, которую он, уже не переворачивая, в таком же положении, как и первый формовщик, относит непосредственно в ряд и соответственным образом накладывает ее на нижнюю половину. Надо отметить, что не все формовщики при отнесе опоки упирают ее в подложечную область; некоторые упирают ее край на нижнюю часть живота, другие же — на бедра; особенно это отмечается в летнее время, когда формовщики из-за жары работают без спецодежды, обычно голыми до пояса. Вес опоки вместе с землей и рамой от формовочного стола колеблется, в зависимости от величины детали. Формы до 2—2½ пуд. формовщик относит обычно сам; формы большего веса рабочие относят уже вдвоем. Норма выработки форм колеблется в зависимости от сложности детали, примерно, от 50 до 200. Из элементов, из которых складывается работа машинного формовщика, нас заинтересовал, главным образом, процесс отнеса опоки, который, как видно из вышеизложенного, сопровождается давлением сравнительно большой тяжести на подложечную область. Момент этот, повторяясь многократно изо дня в день, не может в конечном итоге не отразиться пагубно на состоянии подлежащих органов, особенно там, где имеется уже налицо тот или другой патологический процесс (гепатит, холецистит, язва желудка или 12-типер. кишки). Эта мысль нашла свое подтверждение в большей части наших случаев, в анамнезе которых всегда почти отмечено вредное воздействие этого механического фактора. Для иллюстрации приведем описание некоторых случаев.

Случай № 1. Рабочий Б., 31 г., по профессии машинный формовщик с 1923 г., поступил в больницу в октябре 1930 г. с жалобами на боли под ложечкой, примерно, через 2 часа после еды; изжогу, кислую отрыжку, частые рвоты кислыми массами, после которых боли обычно успокаиваются; щелочи также успокаивают боли; болезненные ощущения особенно дают себя знать во время работы, когда большой опокой надавливает на подложечную область; несколько раз во время ра-

боты боли сопровождалась повторной рвотой; в таких случаях ему приходилось уходить домой, не закончив своей нормы; зато в выходные дни боли всегда носили менее интенсивный характер. Больным себя данным заболеванием считает около 3-х лет. По поводу подложечных болей неоднократно, примерно, каждые 2—3 месяца лежал по несколько недель дома или в больнице. Возврат на формовочную работу, как правило, снова быстро обострял боли. *Объективные данные:* легкие в сердце—норма; эпигастральная область резко напряжена и болезненна, несколько больше слева. Желудочный сок: общ. кисл.—66, св. сол. к. 50, связ. сол. к. 12, слизь—в норме. При рентгеноскопии желудка обнаружена ниша на малой кривизне ближе к пилорической части желудка. В течение 6-ти недель большой продолжал *ulcus*; боли совершенно прошли, исчезла рвота; напряжение брюшной стенки ослабело, значительно прибавился в весе. При контрольном рентгене ниша не обнаружена. Несмотря на предупреждение, больной снова вернулся на свою обычную работу. Спустя 3 месяца он вторично поступил в больницу по поводу очередного обострения подложечных болей. Повторный *ulcus* и на этот раз оказал на больного благотворное влияние. Выписался из больницы без болей, переведен на должность приемщика. Новая работа не связана ни с поднятием тяжестей, ни с давлением на брюшную стенку; в связи с этим значительно изменился и характер болей; периодические обострения если иногда и наступают, то лишь в связи с пищевыми погрешностями.

Случай № 2. Больной С., 35 лет, машинный формовщик с 1914 г. Поступил в больницу 13/IX 31 г. с жалобами на постоянные боли под ложечкой, усиливающиеся после еды, а также при надавливании опок; неоднократно во время работы на формовочном станке при отнесе опоки бывала рвота; из диспептических жалоб отметим тошноту и отрыжку тухлым яйцом. Считает себя больным с 1926 г. Заболевание началось с ежедневных болей под ложечкой и частых рвот после еды и во время работы. При исследовании желудочного сока вначале заболевания общая кисл. оказалась равной 96. В том же году был оперирован в клинике проф. Богораз; найдена была большая калезная язва пилоруса: наложено желудочно-пузырное соустье. После операции больной длительно соблюдал диету и работал в качестве сортировщика. Однако, как только больной вернулся на обычный пищевой режим, боли не замедлились снова очень скоро дать о себе знать, снова возобновились рвота, тошнота и подложечные боли. Нарастание всех этих явлений заставило больного снова подвергнуться хирургическому вмешательству. В мае 30 г. наложен задний гастроэнтероанастомоз. Первые несколько месяцев после операции чувствовал себя хорошо, ввиду чего снова вернулся на работу машинного формовщика; скоро, однако, снова рецидивировали подложечные боли. Чтобы несколько ослабить давление опоки, больной при отнесе стал упираться ее край не на подложечную область, а на низ живота. Такой относ опоки менее удобен, так как при снятии ее с формовочного стола приходится опоку на вытянутых руках спустить на низ живота; далее некоторые затруднения встречаются, когда приходится на ходу перевернуть нижнюю опоку. Но даже и такое приспособление не избавило, как видно, больного от рецидива болей и заставило снова лечь в больницу. *Объективно:* легкие и сердце—норма, на коже передней брюшной стенки имеются два рубца: один между мечом и пупком по белой линии, другой в правом подреберьи. Вся подложечная область резко чувствительна, даже при поверхностной пальпации; мышечный слой напряжен больше справа. Особенная чувствительность определяется в пилоро-дуоденальной области. Анализ желудочного сока: общ. к.—22, св. сол. к.—0, связ. сол. к.—20, слизь—в значительном количестве. При рентгеноскопии желудка перехода каши в кишечник помимо пилоруса не отмечается. Пилорическая часть стойко деформирована, подтянута вправо и болезненна. Через 1 1/2 ч. в желудке больше половины первоначально содержимого. Работа анастомоза попрежнему не определяется. Прделан короткий *ulcus* в течение двух недель; выписался по собственному желанию, так как боли совершенно прекратились. По материальным соображениям остался на той же работе. 29/VII 32 г. во время работы опокой почувствовал сильную боль под ложечкой: одновременно появилась рвота с примесью крови. Больной был прямо с завода доставлен в отделение, где в течение месяца провел строгий *ulcus*. На этот раз после выписки из больницы к работе формовщика больше не вернулся. Проводится дальнейшее наблюдение.

Случай № 3. Больной А., 26 лет, машинный формовщик с 23 года. Поступил в больницу с жалобами на боли под ложечкой после острой и мясной пищи, на-

ступающие через $1\frac{1}{2}$ —2 часа; из диспептических жалоб отмечает кислую отрыжку и изжогу, исчезающую после приема соды. Неоднократно во время работы опухоль наблюдалась у больного рвота, при чем чаще всего это случалось после еды. Больным считает себя данным заболеванием около 3-х лет. *Объективно:* легкие в сердце—норма, при пальпации живота отмечается резкое напряжение и болезненность в области верхнего квадранта правой прямой мышцы. Анализ жел. сока: общ. к. 58, св. сол. к. 23, связ. сол. к. 30. При рентгеноскопии желудка обнаружены косвенные симптомы пилорической язвы. Наряду с этим в дуоденальном соке в порции 6. обнаружено большое количество слизи лейкоцитов и билирубиновой слизи. Симптомы Керра, Ортнера и де-Мюсси-Георгиевского оказались положительными. На основании вышеизложенного можно было предположить комбинацию холецистита и пилорической язвы. Подтянутость пилоруса вверх и вправо и ограничение подвижности желудка дали достаточно основания предположить наличие слипчивого процесса между желудком и краем печени с желчным пузырем. Больному проделан ulcus cure. За все время пребывания в больнице ни разу не было рвоты. После выписки вернулся, однако, на ту же работу. Очень скоро снова возобновились прежние боли, заставившие на этот раз больного переменить свою профессию: он был переведен слесарем в гараж. Работа сейчас стала значительно легче, чем раньше, так как не приходится поднимать больших тяжестей. В связи с этим уменьшались также и жалобы больного.

Остальные случаи представляют полную аналогию с только что изложенными.

При изучении промышленного травматизма, которому в настоящее время уделяется столько забот, как органами здравоохранения, так и органами НКТруда, страховыми организациями и хозяйственными, все внимание как-то больше фиксируется на одномоментных травмах, связанных с временной потерей трудоспособности, на травмах, носящих подчас характер происшествия; между тем есть еще и другая область промышленного травматизма, на первый взгляд, казалось, менее заметная, но отнюдь, конечно, не менее важная: я имею в виду те повседневные травмы, которые, суммируясь, наслаиваясь в процессе ежедневной работы в течение подчас ряда лет, ведут к стойким анатомическим изменениям со стороны важных для жизни внутренних органов. Цель настоящей статьи заострить внимание над изучением этого именно вида промышленного травматизма. В противоположность первому—„наружному“ травматизму, этот вид можно, пожалуй, назвать „внутренним“ промышленным травматизмом. В частности, при изучении клиники пептических язв, перитонитов, холециститов, гепатитов и карцином, наряду с конституциональными и бытовыми факторами, необходимо всегда помнить о возможных вредных влияниях, связанных подчас с производственной обстановкой и, по возможности, стараться устранить могущие встретиться профвредности в связи с наличием того или другого страдания у данного рабочего. Лишь постоянный учет всех трех факторов: конституционального, бытового и производственного—в состоянии обеспечить успех наших повседневных профилактических и терапевтических мероприятий.

О динамике морфологических изменений при сифилисе желудка.

С. А. Покровский (Оренбург—Свердловск).

Висцеральный сифилис за последние годы привлекает внимание медицинской мысли. Клиницисты и сифилидологи отмечают: „что за последние десятилетия под влиянием ряда еще достаточно не изученных причин сифилис клинически изменил свою физиономию, что все реже и реже встречаются грубые изменения кожи и костей третичной стадии сифилиса“ (Р. Лурия). „С 1910 года—говорит Фингер—число вторичных и третичных сифилидов кожи и слизистых оболочек дошло до минимума и на первый план встают, наряду с *tabes*’ом и прогрессирующим параличом, сифилитические заболевания аорты“ (цитир. по Р. Лурия). В настоящее время начинается учение о висцеральном *lues*’е. Глава этого учения, посвященная поражениям желудка, далеко не закончена, а потому еще уместны сообщения отдельных наблюдений, что и дает нам право описать наш случай, прослеженный рентгенологически на протяжении 2½ лет. Частота поражения желудка сифилисом оценивается различными авторами чрезвычайно различно, что находится в прямой связи с тем, что считать сифилисом желудка. Schlesinger (Шлезингер) относит к этой группе только те поражения желудка, где как патолого-анатомически, так и гистологически будет доказано наличие в стенках желудка специфических образований (гумм), как это бывает в других тканях и органах на почве сифилиса. Р. Лурия, не отрицая эту действительно крайне редкую форму патолого-анатомических изменений желудка, „составляющую музейную редкость патолого-анатомических кабинетов“, расширяет понятие о сифилисе желудка и включает все сифилогенные расстройства секреторной, моторной и чувствительной функций желудка, как результат инфекции всего организма или важнейших его систем, в понятие „*Gastro-lues*’а“.

Рентгенодиагностика, так широко привлекаемая для распознавания желудочно-кишечных заболеваний, должна сказать свое слово и в этой области изучения функциональных расстройств желудка в организме, отравленного ядом сифилиса; рентгенологическое же распознавание морфологических изменений при сифилисе желудка, в самом узком смысле этого слова, должно играть роль уже в настоящее время. Переходим к описанию нашего наблюдения.

Больной Ч., 58 лет, служащий, 17/IX 27 г. был направлен в рентгеновский кабинет Оренбургской губ. хирур. 6-цы для исследования желудка из Вендиспансера с клиническим диагнозом—*Tabes dorsalis*—по поводу жалоб на боли в желудке.

Настоящее заболевание желудка появилось около месяца тому назад, когда больной впервые почувствовал боли в верхнем отделе живота и стреляющие боли в ногах. Из семейного анамнеза удалось установить, что две старшие сестры больного живы, два младших брата умерли от туберкулеза в возрасте 32 и 35 лет.

В 1898 г. больной в возрасте 29 лет заразился сифилисом, появилась язва на preputium, через 2 недели язва была вырезана в клинике Воен. медиц. акад., затем там же лечился инъекциями, был проделан один курс. Через 1½ года появилась сыпь на теле, больной, бывший в это время на военной службе, лечился в полковой амбулатории уколами. Через 2—3 года курс серных ванн. В 1908 г. лечился на Кавказе (Пятигорск и Железноводск), где принимал серные ванны и уколы. В том же году врач-специалист в Пятигорске находил признаки *tabes a* (отсутствие коленных рефлексов?). Тогда же в Железноводске принял курс „электризации“ позвоночника. Из детских болезней отмечает: корь, золотуху, скарлатину. В 1917 г. перенес грипп. В 1906 году женился, имел двоих детей, дети были здоровы, в настоящее время судьба их неизвестна. Вторично женился в 1916 г., детей от второго брака не имел, у жены был один искусственный выкидыш, жена здорова. До 1927 г. на желудок не жаловался. В начале октября этого года, в зависимости от перемены питания, стал ощущать давление под ложечкой, появилась отрыжка воздухом, изжога; временами же наступали резчайшие приступы болей. Тошноты и рвоты не было. Объективно (из истории болезни Оренбургского вендиспансера № 15413, д-р И. С. Розенберг): парез правого века, неравномерность зрачков, левый шире правого, слабая реакция на свет, тремор конечностей, Ромберг положительный, отсутствие коленных рефлексов. Исследование желудочного сока (15/IX 27 г.) тонким зондом, натошак: количество 100; общ. кисл. 4, своб.—связ.—жел. плюс, кровь, плюс, молочн. в последующих порциях через 15, 30, 45 минут, через 1½ ч., 2 ч. общ. 6, своб.—, связ.—, желч.—, кровь—, молочная—.

При ощупывании верхнего отдела живота чувствительность в подложечной области, плотный эластический валик в левом подреберьи?

Рентген 17/IX 27 г. (Рис. 1 и 2).

Диффузное расширение всех отделов арты, удлинение аорты, дуга ее выше грудиноключичного сочленения, тень аорты усилена. На начальной части *ascendens* местное, резко-контурированное, мешетчатое выпячивание—частичная аневризма.

Желудок атоничный, в форме крючка с нижним отделом пальца на 4 ниже *lin. bilasae*. На большой кривизне на границе верхней и средней 1/3 ее стойкое втяжение, наблюдаемое за все время исследования, втяжение придает желудку форму „песочных часов“. Смещаемость желудка неограниченная и безболезненная. Отмечается повышенная перистальтика и ускоренная эвакуация желудочного содержимого. *Duodenum* вырисовывается в виде широкой полосы, *bulbus duodeni* массивна. Эластический валик в левом подреберьи к желудку не относится (?). Локализованных болевых точек желудка не обнаружено.

Через 1 час в желудке около 1/3 содержимого (давался барий в манной каше). Через 2 недели исследование было повторено, морфологическая картина была та же.

Рентгено-заключение: *Mesaortitis syphilitica aneurismaaortae*. „Старые рубцевые изменения на большой кривизне желудка“.

23/IX 27 г. реакции Вассермана: результат +++ резко положительный, осадочная реакция *Meineke*, *mod III* +++ резко положительная.



Рис. 1.

С 30/IX 27 г. специфическое лечение, сначала инъекции Bijochinol'a по 0,3, десять инъекций. После шести инъекций субъективное улучшение общего состояния: улучшился аппетит, сон, уменьшилось давление под ложечкой.



Рис. 2.

Из истории болезни Оренбургской терапевтической больницы (Д-р О. Э. Мазуровская). Со стороны жалоб: боли в левом подреберье, кровавая рвота „кофейной гущей“. Объективно: больной резко истощен, слизистые бледны, при пальпации определяется плотный бугристый tumor в области правого края желудка. Левое сердце увеличено в размерах, первый тон нечист, сосуды склерозированы.

Исследования: реакция Девиса положительная, в мокроте палочек Коха и эластич. волокон не обнаружено.

Клинич. диагноз: C—g. ventriculi.

Рентген 5/V 29 г. (Рис. № 3).

Желудок многополостный. Верхний кардиальный отдел нависает в виде каскада. Средняя $\frac{1}{3}$ желудка вырисовывается в виде узкой трубки с довольно ровными контурами по малой кривизне и выпячиванием „типа гаустрации“ по большой. Препилорический и пилорический отделы хорошо развернуты. Pylorus зияет, duodenum чрезвычайно растягивается на всем протяжении. Эвакуация ускорена. Соответственно дефекту выполнения в средней $\frac{1}{3}$ тела желудка прощупывается бугристая опухоль, болезненная. Р—заключение: „многополостный желудок на почве рубцевания гумозной инфильтрации тела желудка?“.

27/V 29 г. больной вторично поступил в Вендиспансер для специфического лечения. При исследовании кала на кровь результат положительный. Проведен курс на 16 инъекций биохинола. На этот раз значительного улучшения не произошло, но кровавая рвота не возобновилась, боли в желудке несколько утихли.

Случай был консультирован с хирургами, общее состояние больного не давало больших надежд на хороший исход оперативного вмешательства (обширная резекция), больной от предложенной операции отказался, хирурги не были настойчивы. Совместно с д-ром И. С. Розенбергом мы продолжали наблюдать больного.

29/X 27 г. присоединяются вливания N-salvarsan'a, всего вливаний 16, за курс Н-сальварсана 4,35, биохиноль продолжается (еще 3 инъекции).

Курс закончен 10/II—28 г. при значительном субъективном и объективном улучшении и прибавке в весе. Боли в желудке прекратились.

Контрольный рентген 18/II 28 г.

Морфологические изменения как и раньше (см. протокол от 17/IX 1927 г.).

Итак, после курса специфического лечения наступило улучшение и больной продолжал работать. Так продолжалось более года.

19/IV 29 г. после обеда, идя по улице, почувствовал сильное давление под ложечкой, вызвал отрыжку и в плевке увидел кровь. Дома открылась кровавая рвота (крови всего до 4-х стаканов). В тот же день помещен в больницу. В больнице при срыгивании в течение $1\frac{1}{2}$ суток появлялась кровь.

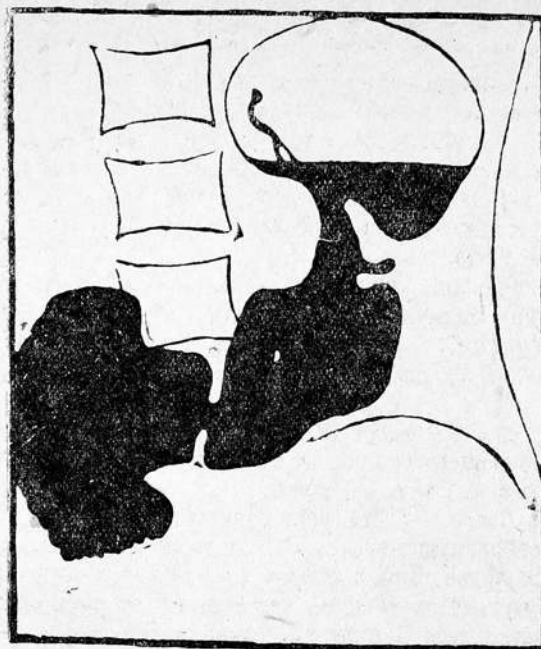


Рис. 3.

Эвакуация ускорена" (рис. 4). Для выявления проходимости пищевода дается капсула. Капсула стойко задерживается в кардии. Только многократная дача воды вымывает капсулу в желудок.

Р=заключение „рубцевание и сморщивание в средней $\frac{1}{3}$ тела желудка прогрессирует и переходит на кардию“.

Состояние больного все ухудшалось, явления затруднения глотания все нарастали. В декабре 1929 г. ввиду тяжелого состояния больного консилиум. Жалобы больного сводились к затруднениям глотания и вновь появившимся желудочным кровотечениям небольшими порциями (до $\frac{1}{3}$ рюмки). Консультировавший хирург (проф. Н. И. Туревич) на основе клинической и рентгеновской картины высказал предположение, что в данном случае имеются два процесса—сифилис желудка и злокачественная опухоль (скирр).

Через 5 месяцев (5/X 29 г.) рентгеновское исследование по поводу вновь появившихся жалоб на затруднение глотания твердой пищи, нарастающей слабости и истощения. Сначала дается барий в какао.

Нижний отдел пищевода расширяется проходящей жидкой массой и заполняется до уровня средней $\frac{1}{3}$. Виден узкий, неровный канал в кардии. Выполнить желудок не удастся, так как жидкая контр. масса быстро покидает его через зияющий pylorus. Затем дается барий в каше. „Желудок вырисовывается в виде двух полостей (рис. 4): верхней в форме чаши, соответствующей кардиальному отделу желудка, и нижней, соответствующей препилорической и пилорической части. Соединяющий обе полости центрально расположенный, узкий канал едва намечается. Pylorus зияет. Начальная часть duodeni чрезвычайно расширена, к. масса в ней имеет горизонтальный уровень.

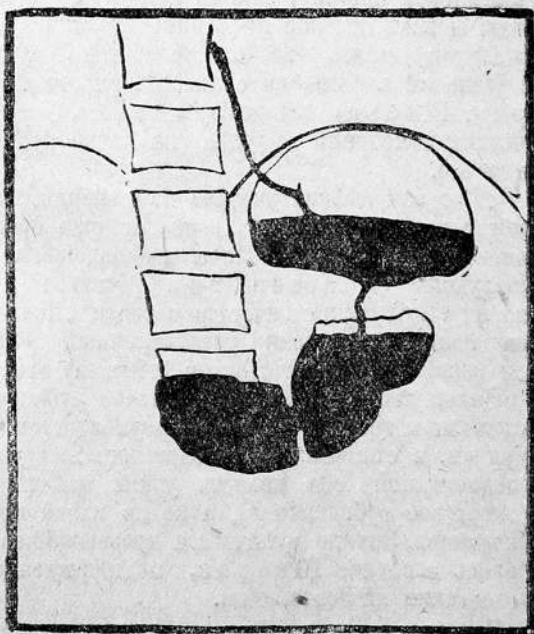


Рис. 4.

Больной умер 9/II 30 г. при нарастающих явлениях со стороны пищевода и общего истощения. Вскрытия не было, так как родственники отклонили предложение поместить больного перед смертью в больницу, не желая вскрытия.

Итак, у нашего больного, заведомого сифилитика, о чем свидетельствует анамнез, положительная RW, изменения со стороны аорты, табетический симптомокомплекс, на наших глазах в течение $2\frac{1}{2}$ лет, развиваются чрезвычайно своеобразные и атипичные изменения в желудке.

Имеем ли мы в данном случае злокачественное новообразование желудка у сифилитика или пред нами сифилис желудка? Мы склонны к второму мнению и попытаемся это доказать.

Первое рентгеновское исследование (рис. 2) давало картину рубцевания на большой кривизне при наличии резких болей в желудке (кризы²⁾), ахилии, при сифилитическом анамнезе и статусе. Уже на той стадии морфологических изменений в желудке мы должны были предполагать возможность сифилитического его поражения, а потому, в согласии с сифилидологом, применили специфическое лечение. Наступало временное, значительное улучшение общего состояния больного, но, как показало дальнейшее рентгеновское наблюдение, процесс в желудке прогрессировал, и через 20 месяцев после первого рентгеновского исследования мы имеем чрезвычайно своеобразную морфологическую картину (рис. 3) дальнейших изменений в желудке при наличии клинических данных: явного кровотечения, присутствия в течение длительного промежутка времени крови в кале, нарастающего истощения. Атипичность морфологических изменений желудка, его „многополостность“ на почве своеобразной сегментации большой кривизны, напоминающей „гаустрацию опавшей кишки“, зияние пилоруса, обширное выполнение *bulbus duodeni* и всех отделов *duodenum*, локализация процесса в верхнем отделе желудка, ахилия—все вместе взятое на данном этапе морфологических изменений в согласии с литературными данными (Шлезингер, Лурья, Шварц) мы должны считать очень характерным для сифилитических изменений желудка на почве рубцевания гуммозной инфильтрации его.

Так как сифилитические язвления часто множественны, то также могут появиться два или более стеноза просвета желудка. Такая находка очень сильно подкрепляет предположение о люэтических изменениях желудка“ (Комстон-Грин [Cumston-Green], цитир. по Шлезингеру). Шлезингер в главе „Диагноз сифилиса желудка“ относит рентгенологически установленный множественный стеноз желудка „к решающим (*verwertbaren Kriterien*) критериям“.

Дальнейшие изменения на почве рубцевания гуммозной инфильтрации привели к типичной картине двуполостного желудка („песочные часы“), причем, в отличие от двуполостного желудка на почве рубцевания язвы, соединяющий обе полости узкий канал расположен по оси желудка („круговое рубцевание“), а не по малой кривизне, как это обычно наблюдается. Зияние *pylorus'a* и чрезвычайное расширение *duodenum* отмечались в случае Шварца, подтвержденном секцией и патолого-гистологическим исследованием.

Первая стадия морфологических изменений (рис. 2) еще могла трактоваться, как рубцевание при обычной язве, дальнейшие морфологические изменения (рис. 3), чрезвычайно своеобразные, уже с большей до-

лей вероятности должны трактоваться, как сифилис желудка, что подтверждалось рядом рентгенологических и клинических симптомов: изменение со стороны аорты, данные анализа желудочного сока, явления со стороны нервной системы и т. п. В этой стадии превалировали явления сморщивания, охватывающие циркулярно тело желудка, что дифференцирует данный случай от изменений при скирре, когда, как это чаще всего наблюдается, сморщивание начинается с каудального отдела желудка.

М. И. Неменов, правда, в своем руководстве по рентгенологии приводит случай скирры, „инфильтрирующего среднюю часть желудка“, но в нашем случае мы имеем не столь равномерную инфильтрацию, как мы обычно встречаем при скирре,* а скорее рубцевание, придающее желудку вид многополостного (рис. 3). Дальнейшая стадия морфологических изменений (рис. 4) дает полную перетяжку тела желудка с очень узким соединяющим каналом, чего опять-таки при скиррах мы обычно не встречаем.

На основании этих соображений мы и полагаем, что в нашем случае дело шло о сифилитических изменениях желудка и не было одновременно ракового процесса.

К сожалению, мы уже отмечали, патолого-анатомического исследования, могущего решить вопрос с абсолютной достоверностью, произведено не было.

Теперь остается выяснить, к какой же форме сифилитических поражений желудка мы можем отнести наш случай.

По классификации Гаусмана, а она ближе всего рентгенологу, так как в основу ее положен патолого-анатомический принцип, наш случай мы должны рассматривать, как частичное сморщивание желудка на почве гуммозных инфильтраций, охватывающих тело желудка (2 и 5 группы).

Р. Лурия дву- и многополостный желудок относит к группе „метасифилитических заболеваний“. Мы знаем, что процессы гуммозный и фибропластический могут протекать одновременно, как это, повидимому, имело место и в нашем наблюдении, где после установленного рентгенологически рубцевания (двуполостный желудок, рис. 2) в последующем была кровавая рвота и длительное кровотечение на почве распада, а в дальнейшем форма желудка на наших глазах претерпевала изменения (рис. 3 и 4) вследствие продолжавшихся рубцовых, фибропластических процессов. Но все же наблюдаются формы, указывает Лурия, где превалируют явления сморщивания, ведущие к деформациям желудка, как и в нашем случае, и где специфическая терапия, способствуя рубцеванию гуммозной инфильтрации, усиливает и ускоряет сморщивание и деформацию. В этих случаях Лурия считает, что хирургический метод лечения должен стоять впереди специфического. В нашем наблюдении процесс рубцевания и, как следствие его, деформация желудка прогрессировали, несмотря на энергичную специфическую терапию. И, быть может, было бы целесообразнее сначала пойти на резекцию желудка, а затем уже прибегнуть к специфическому лечению.

Из I-ой терапевтической клиники Центрального института усовершенствования врачей в Москве (больницы имени С. П. Боткина). (Директор проф. Р. А. Лурья).

К клинке *fistula gastro-jejuno-colica*¹⁾.

Аспирант М. Г. Соловей.

Желудочно-кишечные фистулы по этиологическому принципу могут быть разделены на две группы: фистулы, которые образуются между желудком и поперечно-ободочной кишкой, вследствие местного перитонита с исходом в абсцесс, или на почве туберкулезного процесса. Эта группа фистул (по преимуществу — *gastro-colica*), встречается сравнительно редко, особенно на почве туберкулеза, и их практическое значение невелико.

Большой интерес и теоретически и практически представляет вторая группа фистул, которая образуется после гастро-энтероанастомоза. В этих случаях сообщение между желудком и толстой кишкой устанавливается через приведенную петлю тонкой кишки, и обозначается как *fistula gastro-jejuno-colica*.

Какой именно гастроэнтероанастомоз, передний или задний предрасполагает к образованию фистулы — сказать трудно; по литературным данным в подавляющем большинстве фистула эта возникает после задней г-э.

