

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1929 г.

(Год издания XXV)

№ 12

Д Е К А Б Р Ъ.

(Вышел из печати 25 декабря).

Цена 65 коп.

КАЗАНЬ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

в 1930 г.

. . 1142
те. . 1147
. . 1155
те. . 1161
. . 1171

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.
Орган Медицинского факультета Казанского университета и Казанского института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Журнал выходит **ежемесячно**, книжками не менее 7 печ. листов, (112 стр.) каждая, кроме того годовые и полугодовые подписчики получают **бесплатные приложения**, выходящие под общим названием «Медицинские монографии».

Подписная плата с приложениями, доставкой и пересылкой на год (12 №№) — 6 руб.; на $1\frac{1}{2}$ года (6 №№) — 3 руб. 50 коп.

При непосредственном обращении в редакцию для годовых подписчиков **допускается рассрочка: в 2 срока** (по 3 руб. при подписке и к 1 июня) и **в 3 срока** (по 2 руб. при подписке, к 1 апреля и 1 августа).

Требования и деньги направлять по адресу: г. Казань, редакции «Казанского медицинского журнала».

Воспользуйтесь приложенным бланком почтового перевода.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1929 г.

(Год издания XXV)

№ 12

Д Е К А Б Р Ь.

КАЗАНЬ.

Главлит ТССР № 4256

Нар. № 1553.

Тираж 3500 экз.

ТАТПОЛІГРАФ, Казань, ул. Миславского, 4. 1929.

Отдел I. Оригинальные статьи.

„Сырая пища“ как лечебный (метод¹⁾).

(Критические замечания).

Проф. Н. Strauss (Берлин).

Под именем *сырой* пищи (Rohkost) разумеют такую пищу, которая готовится без применения огня. Различают сырую пищу животного и растительного происхождения. Исходя из современного движения в сторону питания сырой пищей, с практической точки зрения представляет интерес прежде всего сырая пища *растительного* происхождения. При рассмотрении ее я имею ввиду касаться лишь тех обстоятельств, которые в этом вопросе имеют место у *взрослых*, и не затрагивать того, что бывает при питании растущего организма, где нужно принять во внимание ряд других соображений и, главным образом, вопрос о витаминах.

В чем заключается преимущество сырой растительной пищи? Она бедна 1) калориями, 2) белками, 3) экстрактивными веществами и 4) поваренной солью. Напротив, она богата 1) жидкостью, 2) целлюлезой, 3) минеральными веществами и 4) витаминами.

Если питать здорового человека исключительно *сырой* растительной пищей, то прежде всего требуется очень измельченное, даже рафинированное приготовление ее, ибо в противном случае следует опасаться, что при известных обстоятельствах может сильно снизиться калорийность и содержание белков в ней. При названных условиях становится, во всяком случае, возможным длительно кормить здоровых исключительно сырой пищей, хотя имеющиеся до сих пор наблюдения показали, что и при этих условиях питающиеся сырой пищей в общем значительно худеют, что, впрочем, не мешает им в случае надобности производить достаточную и даже чрезмерную физическую работу. Тем не менее нет решительно никаких оснований предлагать исключительно сырую пищу для длительного питания широких народных масс.

Как обстоит вопрос с понижением ценности пищевых веществ при варке их? Несомненно, что под влиянием варки пищи происходят значительные изменения в питательных веществах. Эти изменения прежде всего заключаются 1) в выщелачивании и перегруппировке минеральных веществ, 2) в уменьшении содержания витаминов и 3) в уменьшении ценности веществ для утоления чувства голода. В связи с работами Ragnar-Berg'a и др. возникли большие споры относительно понижения ценности растительной пищи в связи с изменением содержания в ней минеральных веществ при варке. Надо считать несомненно правильными

¹⁾ Статья проф. Н. Strauss'a написана специально для Каз. мед. журнала и критически освещает вопрос, подвергающийся большой дискуссии на Западе и имеющий большой интерес и в условиях нашего быта.

соображения Ragnar-Berg'a, поскольку дело идет о *химической* стороне этой проблемы; однако, *клинически* те выводы, которые делает Ragnar-Berg и его последователи, вызывают ряд сомнений. Принимая во внимание процессы минерального обмена у человека, мы должны сказать, что клинически только в редких случаях наблюдается нарушение здоровья из-за варки овощей. Во всяком случае клиника знает лишь немногие выраженные заболевания на почве недостатка минеральных веществ, как например зоб при недостатке йода и некоторые формы малокровия при недостатке железа. Для возникновения же большинства подобных нарушений минерального обмена решающее значение имеет не столько *подвоз* минеральных веществ, сколько недостаточная способность *фиксировать* их, или далеко зашедшее нарушение промежуточного обмена веществ, как например при ацидозе у диабетиков. В большинстве случаев тяжелые нарушения минерального обмена тогда лишь имеют место, когда регуляторные приспособления организма оказываются недостаточными. Обычно, при нормальном питании путем соответствующего прибавления соли удается восстанавливать те изменения, которые произошли в растительной пище при варке ее в результате удаления или перегруппировки минеральных веществ. Тем не менее, я считаю возможным поддерживать предложение готовить картофель и овощи путем тушения, а при варке их использовать воду из-под варки для приготовления супов, соусов и т. п.

В качестве наиболее веского аргумента в пользу применения сырой пищи за последнее время особенно энергично с разных сторон указывается на то, что сырая пища полностью сохраняет содержащееся в ней витамины. Мы, конечно, придаем огромное значение при процессах питания содержанию витаминов в пище, но поскольку учение о витаминах выросло лишь за последние два десятилетия, следует здесь открыто заявить, что, на мой взгляд, выводы некоторых, преимущественно не медицинских кругов, сделанные в вопросах питания здоровых и больных, значительно преувеличены. Если мы будем рассматривать положение вещей с чисто *врачебной* точки зрения, как оно обстоит у взрослых, (мы повторяем, что не будем здесь затрагивать, как этот вопрос должен обстоять у растущих детей), то прежде всего играет роль витамин С, т. е. противоцинготный витамин. Но здесь должно быть подчеркнуто, что цинга, по крайней мере у нас в Германии, наблюдается чрезвычайно редко, и что она наступает лишь после полного исключения *всякой* сырой пищи из диеты в течение многих месяцев. Так, по крайней мере, обстоит дело в периоды нормального питания народных масс. Иначе обстоит вопрос при исключительных социальных условиях. Если далее указать на то, что бедная витаминами пища облегчает появление инфекций, причем само течение инфекционного заболевания она делает более тяжелым, то это, несомненно, соответствует действительности, но лишь при условии, что в пище действительно содержится мало витаминов. А между тем, это понятие само по себе трудно поддается определению, так как мы точно не можем установить количества витаминов, которое требуется для правильного питания взрослого человека. Несомненно, варка уменьшает содержание витаминов в растительной пище, но в большом ряде растительной пищи, потребляемой нами даже и зимой, все же остается достаточное количество витаминов. Так, например Scheunert

обнаружил в вареном картофеле по крайней мере 50% витамина С. Компоты и моченые фрукты также содержат около 50%. В овощах Scheunert обнаружил по крайней мере 5—10% витаминов. По мнению Stepp'a белая капуста и томаты хорошо сохраняют и при варке свои витамины. Крысы, которых Friedberger кормил в течение 9-ти месяцев исключительно вареным желтком, не обнаруживали никаких признаков авитаминоза. Влияние варки на содержание витаминов в некоторых растительных пищевых продуктах видно из помещаемой ниже таблицы Scheunert'a, приведенной мною также в моей монографии о „Rohkostprobleme“, которая появилась в томе XI, тетради IV, издаваемого мною „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs-und Stoffwechselkrankheiten“. Verlag Marhold, Halle, 1929.

ТАБЛИЦА.^{*)}

Сорта фруктов	В сыром виде	Приготовленные на огне	
Земляника	++	свареная	++
Черника	+	консервирован.	+
Малина	++	сок	+
Смородина	++	компот	++
Бузиновая ягода	++	суп	++
Крыжовник	++	компот	++
Яблоки, хорошие сорта	++	тоже	следы
Яблоки, неважные	+	тоже	следы
Груши	±	тоже	0
Абрикосы	±	тоже	следы
Вишни	++	тоже	+
Персики	±	тоже	±
Сливы	±	тоже	±
Сорта овощей			
Зеленая капуста	+++	зелень	++
Кудрявая капуста	+++	вареная	++
Белая капуста	+++	тушеная	++
Тоже	+++	вареная	+
Тоже	+++	в духовой печи	++
Кислая капуста	++	вареная	+
Свекла	+++	зелень	±
Шпинат	+++	тушен. в теч. 1/2 часа	+
Тоже	+++	в духов. печи на 10 мин.	+
Кочанный салат	+++		
Красная капуста	+++	зелень	+
Розовая капуста	+++	тушеная	++
Цветная капуста	+++	зелень	++

*) +++ = очень много; ++ = много; + = немного; ± = очень немного.

Сорта фруктов.	В сыром виде	Приготовленные на огне	
Бобы	++		
Зеленый горошек	+++	моченый	++
Горох желтый	0		
Огурец	+++до++		
Брюква	+++		
Морковь, огородная морковь	+++до+	вареная	±
Сельдерей	++		
Картофель молодой	+++	варен. с шелух.	++
Тоже	+++	варен. без шелухи	++
Тоже	+++	тушен. без шелухи	++
Картофель старый	+++	варен. с шелухой	++
Тоже	+++	тушен. без шел.	++
Кольраби	++		
Спаржа	+++	вареная	следы
Ревень	++	компот	+
Груздь (пластинчик перечный)	0		
Майская репа	+++		

Разрушение витаминов при процессе варки является, таким образом, лишь *частичным* и оставшейся части их при нормальном питании вполне достаточно для того, чтобы избежать явлений авитаминоза. В новейшее время пропагандистами сырой пищи, в особенности Bircher-Benner'ом, подчеркивается, что варка пищи уничтожает так называемую „солнечную значимость“ (Sonnenwerte) пищи, которая считается ими „потенциальной силой“ ее. Но нужно сказать, что такие мнимые „солнечные потенциалы“, которые подвергаются разрушению при варке, существуют лишь в представлении отдельных, особенно фанатичных агитаторов за вдею питания сырой пищей. Мы же примем их во внимание лишь тогда, когда будет доказана фактически наличие этих солнечных потенциалов, подвергающихся уничтожению при варке пищи. Если далее Friedberger с некоторых пор говорит о понижении ценности пищи путем варки, и если это сообщение было использовано представителями питания сырой пищей в качестве веского доказательства вреда варки, то следует заметить, что Scheunert и Wagner так же, как Widmark и Stenqvist высказали большие сомнения относительно тех выводов, которые Friedberger сделал на основании своих опытов над животными и что сам Friedberger на основании новых опытов значительно ограничивает свои первоначальные положения.

Этим, во всяком случае, еще не поколеблено другое качество сырой пищи, а именно ее высокая ценность для утоления чувства голода— обстоятельство, которое, как мы увидим, придает большое значение фруктам, салатам и овощам при лечении ожирения. Не следует игнорировать и то обстоятельство, что более грубая пища способствует интенсивному

жеванию и таким образом содействует более чистому содержанию зубов. Вот почему часто находят у крестьянского населения значительно лучшие зубы, чем у многих кругов городского населения в связи с более изнеженным питанием этих последних.

В прежнее время главное преимущество вареной пищи прежде всего искали в том, что этим путем достигается разрыхление состава сырого продукта, и что таким образом до известной степени предельвается предварительная работа для акта пищеварения. Однако, новые лабораторные исследования клиники Strasburger'a показали, что использование сырой растительной пищи в тех условиях, какие имеются в желудочно-кишечном канале человека, значительно лучше, чем думали раньше. Как бы там ни было, следует принять во внимание, что при приемах чрезмерных количеств чисто растительной пищи значительные количества преимущественно азотсодержащего материала не успевают всосаться в такой мере, как это имеет место при обычном питании, из-за ускоренного продвижения пищи, которое при этом наступает. Это следует особенно иметь в виду, так как при выборе исключительно растительной пищи вообще не очень легко подобрать блюда с достаточным содержанием азота. Влияние же больших количеств растительной пищи на кишечник может при некоторых обстоятельствах быть очень велико и привести к ряду функциональных расстройств его.

Наконец, монотонность диеты при питания сырой пищей приводит к тому, что некоторые лица отказываются долго питаться ею. Вот почему питание сырой растительной пищей требует исключительных забот со стороны кулинарии, которая должна высоко стоять не только в смысле основательной чистоты, но также в смысле целесообразного размельчения и привлекательного вида приготовленных блюд. На это постоянно указывали те круги, которые интересовались питанием сырой пищей, причем сами они подчеркивали огромное значение соответствующего измельчения, приготовления и придания вкусного внешнего вида сырой пище, предлагая для этого также и соответствующие прописи. Но эти различные технически необходимые кулинарные процедуры требуют столько времени, что это одно уже является серьезным препятствием для широкого распространения питания сырой пищей.

Далее, было бы ошибочно думать, что питание сырой пищей обходится дешевле, чем смешанная пища. В некоторых местностях в определенные времена года, в частности зимой и весной, питание сырой пищей обходится даже дороже, чем обычное смешанное питание. Нельзя также игнорировать и того обстоятельства, что кухонное приготовление путем варки, жарения и печения само по себе уже вызывает ряд изменений пищевых веществ, которые влияют на вкус и таким образом косвенным путем также на полноценное использование пищи, ибо активаторы пищеварительных соков согласно учения Павлова и его учеников также производят положительную работу при пищеварении. Вообще, надо сказать, что огромное большинство влияний, которое приписывают сырой пище, достигается также при растительной пище, только *частично* подвизимой в сыром виде. Это относится не только к содержанию калорий и белка, но также к содержанию поваренной соли и экстрактивных веществ.

Нельзя также упускать из виду и того, что варка все же является средством борьбы против *кишечных инфекций*. Это имеет значение не

только в отношении возбудителей заболеваний бактериального характера, но также и в отношении гист. Замечание это я делаю, так как опыт учит, что при массовом потреблении не всегда в одинаковой мере удается проводить необходимую чистоту, в частности во времена, когда потребление пищи становится ограниченным.

Тем не менее, в проблеме питания сырой пищей имеется *зерно истины*, которым практический врач не может пренебрегать, и которым он не пренебрегал и в те времена, когда проблема питания сырой пищей еще не вызвала столь большого интереса, как в последнее время. Применяем, ведь, мы уже в течение долгого времени фрукты, салаты и овощи с лечебно-диетической целью в соответствующей показаниям форме при *лечении* различных заболеваний. Из них на первом месте следует упомянуть *хронические запоры*. Для лечения их требуется наличие в диете значительного содержания фруктов, салатов и овощей. То же самое имеет место также и при лечении *ожирения*, при котором область применения сырой пищи является многообразной. Здесь следует лишь упомянуть о сердечно-сосудистых расстройствах и известных заболеваниях суставов, которые у тучных иногда не дают возможности проводить строгий режим. Благодаря своим насыщающим, освежающим свойствам и малой калорийности, фрукты, салаты, приготовляемые с небольшим количеством жиров, и бедные жирами овощи издавна с полным правом заняли достойное место и оправдали себя в полной мере при *лечении ожирения*. Я здесь должен назвать лишь так наз. „фруктовые дни“, которые применяются в различной форме и в различном употреблении. Нельзя при этом обойти молчанием и того, что можно достигнуть хороших результатов при лечении ожирения также путем назначения одних свежих фруктов лишь каждый вечер вместо ужина. Впрочем, при длительном питании тучных стали применять и исключительно бедные калориями продукты, заменяющие растительную пищу. Я подчеркиваю при этом слово „бедные калориями“, так как имеются также и богатые калориями фрукты, как например, миндаль, орехи, винные ягоды, финики, виноград и т. д. Для питания *диабетиков* также предлагали сырую пищу. Уже больше 25 лет тому назад Kolisch указывал на известное преимущество растительной пищи для питания тяжелых диабетиков. По моим наблюдениям прибавление свежих фруктов и салатов дает возможность достигнуть в более удобной форме гораздо большего разнообразия в назначаемые „овощные дни“ и „овощно-яичные“ дни в смысле v. Noorden'a, „мучнисто-фруктовые“ дни в смысле Falta и „овощно-жировые“ дни в смысле Petré'n'a. Мне кажется сомнительным, насколько целесообразно часто вводить в диабетической диете сырую растительную пищу. Напротив, сырой пище, как части бедного мясом режима отводится более или менее широкое место при подагре, которая впрочем у нас составляет сравнительно редкое заболевание. Аналогичное имеет место и в условиях лечения печенью *пернициозной анемии*. Мы должны подчеркнуть далее целесообразность назначения фруктов, салатов и овощей у некоторых *нефритиков*, в частности в тех случаях, где имеется тенденция к задержке азотсодержащих шлаков. Это имеет значение не только для предложенных мною в свое время „*Eiweiss-Karenztage*“ (дни с безусловным воздержанием от белковой пищи), когда пищевой режим по сути своей состоит из фруктов, салатов, овощей и мучных блюд, но

также для длительного питания при многих почечных заболеваниях, которые связаны с склонностью к задержке плаков. В последнее время сырая пища предложена также и для лечения некоторых случаев *гипертонии*. Поскольку гипертония является частичным проявлением почечного процесса, это очевидно из уже сказанного. При других случаях повышения кровяного давления, поддающихся обратному развитию, получались, по моим наблюдениям, при питании исключительно сырой пищей такие же результаты, какие приносила яично-молочно-растительная диета бедная солью при одновременно проводимом режиме телесного и душевного покоя. Во всяком случае то влияние, которое оказывала сырая пища на уменьшение кровяного давления при условии одновременного соблюдения режима покоя, было такое же, что и при употреблении яично-растительной диеты, которая лишь частично состоит из сырой пищи.

Наконец, лечением сырой пищей далеко не во всех случаях достигается успех. Подобный результат я мог бы отметить на основании своих наблюдений в случаях питания сырой пищей *склеротиков* и в некоторых случаях *функциональных неврозов*, в особенности протекающих с явлениями возбуждения со стороны вегетативной нервной системы, как например, при *Базедовой болезни*, при *крапивнице*, в *климактерическом периоде* и т. д. Имеются, однако, невротики, на которых каждый отдельный метод лечения, который разнится от обычных, производит особенно хорошее впечатление. К упомянутым заболеваниям относится также *Diabetes insipidus* так же, как и мочеислый диатез (выделение мочеислого песка и мочеислых солей).

Вообще говоря, всюду можно наблюдать, что множество сторонников сырой пищи большей частью встречаются в тех кругах, которые чрезвычайно легко увлекаются всяким новшеством. Это относится не только к *здоровым*, но и к *больным*. В остальном особый интерес представляет то, что даже столь убежденный и ревностный защитник идеи питания сырой пищей, как Bircher-Beuner не опирается для питания больных на принципе *исключительного питания сырой пищей*; в зависимости от положения и случая, он при некоторых обстоятельствах наряду с сырой пищей, кроме хлеба, вареного и жареного картофеля, предлагает также мясные блюда и другие кушанья, приготовленные на огне. Поэтому следует, по крайней мере для врачебных целей, говорить о диете, „содержащей сырую пищу“ или „богатой сырой пищей“ вместо „питания сырой пищей“ (Rokhost), и надо подчеркнуть, что, к сожалению во многих местах в питании не только больных, но также и здоровых фрукты, овощи и салаты не всегда в достаточной мере предусмотрены в меню. Таким образом мы приходим к заключению, что сырая пища как часть растительной, яично-молочно-растительной или также смешанной диеты играет роль при многих заболеваниях и может приносить пользу, но она должна применяться врачами весьма критически и индивидуально приспосабливаться к особенностям каждого отдельного случая для того, чтобы она не приносила вреда. И на самом деле, так наз. режим питания сырой пищей приходится время от времени и не очень редко прерывать.

Из Госуд. инст. для усов. врачей им. Ленина (директ. проф. Р. А. Лурья)
и из Центр. маляр. станции в Казани (зав. прив.-доц. О. А. Герман).

Интракутанная реакция как новый метод при диагнозе малярии.

Прив.-доц. О. А. Герман и д-р М. С. Лифшиц.

Так как возбудитель малярии нам известен и клиническая картина этой болезни подчас протекает чрезвычайно характерно, казалось бы, что нет ничего легче, как поставить соответствующий диагноз. Однако, надо признаться, что затруднения и даже ошибки при этом бывают очень часто и тогда, когда болезнь протекает остро, и тем более тогда, когда она имеет хроническое течение. Если плазмодии обнаруживаются в крови, то, конечно, всякий вопрос отпадает. Известно, однако, что даже в остром и подостром состоянии, когда болезнь обычно сопровождается характерными температурными кривыми с ознобом и потом через строго определенное время, иногда плазмодиев в крови найти не удастся и при повторных исследованиях в толстой капле.

В последнее время неоднократно описывались случаи, принимавшиеся, вследствие характерной клинической картины, сначала за малярию, а потом, когда хинин не давал лечебного эффекта, и когда были предприняты дальнейшие разносторонние шаги к уяснению диагноза, у больных оказывался хронический сепсис (Friedemann и Deischer, Герман и Лифшиц), гонококковый сепсис под вопросом (Jacoby и Sohn), сепсис, вызванный *Microc. catharralis* (Nagell), мальтийская лихорадка (Здродовский, Мгебров, Wangforth) и др. В последнее время Рахлин сделал сообщение о таком же принятом сначала за малярию хроническом сепсисе, при котором одним из нас (Герман) был дважды обнаружен в крови больного менигококк. Если такие затруднения при диагнозе возможны при остром и подостром течении болезни, то при хронической форме, когда плазмодии сравнительно редко обнаруживаются в крови (в зимние месяцы процент положительных анализов у таких больных у нас в последние годы колеблется от 1 до 10%) и даже довольно часто нет заметно увеличенной селезенки или печени, такие случаи, когда при диагнозе становившиеся втупик, становятся совершенно заурядными явлениями.

Не меньше, если не больше делается ошибок также в начале заболевания малярией, когда болезнь сравнительно редко протекает с характерной для малярии температурной кривой. Тогда как при повторных искусственных прививках малярии и почти при всех рецидивах лихорадка начинается крутыми подъемами с последующим падением температуры, такая картина наблюдается только у 10% всех первично привитых, а в большинстве случаев болезнь начинается неправильными подъемами температуры до 37—39°, как это доказано уже многими видными исследователями (Wagner-Jauregg, Doerr и Kirschner, Mühlens, Weygandt и Kirschbaum, Korteweg), так что весьма часто болезнь принимается сначала за грипп или другое инфекционное заболевание.

Неудивительно поэтому, что делаются попытки найти новые диагностические методы, которые облегчали бы диагноз малярии в затруднительных случаях. Хорошими подсобными диагностическими средствами при малярии являются исследования картины крови, в особенности моноцитоз, нейтрофилез, наличие в крови базофилов, хроматофилов, гематина в моноцитах, отчасти исследования на уробилин или уробилиноген, но и эти методы не являются абсолютно надежными. Не было недостатка и в серологических реакциях при диагностике малярии. Специфические антигены из различных материалов от маляриков применяли при этом Gasbarrini, Thomson, Salvioli, Горовиц-Власова, Савченко и Баронов. Так как иногда при этом получались очень хорошие результаты, то возможно, что эти методы в будущем при дальнейшей разработке и проверке окажутся подспорьем при диагнозе малярии в затруднительных случаях.

Желательно, однако, выработать вспомогательный метод диагностики малярии, легко доступный для любого врача. В этом отношении большое значение могла бы получить кожная реакция, если бы удалось найти подходящий антиген для малярийных больных. Антигенные кожные реакции получали в последнее время широкое применение при самых разнообразных болезнях. Основаны они, как известно, на том, что при введении в кожу различным образом приготовленных экстрактов из микробных культур или органов больных получается специфическая воспалительная реакция в тех случаях, когда организм был предварительно соответствующим образом инфицирован. Очень популярны уже реакции с туберкулином, в особенности в детской и в ветеринарной практике. Маллеин дает хорошие результаты при сипе. Реакция Schick'a на восприимчивость к дифтерии и реакция Dick'ов на скарлатину вышли уже далеко за пределы лабораторных опытов. Испробованы методы кожных реакций при сифилисе, кори, тифе, дизентерии, менингите, трихофитии, молочнице, глистных болезнях, *rickettsia canis* и др., причем в некоторых случаях, как, напр., при третичном люэсе с люэтином, получаются, по указаниям различных авторов, определенно хорошие результаты.

При малярии, насколько нам известно, таких антигенных проб еще не делалось, а поэтому, когда мы приступили к своим опытам, нам предстояло решить вопрос о выборе материала для антигена, который, кстати сказать, при различных, да и при одной и той же болезни, готовится самыми разнообразными способами. Для начала для приготовления антигенов мы остановились на крови маляриков как на материале, который легче всего доступен. В дальнейшем мы предполагаем испробовать и плаценту от роженицы, больной малярией, а если окажется возможным, то и селезенку и печень маляриков. Опыты наши мы производили водным экстрактом из сгустка крови, который в разведении 1:10 со стерильной дистиллированной водой и с 1/2% ас. carbol. liq., подвергали в термостате аутолизу, причем время от времени встряхивали антиген в Schüttelapparat'e, декантировали жидкость после центрифугирования, доводили ее до кипения и снова декантировали после центрифугирования. В большинстве случаев применялась смесь антигенов от нескольких больных с одинаковой формой малярии.

Из 3-х видов кожной реакции: 1) собственно кутанной, 2) интракутанной и 3) перкутанной мы в первую очередь остановились на внут-

трикожной, вводя обычно 0,1 к. с. антигена в толщу кожи тонкой иглой. В дальнейшем имеем в виду также испытать кутанный метод, при котором материал вводится посредством буравчика или надреза ланцетом.