Послеоперационные фистулы встречаются значительно чаще, чем можно думать на основании литературных данных, ибо фактор, производящий фистулу — пептическая язва, которая доходит по некоторым авторам (цит. по Добротворскому) до 40%, часто протекает латентно: это обстоятельство должно заставить врача относиться с большим вниманием к возможности такого рода осложнений и включить его в круг своего мышления.

Первые сообщения о *f. g. c.* относятся еще к 16-му столетию; Murchinson в 1857 г. опубликовал собранные им из литературы за 300 лет — 33 случая. В 1897 г. Вес опубликовал диссертацию *De la fistule gastroscolique**, в которой собрал еще 35 случаев, и, вместе с материалом Murchinson'a, говорит о 68 случаях. После Веса в литературе стали появляться сообщения об единичных случаях, и в 1903 г. мы имеем всего в мировой литературе 76 случаев (Кончаловский). Все эти случаи, из которых большинство после рака и единичные на почве туберкулеза, диагностированы на аутопсии или на операционном столе. О послеоперационных фистулах почти нигде не говорится. В 1912 г. Vaarhaeке собрал 105 фистул и из них выделяет 20, развившихся после гастроэнтероанастомоза.

За последнее время дело коренным образом меняется. Начиная с 1918 г. уже в западно-европейской и в американской литературе имеется много работ о *f. g. c.* после гастроэнтероанастомоза и в единичных случаях после рака. Распознавание этих случаев является результатом новейших достижений в диагностике и обрисовывает истинное положение вещей, сравнительную редкость раковых и другого происхождения фистул, с од-

¹⁾ Доложено на конференции врачей I-й Терапев. клиники ЦИУ и врачей-терапевтов Боткинской больницы, 26/XI 1932 г.

ной стороны, и практическое значение послеоперационных фистул—с другой (Scherck).

Диагноз *f. g. c.* в выраженных и далеко зашедших случаях особых трудностей не представляет, однако раннее распознавание их невыраженных форм, о которых речь будет дальше, требует большого внимания и диагностической изощренности. За последние годы описаны случаи *f. g. c.*, где диагноз устанавливался только на операционном столе или на утопии. А между тем, в клинической картине каждого случая имеются существенные моменты, могущие навести на правильный путь и заслуживающие внимания с диагностической стороны. С этой целью я, по предложению руководителя клиники—проф. Р. А. Лурья, хочу остановить внимание на одном случае своеобразной фистулы *gastro-jejuno-colica*, наблюдавшейся в нашей клинике.

Больной 49 лет, крестьянин, поступил в клинику 26/X 32 г., с жалобами на жидкий стул, 4—6 раз в день, вздутие живота, урчание и ощущение переливания в кишках. Отрыжка тухлым и зловонным, изредка рвота дурно-пахнущими массами, похудание. Болен 4 г. В 1925 г. больной был оперирован по поводу язвы двенадцатиперстной кишки и в течение трех лет после операции был абсолютно здоров. В сентябре 1928 г., после погрешности в еде начался понос, рвота, дурной вкус во рту и боли в животе перед стулом. Аппетит пропал. Через несколько дней боли и рвота прошли, жидкий стул остался, уменьшилось лишь количество позывов; понос продолжался в течение последующих лет, изредка лишь сменяясь запорами на несколько дней. При этом самочувствие больного оставалось хорошим, он ел все и работал. За этот период, по словам больного, был несколько раз черный стул. В 1930 году понос участился, появилось урчание и вздутие живота, больной стал худеть. Спустя полгода присоединилась зловонная отрыжка и изредка рвота желтоватой дурно-пахнущей массой; до поступления в клинику была всего 12—15 раз. За последние месяцы состояние больного становилось все хуже и хуже, и он вынужден был приехать в Москву.

Status praesens: Общее состояние удовлетворительно. Сердце и легкие уклонения от нормального не представляют. Вес при поступлении 63,5 кг. Аппетит хороший; часто изжога после еды; язык обложен белым налетом. Живот вздут, мягкий. Пальпация в подложечной области безболезненна. Плеск в кишках. Прощупывается поперечно-ободочная кишка и вся нисходящая, которая урчит под пальцами. Начиная от пупка и левее болезненна при пальпации. Стул жидкий, иногда кашецеобразный, 4—6 раз в день. Мочеполовая и нервная система N.

Моча кислая, удельный вес—1028, следы белка, уробилин N, индикан N, в осадке единичные эритроциты и лейкоциты в отдельных полях зрения. Кровь—Hb—80%, эритроциты 4.720.000. Цветной показатель—0,87, лейкоциты—4.500. Сегм. 51%, палочк.—3%, лимфоциты—39%, эозинофилы—3%, моноциты—4%.

Билирубин в крови—0,75 мг.-% по в. д. Бергу, реакция непрямая.

Желудочный сок—натощак 150,0, желтого цвета с каловым запахом. Свободная HCl—0, общ. кислота—10. После введения 0,2 кофеина и 300,0 воды, извлечено 30 куб. см. жидкости желтого цвета. Общая кислотность 18, св. HCl—нет. Микроскопия—большое количество детрита.

Кал жидкой консистенции, желтого цвета, на поверхности беловато-серый налет жира. Реакция слабо-щелочная. Реакция на кровь—отрицательная. Под микроскопом при повторном исследовании обнаружено много нейтрального жира, кристаллов жирных кислот нет. Ферменты поджелудочной железы. Диастаза, трипсин и липаза в норме.

Рентген желудка (д-р Тарнопольская). Желудок расположен высоко, мало подвижен, с грубыми, резко расширенными, местами атрофичными складками слизистой, вяло перистальтирует. Валяя перистолы. Привратник плохо интуруется. Контраст тотчас же переходит через г-э отверстие в тонкие кишки и сейчас же намечается переход контраста в нисходящую толстую кишку, по видимости имеется *fistula-gastro-jejuno-colica*.

Спустя 10 дней, повторная рентгеноскопия с введением контраста через клизму: выходящая часть сигмовидной кишки располагается у левой реберной дуги; нисхо-

дующая кишка расширена, больше у места перехода в поперечно-ободочную, где контраст долгое время задерживается и затем быстро переходит в желудок и почти с середины протяжения Colon transvers. выполняет одновременно и анастомотическую петлю тонкой кишки.

Итак, мы имеем дело с фистулой между желудком и толстой кишкой, при чем сообщение между последними устанавливается, как показывает рентгеновское исследование, через анастоматическую петлю тонкой кишки.

Можно предполагать, что то обострение процесса, которое наступило у нашего больного в 1928 году, было связано с моментом образования у него фистулы.

Какие же основные симптомы *fistulae gastro-colicae*? Обычно в диагностике исходят из одного основного симптома—каловой рвоты. Нетрудно, однако, понять, что *f. g. c.* не остро возникающий процесс. Образование фистулы складывается в течение длительного времени, а каловая рвота или каловая отрыжка имеет место лишь при далеко зашедшем и уже законченном процессе.

Существенно важно для оценки каловой рвоты, как симптома *f. g. c.* выяснить, как часто, во всех ли случаях и при какой стадии заболевания она встречается.

Литературные данные говорят, что каловая рвота при фистуле бывает далеко не во всех случаях.

Так, Murchinson из 19 случаев мог отметить каловую рвоту лишь у 11. Freud (1918 г.) описывает 5 случаев, где этот симптом не отмечен ни разу. В случаях Strauss'a (1921 г.), Scherck'a (1929 г.), Hamilton и Prompt (1931 г.), Oschinsky (1932 г.) и других авторов каловая рвота либо отсутствовала, либо отмечалась, как исключение. Koch в 1903 г., убедившись в том, что каловая рвота встречается всегда, высказал мнение, что *f. g. c.* не имеет определенных симптомов.

Непостоянство каловой рвоты, с одной стороны, объясняется тем, что имеющаяся в желудке масса уходит в кишечник через пилорическую часть или через анастомоз, раньше, чем попасть в пищевод (Nelken), с другой стороны—она отсутствует и потому, что иногда, как на это в свое время указал Leube, между желудком и толстой кишкой слизистая образует своеобразный клапан. Аналогичные случаи описаны проф. Кончаловским: у больного с предполагаемым диагнозом рака желудка, без признаков фистулы, начался сильный кашель и рвота, при которой выделялся кровавый сгусток, величиной в детский кулак. На следующий день началась каловая рвота, продолжавшаяся до самой смерти. Повидимому, в данном случае кровавый сгусток, как пробка, закупоривал фистулу, которая не давала поэтому клинических симптомов. Наконец, при фистуле больших размеров каловой рвоты может не быть вследствие того, что наступающий в таких случаях обильный понос как бы заменяет рвоту, и больной, как удачно выражается Bonkeret, выбрасывает свои рвотные массы в свою собственную толстую кишку.

Симптом каловой рвоты, который возникает только при условии достаточно организовавшейся фистулы, является, естественно, симптомом более поздним. Значительно раньше этого симптома появляются диспептические

кишечные расстройства, как понос, вздутие живота, которые, как увидим ниже, являются обычными спутниками.

Итак, каловая рвота при всей ценности этого симптома не может служить целям раннего распознавания фистулы, и если исходить только из этого одного симптома, диагноз *f. g. c.* может быть поставлен лишь в далеко зашедших случаях. Между тем многие авторы, трактуя наблюдающуюся большую смертность от оперативного вмешательства при *f. g. c.*, считают одной из главных причин ее позднее распознавание болезней (Scherek, Oschinsky, Nelken, Strauss и другие).

Лиэнтерия—бывает редко и Вес на 62 случая отмечает этот симптом только в 6-ти. В нашем случае мы неоднократно искали в кале непереваренной пищи, но ни разу не находили.

В 1921 году Strauss обратил внимание на то, что при *f. g. c.* всегда имеется в кале большое количество жира и впервые отметил диагностическую важность этого момента. Возникает, однако, вопрос, как дифференцировать между стеаторреей при *f. g. c.* и таковой при других заболеваниях, например, при недостаточности поджелудочной железы.

Strauss и его ученики предлагают для этой цели определять количество панкреатических ферментов. Но можем ли мы на основании того или иного количества ферментов судить о состоянии поджелудочной железы? Работами Яроцкого, Губергрица и др. установлено, что панкреатические ферменты могут быть в нормальном количестве и при заболевании железы, ибо даже небольшая оставшаяся часть последней может исполнять нормальную функцию. С другой стороны, известно, что количество панкреатических ферментов зависит от ряда побочных условий—состояния слизистой, 12-типерстной кишки, количества воды и т. п.,—при которых здоровая железа может нам иногда казаться неполноценной.

В нашем случае мы обратили внимание на имеющийся, по нашему мнению, диагностическое значение факт: наличие в кале большого количества нейтрального жира при отсутствии жирных кислот. В литературе многие авторы указывают на наличие в кале при *f. g. c.* нейтрального жира; жирные кислоты либо отсутствуют, либо имеются в незначительном количестве. Нам кажется, что именно этот момент может служить дифференциально-диагностическим признаком между стеаторреей при *f. g. c.* и ли другого, например, панкреатического происхождения. При последней редко бывает полное отсутствие ферментов и поэтому жиры лишь недостаточно расщепляются и в кале будет много жирных кислот. При *f. g. c.*, когда жир переходит из желудка, где нет почти никакого расщепления, минуя *pancreas*, непосредственно в толстую кишку, где распад жировой молекулы невозможен—кал должен содержать много нейтрального жира. Здесь уместно все же оговориться, что в тех случаях, когда анастомоз функционирует и где часть пищи из желудка переходит через него в тонкие кишки и там расщепляется,—в этих случаях имеет значение исследовать кал на содержание жира в ряде отдельных порций. Мало того, для того, чтобы отметить порции отдельных масс, которые прошли из желудка непосредственно в толстую кишку, можно воспользоваться введением внутрь красящего вещества, в частности—но-

В дифференциально-диагностическом отношении также имеет значение нормальное содержание в моче индикана. При недостаточности поджелудочной железы в тонких кишках происходит процесс гниения, и количество индикана в моче увеличивается.

При диагностике *f. g. c.* следует обратить внимание на имеющиеся всегда и в довольно ранней стадии заболевания поносы, вздутие и урчание в животе при хорошем, иногда слишком хорошим аппетите; больной ест все и много и худеет. Наш больной также ел много, с хорошим аппетитом, и тем не менее, за короткое время, с 27/X по 7/XI похудел больше, чем на 3 кило. Похудание при *f. g. c.* иногда доходит до появления голодного отека с наличием ацетона в моче (Strauss).

Из клинических симптомов заслуживает внимания появление позыва к дефекации в начале или во время еды.

Из подсобных лабораторных исследований Сатр рекомендует методы „темных клизм“, введение в клизму красящего вещества с последующим обнаружением его в желудке. По Strauss'y вводят в клизму 2 столовые ложки животного угля на 500 куб. см. воды; спустя полчаса откачивают желудочный сок. При наличии фистулы введенные в клизму вещества через короткое время оказываются в желудке.

Рентгеновское исследование, произведенное обычным образом, может не давать положительного результата. Freud на ряде случаев доказал, насколько обычная рентгеноскопия ненадежна, и предлагает, поэтому, рентгеноскопию кишечника при вливании контраста *per anum*—ирригоскопию. При такой методике Freud'y удалось обнаружить *f. g. c.* в тех случаях, где клинически, идя обычным путем, об этом мало думали. Такие же результаты при ирригоскопии получал и Assmann.

Итак, в диагностике *f. g. c.* наряду с уже имеющимися симптомами современная клиника обогатилась рядом новых клинических и лабораторных методов, которые позволяют иногда поставить правильный диагноз в более ранней стадии заболевания. В общей клинической картине *f. g. c.* заслуживают внимания некоторые диссоциации—большой аппетит и быстрое похудание, большое содержание в кале нейтрального жира при отсутствии жирных кислот, нормальное количество индикана в моче, при длительно непрекращающемся поносе—все это, может привести врача к правильному диагнозу.

Возможно, что послеоперационные фистулы вовсе не так редки, как об этом думают; редки лишь, может быть, те абсолютные симптомы, из которых обычно исходят.

Лечение *f. g. c.*—только хирургическое. Описанные в литературе единичные случаи консервативного лечения—лишь исключения и мало доказательны. После операции больные нередко выздоравливают совершенно. Смертность при хирургическом вмешательстве в подобных случаях, правда, высокая, больше 50%, но если сопоставить абсолютный прогноз при *f. g. c.*, с одной стороны, и тот абсолютно хороший результат в половине случаев, с другой, то оперативное вмешательство все же остается единственным методом лечения, дающим благоприятный результат.

Надо полагать, что столь высокая смертность обусловлена в значительной степени и тем, что до последнего времени *f. g. c.* очень поздно распознается, так как врач ждет наличия каловой рвоты, как ведущего симптома и больной подвергается хирургическому вмешательству в той

стадии, когда наряду с самой фистулой имеется уже ряд грубых морфологических изменений в брюшной полости, которые затрудняют и осложняют технику операции, и общее питание организма в значительной мере подорвано.

При более раннем распознавании, результаты хирургического лечения будут, несомненно, более благоприятными.

Таким образом и в этом случае, как и во многих других, современное мышление врача, основанное не только на патолого-анатомических, но, главным образом, на функциональной патологии болезненного процесса выводит его на правильный путь раннего распознавания даже в таких трудных и запутанных случаях заболеваний внутренних органов, как f. g. c. и fistula gastro-jejuno-colica.

Литература: 1. Кончаловский. Труды факт. therap. клиники Москов-у-та, 1904.—2. Freud. Münch. Med. Wochenschr., № 43, 1918.—3. Strauss. Berlin Klin. Wochenschr., № 25, 1921.—4. Nelken. Archiv. f. verd. krankh., 1925. Н. 3—4.—5. Scherk. Archiv. f. verd. krankh., 1929.—6. Hamilton and Rom-fred. The lancet, № 25, 1931.—7. Oschinsky. Med. Welt., № 4, 1932.—8. Frons. Deutsche Med. Wochenschr. 1922.

(Из 6. Обл. Московского кожно-венерологического института. Дир. проф. И. Н. Олесов).

О гистологии здоровой на вид кожи при сифилисе.

Е. Я. Герценберг, Е. Б. Беньямович и А. М. Левин. (Москва).

Гистологическая картина нормальной кожи при сифилисе впервые была исследована русским сифилидологом Павловым (в 1895 г.). У детей с врожденным сифилисом он в 5-ти случаях обнаружил столь резкие изменения со стороны сосудов кожи и различных органов, что даже считал возможным видеть в них причину смерти. В дальнейшем, однако, Павлов продолжал свои исследования на материале кожи, биопсированной у лиц с приобретенным сифилисом и взятой у 2-х сифилитиков, умерших от случайного острого заболевания. В качестве контроля он пользовался кожей, взятой у 3-х туберкулезных трупов. На основании этих изысканий Павлов пришел к заключению, что найденные им изменения в коже—набухание эндотелия сосудов, пролиферация его до полной закупорки просвета, инфилтраты вокруг сосудов и придатков кожи—не являются специфическими для сифилиса, т. к. они встречаются и при туберкулезе.

За исследованиями Павлова последовал целый ряд других работ. В большинстве своем это диссертации, выпущенные из Военно-медицинской академии. Ближайшая по годам работа после Павлова принадлежит Фридману, который пользовался материалом сифилитиков, не перенесших никаких инфекций в прошлом. В непораженной коже таких больных он также во всех случаях находил изменения, выраженные в ранних стадиях менее интенсивно и более поверхностно, чем в гуммозной стадии.

В диссертации, посвященной изучению гистологии сифилидов, Иванов попутно подверг исследованию 10 случаев нормальной на вид кожи

у сифилитиков. Он также нашел в ней интересующие нас изменения. Но, имея в виду, что в коже несифилитиков, а также здоровых людей обнаруживаются такие же инфильтраты, он не придал своим находкам у сифилитиков какого-либо специального значения.

Каршин, работа которого трактует исключительно о патолого-анатомических изменениях в клинически здоровой коже сифилитиков, приходит к заключению, что „сифилис, начиная с самых ранних периодов своего существования, вызывает ряд микроскопических изменений повсюду в непораженной, здоровой на вид, коже. Изменения прогрессируют в своем распространении и интенсивности, идя в этом параллельно с клинической картиной“. Однако, в одном из выводов автор указывает, что изменения эти не носят специфического характера и аналогичны тем явлениям, которые вызываются другими инфекционными и токсическими агентами (туберкулез, алкоголизм).

Лукомский (1928 г.) повел свои исследования в двух направлениях: с одной стороны, он изучал капилляроскопию кожи больных в ранних периодах сифилиса, с другой — исследовал неизмененную на вид кожу гистологически (в 11 случ.). В восьми исследованных таким образом случаях автор находил изменения, которые он характеризует так: „Во всех исследованных восьми случаях вторичного сифилиса дело идет о воспалительном процессе продуктивного характера, приуроченном исключительно к сосудам и выражающемся в пролиферации эндотелия и перителения сосудов, что в конечном итоге ведет к образованию инфильтратов, варьирующих в своей интенсивности“. В трех случаях первичного сифилиса имелись точно такие же сосудистые изменения, причем в 2-х случаях они были выражены довольно резко и в одном слабее. Изменения эти он считает специфическими для сифилиса. Любопытно, что гистологические изменения обнаруживаются ранее, чем резкие изменения в капиллярном токе. Основываясь на исследованиях Лукомского, Stadler в своей монографии „Syphilis des Herzens und der Gefäße“ (1932 г.) также трактует означенные изменения, как воспалительные и для сифилиса специфические.

Итак, из краткого литературного обзора видно, что в нормальной на вид коже сифилитиков обнаруживаются изменения, которые некоторые авторы считают не специфическими, т. е. встречающимися в равной мере при разных хронических инфекциях и интоксикациях (Павлов, Каршин). Другие же, главным образом, терапевты, полагают, что в ранние периоды сифилиса происходят значительные патологические изменения всей сердечно-сосудистой системы, что находит свое отражение между прочим и в специфическом поражении кожи.

Совершенно очевидно, что для правильного понимания столь важного для сифилидологов вопроса, не говоря уже о его решении, вышеуказанные исследования следует признать далеко не достаточными и не систематизированными. Располагая возможностью произвести наблюдения на широком материале, мы решили еще раз подвергнуть изучению этот вопрос, особенно в той его части, которая так разноречиво толкуется авторами, т. е. в части гистологических находок. Ввиду того, что изменения в коже находили все авторы и расходились лишь в трактовке их (специфические для сифилиса или нет?), надлежало найти систему и

методику исследования и контроля, которые позволили бы вынести в этом направлении более определенное суждение.

Мы использовали для наших наблюдений больных женского сифилитического отделения б. Областного Московского кожно-венерологического института. Всего нами произведено сорок две биопсии у 39 женщин и 3-х мужчин. Из них 34 биопсии произведены при сифилисе в разных стадиях.

Сифилис первичный—5 случаев,
 „ вторичный свежий—15 случ.,
 „ рецидивный—8 случаев.

Сифилис третичный у 6 больных, из них 2 были латентными сифилитиками, 4 с явлениями бугоркового и гуммозного сифилиса.

Для контроля мы воспользовались 3 мягкошанкерными больными, 3 больными мужчинами из урологического отделения института, 2 здоровыми женщинами, биопсийным материалом прозектуры Басманной б-цы (16 сл.) и трупным материалом Патолого-анатомического и-та и Института судебной медицины 1 М. М. И. (30 сл.).

Биопсии производились обычно в средней трети плеча с наружной стороны и только в 4-х случаях на бедре, в средней трети передней поверхности. Для биопсий всегда выбирался участок кожи, клинически нормальный. Кожа для биопсии при Lues I, Lues II recidiva и Lues III manifesta всегда бралась вдали от высыпаний и только при Lues II recens биопсируемая нормальная кожа находилась в окружении пятнисто-папулезной сыпи.

Возраст больных колебался от 16 лет до 56 лет.

Наш материал мы расположили в шести таблицах по роду заболевания, причем обозначенные нами графы повторяются во всех таблицах. Степень поражения мы отмечали плюсом, причем наибольшая степень обозначалась 4-мя плюсами, наименьшая одним плюсом.

В таблицах нами подробно указано, какие инфекции перенесены больными в прошлом.

Из нашего материала явствует, что во всех случаях первичного сифилиса (см. табл. 1) в непораженной на вид коже имеются довольно значительные изменения, обозначенные почти везде 2-мя плюсами.

ТАБЛИЦА 1.

№ по поряд.	№ истор. болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакции	Время появл. высып.	Время биопсии	Степень реакц. со стор. кожи	Примечание
1	1130	46	19	Syphilis I seropositiv.	Корь	RW 2+, RSG 2+	27/IV	7/V-31	++	Биопсия произведена без новокаиновой блокады
2	2579	124	19	—	—	RW 3+	7/IX	12/IX-31	++	
3	1131	47	19	Syphilis I seronegativ.	Корь	отриц.	29/IV	7/V-31	++	
4	1132	48	19	—	—	отриц.	29/IV	7/V-31	++	
5	1305	62	30	Syphilis I seropositiv.	Сыпной тиф	RW-4+, SG-3+	9/V	23/V-31	+	



Рис. 1.

Изменения эти состоят в следующем: сосуды поверхностной сети cutis несколько расширены, окружены муфтой инфильтрата (см. рис. 1), состоящего в главной массе своей из гистиоцитарных элементов, лимфоцитов и единичных эозинофилов. Эндотелий капилляров набух, сочный, светлый, с хорошо красящимся ядром. Аналогичные инфильтра-

ты расположены кое-где и вокруг придатков кожи. При специальном исследовании спирохет не обнаружено. Не отмечается также патологического ожирения клеточных элементов, выпадения фибрина или где-либо отложения железа. Реакция оксидазы отрицательна. Ввиду того, что изменения эти аналогичны во всех случаях—варьирует лишь степень морфологического выражения—, мы ограничиваемся одним таким общим описанием для всего этого ряда.

При вторичном сифилисе (как свежем, так и рецидивном) картина как будто бы несколько меняется (см. табл. 2 и 3).

В табл. 2 мы находим два случая, обозначенные 3-мя плюсами (биопс. 138 и 34) и один даже 4-мя (биопс. 31). Во всех этих случаях (особенно в последнем) сосуды cutis резко расширены, с набухшим эндотелием, окружены мощным, хорошо ограниченным инфильтратом (рис. 2), в котором наряду с гистиоцитами и лимфоцитами встречается много плазматических клеток и немногочисленные лейкоциты. Такая же картина отмечается и в одном случае рецидивного вторичного сифилиса (табл. 3, биопс. 52). Картина поражения в точности соответствует гистопатологии первичных сифилидов).

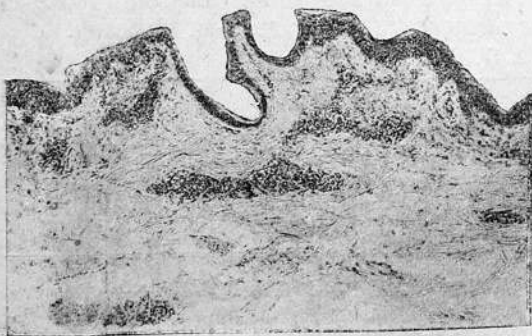


Рис. 2.

С другой стороны, в одном случае (табл. 2, биопс. 23) не отмечено никаких изменений (рис. 3). Гистологическая картина кожи в этом случае: эпидермис без изменений; соединительная (коллагенная и эластическая) ткань дермы — N. Сосуды поверхностной и глубокой сети с хорошо выраженным эндотелием, какой-либо периваскулярный инфильтрат отсутствует; придатки кожи обычного вида.

Вся же главная масса случаев как свежего, так и рецидивного вторичного сифилиса отличается изменениями, обозначенными по степени 1—2 плюсами, по существу же—изменениями, описанными выше для

ТАБЛИЦА 2.

№ по пор.	№ истор. болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакции	Время появления высыпания	Время биопсии	Степень реакции со стороны кожи	Примечание
1	2897	138	18	Lues II recens	Корь, возвратн. тиф	RW, SG 4+	Невыяснен.	—	++	
2	1234	63	19	"	—	RW4+SG 4+	2/V	23/V 31	++	
3	1171	53	19	"	—	RW, SG 4+	Невыяснен.	12/V 31	++	
4	938	31	20	"	Корь	RW, SG 4+	23/II	14/IV 31	+++	
5	1232	64	22	"	Коклюш	RW, SG 4+	13/V	23/V 31	+	
6	1275	57	22	"	Ветрян. оспа	RW, SG 4+	Невыяснен.	21/V 31	+	
7	1191	51	24	"	Брюшной паратиф	RW, SG 4+	3/IV	12/V 31	++	
8	691	19	27	"	Корь, суставной ревматизм	RW, SG 4+	16/III	23/III 31	++	
9	960/61	34	27	"	Сыпной тиф	RW, SG 4+	2/III	16/IV 31	+++	
10	801	24	28	"	Корь	RW, SG 4+	7/III	31/III 31	+	
11	959	35	28	"	Брюшной, возвратный тиф	RW, SG 4+	17/II	17/IV 31	++	
12	1172	56	39	"	Корь, ревматизм	RW, SG 4+	Невыяснен.	21/V 31	++	
13	791	23	45	"	—	RW, SG 4+	15/I	28/III 31	—	
14	1284	61	50	"	—	RW 3+, SG 4+	29/IV	23/V 31	++	
15	1283	65	55	"	Корь	RW, SG 4+	10/V	"	+	

ТАБЛИЦА 3.

№№ по пор.	№ истории болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакции	Время появ. высып.	Время биопсии	Степень реакт. со стор. кожи	Примечание
1	2889	136	18	Lues II recidiv	Малярия	RW, SG 4+	Невыяснен.	28/V 31	++	
2	2993	135	19	"	Испанка, ветрянка, корь	RW 3+ SG 4+	"	"	++	
3	2954	—	23	"	—	RW 2+	15/VII	17/IX 31	++	
4	1190	50	23	"	—	RW, SG 4+	15/XII	12/V 31	++	
5	1190	81	23	"	—	RW, SG 4+	5/XII	12/VI 31	+	
6	1306	72	27	"	Сыпной, брюшной, возвратный, корь	RW, SG 4+	Невыяснен.	28/V 31	+	
7	1179	52	30	"	Суставной ревматизм	RW, SG 4+	"	12/V 31	++	
8	2953	71	46	"	Испанка, корь, ветрян. оспа	RW 3+ SG 4+	"	28/V 31	+++	

первичного сифилиса; хорошо ограниченными периваскулярными инфильтратами гистопитиарного типа с незначительной примесью лейкоцитов в некоторых случаях (рис. 4). Спирохеты не найдены. Не обнаружены также ни выпотевания фибрина, ни ожирения эндотелия капилляров.

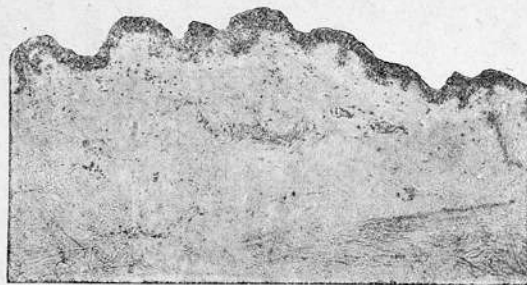


Рис. 3.

При третичном сифилисе, наконец, изменения в коже также обнаружены во всех случаях (см. табл. 4).

ТАБЛИЦА 4.

№№ по пор.	№ истории болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакции	Время появл. высыпания	Время биопсии	Степень реакц.	Примечание
1	416	134	16	Lues III gummosa	Натуральн. оспа	RW, SG 4+	Невыяснен.	5/IX 31	+	
2	138	27	19	Lues III tuberculosa	Сыпной тиф, корь	RW, SG 4+	"	1/IV 31	+	
3	2589	133	35	Lues III tuberculosa	Воспаление легкого, сыпной тиф, испанка.	RW, SG 4+	"	5/IX 31	+	
4	3413	163	40	Lues III latens		отриц.	3/IX 29	5/XII 31	+	
5	2019	140	47	"	Сыпной тиф, испанка.	"		17/IX 31	+	
6	2895	137	56	Lues III tuberculosa gummosa		RW, SG 4+	Невыяснен.	5/IX 31	+	

По интенсивности проявления они выражены слабее, чем в первых двух периодах, по характеру же своему это—уже знакомые нам периваскулярные инфильтраты, состоящие из гистиоцитов и лимфоцитов

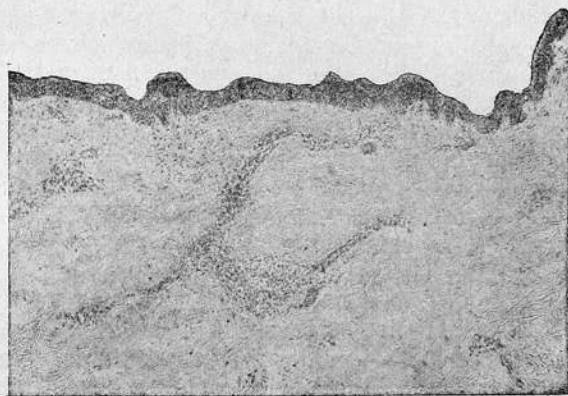


Рис. 4.

(рис. 5), локализованные местами также и вокруг придатков кожи. Дегенеративных изменений в в эндотелии капилляров не обнаружено. Не найдены и спирохеты. Реакция оксидазы всюду отрицательна.

Анализируя материал, приведенный в таблицах и описание гистологических исследований, мы должны отметить следующее: у сифилитиков всех трех периодов во всех случаях, кроме одного (*Lues II, recens*), обнаружены изменения в клинически непораженной коже



Рис. 5.

выражающиеся в гиперемии сосудов, набухании эндотелия и гистиоцитарных инфильтратах различной мощности, расположенных по ходу сосудов и вокруг придатков кожи. Спирохет не найдено. Картина изменений весьма напоминает то, что принято называть хроническим воспалением. В 4-х случаях клеточный состав инфильтрата и степень поражения таковы, что не остается никакого сомнения в том, что налицо имеется розеола или папула, находящаяся, повидимому, в стадии обратного развития, т. е. клинически уже невидимая. (Такое несоответствие между клинической картиной и анатомическим проявлением хорошо известно как сифилидологам, так и патологам).

Возраст больных не оказывает, повидимому, заметного влияния на описываемые изменения. Нельзя подметить также какой-либо зависимости между ними и серологическими реакциями. Длительность сифилитических высыпаний совсем не отражается на проявлении описываемых в коже явлений. Отсутствует, повидимому, и прямая связь между ними и раньше перенесенными инфекциями, т. к. из соответствующего сопоставления видно, что как при отсутствии инфекционных заболеваний в прошлом, так и при наличии даже четырех инфекций в анамнезе реакция со стороны кожи может быть интенсивной, или наоборот.

Итак, в согласии с другими авторами, нами были обнаружены весьма постоянные и однотипные воспалительно-подобные изменения в коже сифилитиков. Прежде, однако, чем делать какие-нибудь заключения по поводу этих изменений, мы попытались выяснить, не встречаются ли они, а если да, то как часто,—при других заболеваниях и не вызваны ли они побочными причинами? Другими словами, мы попытались выяснить, насколько эти изменения специфичны и патогномоничны для сифилиса.

С этой целью мы стали биопсировать на вид нормальную кожу предплечья у больных с мягким шанкром, уретритом, водянкой яичка и др. (всего 6 случ.), а также воспользовались биопсийным материалом Басманной больницы (прозектор—доцент Е. Я. Герценберг), в котором попутно с удаляемым объектом (грыжевым мешком, опухолью, инородным телом, гинекомастией, суставной сумкой и мн. др.) удалялась и на вид неизменная кожа. (Само собой разумеется, что в расчет брались только те случаи, в которых сифилис был исключен). Во всех этих слу-

чаях (см. табл. 5 и 6) в исследуемой коже нами были обнаружены умеренная гиперемия сосудов и по ходу их — клеточные инфильтраты, состоящие, главным образом, из лимфоцитов, гистиоцитов и единичных эозинофилов (рис. 6 и 7).

ТАБЛИЦА 5.

№ по пор.	№ истории болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакц.	Время биопсии	Степень реакции	Примечание
1	286	169	16	Hydrocele dext.	Скарлатина	Отриц.	10/XII 31	+	Биопсия произв. без новокаина
2	3269	167	40	Urethritis ac. gonorr.	Сыпн. тиф, корь	"	10/XII 31	++	
3	3272	168	45	Hydrocele sin.	Натур. оспа, сыпной тиф	"	"	+	
4	251	14	19	Ulcera mollia	Корь, оспа, возвр. тиф	"	27/I 32	++	Произведена без новок.
5	74	13	19	Ulcera mollia	—	"	"	+	"
6	249	12	22	Ulcera mollia	—	"	"	++	"

ТАБЛИЦА 6.

№ по поряд.	№ биопсии	Пол	Возраст	Д и а г н о з	Время биопсии	Степень реакции	Примечание
1	3	♀	30	Фиброаденома грудной железы	1/1 32 г.	+	
2	12	♀	57	Варикозное расширение вен	3/1 32 г.	++	
3	51	♀	51	Липома предплечья	10/1 32 г.	++	
4	86	♀	22	Олеогранулема	16/1 32 г.	+	
5	97	♀	47	Пупочная грыжа	18/1 32 г.	++	
6	112	♀	60	Пупочная грыжа	22/1 32 г.	++	
7	161	♀	36	Пупочная грыжа	30/1 32 г.	+	
8	196	♀	58	Рак грудной железы	6/2 32 г.	+	
9	319	♀	27	Фиброма грудной железы	15/3 32 г.	++	
10	329	♀	39	Рак грудной железы	18/3 32 г.	++	
11	339	♂	25	Эпидермоид ладони	20/3 32 г.	+	
12	385	♀	25	Ангсиома стопы	7/4 32 г.	++	
13	413	♀	25	Олеогранулема грудной железы	11/4 32 г.	++	
14	425	♂	54	Пупочная грыжа	13/4 32 г.	+	
15	458	♂	26	Киста бедра	18/4 32 г.	+	
16	549	♂	17	Гинекомастия	2/5 32 г.	++	

Кое-где такие же инфильтраты наблюдались и вокруг волосяных фолликулов и сальных желез, т. е. были обнаружены изменения, анало-

гичные тем, которые встречались и у сифилитиков. По степени проявления найденные изменения и здесь являются крайне вариабильными; в общем и целом, однако, они выражены несколько слабее, чем при вторичном сифилисе.

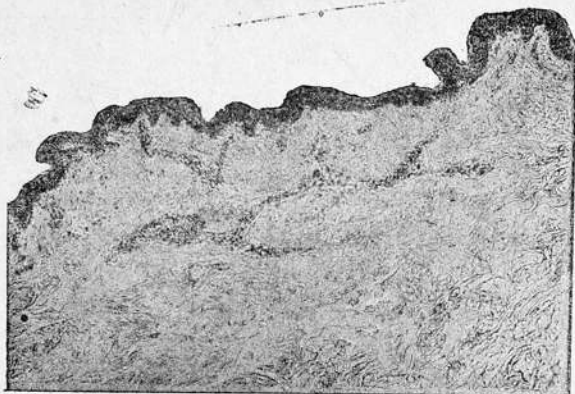


Рис. 6.

Обнаружив интересующие нас изменения в коже больных не-сифилитиков, мы обследовали в этом направлении 20 трупов (из прозектуры Басманной и 1-й клинической больниц) погибших от разных заболеваний: крупозной пневмонии, возвратного эндокардита, гнойного перитонита, общего артериосклероза и др.) и здесь учитывалось отсутствие сифилиса в анамнезе). *И во всех решительно случаях мы находили периваскулярные инфильтраты упомянутого клеточного состава, выраженные, правда, несколько слабее, чем у живых людей.*

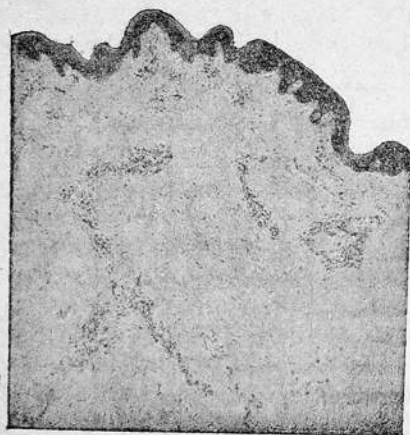


Рис. 7.

Достигнутые результаты логически привели нас к необходимости выяснить, каково в этом отношении состояние кожи у лиц, ничем не болеющих, т. е. здоровых. Мы биопсировали 2-х таких субъектов 16 л. и 21 г. и обследовали, кроме того, кожи 8 трупов, умерших от несчастных случаев, у которых на вскрытии (Инст. судебн. медик. 1 М. М. И.) не было обнаружено никаких болезненных изменений. *Во всех 10 случаях результаты исследования совпали с тем, что было обнаружено выше: по ходу сосудов кожи найдены „воспалительные“ инфильтраты, аналогич-*

ные таковым, каковые были найдены при сифилисе и др. заболеваний (рис. 8). Следует отметить, что на трупном материале людей,

погибших от случайных причин, сосудистая реакция выражена резче, чем на трупах, длительно болевших.

На основании наших исследований мы, таким образом, пришли к убеждению, что изменения кожи, обратившие на себя внимание исследователей, *встречаются не только у сифилитиков, но и у других больных и также у так наз. здоровых людей* ¹⁾. Оставалось выяснить, какую роль играют операционная травма и местная анестезия в возникновении найденных изменений, постольку, поскольку по литературе известно, что травма и введение анестезирующих растворов (даже дистиллированной воды) сами по себе в состоянии вызвать в тканях явления, весьма схожие с теми, каковые были обнаружены нами. Нам кажется, что влияние операционного вмешательства можно исключить на основании наших исследований на трупах вообще и сифилитиков в частности. (Последних было исследовано 8 сл.: 2—постсальварсанного энцефалита, 2—Lues II у самоубийц и 4—гуммозного сифилиса). Как было показано выше, во всех этих случаях были обнаружены околосоудистые инфильтраты, а между тем ведь сам характер исследования (трупный материал) гарантирует от реакции на иссечение кожи. (Аналогичные наблюдения на трупах были уже раньше сделаны Е. Б. Бенъямович, А. М. Бобович и А. В. Ильиной).

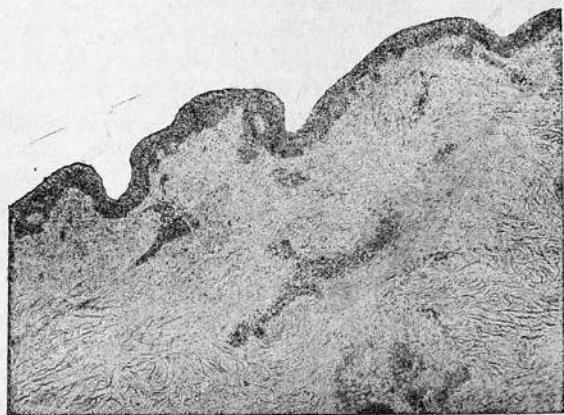


Рис. 8.

Что касается роли анестезии, то ее мы пытались выяснить путем исключения кокаинизации из ряда наших исследований (сифилитиков и не сифилитиков). Мы произвели 6 биопсий частью совсем без обезболивания, частью под спинно-мозговой анестезией, и тем не менее получили одинаковый эффект: мы увидали картину—сосудистой реакции, которая по существу своему ничем не отличалась от описанных выше изменений, обнаруженных в коже, удаленной с применением анестезии (см. табл. I и 5). Правда, в трех случаях реакция оказалась незначительной, обозначена всего лишь одним плюсом. Но мы напоминаем, что в нашей

¹⁾ Обследуя материал кожи здорового крупного рогатого скота, д-р Е. Ф. Беляева обратила внимание на то, что у него во всех случаях по ходу сосудов кожи также встречаются крупные гистиоцитарные инфильтраты.

работе имеется целый ряд случаев (см. все таблицы), где реакция выражена так же незначительно, несмотря на коканнизацию. (Вообще же считаем возможным допустить, что местная анестезия может играть роль фактора, усиливающего степень проявления упомянутых явлений).

Суммируя все вышесказанное, мы должны сказать, что при гистологическом исследовании в здоровой на вид коже сифилитиков обнаруживаются изменения, состоящие в гиперемии сосудов, набухании эндотелия и периваскулярных инфильтратах, преимущественно гистиоцитарного типа, т. е. изменения, напоминающие собою картину воспаления. Нам удалось установить, что возникновение их не зависит от введения новокaina, т. к. наблюдается в равной мере и в коже, удаленной без применения местной анестезии. Возраст и перенесенные инфекции не оказывают, повидимому, закономерного влияния на проявление этих изменений. Степень интенсивности их варьирует у отдельных субъектов. В общем и целом, изменения сильнее выражены при первичном и вторичном сифилисе, чем в гуммозном периоде: отсутствие изменений наблюдалось всего лишь в одном случае.

Однако, такие же изменения обнаружены нами и в видимо нормальной коже не-сифилитиков, больных мягким шанкром, гонореей, опухолями и мн. др. заболеваниями, а кроме того и у здоровых людей, причем все сказанное относительно сифилиса относится и к этим заболеваниям. Отсюда наш первый вывод — *найденные изменения не являются патогномоничными для сифилиса и ни в коей мере не могут считаться специфическими для него*. Даже больше, мы считаем, что найденные изменения вообще не являются патологическим явлением. Мы думаем, что *они являются принадлежностью каждой здоровой кожи* и представляют собою сосудистую реакцию, возникающую в связи с многообразной функцией и обменом этого органа, возникающую в ответ на многочисленные продукты обмена, гл. образом белкового, которые перерабатываются в коже и выделяются ею. (Клеточные реакции физиологического порядка, весьма напоминающие воспаление, в патологии хорошо известны. Напоминаем, напр., пищеварительный лейкоцитоз в кишечнике; рассасывание спермы в полости матки кролика). За то, что это именно так, говорят все этапы исследования: и постоянство находок у всех больных, здоровых людей и трупов (и животных), и крайняя вариабельность в их проявлении. Ведь функция кожи, как и всякого другого органа, есть величина крайне изменчивая, зависящая от взаимодействия всевозможных внешних и внутренних причин. Само собой разумеется, что и видимое проявление функциональной реакции может быть крайне изменчиво. Поэтому мы видим, что у лиц одинакового возраста, с одинаковым инфекционным анамнезом при одном и том же заболевании (даже одним и тем же периоде сифилиса) реакция со стороны кожи разная и, наоборот, при видимо разных побочных условиях — реакция одинаковая. Однако, некоторые факторы, как таковые, могут, очевидно, иметь и специальное — усиливающее или понижающее — влияние на ход и проявление кожных реакций. К таким факторам следует, повидимому, причислить сифилис во вторичном периоде, при кот. сосудистые изменения, несомненно, выражены сильнее, чем при гуммозном. Или — процесс тяжелой болезни и умирания, когда наравне со всеми реакциями организма угасает и реакция со стороны кожи: мы видели, что на трупах

погибших от тяжелых заболеваний, изменения в коже выражены гораздо слабее, чем у живых людей. Можно себе также представить, что разница в степени проявления реакции обусловлена различной возбудимостью кожи, зависящей от того или иного состояния нервной или эндокринной системы. Ведь общеизвестно, что некоторые субъекты обладают крайне повышенной возбудимостью сосудистых реакций и наоборот. Только на основе такой предпосылки можно понять тот единственный случай в нашем материале, где кожная реакция отсутствовала вовсе: очевидно, здесь либо уловлена фаза относительного функционального „покоя“ органа, либо данный организм обладает вообще пониженной возбудимостью своих ответных реакций.

Итак, мы приходим к нашему второму выводу: *на основе чистой морфологии (в данном случае находке периваскулярных инфильтратов) не всегда можно делать обобщающие выводы о характере изменений.* С этой точки зрения надлежало бы произвести переоценку находимых в порядке каждодневного исследования гистиоцитарных инфильтратов в различных органах: в Глиссоновой сумке печени, интерстициальной ткани почек, перибронхиальной ткани и мн. др. местах. *А отсюда уже вытекает то умозаключение, что существующее в литературе мнение (Лукомского и др.) о специфичности и воспалительной природе сосудистых изменений в здоровой на вид коже сифилитиков является неправильным. Эти изменения являются принадлежностью каждой здоровой кожи и являются, очевидно, показателем нормальной функции данного органа.*

Литература: 1. Павлов Т. П. Больничная газета Боткина, №№ 14, 15, 16, 17, 1895 г. — 2. Павлов Т. П. Больничная газета Боткина, № 42—46, 1897 г. — 3. Фридман Е. Ф. Больничная газета Боткина, № 47—49, 1899 г. — 4. Иванов В. В. Диссертация, 1900 г. С. П. Б. К учению о гистологич. строении сифилидов кожи кондиломатозного и гуммозного периодов. — 5. Каршин. Диссертация. 1907 г. К вопросу о патолого-гистологических изменениях в здоровой на вид кожи у сифилитиков. — 6. Лукомский П. Е. Клинич. мед., 1928 г., № 14, т. VI.

(Из хирургического отд. Пензенской советской больницы. Зав. профессор Н. М. Савков).

К вопросу о моментах, способствующих возникновению послеоперационной пептической язвы тощей кишки.

Доктор А. И. Левков.

Несмотря на большое количество работ по вопросу о пептической язве тонкой кишки, последняя до настоящего времени не потеряла своего актуального значения и интереса.

Пептическая язва является одним из грозных осложнений желудочных операций. Наш материал составляет по хирургическому отд. Пензенской больницы 1382 операции, произведенных по поводу язвы желудка и 12-типерстной кишки. Из них 1254 операции приходится на г.-э. и 128 на резекцию желудка. На это количество операций до последнего времени мы имеем 20 случаев послеоперационных пептических язв.

Из предыдущих работ проф. Н. М. Савкова из нашей больницы видно, что % послеоперационных плохих результатов после г.-э., куда входят также и п. п. я. тонкой кишки, равняется 18%—20%. Наблюдения последних лет заставляют % этот повысить. Рецидивы болезни наступают нередко через несколько лет после операции, после длительного многолетнего удовлетворительного состояния больных. Под влиянием лечения эти рецидивы временно затихают и нередко вновь возникают в более резкой форме. Таким образом, заживление язвы в некоторых случаях несмотря даже, как показали наши послеоперационные наблюдения, на улучшение секреторной работы желудка и правильно функционирующее соустье, проверенное рентгеном, вновь дают о себе знать болезненным симптомокомплексом. При наступлении неблагоприятных условий бытового и социального характера язвы, как показали нам наши наблюдения, имеют тенденцию к обострению. В этом заключается несовершенство операции г.-э.

Имея после г.-э. значительное количество — 18—20%—послеоперационных осложнений вообще и 20 п. п. я., в частности, мы за последние годы отказались от г.-э., как операции выбора, и перешли к резекции желудка; г.-э. применяем только при язвах 12-типерстной кишки, но и здесь постепенно сходим с прежней позиции в выборе метода операции. Отсутствие единого метода оперативного вмешательства при язве желудка находится, несомненно, в зависимости от невыясненной до настоящего времени этиологии данного заболевания.

В литературе приведен достаточный цифровой материал п. п. я. после г.-э. В 1926 году по сборной анкете проф. Соколова из клиники проф. Гессе насчитывалось 165 случаев. В настоящее время эта цифра должна, несомненно, быть повышена. Судя по литературным данным и сообщениям отдельных медицинских обществ и хирургических съездов, как русских, так и зарубежных, почти все п. п. я. были после г.-э. и лишь единичные случаи после резекции. Из иностранных статистик мы приведем цифру п. п. я., собранных профес. Flörekem'ом из 22-ти германских хирургических клиник: к 1926 году им приведено 270 п. п. я., из них 225 после г.-э. и после резекции по В. П. Процент п. п. я., судя по проведенным цифрам, колеблется у отдельных хирургов от 0,3 до 16,8%. Количество же п. п. я. после резекции желудка выражено лишь единицами. Больше всего приведено их проф. Габберером. В нашем распоряжении в этом отношении имеется сборный цифровой материал проф. Starlinger'a, приведенный в 1927 году. Он составляет, включая сюда, повидимому и случаи п. п. я. после резекции желудка, приведенные проф. Flörekem'ом—82 п. п. я. тощей кишки. К настоящему времени цифру эту, конечно, необходимо увеличить, приблизительно до 100 случаев. Русских сообщений по этому вопросу почти нет, за исключением единичных случаев. Наиболее безупречным способом резекции является до сих пор В. I., но все-таки и эта физиологическая операция дает п. п. я. Рецидивы после В. I. носят все таки случайный характер. Их, конечно, гораздо меньше, чем после менее физиологичной операции В. П. Но и здесь цифра п. п. я. носит скромный характер в сравнении с г.-э. Каковы же причины, способствующие возникновению п. п. я. тощей кишки? Как мы уже указали, точно установленной этиологии язвы желудка и 12-типерстной кишки до сих пор мы

еще не имеем. Все теории, построенные на одном лишь эксперименте, без учета социально-бытовых и производственных факторов, не привели к окончательному установлению причины возникновения язвенного процесса. На основании огромного количества б-х, прошедших через нашу больницу, мы останавливаемся на нервно-спастической теории, как наиболее вероятной в данной патологии. Не исключена возможность, конечно, воздействия и других причинных моментов, например, травмы, расстройства кровообращения в определенном отделе желудка. Но нервный фактор, с нашей точки зрения, является преобладающим в данной патологии. На почве спазмов желудочной мускулатуры, в зависимости от расстройства обычно координированной в норме деятельности Vagus Symпатической системы получается неправильно повышенная работа мускулатуры желудка с последующей ее гипертрофией. Иногда спастическое состояние желудочной стенки и некоординированная работа мускулатуры желудка и привратника может дать очень сильные боли, которые особенно увеличиваются к моменту появления органического страдания в том или ином отделе желудка. Проф. И. И. Греков в своих работах придает огромное значение спазмам желудочной стенки, особенно привратника, как причинному моменту при образовании язвы желудка. За основу этиологии язвы желудка он ставит болезненный пилороспазм в зависимости от рефлекторных влияний, идущих с разных точек брюшной полости, в частности—с Баугиниевой заслонки.

Иногда привратник бывает в таких случаях столь изменен, что при операции его можно принять даже за новообразование. Клинические наблюдения показали нам, что почти одновременно со спазмом привратника, под влиянием застоя пищевых масс, начинает изменяться и кислотность желудочного сока, в большинстве случаев в сторону ее увеличения.

Застаивающиеся в желудке кислотные массы способствуют в свою очередь, травматизации его стенки, особенно слизистой оболочки, вызывая изъязвление желудочной стенки. Как видно из вышеуказанного, наше отделение придает неправильной эвакуации желудка наибольшее значение в патогенезе язвы желудка. Кислотность играет в данной патологии, по нашему наблюдению, лишь второстепенную роль. Неоднократно мы видели типичные картины язв желудка и 12-типерстной кишки с резкими болями, где операция подтверждала нашу язвенную диагностику. Тем не менее кислотность желудка не представляла значительных отклонений от нормы. Наши наблюдения подтверждают, что если той или иной операцией мы вносим изменение в смысле улучшения моторных сил желудка,— наша операция даст эффект. В противном случае, мы будем иметь или незаживление язвы, или образование п. п. я. Правильно наложенное соустье имеет большое значение для улучшения последующей послеоперационной эвакуации желудка. Но не менее важной является и функция привратника. Поэтому, и при правильно наложенном соустье, если работа привратникового отдела желудка будет неудовлетворительной, наличие п. п. я. всегда может иметь место.

Это подтверждено и нашими наблюдениями, когда привратник был сужен рубцующейся язвой, соустье же свободно пропускало 2 пальца.

Объяснить патологию язвы только неприспособленностью тощей кишки к новым условиям с нашей точки зрения неправильно, т.-к. п. п. я. образуется и при г.-э. с короткой петлей, казалось бы, наиболее при.

способленной к кислоте содержимому желудка. Несомненно, близлежащей к 12-типерстной кишке участок тонкой кишки будет наиболее устойчив к влиянию кислот желудка, тем не менее гарантий от образования в послеоперационном периоде п. п. я. не дает. Значения неправильной секреции в патологии п. п. я. мы, конечно, не отрицаем. Только не даем этому фактору, как указали выше, решающего значения. Четыре п. п. я., оперированные в нашей больнице, были с повышенной кислотностью, 14—с нормальной и 2—даже с пониженной кислотностью.

По времени возникновения с момента первой операции они идут в таком порядке: три случая п. п. я. появились через полгода после операции, пять—от полгода до 1 года, пять от одного года до 2-х лет, четыре от 2-х до 3-х лет, четыре от 3-х до 11-ти лет.

15 п. п. я. появились после предварительно произведенных операций по поводу язвы привратника и 12-типерстной кишки, что стоит в связи также с неправильной эвакуационной работой желудка. При наличии плохой разгрузки желудка и неприспособленности кишки к новому, созданному после г.-э. условиям, появление п. п. я. может иметь всегда место. Появление п. п. я. в скором времени после г.-э. понятно из вышеприведенного. Каким же образом можно объяснить себе более позднее появление п. п. я.?

Во-первых, надо считаться в некоторых случаях с латентным состоянием язвы, не дающей, по крайней мере, на первых порах, резких болезненных симптомов. Мы имеем случай, когда обнаруживали язву желудка (3 случая) случайно при чревосечениях, при чем язва не проявляла себя никакими симптомами. В нашем отделении были оперированы 2-е больных с перфоративными язвами в молодом возрасте, у которых до самого последнего момента операции не было ни малейших болезненных явлений. Обратимся к нашим случаям позднего появления п. п. я. 3 язвы были от 3-х до 11-ти лет. Во всех этих случаях кислотность и до и после операции была, приблизительно, в пределах нормы, нормальной была она и к моменту второй операции. Желудки у всех трех больных были сильно расширены, привратник сужен на половину, благодаря поджившей язве, соустье было наложено вдаль от привратника и не совсем неправильной формы,—особенно у двух б-х, что имело значение для неправильной разгрузки желудка. Все эти условия и были, с нашей точки зрения, причиной появления п. п. я.

Только-что приведенные цифры кислотности в большинстве п. п. я. не дают нам права придавать секреции желудочной стенки решающее значение в патологии п. п. я., а за решающий момент—считать неправильную эвакуацию.

Локализация язвы: в 11-ти случаях на кишке, недалеко от соустья, 8 раз на отводящей, 3 раза на приводящей, 9 раз на передней стенке кишки и 3 раза на задней: действие механического фактора—непосредственного удара пищевых масс в переднюю стенку кишки—налицо.

Операция при п. п. я. в большинстве случаев состояла у нас в резекции желудка с прилежащим отрезком тонкой кишки. 3 раза применили с хорошим результатом операцию по способу Успенского.

В заключение, мы должны констатировать, что г.-э. в любой ее модификации дает большой % послеоперационных п. п. я., и, как операция выбора, при язве желудка и 12-ти п. к. должна быть оставлена.

Нет, конечно, полной гарантии и в резекции желудка, но % п. п. я. при ней стоит неизмеримо ниже.

В заключение приношу искреннюю благодарность заведующему хирургическим отделением больницы, моему учителю профессору Н. М. Савкову за предоставленную тему и постоянное руководство в работе.

ИСТОЧНИКИ.

- 1) С. И. Спасокукоцкий. Повторные операции на желудке (новый хирургический архив, том III, книга 1).
- 2) Я. О. Гальперн. Причины рецидивов после операции при язве желудка. (Новый хирургический архив, том III).
- 3) С. Е. Соколов. Послеоперационные п. я. тонкой кишки. (Новый хирургический архив за 1926 год).
- 4) Н. М. Савков. К методу оперирования 6-х с язвой ж-ка и 12-п. к. Журнал современной хирургии, том III.
- 5) N. Floerken. Beiträge zur Entstehung u. Therapie des u. p. j. nach Magenoperationen.

(Из Хирургической клиники Казанского медицинского института. Директор проф. А. В. Вишневский.)

Новокаиновый блок нервов при чешуйчатом лишае.

Доктор Н. Ф. Рупасов.