Для того, чтобы хоть частично выяснить, общаются ли наши опыты какие-нибудь перспективы, нам предстояло с самого начала определить, имеется ли при внутритрожной введении разница между действием специфического антигена и контрольной интракутанной инъекции, причем для контроля брали первое время физиологический раствор, а затем неспецифический антиген из сгустка лошадиной крови. При этом мы увидели, что на морских свинках как специфический, так и неспецифический антигены давали иногда очень незначительные инфильтраты только в разведении примерно до 1:1000, а начиная с более высоких разведений получалась незначительная воспалительная реакция, которая в течение первых часов уже обычно совершенно исчезала. Такие же опыты мы проделали на себе и на целом ряде других заведомо небольших малярий людей (в общем 47 чел.) и после того, как наладили технику инъекций, в большинстве случаев получали такие же результаты.

Скажем несколько слов о самой технике. Инъекции мы производили обычным путем интракутано, параллельно поверхности кожи, по 0,1 к. с. во внутреннюю сторону предплечья в участок, вымытый спиртом и смоченный эфиром, причем, когда мы вводили острые иглы в кожу больше, чем на 2 мм. вдоль по поверхности кожи, и когда антигены разводились в дистиллированной воде, мы нередко и у здоровых людей получали травматические реакции в виде небольших инфильтратов с покраснением, которые длились иногда несколько дней. В дальнейшем мы, как правило, этого уже не получали, когда брали для разведения физиологический раствор в 0,85% и тонкие иглы с коротким острием, так что при введении его в кожу не более, чем приблизительно на 2 мм., все отверстие уже оказывалось закрытым эпидермисом. Инъекции производились довольно быстро под средним давлением, игла извлекалась мгновенно и отверстие, во избежание выхождения из него введенной жидкости, закрывалось на несколько секунд стерильной ваточкой. Места инъекций держались обнаженными каждый раз около 10 минут после инъекций для того, чтобы выступающая из отверстия кожи капелька подсохла.

Реакция оценивалась через 24 и 48 часов и иногда позже. Проявлялась она обыкновенно в виде небольших инфильтратов от 1 до 10 мм. в диам. непосредственно над местом инъекции, заметных не только макроскопически, в особенности глядя сбоку, и на ощупь, но и на расстоянии вследствие резко окрашенного в темно-красный цвет небольшого участка кожи над ним. Вокруг этого геморрагического инфильтрата нередко отмечалась еще через 24—48 часов и позже значительная краснота или побледнение с красным венчиком. У малярийных больных специфический антиген иногда давал незначительные реакции, заметные еще через 1—2 дня после введения, даже в разведении 1:100 миллионов. Разведения всегда делались *ex tempore* с физиологическим раствором. Часть опытов протекала так, что для контрольного белкового антигена бралось разведение в 1:10 тысяч, а для специфических антигенов брались разведения в 1:100 тысяч, 1:1 миллион, 1:10 милл. и иногда даже 1:100 миллионов, причем в то время как контроль в разведении 1:10 тысяч обычно не давал инфильтратов и покраснений, специфические антигены часто давали небольшие инфильтраты при всех разведениях, причем чем меньше были разведения, тем обыкновенно резче была реакция. В дальнейшем для специфических антигенов применялись разведения в 1:10 тыс. и 1:100 тысяч, а для контрольного экстракта из сгустка лошадиной крови разведение в 1:10 тысяч.

Реакции мы расценивали как положительную, слабо положительную, сомнительную и отрицательную. Мы ее считали резко положительной, если инфильтраты от специфического антигена были не меньше 3 мм. в длину и 2 мм. в ширину (инфильтраты часто бывают удлинёнными по ходу иглы) при полном отсутствии или едва заметной реакции с контрольным антигеном. Если инфильтраты со специфическим антигеном были меньше 3 мм., при полном отсутствии таковых в контроле, или во всяком случае значительно резче, чем в последнем, то реакция считалась слабо положительной. Если реакция была не резче, чем с контролем, то она считалась сомнительной. Надо сказать, что некоторые лица настолько чувствительны к внутривенным инъекциям, что дают довольно резкие реакции даже от контрольного антигена. Отрицательной реакция считалась в том случае, если через 24 ч. и позже не было инфильтратов ни от специфического антигена, ни от контроля.

Опыты были начаты зимой, когда было очень мало случаев малярийных больных с плазмодиями в крови. Сначала готовились антигены из сгустка крови, в которой были *Plasm. praesox*. Смесь из трех разных таких антигенов нам давала лучшие результаты, чем моновалентные антигены. В дальнейшем были изготовлены такие смеси антигенов из *Plasm. mal.* и сравнительно недавно еще из *Plasm. vivax*. Предполагаем мы еще испробовать смесь антигенов из всех 3-х видов плазмодиев.

Работу пришлось повести в разных направлениях, так как было необходимо в отдельности выяснять, действуют ли антигены строго специфически (скажем, антиген из *Pl. viv.* при *m. tert.*) и не дают ли они при этом еще групповые реакции (скажем, антиген из *Pl. viv.* при *m. trop.*, и *m. quart.*), или дают ли они вообще только групповые реакции, независимо от формы заболевания.

В силу того, что у нас сначала были только антигены из крови с *Plasm. praesox*, мы в первое время проводили опыты только с ними, причем, так как плазмодии в крови мы тогда находили только у немногих, то большинство опытов проводили на маляриках хрониках, которые к тому же нас больше всего интересовали, так как у таких больных установление диагноза и вызывает обыкновенно наибольшие затруднения. Выбирали мы сначала такие случаи, когда кроме анамнеза также объективные данные, как то: увеличение селезенки, увеличение печени и т. д., говорили нам за несомненную хроническую малярию.

К сожалению, в большинстве случаев, за отсутствием плазмодиев в периферической крови, мы при этом не знали формы заболевания. Из 64 таких хронических маляриков резко положительных реакций со смесью антигенов *m. tropica* было 35, т. е. 54,7%, а слабо положительных еще 19, следовательно всего положительных было 54, т. е. 84,4%, так что на сомнительные (их было 3) и на отрицательные случаи (их было 7) приходится только 15,6%. Надо сказать, что из тех 7, у которых реакция получилась отрицательной, у 2-х в это время был грипп, у третьего еще был легочный туберкулез. Такие же осложнения были еще у 2-х, давших слабо положительные результаты. Надо поэтому думать, что временное истощение организма другими болезнями ослабляет специфические реакции при малярии. Так как у 9 из этих лиц форма заболевания была известна (были *m. tert.*, *quart.* и *trop.*) и так как вообще трудно пред-

положить, чтобы у всех остальных хронико-маляриков была одна и та же форма заболевания, соответствовавшая применявшемуся антигену, а именно *m. tropicae*, то приходится из данных опытов допустить, что антигены из *Pl. praesens* почти всегда дают групповую реакцию.

В дальнейшем у 12 человек, у которых к моменту исследования в крови были обнаружены *Plasm. vivax*, причем у некоторых была увеличена то селезенка, то селезенка и печень, то ни то ни другое, была произведена внутрикожная реакция со смесью антигенов из крови от больных *m. tertianae*, причем резко положительных было 7 (т. е. 58,3%), слабо положительных 2, следовательно всего положительных было 9 (т. е. 75%), а отрицательных было 3 (т. е. 25%). У всех трех с отрицательной реакцией в день производства реакции был приступ, вследствие которого, очевидно, как еще будет видно из дальнейших опытов, в организме в соответствующий момент оказывается меньше антител. Результаты показывают, что антигены из *Pl. vivax* дают в большинстве случаев трехдневной лихорадки положительную реакцию, но строго специфична ли она или только общая для всех форм заболеваний, мы из этого ряда опытов еще не видим.

У 3 человек с *Pl. praesens* в крови, причем у 2-х из них селезенка была увеличена, а у одного нормальна, произведена реакция со смесью антигенов *m. tropicae*. У всех к моменту производства реакции были легкие приступы. У всех реакция при этом получилась слабо положительной, что вполне согласуется со сказанным выше относительно лиц с *Pl. vivax* в крови. У 1-го человека с *Pl. mal.* в крови и с увеличенной селезенкой реакция с антигеном из *Pl. mal.* была резко положительной. Реакция была произведена в момент, когда у больного только начинался озноб после 2-х дневного перерыва. У 3-х человек с *Pl. mal.* в крови и с увеличенной селезенкой, а у одного еще была увеличена и печень, реакция с антигеном *m. tropicae* дала положительный результат (в 2-х случаях резко, а в одном слабо положительный), что говорит за групповую реакцию.

Чтобы узнать, получается ли кроме групповой реакции еще строго специфическая, мы 14 больным с *Pl. vivax* (у них была увеличена или только селезенка, или только печень, или и селезенка и печень, или ничего) произвели одновременно реакции со смесью антигенов *m. tertianae* и отдельно со смесью антигенов *m. tropicae*. Со строго специфическим антигеном *m. tert.* резко положительных случаев было 12 (т. е. 85,7%), слабо положительных — 1, а всего положительных 13 (т. е. 92,9%), а отрицательным был только один случай (т. е. 7,1%). С групповым антигеном *m. trop.* оказалось резко положительных только 8 (т. е. 57,1%), слабо положительных 5, следовательно всех положительных было 13 случаев, т. е. те же 92,9%. Так как резко положительных со строго специфическим антигеном было 85,7%, а с групповым только 57,1%, и так как, кроме того, даже среди всех резко положительных случаев строго специфический антиген давал более интенсивную реакцию (сравнительно больше были инфильтраты, а краснота вокруг них занимала большую поверхность), можно сказать, что антигены, давая почти всегда групповую, все же еще в большой степени дают строго специфическую реакцию. Что касается отрицательного результата, то он был отрицательным как со специфическим, так и с групповым антигеном, и получился

у больного, у которого в то время, когда производили реакцию, был приступ.

Для выяснения степени специфичности антигена еще были произведены реакции у 5 человек, у которых в крови были обнаружены *Pf. vivax*. Реакции производились одновременно с тремя различными смесями из сгустков крови больных трехдневной, четырехдневной и тропической формы. Со строго специфическим антигеном 3 дали резко положительный результат (60%), 1—слабо положительный (20%). С групповым антигеном *m. trop.* резко положительным был только 1 (20%) и слабо положительными 3 (60%), а с антигеном *m. quart.* резко положительных было 2 (40%) и слабо положительных 1 (20%), причем строго специфический антиген *m. tert.* во всех этих случаях дал более интенсивную реакцию, так что кроме группового действия антигенов из остальных двух видов плазмодиев мы и здесь в особенности ярко видим строго специфическое действие. И в этом ряде опытов отрицательный случай оказался отрицательным со всеми антигенами, причем у данного больного, когда производилась реакция, был приступ.

Итак, мы видим, что для уточнения диагноза лучше производить больному реакцию с тремя смесями антигенов, кроме контрольного. Мы ограничивались в таких случаях для всех антигенов, как и для контрольного, разведением 1:10 тысяч, т. е. делали 4 внутрикожные инъекции. Для иллюстрации этого укажем на то, что 3 больным хроникам с неизвестною формою, так как плазмодии у них не были найдены, но с увеличенной селезенкою, а у 2-х еще с увеличенной печенью, были произведены реакции с 3-мя смесями антигенов. У всех 3 получились или резко или слабо положительные реакции, причем разница в интенсивности их с тем или другим антигеном была так велика, что можно было бы двух считать больными *m. tert.*, а одного *m. trop.* В тех случаях, когда важно будет выяснить не форму, а только поставить диагноз, вероятно можно будет с успехом применять сразу смесь антигенов из всех видов плазмодиев, чтобы реакция получилась по возможности всегда резко положительной независимо от формы заболевания.

Всего внутрикожные реакции были произведены с разными антигенами у 105 малярийных больных, причем резко положительные результаты были у 63 чел. (60%), слабо положительные—у 27, так что всего положительных было у 90 человек (т. е. 85,7%), а сомнительных или отрицательных было у 15, из коих у 7 человек в то время, когда производили реакцию, были приступы малярии, а у 3-х были другие осложнения в виде гриппа и др. Если бы не считать этих десяти человек с приступами или другими острыми инфекционными заболеваниями, то положительных случаев оказалось бы 94,7%. Реакции положительные получались и тогда, когда была увеличена селезенка и печень, и тогда, когда отсутствовали один или оба эти симптома.

На большом ряде лиц мы убедились, что при правильной технике реакции с малярийными антигенами и контрольным у здоровых дают отрицательный результат. Спрашивается, однако, какова реакция у других больных—не-маляриков? В этом отношении у нас еще очень мало опыта, но те немногие наблюдения, которые мы сделали, как будто говорят за то, что у других больных, не-маляриков, реакция получается отрицательной. Так, 3 больных легочным туберкулезом, 1 с резко выраженной

неврастений и 2 с невыясненным диагнозом дали нам отрицательную реакцию.

Мы видим, таким образом, что внутрикожная реакция, являясь по своей простоте доступной для каждого врача и давая, повидимому, очень хорошие результаты, может, пожалуй, оказать при диагнозе малярии значительные услуги. Возможно, что при дальнейшем улучшении метода смогут быть получены еще лучшие результаты.

Выводы: 1) Антигены из сгустка крови маляриков давали при внутрикожной реакции, как правило, отрицательные результаты у здоровых или больных не-маляриков, тогда как у малярийных больных в громадном большинстве случаев получалась положительная реакция. 2) Положительная реакция при этом получалась обыкновенно со всеми антигенами, то есть получались групповые реакции, но более интенсивные инфильтраты и более резкую красноту мы видели при применении строго специфического антигена. 3) Реакция получалась часто отрицательной, если она производилась во время приступа. Это может быть доказывает, что тогда в организме имеется мало антител. 4) Временное истощение организма другими болезнями также как будто бы ослабляет строго специфическую и групповую реакцию при малярии. 5) Нужны дальнейшие опыты для улучшения и уточнения методики.

Литература. 1) Bamforth. Lancet, 1927.—2) Doerr u. Kirschner, цит. по Kirschbaum'y.—3) Friedemann u. Deicher, D. m. W. 1926, № 18.—4) Gasbarrini. Zeitschr. f. Imm. I Teil, № 1. 5) Герман О. и Лифшиц М. Сборник трудов Каз. гос. инст. д. усов. вр.—6) Hermann O. u. Lifschitz M. D. m. W. 1928, № 9.—7) Горюхи-Власова. Врач. дело. 1924, № 1—2.—8) Jacoby u. Cohn. D. m. W. 1927.—9) Kirschbaum. Arch. f. Sch. u. Tropenhyg. 1927, Bd. 31, H. 8.—10) Korteweg, цит. по Kirschbaum'y.—11) Мребров, Русск. журн. троп. мед., 1925, № 4. 6.—12) Mühlens. Die Plasmodien. 1921—13) Mühlens, Weygandt u. Kirschbaum. M. m. W. 1920, № 29.—14) Nagell. Ib. 1928, № 3.—15) Савченко и Баронов. Каз. мед. журн. 1929, № 3 и Труды Куб. окр. малар. станции. 1926. Краснодар.—16) Salvioli, цит. по Ziemann'y.—17) Thomson J., цит. по Ziemann'y.—18) Ziemann. Malaria u. Schwarzwasserfieber, 1924.

Из Ульяновской городской детской амбулатории.

Лечение пептоном „Witte“ летних детских поносов¹⁾.

Д-ра В. Дядькина.

Патогенез и этиология детских летних поносов еще недостаточно изучены. Одно только известно, что эпидемия этих поносов наблюдается в летние дни, когда кишечник ребенка вследствие, очевидно, слабой выносливости его к летней жаре (понижение иммунитета) и вследствие небрежного и недостаточного ухода и питания, является объектом пищевой интоксикации и навозения различного рода инфекциями. Лечение летних поносов представляет одну из трудных задач для врача. Уже одна высокая детская смертность от желудочно-кишечных заболеваний говорит за мало успешное наше лечение. Сообщение д-ра Дайховского

¹⁾ Доложено в заседании Ульяновской научн. асс. врачей.

из клиники проф. Лурия (Каз. мед. журнал, № 2, 1928) о лечении поносов пептоном „Witte“ побудило нас испробовать этот способ на материале Ульяновской городской детской амбулатории. Эпидемия детских поносов в прошедшее лето дала нам возможность осуществить пептоно-терапию.

Для лечения мы брали 5% раствор Witte-pepton'a и вводили внутримышечно: детям до года—0,5 куб. с., до 2 лет—0,75 куб. с., до 3 лет—1 куб. с. Всего приходилось делать от 2 до 5 инъекций через день. Перед лечением кишечник ребенка очищался *ol. ricini* и запрещалось молоко.

Всего нами проведено 83 случая. По возрасту дети распределялись: до 1 года 38 чел., до 2 л.—31 чел., до 3 л.—10 чел. и до 8 л.—4 чел. По заболеванию: острым гастро-энтеритом—62 сл., острым колитом—21. Наблюдая за результатами парентерального введения пептона - Witte в наших случаях, мы должны отметить весьма благотворное и целебное свойство этого препарата. В тяжелых и запущенных случаях с резким исхуданием и бесчисленными жидкими и слизистыми испражнениями, когда все терапевтические мероприятия отказывались помогать, пептон-Witte возвращал больному организму силы, бодрость, и на наших глазах ребенок поправлялся. В свежих же случаях достаточно было 2—3 инъекций в ягодичы, как понос проходил, падала ¹⁰ и прекращалась рвота. При применении пептона, мы не наблюдали ни местной, ни общей реакции. Для иллюстрации к сказанному приводим несколько кратких записей из наших наблюдений.

I. В. П., 10 мес., жидкий понос с запахом; слабит, по словам матери, „бес-сечно“. Объективно—живот вздут, болезнен, обложенный язык, повыш. ¹⁰. 13/VII 29 г. назначается *ol. ricini* чайную л. и 0,5 куб. с. пептона; 15/VII слабило 2 раза, самочувствие лучше, ребенок поднимает голову—0,5 куб. с. пептона; 17/VII слабит редко, самочувствие хорошее—0,5 куб. с. пептона; 19/VII понос исчез.

II. С., 12 мес., понос со слизью и кровью 6—8 раз в день. При осмотре: впалый живот, прощупывается болезненная *pars sigmoidea*. 16/VII назначается касторовое масло + 0,5 куб. с. пептона; 18/VII понос реже—0,5 куб. с. пептона; 22/VII ходит без крови—0,5 к. с. пептона; 24/VII сходил 3 раза без крови и слизи; 26/VII понос исчез.

III. М., 8 лет, жалобы на большую слабость, кровяные поносы, болезненные позывы и повыш. ¹⁰. Объективно: резкое исхудание, втянутый болезненный живот, осунувшееся лицо. 24/VII назначается касторовое масло и 2 куб. с. пептона. 26/VII боли исчезли через 2 часа после инъекции, стул реже и гуще—2 куб. с. пептона; 28/VII слизи и крови нет—2 куб. с. пепт. 30/VII поноса нет, появилась бодрость и большая просит есть.

IV. III. Ю., 6 мес., страдает 2 недели частыми и жидкими испражнениями. Объективно: резкое исхудание, впалый живот, холодные конечности, пульс еле ощутим. 24/VIII 0,5 пептона+coif.; 26/VIII мать заявила: „мертвый воскрес“—понос реже, ребенок начал плакать—0,5 куб. с. пептона; 28/VIII понос исчез, ребенок начал брать грудь—0,5 куб. с. пептона; 29/VIII поноса нет, самочувствие хорошее.

Все остальные случаи аналогичного содержания с сообщенными выше наблюдениями.

Клинические наблюдения проф. Лурия и д-ра Дайховского над действием пептона установили два момента, объясняющие механизм действия пептона: изменение обмена воды в организме путем задержки ее тканями и выравнивание дистонии вегетативной нервной системы, происшедшей вследствие поноса, путем влияния на *sympathicus*, но здесь, нам кажется, также имеет значение и активирование всех защитительных

сил организма, а с этим и повышение сопротивляемости организма инфекции.

Но каково бы ни было действие пептона с теоретической точки зрения, для практических целей в нем мы имеем ценное лечебное средство, которое, нам кажется, имеет право на рекомендацию и применение при летних детских поносах.

К статье д-ра Дядькина: „Лечение пептоном „Witte“ летних детских поносов“.

Проф. Р. А. Лурия.

Коротенькое сообщение д-ра Дядькина имеет на мой взгляд большую важность и должно сыграть роль в деле борьбы с летними детскими поносами, а следовательно и в борьбе с детской смертностью.

После моего сообщения на IX Всесоюзном съезде терапевтов в 1926 г. и ряде статей моих и моих учеников о хорошем терапевтическом действии пептона на течение некоторых форм хронических поносов и купирующее действие его особенно при острых поражениях дистального отрезка кишечника, имеется уже значительное количество наблюдений из различных клиник, подтверждающих выставленные нами положения. Так, Justman опубликовал статью в польской и немецкой прессе (Warszawskie Casopismo Lekarskie 29/II 1928 г. и Arch. f. Verdauungskr. 1928, Bd. XLIV, S. 80), поставив на основании наших работ ряд наблюдений, и пришел к результатам аналогичным нашим. На 2-м Всеукраинском съезде терапевтов проф. Бухштаб в прениях остановился на хороших результатах пептонотерапии поносов, проф. Umber (Берлин) сообщил мне, что из его клиники сделано сообщение о превосходном действии пептона при поносах. Не буду останавливаться на ряде других сообщений, полученных мною от врачей, подтверждающих, что новый путь лечения поносов практически дает полезные результаты.

На основании теоретических соображений я всегда думал, что именно у детей легче всего проверить наши наблюдения, почему данные д-ра Дядькина и представляют особенный интерес и именно потому, что они сделаны на амбулаторном материале, другими словами в условиях прежней домашней (а не клинической) обстановки. Превосходные наблюдения д-ра Дядькина, который не умствуя лукаво показал ценность пептонотерапии в лечении губительных детских поносов, имеют, разумеется, огромный общественный интерес, так как дают основание применить дешевый и не требующий особенной обстановки метод лечения в самых скромных условиях работы периферического врача. Дело только в том, чтобы дать врачу в руки пептон „Witte“ в готовом виде, в ампулах; я уже давно об этом ходатайствовал в Госмедторгпроме, но пока безуспешно; может быть голос врача, работающего в рядах массы населения, подвигнет практическое разрешение этого вопроса.

Д-р Дядькин правильно не останавливается долго на теоретических обоснованиях благоприятного действия пептона на поносы; вопрос этот очень сложный и весьма трудно разрешимый и в этом отношении он следует старому и мудрому гиппократовскому правилу: „Врач имеет

главной задачей лечить больного: если это ему удастся, то безразлично, каким путем это удалось". Как это удалось, пусть попытаются разрешить научные педнатрические учреждения.

Из Госпитально-хирургической клиники Казанского гос. университета
(Директор проф. В. Л. Боголюбов)

Проникающие ранения грудной клетки¹⁾.

Ассистента П. Н. Маслова.

Во время войн ранение грудной клетки—обыденное явление. В мирное же время ранение груди, как и всякие вообще ранения, встречаются сравнительно не часто. В настоящем сообщении я не беру на себя смелости в полном объеме коснуться всей литературы по данному вопросу, а приведу лишь некоторые выдержки, заимствованные у авторов. Так, например, Keitt в немецкой армии за период 1886—1896 г. наблюдал 78 ранений груди, из них 8 проникающих, Borsscu из хирургической клиники в Будапеште за 10 лет собрал 89 случаев проникающих ранений грудной клетки, Волкович за 7 лет, (1894—1901 г.) имел 25 случаев проникающих ранений груди. Материал по ранениям груди, прошедший через Госпитальную хирургическую клинику Каз. гос. у-та, начиная с 1921 г. по 1928 г. включительно, т. е. за 7 лет, составляет 74 случая.

Непроникающие ранения грудной клетки в общем мало отличаются от обыкновенных ранений в других областях с незначительными общими явлениями. Наиболее интересными по своей тяжести являются ранения проникающие, т. е. сопровождаемые повреждением органов грудной полости. Из 74 случаев ранения грудной клетки, упомянутых выше, на долю проникающих ранений приходится 48 случаев. Я должен оговориться, что собирая случаи проникающих ранений грудной клетки, сопровождаемых в данном случае повреждением плевры и легких, я не имел в виду точно разграничить их на простые проникающие, т. е. с изолированным повреждением плевры, и проникающие с одновременным поранением плевры и легких. Исходя из того соображения, что эти два вида ранения далеко не всегда могут быть точно отделены друг от друга, а иногда при поверхностных повреждениях легких отличительное распознавание совершенно невозможно, основные же мероприятия как при том, так и при другом виде ранения в принципе одинаковы, таким образом, и вышеупомянутое деление проникающих ранений груди особого практического интереса не представляет.

Все собранные нами случаи проникающих ранений грудной клетки разделены мною на пулевые (25 сл.) и колото-резаные (23 сл.), далее на сквозные, нанесенные пулей (14 сл.), слепые, нанесенные пулей (11 сл.) и слепые, нанесенные холодным оружием (23 сл.). Больные в подавляющем большинстве случаев поступали в клинику в первые же сутки ранения.

¹⁾ Доложено в Хирург. секц. О-ва врачей Каз. гос. у-та 27/V 1929 г.

Клинически разбираемые нами проникающие ранения грудной клетки, как известно, характеризуются обычно: 1) кровохарканием, 2) *haemothorax*ом, 3) *pneumothorax*ом, 4) подкожной эмфиземой. Кровохаркание отмечено в нашем материале 32 раза, что составляет по отношению к общему числу проникающих ранений грудной клетки (48 сл.) 66,7%. По другим авторам (Küttner, Stewenson, Хальбек, Богораз, Фридланд, Якобсон и др.) кровохаркание наблюдалось от 25% до 89%. Отсутствие кровохаркания, конечно, не исключает возможности ранения легкого. Кровохаркание может не быть, когда кровоизлияющее место легкого не сообщается с более или менее крупной бронхальной ветвью или бывает забито сгустком или, наконец, когда вследствие тяжести ранения больной падает грудную клетку и не отхаркивает мокроту. По данным Холлина, Орлова, Зельдовича и др. кровохаркание продолжается обычно от 10 до 18 дней. У нас в большинстве случаев средняя длительность кровохаркания, когда в мокроте в той или иной степени была примесь крови, равнялась в среднем 14—15 дням. В меньшинстве случаев кровохаркание оставалось на более продолжительное время. Это кровохаркание не следует смешивать с появлением кровавой мокроты в дальнейшем течении, когда наступает воспалительный процесс в раненом легком или в другом, не затронутом ранением. Об этом осложнении речь будет ниже.

Другой симптом проникающего ранения груди, это появление крови в полости плевры — *haemothorax*. В большинстве случаев к нему присоединяется воспалительный экссудат и вместе с гемотораксом мы имеем плеврит, который может через некоторое время перейти в гнойный. Течение гемоторакса довольно типично, в первые дни наблюдается одышка и, если другие явления со стороны легкого не осложняют ранения, состояние больного обычно удовлетворительное, температура нормальная или слегка субфебрильная. Повышение ее зависит от начавшегося всасывания излившейся крови. Физикальное исследование дает тупость с типичной локализацией сзади и с боков. Уровень притупления зависит от высоты уровня жидкости. Дыхательные шумы отсутствуют или ослаблены. В нашем материале гемоторакс отмечен в 20 случаях или 41,7%. Если обратимся к данным русских авторов, относящимся к последней всемирной войне, то увидим, что % наблюдавшихся гемотораксов колеблется от 16% (Богораз 124 наб.) до 52% (Иванов 115 наб.). Бушнев отмечает появление гемоторакса чаще при колотых, чем при огнестрельных ранах груди. На 55 случаев ему удалось наблюдать появление гемоторакса 29 раз при колотых и 15 раз при огнестрельных ранах груди. У нас, наоборот, гемоторакс наблюдался чаще при огнестрельных ранениях (12 на 25 случаев или 40%), чем при колотых (8 на 23 случая или 34,7%). Далее гемоторакс отмечен несколько реже при слепых (12 на 34 или 35,7%), нежели при сквозных (8 на 14 сл. или 57,1%) ранениях. Последнее обстоятельство, быть может, зависит оттого, что во 2-м случае происходит ранение легкого на большом пространстве.

Причинами появления гемоторакса служит обычно или ранение сосудов грудной стенки, как, напр., ранение *art. intercostalis* реже *mammar. int.*, или же вследствие ранения самого легкого. Количество излившейся в полость плевры крови бывает весьма различно. Ранение периферических участков легкого часто дают настолько незначительные крововзлия-

ния, что при объективном исследовании оно может быть и не обнаружено. Чем ближе раневой канал приближается к срединной части легкого или к корню его, тем более крупные стволы сосудов захватываются ранением и тем обильнее будет кровотечение. По мнению некоторых авторов на силу и продолжительность кровотечения из пораненных сосудов легкого или грудной клетки помимо калибра оказывают влияние присасывающие действия плевральной полости, что установлено опытами над животными. Присутствие воздуха в плевральной полости не служит препятствием для скопления в ней крови, но, несомненно, отсутствие *pneumothorax*'а облегчает и делает более активным кровоизлияние в полость плевры. Кровоизлияние в плевральную полость останавливается или вследствие образования тромба в пораненном сосуде, или вследствие того, что внутриплевральное давление от скопившейся в полости плевры крови становится выше давления пораненного сосуда. При гладком течении процесс рассасывания *haemothorax*'а требует от 4 до 6 ти недель. Незначительные скопления крови исчезают быстрее.

Следующим признаком проникающего ранения груди, развивающийся сравнительно быстро, иногда в первые часы после ранения, является—*pneumothorax*, отмеченный на нашем материале в 7-ми случаях закрытым и в 2-х открытым, всего 9 случаев или 18,3%. Большинство других авторов наблюдало *pneumothorax* гораздо реже. Так, *Hildebrand* в русско-японскую войну наблюдал его в 13,3%. *Фридланд* в прошедшую европейскую войну наблюдал в 14,3%. *Чепурнов* лишь в 4-х %. Сравнительная редкость образования *pneumothorax*'а при огнестрельном ранении, видимо, объясняется малокалиберностью пули, большой живой силой ее, с одной стороны, и эластичностью тканей, быстро закрывающих раневой ход, а также закупоркой раневого канала свертывающейся в нем кровью—с другой. Здесь нужно указать также на тесное прилегание реберной и висцеральной плевры, что затрудняет вхождение воздуха в полость плевры, а если это случилось, то прилегающее легкое чисто рефлекторно расширяется и легочная рана, в силу присущей легкому упругости сдается так, что легкое как бы само тампонирует рану. Наибольший % *pneumothorax*'ов, отмеченных на нашем материале, приходится на долю колото-резаных ранений (5 на 23 случая или 21,7%), в то время как при огнестрельных ранениях имели лишь 4 на 25 случаев или 16%. Слепые ранения ведут к *pneumothorax*'у несколько чаще (7 на 34 сл. или 20,5%), чем сквозные (2 на 14 сл. или 14,2%). Там, где мы определяем закрытый *pneumothorax*, самым характерным признаком является тимпанический тон и ослабленный дыхательный шум. В клинической картине ранения груди закрытый *pneumothorax* играет сравнительно небольшую роль. В неосложненных случаях он не проявляет себя никакими тягостными явлениями и довольно быстро рассасывается. *Pneumothorax*, протекающий вместе с серозно-кровоянистым экссудатом, иногда может вызвать сильный ателектаз легкого.

Совершенно другую картину представляет открытый *pneumothorax*, имевший место у нас, как упомянуто выше, в 2-х случаях. Больные с открытым *pneumothorax*'ом с самого начала производят впечатление тяжело раненых. Вследствие полного или частичного устранения из акта дыхания одной половины груди газообмен нарушается, отсюда—цианоз;

дыхание учащенное, пульс мал, част. Из открытой раны при сильных кашлевых толчках выбрасывается скопившаяся кровь, воздух с шумом присасывается в открытую полость плевры. Наличие резко выраженной одышки. С присоединением к открытому пневмотораксу инфекции плевры весь процесс быстро принимает характер общего септического заражения. При явлениях интоксикации и прогрессирующей слабости больные обычно погибают.

В ряду клинических признаков проникающих ранений груди вслед за перечисленными стоит подкожная эмфизема. Последняя наблюдалась у нас в 25 случаях или 54%. Близкие цифры находим у Финкельштейна (50%), у Borsceky (34%). Авторы военного времени наблюдали подкожную эмфизему гораздо реже. Так, Küttner в 20%, Stewenson в 9%, Икобсон в 26,5%, Фридланд в 2,4%. Эта разница, видимо, зависит от времени, протекшего с момента ранения до поступления больного под наблюдение. Чем раньше больной поступает в лечебное заведение, тем чаще при прочих равных условиях встречается подкожная эмфизема. В хирургии мирного времени больные поступают под наблюдение иногда через несколько часов после ранения и потому подкожная эмфизема наблюдается гораздо чаще. Необходимым условием образования подкожной эмфиземы является сообщение раны легкого с клетчаткой, отсутствие здесь же зияющей раны мягких тканей еще более способствует этому. Чаще всего подкожная эмфизема занимает небольшой участок в окружности раневых отверстий, откуда распространяется на всю половину груди, соответствующую стороне ранения. Описаны случаи (Икобсон) распространения подкожной эмфиземы по всему телу. Сама по себе подкожная эмфизема обычно ничего угрожающего для жизни не представляет, и воздух из подкожной клетчатки рассасывается в течение 5—9 дней.

Наконец, все наблюдаемые нами случаи проникающих ранений грудной клетки сопровождались в большей или меньшей степени расстройством дыхания. Иногда это расстройство являлось едва заметным, иногда дыхание учащалось от 30 до 35 в минуту. Благодаря тому, что глубокое дыхание болезненно, больной старается дышать поверхностно. Вследствие недостаточности дыхательных движений, они совершаются чаще, дыхание становится ускоренным и не всегда ровным, обе половины груди дышат неравномерно. Сама по себе одышка, конечно, не может свидетельствовать о проникающем ранении груди,—она может наблюдаться и при других патологических состояниях. Но в ряду разобранных выше кардинальных симптомов проникающего ранения груди, одышка должна занять свое место, и степень ее иногда может указывать на тяжесть ранения.

Среди вторичных явлений, наступающих после проникающих ранений грудной клетки, на первом плане стоит гнойное воспаление плевры—эмпиема. Она занимает первое место как по частоте появления, по тяжести приступов, так и по тому влиянию, которое она оказывает на образ действия хирурга, имеющего дело с ранением в грудь. Если попытаться разобрать условия, сопутствующие возникновению эмпиемы плевры, то увидим, что в подавляющем большинстве случаев они появляются на почве нагноения гемоторакса. В различные моменты после ранения мы наблюдаем переходные к пиотораксу формы. Клинически начало пере-

хода гемоторакса в эмпиему сказывается повышением температуры, усилением одышки и ухудшением общего состояния. Если у нас нет основания эти явления отнести за счет воспалительных явлений легких, мы должны подумать о начинающемся нагноении гемоторакса. Случаев эмпиемы, присоединившихся к гемотораксу, у нас было 6; эмпием, развившихся на почве открытого пневмоторакса, т. е. стоящих в связи с инфекцией плевры извне, нами отмечено в 2-х случаях. И, наконец, имел место один случай эмпиемы, развившейся через довольно продолжительное время после ранения, без предшествующего гемоторакса и открытого пневмоторакса—из экссудативного плеврита. Таким образом, всего случаев эмпиемы было 9 или 18,6%. Близкие к этому цифры устанавливают Gerhard (14%), Holbeck (18%), Рубашев (14,7%). Более низкие цифры дают Moritz (12%), Фридланд (11,9%), Rother (10,4%), Якобсон (10%). По данным многих авторов, слепые ранения склонны чаще вызывать эмпиему, чем сквозные. Так, у Moritz'a из 77 случаев эмпиемы 58% возникли после слепых ранений, 42%—после сквозных. Такие же отношения получились и у нас—после слепых ранений осложнение эмпиемой отмечено в 20,7%, в то время как после сквозных 14,2%. Другие авторы, как напр. Якобсон, наблюдали осложнение эмпиемой чаще после сквозных ранений, нежели после слепых. Здесь в вопросе о возникновении эмпиемы характеру ранения, видимо, придавать решающее значение нельзя. Несомненно то, что большую роль играет степень и характер повреждения ткани и органов, причиненных ранением. Размозжение мягких тканей, разрушение костных частей грудной стенки, главным образом ребер, значительное кровонезлияние в полость плевры предрасполагают к осложнению эмпиемой.

Помимо эмпиемы в результате проникающего ранения грудной клетки у нас имел место ряд других воспалительных процессов, как-то: бронхиты 9 сл. или 18,7%, катарральная пневмония 5 случ. или 10,4%, экссудативный плеврит 2 или 3,1%. Таким образом, всех воспалительных явлений (зависящих от ранения) на нашем материале отмечено в 23 сл., что по отношению к общему числу проникающих ранений грудной клетки (48) составляет 47,9%. Reuher определяет частоту инфекции при проникающих ранениях груди в 54,9%, Фридланд в 50%, Хольбек в 18,2%. Что касается вида ранящего снаряда, то по нашим наблюдениям резкой разницы в возникновении инфекции как при ранениях, нанесенных холодным оружием, так и огнестрельным не отмечено.

Теперь позволю себе перейти к *терапии проникающих ранений грудной клетки*. Во всех случаях проникающих ранений груди, не сопровождающихся тяжелыми явлениями со стороны груди и общего состояния, как-то: обильным кровотечением из наружной раны, резко выраженной одышкой, нарастающим гемотораксом, следует категорически воздерживаться от всяких активных вмешательств, необходимо только очистить наружную рану и ее окружность и закрыть асептической повязкой. Затем, с первого же момента после ранения нужно доставить раненому полный покой. Если возможно, больные должны быть помещены в хорошо проветриваемую палату в постели с слегка приподнятым туловищем, от кашля и одышки назначать морфия в небольших дозах несколько раз в день. Тенденция такого консервативного отношения, насколько это возможно, проводилась у нас во всех случаях трактуемых

ранений, не сопровождавшихся обильным кровотечением. II нельзя не признать, что ранения эти в смысле течения в большинстве случаев не оставляли желать ничего лучшего. Раны заживали под струпом, без резкой реакции и дальнейших осложнений. Обставляя больного вышеописанным образом, само собой разумеется, необходим тщательный контроль за явлениями со стороны внутригрудных органов, за деятельностью сердца и температурой. Если появляется лихорадка или одышка, а физические методы исследования показывают нарастание гемоторакса и очевидным является кровотечение из раны, то ограничиваться описанной выше терапией недостаточно, здесь уже необходимо прибегнуть к более активным мерам—рана должна быть расширена, кровоточащий сосуд (*art. intercostalis*, реже *art. mammar.*) должен быть перевязан, одной тампонадой ограничиваться не рекомендуется. Если источник нарастающего гемоторакса нужно искать в легком и если кровоизлияние достигает такого размера, что смещается сердце и средостение, то показуется извлечение нескольких сот кубиков крови для освобождения этих органов и для устранения одышки, лучше всего с помощью троакара, или при наличии сгустков посредством торакотомии (с обязательным полным закрытием раны после опорожнения). Здесь необходимо подчеркнуть, что этим мероприятием следует пользоваться только при наличии строгих жизненных показаний, ибо извлекая из плевральной полости в острых случаях ранений скопившуюся кровь, мы, во-первых, удаляем естественную тампонаду раны легочного сосуда, во вторых, понижая внутриплевральное давление, рискуем вызвать повторное кровотечение благодаря присасывающему действию плевральной полости. Зато впоследствии приходится производить указанные мероприятия, при соблюдении тщательной асептики при всяком более значительном кровоизлиянии, которое быстро не всасывается. Через две недели после ранения мы в таких случаях выпускали жидкости столько, сколько вытекает само собою при проколе без аспирации, чтобы по возможности не дать легкому прирасти в глубине в спавшемся виде или быть скованным плотными пленками.

Из других явлений, которые могут заставить вмешаться активно в первые дни после ранения, нужно упомянуть об открытом пневмотораксе и о нарастающем закрытом пневмотораксе. В свежих случаях открытого пневмоторакса большую роль играет своевременное и быстрое устранение вредного его влияния. Оперативное вмешательство здесь может заключаться или в простом закрытии раны в груди помощью шва, захватывающего мышцы и кожу, или во вшивании, кроме этого, самого легкого в рану груди. При нарастающем закрытом пневмотораксе необходимо превратить его в открытый путем разреза и дренажа или прокола плевры, соединенного с аспирацией воздуха.

Оперативное вмешательство в первые дни после ранения на нашем материале приходилось предпринимать всего в 5-ти случаях. В 3-х—по поводу нарастающего легочного кровотечения произведена торэктомия с резекцией ребер, причем в одном из них произведена перевязка *art. intercostalis* и в двух случаях наложены швы на легкое. Все три случая окончились летально при явлениях острого малокровия. Два раза оперативное вмешательство применялось в свежих случаях открытого пневмоторакса. Операция в обоих случаях выражалась в наложении кожно-мышечных швов. В дальнейшем оба больных погибли при явлениях сепсиса с предшествующей эмпиемой.

Вторичные осложнения проникающих ранений груди в большинстве случаев имеют в основе своей инфекцию ран, и оперативные пособия, к которым приходится прибегать, преследуют цель борьбы с этой инфекцией. Среди этих пособий на первом плане стоит опорожнение скопившейся в полости плевры жидкости и дренаж плевры при эмпиеме. Показания для прокола плевры и удаления из нее жидкости выше уже нами разобраны. У нас выкачивание жидкости из полости плевры применялось в 8 случаях гемоторакса. К отсасыванию приступали не ранее как на 10-й и 15-й день при наличии побурения экссудата. Повторные выкачивания производились не ранее как через 4—5 дней. Видеть вторичные кровотечения после удаления жидкости из полости плевры нам ни разу не пришлось. Нередко через некоторое время жидкость в полости плевры вновь накапливалась и требовалось вторичное выкачивание. Burckhardt, Sauerbruch, Stepp и др. комбинировали удаление жидкости из полости плевры с одновременным введением туда воздуха с целью воспрепятствовать быстрому вслед за удалением жидкости расправлению легкого и тем предупредить вторичное кровотечение. Кроме того, наложением искусственного закрытого пневмоторакса они стремились предупредить образование сращений между легким, с одной стороны, диафрагмой и грудной стенкой—с другой. Авторы в этом приеме склонны видеть причину того, что ни разу после выкачивания содержимого плевры они не имели вторичного кровотечения.

Из 9-ти случаев эмпиемы в 6-ти была произведена резекция ребер, остальные три лечились консервативно. Последние случаи представляли, главным образом, переходные к гнойному плевриту (с мутной кровянистой жидкостью в плевре). При них мы старались путем повторных выкачиваний добиться опорожнения плевры и образования слипчивого воспаления. Результаты того и другого образа действия выразились в следующих цифрах: из 6-ти оперированных выздоровело 2, умерло 4; из 3-х, лечившихся консервативно, выздоровело 2, умер 1. Делать выводы на основании того или иного способа лечения эмпиемы на нашем материале, конечно, нельзя. Как уже отмечено выше, эмпиемы, не подвергшиеся оперативному вмешательству, представляли собой переходные формы к гнойному плевриту, т. е.—формы, более благоприятные по своему течению.

В случаях, где никакого активного вмешательства не производилось, *exitus letalis* наблюдали 3 раза. Из них один больной—с проникающим ранением груди совместно с ранением брюшной полости, где оперативное вмешательство было отклонено в виду общего тяжелого состояния (перитонит). Другой больной погиб от внезапного внутреннего кровотечения и третий—от пневмонии. Таким образом, всех смертных случаев на 48 проникающих ранений груди у нас отмечено 11 или 20,8%. Остальные 37 случаев распределяются следующим образом: 22 раненых выписаны на амбулаторное лечение с улучшением болезненных явлений в 15—с более или менее полным выздоровлением. О дальнейшей участи наших больных, раненых в грудь, из-за отсутствия соответствующих обследований в этом направлении, мы, к сожалению, ничего положительного сказать не можем.

Интересные данные исследования раненых в грудь мы находим у Moritz'a. Разобрав за последнюю войну более ста свидетельств вра-

чебных комиссий, он нашел среди них 80% негодных к действительной службе и только 20% годных. Главные субъективные и объективные симптомы были: одышка, боли в груди, кашель, сердцебиение, западение раненой стороны грудной клетки, отстаивание ее во время дыхания, притупление, шум трения плевры. Эти явления, по его мнению, обязаны главным образом, последствиям воспалительных процессов, остающихся в плевре и легких после ранения на долгое время, а иногда и на всю жизнь.

Из Уфимской губ. б-цы.

Случай огнестрельного ранения сердца.

М. Вакуленко.

Посвящается проф. С. П. Федорову.

В последнее время много описывается успешных операций по поводу ранений сердца. И все-таки эти операции еще не часты и большинству хирургов не приходилось иметь подобных больных. Два года назад мне встретилось два случая, один из которых я оперировал.

Больная Е. Ч., 18 лет, доставлена в Уфимскую губ. б-цу 22/II 1927 г. в 12 ч. ночи с диагнозом огнестрельного ранения грудной клетки. Б-ная в полном сознании, сильно возбуждена, все время жалуется на стеснение в области сердца. Пульс 124 малого наполнения. Сильно обескровленная.

Входное пулевое отверстие находилось снаружи на один палец от l. parasternalis sin. в шестом межреберном промежутке. Выходное—на спине, слева от позвоночника у прикрепления 10 ребра. Из передней раны—непрерывное кровотечение тонкой струйкой. Тоны сердца чисты, но очень слабы, шумов не слышно. Пульс в обеих лучевых артериях одинаков. В левой половине грудной клетки—притупление, занимающее всю левую плевральную полость. До операции—под кожу морфий и вант солевой раствор. Все было готово для операции, но в это время погасло электричество с воспламенением проводов, и больную пришлось перевозить в перевязочную (где ток подавался по другим проводам), и там произвести операцию. Под легким хлороформным наркозом сделан разрез через рану по хрящу 6 ребра. Хрящ оказался простреленным. Мягкие ткани раздвинуты и резецированы хрящи 5—6—7 ребер в виде одного куска на протяжении 6 см. Ткани пропитаны кровью. Art. mammaria sin. перевязана. По удалении хрящей появилось присасывание воздуха. Ясно обнаружилась рана в переднем завороте левой плевры и рана в сердечной сорочке. Из раны серд сорочки вытекала темная кровь. Плевра сдвинута наружу, края раны перикарда взяты Кохеровскими пинцетами и рана его расширена вверх. Рана сердца располагалась на верхушке правого желудочка вправо от incisura apicis на 1 см. При каждом сокращении сердце пряталось за грудину, края раны раздвигались и все операционное поле заливалось темной кровью. Сердце было вялое и походило на „проколотый резиновый мяч“. Сердце захвачено левой рукой, но удержать его не удалось, грудину резецировать не хотелось, чтобы не удлинить операции, и я захватил верхний угол раны сердца зажимом Кохера и осторожно при зашивании подводил сердце к ране перикарда. Оказалось, что рана расположена на передней и задней поверхностях сердца так, что верхушка вся рассечена, рана широко проникала в полость сердца. Быстро наложен первый шов на верхний край раны и Кохер снят. В дальнейшем при наложении швов сердце удерживалось за этот шов. Второй шов наложен на верхушку сердца. За ними верхушка сердца поднята и наложены еще два шва на заднюю поверхность. Кровотечение остановилось лишь по наложению последнего шва, и сердце сразу стало плотным. Сердечная сорочка очищена от крови и зашита наглухо. При затягивании швов на сердце пульс, по словам хлороформатора, исчезал и мы наблюдали, как сердце останавливалось. Рана плевры зашита наглухо. Вся кровь в ней оставлена, т. к. в перевязочной я не риск-

нул долго оперировать, боясь получить гнойный плеврит, и решил оставить плевротомы, пока б-ная оправится. К зашитой плевре подведен тампон, мышцы сшиты катгutom. На кожу скобки. После операции пульс 96. Вырыснут digitalen, злит солевой раствор. Внутрь назначен digitalis. Операция продолжалась 18 минут.

Первые дни б-ная жаловалась на затруднение дыхания, тошноту, было задержание мочи и стула. Со второго дня на верхушке появился систолический шум. По всей сердечной области появился шум трения перикардия. Б-ной вырыскивался, по совету терапевтов, стрихнин.

I/III швы сняты—заживление первичное, за исключением места, где был тампон, откуда было умеренное гнойное выделение и откуда в последующем течении выделялись катгutowые швы. 3/III явления перикардита стихают. 11/III температура около недели держится повышенной и вечерами доходит до 38°. Плевротомы не рассасываются. Сделан прокол плевры и выкачано более 900,0 кровавой жидкости; с этого дня ¹⁰ ушла до нормы. В конце марта б-ной разрешено вставать и ходить. 5/IV перикардит совершенно ликвидировался. Тоны сердца чисты, в левой плевральной полости незначительное притупление внизу. Между прочим, из анамнеза выяснилось, что б-ная все время лечится в диспансере от процесса в левом легком. 8 мая больная демонстрировалась д-ром Стерниной в Уфим. О-ве врачей. Выписана 6 июня.

28 июля показывалась. Хорошо поправилась, пополнила, много гуляет, кушается и чувствует себя вполне здоровой. Рубец крепкий.

Недавно больная показывалась вновь—прошло два года после операции. Состояние хорошее, работает, и о ранении сердца ей только напоминает рубец.

В своем случае я допустил прием, против которого предостерегают, именно захватил край раны сердца пинцетом. Исход показал, что ничего дурного от этого не произошло. Поскутного разреза не делал, а произвел окончательную резекцию реберных хрящей. Кровь в плевральной полости я оставил, но в дальнейшем пришлось ее все-таки выкачать. Литературы об операциях на сердце приводить не буду, т. к. каждый хирург знает работы проф. Боголюбова, Гессе, Джанеллидзе.

Вкратце упомяну о втором больном с резаными ранами грудной клетки. Б-ной умер во время приготовления к операции. На вскрытии: 4 раны гр. клетки, ранение диафрагмы, выпадение в плевральную полость желудка и ранение правого желудочка сердца длиной в 6 см.

Из Хирургической пропедевтической клиники Одесского медицинского института.
(Директор—проф. И. Е. Корнман) и 2-й рабочей поликлиники.

Лечение варикозных расширений вен нижних конечностей вырыскиванием облитерирующих веществ.

Ассистент И. Д. Корабельников.

Неполное наше знакомство с причинами, приводящими к развитию в. р. в. (варикозных расширений вен) нижних конечностей, и невозможность тем самым устранения этих причин приводит к предложению целого ряда как оперативных, так и консервативных методов лечения. Из последних не может не обратить на себя внимания предложение закрыть просвет вены облитерацией ее изнутри, вызванной вырыскиванием лекарственного вещества, поскольку таковое лечение чрезвычайно просто, не требует специального инструментария и может проводиться амбулаторно, не отрывая больного от его обычной деятельности.

Этот метод получил за последние годы большое распространение в Западной Европе. Длинный ряд авторов сообщает о тысячах вырыски-

ванных на сотнях и даже тысячах больных (Sicard и Gaugier, Nobl, Linser, Baug, Tournay, Meisen). В СССР описываемый метод не получил, повидимому, значительного распространения, а в русской литературе—достаточной оценки.

Попытки закрыть просвет вены вырыскиванием в нее лекарственных веществ были сделаны уже давно. Однако распространения метод получить не мог вследствие недостаточно разработанной техники внутривенных вырыскиваний, неправильного выбора веществ для вырыскивания (полуторохлористое железо, йод-танин) и, главное, вследствие вполне реальной опасности эмболий, не говоря уже об описанных тогда же случаях смерти от гнойного тромбофлебита. В результате съезд французских хирургов в Лионе в 1894 г. решительно высказался против дальнейшего применения этого метода. Новый толчок был дан, когда P. Linser ввел в 1911 г. 1% раствор сулемы. P. Linser и его ученики, изучив метод и проверив его на большом материале, доказали полную целесообразность его применения наравне с достаточной безопасностью. Дальнейшим шагом вперед было введение K. Linser'ом гипертонических растворов поваренной соли. С другой стороны, Sicard, Paraf и Larmoyer предложили пользоваться 20%—40% растворами салицилового натра.