Для лечения чешуйчатого лишая предложено много средств медикаментозного характера в форме мазей, настоек и т. п. За последнее время применяется иногда с успехом внутривенное вливание неосальварсана.

Однако, несмотря на это, во многих случаях перечисленные выше способы лечения желаемых результатов не дают, и больные, продолжая страдать многие годы, вынуждены мириться со своей участью постоянных носителей этого заболевания.

Возможность лечения ч. л. хирургическим путем была мною выявлена случайно.

В 1926 г. у больного Ф., 58 лет, мною была удалена липома, расположенная справа в нижней части живота, величиною с головку новорожденного. Ф. страдал 12-летней давности чешуйчатым лишаем, настолько распространенным, что лишь только лицо оставалось несколько свободным от поражения.

Операция—амбулаторно. Местная инфильтрационная анестезия 1/4% новокаина. Для удаления опухоли произведены два разреза по 18 сант. длиною, до апоневроза. Опухоль вылучена, рана зашита наглухо.

На 8й день после операции больной явился в отделение для снятия швов, при чем мною было отмечено, что отдельные бляшки значительно подсохли. Больной указывает на усиленное шелушение после операции.

По нашей просьбе Ф. в течение месяца ежедневно показывался. Процесс резкого регрессировал, остались несколько пораженными лишь „излюбленные“ места (локоть, колено).

Через два месяца после операции не осталось и следа ч. л.

Заинтересовавшись таким неожиданным благоприятным исходом, я решил еще раз испытать лечение ч. л. хирургическим путем.

Случай вскоре представился.

Больная женщина, 28-ми лет, крестьянка, крепкого телосложения, не замужняя, замуж не пошла из-за болезни ч. л., ибо последняя не поддавалась лечению в течение 15 лет. Произведено под местной инф. анестезией 1/4% раствором новокаина два разреза по передней брюшной стенке, т. е. приблизительно там же и так же, как и в первом случае. Заживление раны—первичное. Через две недели

усиленно отпадают чешуйки, при чем на их месте новые уже не появлялись. К концу второго месяца остались лишь кое-где отдельные бляшки.

Таких наблюдений у нас было 16. Больные были в разных возрастах — от 8-ми до 38-ми лет, среди них один мужчина, остальные женщины. Все — крестьяне, за исключением одного учителя, имевшего сравнительно свежий процесс. Этот больной заболел всего 4 месяца до операции (страдал универсальным ч. л.), при чем у него было поражено и лицо, и волосистая часть головы, не говоря уже о других частях тела. Болезнь настолько угнетала больного своим постоянным развитием и безуспешностью терапевтических мероприятий, что на этой почве у него развилось психическое расстройство.

В отношении техники операции мы должны заметить, что обычно производились разрезы длиною в 15—20 см. сразу до глубокой фасции, под местной инфильтрационной анестезией; интрадермальный желвак шириною до 3 см. Расходовалось до 100 к. с. $\frac{1}{4}\%$ новокаина. Разрезы производились в различных частях тела (на спине, на животе, на конечностях), чаще — два разреза, параллельные друг другу — на расстоянии 3—5 см. один от другого. Вначале выбирались места чистые от ч. л., дабы разрез не проходил через места поражения, но в дальнейшем и этого не придерживались. После перевязки сосудов рана зашивалась. На этом и заканчивалась операция. Заживление первичное, лишь в одном случае — нагноение.

Итак, влияние оперативного вмешательства на течение болезненного процесса обычно отмечалось нами со второй недели. Начинается оно с подсыхания бляшек, при чем имевшиеся свежие очажки становятся бледными, вялыми, отдельные бляшки уменьшаются в диаметре, происходит усиленное отпадение чешуек, расстояния между участками поражения становятся все больше и больше. Процесс заметнее и быстрее регрессирует на волосистой части головы, спине, позднее — конечностях.

К трем месяцам кожа почти совершенно очищается, местоположение разрезов роли не играет.

У всех 16-ти больных, подвергшихся оперативному вмешательству, ч. л. прошел.

Важен вопрос в отношении рецидивов; 5 больных находились под наблюдением более 5-ти лет, не имея рецидива, одна больная имела рецидив, но в несравненно меньшей степени, чем было до операции, у нее процесс возобновился через год лишь на конечностях (колени, локоть — разгибательная поверхность). Остальные случаи из наблюдения исчезли.

Все эти наблюдения были мною сделаны во время моей работы на участке в Мариобласти (с. Оршанка). О них мною было сообщено на хирургич. секции Казанского о-ва врачей в заседании 20 марта 1929 года.

Просматривая литературу, я встретил лишь одно аналогичное сообщение — проф. Джанелидзе (протокол заседания хирург. о-ва Пирогова, 1927 г.), который имел в 4-х случаях лечение ч. л. разрезами. По его мнению, вид анестезии роли не играет.

В 1930 г. я начал свою работу в клинике проф. А. В. Вишневского, которому и сообщил о своих наблюдениях над хирургическим способом лечения ч. л.

В это время в клинике разрабатывались способы лечения трофических язв конечности новокаиновым блоком нервов.

Проф. А. В. Вишневский предложил мне попробовать сделать при ч. л. одни инъекции новокаина без разрезов, считая, что это одно, вероятно, будет достаточным, чтобы получить положительный эффект.

Мы испробовали и это в нескольких случаях.

Больная—врач, не замужняя, страдает ч. л. несколько лет, безуспешно лечилась в г. Казани. Ч. л. у нее располагался на голени, участки поражения разбросаны в неправильном порядке. Ей произведена интракутанная инъекция 1/4% новокаина (в рингеровской жидкости, видоизмененной нашей клиникой), замыкающая участок поражения вокруг. Далее, через первичный кожный желвак, произведены инъекции и под кожу по той же линии до апоневроза, всего около 100 куб. см. раствора. Результат и здесь получился положительный.

После этого мы имели еще 9 случаев: 5 мужчин и 4 женщины—с большими поверхностями поражения ч. л.; у них желваки закладывались в разных местах, и оказывается, что процесс регрессировал так же, как и при разрезе.

Клиническое течение в отношении обратного развития участков поражения ничем существенным не отличается от такового же при разрезе.

Во всех случаях после инъекции раствора был эффект.

Два случая очень трудно поддавались лечению раствором. В одном случае (мужчина) через год процесс вновь появился, но однократная инъекция быстро оказала благоприятное действие, и здесь процесс прошел.

Цель настоящего сообщения дать возможность товарищам проверить наши наблюдения на большем материале. Несомненно, что этот метод нуждается в дальнейшей разработке. Пока же можно предположить, что и здесь новокаиновые вливания как-то воздействуют на нервную систему, меняя неблагоприятную установку ее в отношении трофики тканей.

Обстоятельство это нас особенно интересует, как одно из звеньев разрабатываемого нашей клиникой вопроса о лечении трофических язв вливаниями новокаино-рингеровской жидкости.

(Из Биохимической лаборатории при Ленинградском Институте хирургической невро патологии. Завед. д-р Е. О. М а н о й л о в).

Влияние невротомии на микрофлору хронических незаживающих язв.

(Предварительное сообщение).

Д-р О. В. Шамарина.

Принципиальный вопрос о способности бактериальной клетки изменяться под влиянием тех или других условий надо считать работами последних 25 лет разрешенным в положительном смысле. Так, бакт. группы *colityphus* под влиянием бактериофага *in vitro* легко превращаются в лактозе в дефективные штаммы, часто с пониженной активностью, как в отношении сахаров, спиртов, так и индоло-образования, дают резко слизистые, абсолютно отличные от исходной культуры колонии. Аналогичное явление удалось наблюдать при действии невротомии на кокки типа *enterococci*.

Поводом к настоящей работе послужили многочисленные наблюдения А. Г. Молотова, предложившего метод невротомии спинальных нервов для заживления различного рода незаживающих процессов того или другого происхождения. Эти наблюдения показали, что невротомия при указанных условиях оказывает существенное влияние не только на морфологическое строение тканей, приводя к свежим грануляциям и рубцу там, где их другими способами нельзя было получить, но также и на характер и био-химические свойства язвенного отделяемого (Манойлов, Шильников), превращая, напр., серозное отделяемое в чисто гнойное.

На основании этих данных представлялось интересным проследить влияние той же невротомии на бактериальную флору, которая всегда находится в изобилии на язвенной поверхности долго не заживающих процессов.

Мною исследовалось отделяемое хронических незаживающих язв до невротомии и после нее у 10 больных, а именно:

Neurotom.	N. cut. fem. lat. dex	1
— „ —	N. sur. medialis	1
— „ —	N. Tibialis	1
— „ —	N. Peroneus Profundus	3
— „ —	N. Saphen. sin	4
— „ —	N. Obturatorii	2

В мазке из отделяемого до невротомии обнаружено незначительное количество гнойных клеток и микрофлора, состоящая из палочек и диплококков. Посев на косой агар и бульон давал обычного вида культуру диплококка типа enterococca. В мазке из отделяемого язв через 48 часов после невротомии обнаружено большое количество гнойных клеток и микрофлора, состоящая из диплококка, окруженного слизистой капсулой. Посев на косой агар в большинстве случаев дал скудный рост часто лишь в виде нескольких колоний. С одной стороны—очень нежные колонии гораздо меньше, чем нормальные колонии. С другой—различной величины неправильно распределенные иногда очень маленькие чечевицеобразные, в некоторых местах сливающиеся, покрывающие большую поверхность. По соседству с этими местами (places claires) нормальная культура имеет неправильные края. При прикосновении петлей к культуре тянутся слизистые нити. На бульоне рост также довольно скудный в виде осадка, жидкость над которым почти прозрачна. При взбалтывании культура представляется как-бы взвесью комочков слизи в бульоне. При повторных посевах на бульон через 72 и 96 часов появилась постепенно равномерная муть, при повторных посевах на косом агаре постепенно утрачивалась слизистость, и культура приобретала все более нормальный вид. Н. Dnerelle в своей книге говорит: „Как только замечается маленькая кислотность в среде, бактериофаг перестает размножаться, явная щелочность, напротив, не вредит“. Исследовалось отделяемое язвы на Ph д-м Манойловым до невротомии и 48 часов после нее. Ph отделяемого язвы после невротомии ясно указывает на повышение щелочности.

Из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что невротомия оказывает на микрофлору хронических незаживающих язв влияние и, увеличивая щелочность отделяемого язв, способствует размножению бактериофага.

(Из гинекологического отделения Государственного центрального института курортологии в Москве. (Научный руководитель прив.-доцент В. Г. Дик, директор института Г. М. Данишевский).

Влияние грязелечения на менструальную функцию.

(На основании материала Сергиевских минеральных вод.)

Орданатор санатория **Н. А. Кузьмина-Кавецкая.**

Вопрос о влиянии бальнеологического лечения на менструальную функцию и допустимости применения грязевых ванн во время менструального периода давно привлекал внимание русских врачей. Так, еще в 1826 г. доктор Конради отмечал хорошие результаты при лечении на Кавказе расстройств менструальной функции. Да и раньше, как это видно из об-явления, изданного при Петре I о Липецке, расстройство менструации считалось показанием для курортного лечения. На благоприятное действие бальнеологического лечения при расстройстве менструальной функции указывают Пупарев (1847 г.) и Брыков (1848 г.). В журнале министерства внутренних дел за 1853 год в статье об одесских лиманах в числе показаний указывалось на расстройство менструации.

Относительно допустимости применения грязевых процедур во время самой менструации существовали и существуют до настоящего времени противоположные взгляды. Так, считают недопустимым применение грязевых процедур во время менструации Грумм (1855 г.), Щербаков (1897 г.), Либов, Абель и друг. Д-р Либов находит, что грязелечение во время менструации противопоказано, так как, по его наблюдениям, менструация под влиянием грязелечения становится обильнее и длительнее. Другие авторы считают вполне допустимым назначение грязевых процедур во время менструации. Так, проф. Орлов, рекомендуя грязевые ванны одесских лиманов во время менструаций, считает, что они уменьшают количество теряемой крови, регулируя их и приближая к норме. Какущкин, Каклюгин, Новицкий, Гиллерсон, и мног. другие пришли к аналогичным выводам.

Мною взято на учет 165 больных, проделавших 173 менструальных периода. Материал при разработке дал следующее: Влияние грязевого лечения на количество теряемой крови выразилось так: из 165 женщин—90 обычно теряли нормальное¹⁾ количество крови. При грязелечении этой группы больных количество теряемой крови осталось без изменения у 62, уменьшилось у 16 и увеличилось—у 12 больных. Отсюда видно, что в большинстве случаев количество теряемой крови осталось без изменения. Обильное²⁾ количество было до грязелечения у 62 женщин, во время грязелечения—осталось таким же обильным у 16 человек, пришло к нормальному количеству теряемой крови у 46 женщин. С ослабленной³⁾ менструацией было 12 человек, грязелечение в этой группе дало следующие изменения—осталась менструация ослабленной у 9 человек,

1) Под нормальным количеством теряемой крови подразумевается обычное для данной женщины количество теряемой крови, не ослабляющее ее.

2) Обильное количество теряемой крови—количество крови, утомляющее, ослабляющее женщину.

3) Ослабленная менструация—недостаточное количество крови для Н менструации.

пришла к нормальному количеству у 2-х и еще более уменьшилась у одной больной. С отсутствием менструации был один случай. Эта женщина—врач 31 года, у которой менструация исчезла после облучения по поводу фибромиомы матки. После восьмимесячного перерыва, на одиннадцатой грязевой ванне менструация появилась вновь, продолжалась, как обычно, три дня, но была несколько слабее.

Таким образом, в смысле количества теряемой крови влияние грязелечения, несомненно, благоприятное, т. е. менструация выравнивается. Так, в тех случаях, когда мы имели обильные против нормы менструации, последние в большинстве случаев уменьшались, приходя к норме. Надо отметить, что часто во время грязелечения сгустки крови исчезали, заменяясь жидкой кровью.

По длительности менструального периода больные разделены на 3 группы: у первой группы женщин менструация продолжалась 1—3 дня, у второй—3—5 дней и у третьей—5—6 и больше. Что касается первой группы, то в связи с грязелечением менструации остались без изменений у 3-х больных, удлинились у 3-х и укоротились—у 2-х больных. Из 98 женщин второй группы менструация не изменилась у 71-й, удлинилась менструальный период у 8 и уменьшился у 11. Третья группа, состоявшая из 59 человек, во время грязелечения дала следующие изменения: менструация осталась такой же продолжительности у 19 человек, укоротилась у 39, еще более удлинилась у одной больной. Соединив все три группы вместе, мы видим, что у наших больных можно отметить тенденцию к выравниванию, т. е. приближение к нормальной продолжительности менструального периода.

Что касается болеутоляющего действия, грязелечения, то оно дало следующие результаты. При поступлении в санаторий болезненная менструация разной интенсивности отмечена у 112 женщин из 165. Под влиянием грязелечения боли исчезли вовсе у 39 человек, уменьшились у 25, остались и во время грязелечения у 37 и у 11 человек усилились. В 3-х из тех случаев, где боли усилились, менструация совпала с грязевой реакцией, у 4-х был поставлен диагноз истеро-нейрастении. Усиление болей во всех 11 случаях было непродолжительно, вскоре—после приема 1—2-х грязевых ванн проходило. Как правило, грязелечение давало уменьшение болей. Непосредственное болеутоляющее действие в самой ванне отмечено 36-ю больными.

На общее самочувствие грязелечение мало влияло. 115 больных из 165, принимавших грязь во время менструации, не отмечали никакой разницы в своем самочувствии при приеме ванны во время менструации по сравнению с грязевыми ваннами вне менструального периода. 14 больных отмечали ухудшение самочувствия, которое выразилось в усилении болей (4), сердцебиении (8) и появлении головных болей (2). С другой стороны, 36 больных отмечали улучшение самочувствия во время грязевой ванны во время менструации, выразившееся в уменьшении болей (20), исчезновении их совершенно (16).

Порядок чередования менструальных интервалов под влиянием грязелечения дал следующие изменения. Из 165 женщин менструация пришла без изменений у 83, раньше обычного срока—у 78 и с опозданием—у четырех. Значительный процент случаев менструации, появившихся рань-

ше срока, повидимому, можно объяснить не только простым воздействием грязи, но и активированием инкреторной функции яичников (Л и К).

В виду небольшого срока пребывания на курорте (35 дней), огромное большинство больных (157) променструировали на курорте один раз.

Для категорических выводов по вопросу об изменении менструальной функции при грязелечении обработанный материал недостаточно велик, но все же я позволю себе заметить некоторые общие положения, вытекающие из работы:

1) Количество теряемой крови под влиянием грязелечения имеет тенденцию к уменьшению.

2) Длительность менструации в значительном % случаев сокращается.

3) Боли во время менструации при грязелечении в большинстве случаев ослабевают или вовсе исчезают.

4) Длительность интервалов в значительном % случаев укорачивается.

5) Грязевая ванна во время менструации переносится огромным большинством больных легко и в ряде случаев получается субъективное улучшение.

6) Большинству больных грязелечение во время менструации не противопоказано.

Из Физиологической лаборатории Астраханского мединститута.

О влиянии внешнего торможения на развитие внутреннего при угасании условного рефлекса.

В. В. Петровский.

Физиологии больших полушарий известны два вида центрального торможения: внутреннее и внешнее. Механизм образования внутреннего торможения характеризуется постепенностью развития тормозного процесса, возникающего в результате непосредственного действия на данный центр того раздражителя, который от известных условий теряет свои положительные свойства. В противоположность внутреннему торможению, внешнее торможение возникает по периферии деятельного очага и возникает тотчас же, как только появляется этот деятельный очаг. В настоящее время имеется не мало данных, указывающих на то, что внешнее и внутреннее торможение, несмотря на различный механизм образования того и другого, являются качественно однородными процессами. Это обстоятельство заставляет предполагать, что процесс угасания условного раздражителя потечет более быстро, если одновременно с проводимым угашением угашаемый раздражитель будет покрываться безусловным раздражителем. В данном случае развитие внутреннего торможения при угасании условного раздражителя могло бы, очевидно, ускориться благодаря внешнему торможению, влиянию которого угашаемый раздражитель подвергался бы при покрытиях его безусловным. Ведь сами по себе покрытия условного раздражителя безусловным, как это показано исследованиями лабораторий ак. И. П. Павлова, ведут мало-по-малу к уменьшению условного рефлекса или даже к полному торможению его. Поскольку же внутреннее и внешнее торможение, как это можно считать,

являются однородными процессами, постольку могла бы наблюдаться суммация торможений и, как следствие этого, более быстрый ход угасания условного раздражителя. Настоящая работа и является проверкой этого предположения. Работа проводилась по методу пищевых условных слюноотделительных рефлексов на собаке по кличке „Грызун“. У нее были выработаны условные рефлексы на след. раздражители: метроном, шум, звонок, свет, касалку. Промежутки между отдельными сочетаниями во всех опытах всегда были равными; равнялись они 4 мин.

Прежде, чем приступить к выполнению намеченной задачи, мы предварительно изучили ход условных рефлексов у „Грызуна“ при норме. В результате были выбраны два раздражителя: шум и метроном, которые в отношении величины вызываемого ими слюноотделения можно было считать равными. Кроме того, перед началом опытов с угашением эти два раздражителя насчитывали одинаковое количество применений. Метроном и шум относились к разряду сильных раздражителей. За 10 секунд изолированного действия эти раздражители давали в среднем 25 делений шкалы регистрирующего прибора ¹⁾. Угашались раздражители хронически: в течение опытного дня применялся только один из угашавшихся раздражителей. Т. о., каждый из угашавшихся раздражителей применялся через день. Покрывавшимся раздражителем был метроном; шум угашался *per se*.

Методика покрытий состояла в следующем. В каждый опытный день (начиная с первого дня угашения) между отдельными раздражителями собаке один или два раза подавалась еда без предварительного действия условного раздражителя и, спустя 5 сек. после начала еды, — метроном, действие которого длилось вместе с едой 30 сек. Для того, чтобы угасание раздражителей протекало при всех возможных одинаковых условиях, мы в опытах придерживались такого порядка. В течение двух под ряд идущих дней угашаемые раздражители применялись по очереди на одном и том же месте опытного сеанса, при чем расстановка других раздражителей в эти два дня оставалась неизменной. В следующие два дня угашаемые раздражители применялись на другом месте опытного сеанса; расстановка других раздражителей менялась и, в течение двух этих дней так же, как и в предыдущие два дня, была одинаковой и т. д. Всего за 26 дней, в течение которых угашались раздражители, было проделано 40 покрытий угашавшегося метронома безусловным. О ходе угасания метронома и шума говорят цифры нижеприводимой (стр. 214) таблицы № 1.

Из этой таблицы видно, что шум и покрывавшийся метроном угасли приблиз. одновременно. Можно ли на основании полученных результатов считать, что те соображения, которые были положены в основу работы, оказались неправильными. Мы полагаем — нет. Что же касается отсутствия влияния покрытий на скорость угасания метронома, то причина этого явления могла, по нашему мнению, заключаться в следующем. Угашавшиеся метроном и шум относились к разряду сильных раздражителей. Как показали исследования лабораторий ак. И. П. Павлова, тормозное влияние безусловного рефлекса проявляется на сильных условных раздражителях только после большого количества покрытий. В нашем случае количество покрытий было сравнительно небольшим: метроном покрывался 40 раз. С другой стороны, угасание угашавшихся раздражителей в нашем случае шло вообще быстро. Возможно, что при таком быстром ходе угасания влияние покрытий не могло проявиться так заметно, как оно проявилось бы в том случае, если бы кривая угасания раздражителей была более растянутой. Но если даже оставить в стороне

¹⁾ 5 делений = 1 капле.

ТАБЛИЦА № 1.

№№ пробы.	Угашаемый раздражитель.	Величина слюноотдел. реакц. в делен. шкалы			№№ пробы	Угашаемый раздражитель	Величина слюноотдел. реакц. в делен. шкалы		
		За время действия.	Последоват. слюноотдел.	Общее количество			За время действия.	Последоват. слюноотдел.	Общее количество
1	Метроном.	24	20	44	1	Шум	28	17	45
2	"	19	9	28	2	"	27	10	37
3	"	25	36	61	3	"	20	15	35
4	"	12	15	35	4	"	11	5	16
5	"	11	2	13	5	"	6	0	6
6	"	9	9	18	6	"	13	5	18
7	"	6	2	8	7	"	4	2	6
8	"	5	0	5	8	"	0	0	0
9	"	0	0	0	9	"	7	0	7
10	"	4	0	4	10	"	0	0	0
11	"	0	0	0	11	"	9	0	9
12	"	0	0	0	12	"	0	0	0

все эти рассуждения и взять факт отсутствия влияния покрытий на ход угасания метронома сам по себе, то из него, по нашему мнению, все же нельзя вывести заключения, что покрытия вообще не оказали никакого влияния на процесс торможения, развившийся при угасании покрывавшегося метронома. Чтобы посмотреть, сказалось ли влияние покрытий на тормозном процессе, развившемся при угасании метронома, мы решили проследить, как пойдет восстановление угашенных раздражителей при подкреплении их безусловным. Само собой разумеется, что с момента начала восстановления угашенных раздражителей совместных применений метронома и безусловного не длилось. Угашенные раздражители применялись по разу в день. Ход восстановления метронома и шума виден из табл. № 2.

ТАБЛИЦА № 2.

№№ пробы	Восстановляемый раздражит.	Величина слюноотделительн. реакция в делен. шкалы	№№ пробы	Восстановляемый раздражит.	Величина слюноотделительн. реакции в делен. шкалы.
1	Метроном	0	1	Шум	0
2	"	0	2	"	7
3	"	6	3	"	13
4	"	6	4	"	15
5	"	11	5	"	18
6	"	9	6	"	26
7	"	14			
8	"	18			
9	"	15			
10	"	22			

Цифры этой таблицы показывают, что восстановление шума и метронома шло неодинаково. В то время, как угашавшийся шум дал нормаль-

ную величину эффекта с 6-го раза, покрывавшийся метроном вполне восстановился на 10 разу. Т. о., покрытия метронома безусловным раздражителем не ускорили процесса угасания метронома, но торможение, развившееся на угасавшийся и покрывавшийся метроном, было более интенсивным, чем торможение на покрывавшийся шум. Следовательно, внешнее торможение от безусловного раздражения усилило внутреннее от угасания условного раздражителя. Этот факт, по нашему мнению, может являться еще одним подтверждением того, что внутреннее и внешнее торможение есть качественно однородные процессы.

Литература. 1) Павлов И. П. акад. Лекции о работе больших полушарий, 1927 г.—2) Фурсиков Д. С. Труды физиолог. лабор. Акад. И. П. Павлова, т. 1, вып. 1-й.—3) Скипин Г. В. Там же, т. III, вып. 1-й.—4) Анохин П. К. Там же, т. III, вып. 2-й.—5) Петровский В. В. Там же, т. III, вып. 3-й.—6) Соловейчик Д. И. Там же, т. II, вып. 2-й.

Кафедры патол. физиологии Днепропетровского мед. института (зав. проф. Ф. Бриккер).

О влиянии продуктов распада опухолевой ткани на развитие и рост трансплантированных опухолей

Я. Лазарис и Л. Тимофеева.

Занимаясь вопросом экспериментальной терапии опухолей, мы заинтересовались рядом работ Тушнова, Миагава, Белонковского и др., с успехом разрабатывающих в настоящее время интересную проблему специфического воздействия на клетки органов и тканей.

Miagawa выдвинул положение, что продукты распада тканей, вырабатывавшиеся в результате их жизнедеятельности, являются специфическими возбудителями гомологичных тканей. Эти продукты, существуя все время жизни организма, являются, наряду с нервной и гормональной регуляциями, необходимыми для правильного функционирования органов и тканей.

В зависимости от количества этих продуктов получается или повышение жизнедеятельности клеток или же, наоборот, некротические, дегенеративные явления в них. Большим количеством экспериментов с эмульсиями и автолизатами органов Миагава с сотрудниками (Kimura, Wada, Mura, Terada и др.) подтвердил все вышесказанное¹⁾.

Миагава и Вада, говоря о специфичности воздействия продуктов распада, указывают, что нельзя, конечно, говорить об абсолютной специфичности в действии на какой-либо орган или ткань, но скорее о преобладающем действии на данный орган.

Проф. Тушнов выдвинул, повидимому, независимо от указанных работ теорию „о натуральных клеточных ядах“, продуктов обмена клеток, которые, постоянно вырабатываясь в результате жизнедеятельности их, служат стимулом к повышению функции и размножению клеток. Эти продукты распада, „интерэкреты“, являясь специфическими регулято-

¹⁾ Детально мы на литературе не останавливаемся, так как этот вопрос довольно подробно освещен на страницах Казанского медицинского журнала за последние годы.

рами жизненных процессов, в известных концентрациях являются „ядами“ для клеток, угнетая их жизнедеятельность.

В своем влиянии эти продукты жизнедеятельности строго специфичны. Эти продукты действуют только на тот орган, в котором они образуются. По своей химической природе они относятся к продуктам промежуточного распада белков—альбумозам и пептонам. Аминокислоты, по мнению Тушнова, совсем не специфичны. Правда, в этом вопросе у школы Тушнова нет, повидимому, единого мнения: так, Руфимский считает носителем наибольшей специфичности именно аминокислоты.

Под руководством Тушнова и по его методике был выработан целый ряд препаратов из различных органов. Эти препараты получены в результате ферментного переваривания органов до альбумоз и пептонов, носителей наибольшей специфичности. Пользование этими препаратами требует известного искусства. Сотрудники Тушнова (Руфимский, Сырнев, Перекропов и др.) в своих работах доказывают специфичность этих лизатов. К сожалению, эти чрезвычайно интересные опыты, как это совершенно правильно отмечают Сергиевский и Забусов, не имеют целесообразно поставленных контролей, которые с абсолютной уверенностью позволили бы сказать, что в данном случае имеется действительно специфическое действие лизатов, а не неспецифическая протеинотерапия.

В этом отношении исключительный интерес приобретают работы Белоновского, Миллера и Эрштейна, в которых имеется много данных, подтверждающих специфическое действие эмульсий и лизатов органов. Путем введения эмульсий и лизатов различных органов (селезенка, печень, кожа, легкие, яички) вместе с коллоидальным желе-зом или коллоидными красками (trypanblau, кармин), авторы установили, что наибольшее отложение красок или железа наблюдается именно в том органе, лизат или эмульсия которого вводится одновременно с этим коллоидным индикатором.

В своих исследованиях мы попытались воздействовать на трансплантированную опухоль лизатами из тех же опухолей. В самом деле, ведь опухоли, несмотря на то, что они происходят из клеток организма, имеют свои специфические особенности в отношении как морфологической структуры, так и химизма. Эта специфичность в известной мере позволяет предполагать, что возможно добиться специфического воздействия на клетку, как это имело место в исследованиях Миагавы, Тушнова и Белоновского. В литературе мы находим такого рода попытки к терапии злокачественных опухолей. Однако попытки эти не носят систематического характера, не имеют правильно поставленных контрольных опытов. Кроме того, исследователями применялись различного рода эмульсии и экстракты, приготовленные самыми разнообразными методами, почему было не ясно, чем именно эти авторы пытаются воздействовать на опухоли.

Так, Ehrhard получил у мышей исчезновение привитых опухолей в 50% случаев при подкожном введении экстрактов опухоли. Fischea, применяя для лечения крысиных сарком автолизаты из этих опухолей, получал успех почти в 50% случаев. Правда, при употреблении автолизата из крысиных эмбрионов, этот автор получил еще лучшие результаты—около 82% выздоровлений.

Клиническое применение опухолевых экстрактов тоже давало в некоторых случаях чрезвычайно интересные результаты. Достаточно вспомнить случаи излече-

ния опухолей у Ровзинга, Лункбейна и др. Однако, большого распространения этот метод лечения не получил, так как, наряду с поразительными случаями излечения, очень много авторов (Петров) не отмечают никакого результата, а иногда даже ухудшение процесса, очевидно, благодаря бурной реакции истощенного организма на вводимый парентерально белок.

Такие разноречивые результаты объясняются в значительной степени разными методами приготовления экстрактов и различными способами их применения. Учитывая все это, мы и решили поставить ряд систематических исследований над влиянием лизатов из опухолей на рост и развитие трансплантированных опухолей у мышей и крыс. Поскольку нет еще единого мнения в отношении того, что именно в лизатах является действующим началом, продукты ли промежуточного распада белка—альбумозы, пептоны или же продукты конечного распада—аминокислоты, мы испробовали действие лизатов, приготовленных различными способами. В одних опытах, путем переваривания пепсином или желудочным соком расщепление доводилось до стадии альбумоз и пептона, в других—мы применяли эти лизаты в смеси с продуктами расщепления, полученными при дальнейшем переваривании пепсинных лизатов трипсином. Методика приготовления лизатов сводилась к ферментному перевариванию опухолей и заключалась в следующем:

Мелко измельченная опухоль смешивалась в колбе с 7 объемами 1% раствора пепсина в 0,5% соляной кислоты. Эта смесь ставилась, после прибавления нескольких капель хлороформа, в термостат на 3 суток при 37°. Все время поддерживалась постоянная концентрация водородных ионов ($\text{Ph}=2.0$) и прибавлялся на 2-й день еще пепсин. Затем раствор доводился до почти нейтральной реакции и освобождался кипячением после прибавления насыщенного раствора NaCl от остатков непереваренного белка. Этот раствор довольно хорошо сохранявшийся после прибавления хлороформа и содержащий достаточное количество альбумоз и пептонов, в таком виде и применялся. В ряде опытов раствор высушивался в вакууме при 50° С. и применялся порошок из лизата в различных разведениях. В тех случаях, когда мы хотели испытать действие не только продуктов промежуточного распада, но и конечных продуктов распада, часть лизата, после переваривания пепсином, доводилась до щелочной реакции ($\text{Ph}=8.0$) и, после прибавления трипсина до 1% всего объема, переваривалась в термостате до исчезновения биуретовой реакции. Остатки трипсина разрушались кипячением. В этой группе опытов применялась смесь из равных объемов пепсинного и трипсинного лизатов.

Лизаты мы применяли, всыпывая их под кожу и интраперитонеально.

Прежде, чем перейти непосредственно к лечению опухолей полученными нами лизатами, мы решили попытаться убедиться в специфичности действия лизатов, как это проделал Никольский, на опыты которого ссылаются в своей работе Белоновский и Эрнштейн. Для этого группе в 6 крыс 18/XII 31 г. была пересажена саркома Jensen'a. Трем крысам было введено 26/XII и 30/XII по 1 см.³ пепсинного лизата этой же опухоли вместе с 1 куб. см. 1% trypanblau. Трем контрольным крысам было введено по 1 куб. см. 1% trypanblau 1 куб. физиологического раствора. Опухоли сняты 10/1 32 г. Никакой разницы в окраске стромы и капсулы в сторону более интенсивной окраски у животных, получивших лизат и краску, как это отмечает Никольский, мы отметить не могли. В другой группе опытов четырем крысам была пересажена 11/1 32 г. саркома Jensen'a. Двум из них 17/1 и 22/1 было введено 2 куб. см. лизата, состоявшего из смеси равных количеств опухолей, переваренной пепсином и трипсином вместе с 0,5 куб. см. 1% trypanblau. Двум крысам введено по 0,5 к. с. 1% trypanblau вместе с 2 куб. см. физиологического раствора. Опухоль снята 2/II. Разницы в окраске между опытными и контрольными опухолями не отмечается.

Из приведенных выше опытов следует, что применение лизатов из опухолей, содержавших альбумозы, пептоны, аминокислоты вместе с коллоидной краской trypanblau, не способствует большему окраши-

ванию опухолей по сравнению с контрольными, как это отмечает Никольский. Конечно, это еще не дает нам оснований отрицать отсутствие специфического действия лизатов. В дальнейшем мы поставили ряд опытов на крысах и мышах, в которых попытались выяснить действие экстрактов и лизатов из опухолей на рост и развитие опухолей. Сначала рассмотрим опыт на крысах.

Опыт № 1. Экстракт из опухоли получен мацерацией мелко измельченной стерильной опухоли (саркома Jensen) в физиологическом растворе в течение 4 суток в термостате при $55^{\circ} 1/XII$ 32 г. пересажена саркома 8-ми крысам. Пяти из них 4, 6, 7, 9 и 12 декабря 1931 г. введено под кожу всего 8,5 к. с. экстракта каждой. Три крысы служили контролем. Никакой разницы в росте и развитии опухолей между опытными и контрольными не отмечается. Крысы, получившие экстракт из опухолей, погибли на 33-38 день, а контрольные на 31-35 день после пересадки.

Опыт № 2. Лизат получен перевариванием пепсином опухолей. Опухоли пересажены 12 крысам 18/XII 31 г. Девять из них получили на 8, 11, 14, 18 и 22 день после прививки всего 25 куб. см. лизата каждая. Опухоли в росте и величине не отличаются от контрольных. Все погибли на 33-40 день после пересадки опухолей.

Опыт № 3. Лизат получен перевариванием до альбумоз и пептонов, высушен в вакууме при $50^{\circ}C$. Опухоли пересажены 3/II 32 г. пяти крысам. Инъекции лизата были произведены 13/II 1 кб. см. 1%, 15/II—1 кб. см. 1%, 17/II—1 кб. см. 2%, 19/II—2 кб. см. 4%, 20 и 27 по 2 кб. см. 8%. Крысы погибли на 40—42 день после пересадки. Заметной разницы в росте и развитии по сравнению с контрольными не отмечено. Явления некротизации опухолей у опытных начались на 4—5 дней позже, чем у контрольных.

Опыт № 4. Лизат получен перевариванием до альбумоз и пептонов. Опухоли пересажены 6 крысам 28/II 32 г.

Три крысы получили 3, 5, 8, 9 марта—14 кб. см. лизата. Отмечается более бурный рост опухолей у получивших лизат крыс по сравнению с контрольными. У одной из опытных крыс при вскрытии опухоли, достигшей величины куриного яйца, не обнаружено, как это обычно отмечается, явлений распада в центре (макроскопически). Микроскоп препаратов по техническим причинам изготовить было нельзя. Все животные контрольные и опытные погибли на 35—40 день.

Опыт № 5. В этой группе опытов применялась смесь из равных количеств лизата, приготовленного перевариванием пепсином и лизата, приготовленного перевариванием трипсином после пепсина. В опыте было 34 крысы, которые можно разбить на 4 группы: Группа I—десяти крысам до пересадки с 21/V по 4/VI профилактически впрыскивалась через день под кожу смесь из равных количеств пепсинного и трипсинного лизата по 1 кб. см. 8/IV пересажена крысиная саркома Jensen; инъекции лизата (по 2 кб. см.) продолжались и дальше до 10/VII. Группа II. Восемь крыс до пересадки с 21/V по 4/VI профилактически получали лизат интраперитонеально в таких же дозах и с теми же интервалами, как и в предыдущей серии. 8/IV им также пересажены опухоли. Инъекции лизата продолжались до 10/VII. Группа III. Восемь крыс с момента пересадки получали интраперитонеально тот же лизат и в тех же дозировках, как и предыдущие группы. Группа IV (контрольная). Восемь крысам 8/IV были пересажены опухоли. Животные не подвергались никаким воздействиям и служили для контроля.

И в этих группах как и в предыдущих, мы не могли констатировать заметного влияния лизатов из опухолей, содержащих конечные и промежуточные продукты белка на рост и развитие саркомы у крыс. У всех животных вырастали опухоли такие же, как и у контрольных. Все животные погибли на 37—43 день после пересадки. Не помогло также и впрыскивание лизата интраперитонеально. Единственное, что мы могли констатировать, это несколько быстрый рост опухолей у крыс первой и второй группы приблизительно до 14 дня после пересадки. Однако, затем опухоли контрольных животных и опытных выравнились и в дальнейшем достигли в общем одинаковых размеров (критерием служило измерение двух перпендикулярных диаметров опухолей).

Если мы теперь попытаемся суммировать опыты, направленные на выяснение влияния лизатов из крысиной саркомы на рост и развитие

этой опухоли при систематическом подкожном и интраперитонеальном введении лизата крысам, то приходится констатировать, что инъекция лизатов не оказывает почти никакого влияния на рост и развитие опухолей. Ни в одном опыте не удалось констатировать рассасывания опухолей, заметного отставания в росте, большей долговечности животных и пр. Обращает на себя внимание опыт № 4, в котором у одного из животных в опухоли, достигшей очень больших размеров, не было обнаружено явлений распада в центре, чего мы никогда в случаях саркомы Jensen'a не наблюдали. Кроме того, в последней группе можно было констатировать ускорение роста у опытных животных в первые 15 дней после пересадки, по сравнению с контрольными. Насколько такого рода факты носят систематический характер, покажут дальнейшие исследования. Все результаты в общем одинаковы, как при применении продуктов распада при переваривании пепсином, так и при последующем переваривании трипсином.

Одновременно был поставлен ряд исследований на мышах, к описанию которых мы и переходим.

Во всех опытах применялась доза в 0,2 кб. см. лизата, так как было установлено, что 1 к. с., впрыснутый под кожу или интраперитонеально, приводит к смерти животного в течение ближайших часов после инъекции.

Опыт № 1 (мышинная карцинома Эрлиха). Опухоли пересажены пяти мышам 29/II 32 г. Лизат получен перевариванием пепсином. 3, 5, 8, 9 13/III впрыснuto по 0,2 кб. см. каждой мышы. Опухоли сначала несколько опередили в росте контрольные, затем сравнялись с ними. Животные погибли на 4—7 дней позже контрольных.

Опыт № 2. Лизат приготовлен перевариванием до стадии альбумоз и пептонов. Всего в опыте было 16 мышей. Их следует разбить на 3 группы.

I группа—7 мышей этой группы получали с 24/III по 7/IV через день 0,2 кб. см. лизата, 8/IV пересажена всем мышинная карцинома Эрлиха. Лизат животные продолжали получать до 7/V один раз в три дня.

II группа—4 мыши получали по 0,2 лизата один раз в три дня с момента пересадки, начиная с 8/IV до 7/V.

III группа—6 мышей: 8/IV пересажена мышинная карцинома Эрлиха. Животные не подвергались никаким воздействиям—контрольные.

У мышей, получавших лизат до и после пересадки, можно было констатировать некоторое ускорение в росте по сравнению с контрольными животными и животными, получавшими лизат после пересадки. Однако подобное усиление роста было сравнительно небольшим.

Опыт № 3. В этой группе, насчитывавшей 28 животных, применялся лизат, содержащий межтучные и конечные продукты распада белка опухолей. Эту серию, подобно предыдущей, следует разделять на три группы:

Группа I—10 мышей получали профилактически под кожу с 21/V по 13/VI лизат через день по 0,2 кб. см. каждая, 14/VI им был пересажен мышинный рак Эрлиха и они продолжали получать под кожу лизат до 26/VII один раз в три дня.

Группа II—10 мышей. Эта группа получала профилактические инъекции интраперитонеально по 0,2 кб. см. лизата через день. 14/VI им был пересажен мышинный рак Эрлиха, и они продолжали получать лизат интраперитонеально до 26/VII 32 г. один раз в три дня.

Группа III. Восьми мышам пересажены 14/VI мышинный рак. Эта группа служила контролем к двум предыдущим. В этом опыте можно констатировать отставание в росте I группы, получавшей лизат под кожу до и после пересадки опухолей. Это отставание, не будучи очень большим, все же достаточно отчетливо заметно. Что касается группы II, то она не отличалась от контрольной группы в росте и развитии.

Подводя итоги опытам, проведенным на мышах, нам приходится констатировать, что рост опухолей при подкожном и интраперитонеальном введении лизатов из опу-

холой сравнительно мало изменяется. Отмечается небольшое ускорение в росте и развитии в опытах № 1 и 2 и, наоборот, небольшое замедление в группе 1 опыта № 3. В этих опытах, как и в опытах на крысах, критерием быстроты роста служило измерение двух перпендикулярных диаметров, производившееся раз в 5—6 дней.

Если мы теперь попытаемся суммировать результаты всех проведенных исследований, то приходится констатировать, что продукты промежуточного и конечного распада опухолей в общем довольно мало влияют на рост опухолей. Чем можно объяснить этот, казалось бы, парадоксальный факт, так как исследования М и а г а в а, Т у ш н о в а и др. как будто дают все предпосылки предполагать наличие влияния лизатов?

Можно было бы допустить, что незначительный эффект действия лизатов возможен благодаря недостаточному количеству активно действующих продуктов при их введении. Однако, это возражение не является серьезным, так как благодаря длительному перевариванию опухолевой ткани получались в каждом случае достаточно концентрированные растворы продуктов расщепления белков. Что касается дозировки и метода введения, то мы вводили, как это видно из протоколов опытов, достаточно большие количества лизатов и под кожу и интраперитонеально. Возможно, что эффект воздействия не является таким, чтобы он мог дать большие изменения в росте и развитии, а отражается в известной мере на морфологическом строении опухолей. Такое предположение тем более вероятно, что на разрезах опухолей у животных, получавших лизаты, мы очень часто могли наблюдать, что соотношения между живой тканью и зоной некроза значительно отличаются от опухолей контрольных. В одном случае мы даже имели возможность наблюдать в случае крысиной саркомы величиной с куриное яйцо отсутствие явлений распада в центре (макроскопически). Понятно, что исчерпывающий ответ здесь сможет дать детальное патогистологическое исследование. Учитывая все изложенные выше соображения, мы думаем, что отрицательные результаты наших опытов еще не дают достаточно оснований к тому, чтобы сделать категорические выводы об отсутствии этого специфического действия.

Выводы: Продукты расщепления белка опухолей, полученные путем ферментного переваривания до альбумоз пептонов и аминокислот, при введении под кожу и интраперитонеально, не оказывают заметного влияния на рост и развитие трансплантированных опухолей.

Литература. 1. Т у ш н о в. Казанск. мед. журн., № 1. 1927, № 2—28 г.—2. Сборник трудов по изучению гистоллизатов, т. 1, Казань, 1931 г.—3. Белоновский и Эрнштейн—Архив биол. наук, 1931 г.—4. Сергиевский и Забусов. Каз. мед. журн., № 4—32 г.—5. Петров. Общее учение об опухолях, 1926 г.

Эмболия правого атрио-вентрикулярного отверстия.

В. А. Бурсановский (г. Мариуполь). Больница Д.П.З.

29-го сентября 1931 года на амбулаторный прием в б-цу явился 6-ной 4-кий 20-ти лет с небольшим фурункулом у левой брови, несколько болезненным, величиною 2×2 см. Больному были рекомендованы обычные согревающие компрессы. Через 3 дня 4-кий снова на приеме—„компрессы не помогают“, болезненность чирья увеличилась, появилась тупая боль во лбу слева. Инфильтрат величиною 3×3 см., плотен, пунцовокрасный, конусообразный с очерченными краями. Процесс затягивается. У больного резко выражено чувство тревоги—боязнь смерти и с целью психотерапии он был госпитализован.

Роста больной среднего, гипопластический тип, микрополиадения. Под правой ключицей подозрение на каверну. В органах кровообращения, брюшной полости и движения при беглом осмотре уклонений от нормы не заметил. Отправления в норме. Депрессия. Locus morbi отмечен в начале. Терапия—компрессы. Прошло еще 6 дней, болезненный процесс в том же состоянии (st. quo ante). Компрессы из 2-углекислого натрия. На 11 день болезни наметилось размягчение. Б-го просил руками фурункул не трогать и не вздумать его выдавливать, об этом же попросил, в виду его невежества, старосту палаты—одного из наших опытных фельдшеров, занимавшим койку рядом с 4-ким.

На следующий, 12-й день 6 лезни, размягчение увеличилось, показалась капля разжиженной клетчатки, выдавленная самим больным. Небольшая пастозность в области инфильтрата, Т. 37,0. Я снова сделал предупреждение и назначение продлил, так как инфильтрат был довольно плотен. На 14-й день болезни (11-е сент.) отчетность верхней трети лица слева, т. 37,3. Немного гнойного отделяемого. Компрессы продолжены. В 4 часа дня больной подымается, чтобы пойти в уборную, и со словами: „Что они понимают!“ отрывает клочок газеты, выдавливая из недостаточно созревшего фурункула содержимое, делает один шаг, вдох, теряет сознание. Подскочивший фельдшер ощущает сильный сердечный толчок без пульсовой волны. Больной умирает и, как сраженный, падает (показание больного фельдшера—старосты палаты Н. Б. Юрьева). Немедленно были предприняты оживляющие меры, но тщетно. Когда я прибыл около 7-ми час. вечера, у трупа была только цианотична голова. Неожиданная развязка подтвердила тревогу¹⁾. Давая заключение, я летальный исход представлял себе на фазе вдоха при систоле от гнойной эмболии. Предположение, что вдавленный гнойный эмбол в венозную сеть головы с током крови быстро прошел в сосуды увеличивающегося калибра, наслаивая на себя по пути фибрин, в течение нескольких секунд давший размеры, превышающие правое атрио-вентрикулярное отверстие или отверстие легочной артерии, трудно было допустимо, поэтому более был заподозрен сосуд, питающий дно 4-го желудочка, нежели венечные артерии сердца, но проникновение туда эмбола было туманно: или частица материи величиною с эритроцит проникла через легочный капилляр с последующим наслаиванием фибрина и прекращением жизни дна 4-го желудочка, или эмболия парадоксальная. Вскрытие на 5-ые сутки после смерти было произведено д-ром Залкинд П. Труп окоченелый, в ветвях внутренних сонных артерий ничего обнаружено не было. (Рассчитывать на инфаркт в мозгу не приходилось, т. к. последний вряд ли мог образоваться, учитывая прекращение кровообращения). В мозгу точки и полоски, вены шеи переполнены темно-жидкой кровью, венечные артерии в своем начале свободны, левые предсердия и желудочек нормального цвета и пусты, все клапаны и отверстия нормальны, в правом желудочке немного темно-жидкой крови, правое предсердие переполнено темно-жидкой кровью, посмертных сгустков нет, в правом атрио-вентрикулярном отверстии ущемлен розовато-белый эмбол, мяг-

¹⁾ Боязнь смерти у 6-го.

кий, эластичный, конусообразной формы с 2-мя длинными белыми более плотной консистенции шнурами от основания обращенными кверху, с обломками на свободных концах. В легких туберкулезные мелкие очаги, под правой ключицей неб. каверна. В мочевом пузыре 500 кубиков светлой мочи. Непосредственная причина смерти и клиническая картина предсмертного состояния понятны, и как будто первоначально отвергнутая мысль ¹⁾ верна, но эмбол белого цвета и останавливаться на его мгновенном образовании не приходится (Sahu, Pitres), поэтому приходим к единственной мысли, что инфекционное начало при первом выдавливании чирья, попав в венозную сеть головы, задержалось у устья верхней поллой вены, дав пристеночный тромб в виде 2-х ножек за 1—2 суток до летальной развязки, вокруг которых на их свободных концах наслонился свободно висящий конический тромб. За эту последовательность говорит большая плотность ножек ²⁾ нежели тела тромба, который при резком движении большого оторвался и своей конической верхушкой почти совершенно закупорил правое венозное отверстие. Из-за имбиции полых вен нельзя было установить мест прикрепления обломанных свободных концов шнуров эмбола. Предполагать о случайном совпадении обстоятельств или об агональном тромбе без намеков на агонию нет основания. Остановливаясь на ст. А. В. Голяева в Казанском медиц. журнале за 1926 г. и на собранных им случаях, видим, что шаровидный тромб в правом сердце представляет довольно редкое явление, его отмечает один лишь Macleod при полной целостности 3-х створчатого клапана, сообщения о полном закрытии какого-либо атрио-вентрикулярного отверстия я не нашел — имеется лишь демонстрация патолого-анатомического препарата круглого тромба сердца д-ром Бельхерд в Кронштадском о-ве врачей (Врач. газета за 1928 г., стр. 1138) к сожалению, без всяких комментариев, и мнение Hertz'a, что подобные случаи возможны и влекут за собой мгновенную смерть. Эту же мысль приводят Aubriet Rimé (по реферату Оречкина из Presse medical за 1926 г. в № 7) что и подтверждается нашим случаем; следовательно, утверждение Reclinghausen о невозможности подобной закупорки венозного отверстия свободным шаровидным тромбом не основательно, если размеры последнего несколько больше диаметра атрио-вентрикулярного отверстия. Что касается предположения Hertz'a об обтачиваемости кровотоком шаровидного тромба сердца с последующим отрывом частиц, то сравнительно легкую хрупкость ножек своего эмбола подтверждаю также как и подтверждается его некоторая эластичность — настоящий тромб несколько подпрыгивает на столе при падении с высоты полуаршина; повидимому, хрупкость и эластичность тромба связаны с большим или меньшим количеством солей кальция и магния, вошедших в состав его образования. Бирх-Гиршфельд в данном вопросе пишет, что время делает тромб в сердце „ломким и сухим“, а строение он принимает луковичное. Данный случай, как и в случаях Фишера, имел своим основанием ножки, но не одну, а две в виде довольно толстых шнуров, как это видно на снимке, и если учесть их длину, то место их образования должно принадлежать скорее всего верхней поллой вене; если к тому же учесть извилистость нашего препарата и связать с болезненным процессом, то можно утверждать, что наш тромб не старше тромба Staube (3 дня), а быть может и моложе. В моментах диагностики к сожалению locus morbi не приковывал внимания к сердечно-сосудистой системе, да и 6-ной ни одним словом не обмолвился о своем субъективном состоянии. Во всяком случае, похолодания конечностей, внезапной одышки, асфиксии, симметрического предгангренозного цианоза, тем более гангрены и т. д., как



Рис. 1.

¹⁾ Эмболия правого а-в отверстия.

²⁾ Шнуры.

отмечают товарищи, ничего не было; имели лишь место смертельный обморок и посмертный цианоз головы. Интересно отметить, что этиологически имеется сходство данного случая со случаями, сообщенными в 80-м заседании Пермского о-за врачом Логиновым, где небольшой нарыв на верхней губе осложнился тромбфлебитом вен лицевой и глазной, и тромбозом пещеристой пазухи, длился 3 недели, 6-ой погиб и случаем Е. Балакшина с 8-мидневым процессом, где, повидимому, на почве ангины произошел гнойный тромбоз пещеристой пазухи. Хотя случаев эмболии правого атрио-вентрикулярного отверстия по доступной нам литературе нет, однако, если мы обратимся к хирургам, в частности, к Бауэру, который в 42% послеоперационного тромбоза констатирует „смертельную легочную эмболию“, и к выводам II-го Всеукр. съезда хирургов, что на 300 ляпаротомий одна смерть падает на эмболию легочной артерии, то ведь с таким же успехом может закупориться одно из последних 2-х отверстий правого сердца при соответствующей его узости и величине эмболов. У нас сравнительно много смертельных эмболий, „паралича сердца“, процент вскрытий (на периферии) ничтожен, а сообщений в медицинскую прессу еще меньше.

Из Акушерско-гинекологической клиники государств. медицинского института Армении. (Директор—проф. Г. Я. Арешев).

Случай произвольных родов при полном поперечном разрыве спинного мозга.

Ассистент А. О. Мурадян.

В акушерское отделение нашей клиники 18/VI 30 г. поступила больная Ф. М., 40 лет, армянка, из сел. Арташат, домохозяйка. Регулы с 16 лет, по 7—8 дней, периодически правильные, умеренные, без болей. Время последних месячных не помнит. В прошлом заболеваний не указывает. Настоящая беременность 7-ая. Последние роды в 1926 г. Предыдущие беременности все окончились срочными родами. Жалуется на невозможность движения в нижних конечностях, произвольного мочеиспускания и дефекации в течение последних 25 дней. Движений плода не чувствует 3—4 дня. Заболела в последних числах мая, после подъема в беременном состоянии на тутовое дерево, откуда и упала.

Объективное исследование: Б-ая среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. t^0 39°, пульс 60, слабого наполнения, дыхание 19. Дно матки между мечом и пупком; положение в постели пассивное; сознание сохранено; движения в нижних конечностях вовсе отсутствуют, в верхних ограничены. Сердцебиения плода не прослушиваются. Предлежащая часть—головка. Размеры таза: d. sp.—23, d. cr.—26, d. troch.—29, conj. ext.—18. Живот вздут, мочевого пузыря наполнен.

Исследование нервной системы.—Кинетическая чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы в нижних конечностях отсутствуют, в верхних—слегка повышены. Рефлекс Babinsk'ого справа резко положительный, слева—слегка положительный. Рефлекс Oppenheim'a—справа положительный. Активные движения в нижних конечностях отсутствуют, пассивные есть, мышечный тонус сильно понижен. В верхних конечностях—в плечевом, локтевом суставах активные движения сохранены; в кистях и пальцах обеих рук—ограничены. Мышечная сила удовлетворительна в верхних конечностях. Тактильная и термическая чувствительность в нижних конечностях отсутствуют. Со стороны черепных нервов—вертикальный нистагм в обоих глазах при крайних положениях глазных яблок.

Лабораторные исследования. Анализ мочи. 12/VI. Моча мутная, реакция кислая, уд. вес—1012, белок—0,06%, осадок большой, реакция на кровь положитель., лейкоциты—почти все поле зрения, единичные эритроциты в поле зрения, бактерий нет. 18/VI. Моча мутная, осадок большой, реакция щелочная, уд. вес—1010, белок—3,96%, эритроциты—1—5 в поле зрения неизмененные и ча-

стично выщелоченные, реакция на кровь положит., лейкоциты—все поле зрения, единичные клетки плоского эпителия, цилиндров нет, фосфаты и бактерии в большом количестве.

Анализ крови. Эритроцитов—3.830.000, лейкоцитов—5.200, Hb—50%, F. index—0,7. *Лейкоцитарная формула.* Нейтрофилов—97%, эозинофилов—нет, моноцитов—1%, лимфоцитов—2%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия—SR—15'.

13/VI. *Рентгеноскопическое исследование.* Перелом тел 6 и 7 шейных позвонков.

Клинический диагноз. Graviditas VIII mens. Fractura columnae vertebralis, compressio medullae spinalis, haematomyelia, paraplegia.

Течение родов. К вечеру 18/VI в состоянии больной наступает ухудшение, пульс учащается, дыхание поверхностное и частое, жалуется на одышку, температура высокая. При осмотре живота заметны наступившие сокращения матки, продолжительностью от $\frac{1}{2}$ до 1 минуты. При каждой новой схватке, брюшная стенка поднимается, оставаясь в течение их в расслабленном состоянии. Отсутствие субъективных жалоб на болезненные ощущения, а также спокойное выражение лица указывали на полное неведение роженицы о наступлении у нее родового акта в течение всего процесса родоразрешения, за исключением чувства недостатка воздуха, на который она жаловалась. Момент полного открытия, в виду произведенного внутреннего исследования, а также невозможности уловить видимой потужной деятельности, установить не удалось.

19/VI в 5 час. утра прорвался плодный пузырь и в 6 ч. 15 мин. больная раз-
решилась мертвым, недоношенным плодом мужского пола самопроизвольно, без всякого участия брюшного пресса. при продолжающихся, однако, частых и длительных сокращениях матки. Спустя 5 минут отошел послед также самопроизвольно. Кровотечения не наблюдалось. Матка удовлетворительно сократилась и опустилась на два пальца ниже пупка. По окончании родов—резкое падение сердечной деятельности. Вес плода—2 к., длина—40 см. Продолжительность родов с момента выявления первых схваток—14 ч. 20 минут.

Послеродовой период. Течение лихорадочное, резкое ухудшение общего состояния, выделения кровавые, инволюция матки удовлетворительная, стул задержан, моча—катетером.

20/VI. Больная переведена в хирургическую клинику, где и наступил exitus letalis.