Чрезвычайно существенное принципиальное отличие последних растворов от первых описанных состоит в том, что здесь вызывается не немедленное свертывание крови в просвете сосуда, а повреждение интимы с реактивным воспалением сосудистой стенки и вызываемым им запустением вены—с одной стороны, и развитием пристеночного тромба с быстро идущей организацией его—с другой. Характерно, что целый ряд из применяемых для облитерации сосудов растворов, как гипертонические растворы поваренной соли и сахара, растворы лимонно-кислого натра и другие, не только не вызывают сами по себе свертывания крови, но даже препятствуют таковому.

Приступая к рассмотрению некоторых из многочисленных средств, предложенных для вызывания запустения вен, нужно сразу сказать, что нет еще идеального средства вполне надежного и не дающего побочных явлений. Оставляя пока в стороне различную силу воздействия разных средств, мы должны отметить широкие колебания индивидуальной чувствительности больных в пределах одного и того же средства. Так как сила реакции, распространение ее в длину—это величина заранее неопределимая, то, приступая к лечению, нужно выяснить индивидуальную реакцию больного на то или иное лекарственное вещество, для чего рекомендуют начинать с малых концентраций и небольших доз. Но тут нужно учитывать, что частые и малые дозы приводят к уплотнению стенки без облитерации (Sicard, Antonin), в чем убедились и мы на одном из первых наших случаев, где, применяя 15% раствор поваренной соли в малых дозах, получили только значительное уплотнение стенки вены среднего калибра и в дальнейшем никакими средствами не смогли вызвать запустения этого участка. Таким образом, учтя степень индивидуальной реакции больного на применяемое средство, нужно не задерживаться на дробных дозах, а переходить на такие, однократное применение которых гарантирует облитерацию данного участка.

Из описанных лекарственных веществ мы прежде всего остановимся на сулеме, поскольку применение ее P. Linser'ом в виде 1% раствора

на тысячах больных с хорошим результатом и разработка на ней вопроса о тромбе от некрозов интимы послужили толчком для распространения этого метода лечения. Не имея собственного опыта с этим препаратом, мы должны коротко отметить, что несмотря на несомненные описываемые хорошие результаты применение сулемы не свободно от возражений. Хотя смертельное отравление сулемой при лечении описано всего один раз (Hammer), однако, всегда необходимо считаться с возможностью крайне повышенной чувствительности к этому препарату (Nempe). Так как впрыскивания сулемы, с одной стороны, противопоказаны при наличии ряда побочных заболеваний (энтериты, нефриты, болезни печени), с другой—таят опасность некоторых осложнений, естественно, что препарат этот имеет все меньше и меньше сторонников, применяясь некоторыми только при наличии общих показаний для ртутного лечения.

Ввиду указанных обстоятельств K. Linser перешел на впрыскивания давно предложенного спирта (Monteggio): 2 куб. см. 30° спирта достаточны, чтобы вызвать заустение вены. Однако он наблюдал при пользовании спиртом частые болезненные перифлебиты. В поисках других лекарственных веществ он решил, что поскольку действие спирта состоит в извлечении воды из тканей, так и же эффект должны дать гипертонические растворы солей. Отсюда предложение пользоваться 15—20% раствором поваренной соли.

Последняя, являясь веществом безвредным, в применяемых дозах совершенно безопасна. Мы пользовались вначале 15%, затем 20% раствором поваренной соли. При очень крупных венах Linser советует прибегать к 25% раствору. Указания Псаханова, что он пользовался 40% раствором, для нас не вполне понятно, поскольку насыщенный раствор поваренной соли содержит около 26% ее при коэффициенте растворимости около 36. Обычная доза для впрыскивания от 3 до 5 куб. см. из одного укола, редко при крупных венах немногим больше. Применение поваренной соли допускает производство за один сеанс нескольких впрыскиваний (2—4) в разных местах с короткими, в несколько минут промежутками между ними. Что касается промежутков между отдельными сеансами, то мы обычно впрыскивали через 5—7 дней. Для получения хороших результатов при лечении впрыскиваниями нужно строжайше придерживаться разработанной до мелочей техники, на чем мы остановимся в дальнейшем; мы хотим отметить, что и при самой правильной технике попадают случаи, когда растворы поваренной соли не дают должного эффекта. Мы в одном случае из 32 леченных растворами поваренной соли, не получив успеха от этого вещества, наблюдали облитерацию вен после применения салицилово-кислого натра, в 5 других—вообще не добились хотя бы временных удовлетворительных результатов. Литературные указания на обратное явление—повышенную чувствительность—имеются, но они касаются местных явлений. Отмечаются воспалительные явления в виде перифлебитов с болью, но это быстро проходит при применении тепла и постельного содержания. Мы подобное осложнение наблюдали 4 раза на 417 впрыскиваний, и лишь в одном случае более или менее значительные острые явления оставались больше недели. Что, несомненно, невыгодно отличает поваренную соль от многих других предложенных веществ, это наступающие у боль-

шей части больных через 1—2 минуты после вырыскивания ее судороги икроножных мышц, продолжающиеся правда недолго, всего несколько секунд, редко больше, но крайне болезненные. При других веществах это явление наблюдается реже и менее интенсивно выражено. Значительного неудобства это все же не представляет, особенно, если с такой возможностью помнить и не производить вырыскивания иначе, как при горизонтальном положении больного. Остается сказать еще о довольно значительной опасности некрозов от попадания растворов в клетчатку вокруг вены. Ясно, что, если вещество должно тяжело повреждать интиму, то трудно рассчитывать, чтобы оно было совершенно индифферентным для других тканей. Однако это вопрос техники и мы пока ни разу подобного осложнения не имели.

Для устранения описанных судорог икроножных мышц K. Linser выработал стойкий раствор поваренной соли с анестезирующим веществом (Varicorptin). Прибавление обезболивающих веществ, почти исключительно новокаина, производилось и к ряду других облитерирующих растворов с уменьшением будто болезненных ощущений и судорог (Bazellis, Bucharach, Matus). Нужно помнить, что появление боли при вырыскивании указывает на попадание раствора мимо вены, заставляет нас остановиться и предупреждает возможные осложнения. Таким образом, весьма сомнительна ценность устранения могущих быть болевых ощущений, равно как и возможность действия местно обезболивающих веществ в условиях внутривенного их вырыскивания в малых, естественно, дозах. Мы новокаина к облитерирующим растворам никогда не прибавляли, вполне соглашаясь с мнением Filderman'a о том, что попытки сочетать вырыскивания с анестезией „кажутся настолько же плюзорными, как и опасными“.

Наряду с гипертоническими растворами поваренной соли огромное распространение получили в немецких странах основанные на том же принципе разницы осмотических давлений гипертонические растворы сахара (Nobl, Salomon, Dörrfel). В 1925 г., по предложению Nobl'a, Remenovsky и Kantor применяли 50% раствор глюкозы, который впоследствии был заменен 66%. Главное достоинство препарата—его неадекватность. Для общего на организм осмотического действия нужно не менее 20 кб. см, обычная же доза от 5 до 8 кб. см., редко 10 кб. см. Мы пользовались 50% раствором глюкозы в таких же количествах. Этот препарат так же, как и поваренная соль, допускает возможность нескольких вырыскиваний в один сеанс. Промежутки между вырыскиваниями у нас были около недели. Вырыскивания глюкозы проходят безболезненно, почти никогда не сопровождаясь судорогами. Чрезвычайно характерна и важна медленность реакции после вырыскивания глюкозы, что естественно еще более гарантирует безопасность его. Другая важная особенность в том, что попадание глюкозы в клетчатку вне вены, как правило, не сопровождается некрозом. Из этих свойств растворов глюкозы понятно и меньшее ее воздействие на интиму и, как следствие этого, больший процент неудач, чем, скажем, при применении растворов поваренной соли (Ruhemann). Мы из 26 больных, леченных раствором глюкозы, у 9-ти перешли на поваренную соль или салициловый натр и в 4-х из этих случаев получили удовлетворительный результат. Из осложнений нужно отметить, что процент воспалительных явлений

вдоль вены довольно велик, мы наблюдали его 6 на 337 вырыскиваний. Как и после поваренной соли все явления довольно быстро исчезали. Salomon и Jsaak отмечают, что в ряде случаев после вырыскивания сахара наступает озноб и повышение температуры до 39° . Нам пришлось наблюдать один такой случай: вырыскивание 8 кб. см. 50% раствора глюкозы (Merk) кренкому мужчине 42 лет (отклонений от нормы со стороны внутренних органов не обнаружено). Через 2 часа после вырыскивания начался сильный озноб, затем почувствовал жар; температуры не измерял: к вечеру (вырыскивание произведено в 2 часа дня) самочувствие лучше, заснул; утром встал здоровым. Больше этому больному вырыскиваний глюкозы не производилось.

Следующий препарат, которым мы пользовались и который особенно распространен в латинских странах, это салициловый натр (Sicard и Gaugier, Delater, Dunbar). Действие его основано на выделении раздражающей ткани салициловой кислоты в присутствии CO_2 тканей. Применяются 20—30—40% растворы. Начинают обычно с 2—4 кб. см. 20% раствора и, выявивши степень реакции больного, переходят в дальнейшем к 30% и 40% растворам в дозе также от 2 до 3 кб. см. Максимальная применяемая доза около 5—6 кб. см. 40% раствора. В каждый сеанс большей частью делается одно, реже два вырыскивания, промежутки между сеансами рекомендуются в 2—4 дня. Расширение средней тяжести облитерируется после 4—5 вырыскиваний. Мы прибегали к салициловому натру, пользуясь 25—30% раствором в количестве около 3 кб. см, главным образом в случаях, где предварительно примененные гипертонические растворы поваренной соли или глюкозы не дали должного эффекта (5 больных) и только в одиночных случаях (4) мы начинали лечение с применения салицилового натра. Из этих случаев мы получили вполне удовлетворительный результат 3 раза после другого вещества и в трех случаях первичного применения. Сдержанное наше отношение к этому препарату объясняется прежде всего тем, что это вещество не вполне индифферентное для организма. (Jorgensen, Delater). Местное применение салицилового натра довольно часто сопровождается резкой болью, реже судорогами. Попадание препарата вне вены влечет за собой значительную опасность некроза клетчатки и кожи. При наличии сопутствующих артритов, ревматизма может быть рекомендовано применение салицилового натра в первую очередь.

Из ряда других веществ, предложенных для облитерация вен, как-то *hydrargirum bijodatm*, гипертонический раствор *natr. citrici*, раствор Pregl'a, *argochrom* и другие, судя по литературным данным несколько более распространен хинин-уретан (Genevrier, Sicard, Delater, Douthwaite, Перотт). Применение его часто сопровождается значительной местной и общей реакцией, однако он сплошь и рядом дает успех в случаях, где пользование другими веществами осталось безрезультатным.

Мы лично, на основании нашего опыта и знакомства с литературой, начинаем лечение с 50% раствора глюкозы, переходя в случаях, неподдающихся этому препарату, на 20% раствор поваренной соли или, наконец, на 25—30% раствор салицилового натра, в случаях же более тяжелых с венами значительного калибра сразу начинаем с раствора поваренной соли. Всего на 62 леченных нами случая непосредственный удовлетворительный результат получен нами в 51 (82%).

Для получения хороших результатов от лечения впрыскиваниями чрезвычайно важное значение имеет правильная и до мелочей разработанная техника, на которой мы и остановимся. Большинство авторов рекомендует не употреблять при впрыскивании эластического перетягивания конечности для застоя. По ряду авторов нужно пользоваться набуханием вены при стоянии больного, некоторые советуют больного посадить, другие делают вкол, когда больной стоит, затем кладут больного и тогда производят впрыскивание. Мы лишь несколько раз впрыскивали при стоянии больного, так как это положение представляет и некоторые неудобства. Прежде всего, как уже указано, иногда при внутривенных впрыскиваниях наблюдается судорога, часто довольно болезненная. Бывает, что эта судорога начинается еще во время вливания. В таких случаях крайне желательно, чтобы больной находился в горизонтальном положении. Далее необходимо учитывать, что больному может стать дурно (психические моменты) и при этом также желательно горизонтальное положение. Наконец, при впрыскивании растворов в набухшие вены мы значительно разводим кровью вводимое вещество и тем самым уменьшаем необходимое воздействие его на интиму. Ввиду этого, мы, как правило, производили впрыскивания при горизонтальном положении больного, заранее наметив места предполагаемых уколов. На 802 впрыскивания мы 9 раз не смогли произвести их в намеченном месте. Для того, чтобы вена была достаточно ясно видна, мы производим пальцевое прижатие ее выше места укола, что, по нашему опыту, обычно является вполне достаточным. По введении иглы в просвет вены, в чем мы убеждаемся насасыванием нескольких капель (не больше), прижатие прекращается, вена спадает, и производится впрыскивание. Для лучшего спадания вены рекомендуют немного приподнять ногу, чем мы иногда и пользовались; кроме того, мы часто при спавшейся уже вене производим перед моментом впрыскивания пальцевое прижатие вены по обе стороны от места вкола. Из описываемой техники ясно, что для правильного впрыскивания необходимо присутствие помощника.

Места отдельных уколов определяются особенностями каждого отдельного случая. Обычно начинают с внутренней стороны недалеко от колена: в нижней трети бедра—верхней трети голени, стараясь прервать ток крови в местах, где сходятся несколько венозных стволов. Последующие уколы идут ниже первых на расстоянии 10—20 см. один от другого. K. Linser утверждает, что ничто не препятствует впрыскиваниям в расширенные вены и на бедре, когда они там имеются, ибо попадание лекарственного вещества в крупные вены никогда там при быстром токе крови к тромбозу не приведет. Мы, однако, выше границы средней и нижней трети бедра впрыскиваний не делали. При наличии значительных ампулообразных расширений по ходу вен не следует добиваться их запустения непосредственным впрыскиванием в них, для чего потребовалось бы прежде всего применение больших количеств лекарственного вещества в возможно большей концентрации, а нужно вызывать облитерацию просвета более узкого места венозного ствола по сторонам от указанного расширения.

Ни одно из вводимых в вену веществ не является индифферентным для подкожной клетчатки и не может быть таковым, так как должно вызвать достаточно глубокие изменения в другой ткани—интиме сосуда.

Ввиду этого чрезвычайно важно, чтобы все вводимое вещество полностью попало в просвет вены.

Игла берется возможно тонкая, с коротким, крутым обрезом. Необходимый раствор набирается в шприц не через ту иглу, которой будет производиться впрыскивание, дабы на ней не осталось капли раствора.

Делается сначала прокол кожи, затем вены. Кожа предварительно обрабатывалась нами спиртом (повторно). Никогда не следует производить впрыскивания, не будучи твердо убежденным, что игла находится в просвете сосуда. Само впрыскивание нужно делать медленно. Надо помнить, что после прокола иглой кожи все манипуляции являются безболезненными и поэтому внезапная, особенно жгучая боль на месте впрыскивания большей частью свидетельствует о попадании раствора мимо вены и требует прекращения впрыскивания, не дожидаясь появления припухлости на месте укола; понятно, что при появлении последнего симптома и без боли впрыскивание нужно немедленно прервать. По введении необходимого количества лекарственного вещества игла остается на месте еще около 0,5—1 минуты, дабы не случилось вытекания капли раствора из вены за иглой, затем на место укола производится давление, а игла быстро вынимается.

В случае попадания раствора вне вены рекомендуют (Bécart) немедленно ввести туда же 20—30 к. с. физиологического раствора для уменьшения концентрации попавшего вещества. Meisen рекомендует каждое впрыскивание профилактически заканчивать введением в клетчатку вокруг вены 10 к. с. физиологического раствора. Мы ни разу не прибегли к этому предложению ни профилактически, ни с лечебной целью и ни разу же не имели ни одного осложнения, зависящего от попадания раствора в клетчатку. Хотя такие осложнения при правильной технике, казалось бы, и не должны иметь места, однако с возможностью их необходимо считаться, ибо у некоторых авторов они наблюдаются довольно часто. Здесь нужно еще раз подчеркнуть, что наиболее безопасными с этой точки зрения являются растворы сахара.

По окончании впрыскивания больной еще около 3—5 минут остается в горизонтальном положении. В это время мышечные сокращения являются нежелательными, так как ускоряют ток крови с введенным веществом. После этого времени больной может встать, ходить, вернуться к своей работе. R u h e m a n n рекомендует в течение двух дней после впрыскивания некоторый покой, V i g u a z ó —напротив—советует ходить по соображениям, на которых мы остановимся ниже. Мы не давали на этот счет больным никаких специальных указаний, не отрывали их от обычной жизни, но все же у лиц физического труда делали впрыскивания не перед, а после работы, используя для этого предпраздничные дни, главным образом субботу.

Остается остановиться еще на указании некоторых авторов (K. Linser, Schlunk), что не следует закрывать много вен сразу, дабы не менять резко условий циркуляции, от чего, быть может, зависят отеки, бывающие иногда у оперированных по поводу расширений вен, если глубокие вены не смогут быстро приспособиться. Мы с этой точкой зрения считались, несмотря на существование противоположного мнения (Moszkowicz).

Переходя к клинической картине и непосредственным результатам впрыскиваний, отметим, что описываемого S i c a r d ' o m и другими авторами

сокращения просвета сосуда как выше, так и ниже места укола непосредственно после впрыскивания с побелением по окружности мы почти не наблюдали. О другом явлении, появляющемся часто сразу после впрыскивания—о судороге икроножных мышц,—мы уже говорили. Иногда легкая боль на месте впрыскивания держится несколько часов, затем все явления исчезают. Легкая болезненность при ощупывании появляется вновь часто дня через два, когда становятся заметными начальные стадии облитерирующего процесса в виде некоторого уплотнения вены. Через 3—5—7 дней в зависимости от впрыснутого вещества, дозы, концентрации и индивидуальной реакции определяется плотный, слегка болезненный цилиндрический участок, большей частью до 6—8 см. длины. Постепенно за 2—3 месяца уплотнение исчезает, все сглаживается. По силе воздействия можно разделить эффект впрыскивания на 3 степени: первая—уже упоминавшийся парietальный склероз без облитерации (малые дозы, слабые растворы или введение их в наполненные кровью вены). Вторая степень—это склероз с облитерацией вены через несколько дней. Третья степень—облитерирующий склероз с перивенитом. Это явление будет рассмотрено нами среди других возможных осложнений разбираемого метода.

Что чрезвычайно интересно, это наблюдаемое в значительном большинстве случаев уже в первые дни, после первых же впрыскиваний резкое субъективное улучшение. Больные не чувствуют былой тяжести в ногах, проходит быстрая утомляемость и это заставляет их просить о продолжении впрыскиваний даже там, где объективно мы не находим удовлетворяющих нас результатов, возвращает их к врачу в случае рецидива заболевания через некоторый срок.

На вопрос о том, сколько же нужно впрыскиваний у одного больного для получения полного эффекта, ответы в литературе колеблются в широких пределах. Естественно, что все зависит от особенностей случая, от степени развития венозной сети, большей или меньшей толщины отдельных стволов. По нашим наблюдениям возможность излечения больного за 1—2 сеанса, за 1—2—4 впрыскивания является исключением, а не правилом и бывает при наличии одного небольшого как по ширине, так и по протяжению ствола, закрываемого, главным образом, из косметических соображений. Обычным на нашем материале было число сеансов около 4—8 с числом впрыскиваний от 8 до 24. Максимальное число сеансов доходило до 18-ти. Таким образом, всякого больного, приступающего к лечению, нужно предупредить, что лечение продлится довольно продолжительный срок.

Связаны ли внутривенные впрыскивания облитерирующих веществ с какими-либо опасностями, часто ли при этом методе лечения бывают осложнения? На этот вопрос подавляющее большинство авторов, и прежде всего имеющие очень большой материал, дают отрицательный ответ. Все же на некоторых возможных осложнениях нужно остановиться.

Мы говорили уже и о возможном общем токсическом действии отдельных применяемых веществ, и о некрозах от попадания их вне вены.

Выше было уже упомянуто, что иногда по ходу вены появляется после впрыскивания, кроме уплотнения, болезненность больше обычной и более продолжительная, более или менее резкое покраснение. Появление такой картины поддерживает у многих врачей боязнь флебита,

однако в отличие от обычного флебита мы не имеем в этих случаях ни отека, ни лихорадки. Здесь имеется воздействие введенного вещества на всю толщу венозной стенки и преобладание панфлебита над эндофлебитом и тромбозом. Процесс этот идет только в поверхностных венах, не переходя на глубокие, никогда не поражается бедренная вена даже при высокой облитерации *v. saphenae*. Для того, чтобы подчеркнуть принципиальное отличие процесса химического, местного, ограниченного, поражающего поверхностные вены, где свертки крови тесно связаны с венозной стенкой, от другого, связанного, главным образом, с инфекцией, диффузного, поражающего и глубокие вены, и где свертки свободны, подвижны Sicard и Gaugier предлагают для первого название венита в отличие от обычного флебита, каковое название и встречается у целого ряда авторов. Частота, с какой этот венит наблюдается у разных авторов, весьма колеблется, возможно в зависимости от того, каким лекарственным веществом тот или иной автор пользовался. Нами это явление наблюдалось 10 раз на 802 впрыскивания. Предсказание в этих случаях как по литературным данным, так и по нашим наблюдениям всегда хорошее: несколько дней покоя, согревающий компресс—и все описанные явления исчезают. Только Valkanyi указывает, что в трех случаях перифлебита потребовалась операция. K. Linser, подчеркивая, что появление таких перифлебитов не дает никаких оснований для опасений, отмечает, что в этих случаях обеспечено полное заступление соответствующих вен. Как отмечено в литературе, септические флебиты могут возникать гематогенным путем при интеркуррентной ангине, гриппе.

Там, где заступление вен связано с образованием тромба, должен быть поставлен вопрос о возможности эмболии. Естественно, что опасность эмболии тем меньше, чем крепче тромб связан со стенкой сосуда. Мы знаем, что вообще опасность отрыва тромба в поверхностных венах не велика; известно, что в. р. в. создает условия, благоприятствующие тромбозу; так, по Magnus'у у 10% варикозных больных имеются тромбы, эмболий же у них, по крайней мере смертельных, почти не наблюдается. Нужно думать, что также должно обстоять дело и при тромбе искусственном. В этом вопросе существенным является изучение движения крови при в. р. в. Уже старые исследования (Perthes, Trendelenburg) указывали, что при этом заболевании ток крови идет сверху вниз. В недавнее время Jentzer, впрыскивая в вены 20% раствор strontii bromati, установил на рентгенограммах, что ток крови при в. р. в. обратен обычному. Отсюда он делает вывод, что образование эмболов в этих случаях не опасно, так как они движутся к периферии. Sicard, Gaugier и Forestier вводили в расширенные вены lipiodol; рентгенологическое исследование показало, что ток крови хоть и не обратный, но очень замедлен, и кровь поверхностных вен не имеет тенденции присоединяться к крови глубоких вен. По Magnus'у кровь при расширенных венах течет к сердцу только в горизонтальном положении. Из этих данных некоторые (Vigúázó) делают практические выводы, что лечение следует проводить обязательно амбулаторно, так как при ходьбе и освободившийся тромб остается безопасным, в постели больные должны лежать и спать с поднятой верхней половиной туловища.

Все же, несмотря на прочную связь тромбов с венозной стенкой и малую склонность к образованию эмболов, на все неблагоприятные усло-

вия для продвижения этих эмболов к центру, на возможные меры предосторожности, наблюдались несомненные случаи смертельной эмболии при лечении в. р. в. впрыскиваниями. Из девяти известных нам случаев в двух (Höhlbaum, Kausch) впрыснут был раствор Pregl'я, допустимость применения которого оспаривается ввиду того, что это вещество дает скорее коагуляционный тромбоз, чем повреждение интимы. В одном случае (Hirsch), кроме впрыскивания в вены, была произведена еще операция по поводу свища заднего прохода, и вопрос об источнике эмболии остается открытым (Nobl). Наконец, в случае Schönhofa на бедре с большой стороны был фурункул с опуханием паховых желез. Как и Siebert, мы полагаем, что при наличии острого гнойного процесса нужно воздерживаться от попыток вызвать запустение вены.

Остаются только случаи Lomholt'a и Olson'a, где зависимость между лечением впрыскиванием и смертельной эмболией не встречает возражений. Если к этим двум случаям прибавить еще три, упоминания о которых мы нашли в литературе без описания (Faure, Levaï — септический тромбофлебит, неизвестного автора у Bazelis — в этом случае по последнему имело место совпадение, а не причинная зависимость), если добавить, что у ряда авторов встречаются описания случаев легочных эмболий и инфарктов, не окончившихся смертельно (Salomon, Redner, Meisen, Rimann), то все же мы приходим к выводу, что с возможностью эмболии после лечения впрыскиваниями считаться нужно, но по сравнению с огромным количеством леченных больных опасность эта весьма не велика и, быть может, практически не далека от истины французские авторы, эту опасность совершенно отрицающие.

Для того, чтобы вывод этот был более убедителен, нам кажется правильным привести некоторые данные о частоте смертельных эмболий после другого метода лечения варикозных вен — после операции. По мнению Baug'a, по наложении на вену лигатуры центрально от нее в слепом мешке образуется коагуляционный тромб, который легко может привести к эмболии. С другой стороны, высокая перевязка v. saphenae magnaе не устраняет опасности эмболии от тромбов, расположенных ниже лигатуры, так как возможен путь через анастомозы v. saphenae parvae с v. poplitea и v. profunda femoris. Количество смертельных эмболий после операций колеблется у разных авторов от 0,5 до 2,3% (Pheeters, Berntsen, Müller, Vigyázó, Valkanyi), в среднем равно около 1%, и таким образом несравненно выше процента их при лечении впрыскиваниями. Отсюда ясно заключение некоторых авторов, что предложение предварительно перед впрыскиваниями перевязывать v. saphenam для устранения опасности эмболий (Zeller) не выдерживает критики, так как получается, что большей опасностью хотя и устранить меньшую.