Данные аутопсии. При вскрытии позвоночника и спинного мозга обнаружено в области шеи перелом 6 и 7 позвонков, в области же поясницы межмышечное кровоизлияние с ладонь. Соответственно переломам шейных позвонков, спинной мозг был раздавлен и имелось разможнение и отрыв нервной ткани. Там же, выше отрыва, сосуды, как dura mater, так и под ней, были сильно инъецированы. Выше и ниже отрыва на твердой мозговой оболочке обнаружены небольшие кровяные желеобразные сгустки; подобные же сгустки обнаружены на dura mater в поясничной части, где сосуды также были сильно инъецированы, но каких-либо видимых простым глазом повреждений самой ткани мозга не было замечено. Со стороны головного мозга уклонений от нормы не имелось. Сердце чуть больше кулака, расположено поперечно, вследствие высокого стояния диафрагмы; полости его расширены и в них жидкая кровь и кровяные сгустки в небольшом количестве. Легкие—N. Печень мускатная. Поверхность почек покрыта бело-желтоватыми бугорками. Со стороны прочих органов заметных изменений не было.

Можно допустить, что родовая деятельность вызывается, подобно сокращениям кишек и мочевого пузыря, автоматической системой симпатических ганглий; двигательные же центры поясничной части спинного мозга лишь регулируют деятельность маточной мышцы и приспособляют ее к существующим условиям.

Случай акромегалического гигантизма подростка¹⁾.

В. А. Смирнов,

заведующий терапевтическим отделением Никольско-Уссурийской гор. больницы ДВК.

Больная Жаркова-Вокогон В. А., русская, 12 лет (проверено по метрической выписи), ученица школы при Коммуне им. Ленина была выявлена случайно в поликлинике, куда она пришла за справкой. 23-го августа была положена в горбольницу для более детального обследования.

При поступлении она жаловалась на общую слабость, головокружение и нерезкие головные боли.

Больная родилась здоровым ребенком в срок, вскармливалась грудью матери и первые годы она была полным ребенком, развитым вполне пропорционально. Из детских болезней перенесла лишь корь. Травмы головы не отмечаются. С девяти лет она стала усиленно расти и вскоре переросла своих сверстниц; усиленный рост не вызывал особых беспокойств со стороны матери и к медицинским советам по этому поводу она не обращалась. В школе учится удовлетворительно, пропусков по болезни не бывает.

Мать больной среднего роста, физически несколько истощена и кажется старше своих лет (41 год); люэс отрицается, аборт не был. Отец больной умер от случайной причины (убит бревном) в 1924 году, по словам матери он был здоровым „полным“, ниже среднего роста. Сестра больной—15 лет, ниже ее ростом, развита пропорционально.

Больная астенического телосложения, на вид немного старше своих лет. Рост стоя—167 см.; рост сидя—88 см. Вес—46 кг. Кожа бледная, подкожная клетчатка выражена недостаточно, мускулатура развита также слабо, гипотонична. Череп правильной формы, лицевая часть также значительных изменений не представляет, имеется лишь незначительный прогнатизм,—нижняя челюсть слегка выступает вперед. Зубы хорошие, посадка их правильная; постоянные верхние клыки, премоляры и моляры еще не прорезались. Язык не увеличен. Носовая перегородка искривлена влево, дыхание носовое. Шейные лимфатические железы слегка увеличены, не болезненны. Перешеек щитовидной железы прощупывается, железа не увеличена. Грудная клетка плоская, неправильной формы, окружность ее 68—70 см. Левая половина грудной кости выступает вперед. Лопатки крыловидно выстоят. Позвоночник в верхне-грудной части незначительно кифотически искривлен, в области остистых отростков 5 и 6 грудных позвонков, наоборот, имеется западение—незначительный лордоз. Надчревный угол острый. Перкуторных и аускультативных изменений в легких нет. Верхушечный толчок сердца слегка разлитой в 5-м межреберьи. Границы сердца в пределах нормы. На верхушке сердца в лежачем положении выслушивается нерезкий, систолический шум. Пульс 86 в 1', среднего наполнения и напряжения. Живот правильной формы; окружность его 64 см. Печень и селезенка не прощупываются. Со стороны почек уклонений нет. Моча—норма.

Верхние и нижние конечности непропорционально длинны. Руки в вытянутом состоянии почти касаются колен. Общая длина руки—85 см., длина плеча—34,5 см., предплечья—29 см., кисти—22,5 см. Особенно поражает своей длиной кисть, она превышает длину кисти взрослой нормально сложенной женщины на 2,5 см. Фаланги пальцев очень тонки и длинны, межфаланговые суставы значительно утолщены и полного разгибания в них не достигается. Гиперэкстензии в суставах не отмечается. Длина нижних конечностей—88 см., длина туловища—79 см., длина бедра—48 см., длина голени—39 см., стопы—26,5 см. На стопе особенно удлинены 1 и 2 пальцы.

Коленные рефлексы незначительно понижены. Зрачковые рефлексы—норма. Чувствительность нормальная. Тремора нет. Больная по характеру апатичная, вялая. Реакция Пирке слабо положительная. Р. Вассермана отрицательная. В отношении полового развития больная соответствует возрасту; menses еще нет, вторичные половые признаки слабо намечаются (незначительная ра-

¹⁾ Больная была демонстрирована в научном кружке врачей г. Никольск-Уссурийска.

стительность на genitalia). Исследование крови дало следующие результаты: Hb—70%, эритроцитоз—5.400.000. Цв. показатель—0,6, лейкоцитов—7600. Лейкоцитарная формула: эозинофил.—3%, нейтрофилов—56% (юных—4%, палочк.—5%, сегментир.—47%), лимфоцитов—36%, моноцитов—5%. РОЭ в 1 час—6 мм. Вследствие технических затруднений рентгеновский снимок сделать не удалось, просвечивание турецкого седла, костей и сердца дало следующее: „Турецкое седло значительно увеличено, углублено (деформировано?). Сердце близкое к норме. Эпифизарные линии (radialis ulnaris), едва заметны“ (заключение зав. рентг. кабинетом Ник-Уссур. поликлиники д-ра Малышева).

Больная находилась в больнице с 23/VII по 22/IX 1932 г., проделала курс мышьяковых инъекций, 2 сеанса глубокой рентгенотерапии,—это дало ей общее укрепление,—больная стала более живой, цвет кожи улучшился, на головные боли и головокружение она при выписке уже не жаловалась.

У больной Ж. главные объективные данные выявляются в отношении костного скелета: ненормальное его развитие в длину. По Гундобину и Бондыреву рост подростка девочки в 12 лет в среднем имеет 137 см. и может колебаться между 128 и 145,5 см.; таковые же данные приводит и большинство других авторов. Наш объект превышает границу нормы роста на 21,5 см., что бесспорно является уже резкой патологией роста, и в данном случае можно говорить о гигантизме. Как у всех людей гигантского роста у нашей больной ненормально велики конечности; у нормальной 12-ти летней девочки длина верхней конечности—59,4 см., длина нижней—71,3; у нашей больной эти цифры—85 и 88 см. Особенно бросается в глаза длина верхних конечностей, почти равная длине ног, что противоречит нормальным соотношениям человеческого тела. Нарушение нормальной пропорции у нее сказывается и при определении середины тела: если у нормального 12-тилетнего подростка середина тела располагается на 5—10 см. выше симфиза, то у нашей больной эта точка будет ниже симфиза на 10—12 см.

Еще больше уклоняются от нормы дистальные отделы конечностей—кисти и стопы. Ее кисть при сравнительно небольшом поперечном размере поражает своей длиной; особенно длинны и узки пальцы. Такое большое развитие периферических частей конечностей заставляет признать в данном случае гигантизм акромегалического типа. Как известно акромегалия проявляется в двух формах: первая т. н. „type en large“ взрослых, когда рост идет главным образом в ширину и вторая—т. н. „type en long“—форма подростков, когда еще не закончен период роста скелета, вследствие чего руки и стопы вытягиваются в длину. Таким образом в нашем случае имеется комбинация гигантизма с акромегалией, такие комбинации встречаются и они вошли в наиболее общепринятую классификацию гигантского роста Launois и Roy, которые подраз-



Рис. 1.

деляют все случаи гигантизма по их патогенезу на 2 вида: 1) акромегалический гигантизм, как следствие повышенной функции гипофиза (ее передней железистой доли) и 2) евнухоидный гигантизм или инфантильный гигантизм, как следствие гиперпитuitarизма на почве первичного гипогенитализма.

Что в описываемом нами случае имеются резкие наслоения акромегалии, говорит и рентгеновское просвещение, давшее значительное углубление и увеличение турецкого седла. Уменьшение эпифизарной линии костей также согласуется с общей картиной акромегалии, где эпифизарные швы рано закрываются. Явления со стороны крови—гипохромная анемия, небольшой сдвиг влево и лимфоцитоз согласуются с наичаще встречающейся картиной крови при акромегалии подростков. К сожалению нам по чисто техническим соображениям (отсутствие подходящих опытных животных и чрезмерная загруженность работой) не удалось провести обследование больной на усиленную выработку у ней секрета передней доли гипофиза. Цондек и Ашгейм показали, что этот секрет вырабатывается у беременных и при акромегалии и может быть обнаружен у них в моче; путем диализа и осаждения им удалось выделить это растворимое в воде вещество, которое они назвали—„пролан“.

Это вещество при введении инфантильным сенильным животным вызывает у них усиленный рост яичников и течку, вот почему Цондек и назвал переднюю долю гипофиза—„мотором сексуальности“.

Что касается этиологии данного случая, то ввиду отсутствия реакции Вассермана и ясных признаков наследственного сифилиса, отсутствия туберкулезных явлений, инфекционный характер заболевания признать нельзя. Повидимому здесь имеется конституциональный дефект развития.

Наблюдаемый нами случай акромегалического гигантизма нельзя признать за тяжелую акромегалию, так как нет еще явлений резкой головной боли, расстройств со стороны зрения, роста лицевой части черепа, поэтому и терапевтический подход должен быть сугубо осторожным. Конечно показаний к какому-либо радикальному хирургическому вмешательству здесь нет. Больной было сделано два сеанса глубокой рентгенотерапии гипофиза, предположено еще сделать 3 или 4 сеанса. Возможно, что это в значительной степени остановит дальнейшую гиперфункцию гипофиза и явления с возрастом у больной стихнут. Но, конечно, не исключена возможность и дальнейшего прогрессирования у больной акромегалических явлений, которые, как я полагаю, вследствие почти полного зарращения эпифизарных линий, в дальнейшем пойдут по линии роста и увеличения конечностей, лица, внутренностей, не в длину, а в ширину, то есть по типу акромегалии взрослых.

Дальнейшая судьба этого подростка конечно очень интересна и больница не будет порывать связи с ней.

Наиболее дешевое и верное средство против *bromidrosis pedum*.

Врач Щербацкий.

Как известно *bromidrosis pedum* представляет собою тягостное и до известной степени антиобщественное страдание. Пронзительный запах вызывает отвращение у всех окружающих. а на самого носителя влияет самым угнетающим образом. Масса средств предложена против этого страдания, начиная от мазей (ung. diachylon Hebrae, ung. formalini) и высушивающих присыпок с ас. salicyl., тальком, тannoформом, амсвоформом, висмалом, висмертозой, дималом до крепких растворов ляписа (10%), резорцина и салициловой кислоты (5%) спиртные растворы, растворы формалина (10% и выше) и хромовой кислоты (5%). Все эти средства, как и соблюдение гигиенических правил (частая смена белья и чулок, частые теплые ванны с формалиновым мылом и пр.)—в своем роде очень полезны, но, надо признаться, часто очень мало действительны. Они достаточно хлопотливы, требуют неоднократной явки к врачу и пр.

Чисто эмпирическим путем мною найдено другое очень дешевое и действительное средство. Средство это заключается в ежедневном обертывании ног

при обувании в чистую газетную бумагу. Эту процедуру надо повторять в течение довольно продолжительного времени (до 5—6 мес.). Прежде всего, способ ведет к всасыванию бумагой выделяющегося пота и к уничтожению невыносимого отвратительного запаха, который происходит гл. обр. вследствие пропитывания разложившимся потом кожаной обуви.

Необходимо тщательно мыть ноги по вечерам теплой водой с мылом и менять ежедневно чулки или носки. Ноги обертываются газетной бумагой вместе с надетыми на них носками. Уже через несколько дней наступает даже в упорных случаях заметное улучшение, а после настойчивого и аккуратного выполнения описанной процедуры на протяжении нескольких месяцев полное исцеление от одной из самых тягостных и отвратительных болезней. Толщина слоя газетной бумаги должна равняться трем газетным листам. Достоинства предлагаемого мною способа состоят в его дешевизне, доступности, простоте, легкости и удобстве применения, а самое главное—в его доказанной пользе для больных, которых этот способ буквально ставит на ноги.

О так называемых гормонах сердца и кровообращения.

Н. А. Троицкий (Камышлов, Уральской области).

Кроме инкретов желез внутренней секреции в гуморальной регуляции местного и общего кровообращения большую роль играют продукты обмена веществ—углекислота, молочная и фосфорная кислота, электролиты К и Са и азотосодержащие субстанции нормального и патологического обмена веществ клеток.

По исследованию Dale, Richards, Laidlaw, Rühl и др. большую роль в гуморальной регуляции кровообращения играют гистамин и гистаминоподобные субстанции. Гистамин есть продукт обмена веществ. Из печени, легких, селезенки и поперечно-полосатой мускулатуры удалось получить гистамин (Dale, Dudley). Гистамин обладает высокой фармакологической активностью; он расширяет капилляры и делает их более проходимыми для плазмы и понижает кровяное давление. Кроме гистамина вероятным гуморальным регулятором кровообращения является холин и ацетил-холин. Dale и Dudley нашли ацетилхолин в селезенке лошади, Thorpf—в мышцах и крови, Kapfhammer и Bischoff—в крови и органах быка. По данным Boden и Wankell холин понижает число сокращений сердца и может устранить экспериментально произведенную тахикардию и мерцание предсердий.

По исследованиям Druerg и Szent-Gyorgy, Embden и других нормальные продукты промежуточного обмена веществ ядерных субстанций клеток—нуклеотиды, нуклеозиды и полинуклеотиды в биологическом механизме регуляции кровообращения играют огромную роль. Сюда относятся адениловая кислота, аденозин, гуаниловая кислота, гуанизин и тимонуклеиновая кислота. Адениловая кислота доказана в сердце, скелетной мускулатуре, мозгу, печени, почках, селезенке, поджелудочной железе и желчи. Адениловая кислота расширяет коронарные сосуды сердца, замедляет, усиливает и регулирует сокращения сердца.

Одновременно с изучением действия на сердце и кровеносные сосуды химических субстанций, интравитальное происхождение которых весьма вероятно, экстракты из различных органов и тканей: сердца, печени, поджелудочной железы, мышц, легких, кожи и т. д. изучаются экспериментально и клинически в их действии на сердце и кровеносные сосуды.

В 1922 году Брюссельский физиолог Demoor доказал, что водный экстракт из правого предсердия сердца собаки на те же самые части сердца кролика действует, вызывая, усиливая и ускоряя сокращения. Demoor и Riilant назвали это вещество „substances actives“. Независимо от него и почти одновременно немецкий физиолог Haberlandt из основания сердца холоднокровных животных получил вещество, которое он назвал „сердечным гормоном“. Это вещество, действуя на изолированные сердца теплокровных и холоднокровных животных, усиливает и ускоряет сокращение сердца, а при действии на остановившееся сердце вновь вызывает его сокращения. Опыты Haberlandt'a показывают, что вызванное фарадическим током мерцание предсердий исчезает от действия „гормона“. Фармакологическим действием обладают водные и алкогольные экстракты из венозных синусов, основания сердца и атрио-вентрикулярного пучка; экстракты же из верхушки сердца недействительны.

По данным Haberlandt'a вещество это белка не содержит, в эфире нерастворимо, т. е. не содержит жира и липоидов, термостабильно, способно диализоваться, свободно от гистамина и не разрушается от действия ультрафиолетовых лучей.

Экспериментальные работы других авторов подтверждают данные Haberlandt'a. Boden и Neukirch, еще раньше Haberlandt'a, получили с экстрактом из сердец рогатого скота на изолированном по способу Langendorff'a сердце кошки усиление и учащение сокращений.

Данные Haberlandt'a также полностью подтверждаются экспериментальными работами Абдулаева (Ленинград), который с приготовленным водным и алкогольным сердечным экстрактом из узла Кис-Флака лошадей и телят в разведении до 1:10000 получил на изолированном сердце лягушки учащение и усиление сокращений, регуляцию ритма при наличии аритмии и возобновление сокращений остановленного сердца.

Местом образования „Substances actives“ Demoor и Riilent'a и „Гормона сердца“ Haberlandt'a оба автора (Demoor и Haberlandt) считают специфическую мускулатуру сердца и оба вещества рассматривают как идентичные.

Zwaardemaker, изучая причину автоматической регуляции сердечных сокращений, нашел особое вещество, которое он назвал „автоматин“. По его мнению это вещество образуется не только в сердце, но и в различных других органах, его материнская субстанция „автоматиноген“ вероятно вводится с пищей. Zwaardemaker доказал, что чужеродные биологически важные вещества, как например: витамин В, обладают свойством автоматина; особенно после облучения радием. Действие „автоматина“ также после облучения радием значительно увеличивается.

Haberlandt отождествляет „автоматин“ Zwaardemaker, а со своим гормоном, отмечая лишь расхождение во взгляде о его происхождении.

Plesch получил вещество из ушка правого предсердия, сходное по своему действию с „гормоном“ Haberlandt'a и назвал его „аврикулин“.

Фармаколог Loewi в своих критически поставленных опытах доказал, что в сердце образуются два вещества—Vagus и Sympaticus вещество, если раздражать n. Vagus или n. accelerans antes и переносил питательную жидкость на другое сердце и получал там такие же результаты, т. е. другое сердце становилось также симпатическим или вагальным.

Предполагают, что „Substances actives“ Demoor'a и „гормон“ Haberlandt'a идентичны с Sympaticus веществом Loewi, а Vagus вещество сходно по своему действию на сердце с ацетилхолином.

Против идентичности accelerantes вещества Loewi с „гормоном“ сердца Haberlandt приводит опыты с эрготамином, вагосимпатикозектомией, показывающие, что паралич Sympaticus'a не оказывает влияния на эффект действия „гормона“, и что происхождение „гормона“ от раздражения симпатического нерва не зависит и, что симпатикусовещество Loewi разрушается от действия ультрафиолетовых лучей.

Помимо веществ, образующихся в самом сердце, из других органов получают вещества, оказывающие влияние на сердце.

Ascher получил с экстрактом из печени на изолированном сердце усиление и учащение сокращений, но так как то же самое действие он получил со слабыми растворами хлористого натрия, то он считает, что экстракт этот не специфическое вещество. По его мнению из печени постоянно поступают в кровь небольшие количества щелочей, которыми и регулируются сокращения сердца.

Zueltzer получил из печени вещество, которое он назвал „Eutonon“. Это вещество не содержит ни серы, ни адреналиноподобных субстанций, ни инсулина. Физиологическая проверка его показывает, что Eutonon также, как и „гормон“ Haberlandt'a, усиливает и учащает сокращения сердца. Два дня спокойно стоящее сердце через Eutonon снова начинает ритмически сокращаться.

Исследования Irvin, Fischer и Müller'a на Langendorf'овском сердце показывают, что Eutonon усиливает сокращения сердца и увеличивает коронарное кровообращение; на сердечно-легочных препаратах Starling'a расширение коронарных сосудов достигает 30%-50%, одновременно наблюдается уменьшение объема сердца. По Zueltzer'y Eutonon увеличивает резервную силу сердца.

Шварцман (Одесса) в 1927 году описал новый сердечный рефлекс, который состоит в том, что при растягивании с максимальной силой обими руками упругого резинового жгута у лиц со слабым сердечным мускулом появляется тахикардия с уменьшением интервала между 1-м и 2-м тоном и приглушением тонов, при этом первый тон делается коротким. При рентгеновском исследовании оказывается, что этот феномен связан с уменьшением амплитуды

желудочков. Шварцман характеризует это состояние, как „сердечную судорогу“, при чем сильные мускульные движения разрешают ее. Из противоположного влияния на сердце тонической и динамической мускульной реакции Шварцман заключает, что между скелетной и сердечной мускулатурой существует интимная связь. По его теории скелетная мускулатура отдает в кровь антагонистическое вещество (гормон), отсутствие этого „гормона“ в крови вызывает спазм мускулатуры сердца. На основании этих теоретических соображений Шварцман приготовил экстракт из скелетной мускулатуры под названием Myol (Myoston) для лечения грудной жабы.

Экспериментальная проверка Myol'я проф. Аничковым на изолированном сердце кролика показывает, что в коронарных сосудах в единицу времени количество протекающей крови значительно увеличивается и наступает диастолическое расслабление сердца. По электрокардиографическим исследованиям Bagdassarianz и Turkeltaub диастола увеличивается на $\frac{1}{10}$ секунды.

Freu и Kraus, занимаясь проверкой связи между деятельностью аппарата кровообращения и почек, нашли в моче неизвестное вещество, которое в противоположность до сих пор описанным действует не на сердце, а на периферические сосуды. Фармакологическое действие этого вещества основано на расширении мельчайших периферических сосудов мышц и кожи, а также сосудов сердца, мозга и легких. Внутривенное впрыскивание этого вещества вызывает перераспределение крови—сдвиг крови из области Splanchnicus наружу: скорость течения крови вследствие уменьшения препятствия увеличивается, кровяное давление падает.

Местом образования этого вещества Freu считает поджелудочную железу, как это было установлено им случайно во время операции кисты поджелудочной железы, в содержимом которой было найдено огромное количество этого вещества. После удаления поджелудочной железы выделение мочой „гормона“ уменьшается. Кроме поджелудочной железы это вещество образуется в селезенке, т. к. после удаления селезенки количество выделяемого мочой „гормона“ также уменьшается. По Freu „гормон“ встречается в организме в двух формах: активной и неактивной, первая находится в моче и поджелудочной железе, последняя—в крови и ткани. Freu совместно с Werle удалось найти в лимфатических железах инактиватор. Связь между „гормоном“ и инактиватором зависит от концентрации водородных ионов; при появлении кислых продуктов обмена веществ, вызывающих сдвиг кислотно-щелочного равновесия в кислую сторону, связь между инактиватором и „гормоном“ нарушается и реактивированный „гормон“ производит свое сосудорасширяющее действие.

Naagwer нашел в экстракте печени вещество, понижающее кровяное давление, которое он назвал anabalin.

Mac-Donald, Maior и Weber также доказали, что известные экстракты печени понижают кровяное давление. Kerr и Burnett, проверяя клинически на 29 больных действия экстракта печени, находили понижение кровяного давления систолического в среднем на 32,7 мм. ртут. диастолического на 18 мм. ртут. Предполагают, что anabalin идентичен с „гормоном кровообращения“ Freu'я.

При лечении диабетиков, страдающих ангинозными кризами, было сделано наблюдение, что инсулин оказывает благоприятное влияние на сосудистые расстройства. Vaguez и Gley удалось доказать, что польза инсулина при ангинозных состояниях не зависит от гипогликемически-действующего вещества, а основана на действии другого экстрактивного вещества поджелудочной железы, которое Gley и Kistinios выделили из поджелудочной железы и назвали Angioxyl. По Gley и Kistinios экстракт поджелудочной железы содержит две субстанции инсулин и ангиоксил, которые можно разделить осаждавая инсулин сульфатом аммония. В ангиоксиле содержится гипотензорная субстанция. Впрыскивание ангиоксила животным вызывает падение кровяного давления. Gley и Kistinios сообщают интересный факт, что при впрыскивании животным больших доз адреналина получается шок, судороги и смерть при явлениях отека легких, если одновременно или вскоре после впрыскивания смертельной дозы адреналина впрыснуть ангиоксил животное остается здоровым. Gley и Kistinios доказали, что действия их экстракта не основано на содержании в нем холина и гистамина, так как холин не понижает кровя-

ного давления после атропинизации, в то время как их экстракт и при атропинизации понижает кровяное давление.

О химической структуре перечисленных экстрактивных веществ, о механизме их действия, специфическом или не специфическом и что это гормоны или нет—идет большой литературный спор. Особенно настаивает Haberlandt на признании специфичности действия и гормональной природы для полученного им вещества возбуждения сердца. Большинство исследователей Abderhalden, Dale, Schmidt, Weichardt, Brugsch, Rotberger, Pal, Oppenheimer и другие отрицают гормональную природу субстанции Haberlandt'a и считают существование гормона сердца не доказанным.

Еще задолго до исследований Demoor и Haberlandt'a, Weichardt экспериментально доказал, что при действии на усталое сердце мышечных экстрактов из сердца и других мышц происходит повышение работы сердца. То же самое действие получается при действии гидролизата кожи в разведении 1:20 000 и гистамина в разведении 1:10.000.000. По мнению Weichardt'a при деятельности органов образуются „активирующие продукты распада“, повышающие функцию органов. При впрыскивании различных не специфических раздражающих веществ происходит изменение обмена веществ в смысле отщепления активирующих продуктов распада“, повышающих специфическую функцию органов. По Weichardt'y орган-экстракты есть смеси различных раздражающих субстанций, тканевые гормоны в смысле Feldberg'a и Schilt.

По Pal'o действие орган-экстрактов основано на содержании в них протеиногенных аминов гистамин—гистидин ряда.

По Rigler'y, Singer'y действие сердечного гормона основано на содержании в нем гистамина. По мнению Rigler'a действующий принцип гормона Haberlandt'a* двойной: ускорение ритма происходит от действия калия, а усиление сокращений сердца вызывается Clark'овским веществом.

Основным аргументом против специфичности действия вещества Haberlandt'a является экспериментально установленный факт, что экстракты из других органов и тканей: печени, селезенки, поджелудочной железы, поперечно-полосатых и гладких мышц, верхушки сердца, легких и гидролизата кожи оказывают в основном одинаковое действие на сердце, уступая лишь в силе действия. Однако по мнению Haberlandt'a одинаковое действие различных органов и тканей-экстрактов на сердце не может служить доказательством против специфичности действия найденного им „вещества возбуждения сердца“. По Haberlandt'y единственное место образования „гормона“ специфическая мускулатура сердца, откуда он поступает в кровь, разносится по всему телу и может быть экстрагирован из других органов и тканей, но в меньшем количестве. Действительно, сравнительные экспериментальные исследования действия экстрактов сердца и скелетных мышц показывают, что экстракты сердца действительно в разведении 1:10.000, экстракты же мышц в разведении 1:100 до 1:500 (Haberlandt, Абдулаев). Haberlandt приводит факты о действии из бычьего сердца приготовленного сердечного гормона на сердце моллюска в крайних разведениях 1:10¹⁷, на сердце лягушек 1:1 миллиард и отсюда заключает о его специфичности. Кроме того Westenbrink и Aron биологическим путем доказали, что в синусовых узлах сердец рогатого скота автоматического вещества содержится в 13 раз больше, а в атрио-вентрикулярном пучке гиса в 4 раза больше, чем в скелетной мускулатуре.

В опровержении мнения, что действующим веществом является гистамин, Haberlandt напоминает, что гистамин на сердце холоднокровных животных не действует, а его опыты производились главным образом на сердце лягушки. Вещество Clark'a растворяется в эфире, его „гормон“ не растворим, а калий не действует в таких чудовищных разведениях, в каких оказывает действие его вещество. Таким образом вопрос о биологической природе „гормона сердца“ Haberlandt'a и других орган-экстрактов в настоящее время не может считаться окончательно разрешенным.

Фармацевтическая индустрия по предписанию выше упомянутых авторов вырабатывает для клинических целей различные препараты. Hormocardiол по Haberlandt'y из бычьего сердца, Eutonon по Zueltzer'y из печени, Kalliecrein (Padutin) по Frey из поджелудочной железы, Lacarnol (Carnigen) из скелетных мышц и Myol (Myostan) по Шварцману из скелетных мышц.

Пониманию биохимической природы этих препаратов много способствовали с одной стороны изучение химической структуры входящих в них веществ,

с другой стороны, экспериментальное исследование о действии на сердце продуктов обмена веществ ядерных субстанций клеток.

Drury и Szent-Gyorgy в мускульных экстрактах нашли большие количества аденилнуклеотида. Lacarnol почти исключительно состоит из аденозин-фосфорной кислоты (Lipt, Schumann, Rothmann). По данным Jünkmann'a содержание адениловой кислоты в Lacarnol'e 3 mg. в ампуле, в Padutin'e до 12 mg., Myostan содержит адениловую кислоту, Eutonon и avriculin не содержат. Удалось получить из мышечных экстрактов адениловую кислоту в кристаллической форме (Lipt). По Rothmann, Rigler и Schumann, Thannhauser'y, действующим принципом мышечных экстрактов является аденозин-фосфорная кислота. Сосудорасширяющее действие аденозина на коронарные сосуды сердца кроликов может быть получено при разведении 1:2 миллиона (Rigler и Schumann). Опыты Wedda показывают, что даже суженные посредством Pitressin'a коронарные сосуды сердца кошки расширяются от аденозина. Baumann и Bidschowsky нашли, что полученная из дрожжей аденозинофосфорная кислота также действует на сердце, как и из мышц. Адениловая кислота нормальный продукт промежуточного обмена веществ клеток, образующееся при ферментативном расщеплении нуклеотиды—содержащих ядерных субстанций клеток и по Fulegi Myrbäck'у стоит в тесной связи с энзимами дыхания (co-zytmase). Экспериментальные исследования Hildebrandt'a и Mügge доказывают, что полученные из дрожжей co-zytmase производят на сосуды сердца одинаковое с Lacarnol'ем сосудорасширяющее действие. Brugsch, Hans Horsters и Rothmann рассматривают орган-экстракты, как co-enzym препараты.