После всего сказанного возникает вопрос, все ли случаи нужно лечить впрыскиваниями, есть ли какие-либо точные показания и противопоказания при этом методе лечения.

Авторы, говорящие о показаниях, в первую очередь останавливаются на социальной стороне вопроса (Hempel, Salomon). Действительно, при значительном числе больных с в. р. в. возможность лечить их амбулаторно, не отрывая от обычных обязанностей, не госпитализируя, что

в наших местных условиях при постоянной нехватке коек в больницах весьма существенно, не снимая для лечения с работы и тем самым не накладывая нового бремени на страхкассу, чрезвычайно существенна. Мы лично на 27 леченных активно-застрахованных только двух освободили от работы на срок в 7 и 12 дней. У Valkanyi на 194 больных только 6 были нетрудоспособными в течение 1—4 недель.

Из других сторон вопроса о показаниях существенно отметить, что симптом Trendelenburg'a не имеет значения (Hempel). В остальном авторы обычно перечисляют те показания, которые вынуждают вообще приступить к лечению в. р. в., не отмечая каких-либо специальных моментов.

Остается ответить еще, показано ли лечение впрыскиваниями при наличии некоторых осложнений. Ряд авторов останавливается на язвах, экземах, большинстве (Sicard и Gaugier, Delater, Meisen) считают, что результат в этих случаях получается очень хороший, некоторые (Friede) отмечают только ускорение заживления. Мы наблюдали пять случаев осложненных язв: в двух из них наступило быстрое заживление, в одном медленное, в двух заживления не наступило.

Прежде чем приступить к лечению впрыскиваниями больного с в. р. в., нужно подвергнуть его полному и тщательному общему исследованию. По единодушным литературным данным (Lutier, Perutz, Sicard и Gaugier, Salomon, Forestier) не подлежат этому лечению больные с повышением кровяного давления и артериосклерозом. Особенно важно это обстоятельство при пользовании гипертоническими растворами, когда возможное небольшое и кратковременное колебание внутричерепного давления, не имеющее значения у здорового в общем человека, может быть опасным при этих состояниях. Каждому больному нужно исследовать мочу, нужно не пропустить болезней почек, печени, диабета. Нельзя применять этого лечения у сердечных больных, особенно при явлениях сердечной недостаточности.

Не меньшее значение имеют и данные местного исследования. Ни в коем случае не подлежит закрытию, как не подлежат и оперативному лечению, симптоматические варикозные расширения при беременности, опухолях таза и при упомянутых уже болезнях сердца. Далее, у больных, страдавших раньше флебитом глубоких вен, нельзя прерывать поверхностного коллатерального кровообращения. Точно также противопоказаны впрыскивания и после флебита поверхностных вен ввиду возможной вспышки инфекции, даже очень долго остававшейся латентной. Наконец, впрыскивания не рекомендуются при наличии воспалительных явлений в окружности узлов.

Что касается отдаленных результатов, то, как по литературным данным, так и по нашим наблюдениям, не дают хоть сколько-нибудь удовлетворительных результатов, кроме некоторого субъективного улучшения, многочисленные мелкие, диффузные расширения телеангиэктатического типа. Другая крайность — одиночные, но очень крупные стволы. Sicard и Gaugier получают и в этих случаях хорошие результаты. Наши наблюдения совпадают с противоположным мнением (Schlunk), что очень широкие вены не поддаются лечению впрыскиваниями. Между этими крайними степенями располагается большое число промежуточных видов, которые дают хорошие и достаточно стойкие результаты от лече-

ния впрыскиваниями. Отзывы отдельных авторов по своей восторженности много превосходят наш весьма осторожный средний вывод.

Все же рецидивы после лечения впрыскиваниями наблюдаются при всех видах расширения вен, иногда даже через небольшой срок (несколько месяцев) после непосредственных хороших результатов, по Forestier в 15% случаев. Поскольку лечение в. р. в. облитерирующими впрыскиваниями не направлено на этиологию страдания, возможность такого рода рецидивирования заболевания само собой разумеется. С этой точки зрения нам кажется вполне правильным мнение ряда авторов (Hugel и Delater, Gaugier), что для получения удовлетворительных результатов всякое местное лечение варикозных вен нужно комбинировать с рядом общих мероприятий, для чего в первую очередь в каждом отдельном случае нужно попытаться найти симптомы общего страдания, предрасполагающего к в. р. в.

Для правильной оценки результатов нам кажется полезным напомнить, что процент рецидивов после оперативного лечения варикозных вен по единодушным литературным данным довольно высок, составляя около 20—30% для операции Madelung'a и достигая 50—70% для операции Trendelenburg'a.

Если через больший или меньший срок после лечения впрыскиваниями появляются новые расширенные венозные стволы, мы имеем полную возможность вновь приступить к тому же методу лечения.

Значительное большинство наших случаев было подвергнуто лечению в течение конца 1924 г., 1925 и 1926 г.г., когда ряд товарищей по приему в Поликлинике направлял нам соответствующих больных. В результате, когда мы в течение второй половины 1928 г. постарались найти наших больных и проверить полученные результаты, то мы большей частью имели дело со случаями давности после лечения свыше двух лет. Всего нами было осмотрено 34 человека, из них за время после окончания лечения впрыскиваниями 5 человек подверглось оперативному лечению, в том числе один по нашему настоянию из-за отсутствия недостаточных объективных результатов после длительного лечения при субъективном улучшении. У 5 больных было обнаружено довольно значительное расширение вен, достаточное, чтобы трактовать эти случаи, как рецидив заболевания, у одного вновь появились язвы. У 4, подвергшихся лечению повторно, с промежутком между сеансами от полугода до года, результат оказался удовлетворительным. Точно также вполне удовлетворительные результаты обнаружены нами у 19 лиц, как по субъективной их оценке, так и по объективным данным, от полного клинического выздоровления до имеющегося одного-двух незначительных венозных стволов. Таким образом, если непосредственный удовлетворительный результат оказался равным 82%, то стойкими из них через два года оказались 68%, т. е. всего хороший результат получен приблизительно в половине всех леченных случаев.

Как уже указано, некоторые формы в. р. в. не поддаются лечению впрыскиваниями, некоторые, как напр., расположенные высоко на бедре, не подлежат ему и требуют исключительно оперативного лечения, далее ряд больных желают получить излечение в возможно короткий срок, некоторые, наконец, боясь впрыскиваний больше, чем операции, требуют исключительно последнюю. В этих случаях, прибегая к опера-

тивному вмешательству, мы всегда должны иметь в виду возможность комбинировать его с внутривенным введением облитерирующего вещества, возвращаясь таким образом к старым предложениям, но пользуясь одним из недавно предложенных веществ. Целый ряд авторов (Bierendempfel, Moszkowicz, Unger, D'Allaines и Roseau) считают, что такое комбинированное мероприятие дает лучшие результаты, чем применение того или другого метода в отдельности, что именно оно является методом будущего. Несомненно, что перерыв венозного ствола у fossa ovalis устраняет чрезвычайно важную механическую причину образования варикозных углов. Moszkowicz производит такую операцию амбулаторно. Мы на такой путь не стали и считаем возможным проводить это лечение только стационарно. Эта комбинация операции с впрыскиванием была испробована в Хирург. пропедевт. клинике на 10 случаях. Первые 5 раз применялся 10—20% раствор поваренной соли, последующие разы—50% раствор глюкозы. Кроме высокой перевязки в. saphenae и вливания раствора, все разы производилось еще либо пересечение крупных стволов ниже—у колена, на голени, иногда с дополнительными вливаниями, либо иссечение наиболее крупных узлов. Впечатление от этого способа у нас складывается в его пользу.

Подводя итоги нашим наблюдениям и изучению литературы вопроса, мы можем прийти к выводу, что лечение в. р. в. нижней конечности впрыскиваниями облитерирующих веществ является методом удобным для больного, технически не трудным, достаточно безопасным и дающим удовлетворительные результаты. Практическое знакомство с ним обязательно для всякого врача, проводящего лечение этого страдания. Безусловно подлежат лечению впрыскиваниями, косметический эффект которого между прочим выше оперативного, случаи ранние, легкие и случаи средней тяжести. В остальных случаях нужно комбинировать операцию с применением облитерирующих веществ. Оба метода должны не противопоставляться один другому, а дополнять друг друга.

Литература.—1. Antonin—no Zentralorg. f. d. g. Ch. Bd. 39. H. 5.—2. Bécart—La Clinique. 1926, № 64.—3. Bierendempfel—D. m. W. 1927, № 11.—4. Baur—Berlin. Ges. Chir. Zbl. f. Ch. 1927, № 51.—5. Bazelis—Presse Méd. 1924, № 33.—6. Berntsen—no Zentrorg. f. d. g. Ch. Bd. 40. № 6.—7. Bucharuch—no Русс. клин. 1924, № 10.—8. Delater—Presse Méd. 1926, № 44.—9. Idem—ibidem. 1927, № 83.—10. D'Allaines и Roseau, ibidem. 1927, № 52.—11. Dunbar—Brit. m. j. № 3340. 1925.—12. Douthwaite—ibidem. № 3429. 1926.—13. Dörffel.—Derm. Ztschft, Bd. 51. H. 1.—14. Friede—Med. Ges. Magdeburg. M. m. W. 1926, № 31.—15. Fildermann—Presse Méd. 1927, № 72.—16. Forestier—J. Am. m. as. V. 90. № 24.—17. Gaugier—Presse Méd. 1926, № 92.—18. Hohlbäum—Zbl. f. Ch. 1922, № 7.—19. Hugel и Delater—Presse Méd. 1925, № 44.—20. Hirsch—W. kl. W. 1926, № 45.—21. Hempel—M. m. W. 1924, № 27.—22. Isaak—M. m. W. 1927, № 44.—23. Исаханов—Врач. раз., 1927, № 6.—24. Jorgensen—no Zentralorg. f. d. g. Ch. Bd. 42. H. 3.—25. Kausch—Berlin. G. Ch. Zbl. f. Ch. 1927, № 51.—26. Lutier—Presse Méd. 1926, № 93.—27. P. Linser—Med. kl. 1921, № 48.—28. K. Linser—Derm. W. 1925, № 37.—29. Idem—M. m. W. 1924, № 16.—30. Lomholt—no Zbl. f. Ch. 1927, № 20.—31. Lévai—no Zentralorg. f. d. g. Ch. Bd. 41. H. 6.—32. Meisen—no Zentralorg. f. d. g. Ch. Bd. 34. H. 6., Bd. 36. H. 1., Bd. 38. H. 4, Bd. 40. H. 10.—33. Müller—Köln. Ch. V. Zbl. f. Ch. 1928, № 11.—34. Moszkowicz—Zbl. f. Ch. 1927, № 28.—35. Magnus—D. Ztsch. f. Ch. Bd. 162. H. 1. 2.—36. Matus—no Zentralorg. f. d. g. Ch. Bd. 42. H. 10.—37. Nobl. W. kl. W. 1926, № 42.—38. Idem—Med. kl. 1928, № 15.—39. Idem—W. m. W. 1925, № 43.—40. Idem—W. kl. W. 1926, № 45.—41. Olson.—I. Am. m. as. V. 89, № 9.—42. Перонн—Вр. раз., 1927, № 9.—43. Pheeters—

S. G. O. V. 45. № 4, 44. Pheeters и Rice—J. Am. m. as. V. 91. № 15.—45. Perutz—W. m. W. 1926. № 13, 15, 16.—46. Remenovsky и Kantor—W. kl. W. 1925. № 20.—47. Reimann—W. kl. W. 1926. № 43.—48. Ruhemann—Kl. W. 1928. № 15.—49. Sicard и Gaudier—Presse Méd. 1926. № 44.—50. Schönhof—Med. Kl. 1924. № 51.—51. Schlunk M. m. W. 1925. № 21.—52. Salomon—D. m. W. 1928. № 1. 53. Tournay—Presse Méd. 1927. № 11.—54. Труды 2-го и 3-его съездов хир. Одесск. губ. 1924, 1925.—55. Viggazó—Zbl. f. Ch. 1928. № 2.—56. Valkanyi—Zentralorg. f. d. g. Ch. Bd. 42. H. 2.—57. Unger—Zbl. f. Ch. 1927. № 51.—58. Zeller—Научн. курсы уч. вр., 1928, в. I.

Из акушерско-гинекологического отделения Ковровской жел.-дор. больницы (Старш. врач В. М. Троицкий).

Биологический способ предупреждения беременности спермоинъекциями¹⁾.

Зав. отд. врача Ф. Г. Столыпина.

Стой интересный в настоящее время, с точки зрения практической, вопрос о спермоиммунитете разрабатывался еще в конце прошлого столетия. Уже в 1899 году Landsteiner, вводя сперматозонды быка в брюшную полость морской свинки, предварительно иммунизированной спермой быка, наблюдал быстрое прекращение движения сперматозондов и явления спермолиза. Мечников (1900 г.), впрыскивая человеческую сперму животным, получил в сыворотке крови последних токсические для сперматозондов вещества, дав им, впервые, название „сперматоксин“. Далее, вводя сперматоксическую сыворотку морской свинки нормальному кролику, он получил антисперматоксин. Moхter своими исследованиями установил, что сперматоксины действуют только на сперматозонды, не влияя на эпителий семенных канальцев. Метальников, вводя у морских свинок сперму самцов самкам, получил сперматоксины, губительно действовавшие не только на сперматозонды других особей, но и на свои собственные, т. е. им были получены изо-авто-сперматоксины. Лондон на основании своих опытов пришел к выводу, что всякая нормальная сыворотка обладает ауто-изо-гетеросперматоксинами, и, таким образом, он допустил существование физиологических сперматоксинов. В результате к началу XX-го столетия в научно-медицинской литературе накопилось уже достаточно работ по вопросу о сперматоксинах. Выводы этих работ, естественно, побудили к экспериментальным работам в области практического применения спермоиммунитета.

К числу первых экспериментальных работ по данному вопросу относятся работы Leslie (1901 г.), который наблюдал бесплодие у животных, обладающих искусственно выработанными сперматоксинами. Tawini, Sawini, Sawini-Kastano, экспериментируя на кроликах, морских свинках, белых мышах, получили хорошие результаты временной стерилизации. После некоторого затишья в разработке этого вопроса, в 1911 г. появилась обстоятельная экспериментальная работа М. П. Тушинова, где автор, на основании полученных им результатов, при-

¹⁾ Доложено в Ковровском Научном о-ве врачей 16/X 1926 г. и 16/V 1928 г.

шел к заключению, что „живые, подвижные сперматозоиды, многократно введенные в кровеносную систему или в брюшную полость или подкожно, способны вызвать у этих животных образование в крови сперматоксинов“. Наличие сперматоксинов обуславливает собой сравнительно продолжительный (до $1\frac{1}{2}$ —2-х лет) иммунитет против зачатия, несколько, повидимому, не расстраивая здоровья организма. Несколько позднее (1922 г.) Тушнов и Заболотская, в своем предварительном сообщении о результатах наблюдений над людьми, высказывают предположение, что препятствием к оплодотворению являются спермоагглютинины. Алексеев получил хорошие результаты спермоиммунитета, вводя опытным животным сперматоксическую сыворотку, испытанную пред употреблением на агглютинацию сперматозондов в висячей капле. Dittler, вводя многократно свежее полученный эякулят в ушную вену кроличих, получил у них бесплодие различной продолжительности, причем, исследуя у них путем лапаротомии половую сферу, он, подобно Тушнову, убедился в том, что стерилизация, полученная таким путем, не нарушает работы генеративных органов; однако, если введение спермы продолжать одному и тому же животному в течение нескольких месяцев, то возможны падение веса животного и даже резко выраженная кахексия с атрофией половых желез. Подтверждая возможность получения временного бесплодия у животных путем введения им спермы Mc. Cortney отметил наличие сперматозондных антител в кровяной сыворотке и во влагалищном секрете также и у контрольных животных, но в значительно меньшем степені. Кроме того, он указал факт образования сперматозондных антител в крови у самцов крыс, подвергшихся перевязке семявыносящего протока, объясняя такое явление всасыванием у них спермы (ауто-сперматоксины).

Однако, не все исследователи этого вопроса получили положительные результаты в своих опытах. Так, Михайлов, вводя семенные янтн опытным животным, не получил у них бесплодия, что Тушнов объясняет очень высоким титром сыворотки его опытных животных.

Vogt сообщает о наблюдениях Waldsteiner'a и Eckler'a, которые с помощью реакции Abderhalden'a установили на кроликах, что сперма после coitus'a всасывается и образуются защитные тела против белка явчика. Таким образом Vogt, полагая, что женский половой аппарат также обладает способностью резорбировать сперму, объясняет этим все неясные формы бесплодия (при отсутствии у супругов заметных местных или общих заболеваний, препятствующих оплодотворению). Этим же он объясняет и причину профессионального бесплодия у проституток. Так называемые „беременности военного времени“, наблюдавшиеся некоторыми авторами, Vogt ставит в связь с отсутствием спермоиммунитета, вследствие длительного прекращения поступления спермы (отсутствие половых сношений).

Таким образом вышеприведенные данные говорят за то, что активный спермоиммунитет не эфемерен и заслуживает большого внимания в вопросе о предупреждении беременности.

С этой целью мы и приступили к наблюдениям над спермоиммунитетом, вводя женщине подкожно в подлопаточной области живые, подвижные сперматозоиды мужчины (мужа и донора), после исследования на гоноррею и сифилис. Для наблюдений нами брались рожавшие женщины со здоровой половой сферой.

Наши наблюдения обнимают собой всего 104 случая на протяжении 5 лет. Начало их относится к 1923 году, когда мы, с одной стороны, не имели в своем распоряжении никаких литературных указаний на дозировку спермы, могущую дать эффект бесплодия у женщины, а с другой стороны,—опасались возможности у иммунизируемой женщины анафилаксии, протениновой кахексии и неблагоприятного гормонального воздействия. Естественно, что такое положение требовало большой осторожности..

В начале мы попробовали применить в 3-х случаях однократное введение спермы 1 эякулят + до 5 кб. см. подогретый физиологический раствор. В результате через два месяца мы обнаружили беременность у всех трех наблюдавшихся нами женщин. Убедившись обследованием этих женщин до и после спермоинъекции (общее состояние и анализы крови) в том, что введение спермы не влияет плохо на организм, мы перешли к следующей схеме курса спермоинъекций: I-я инъекция 0,5 кб. см. спермы, через день II-я инъекция 1 кб. см., через 6 дней III-я—5 кб. см., через 7 дней IV-я—5 кб. см. и еще через 7 дней V-я—5 кб. см.

Такой курс спермоинъекций мы проделали 5-ти женщинам. Тщательно наблюдая за ними, мы отмечали появление на месте укола красноты, которая держалась от 6 до 24 х часов, и иногда сильную, но скоро проходящую болезненность. Общей температурной реакции не наблюдалось. Каких-либо резких изменений в крови, за исключением небольшого увеличения числа лейкоцитов и цветного коэффициента, нами не отмечено.

Наши первые наблюдения убедили нас, таким образом, в том, что применяемый нами способ введения спермы не дает резких изменений в крови, не влияет дурно на общее состояние женщины и до некоторой степени даже улучшает ее самочувствие.

В дальнейших наблюдениях мы 10 женщинам изменили вышеописанный курс спермоинъекций, увеличив общее количество вводимой спермы, и, начиная с 1 кб. см., через 5 дней вводили 5 кб. см., затем через 7 дней вводили 7 кб. см., и еще через 7 дней—8 кб. см. спермы. Для ускорения всасывания введенной спермы и для уменьшения болезненности мы прибавляли к сперме Рингеровскую жидкость $t^0 37^0$. Все эти 10 женщин также нами были обследованы, и никаких резких отклонений ни в крови, ни в общем состоянии у них не было обнаружено. Из числа 15 иммунизированных нами женщин (не считая первых 3-х с однократным введением спермы) оказались беременными через 2 месяца—две, через 4 м-ца—пять, через 6 м-цев—три и через 8 м-цев—две, от трех сведения не получены.

Не удовлетворившись полученным столь непродолжительным бесплодием, мы в последующих наблюдениях, с целью подобоновления угасающего спермоиммунитета, предприняли повторение спермоинъекций через некоторый промежуток времени. Так, из 20 иммунизированных нами женщин по вышеописанному способу мы 5-и ж. проделали повторно курс инъекций через 5 месяцев, и, начав с 1 кб. см. спермы, ввели через 7 дней 5 кб. см. и через 7 дней еще 5 кб. см. Следующим 10—провели такой же повторный курс, но через 6 месяцев; а остальным 5—повторили спермоинъекции через 6 месяцев, увеличив курс еще на одну инъекцию.

в 5 кб. см. с семидневным промежутком. Результаты такого „подобновления“ угасающего спермоиммунитета нас вполне удовлетворяли, мы получили бесплодие до 10 месяцев у трех женщин, до 12 м-цев у 4-х жен., до 18 м-цев у 11 жен. и до 24-х м-цев у 2-х женщин.

В дальнейших наших наблюдениях, если не наступала беременность раньше 5—6 месяцев, мы применяли „подобновление“, путем повторения курсов по 4 спермоинъекции с общим количеством вводимой спермы в каждом курсе 16 кб. см.

В пяти случаях мы применили мертвую сперму, разбавив ее равной частью физиологического раствора, причем такая иммунизация бесплодия не дала.

Также не получили мы бесплодия и при иммунизации женщины, кормящих грудью, хотя в способе иммунизации никаких отклонений не делали.

Несмотря на настойчивые просьбы женщин б-ных туберкулезом легких подвергнуть их иммунизации, мы этого не делали, боясь возможных осложнений со стороны их легочного процесса в результате спермоинъекций.

Подводя цифровые итоги нашим наблюдениям, необходимо из всех 104 наших случаев спермоиммунизации женщины исключить 3 случая иммунизации однократным введением спермы, 5 случаев иммунизации мертвой спермой и 14 случаев иммунизации с неизвестными нам результатами. Остается 82 случая спермоиммунизации, из коих у 19 женщин, т. е. почти в 23%, мы вовсе не получили бесплодия, а у 63 женщин, т. е. почти в 77%, мы получили стерилитет различной продолжительности, а именно: в течение 4-х месяцев—у 13 жен., 6 мес.—у 3-х жен., 8 мес.—у 2-х жен., 10 мес.—у 12 жен., 12 мес.—у 6 жен., от 12 до 18 мес.—у 16 женщин, от 18 до 24 мес.—у 10 жен., выше 2-х лет у одной.

Как неприятные осложнения спермоинъекций, мы отметили получение небольшого, быстро ликвидированного абсцесса в одном случае и появление неглубокого обморочного состояния сейчас же после инъекции у двух женщин. Последнее мы относим за счет повышенной чувствительности нервной системы. Случаев анафилаксии или других каких-либо вредных влияний спермоинъекций отметить не могли.

Повидимому, введение спермы не отражается плохо и на последующей беременности. Так, нам удалось наблюдать четыре беременности, наступившие у иммунизированных женщин. Протекали эти беременности нормально и закончились родами в срок, причем каких-либо отклонений от нормы в состоянии здоровья новорожденных не наблюдалось.

Что касается сущности спермоиммунитета, то надо отметить пока отсутствие какого-либо установившегося взгляда в этом вопросе. Повидимому, бесплодие у иммунизированных спермой женщин наступает вследствие перемены положительного хемотаксиса к яйцу у сперматозондов на отрицательный или же вследствие гибели сперматозоида в яйце от наличия в последнем ядовитого для сперматозоида начала (Тушнов, Сахаров, Колпиков). Возможность значения гормонов в возникновении бесплодия окончательно не исключена.

Наши наблюдения позволяют нам сделать следующие выводы:

1. Живые, подвижные сперматозонды мужчины, многократно введенные женщине подкожно, в большинстве случаев дают спермоиммунитет.

II. Невосприимчивость к зачатию в результате образовавшегося спермоиммунитета — временная.

III. Повторение курса спермоинъекций иммунизированной женщине через определенный промежуток времени „подобновляет“ угасающий иммунитет и увеличивает срок временной стерилизации женщины.

IV. Применяемый нами способ спермоинъекций не отражается вредно на здоровье иммунизируемой женщины и не влияет дурно на последующую беременность.

Уместно выразить сожаление, что наши наблюдения не дали желательных результатов в опытах иммунизации кормящих женщин, которым стерилизует так же, как и туберкулезным б. ным, крайне нужен.

Делая настоящее сообщение, мы имели целью усилить научно-исследовательский интерес к вопросу биологической стерилизации женщин. Масса абортирующих женщин, не удовлетворяясь, по вполне понятным причинам, существующими в широком применении видами презервации, ждет верного, удобного и безвредного способа предупреждения нежелательной для них беременности.

Считаю приятным долгом выразить сердечную благодарность б. заведующим Ковровской городской лабораторией врачам А. А. Чичериной и П. Г. Берлизовой за их любезное содействие в проведенной нами работе.

Из Родильного дома им. проф. Снегирева (Ленинград). Зав. профессор Л. Л. Окинчиц.

Редкий случай врожденного уродства плода.

Д-ра Р. Л. Шуб.

Посвящается глубокоуважаемому учителю профессору Л. А. Кривскому в ознаменование XXXV-летия его научно-врачебной и общественной деятельности.

„В изучении уродств конечностей мы до сих пор стоим на ступени собирательных фактов, не имея возможности объяснить их“, так писал свыше пятнадцати лет тому назад проф. Березнеговский в своей монографии „О пороках развития конечностей“.

В опубликованных немногочисленных казуистических случаях уродств особенно страдает освещение вопроса о генезе и диагностике их, так что вопрос об уродствах — именно этиология возникновения их в ряде случаев и по настоящее время остается открытым. Заслуживает внимания изданное постановление Наркомздрава о необходимости опубликования случаев уродств и их научного исследования в пределах современной возможности, так как только накопление и разработка казуистического материала помогут осветить такой сложный вопрос, как патология эмбрионального развития.

Поэтому, считаю уместным опубликовать случай уродства, имевший место в родильном доме имени проф. Снегирева.