Таким образом надо считать вероятным, что фармакологическая активность полученных из различных органов и тканей экстрактов обуславливается содержанием в них различных продуктов промежуточного обмена веществ и в первую очередь аденила, аденозилфосфорной кислоты, гистамина и гистаминоподобных субстанций холина и ацетилхолина. В Lacarnol'e, Myostan'e, Eutonon'e, Padutin'e, Angioxyl'e содержатся различные смеси этих веществ в различных комбинациях и их терапевтический успех основан главным образом на действии аденозина и его дериватов (Bauer, Schittenhelm, Brugsch и другие).

Haberlandt однако указывает, что действие его „гормона“ не может быть объяснено действием аденозина, т. к. последний, по данным Drury и Szent-Gyorgy, Rigler и Schumann'a и Rothmann'a, замедляет сокращение сердца, в то время как сердечный гормон ускоряет. Кроме того, действие аденозина основано на расширении коронарных сосудов, в то время как свои опыты Haberlandt производил на сердце лягушек, которые вообще коронарных сосудов не имеют.

Таким образом окончательное разрешение вопроса будет возможно при проведении точного химического изучения действующих веществ в препаратах и их количественного соотношения в различных органэкстрактах.

Переходя к вопросу о терапевтической ценности данных препаратов надо отметить, что результаты, полученные различными клиницистами, разноречивы. Возможно, что это объясняется неодинаковым содержанием в продажных препаратах действующих веществ, почему и выдвигается требование о стандартизации их на содержание адениловой кислоты и фосфатов, гистамина и холина (Brugsch, Thannhauser).

Показание для применения сердечного гормона по Haberlandt'y следующее: 1) недостаточная contractильность сердечного мускула (сердечная слабость). 2) Нарушение проводимости и аритмии. Fahrénсатр первый проверил действие Нормоскардиол'я на больных с помощью электрокардиографического метода и нашел, что Нормоскардиол регулирует сокращение сердца, сенситилизирует сердце к дигиталису и оказывает благоприятное действие на стенокардитические припадки. Haberlandt рекомендует для лечения пожилых пациентов с коронарным склерозом и приступами грудной жабы употребление в пищу телячьего сердца, сообщая о благоприятных результатах. Надо заметить, что еще Paracelsus в XV веке сердечным больным рекомендовал употребление в пищу сердца. Winternitz, Böden, Büchholz, Coll и Singer подтверждают лечебный эффект Нормоскардиол'я. Stepp и Straub при применении Нормоскардиол'я успеха не получали.

Zueltzer в 1928 году сообщил о 100 случаях лечения сердечных больных эйтоном. По Zueltzerу средство действует во всех случаях благоприятно, оказывая тонизирующие действие на сердце и расширяя коронарные сосуды, повышает резервную силу сердца. По Zueltzerу эйтонон не только улучшает субъективные жалобы больных, но также цианоз и одышку. При грудной жабе эйтонон купирует припадки и предупреждает их возникновение. Schottmüller сообщает об одном случае грудной жабы с часто повторяющимися припадками до 10 раз в день, прекратившимися после впрыскивания эйтона. Thiemann, основываясь на своей экспериментальной и клинической проверке эйтона, подтверждает его лечебные действия и рекомендует применение при грудной жабе, перемежающейся хромоте и при декомпенсации сердца, если показано расширение коронарных сосудов. Singer, Rubensohn и Assmann применяли с успехом эйтонон при грудной жабе.

Мышечные экстракты Myol, Myostan и Lacarnol (carnigen) находят терапевтическое применение главным образом при грудной жабе. Fahrengs и Schneider производили сравнительное исследование действия на сердце Нормокардиола и Lacarnola и получили одинаковый лечебный эффект. Носчрейн, изучая фармакологическое действие приготовленных самим мышечных экстрактов, нашел, что при внутривенном впрыскивании малых доз (0,005 на кил. веса) сосуды сердца, мозга и мышц расширяются, в то время как в сосудах субаппиллярного сплетения кожи кровообращение уменьшается. На сердце, на кровяное давление и число пульса малые дозы влияния не оказывают. При впрыскивании больших доз происходит падение кровяного давления и незначительное ускорение пульса. По Носчрейну действие мышечных экстрактов на периферические сосуды зависит от состояния тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы и поэтому вместо желательного эффекта можно получить при обстоятельствах противоположное действие. Носчрейн сообщает результаты лечения 200 больных мышечными экстрактами, ряду случаев успеха противопоставляет многочисленные случаи неудач. По Носчрейн у применение их показано при спастических сосудистых заболеваниях (грудная жаба, без тяжелых коронарных изменений) и компенсированных пороках сердца для лучшего снабжения кровью важных для жизни органов сердца и мозга.

Шварцман сообщает о благоприятных результатах лечения Myolem грудной жабы. Из 73-х случаев только в двух случаях получен успех. Продолжительность излечения до 10 месяцев. По Шварцману Myol оказывает общее тонизирующее действие при психогенной бессоннице, неврастении, недостаточности миокарда и импотенции. Кроме грудной жабы Myol показан при перемежающейся хромоте (Schwarzmann, London). Korach с препаратом Шварцмана Myol получил хорошие результаты при грудной жабе, перемежающейся хромоте и эссенциальной гипертензии, отмечая падение кровяного давления от 10—30 мм. ртут. При грудной жабе через 15 минут после впрыскивания под кожу, внутримышечно или внутривенно Myol'a $1\frac{1}{2}$ —2 см. боль исчезала, одышка уменьшалась и больной даже мог встать с постели. Kraus сообщает о замечательном успехе лечения 3-х тяжелых случаев артериосклероза. Buchholz, Hubert, Singer и другие сообщают о хорошем лечебном действии Lacarnol'a, отмечая наилучшие результаты при грудной жабе ангиоспастического происхождения и перемежающейся хромоте. При коронарном склерозе и тромбозе применение Lacarnol'a успеха не дает (Fahrengs, Drucker). На ряду с этим имеются сообщения о безуспешности применения Lacarnol'a. Edens, Romfeld, Külbs, Porges, Westphal и Stepp сообщают о безуспешном применении Lacarnol'a при грудной жабе, Schott и Külbs—при перемежающейся хромоте, Westphal и Edens—при гипертензии.

Leschke, занимаясь в течение $1\frac{1}{2}$ лет клинической проверкой Freyевского препарата Kallicein'a (Padutin), считает его показанным при гипертензии, обусловленной расстройством вегетативной регуляции, при местных сосудистых спазмах, особенно при перемежающейся хромоте, ангионеврозах, трофических язвах при артериосклерозе, Tromboangitis obliterans, болезни Kaupaud и язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Kallicein понижает кровяное давление (падение систолического давления на 35—50 мм. ртут.) и расширяет артерии, прекапилляры и капилляры. По Leschke случаи грудной жабы на Kallicein реагируют различно. Stadler, Feischmann, Schiffenhelm,

Van-den-Velden при ряде неудач в части случаев, где не оказывают никакой пользы другие фармацевтические препараты, от применения Padutin'a при грудной жабе получали хорошие результаты, наоборот Kulbs, Naegeli и Magnus-Alsleben—отрицательные.

По Vaquez, Gley, Ciroux и Kisthinos Angioxyl—лучшее средство при грудной жабе. Кроме грудной жабы Angioxyl показан при гипертонии, артериосклерозе и его различных модификациях, включая и коронарные болезни, при различных венах и артериях (Endarteritis obliterans), болезни Raynaud, болезни Buerger'a), и пр. По Leschke действие Angioxyl'a одинаковое с действием Kalllicrein'a.

Все т. наз. гормональные препараты применяются per os, внутримышечно и внутривенно. Наиболее сильным действием обладают внутримышечные и внутривенные впрыскивания, применяемые в дозах 1—2 см. Отдельные инъекции обычно причиняют легкие скоропреходящие приливы крови к голове, но ряд авторов в отдельных случаях получали и неприятные побочные действия. Merger, Magnus-Alsleben, Edens и Grafe наблюдали после впрыскивания Kalllicrein'a плохое общее состояние, жалобы на чувство жара, головокружение, тошноту, чувство страха и повышение температуры, то же наблюдал Edens от Lacarnol'a и Merger от Myotrat'a. В одном случае Merger'a Kalllicrein спровоцировал припадок грудной жабы.

Обобщая результаты клинической проверки, надо отметить, что лечебное действие всех препаратов в общем сходно с незначительными различиями (Morawitz, Ludwig, Hochrein).

Сферой лечебного применения этих средств являются, главным образом, грудная жаба, перемежающаяся хромота, эссенциальная гипертония. Тонизирующее влияние их на сердце клинически не установлено, даже в легких случаях декомпенсации сердца эти препараты не оказывают никакого действия. Единственно установленное клинически наблюдение—это усиление действия препаратов дигиталиса при одновременном употреблении с орган-экстрактами. Лечебный эффект их основан на расширении коронарных сосудов, периферических артерий и капилляров. Разноречивость результатов в руках отдельных авторов, а также случаи демонстративного успеха, на ряду со случаями полной неудачи можно объяснить: 1, различным содержанием в продажных препаратах действующих химических субстанций, 2, нестойкостью действующих веществ (ферментативное разрушение их), 3, парадоксальной реакцией организма в связи с состоянием вегетативной нервной системы, 4 и, наконец, различным патогенезом заболевания.

В то время как ряд авторов (Morawitz, Ludwig, Hochrein, Schittenhelm, Heischmann и другие) рекомендуют применение этих препаратов в общей практике, рассматривая их как прогресс в терапии, другие, как, например, Schottmüller, Siebek, Rotberger, Bohme относятся сдержанно к их применению, предостерегая от бескритического пользования ими.

Библиография и рецензии.

Проф. L. Puusepp. *Chirurgische Neuropathologie*. I Band. Die peripherischen Nerven. Стр. VIII+662, рис. 330, с 5-ю отдельными таблицами, 1932. Цена 6 дол. Commissions-Verlag J. O. Krüger. Akt.-Ges. Tartu (Dorpat).

После большого трактата об опухолях мозга мы имеем перед собой начало нового большого труда по хирургической невропатологии. Первоначально эта работа появилась на русском языке в издательстве „Практическая медицина“ в 1916 году. В этом издании большое содействие оказал автору покойный Ф. В. Эттингер, который сделал все возможное для наилучшего осуществления этого труда, но погиб трагически до его появления на свет. Согласно широко задуманному

плану, настоящий труд рассчитан на четыре больших тома. Второй из них будет посвящен спинному мозгу, третий—головному мозгу и четвертый—вегетативной системе. Богатый тридцатилетний опыт автора, являющегося одним из первых основоположников хирургической невропатологии, а также его прекрасное знакомство как с иностранной, так и с русской литературой (из русских авторов цитируются Бехтерев, Вишневский, Жуковский, Залкинд, Доброхотов, Корнилов, Лапинский, Лурье-Шамбуров, Попов, Рахманов, Складчег, Сперанский, Ставраки, Филатов, Шамбуров и мн. др.) делают эту работу выдающимся вкладом вразбираемую область. Благодаря прекрасно описанной клинической картине, дифференциальной диагностики и терапии, труд интересен не только для невропатолога и хирурга, но и в неменьшей степени для терапевта, эндокринолога, дерматолога и т. д. Можно лишь присоединиться к пожеланию, высказанному уже в иностранной прессе, чтобы и следующие томы этого прекрасного руководства не заставили себя долго ждать.

Внешность издания заслуживает всяческой похвалы. Книга снабжена подробнейшим алфавитным указателем.

Проф. М. Я. Брейтман (Ленинград).

Erwin Wexberg. Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung. Zweite Auflage. Verlag S. Hirzel. Leipzig. 1931.

Главный интерес индивидуальной психологии в изложении Вексберга заключается в том, что у него эта наука проникнута вся партийностью, причем партийностью „социалистической“¹⁾. Индивидуальная психология восстает против современного индивидуализма во всех его проявлениях, ибо она обнаружила болезненную его сущность, доказать, что видимый избыток сил индивидуализма есть только проявление невротической гиперкомпенсации, свидетельствующей о внутренней его слабости и разлагающем его действии. „Культурно-политическая целеустремленность индивидуальной психологии должна идти по линии социализма. Но автор спешит сейчас же оговориться, что ни в коем случае индивидуальная психология не становится на стороне какой-нибудь политической партии, и выступает она лишь против всякого культурного и политического направления, которое в той или иной форме является выразителем индивидуализма и защищает его позиции (своеобразная „нейтральность“ партийного ученого, желающего спасти „беспартийность“ своей науки. Галант). Индивидуальная психология отдаст себе отчет в том, что педагогическая ее программа при наличии современных глубоких социальных различий и весьма неравномерного распределения материальных благ и власти не может быть выполнена ни полностью, ни даже приблизительно; индивидуальная терапия и воспитание могут распространяться на отдельных личностей и остаются совершенно без действия на массы, которые также в них нуждаются. По этому индивидуальная психология стремится к уничтожению классовых различий, к бесклассовому обществу.

Само собой разумеется, что Вексберг, верящий во всемогущую силу воспитания и придающий первостепенное значение формирующему действию социальной среды на личность, не признает за наследственностью никакой подобной роли. „Что касается врожденных задатков, то мы довольствуемся признанием, что мы ничего о них не знаем. Кто о них больше знает, пусть явится и расскажет. Но зато мы очень много знаем о мужестве и тренинге, как важных предпосылок всякого творчества, и мы встречаемся с констатированным фактом, что до сих пор преувеличивали значение задатков (наследственности, Галант) и что каждому человеку открыть путь к творчеству, до того свободно, что жалобы на обесценение гения нас ни сколько не трогают“.

Но Вексберг, несмотря на свой „марксизм“, живя в стране австромарксистов и в буржуазном окружении, не видит путей к осуществлению стремлений индивидуальной психологии к бесклассовому обществу. Вот как он оканчивает свою книгу: „Если индивидуальная психология усматривает в достижении усовершенствованного коллективизма предпосылку для психического здоровья *всех* людей, то она с другой стороны вполне знает, что она здесь постулирует как предпосылку то, что собственно должно явиться результатом ее собственной работы. Вполне очевидно, что с людьми настоящего времени, которые до глубочайших слоев пролетариата проникнуты духом индивидуализма и *обуржуазнились* (под-

¹⁾ Как ее понимает Вексберг (Галант).

черкнуто Вексбергом. Галант) нельзя построить бесклассовое общество. Мы здесь сталкиваемся с порочным кругом, в котором социология и психология, социальная политика и педагогика представляют друг другу первенство в решении, но решение, которого ни одна из них сама провести не может. Положить из-за этого руки в карманы и сказать смиренно, что ничего тут не поделаешь было бы, конечно, ошибкой. Наоборот, из данного положения вещей следует, что социальные политики должны интересоваться больше чем до сих пор психологией и педагогикой, а психологи и педагоги должны больше интересоваться социологией и социальной политикой. Наука о единичном человеке и наука о человеческих коллективах не могут работать врозь, независимо друг от друга. Социология и психология имеют один и тот же объект исследования. Ибо нельзя не видеть, что человеческий коллектив состоит из отдельных индивидов, которые таковыми остаются, если они являются даже частями высшей единицы, с другой стороны изолированный человек не может быть предметом понижающей психологии, или научного познания человека и только лишь человек в его неразрывной связи с другими людьми и высшей социальной единице, к которой он принадлежит. Таким образом социология и психология собственно одно и то же. Если они до сих пор работали отдельно, то в будущем они благодаря обмену своими методами оплодотворят друг друга. Социальная же политика и педагогика в их практическом отношении к жизненным вопросам человека еще в меньшей степени могут быть отделены друг от друга. Мы не только общественные существа, и мы не только индивиды, а то и другое вместе: живущие в обществе индивиды.

Считаться с этим фактом—такова задача науки, но индивидуальная психология выполняет важную подготовительную работу: *Наука о человеке*. Необходимо ждать, когда народится новая „наука о человеке“, которая при общем содействии психологии, социологии, социальной политики и педагогики разрешит в жизни проблему уничтожения классов и построения бесклассового общества!

Нам, советским читателям, остается лишь пожимать плечами, читая „теорию построения бесклассового общества“ австромарксиста Вексберга. Ни капли революционности, ни простого даже понимания настоящего положения дел! По мнению Вексберга пролетариат обуржуазился, проникнут весь гнилым индивидуализмом и не способен революционно, на практике построить бесклассовое общество. И все это Вексберг пишет в 1931 г., когда в СССР пролетариат стоит уже 14 лет у власти, когда победоносный пролетариат Советского союза закончил подведение фундамента под социализм и победоносно строит здание социализма на базе индустриализации и сплошной коллективизации, действительно уничтожая классовые различия, преодолевая пережитки капитализма в экономике и сознании людей, превращая трудящихся в сознательных и активных строителей бесклассового общества. Наш опут Вексбергу: Индивидуальная психология отжила свой век. Она совершенно не нужна пролетариату. Пролетариат имеет свою собственную марксистскую революционную теорию и революционно на практике строит уже бесклассовое общество на $\frac{1}{6}$ части земного шара общими усилиями миллионов трудящихся!

Ив. Галант (Ленинград).

Urbach E. Hautkrankheiten und Ernährung mit Berücksichtigungen der Dermatosen im Kindesalter. Wien, Verl. Wilgelm Maudrich. 1932. 260 стр., 55 рис., 8 крив., 10 табл., цена в пер. 20 марок.

Современная медицина вновь включила в свой арсенал диету как терапевтический фактор, дав ему строго научную, лишенную всякого грубого эмпиризма экспериментально-биологически и биохимически обоснованную базу. В области дерматологии давно чувствовалась нужда в руководстве по диетотерапии при различных заболеваниях кожи. Разбросанные в периодической печати противоречивые данные потребовали строгой критики. Автор, ассистент ун-в. клиника проф. Керля (Kerl) в Вене, задался целью предоставить практику возможность разобратся в биохимизме и практическом применении различного рода питания при лечении дерматозов и четко обрисовать диетопказания и противопоказания. Больше того, автор снабдил свою книгу таблицами и рецептами, которыми будет руководствоваться диетокухня дерматологической клиники. Автор делит свою книгу на 2 части. В первой он анализирует влияние питания на химизм кожи и придатков, на ее биологическую реакцию. Далее он на основании новейших данных по изучению витаминов подробно останавливается на неправильности питания как причины дерматозов. Здесь он рисует заболевания от избытка липохрома в пище, хлористого натра, недостатка воды и витаминов, включая так наз. молочные и

мучные вредные факторы. Обширные главы посвящены изложению эптологии и патогенезу дерматозов на почве заболевания пищеварительного аппарата, нарушения обмена веществ. Интересную главу автор дает по вопросу о пищевых идиосинкразиях в форме сенсбилизаторов. В специальном отделе дается конкретное указание по диетотерапии. Книга т. о. полезна широкому кругу врачей, издавна прекрасно, иллюстрирована хорошо и сравн. недорога.

Р. Я. Гасуль.

E. Bleuler. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin, J. Springer. 1930. Стр. 526. С 63 рисунками.

Руководство проф. Блейлера выдержало за 13 лет пять изданий. Последнее, пятое издание является почти совершенно переработанным. Новов переработана глава о галлюцинациях, точнее определены понятия о схиэидии и синтонии, принято во внимание учение Клейста о краевых психозах. Из органических психозов наиболее подробно разработаны травматический и эпидемический энцефалит: пресбиофрения и болезнь Альцгеймера рассматриваются вместе. Подробно изложено лечение морфиназма и описание кокаинизма, выделен в отдельную главу монголизм, большое внимание уделено болезненным реакциям, неврозам и т. д. Достаточно места отведено психоанализу Фрейда, В соответственных местах указываются данные судебной медицины. Количество рисунков увеличено на 12. После предметного указателя помещено этимологическое объяснение греческих терминов.

Останавливаться на достоинствах этого руководства не приходится. Внешность издания вполне соответствует внутреннему богатству содержания.

В пятом издании Блейлер уже не повторяет фразы, которою заканчивается предисловие к первому изданию: „Психопатологию можно сравнить с эскизом карты обширной богатой страны, прорезанной лишь немногими проходимыми дорогами; белые места означают наиболее обширные области“.

М. Б.

R. Berg. *Erweisbedarf und mineralstoffwechsel bei einfachster Ernährung*. Стр. 239. 1931. S. Hirzel, Leipzig. Цена м. 10. 50.

В последнее время многие вопросы диететики подвергаются пересмотру. В этом направлении не мало сделано автором разбираемой книги. Исследования его отличаются большой оригинальностью, и если не во всех отношениях они получили уже общее признание, то во всяком случае с ними всюду считаются. Ввиду крайней важности я считаю необходимым привести вкратце те выводы, которые автор дает на основании чрезвычайно тщательно поставленных опытов. После богатых щелочами предварительных периодов получается истинный минимум для потребности в белке, если испытываемая пища сама достаточно богата основаниями. При богатом основаниями предварительном периоде и при богатой кислотами испытываемой пищи потребность в белке уже ясно нарастает (5—10%). При богатом кислотами предварительном периоде, но богатой щелочами испытываемой пище потребность в белке повышается по сравнению с истинным минимумом приблизительно на 10%. При богатом кислотами предварительного периода и богатой кислотами испытываемой пище повышенная потребность в белке возрастает, смотря по длине предварительного периода и по содержанию кислот во время его и испытываемой пищи от 20—30 до 1000%.

Использование пищевого белка, прямое или косвенное, зависит от отношения неорганических оснований к неорганическим кислотам как в организме, так и в пище. Для наилучшего использования белка необходим богатый излишек оснований в организме и пище. Поэтому истинные минимальные размеры потребности организма в белке можно найти только в том случае, если имеется излишек оснований в организме и пище. При повышении излишка кислот в организме или пище потребность организма в азоте непрерывно возрастает, пока наконец физиологическая невозможность немедленного выведения шлаков почками не начинает мешать дальнейшему повышению и симулируют накопление. Благодаря этому наконец оптимальные величины Voit'a могут иногда стать минимальными величинами.

Проф. М. Я. Брейтман. (Ленинград).

K. Holm и др. *Laboratoriumstechnik in der Medizin*. Стр. 714. Hamburg. P. Hartung. 1931.

Великолепно изданный том содержит по мысли редактора „теоретические основы и практическое выполнение медицинских, физических и химических способов исследований“ и является учебником и вспомогательным руководством для лабо-

латорной работы. Книга составлена исключительно гамбургскими профессорами и врачами и содержит следующие 20 отделов, из которых некоторые даны в этом виде впервые: физические способы исследования и их основы, неорганическая и органическая химия; химические способы исследования; химия пищевых средств; краткое руководство к исследованию воды и источников; исследование воздуха; нормальная макроскопическая и микроскопическая анатомия; патологическая анатомия; гистологическая техника; физиология; учение о функциях тела; физиологическая химия; определение понятия о болезни; общая бактериология и учение об иммунитете; специальная бактериология заразных болезней; бактериологическое исследование пищевых средств; клинический способ исследования; исследование экскретов, крови и секретов; микроскоп; теоретическое и практическое введение в фотографию для научной лаборатории; микрофотография; графическое изображение, как вспомогательное средство при работе. В книге мы находим множество черных рисунков и 4 художественно выполненные таблицы в красках. Такой характер книги имеет как свои достоинства, так и недостатки. С одной стороны сопоставление всех основных лабораторных данных в одном томе с устранением всего лишнего дает возможность усвоить все необходимое в виде стройно координированной системы; с другой стороны необходимость уложить ряд дисциплин в сравнительно небольшой том невольно приводит к большой краткости, сжатости изложения, так что такого рода учебник не может заменить подробных руководств по лабораторной технике; но то, что дано, изложено вполне согласно с современным положением науки. Как учебник для начинающих книга заслуживает полного одобрения.

Проф. М. Брейтман. (Ленинград).

Augusta Gaskel L. *What is life?* Стр. 324. Ch. C. Thomas.

Вопрос о том, что такое жизнь является в настоящее время одним из самых актуальных. Книга снабжена двумя предисловиями, из которых первое написано знаменитым физиком Compton'ом. Он указывает, что книга основана на фактах современной атомной физики, правильность изложения которых Compton вполне подтверждает. Гипотеза автора состоит в том, что протоны и электроны не только образуют с помощью различных известных комбинаций 22 вида атомов, но также могут соединяться в комбинации активного типа. Z—элементы (от греческого слова зоо—жизнь), образующие живое вещество. Последнее является таким образом двойственной системой, основой которой являются протоны и электроны. Compton дальше говорит: „честный физик должен сознаться, что ему неизвестны никакие экспериментальные доказательства в пользу этих Z-комбинаций протонов и электронов, а также, что ему очень мало известно об атомах, протонах и электронах. Поэтому он не может высказаться окончательно о теории автора относительно „критической концентрации ионов, но допускает эту гипотезу, как рабочую“. Во втором предисловии известный американский биолог Пэрл (Pearl) считает окончательное суждение об этой гипотезе преждевременным, но называет изложение автора освежающим—новым, чрезвычайно стимулирующим и оригинальным. Исходя из основного механистического воззрения, Gaskell однако все время переходит на диалектический путь, особенно в своих рассуждениях о возникновении новых отношений, о процессах равновесия, где она прямо говорит о переходе количества в качество. Автор допускает специфичность живого вещества, указывая, что особая манера сочетания дает особые свойства жизни. Эта работа еще раз показывает, что многие иностранные биологи, незнакомые с диалектикой, тем не менее бессознательно стремятся приблизиться к диалектическому способу мышления, и, если, как автор настоящей работы, местами не могут освободиться от механицизма, тем не менее уже обнаруживают определенный уклон в сторону диалектического мышления, которым однако они еще не владеют вполне. В книге отдается должное работам русских авторов, особенно Веймарна, Виноградской, Кулябко, Менделеева, Мечникова, Тарханова.

Проф. М. Брейтман. (Ленинград).

Рефераты.

а. Ушные, носовые, горловые болезни.

Бронхоскопия при нагноительных процессах в легком и бронхах. В обстоятельной статье André Bloch et A. Joulas (Les annales oto-laryngol., 1932) освещают роль бронхоскопии при гнойных процессах в легком. Даны указания для бронхоскопии как в очень ранних стадиях процесса, так и в хронических и застарелых. Представлены статистические сведения о результатах данной терапии.

Трутнев.

Первичный тромбоз bulb jugul. D-r S. Coleman Seal описывает случай первичного тромбоза bulb. jug., установленный во время операции. Сосцевидный отросток оказался без изменений. Автор вкратце сообщает аналогичные наблюдения Ksretzky, Buenniny, Dabney и дает описание возможного механизма возникновения описываемого страдания (Laryngoscope, 1928).

Трутнев.

Нагноение легких. Бронхоскопический аспект. Garriell Tucker M. D. в краткой статье разбирает вопрос о диагностическом и лечебном значении бронхоскопии при легочных гнойных процессах. Ценность данного метода при определенных патологических изменениях легкого автор иллюстрирует собственными клиническими наблюдениями (Arch. of Otolaryngology. 1928).

Трутнев.

Perforal endoscopy. Ценную помощь, по Louis H. Clerf M. D., интернист может получить от бронхоскописта при диагностике и терапии ряда заболеваний легких: новообразования, пнев, язвенные поражения бронхов и т. д. Особо автор останавливается на роли бронхоскопии при астме, postoper pulmonary atelectasis, абсцессах легкого (Archiv of oto-laryngol. 1928).

Трутнев.

Проф. Трутнев В. К.—Попытка лечения легочных нагноений аспирацией при помощи бронхоскопа. Сборник Казанских клиник болезней носа, горла и ушей. Вып. II. 1931 г. Стр. 216—224.

Автор, на основании собственного 5-летнего опыта, считает, что этот способ должен занять значительное место в диагностике и лечении некоторых легочных заболеваний, особенно, при абсцессе легкого. А. ссылается на работу Ch. Jackson'a, где приводится 224 случая абсцесса легкого, леченного бронхоскопией с благоприятным результатом. Материал автора обнимает свыше 20 больных с заболеванием легких, леченных трахеобронхоскопией, из них 6 больных с абсцессом легкого. Только в одном случае множественного абсцесса легкого наступила смерть. Остальные случаи дали значительное улучшение и восстановление трудоспособности. Приводятся кратко истории болезни. А. настойчиво рекомендует распространение этого способа при гнойных заболеваниях легких и устанавливает показания для него.

И. И. Щербатов.

К вопросу об инородных телах пищевода. Проф. В. К. Трутнев. Сборник Казанских клиник носа, горла и ушей. Вып. I. 1931 г. Стр. 38—52.