С., 34 лет (журнал № 628), поступила в род. дом 21/III 1929 г. в 9 час. 45 мин. с схваткообразными болями внизу живота, которые начались 3 часа тому назад. По словам роженицы воды отошли в незначительном количестве два дня тому

назад. Беременность 5-я, срочных родов 3, один преждевременный на 8-м месяце. Все дети рождались живыми, живы по настоящее время, за исключением последнего—недоношенного, который жил 2 недели. Никаких признаков уродств у детей не было. Со стороны наследственности—ничего патологического.

RW (на 10-й день после родов) отрицательна, моча и морфология крови—в пределах нормы.

Status praesens: пикичка, правильного телосложения, удовлетворительного питания, видимые слизистые розового цвета. Рост 65 см. U^1 —36.5. Ps —80 уд. Таз нормальный. При наружном исследовании обнаружено, что живот небольших размеров (точно измерить не удалось, так как ребенок родился через 10 минут по поступлении роженицы), дно матки—на 4 пальца ниже мечевидного отростка.

Положение плода—первое ягодичное. Предлежащая часть в полости. Сердцебиение плода ясное, слева выше пупка. Тотчас же по поступлении роженицы началась непродолжительная потужная деятельность и через 10 минут наступили роды. Ребенок родился быстро в ягодичном предлежании (к извлечению прибегнуть не пришлось). Послед вышел через 15 минут. У края последа между оболочками находилась гематома величиной с кулак, содержащая старые кровяные сгустки; в остальном в последе никаких особенностей.

Родившийся ребенок женского пола, живой, со всеми признаками доношенного плода, вес его 2400,0; длина 38 см. Размеры головки: окружность 32 см.; большой косой—12, прямой 11, малый косой 10, большой поперечный 10, малый поперечный 7. Окружность груди 31 см., ширина плеч 10 см., ширина ягодиц 6 см.

К числу ненормальностей в строении тела ребенка относятся следующее: на обеих верхних конечностях отсутствуют предплечья и кисти. На нижних конечностях отсутствуют голени и стопы. В области дистальных концов культей прощупываются суставные поверхности бедренных костей. *Pateellae* отсутствуют. На коже, покрывающей культю, отмечаются кожные складки, причем на левой культе рядом с кожной складкой имеется рудиментарный палец, состоящий из 2-х фаланг. Мускулатура в области культей как верхних, так и нижних конечностей раз-

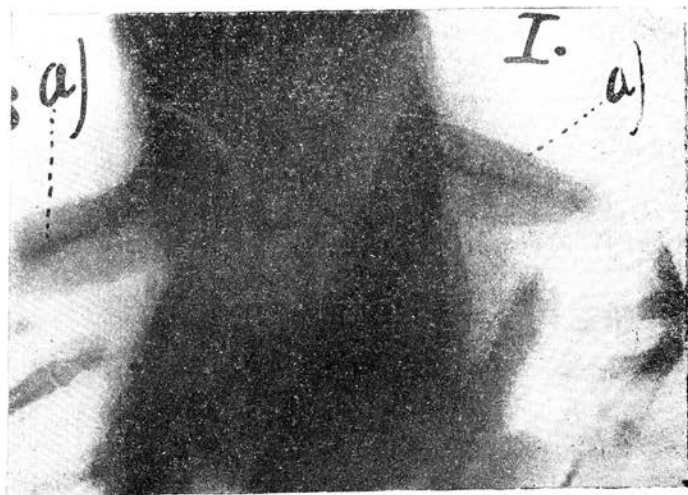


- а) Кожные сосочки на культях верхних конеч., б) рудиментарный палец состоящий из двух фаланг, в) кожные сосочки на культях нижних конеч., д) поперечные борозды.

вита хорошо. Прилагаемый фотографический снимок и рентгенограммы вполне совпадают с вышеописанными данными объективного исследования урда. В остальном строении тела ребенка никаких отклонений от нормы не замечено.

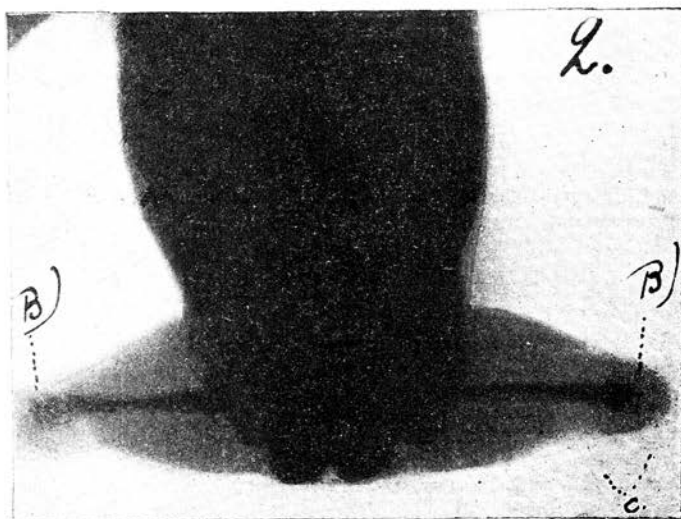
Родильница выписалась на 10 день и находилась под наблюдением еще 2 месяца, причем за этот период никаких расстройств у ребенка не обнаружено.

Касаясь этиологии уродства, Schwalbe в сборном труде по тератологии указывает, что наше суждение в этой области настолько неопределенно, что о классификации по этиологическим признакам (kausale Genese) думать пока невозможно, остается говорить только о „formale Genese“ (патогенезе).



1. Верхние конечности: а) плечевые кости.

При попытке объяснить патогенез (formale Genese) уродств вообще и конечностей в частности все существующие теории разделяются на две группы: теория, объясняющая уродства причинами эндогенного характера (динамическая), и теория механическая, полагающая в основу происхождения уродства причины экзогенного характера.



2. Нижние конечности: b) суставные поверхности бедренных костей, c) фаланги рудиментарного пальца.

В последнее время в объяснении этиологии уродств—экзогенная теория приобрела большое значение. Mall—автор известного руководства нормальной и патологической истории развития человека—считает, что патологические зародыши, экспериментально полученные уродства и доношенные monstra составляют 1 общий класс в том смысле, что все они происходят из нормальных яиц, а причины вызвавшие те или другие уродства заложены в окружающей их среде. Влияние окружающей среды на развитие нормальных зародышей подтверждается исследованиями Winkler'a, который изучал живые эктопические плоды, полученные per laparotomiam: в 50% были ненормальности со стороны нижних конечностей, что доказывает, насколько подвержены внешнему механическому воздействию конечности плода.

Kümmell на основании эмбриологических данных считает причиной уродства—малую вместимость матки: в ранней стадии беременности плод имеет шаровидную форму и свободно находится в матке, но в конце 7-ой недели вся полость матки выполняется яйцом и тогда может наступить сдавление плода маточными стенками.

К числу экзогенных условий, способствующих образованию уродств, надо отнести наличие амниотических нитей, перетяжек. Еще в 1846 году Simonart обнаружил существование амниотических тяжей, которые он считал результатом извненного процесса, поражающего поверхность тела зародыша и внутреннюю поверхность амниона. Затем Braun и впоследствии Schwalbe точнее определили суть данного процесса, а аномалии амниона Schwalbe объяснял в зависимости от следующих условий: 1) ненормально тесный амниотический мешок 2) дефекты в его стенке 3) избыток околоплодной жидкости и 4) сращения и тяжи.

Как известно, амнион в ранней стадии беременности облегает всю поверхность зародыша, а при наличии какой-либо из вышеперечисленных аномалий происходит склеивание нежного эпителия внутренней поверхности амниона с таким-же эпителием плода. Затем, по мере роста плодного яйца образовавшиеся спайки растягиваются и превращаются в амниотические тяжи и нити, которые, окутывая выстоявшие части—конечности, могут постепенно отшнуровать их.

Что касается нашего случая, то наиболее приемлемой причиной происхождения этого уродства является теория существования Симонартовых нитей, причем тератогенетический терминационный период нужно отнести к концу 7-й—8-й недели развития зародыша, так как оставшиеся культы вполне успели развиться до нормальных размеров. Pfannenstiel считает нормальным для 2-х месячного плода прилегание амниона к зародышу, что создает в это время особенно благоприятные условия для развития патологических явлений.

В согласии с этой теорией можно допустить в разбираемом случае самопроизвольную ампутацию верхних и нижних конечностей внутриутробного плода. Наличие борозд и складок на ампутированных концах, как следы перетяжек, говорят в пользу экзогенной теории, объясняющей их происхождение при посредстве Симонартовых нитей (что имело место в нашем случае).

Относительно существования рудиментарного пальца можно предположить, что в период ампутации левой нижней конечности внутриутробного плода сохранилась связь последней с остатком большого пальца.

В дополнение считаю не безинтересным привести два случая уродства весьма сходные с описанным.

В медицинском отчете по СПб. Родовспомогательному заведению за 1910—12 г. В. А. Столыпинский кратко описал случай самопроизвольной ампутации конечностей во время внутриутробной жизни плода амниотическими перетяжками (*bride de Simonart*). Ампутированными оказались: левое предплечье, приблизительно в середине, правое предплечье тотчас ниже локтевого сгиба; левое бедро на границе средней и нижней трети. На правой нижней конечности наблюдалась полная синдактилия. В этом случае были найдены тонкие плотные нити, очевидно амниотические тяжи. Другой случай доложен доктором Скворцовым в Обществе естествоиспытателей и врачей в Томске (6 декабря 1928 г.), где у доставленного 6-месячного ребенка была обнаружена врожденная ампутация всех 4-х конечностей. В каждой из верхних конечностей сохранилось плечо и часть предплечья, заканчивающаяся остроконечной культей. В нижних конечностях имеются бедра и части голени. Хотя докладчик и объясняет данное уродство отравлением плода хинином, учитывая, что мать на 6-м месяце беременности болела малярией и лечилась хинином, но мне кажется, что тератогенетический терминационный период был значительно раньше и возможно, что в данном случае также сыграла роль патология амниона.

Литература: 1) Fr. Ahlfeld—Die Missbildungen des Menschen 1 и 2 Abschnitt.—2) Зелькин С. П. Врач. газ., 1928 г., 208 стр.—3) Клионер И. Л. Вест. рентгенологии, 1927 г., т. I.—4) Николаев Н. М. Об изучении врожденных уродств—Изд. Охматмлада НКЗ. 1928 г., Серия I, вып. II.—5) Мыш. В. М.—Юбилейный сборник. Томск, 1925 г.—6) Ошкадеров В. И. Труды Воронежского гос. унив. Том 4, 1927 г.—7) Остен-Сакен Э. Ю. О врожденной косолапости. Рукопись.—8) Simonart—Arch. de la méd. Belge. 1840 г.—9) Скворцов. Врач. газ. 1929, № 1.—10) Столыпинский В. А. Медотчет по СПб. родов. зав. за 1910—12 гг.—11) Fürst. Arch. f. Gyn. Bd 2.—12) Förster. Die Missbildungen des Menschen. Atlas 1861 г.—13) Schwalbe. Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Thiere.

Из Клиники нервн. бол. Каз. гос. университета. (Дир. проф. А. В. Фаворский)

Нервная система при эндемическом зобе и кретинизме¹⁾.

По материалам, собранным в эндемическом р-не Маробласти в 1928 г. специальной экспедицией.

Н. И. Федоров.

В ряде местностей земного шара (Альпы, Карпаты, Пиринеи, Скандинавия, Урал, Кавказ, Забайкалье, Туркестан, Гималаи, Сев. Америка и т. д.) встречается очаговая болезнь—эндемический зоб и связанный с ним кретинизм. У части населения этих районов появляется или общее разлитое увеличение щитовидной железы (диффузный зоб), или увеличение ее в виде узлов, исходящих из перешейка или боковых долей железы (узловатый зоб). Число узлов, их величина и форма различны. Консистенция узлов может быть мягкой, плотной, твердой и редко—каменной (обызвестившийся зоб).

Для отдельных местностей характерна определенная форма зоба. Во Франции, например, преобладает узловатый зоб (Charles Donnet),

¹⁾ Доложено в Казанском обществе невропатологов, апрель 1929 г.

а в С. А. С. Ш. и в Норвегии диффузный зоб встречается чаще, чем узловатый (De Quervain). Даже в одном эндемическом районе зоб имеет свои разновидности. Находят возрастные различия зобов: молодой возраст характеризуется большей частью диффузной формой, взрослые же чаще страдают узловатым зобом. Женщины обычно в большем числе захвачены зобатостью, чем мужчины того же района.

Страдает при эндемическом зобе и кретинизме и нервная система. Клинически со стороны нервной системы находят почти в половине случаев кретинизма повышение сухожильных коленных рефлексов (Wilder). Но это повышение коленных рефлексов не относится к категории явлений, описанных Mc. Carrison'ом при так называемом нервном кретинизме (De Quervain). При этой форме эндемического зоба, которую De Quervain называет отклонением от классического типа, повидимому, имеется соединение кретинизма, тетании и Литлевской спастичности и болезнь основывается, по его мнению, на одновременном поражении щитовидной и паращитовидных желез. Случаи спастического паралича отмечали среди кретинов и русские авторы (Фирсов, Кашин). Двигательная одаренность у кретинов мала (H. Vogt). Общая чувствительность не обнаруживает отклонений от нормы.

Нарушение обмена веществ и телесной морфологии, сопутствующее эндемическому зобу и кретинизму, заставляет обратить внимание на средний мозг и базальные ганглии (Höffner). Эндемический зоб появляется на основе физико-химических особенностей окружающей среды; в связи с этими особенностями должна здесь играть большую роль нервная система, преимущественно вегетативная.

При гипертиреозе вегетативная нервная система находится в состоянии повышенной возбудимости, синдром же гипотиреоза характеризуется замедленностью и вялостью всех физических и психических функций, а также понижением возбудимости в. н. с., как симпатического, так и парасимпатического ее отделов (Zondek).

На нашем материале в эндемическом районе Маробласти наиболее ранние увеличения щ. ж. можно было наблюдать в 5—6-летнем возрасте. Врожденного зоба нам видеть не удалось. По формам зоба наш карточный материал распределяется так: не увеличена щ. ж.—60 случ., диффузная форма—120, узловая—150. По консистенции узловатую форму можно разбить поровну на фиброзную (хрящеватая консистенция) и паренхиматозно-коллоидную (плотноватая и эластическая).

Отдельные формы зобов, взятые по возрасту, дают такие показатели:

	До 16 л.	До 25 л.	До 40 л.	До 50 л.	Выше 50 л.
Диффузная ф.	76	24	16	4	—
Узловатая ф. (парен- хим.-кол.)	12	19	23	19	2
Фиброзная ф.	—	2	9	14	50

т. е. диффузная, разлитая форма падает в большом проценте случаев на молодой возраст до 16 лет (63%), а узловатая с твердыми (фиброзными) образованиями на старческий (60%—у лиц свыше 50 лет). Щитовидная железа претерпевает цикл изменений от общей гиперплазии до фиброзного перерождения ее; скорость этой эволюции индивидуально различна.

Таблица показывает, что у одних индивидуумов имеется до конца жизни функциональная стойкость щ. ж. (щ. ж. не увеличена или нахо-

дятся в стадии легкой гни, плазии), у других уже в раннюю пору жизни мы наблюдаем узлы.

У детей с отягощенной зубной наследственностью рано начинают проявляться признаки общей задержки развития. Так, при обследовании 52 детей в дд. Ошутьялы. Озерки (поражены зубом) оказалось, что 22 из них начали ходить с 1 года, 13—с 2-х лет, 11—с 3-х лет, 3—с 4-х л. и 3—с 5-ти и выше. В контрольной же дер. Шелангер обследованные 20 детей все начали ходить до 2-летнего возраста.

Эти дети, поздно начинающие ходить, в большинстве случаев рахитики, нередко с явлениями спазмофилии. Так, на 28 детей д. Ошутьял (зубная) оказалось 8 рахит. и 8 спазмоф., тогда как в дер. Шелангер (контрольная)—по 1.

Эндемический зуб ведет к задержке формирования половых желез (яичников, testes) и вторичных половых признаков: в контрольной деревне у 20 мальчиков не найдено крипторхизма; в зубных деревнях (Н. Ошутьялы, Озерки) из 44 найдено у 12 в возрасте до 6—7 лет. Д-р Яхонтов (Каз. мед. ж., 1914, № 2) указывает частоту спорадического крипторхизма в 2,5 на 1000. При эндемическом зубе, по нашим наблюдениям, процент крипторхизма высок (27%).

У взрослых при выраженных явлениях гипотиреоза также встречали инфантильность половых органов. У женщин при эндемическом зубе время полового развития задерживается, о чем мы могли судить по времени появления menses, а именно:

Menses появились	с 15 л.	с 16 л.	с 17 л.	с 18 л.	с 19 л.	с 20 л. и в.
В контр. дер. (16 сл.)	2	2	8	3	1	—
В поражен. зубом (55 сл.)	4	8	16	18	7	2

Грудные железы обычно начинают формироваться в 13—15 лет. Из 50 женщин с эндемическим зубом лишь 20 имели нормально развитую грудь, а у 30 (т. е. в 60%) были грудные железы инфантильны или же атрофичны (у старых).

Задержка развития организма, зависящая от эндемического зуба, отражается и на нервной системе. Страдают как высшая нервная деятельность, так и анимальная, и вегетативная нервная система.

Всегда сопутствующие эндемическому зубу и кретинизму расстройства речи и слуха (поражение внутреннего уха) наблюдались и в нашем материале:

	Косноязычие и частичн. глухота	Полная глухота
В контрольной деревне (150 ч.) . . .	Нет	Нет
В зубных деревнях (190 ч.)	20	8

В виду того, что значительный % детей начинает поздно ходить, мы заинтересовались временем развития пирамидальных путей. Критерием служило наличие симптома Бабинского или нормального подошвенного рефлекса. В норме с. Бабинского пропадает в среднем к 2 годам. Мы взяли для исследования детей свыше 3-х лет, сознательно повышая на год средний возраст для с. Бабинского. В контрольной деревне у 15 детей свыше 3-х лет с. Бабинского не обнаружено. В деревне Н. Ошутьялы (зубная) из 44 детей у 10 (22,7%) с. Бабинского (или нетипичный подошвенный рефл.) наблюдался у детей до 5-6-7 летнего возраста. Среди кретинов у 4-х (13, 17, 40 и 50 лет) также наблюдался

с. Бабинского без каких-либо других признаков органического поражения нервной системы. Возможно, что здесь есть общее с той спастической „нервной формой“ кретинизма, которую наблюдал Mc. Carrison в Гималаях.

Сухожильные рефлексы (коленные и ахилловы) более, чем в половине случаев, оживлены или повышены как при эндемическом зобе, так и при эндемическом кретинизме. Кожные рефлексы нормальны. Часто наблюдалось ослабление плечового рефлекса. В общей чувствительности изменений не отмечено.

Нами исследованы и вегетативные рефлексы при эндемическом зобе и кретинизме. Исследовались рефлексы Ашнера, эпигастрический, ортостатический и Эрбена и дермографическая реакция. Для выводов взяты случаи, которые исследовались в пригодной амбулаторной обстановке (отдельная комната) и в одно и то же время дня (по утрам).

Рефлексы		Ach.	Sol.	Ort.	Erb.	Ach.	Sol.	Ort.	Erb.
		Щит. ж. не увелич.				Дифф. форма щ. ж.			
Повыш. реакц.	{ Число obsl.	3	—	21	10	8	5	25	20
	{ %	7,5	—	52,5	33	20	12,5	62,5	57,2
Полож. реакц.	{ Число obsl.	17	20,1 ^{*)}	9	10	12	21,1 ^{*)}	11	9
	{ %	42	5,50	22,5	33	30	30	27,5	25,7
Слабо-полож.	{ Число obsl.	18	20,1 ^{*)}	10	8	20	21	4	6
	{ %	45	50	25	26,6	50	52,5	10	17,2
Отрицательн.	{ Число obsl.	2	—	—	2	—	1	—	—
	{ %	5	—	—	6,6	—	2,5	—	—
		Узловатая (паренх.-колл.)				Узловатая фиброзная			
Повыш. реакц.	{ Число obsl.	2	1	17	11	2	3	9	7
	{ %	5	2,5	42,5	31,4	5	7,5	22,5	20
Полож. реакц.	{ Число obsl.	11	7	15	8	10	7	15	12
	{ %	27,5	17,5	37,5	22,8	25	17,5	37,5	34,3
Слабо-полож.	{ Число obsl.	23	22	5	12	20	15	9	11
	{ %	57,5	—	12,5	34,3	50	37,5	22,5	31,4
Отриц. реакц.	{ Число obsl.	4	10	3	4	8	15	7	5
	{ %	10	25	7,5	11,4	20	37,5	11,5	12,5

Примечание: *) обозначены инвертированные рефлексы.

При диффузной форме обращает на себя внимание значительный процент повышенного рефлекса Ашнера (20%) и отсутствие отрицательного рефлекса Ашнера. При узловатой форме увеличивается процент отрицательного рефлекса Ашнера и других при уменьшении процента повышенных и нормальных рефлексов.

Дермографическая реакция ведет себя так: (см. стр. 1308)

Дермографическая реакция как местная, так и спинно-мозговая следует той же тенденции—ослабляется при узловатой форме зоба (в особенности при фиброзной) и имеет усиление реакции при диффузной форме эндемического зоба (с 5% при нормальной щитовидной железе до 16% при диффузной форме).

		Местная реакция	Спинно-мозг. рефлекс	Местная реакция	Спинно-мозг. рефлекс
		Щит. жел. не увеличена		Диффузная ф. щит. ж.	
Повыш. реакц.	{ Число случ.	2	1	6	4,2
	{ %	5	2,5	16,6	16,6
Норм. реакция	{ Число случ.	30	34	22	22
	{ %	75	85	61,2	61,2
Слабая реакц.	{ Число случ.	8	5	8	8
	{ %	20	12,5	22,2	22,2
		Узловатая (паренх.-кол.)		Узловатая фиброзная	
Повыш. реакц.	{ Число случ.	1	3	1,2	2,2
	{ %	2,6	9,6	3,3	—
Норм. реакция	{ Число случ.	18	14	12	12
	{ %	54,8	45,1	40	38,7
Слабая реакц.	{ Число случ.	14	14	16	17
	{ %	42,4	45,1	53,4	54,8

Т. об., при диффузной форме зоба можно встретить большой процент положительных вегетативных рефлексов и нормальной дермографической реакции, а также повышенные рефлексы и дермографию (базедофицированный зоб); при узловой форме нарастает процент отрицательных рефлексов и слабой дермографической реакции.

При фиброзной форме, чаще встречающейся в пожилом возрасте, на общее понижение функции щитовидной железы влияет помимо зоба еще и старческая инволюция самой железы.

Рефлексы у кретинов.

	Ach.	Sol.	Ort.	Erb.
Повышенный	—	—	1	2
Нормальный	—	—	7	4
Слабый	13	12	6	5
Отрицательный	5	6	3	2
	18	18	17	13

Дермографическая реакция у кретинов.

	Местная	Спинно-мозг.
Повыш.	—	—
Норм.	3	2
Слабая	11	12
	14	14

Наибольший процент слабой и отрицательной реакции, парасимпатических рефлексов и дермографии наблюдается, как видно, у кретинов.

Подводя итог нашим наблюдениям можно сказать, что в эндемическом районе Маробласти, обследованном отрядом врачей в 1928 г., эндемический зоб встречается в видах: диффузного и узлового.

Влияние зоба на общее развитие организма сказывается в задержке роста, запаздывании начала menses, крипторхизме, задержке развития вторичных половых признаков, частой спазмофилии и рахите.

Общая задержка развития организма при зобе отражается и на нервной системе как анимальной, так и вегетативной: помимо глухоноты

и психической отсталости — наблюдается задержка развития пирамид, повышение сухожильных рефлексов: понижение вегетативных рефлексов и дермографии при узловатой форме зоба и кретинизме.

Понижение функции щитовидной железы влияет в большой степени на понижение парасимпатических рефлексов (Ашнера, соллярного), чем смешанных (Эрбена и ортостатического).

В главной массе случаев исследование дает картину гипотиреоза и лишь редко гипертиреоза (базедофикации).

Литература: 1) М. Ф. Кандаратский. «Признаки вымирания луговых черемис Каз. губ.». Дневник общ. врачей при Каз. у-те, 1889 г.—2) А. Ф. Акопенко. Неврологический вестник, т. VI, 1898 г.—3) Лежнев. Диссертация «Зоб в России», 1904 г.—4) К. М. Яхонтов. Каз. мед. журнал, 1914, № 2.—5) Аронович Г. Д. «Об аномалиях опускания яичек у умственно отсталых». Сборник «Научная медицина», 1922 г.—6) Н. Vogt. «Der Kretinismus» u. Hans Eppinger «Das Mixödem» (Handbuch der Neurologie. Levandowski).—7) Оппель. «Клиника изменений эпителиальных желез».—8) Zondek. «Krankheiten der endokrinen Drüsen», 1924 г.—9) Винсент. «Внутренняя секреция», 1928 г.—10) Berichte über die internationale Kropfkongferenz in Bern 24—30 August, 1927 г.—11) Алфеев. «Материал к клинике Карачаевского зоба» (Материал к изучению зобности в Карачае). Ростов на Дону, 1929 г.

Из ортопед. клин. Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани (Дир. проф. М. О. Фридланд) и Центрального дома физич. культуры Татаркомздрава (Зав. д-р Н. Л. Герасимова).

О колебании свода стопы под влиянием маршировки у красноармейцев.

Н. Н. Кочев.

Вопрос о функциональной способности стоп в связи с действующими в них силами упругости неоднократно освещался в ортопедической литературе и докладывался на конференциях казанских ортопедов, которые уделили этой теме особенное внимание. Проф. Фридланд в своей статье „Колебание высоты свода стопы под влиянием различных моментов“ (Ортопедия и травматология, кн. 2—3, 1927 г.) делает сводку работ по этому вопросу. Эти работы дают возможность установить не только конечный результат влияния различных условий труда и отдыха на высоту свода стопы, но и уловить также детали этого влияния в течение самого процесса патологического воздействия. Таким образом, выяснена динамика плоскостопия у работников типографского труда (Герасимова, Кочев¹⁾, динамика колебаний свода стопы в течение одного рабочего дня у рабочих, служащих и учащихся (Киптенко, Августинов и Алексеева-Козьмина²⁾). В моей работе: „Влияние лыжного пробега на высоту свода стопы“ (Теория и практика физической культуры, 1927, № 6) выяснено колебание свода стопы после острой нагрузки и ночного отдыха.