Автор указывает, что инородные тела пищевода представляют нередкое явление. Самым надежным и безопасным методом, как в диагностике, так и в извлечении инородных тел, является эзофагоскопия. На 650 случаев эзофагоскопии ни разу не было смерти от нее. А. наблюдал 41 случай инородных тел пищевода, удаленных путем эзофагоскопии. Среди них были инородные тела самого различного характера и размера, вплоть до тубуса с радиом, оставшегося при лечении в пищеводе. А. кратко приводит 20 историй болезни и коллекцию инородных тел, извлеченных из пищевода. А., на основании своего опыта, дает указания о технике, показаниях и противопоказаниях для эзофагоскопии, горячо рекомендует широкое распространение этого способа, который вытеснил старые способы зондирования и извлечения вслепую инородных тел пищевода.

И. И. Щербатов.

Острые стрептококковые инфекции глотки. W. Mollison. The Journal of Laryngology and Otology. № 7, 1932 г. Решающую роль в инфекции глотки автор приписывает гемолитическому стрептококку. Исследование здоровых глоток дало рост стрептококка в 90% случаев. Из них гемолитический стрептококк бывает в 10—20% случаев, но при острых инфекциях—постоянно.

Bloomfield и Fetty исследовали 200 сиделок. В 67 случаях, где были удалены миндалики, в 9% обнаружили небольшие колонии strept. haemol. В 108 случаях, где миндалики не удалялись, в 37% обнаружено много колоний strept. haemol, Dick и Dick нашли, что у 30 здоровых лиц, глотки которых были смазаны чистой культурой strept. haemol, только у 7 развился острый тонзиллит.

Тип поражения глотки бывает различный—от разлитой гиперемии слизистой до тяжелой деструкции ткани. Мембранозное поражение может наблюдаться в различных отделах верхнего дыхат. тракта и, поражая нос, может имитировать дифтерию. Ангина Людовика также относится к стрептококковым поражениям глубоких отделов шеи и гортани.

Другая форма стрептококковой инфекции встречается в виде язв, которые могут быть даже на истинных голосовых связках.

Далее, инфекция в глотке проявляется в отеке слизистой оболочки и подлежащих тканей. Отек поражает иногда надгортанник и тогда существует опасность асфиксии, осложнения бывают общие и местные. Из первых наблюдаются полиартриты, нефриты и множественное увеличение желез. Из местных—частым осложнением бывает перитонзиллярный абсцесс. Автор подчеркивает благотворное действие антистрептококковой сыворотки.

И. И. Щербатов.

О смертных случаях при местном применении новокаина. Th. Seeger. Archiv für Obren, Nasen und Kehlkopfheilkunde Bd. 132, H. I 1932.

Автор наблюдал два случая внезапной смерти после местного применения новокаина. Он дает сборную статистику опубликованных случаев, где имеется 64 смерти от новокаина. 53% приходится на область шеи, при чем из них $\frac{2}{3}$ падают на тонзиллэктомию, остальные на область грудной клетки, спланхникusanэстезию и сакральную анестезию. Он подробно останавливается на предположениях о причинах смерти. Авт. казывает, что смерть в большинстве случаев наступала в пределах 10 мин. Концентрация раствора достигала $\frac{1}{2}$ %. Количество новокаина было от 0,01 до 1. Главной причиной смертности местного применения новокаина автор считает рефлекторное воздействие. На нее оно зависит от рефлекса со стороны sinus caroticus, который путем действия через п. caroticus на п. glossopharyngeus действует на сердце, вызывая мерцание желудочков. В области грудной клетки смерть может произойти от раздражения плевры, в брюшной полости от раздражения п. splanchnicus. Причина смерти от сакральной и люмбальной анестезии может зависеть от повышенного давления liquor. Автор рекомендует учитывать предрасположение пациентов, в смысле повышенной чувствительности в области рефлекторного механизма, топографо-анатомические рефлексогенные зоны и направление укола. Поэтому следует опасаться анестезий в таких местах, где смерть наступает при относительно незначительном механическом insulte.

И. И. Щербатов.

Острый мастоидит и субокупитальный tbc. Engelhardt. Archiv für Ohren—Nasen—Kehlkopfheilkunde. Bd. 131. H. 3. 1932 г.

Приводится случай, когда у 58-летнего пациента развилось острое гнойное воспаление левого среднего уха, осложнившееся мастоидитом. При трепанации найдено разрушение в сосцевидном отростке, в средней черепной ямке и верхушке. Во время наркоза голова с трудом могла быть повернута вправо. В послеоперационном периоде оставалось ограниченное вращение головы вправо, и имелась двусторонняя затылочная невралгия. Только через 7,5 недель после операции появился инфильтрат сади правых кивательных мышц и в ретрофарингеальном пространстве. Из последнего излился типичный для tbc гной. R. дал неясную структурность в передней дуге атланта.

Автор считает, что в данном случае имелся латентный tbc атланта, вспыхнувший благодаря заболеванию уха и операционной травме. Прогноз tbc верхних шейных позвонков—неблагоприятен. Терапия должна ограничиваться пункцией абсцесса.

И. И. Щербатов.

Показания для радикальной операции при хроническом гнойном воспалении среднего уха. S. Mygind. The Journal of Laryngology and Otology, № 5, 1932 года.

Автор в своей статье разбирает оперативный материал 556 радикальных операций за 8 лет. Показания к операции менялись на протяжении лет. Вначале автор оперировал широко до 1925 года, когда количество операций в год равнялось

74, за последние же годы оно уменьшилось до 48. А. применял беспластичную радикальную операцию, которую после оставил из-за неблагоприятных результатов, также резко сократил операции по Вагану. Рецидивы после радикальной операции равны 5–6%. Показания к операции он делит на абсолютные и относительные. По абсолютным показаниям оперировано 333 случая, т. е. 59%. Смертность 14%. По относительным показаниям оперировано 174 случая, с 3 смертями. В этой группе холестеатома наблюдалась в 55 случаях. Всего холестеатома наблюдалась 312 раз, т. е. 56%. А. указывает на тот факт, что холестеатома часто не проявляется объективными признаками, а случайно обнаруживается при операции. При холестеатоме вдвое чаще встречаются тяжелые осложнения, чем при обычном нагноении среднего уха. Фистулу лабиринта и паралич лицевого нерва он не считает абсолютным показанием к радикальной операции. Операция была излишней в 50 случаях, оперированных по относительным показаниям. Наиболее обманчивыми признаками являются головокружение и головные боли. А. в настоящее время придерживается консервативной позиции и особенно предостерегает оперировать у детей при наличии плохого слуха на другое ухо. Лицам, страдающим хроническим нагноением среднего уха, необходимо общее лечение, так наз. „сухал джа-та“. Детям надо укреплять общее состояние.

В настоящее время автор применяет прежний метод операции с пластикой и длительной тампонадой.

И. И. Щербатов.

К вопросу о послеоперационном синустромбозе. Kriegsmann. Archiv für Ohren—Nasen und Kehlkopfheilkunde. Bd. 131. Н. 3, 1932 г.

Автор проверил истории болезней за 18 месяцев. В 241 случае была антротомия и в 86 случаях радикальная операция. На 241 антротомий синус был обнажен 133 раза, из них он выглядел нормальным в 132 случаях, 127 случаев зажили без осложнений, как и те, где синус не был обнажен. В 5 случаях появился послеоперационный синус—тромбоз, потребовавший выключения синуса и перевязки v. jugularis. Один из них кончился летально. При радикальной операции на 86 случаев синус был обнажен 23 раза. В 18 случаях он выглядел нормальным. В одном из них на следующий день высокая т-ра. При реоперации—изменения на стенке синуса. Перевязка v. jugularis. Выздоровление. В 5 случаях были изменения на стенке синуса, 2 из них выздоровели без осложнений. В двух случаях по поводу ознобов—выключение синуса и перевязка v. jugularis. Выздоровление. В 5-м случае уже существовал синус-тромбоз, который кончился летально. Разбирая случаи вторичных синус-тромбозов автор указывает, что от обнажения синуса до появления признаков пиемии проходит от 2 до 5 дней.

На основании всех случаев автор решающую роль в возникновении вторичных синус-тромбозов приписывает вирулентности возбудителей, а также благоприятствующим факторам в виде давления и повреждения эндотелия. Он рекомендует не обнажать синус, за исключением тех случаев где есть к тому показания. Затем следует избегать ранних операций при мастоидитах, так как при них в нескольких случаях наступил тромбоз.

При обострении хрон. гнойн. воспал. уха следует избегать оперировать в этой стадии, если же этого нельзя избежать, то показано обнажение синуса и тампонада его, рану закрывать наглухо не следует.

И. И. Щербатов.

Синдром Градениго. Hutchison. The Journal of Laryngology and Otology 1932 г. № 10.

Автор сообщает о наблюдавшемся им случае острого отита у 6-ного 39 лет, который осложнился болями в области тройничного нерва на стороне заболевшего уха. В дальнейшем была произведена антротомия, которая уничтожила гноетечение, но невралгические боли продолжались. После появился паралич n. abducens. Реоперация. Найдены клетки, идущие под tegmen tympani вниз в каменистую кость. После операции улучшение. Невралгические боли исчезли. Паралич n. abducens исчез через 6 месяцев. Пациент выздоровел.

И. И. Щербатов.

Зависимость дифтерии, бациллоносителей и заболевания сосцевидного оттока от миндаляков и аденоидов.

G. Brown. The Journal of Laryngology and Otology. № 10. 1932 г.

Автор рассматривает вопрос о наличии миндаляков и преобладания дифтерии, бациллоносителей и мастоидитных заболеваний. Он указывает, что бациллоносители

ли были излечены в короткий период после удаления миндалин и аденоидов. Из 600 случаев, кому была сделана полная тонзиллэктомия, ни разу не наблюдалась дифтерия. Из сводки 4764 случаев дифтерии только у двух отсутствовали миндалики, но диагноз у них не был подтвержден бактериологически.

После того, как автор стал часто применять операции на миндалинах и аденоидах, количество заболеваний сосцевидного отростка резко снизилось.

Отрицательные результаты от операции на миндалинах и аденоидах, он приписывает затрудненному носовому дыханию и заболеванию синусов, на что надо обратить внимание, прежде чем решиться на операцию.

Автор статьи приписывает определенные улучшения в психическом и физическом состоянии после полного удаления миндалин и аденоидов.

И. И. Щербатов.

Искусственный абсцесс. G. Canuyl. The Journal of Laryngology and Otology. № 10. 1932.

Автор применял искусственный абсцесс при септической инфекции и устанавливает показания для него и технику. Искусственный абсцесс—метод, целью которого является искусственное вызывание посредством раздражения скипидарным маслом образование абсцесса в подкожной клетчатке. Доза для взрослых 1 куб. см., у детей от 2—3 капель. Скипидар впрыскивается в переднеаружную область бедра в клетчатку. Через 48 часов место укола начинает припухать и на 5—6 день появляются явные признаки абсцесса. Отсутствие реакции является дурным прогнозом, часто указывающим на летальный исход. Когда абсцесс созрел, его вскрывают маленьким разрезом. Выздоровление быстрое, первичным натяжением.

При легкой инфекции применять абсцесс не стоит. При очень тяжелых инфекциях, когда иссякли все противозащитные силы, вызывать абсцесс бесполезно. Показания для него следующие: тяжелые формы пневмонии и бронхопневмонии, пuerперальная лихорадка (показано применение в ранних стадиях) цереброспинальный менингит и тяжелые случаи эпидемического энцефалита, тяжелые формы гриппа с легочными осложнениями, брюшной тиф, тяжелая септицемия и септикопиемия. В этих случаях искусственный абсцесс дает самый лучший результат. Автор удовлетворен этим способом в случаях стрептококковой инфекции ушного происхождения. Инъекции скипидара были началом быстрого улучшения в состоянии пациента.

И. И. Щербатов.

Послеоперативные результаты радикальной операции у детей. Послеоперативная оторрея. Ascheron. The Journal of Laryngology and Otology № 5. 1932 г.

Автор приводит результаты радикальной операции у детей до 16-летнего возраста. Применялась как радикальная, так и консервативная операция. В 50% полость уха сделалась сухой. Двусторонняя радикальная операция дала резкое ухудшение слуха. Из осложнений в 2 случаях получилась полная атрезия слухового прохода, в двух—перихондрит и в двух—обширный келоид на месте разреза. Автор отмечает благоприятный результат для слуха после пересадки мышцы в рану. Он затем подробно останавливается на послеоперационной оторрее сосцевидного отростка и барабанной полости. Отмечает, что источники гноетечения иногда бывают скрыты то корочками серы, то в глубине полости, которую трудно обозреть. В заключение автор рекомендует ряд указаний относительно техники операции и послеоперационного ведения больного. При консервативном лечении он предлагает лечить уши ионизацией *zinci sulfurici*.

И. И. Щербатов.

б. Внутренние болезни.

Нагрузка желатиной, как клиническая функциональная проба печени. Манке сообщает о печеночной функциональной пробе печени, которая указывает на расстройство белкового обмена в печени (Münch. Med. Woch. 1932, S—1430). Она состоит в даче питья желатины и определении в моче через определенное время аминокислот.

Нормально тахистим выделения лежит в первые 4 часа. В патологических случаях общее количество может быть увеличено или изменяться время выделения.

А. Миркин.

Количественный состав желчи при нормальных и патологических состояниях, в особенности при печеночных заболеваниях. Heinlen (Krankheitsforschung. Bd. 9. H. 3) исследованиями на отравленных фосфором собаках подтверждает, что при тяжелых печеночных заболеваниях изменяется не только количество желчи, но и ее качество.

Эти изменения касаются холестерина, фосфатидов и желчных кислот, количество которых и в абсолютном и в процентном отношении уменьшается.

Содержание желчных пигментов в процентном отношении колеблется, сначала уменьшаясь, а затем увеличиваясь, что стоит в противоречии с исследованиями Stadelmann'a. Возможно, что это противоречие основывается на различии применяемых отравляющих веществ.

А. Миркин.

Аллергия при заболеваниях желчных путей. По Fodor'y и Kupos'y (Thegaria, 1931, № 3) аллергические моменты играют роль функциональных причин в заболевании желчных путей. В большом проценте случаев наблюдается одновременное появление аллергических заболеваний и заболеваний желчных путей. В $\frac{1}{4}$ всех случаев заболеваний желчных путей авторами была обнаружена эозинофилия больше 3%, которую они считают за проявление аллергии. В значительном числе из этих случаев болевые припадки были обусловлены не камнями, а дисфункцией органа, вызванной аллергическим состоянием. В этих случаях встречались и камни, но это были не билирубиновые камни.

А. Миркин.

Значение и применение черной редьки во внутренней медицине, главным образом при заболеваниях печени и желчных путей. Schrader сообщает на основании наблюдений над 180 больными (Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 121. H $\frac{1}{2}$) о холекинетических, холеретических и диуретических свойствах редьки.

Клиническое течение ряда случаев дает основание предполагать особенно хорошее влияние редьки на печеночные клетки и разнообразные функции печеночной ткани. Причиной действия редьки на первом плане нужно считать наличие в ней умеренного количества эфирных масел. Влияние эфирных масел объясняется не только содержанием органически связанной серы, но также особым свойством эфирных масел влиять прежде всего на заболевания печени и желчных путей.

Вредного влияния этого лечения, в особенности раздражения почек и других органов, до сих пор не наблюдалось.

А. Миркин.

Хелотерапия тбк. Gessner и Siebert, Bzk T, 75,5. Walbum, в результате опытов на животных, нашел благоприятный эффект введения в туберкулезный организм солей марганца и кадмия. Helms видел хорошие результаты от лечения солями этих металлов у человека. А.а. решили проверить экспериментально эти данные и пришли к выводу:

- а) высокие дозы марганца ухудшают течение процесса у тбк морских свинок,
- б) комбинированное лечение солями марганца и туберкулином дает у этих животных временное проходящее улучшение,
- с) эти данные не опровергают выводов Walbum, но утверждают тот факт, что основной момент при терапии тбк металлами—это правильная дозировка медикамента.

Н. Крамов.

Лечение тбк легких iodom. Sylla, Adolf. Bzk T. 80. A. вводит интравенозно через день Endojodin (Hexamethyldiaminoisopropanoldijodit) по 2,0—4,0—6,0 при фиброзных процессах без ВК и кавернозно-цирротических с обильными ВК в мокроте. А отмечал ясное уменьшение ВК. Благоприятное действие Endojodin'a заключается в обезврежении ядовитых тбк продуктов, а не в бактерицидном действии иода. Введение Endojodin'a в вену или интрамускулярно является также пробой на амилоид: при введении 4,0 в норме под выделяется мочей через $\frac{1}{2}$ —1 часа и выделение продолжается 24 часа и более, при амилоиде—незначительное подовыделение через 2 часа и только короткое время.

Н. Крамов.

Тбс р. и органотерапия. Bzk I. 75, V. Mattausch. А. применял у 140 б. с легочным тбс лечение селезеночными препаратами, давая внутрь ежедневно по 2—3 стол. ложки препарата Splenotrat и по 1,5 внутримускулярно. Исчезали поты, снижалась т, улучшалось общее состояние, исчезали в 50% ВК, происходило обратное развитие инфильтративных очагов. Лучшие результаты а получил из комбинированного лечения препаратами селезенки и печени (Splenotrat и Hepatrat), даже при формах Phthisis ulcero-fibrosa. Побочных явлений не наблюдалось. Не считая этот метод лечения каузальным

при тбс р. а. в этих органотерапевтических препаратах видит наличие веществ, которые ускоряют и усиливают защитные силы организма и общают успех в борьбе с тбк.

Н. Крамов.

Тбс р.; лечение неспецифическими жирowymi веществами. Paulsen Bzk. 75,5.

Среди многочисленных факторов защиты против тбс жировые вещества играют большую роль. Современи Муха было установлено в ряде работ, что применение неспецифических жирowych веществ увеличивает образование антилипоидов, липазы, липолитических ферментов и др. защитных сил против бациллярных жиров и липоидов. Jentzen, Margsovis предложили препарат gamelan, вырабатываемый из чужеродных жиров и липоидов, который, будучи вводим в организм в виде инъекций или втираний, оказывал благоприятное действие при тбк легких, при продуктивных и экссудат. формах.

А. применил этот препарат у 54 тбк больных и получил исключительно хорошие результаты: снижение Т, уменьшение мокроты и исчезание ВК, улучшение лейкоцитарной кривой (уменьшение сдвига по Шиллингу). А. рекомендует этот метод в тех случаях, где нельзя применить искусственный пневмоторакс или дорого стоющее длительное санлечение.

Н. Крамов.

Смертность от туберкулеза в Нью-Йорке. Louis Z. f. d. T. T, 37,5.

Нью-Йорк—„лаборатория“ для изучения социальных проблем: город многочисленных национальностей, с различным социальным положением отдельных групп населения и различными видами и частотой различных заболеваний. В Н.-И. 50000 серьезных тбк больных. Смертность от тбк в Н.-И. была в 1900 г. $28\frac{9}{1000}$ (28 на 10000 населения), а в 1928 г.— $7,3\frac{9}{1000}$, в Чикаго— $6,6\frac{9}{1000}$, в др. крупных городах САСШ— $3,5\frac{9}{1000}$. Смертность от тбс у китайцев в Н.-И.— $80\frac{9}{1000}$, у негров— $40\frac{9}{1000}$, норвежцев— $20\frac{9}{1000}$, итальянцев $12\frac{9}{1000}$, русск. евреев $8,6\frac{9}{1000}$. Эта разница обусловлена не только расовыми моментами, но и социально-бытовыми условиями (питание, жилище и т. п. различных групп населения и национальностей. Высокая смертность китайцев и негров отмечена в кварталах с чрезвычайной скученностью населения и беднотой обитателей этих кварталов.

Н. Крамов.

Рентген и радий в лечении токсического зоба и гипертиреозидизма. T. Stevens, J. Am. M. A. V. 97, 23.

Токсический зоб обусловлен увеличением числа нормально секретирующих клеток (гиперплазия) щитовидной железы. Гипертиреозидизм обусловлен нормальным количеством клеток железы, но гиперактивных, без выраженной опухоли железы (по классификации автора).

Не отрицая необходимости удаления инфекционного очага, который мог вызвать указанное выше заболевание, а. применял лечение рентгеном и радием у 325 больных с указанными заболеваниями и получил в 90% излечение.

Тошнота, рвота и диарея исчезали, нарастал вес, исчезали сердцебиения, тахикардия, дрожание, одышка, уменьшалась и исчезала опухоль железы, обмен веществ входил в норму.

Рентген-радиотерапию таких больных а. считает основным методом лечения, рекомендуя его в до и после операционном периоде на щитовидной железе. В статье указана литература и приведена методика лечения.

Н. Крамов.

Бактерицидные свойства мочи против ВК. Pr. Med. 932, 19. Courmont, Gardège, исследуя мочу у тбк больных и здоровых на ее бактерицидные свойства, пришли к след. выводам:

моча нетуберкулезных больных не обладает бактерицидными свойствами по отношению ВК в культурах; наоборот, моча тбк больных бактерицидна. Но это свойство мочи слабее, чем бактерицидность плевральных выпотов и сыворотки крови. Можно предполагать, что бактерицидность мочи тбк больных происходит от таковой—кровяной сыворотки.

Бактерицидность мочи и крови более высока в случаях курабильных. Указанные свойства мочи могут быть использованы в целях диагностических и прогностических.

Н. Крамов.

Гиппократовы пальцы (барабанные палочки) Pr. Med. 1932, 24. Gaus sade считает, что в основе барабанных палочек лежит не изменение костной системы,

з мягких тканей, где в результате расстройств циркуляции крови происходит отек, захватывающий и ногтевое ложе. Наличие барабанных палочек на одной руке, при одновременном сдавлении вен на этой стороне, говорит за этиологию периферического кровяного стаза.

Н. Крамов.

Adenolymphoiditis benigna с мононуклеозом. Omler, Pr. Med. 1932, 19.

Больной, предрасположенный к частым ангинам и трахеитам в результате подкожных инъекций противотифозной вакцины, дал острое опухание желез задне-челюстных, шейных, подключичных, подмышечных. При незначительных общих явлениях, без ангины, у б. была след. картина крови: L—5.109, N—35%, Eos—1%, Ly—41%, Mon—23%. Болезнь длилась 12 дней, но аденопатии держались и в период convalescении.

Н. Крамов.

Роль сифилиса в этиологии бронхо-эктазов у детей. Pr. Med. 1932. P. 56, Mikulovski.

А. описывает 2 случая бронхоэктазов у детей с сифилитическими проявлениями. У первого ребенка (возрастом в 1 год) после перенесенного коклюша развились бронхоэктазы. У него отмечался ранее ряд сифилитических стигм: эластопатия, большой живот, расширение вен, гипотиреоз и общая гипотрофия. Второй случай: у девочки 11 лет также после перенесенного коклюша, осложнившегося гнойным плевритом, развились бронхоэктазы. У отца—аневризма аорты, ребенок имел R.W.+, патологическую худобу, расширение вен, повышенную нервную возбудимость и многочисленные расстройства сосудисто-эндокринной системы. Расширение вен в обоих случаях зависело от влияния гипопиза на тонус стенок вен, эластическую ткань и на бронхи в частности. Расширение вен и бронхоэктазы являются синдромом эндокринной эластопатии.

Н. Крамов.

Хроника

15) La Presse Medicale (в № 11, 1933 г.) приводит интересную статистику.

В 1921 г. в Берлине умерло 5.800 чел. от туберкулеза и 4500 чел. от рака. В 1928 г. 4300 чел. от туберкулеза и 6900 чел. от рака и, наконец, в 1931 году от туберкулеза умерло 4000 чел. и 7300 от рака.

В 1928 году во всей Германии умерло 73000 больных от рака.

16) Комиссия из проф. Borst'a, Döderlein'a, v. Romberg'a и Sauerbruch'a постановила наградить проф. Askanaзу премией за его работы по экспериментальному раку.

Точными и систематическими экспериментами Askanaзу доказал значение эмбриональных клеток в происхождении раковых опухолей. Прививая крысам эмбриональную ткань в сочетании со слабыми раздражениями Askanaзу получил развитие злокачественных опухолей (Med. kl., № 52, 1932 г.).

17) 20/XII 1932 г. исполнилось 25-летие Ленинградского урологического общества, отмеченное торжественным заседанием.

18) В Мхете (в 20 километрах от Тифлиса) создается комбинат отдыха для рабочих Тифлиса. Мцхетская долина, где сливаются в одно русло воды рек Арагвы и Куры,—одно из живописнейших мест Грузии. 5.000 трудящихся смогут ежедневно проводить здесь выходной день.

Комбинат будет состоят из санатория, домов отдыха, водной спортивной станции, парка со всевозможными аттракционами и киноэстрадой, детского городка.

19) Всесоюзный ин-т экспериментальной медицины ставит широкие задачи комплексного изучения организма человека. В ин-те будет организован отдел биофизики, который явится связующим звеном между биологией, физикой и техникой. При изучении будут использованы все последние достижения физики и химии (радиотехника, электронные потоки и др.). При ин-те будет развернут ряд лабораторий и клиник, оборудованных по последнему слову науки. Сухумский питомник обезьян, переданный ин-ту, расширяется и будет превращен в филиал ин-та. Предполагается также организация филиалов в различных частях Союза и санаторий в различных климатических зонах Союза. Все это даст возможность всестороннего и глубокого изучения организма человека и без сомнения даст много для развития медицины как теоретической, так и практической. Ввиду обширности

задач ин-та ему необходима общественная поддержка, почему Совет решил организовать комитет содействия реорганизации ин-та и решил обратиться к А. М. Горькому с просьбой быть председателем комитета. А. М. Горький, принимавший активное участие в реорганизации ин-та, избран почетным членом Совета ин-та.

20) В Ташкенте начата постройка первой в Узбекистане электро-водо-грязелечебницы. К концу года лечебница будет пропускать 200 больных в день.

Строятся три новых корпуса эпидемической больницы на 550 коек.

21) 7.1.1933 г. в Московском обл. клин. ин-те было чествование проф. Д. Д. Плетнева по поводу 35-летия его врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности. Приветствовать юбиляра явились представители НКЗдрава, ВСУ РККА, обл. и горздрава, союза медсантруд, профессура и врачи. Было опубликовано постановление ВЦИК от 5.1.1933 о присвоении Д. Д. звания заслуженного деятеля науки.

22) Наркомздрав разработал план изучения раковых заболеваний. К участию привлекаются все леч. учреждения—как стационары, так и амбулатории. В областных и краевых центрах, а также на новостройках создаются специальные организации для борьбы с раком. В Москве, Воронеже, Горьком, Ростове и/Дону, Казани, Новосибирске, Саратове, Свердловске и Смоленске будут организованы областные онкологические отделения. В Москве образуется Центральная комиссия по борьбе с раком в следующем составе: профессора—Розанов (председатель), Абрикосов, Архангельский, Герцен и Петров и д-ра—Михайлов (секретарь) и Френкель. В состав Комиссии входят представители общественных организаций.

23) В г. Канаше Чувреспублики открывается филиал Трахоматозного института при Казанском институте для усовершенствования врачей.

24) Утвержден состав Совета мед. научных обществ при Наркомздраве в следующем составе: наркомздрав—т. Владимирский, член коллегии—т. Попов, профессора—Абрикосов, Авербах, Бурденко, Гиляровский, Данишевский, Кисель, Кончаловский, Малиновский, Мезерницкий, Розенков, Свержевский, Семеновский, Фронштейн и Шервинский и доктора—Голонский и Моргенштерн. В состав Совета входят представители общественных и профсоюзных организаций.

25) 8 марта в Марининском посаде Чувреспублики скончался б. профессор Казанского универс. и Каз. мед. ин-та Николай Александрович Геркен.

6 сентября 1933 г. в гор. Горьком состоится 2-й Поволжский съезд по борьбе с кожными и венерическими болезнями.

Программа съезда.

1) Состояние вопроса и борьба с кожными и венерическими болезнями в городах, на новостройках, в деревне и на водном транспорте.

2) Профессиональные болезни кожи.

3) Экспериментальная дермато-венерология.

4) Клиника кожных и венерических болезней.

5) Сифилис пограничных областей

Оргбюро просит вас принять активное участие в работах съезда и сообщить тематику докладов и сообщений, которые вы могли бы сделать на съезде.

Заявки на доклады и сообщения принимаются до 1 июня 1933 г.

Делегаты обеспечиваются общежитием.

Состав оргбюро: Проф. М. П. Батунин (председатель), д-р П. А. Кайдаковский (зам. председателя). Члены: П. М. Залкан, И. А. Левин, П. Ф. Тимофеев (г. Горький) проф. И. Н. Олесов, проф. Я. Д. Печников, доц. Б. С. Бикенин (Казань), проф. А. С. Зенин, д-р А. И. Кубарев (Самара), проф. П. С. Григорьев, д-р Н. И. Окунь (Саратов), А. П. Пасхалов (Астрахань), д-р В. А. Батц (водный транспорт), д-р В. В. Корнеев (Вятка), д-р А. М. Никитин (Чувашреспублика). Секретариат д-ра А. И. Демасис, Н. А. Торсуев и Н. Н. Чумаков.

Оргбюро.