На основании указанных работ выясняются следующие положения: а) стопа с ее связочно-мышечным аппаратом имеет определенную потенциальную энергию, которая расходуется по мере надобности в течение трудового дня; б) функциональная приспособляемость стопы зависит как

¹⁾ Казан. мед. журн., № 9, 1927.

²⁾ Ортоп. и травматология, 1927.

от степени упругости мышц и связочно-сумочного аппарата стопы, так и от характера и величины нагрузки. Во время ходьбы или работы человека мышечно-связочный аппарат его стопы растягивается, вследствие чего свод опускается до тех пор, пока не израсходуется вся запасная мускульная энергия и свод потеряет поддержку окружающих тканей. В этот момент со стороны нервной системы к мышцам стопы следует дополнительный импульс—рефлекторный мышечный спазм, благодаря чему свод стопы начинает повышаться и в некоторых случаях даже превышает свою обычную высоту. Рефлекторный спазм мышц стоп обыкновенно наступает в строгой зависимости от упругих сил стопы и нагрузки. Чем ближе к норме исходная высота свода стопы, тем больше она имеет потенциальной энергии, и наоборот. Если последовательно провести исследование реакции стоп в течение дня, то мы увидим, как плоские стопы (обладающие малым потенциальным запасом упругих сил) в первые же часы начинают быстро опускаться, после чего наступает рефлекторное сокращение мускулатуры, и свод стопы повышается; что же касается нормальной стопы, то она обыкновенно имеет весьма длительный период опускания и после привычной ежедневной функциональной нагрузки не приходит в спастическое состояние.

В августе м-це 1928 г. мною произведено исследование стоп 68 красноармейцев во время учебного 30 километрового марша. Перед походом все красноармейцы подверглись телесному осмотру, где особенно обращалось большое внимание на ноги и обувь участников. Все лица слабого физического развития, жалующиеся на боли в ногах, на потерю стель, были исключены из числа исследуемых. Что касается обуви, то последняя была достаточно подогнана к ногам. Большинство (70%) выступало в поход в ботинках. Погода благоприятствовала маршу, был ясный летний день. Наблюдение стоп производилось: 1) перед маршем в 6¹/₂ ч. утра, 2) на большом привале после перехода 19 километров в 2¹/₂ часа дня, 3) после похода в 7¹/₂ час. вечера и 4) утром на следующий день в 6¹/₂ час. утра. Стопы исследовались по методу проф. Фридлянда, его же стопомером упрощенной модели: за индекс принималось 9/10-ое отношение высоты стопы к длине последней. Для выяснения реакции всей мускулатуры тела и всего организма участников в походе мною проведена станковая динамометрия. Полученный материал обрабатывался по методу вариационной статистики и был разбит на три группы: на группу высоких, средних и низких сводов. Результаты видны из следующей таблицы.

Время исследования	Изменение индекса стопы с высоким свод.	Изменение индекса стопы с средним свод.	Изменение индекса стопы с низким свод.	Изменение станковой динамометр.
До похода в 6 ¹ / ₂ ч. утра	30,8	28,5	26,2	187,5
После перехода 19 километр. в 2 ¹ / ₂ ч. дня.	29,8	28,5	27,1	189,3
После марша в 7 ¹ / ₂ ч. вечера	29,5	27,9	26,9	189,1
После ноч. отдыха, на след. день в 6 ¹ / ₂ ч. утр.	29,9	28,2	27,0	188,1

При разборе этой таблицы мы видим, что стопы различной исходной высоты реагируют на одну и ту же нагрузку различно. Первая группа с высоким сводом стопы, имея больший запас потенциальной энергии, равномерно опускается в течение всего похода и лишь после отдыха свод начинает восстанавливать свою исходную высоту. Вторая группа с несколько более низким сводом, но еще нормальным, реагирует также, как и первая. Что касается последней группы лиц—явно плоскостопных, то здесь мы видим, что их стопы, в противоположность всем предыдущим группам, дали сразу же повышение свода, которое продолжает держаться в течение всего перехода и даже не приходит к норме после отдыха. Принимая во внимание, что лица этой группы как раз давали указания на целый ряд болезненных симптомов как во время, так и после марша (чувство тяжести, усталость в ногах, боли в икрах и мышцах голени), мы вправе рассматривать указанное повышение свода плоскостопных не как нормально-тоническое сокращение мускулатуры, а как патологический защитно-спастический рефлекс.

В отношении реакции всей мускулатуры тела человека на марш, то по данным становой динамометрии можно убедиться, что учебный марш не явился большой нагрузкой на организм участников, да к тому же нужно отметить, что от участников марша субъективных жалоб на утомление поступило сравнительно немного (5 чел.).

ИЗ ПРАКТИКИ.

Антипирин как индикатор при стерилизации перевязочного материала.

Д-р И. И. Штейнберг.

Зав. Савранской участк. больницы.

(Предварительное сообщение).

В условиях участковой хирургической работы при недостаточно-исправных автоклавах (отсутствие манометра, термометра) и весьма капризных в работе (прохождение пара через те или иные отверстия лишь к концу стерилизации) естественно иметь простое средство, которое служило бы показателем степени стерильности материала. Особенно это важно еще и потому, что ничтожное исправление автоклава в глухих сельских местностях связано с большими трудностями из-за отсутствия соответствующих мастеров, что вынуждает часто прекращать хирургическую работу на некоторое время.

Мы остановились на антипирине, который является, по нашему мнению, простым и общедоступным индикатором стерилизации. Как известно, антипирин плавится при температуре в 113°. Зарядив автоклав белым и перевязочным материалом, мы устанавливаем две стеклянных баночки с антипирином: одну на дно автоклава, другую—на последнюю верхнюю биксу, и приступаем к стерилизации. В случае, когда антипирин остается нерасплавленным, мы стерилизацию считаем недостаточной, в противном случае мы пользуемся этим материалом даже при полостных операциях. Раскаиваться в этом за 4-месячное его применение нам не приходилось. В дальнейшем мы полагаем добавить еще цветной индикатор к антипирину. Последний, по нашему мнению, может служить большую услугу сельским хирургам.

Из Пропедевтической хирургической клиники Днепропетровского гос. медицин-
ин-та (Директор проф. В. Н. Деревенко).

Случай столбняка после ожога стопы.

Ассистента В. Я. Мачан.

23. VIII 1925 в 10 час. вечера в Пропедевтическую хирургическую клинику был доставлен больной М. Ч., 35 лет, по поводу ожога правой стопы.

Б-ной - рабочий доменного цеха на большом металлургическом заводе. Во время своей обычной работы б-ной нечаянно вступил правой ногой в застывающую, но все же еще очень горячую массу чугуна и получил ожог.

После этого б-ной, прикрыв ногу тряпкой, поспешил на пункт первой помощи при заводе. Здесь после соответствующей обработки ему наложили мазевую (ungt. dermatoli) повязку. От момента повреждения до наложения повязки прошло не более четверти часа. Затем б-ной был отправлен каретой скорой помощи в клинику.

При осмотре дежурным врачом (автор) обнаружено: б-ной выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Т° 37.1°, Р. 82 в 1. хорошего наполнения и напряжения: aequalis.

Органы грудной и брюшной полости без особых изменений. Перевязка. Ожог I-II-III степени в области правого голеностопного сустава, стопы и пальцев. На тыльной поверхности области правого голеностопного сустава и стопы имеется несколько различной величины пузырей, наполненных прозрачной жидкостью.

В окружности пузырей — заметная гиперемия и припухлость кожных покровов; несколько меньших по величине пузырей на медиальном крае стопы. На тыльной поверхности всех пальцев местами пузыри, местами темно-коричневого, почти черного цвета струны.

На подошвенной поверхности стопы значительные покраснение и припухлость. Вся обожженная поверхность и окружность ее чисты и покрыты тонким слоем дерматоловой мази (перевязка на пункте первой помощи)¹⁾. Пузыри надрезаны у основания; наложена повязка с ungt. dermatoli.

Б-ной во время перевязки спокоен; изредка стонет и жалуется на боль.

24 VIII. Т° 37.4° утром. Жалобы на сильную боль в ране. Повязка — сухая. Перевязка. Влажная (Sol. Kalii hypermang. 5%) повязка. К вечеру Т° 39.8°. 25. VIII. Т° 37.2°—37.3°. 26. VIII. Т° 36.8°—39.0°. Перевязка St. idem. 28. VIII. Т° 37.4°—37.9°. Повязка — сухая. Перевязка. Обильное гнойное отделяемое в области обожженной поверхности; II-ой и III-й пальцы, а также и III-я фаланга IV-го пальца почернели; поверхностная чувствительность отсутствует; глубокая сохранена, отделяемого здесь не имеется; гнилостного запаха нет. Sol. Kalii hypermang. 5%. Перевязки через день. 1. IX. Т° 38.0°—38.6°. Перевязка. Омертвевшие участки на пальцах постепенно отслаиваются и удаляются. Рана постепенно очищается и гранулирует. 2. IX—5. IX. Т° постепенно достигает N. Перевязка. Рана хорошо гранулирует; отделяемого немного. Ungt. dermatoli. Общее состояние и самочувствие б-ного хорошие. Часов в 11 вечера у б-ного внезапно появились жалобы на невозможность открыть рот. Зубы стиснуты; Т° N; Р. 84, хороший.

6. IX. Т° 37.2°—37.3°. Risus sardonicus; trismus. Резкая ригидность мышц шеи. Opisthotonus. Клонические судороги лица; очень частые. Тонические судороги мышц верхних и нижних конечностей через каждые 10—15 минут; при оклике б-ного и приближении к койке судороги усиливаются и учащаются. Б-ной все время кричит и корчится. Пульс 96 в 1, напряженный, ритмичный. Перевязка St. idem. Усиления воспалительного процесса в области обожженной поверхности не видно. Введено внутривенно 3.000 А. Е., подкожно 3.000 А. Е. Sol. magnes. sulfur. 25%—20.0 внутривенно. Sol. Morphini muriat. 1% 2.0. Chloral-hydrat. per os (2 раза по 2.0 на сахарной воде) и в клизмах (Chloral-hydrat 4.0. Mucil. gummi arab., aq. destil. ad 50.0). Питательные и очистительные клизмы. Мочится самостоятельно.

¹⁾ По сообщению дежурного врача пункта первой помощи рана была прикрыта грязной тряпкой; земли и песка на обожженной поверхности не было.

7. Т° 36,6°, 37,6° Р. 110—120 в 1', очень напряженный. Судороги значительно чаще, иногда с промежутком в 2—3 мин. Троекратная попытка интралумбального введения Sol. Magnes. sulfur. не удалась в виду того, что из позвоночного канала не показалось ни капли спинномозговой жидкости. Интравенозно введены Sol. Magnes. sulfur. 25% — 20,0 и 3,000 А. Е. Морфий и хлорал-гидрат. Сердечные, солевые вливания. Перевязка. Рана уменьшилась в размерах, энергично гранулирует; никаких омертвевших тканей на пальцах не имеется. В 9 час. веч. и в 12 ч. ночи—тяжелые приступы судорог продолжительностью до 1/2-часа. Ингаляции хлороформа. Морфий. Хлорал-гидрат per os и в клизмах. В 4 часа утра снова приступ сильнейших судорог.

8. IX. Т° 37,8°. Пульс очень частый; плохо сосчитывается; слабого наполнения и напряжения. Дыхание поверхностное. Тоны сердца глухи.

В 8 час. 45 мин. утра при явлениях быстро прогрессирующего упадка сердечной деятельности—*exitus letalis*.

Из приведенной истории болезни видно, что у нашего б-ного столбняк развивался через 13 дней после ожога. Смертельный исход в данном случае несколько идет в разрез с общепризнанным положением о влиянии продолжительности инкубационного периода на исход заболевания. Обычно принято считать, что в очень тяжелых и летально заканчивающихся случаях столбняка инкубационный период не превышает 10 дней. В нашем же случае, несмотря на инкубационный период в 13 дней, столбняк протекал очень остро, тяжело и на 4-ый день привел к смерти.

Что касается генеза инфекции, то мы на основании истории болезни склонны думать, что грязная тряпка, которой б-ной прикрыл обожженную ногу, послужила исходным пунктом внедрения столбнячных палочек. Подобный путь инфекции представляется наиболее вероятным тем более, что бактерии столбняка встречаются довольно часто на различных частях одежды (исследования Нееккера, Uhlenhuth'a и Haendeler'a у солдат).

Наконец, данное предположение подкрепляется еще фактом отсутствия в нашем случае загрязнения обожженной поверхности землей, навозом и т. п.

Столбняк в обстановке мирного времени представляет вообще довольно редкое явление. В особенности же редко он наблюдается после ожогов, хотя опасность подобного заражения не исключается даже и при самых небольших ожогах II-ой и III-ей степени. Несколько более богата наблюдениями казуистика столбняка после отморожений. Так, Шубин (Вестник хирургии и пограничн. обл. Т. IV, кн. 19—11, 1924) описал 2 подобных случая и собрал еще 3 случая из русской литературы. Walter Fuhse¹⁾ ("Tetanus nach Erfrierungen" Inaug. Diss., München, 1927) собрал из литературы свыше 30 случаев и прибавил к ним 1 собственный случай: смертность, по данным Fuhse, 95%.

Что касается появления столбняка после ожогов, то в новой литературе сообщен случай Förster'a (Münch. med. Wochenschr. 1921, № 51, S. 1655), где столбняк, развившийся через 14 дней после ожога обеих кистей и плеча сильным электрическим током, в течение 2-х дней привел к смерти. В этом случае, так же как и в нашем, столбняк появился как раз тогда, когда раны очистились и гранулировали.

Чрезвычайно большой процент смертности от столбняка, развившегося после отморожений посл. ожогов, находит свое объяснение в том, что эти повреждения тканей, вызывая ряд местных и общих расстройств в организме, понижают защитные силы данного организма, ослабляют его и тем самым создают наименее благоприятные условия для преодоления и без того тяжелой инфекции. В нашем случае, несмотря на относительно небольшую тяжесть повреждения, такие неблагоприятные условия также имели место (напр., омертвление мягких тканей на пальцах).

Какой элемент преобладал в сообщенном случае: элемент ошибки или несчастья? Правда, даже в учебниках (Lexel, Tillmanns) говорится о возможности появления столбняка после ожогов. Поэтому своевременное профилактическое впрыскивание противостолбнячной сыворотки могло бы спасти нашего б-ного. Но, с другой стороны, случаи столбняка после ожогов настолько редки, что мысль о профилактике его в повседневной практической работе даже и не приходит в голову в подобных случаях. Вот почему в данном случае мы склоняемся больше

¹⁾ Приведено по реферату в Ztbl. f. Chir. 1927, № 47, S. 3004.

в сторону несчастья, хотя в полной мере отвергнуть элемент ошибки также не считаем возможным.

В заключение позволим себе напомнить о необходимости подумать о возможности развития столбняка после ожогов и поэтому посоветуем более часто прибегать в соответствующих случаях к профилактическому впрыскиванию противостолбнячной сыворотки (напр., в случаях подобных нашему, где пострадавшие прикрывают обожженные поверхности тряпками, лоскутами, оторванными от белья и т. п., не говоря уже о попадании на раневые поверхности земли, песка и т. п.).

Быть может, это простое и довольно невинное мероприятие избавит какого-нибудь больного от грозных последствий, и тогда наше сообщение найдет свое оправдание.

Из клиники болезней носа, горла и уха Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани (Заведующий — проф. В. К. Трутнев).

Случай первичной рожи глотки и гортани¹⁾.

Ассистента Б. С. Голанд.

В виду редкости заболевания глотки и гортани первичной рожой постановка диагноза первичной рожи гортани и глотки довольно затруднительна, почему считаем нужным сообщить о случае, наблюдавшемся в нашей клинике.

2 января 1928 г. на амбулаторный прием в клинику обратилась крестьянка с. Коргузи, Свияжского кантона, М., 30 лет, с жалобами на сильную боль в горле, невозможность глотать, на сильную боль при движении нижней челюсти, на сильный голос и сильный насморк. Боли в горле начались 31 декабря 1927 г., на другой день утром немного стихли. Затем появился озноб, боли в глотке и гортани усилились, и больная потеряла абсолютно голос, раскрыть рта не может, глотание абсолютно невозможно, дыхание носом затруднено. Указать на какие-нибудь моменты, вызвавшие данное заболевание, больная не может.

При осмотре найдено: дыхание затруднено, но явлений кислородного голодания не замечается, говорит шепотом; больная производит впечатление человека, перенесшего тяжелую болезнь; имеется припухлость и болезненность подчелюстных желез и желез по ш. *sterno-cleido-mastoidens* с обеих сторон; ощупывание гортани болезненно, изо рта неприятный запах. В носовых полостях много корок, легко снимающихся, и гнойные выделения.

В глотке — резкая, ограниченная гиперемия мягкого неба, язычка, передних и задних дужек и небных миндалин; левый миндалики гиперемирован больше правого. Слизистая носоглотки вишнево-красного цвета. Резкая отечность надгортанника; надгортанник сильно деформирован, в зеркале представляется в виде груши; черпаловидные хрящи и ложные голосовые связки отечно припухшие. Истинные голосовые связки не видны; подвязочное пространство не удается осмотреть. Цвет слизистой всей гортани вишнево-красного цвета.

Больная немедленно была помещена в стационарное отделение клиники, где было установлено строгое наблюдение. Все необходимое для трахеотомии было приготовлено. Большой назначили лед на шею, ингаляции, *codein* внутрь и 5% *salicylovый натр* в нос. Вечером 2 января состояние плохое, бессонница. T° — 38,6. назначено впрыскивание *ol. camphorae*. 3 января 1928. Утром T° 37,3. Сильная слабость, больная двигается с помощью сиделки; в глотке краснота немного уменьшилась. Назначения те же. 3—I. Вечером T° 38,9. Общее состояние плохое. 4—I. Утром T° 38,9; вечером T° 39,9. Отечность ложных голосовых связок и черпаловидных хрящей уменьшилась; начинают появляться покрасневшие истинные голосовые связки, плохо смыкающиеся при фонации; голос переходит из абсолютного шепота в шепот. Жалуются на боль и колотье в правом боку. Самочувствие больной плохое. Состояние тяжелое. Назначения те же.

¹⁾ Доложено в Рино-ларинго-отоларингической секции О-ва врачей при Каз. университете 7/III 1928 г.

5. I. Утром $^{\circ}$ 39,0, вечером 39,8 $^{\circ}$; отечность зева, ложных голосовых связок и черпаловидных хрящей стала значительно меньше. Видны слегка гиперэмированные истинные голосовые связки, хорошо смыкающиеся при фонации, голос нормальный. Продолжает жаловаться на сильный кашель и колотье в правом боку.

6—I. Утром $^{\circ}$ 38,7, вечером 38,6. Гиперемия и отечность зева, носоглотки, черпаловидных хрящей и ложных голосовых связок резко упали; истинные голосовые связки принимают нормальный вид и смыкаются хорошо при фонации; подвязочное пространство нормально. Обрисовывается ограниченный, припухлый, грушевидной формы, багрово-красного цвета надгортанник с тремя пузырьками желтой окраски на краю надгортанника: два маленьких пузырька в середине и один, сравнительно большой пузырек, на краю надгортанника справа. После двукратного смазывания 2% раствором кокаина с карболовой кислотой вскрывается пузырек, расположенный справа на надгортаннике. Из разреза выделялся гной. Назначения те же.

7. I. Утром $^{\circ}$ 37,7, вечером $^{\circ}$ 39,2. Боль в горле уменьшается. Краснота и припухлость зева, носоглотки, черпаловидных хрящей и голосовых связок почти прошла; припухлость надгортанника резко уменьшилась, колотье в боку и кашель уменьшаются.

8. I. Утром $^{\circ}$ 37,0, вечером $^{\circ}$ 36,0. Краснота в глотке и гортани прошла; надгортанник принимает нормальную окраску и форму и имеется подвижность его при фонации. Самочувствие больной улучшается, глотание безболезненно. Жалуются только на некоторую боль в правой половине груди. Все назначения, за исключением inf. gal. прес. отменены.

9. I. Утром $^{\circ}$ 36,0, вечером $^{\circ}$ 36,1. Самочувствие больной хорошее. Боль в глотке и гортани нет. Имеется только легкий кашель. 11. I. Выздоровление, выписывается.

На мазках из глотки, надгортанника и гортани—стрептококки.

На основании вышеуказанных данных ясно, что мы имеем перед собой острое инфекционное заболевание глотки и гортани. Заболевания глотки и гортани невоспалительного характера, которые бывают при болезнях сердца, почек, в результате приема лекарственных веществ, а также субмуккозный фарингит и ларингит, которые часто бывают после контузий, прижиганий, переломов гортанного скелета,—отпадают благодаря данным анамнеза и истории болезни. Таким образом могут быть только два предположения: перед нами или рожистое поражение, или глубокое флегмонозное воспаление глотки и гортани. Оба эти заболевания имеют очень много общего между собой и довольно трудно провести дифференциальный диагноз. Как флегмона, так и рожа глотки и гортани начинаются сильным ознобом, высокой температурой, лихорадкой, резкой дисфагией; как при том, так и другом заболевании голос становится глухим или исчезает совсем, гортань сама по себе и при затрагивании до нее сильно болезненна. Все же можно провести дифференциальный диагноз между этими двумя заболеваниями. При роже гортани развивается очень быстро отек, могущий привести больного к асфиксии, при флегмоне же отек развивается медленно, и больной обыкновенно умирает раньше, чем отек примет угрожающие размеры. При роже краснота слизистой оболочки резко ограничена и края слизистой несколько возвышены в сравнении с нормальной слизистой; при флегмоне же краснота никогда не имеет резких возвышенных краев, бывает разлитой и постепенно переходит в нормальную окраску слизистой оболочки. При роже надгортанник напряжен, блестящ, красен и отечен, черпаловидные складки и ложные голосовые связки отечны и красны; при флегмоне слизистая оболочка без блеска, тусклая, и отсутствует напряженность. Различие между флегмоной и рожой также имеется и в течении болезни. Главная опасность при роже—асфиксия, которая наступает очень быстро, вследствие быстро развивающегося отека голосовых связок (смертность при стенозах гортани достигает, судя по статистике, 83%); в случаях Потапова, Яхонтова и др. асфиксия так быстро наступила, что не успели сделать трахеотомию; при флегмоне же опасность состоит в миокардите или отеке легких. Рецидивы на слизистой оболочке, переход на кожу, распространение вглубь по дыхательному тракту (пневмония) и септицемия ухудшают прогноз.

Итак, вся клиническая картина нашего случая—быстрое начало с ознобом, резко ограниченной краснотой слизистой оболочки, сильная дисфагия, полное отсутствие голоса—скорее говорят за рожу, чем за флегмону глотки и гортани.

Что касается лечения рожи верхнего дыхательного тракта, то оно бывает симптоматическим и причинным. Обильное количество рекомендуемых методов ле-

чения уже доказывает, что ни один из них не оказывает существенного влияния на болезненный процесс. Симптоматическое лечение ограничивается назначением льда снаружи и внутрь, отвлекающих средств на кишечник и на кожу; для некоторых больных хорошее действие оказывают Присницевские компрессы снаружи и теплое питье внутрь. Также применяются пульверизации и ингаляции антисептических жидкостей. При усилении отека гортани необходима трахеотомия, почему трахеотомический набор должен быть в таких случаях всегда готов. Также рекомендуется 1% collargol'овые клизмы, клизмы из физиологического раствора и втирание ung. Crede. При появлении абсцессов, гнойных пузырьков требуется немедленное вскрытие их. При появлении осложнений, само собою понятно, приходится обратить на них особое внимание.

В тяжелых случаях рожки главная забота должна быть устремлена на то, чтобы соответствующим питанием и надлежащим уходом по возможности поддерживать силы организма. В 1895 г. Denys предложил для лечения рожки поливалентную сыворотку. Применяется также вакцинотерапия. Обыкновенно считают, что индивидуальная вакцина хорошо действует на рожистый процесс, обрывая его. В нашем случае мы пользовались, благодаря благоприятному течению болезни, только симптоматическим лечением.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из детской клиники Казанского гос. университета. (Директор — проф. В. К. Меньшиков).

Диететика и диетотерапия грудного младенца за последние два десятилетия.

Прив.-доц. Е. Кливанской-Кроль.

Не так давно лекарственной терапии при желудочно-кишечных расстройствах у младенца приписывалась главная роль и не обращалось никакого внимания на его питание—диететику. В настоящее время работами Czermy, Keller'a и их учеников доказано, что при всяком расстройстве питания прежде всего нарушен внутриклеточный обмен, явления же со стороны кишечника не всегда характеризуют болезненное состояние, часто появляются уже позднее, когда нарушен обмен веществ во всем организме.

Следствием нового направления в учении о расстройствах питания является изучение влияния отдельных составных частей пищи на здорового и больного младенца. Влияние, которое оказывают на состояние здоровья младенца составные части пищи, сильно зависит от так называемой, по термину Finkelstein'a, *Toleranzbreite* в отношении пищи самого младенца. Еще Rubner говорил, что искусственное вскармливание было бы чаще неудачным, если бы здоровый младенец не обладал способностью приспособления даже часто к весьма нецелесообразной пище. Finkelstein добавляет, что здоровый младенец обладает способностью приспособления к переменам качества и количества пищи: получает ли он грудь или бутылочку с более концентрированной или более разбавленной пищей, преобладают ли в ней в качестве источников энергии жиры или углеводы, для него это почти безразлично, если только пища по своим свойствам удовлетворяет требованиям, предъявляемым к «постоянной пище». Не менее успешно справляется младенец и с изменениями в количественном отношении. Велика разница между количеством пищи, необходимым для сохранения веса, и количеством, обуславливающим максимальный прирост, за пределами которого уже наступает уменьшение полезного эффекта. Вот эту широту выносливости, т. е. пределы между минимумом и максимумом пищи, необходимым для правильного развития ребенка, Finkelstein и выражает термином *Toleranzbreite*.

При искусственном вскармливании гораздо чаще, чем при вскармливании грудью, будут встречаться те или иные отступления от правильного развития младенца, заболевания и понижение иммунитета. Самые же большие трудности при искусственном вскармливании приходится испытывать с младенцами, обладающими ненормальной конституцией. Наблюдения показывают, что при абсолютно одинаковых условиях вскармливания результаты питания младенцев бывают различные. Одни дети развиваются вполне нормально, в то время как другие при тех же условиях питания проявляют самые различные заболевания. Эти дети отличаются меньшей выносливостью по отношению к разнообразным отклонениям от нормального состава пищи, дают ряд заболеваний даже *alimentation* и дискредитируют любой способ искусственного вскармливания. Причиной подобного явления считают ненормальную конституцию младенца, понимая под конституцией все биологические свойства организма, выражающиеся главным образом в способе его реакций на внутренние или внешние раздражения. Реакция младенца с ненормальной конституцией на изменение пищи как в качественном, так и в количественном отношении резко отличается от таковой у здорового ребенка. Таким образом влияние конституции младенца как в диететике, так и в диетотерапии имеет громадное значение.

Физиологическая выносливость является очень драгоценным свойством здорового грудного младенца. Она объясняет часто приводимые в литературе успехи, полученные при разнообразнейших питательных смесях. Младенец старше

5-х месяцев, развивавшийся до этого времени без расстройств питания, может переносить в дальнейшем самые разнообразные питательные смеси. Если же хотят испытать пригодность пищи для грудного младенца, то ее нужно дать младенцу в возрасте первых трех месяцев жизни. При выборе способа вскармливания нужно выбирать тот способ, при котором по опыту хорошо развивалась большая часть грудных детей. Этому требованию до последнего времени лучше всего удовлетворял способ вскармливания младенца разбавленным молоком. Молоко коровье разводилось в той или иной степени водой. Этим, конечно, уменьшалась его питательная ценность, компенсировать которую стремились прибавлением к разведенному водой молоку жиров (Biedert), сливок и углеводов в виде различных сортов сахара, отваров круп и муки. Наиболее употребительная схема разведения коровьего молока представлялась в таком виде:

	Молоко	Вода	Сахар
В первые 3 недели	1 ч.	3 ч.	5—6 ⁹ / ₁₀
На 1—2 мес.	1 ч.	2 ч.	»
» 3—4 »	1 ч.	1 ч.	»
» 5—6 »	2 ч.	1 ч.	»
» 7—8 »	3 ч.	1 ч.	»
» 8—12 »	цельное молоко		

Таким образом немецкие педиатры (Heubner, Baginsky, Czerny, Keller) рекомендовали разводить молоко водой в довольно сильной степени и лишь к концу года считалось возможным перевести младенца на цельное молоко, французские же авторы (Comby, Marfan, Nobesourt) не увлекались сильными разведениями и быстрее переводили младенца на цельное молоко.

У большинства педиатров (Lesage, Variot и др.) существовало мнение, по которому опасность перекорма гораздо сильнее опасности недокармливания. Ложность этого взгляда особенно резко проявилась на младенцах во время империалистической и гражданских войн, когда коровье молоко отличалось малым содержанием жиров, а молоко матери также было испорченным, так как кормящие женщины были лишены сахара и других пищевых веществ в достаточном количестве. В настоящее время в Германии и у нас в СССР педиатры начинают отказываться от сильных разведений коровьего молока и все внимание направлено к выяснению значения количественного и качественного голодания в этиологии расстройств питания младенца. Л. Мейер указывает, что в Берлинском сиротском доме резко пала смертность детей, несмотря на ухудшение общего содержания, исключительно за счет более обильной и более богатой углеводами пищи. По его мнению большой процент смертности в воспитательных домах старого типа зависел от того, что младенцы хронически не докармливались смесями с сильно разведенным молоком с малым количеством углеводов. Вследствие этого быстро наступала атрофия, потеря иммунитета и младенцы легко заболевали расстройством питания и различными инфекционными заболеваниями. В виду этого Л. Мейер рекомендует пищу, содержащую большое количество калорий; с 1-го мес. жизни при искусственном питании $\frac{2}{3}$ молока с 6⁹/₁₀—8⁹/₁₀ сахара, высчитывая с самого начала от 80—120 кал. на kilo веса с быстрым повышением до 110—150 кал. Davidsohn, наблюдая младенцев в том же Берлинском сиротском доме, находил, что большинство младенцев, попадающих в этот дом, заболевают скоро расстройством питания с явлениями поноса; если исключить случаи поноса, явившиеся результатом инфекционных заболеваний и тяжелых расстройств питания, то большинство поносов является результатом неустойчивости юного организма к резким переменам условий вообще и главным образом питания. Эти легкие поносы, или как их назвал автор «инициальные диареи», легко излечивались и младенцы в дальнейшем правильно развивались в тех случаях, когда усиливалось общее питание, что достигалось увеличением количества калорий до 150—170 на kilo веса. Davidsohn говорит, что прежняя терапия таких поносов, основанная главным образом на ограничении количества пищи, веда младенцев к дистрофии, а иногда и к декомпозиции со смертельным исходом, в то время как причина успеха диетотерапии заключается в повышении клеточных сил организма полным питанием. По мнению Finkelstein'a, госпитализм, столь распространенный в детских домах, является результатом как инфекции, так и недостаточного питания в количественном и качественном отношении.

При выяснении условий, вызывающих недокармливание грудного младенца, попутно выявилась та же погрешность и в отношении новорожденного младенца.

Но существующему обычаю новорожденный младенец в первые 24—36 часов не получает никакой пищи за исключением слегка подслащенной воды. Schik показал на целом ряде наблюдений, что, если спустя 6 часов по рождении новорожденного начинать кормить женским молоком или иной пригодной по составу смесью, вводя пищу в количестве равном 10—15% его веса, то у многих младенцев совсем не наблюдается обычной убыли веса или эта убыль чрезвычайно ничтожна. Из этого следует, что так называемая физиологическая убыль веса новорожденных является результатом недостаточного питания—недокармливания, не обоснованного никакими физиологическими данными.

Таким образом мы наблюдаем новое течение в отношении требований к детскому питанию. Большинство педиатров начинают опасаться недокармливания и стремятся повысить количество калорий, необходимых на кило веса младенца. Это стремление вылилось, во-первых, в уменьшении разведения коровьего молока, во-вторых, в поисках за такой пищей смесью, которая в небольшом количестве жидкости давала бы возможность ввести возможно большее число калорий. Это последнее условие имеет большое значение в тех случаях, когда истощенный ребенок страдает отсутствием аппетита после перенесенной инфекции, у гипотрофичного и атрофичного младенца, у плохо развивающегося слабого младенца, недоноски, при парантеральных инфекциях и т. п. Этому назначению с успехом удовлетворяют так называемые концентрированные смеси, т. е. „Zuckervollmilch“ или „Dubo“ Schik'a—молоко с 17% сахара и смесь Mogo в двух модификациях: Buttermehlvollmilch—молочной смеси и Buttermehlbren кашки. Смеси Mogo состоят из неразведенного молока, поджаренной в масле муки и сахара. Эти смеси по сравнению с неразведенным молоком содержат почти вдвое больше калорий и обеспечивают хороший успех при правильном применении их. Из отрицательных свойств концентрированных смесей надо отметить невозможность их применения у младенцев моложе 7—8 недель, непригодность их в домашней обстановке без контроля врача, так как излишек смеси хотя бы в 50,0 в сутки может повести к расстройству пищеварения, и затем непригодность этих смесей летом, так как они легко могут вызвать так наз. Durstschaden, заболевание обусловленное ограничением вводимой в организм воды. При правильном применении значение этих смесей как в диететике, так и в диетотерапии младенца чрезвычайно велико, что подтверждают наблюдения prof. F. Lust'a, Rietschel'a, проф. В. К. Меньшикова и мн. др.

Незадолго до появления сообщения о концентрированных смесях Mogo появилось сообщение о масло-мучной смеси Czerny-Kleinschmidt'a. Смесью эта (Buttermehlnahrung) послужила исходной точкой для смесей Mogo. Эта смесь содержит сахар, поджаренную в масле муку, воду и $\frac{1}{3}$ или $\frac{2}{3}$ молока. Смесью Czerny-Kleinschmidt'a также богата калориями, очень хорошо усваивается как прикорм к женскому молоку у младенцев до трех месяцев и как единственная пища у здоровых младенцев старше 3-х месяцев, а также у младенцев с нарушенным питанием и малым весом. О хороших результатах при применении смеси Czerny-Kleinschmidt'a, наиболее употребительной в настоящее время, сообщают Ochsenius, Stolte, Plantenga, Thimich, Berend, Timm, Е. Кливанская-Кроль и др.

Для вскармливания недоносков, в периодах репарации грудного младенца, при резких падениях веса очень подходящей является смесь Niemann'a, которая представляет собой ту же смесь Czerny, но приготовленную не на молоке, а на пахтаны. Существенное значение смеси Niemann'a заключается в богатстве этой смеси еще и белками.

Рассматривая пищевые компоненты концентрированных смесей, мы видим возросший за последнее время интерес к жирам. Пионером в этом вопросе в давнее время был Biedert. Правда, его исходная точка была несколько иная, чем у современных педиатров: он в своих сливочных смесях исходил из представления о трудной перевариваемости казеина коровьего молока и лучшим створаживании его в мелкие хлопья в присутствии жира. В последнее время стремятся ввести в диететику грудного младенца жир по тем соображениям, что наблюдения военного и послевоенного времени показали, что иммунитет падает при ограничении жиров пищи. Это наблюдение повело к появлению смесей, богатых жирами. Трудно было найти для младенца легко ассимилируемый жир и нужно было изменить химически жир коровьего молока—масло, чтобы он походил на таковой женского молока. Жиры эти разнятся между собой главным образом содержанием летучих жирных кислот: в коровьем молоке их содержится в 4 раза больше, чем в женском.

Czerny и Kleinschmidt кипячением масла на слабом огне значительно уменьшают содержание в нем летучих жирных кислот, вследствие чего оно становится легко усвояемым для грудного младенца.

Вторым компонентом смесей для грудных младенцев являлись всегда углеводы, как в виде отваров круп и муки, так и в виде сахара. В масло-мучных смесях этот углевод-мука обрабатывается особым образом: поджаривается до побурения, декстринизируется, благодаря чему его усвоение становится более легким для грудного младенца. Кроме того, благодаря удачной комбинации, соотношение жиров к углеводам становится близким к тому, что мы имеем в женском молоке. Rietschel указывает, что в смеси Czerny-Kleinschmidt отношение жира к углеводам равняется 1:1,6, тогда как в женском молоке оно равняется 1:1,7. Вторым углеводом, который прибавляется к смесям, является сахар. Обычная дозировка сахара заключалась в том, что добавляли к смеси столько сахара, чтобы количество его равнялось количеству такового в женском молоке, т. е. 7%. Schik в своей концентрированной смеси Dubo дает младенцу 17% сахара. F. Lust, Davidsohn и др. указывают, что такое необычное для прежнего времени количество сахара переносится младенцем очень хорошо и в особенности в случаях комбинированного кормления с женским молоком. Такое количество сахара отнюдь не вызывает диспепсии или интоксикации, которых так опасались до последнего времени. Ruhle (из клиники проф. Bessau) рядом опытов установил, что повышение концентрации сахара в пище имеет значение в повышении процессов брожения только в пределах до 1%; дальнейшие прибавки сахара остаются без влияния на брожение. По установившемуся мнению большинства исследователей сахар в сильно концентрированных растворах депрессивно действует на процессы брожения. Правда эти опыты с большим количеством сахара в смесях нельзя перенести в широких размерах в область искусственного вскармливания, но они показали значительную выносливость грудного младенца в отношении сахара.

Все эти новые смеси имеют большое значение в современной диететике грудного младенца и дают нам возможность вводить младенцу большое количество как жиров, так и углеводов в небольшом количестве смеси в виде богатой калориями пищи. Этот опыт доказывает, что основное значение как в искусственном вскармливании, так и в диетотерапии принадлежит не только какому-нибудь одному элементу пищи, а сочетанию их, их корреляции. Несмотря на то, что смесь состоит из мало подходящих для грудного младенца составных веществ, ею достигаются поразительные результаты. Разгадка этого явления, повидимому, заключается в подходящем для клеток организма соотношении питательных веществ.

Однако с развитием учения о диететике грудного возраста различные отдельные элементы пищи также стали служить целям диетотерапии. Так, например, за казеином (белком) молока признаны терапевтические свойства при некоторых расстройствах питания. Сущность подобного свойства белков основывается на их влиянии как антагонистов брожения. Вводя в кишечник при чрезмерных процессах брожения белки, мы тем самым вызываем процессы гниения, достигаем изменения кишечной флоры и улучшения явлений со стороны кишечника у младенца. Из диетотерапевтических смесей, содержащих главным образом белок, мы должны упомянуть о белковом молоке Finkelstein'a и Meyer'a, о смесях Feer'a, Engel'a, Larosan'a, Stolzner'a. Все эти смеси чрезвычайно сложны по приготовлению и за исключением белкового молока Finkelstein'a не получили широкого применения. Наиболее приемлемым при расстройствах питания у детей явился творог, предложенный проф. В. К. Меньшиковым. Применяемый в подобных случаях творог получается из молока путем створаживания его лактобациллярным, представляющим собой соединение *Vac. acidilactici* с *Vac. bulgaricus*. Творог назначается в виде смеси с рисовым отваром или у детей постарше сам по себе. Отсутствие солей сыворотки и бедность углеводами, преобладание белков делают эту смесь очень подходящей в случае поносов, вызванных усиленным брожением в кишечнике.

За последнее время при расстройствах питания у детей многие педиатры переходят на чисто углеводистую диету. Schiff предлагает давать детям при пищевой интоксикации 15% раствор питательного или тростникового сахара в воде или Ringel'овском растворе. Углеводистая диета при расстройствах питания также проводится в клинике проф. Bessau. Его сотрудники—Catel, Rosenbaum и Ruhle давали детям при интоксикации и тяжелых поносах 10% отвар риса.

За последние два десятилетия стало известно из экспериментов на животных, что смеси чистых белков, жиров, углеводов и солей не обеспечивают правильного развития молодого организма и нормального состояния организма вообще. Появляется в педиатрической литературе целый ряд работ о витаминах, или так называемых добавочных питательных веществах; выясняется, что рост тканей организма и поддержание его нормального состояния находится в зависимости от присутствия в пище добавочных веществ. Отсутствие или недостаток витамина А, растворимого в жирах, вызывает у опытного животного остановку или падение веса, ксерофтальмию и кератомалицию, неправильность в росте и развитии костей. Педиатры также отмечают связь качественно недостаточного питания с поражением глаз, так Czerņu и Keller отмечают *xerosis conjunctivae* и *keratomalaciae* при одностороннем питании мучнистой пищей. Mori отмечает поражение глаз у японских детей, возникающее в связи с питанием исключительно рисом и растительной пищей. Bloch сообщает свои наблюдения из Копенгагенского детского госпиталя, где дети не получали коровьего молока, яиц, сливок и цельного молока, причем масло заменялось маргарином, т. е. в пище отсутствовал витамин А, и это повело к распространению ксероза и кератомалиции, не наблюдавшихся в отделении, где дети получали целое молоко. Случаи заболеваний вследствие недостатка витамина В при условиях питания, существующих в европейских странах и в СССР, встречаются крайне редко. Однако Reуег ставит в связь с авитаминозом В появление у недоношенных детей спазмофилии. Такие младенцы плохо развиваются, отстают в весе и становятся крайне нервными. Добавка к их пище дрожжей, т. е. витамина В, влечет за собой нарастание веса и резкое улучшение общего состояния.

Явления, зависящие от недостатка витамина С, наиболее изучены. У взрослых людей авитаминоз С проявляется в виде цинги, а у младенцев в виде *Barlow's*кой болезни. Для болезни *Barlow's* характерными симптомами являются отсутствие аппетита, болезненность костей, опухание находящихся над ними тканей, кровотечения в кожу, слизистые оболочки и надкостницу. L. Meуег отмечает, что это заболевание в большинстве случаев совпадает с концом первого полугодия, когда принято дополнять бедное фактором С молочное питание овощами и фруктами и когда, повидимому, истощается прирожденный запас витамина С. Введением в пищу младенца витамина С в виде свежего фруктового сока можно излечить болезнь *Barlow's* и устранить длительные периоды остановки развития и понижения устойчивости к инфекциям. Существовало мнение, что тресковый жир, который содержит много витамина А, является прекрасным средством против рахита благодаря этому витамину. Однако Mac Collum показал, что вещество, действующее против рахита и находящееся в жирах, не тождественно с витамином А. Если пропускать через тресковый жир струю кислорода, витамин А разрушается и этот жир теряет способность защищать животных от ксерофтальмии, в то время как от рахита он продолжает защищать. Следовательно, антирахитическими свойствами обладает не витамин А, а нечто другое. Mac Collum назвал это вещество витамином D. Дальнейшие исследования показали, что этот витамин находится в яичных желтках, в теле рыб, в частности в сельдях, и некоторых других пищевых веществах.

Знакомство с работами, выявляющими значение витаминов для нормальной функции человеческого организма, установило определенное их место в диететике грудного младенца. Педиатры стали обращать внимание на те случаи постепенного отставания в развитии младенца, анемии, которые находились в связи с недостаточным содержанием витаминов в женском молоке. При бедности пищи матери витаминами А, С, D может образоваться недостаточное их количество в женском молоке. Если младенец, получающий такое молоко, получит дополнительно рыбий жир, фруктовый или овощной сок, то становится заметнее улучшение общего состояния и нарастание веса. Reуег советует в таких случаях давать еще и препарат дрожжей—*Nevitan*. Czerņu и его ученики рекомендуют начинать прикорм младенца с витаминов. L. Langstein указывает, что назначение фруктовых и овощных соков, как практикуется в последнее время после трех месяцев, явилось как бы только модным течением, нужда же в витаминах у младенца является главным образом к пяти месяцам, когда становится уже необходимостью прикорм. К этому времени нужно давать витамины и крахмалистую пищу, полисахариды, тем более что по наблюдениям проф. Маслова и его учеников у младенца к этому времени диастатическая функция пищеварительной системы достигает значительной силы. Американцы (Dinywall, Fordyce

и др.) также очень рано (около трех месяцев) назначают младенцам ложками апельсиновый и лимонный сок и капли, в зависимости от возраста, рыбий жир.

Благодаря учению о витаминах изменилось отношение педиатров к даче яиц грудному младенцу. Большое содержание витаминов А и D повело к назначению сырого желтка младенцу-рахитику в возрасте до года (Hess), а также при искусственном вскармливании рекомендуются иногда молочные смеси с лимонным соком и яичным желтком как очень богатые витаминами (Hess, Matzner). В настоящее время в диететике грудного младенца витамины занимают значительное место и введением их педиатр стремится к тому, чтобы правильно направлять развитие младенца и повысить его сопротивляемость в отношении инфекций.

При изучении причин алиментарных анемий за последние годы появились указания на вредное влияние козьего молока при вскармливании грудного младенца. По своему составу козье молоко беднее женского белками и солями, свертывается оно нежными хлопьями, жир его подобен жиру женского молока и распределен в виде нежной эмульсии. Коза является животным неприхотливым по уходу и пище, мало загрязняет помещение и доступна по содержанию для очень многих, а самое главное в том, что существовало воззрение, что козы не так часто заболевают туберкулезом, как коровы. За годы войны и последующие козье молоко применялось очень широко при вскармливании грудного младенца, но быстро появилось разочарование, так как блестящие результаты, полученные вначале, быстро сменялись весьма плохими. Так например, Brawe указывает, что козье молоко чаще, чем коровье, вызывает тяжелые анемии с 30% гемоглобина и 1—2 миллионами эритроцитов. Он находит, что вскармливании козьим молоком ведет к тому, что младенцы страдают тяжелыми поносами, рвотой, имеют плохой аппетит. В связи с этими явлениями кормление козьим молоком ведет к расстройствам питания и decomposition. Особенно глубокие расстройства наступают в тех случаях, когда козье молоко дается в очень раннем возрасте, течение долгого времени и без прибавления женского молока. Причина алиментарной анемии от вскармливания козьим молоком (Ziegenmilchanämie) обусловлена по мнению одних (Stålitzner) влиянием жирных кислот козьего молока на эритроциты, а по другим воззрениям—бедностью его витаминами (Glanzmann, Meyer u. Nassau).

В диететике грудного младенца приходится сталкиваться с такими случаями, когда существуют противопоказания к вскармливанию каким бы то ни было молоком. Такая безмолочная диета может быть показана при экссудативном диатезе, тетании, алиментарных анемиях, молочном расстройстве питания, плохой выносливости к жирам, двенадцатиперстной кишке к молоку и некоторым другим случаям. Во всех этих случаях вместо молока назначались обычно мучнистый отвар, кисели и овощные пюре. Однако эта пища является малокалорийной, односторонней по содержанию пищевых компонентов и ее нельзя применять при вскармливании в течение долгого времени. Moll, Stransky и Hamburger'y принадлежит большая заслуга в деле расширения числа питательных веществ при безмолочном кормлении и показаний к его применению. Moll и Stransky с успехом применяли в качестве безмолочного питания пудинги из сухарной и рисовой муки, сахара, яиц и овощей. Пудинг протирают через решето и разводят водой или сывороткой. Hamburger вместо мучных пудингов употреблял особую мясную диету. Применяемое им безмолочное питание состояло из 6—8% рисового супа, тонко измельченной телячьей или бычьей печени, рыбьего жира, который употреблялся не только как витамин, но и как жир, смеси овощных и фруктовых соков, сахара и солей в виде смеси Osborne Mendel's.

Правильная дозировка всех питательных компонентов при безмолочном кормлении позволяет здоровым грудным детям развиваться нормально, быть устойчивыми в отношении инфекций и может применяться в течение долгого времени. Получив ободряющие результаты при употреблении Puding-diät, Epstein расширил число питательных веществ, из которых готовится пудинг, и стал применять для этого мясо, почки, печень, мозг, т. е. вещества богатые витаминами. Мясной пудинг разводят чаем в отношении 1:1 или 1:2. Калорийность его 160—175. Stolte, применяя безмолочную диету у детей первых месяцев жизни, употреблял с хорошим результатом лично-мучной суп, рисовый отвар с мясом, протертым через сито, и кашу из кровяной или ливерной колбасы. Жир давался в виде масла, прибавлялся также чай и соли кальция. Вскармливание младенцев на безмолочной диете является достижением последних лет.

Значительную популярность как в диететике, так и диетотерапии приобрели так называемые кислые смеси, которые в подходящих случаях дают блестящие

результаты. Первая кислая смесь—пахтанье—употребляется в диететике младенца еще с 1770 г., но широкое распространение в педиатрии она получила только в начале текущего столетия после сообщения голландских врачей о широком и удачном применении в Голландии пахтанья в качестве народного средства для вскармливания младенцев. Пахтанье—это жидкость, остающаяся при извигании масла из сливок или сметаны; в первом случае получается сладкое, во втором—кислое пахтанье. В диететике младенца употребляют исключительно кислое пахтанье. В виду почти полного отсутствия жира и незначительного содержания сахара, пахтанье всегда употребляется с прибавкой углеводов: муки и сахара. Кислое пахтанье быстро снискало себе популярность в качестве лечебной пищи при различных острых и хронических расстройствах питания. Некоторой заменой кислого пахтанья за последнее время служит подкисленное коровье молоко. В особенности на кислые смеси обратили внимание после работ американских педиатров *Marriott* и *Davidson*'а. Они занялись изучением кислотности желудочного сока в зависимости от состава пищи и нашли, что при кормлении грудного младенца коровьим молоком существует меньшая, чем при женском молоке, активная кислотность желудочного содержимого вследствие того, что часть кислоты связывается «буферными» веществами коровьего молока. Если помнить, какое значение имеет нормальная кислотность желудочного содержимого для течения нормальных пищеварительных процессов, становится ясным, какое большое значение должна иметь прибавка к коровьему молоку определенного количества кислоты, уменьшающей его буферность до степени буферности женского молока. По *Marriott* и *Davidson*'у для этого необходима прибавка 0,5—0,7% молочной кислоты. Преимущества подкисленного молока заключаются в простоте приготовления, в нем находится достаточное количество жира и отсутствуют продукты жизнедеятельности микробов. Прибавление кислоты вызывает в молоке мелкохлопчатое створаживание казеина, значительно облегчающее его переваривание и усвоение. По вопросу о том, какую именно прибавлять кислоту, не существует единогласия. *Marriott* и *Davidson* предлагают молочную, *Feber* настаивает на соляной на том основании, что она является физиологической составной частью желудочного сока, *Dungam* предлагает уксусную кислоту, *Weisenberg* лимонную, а *Hess* и *Matzner* применяют не чистую химическую лимонную кислоту, а лимонный сок, преимуществом которого является наличие в нем еще значительного количества витамина С.

Молочнокислое молоко успешно применялось целым рядом американских педиатров при самых разнообразных расстройствах питания, а также при длительном вскармливании здоровых грудных младенцев, причем они хорошо прибавлялись в весе и не страдали пищеварительными расстройствами. *Weisenberg* очень хвалит действие лимонно-кислого молока. Он применял его как при вскармливании здоровых младенцев, так и при различных расстройствах: острой и хронической диспепсии, пилороспазме, гипотрофии и атрофии. Очень благоприятное влияние оказывало, по его наблюдениям, цельное лимонно-кислое молоко на течение рахита и спазмофилии. *Scheer*, *Müller* и *Salomon* наблюдали улучшение симптомов тетании при кормлении соляно-кислым молоком.

В самое последнее время проф. Н. Красногорский предложил кислую смесь, приготовленную при помощи натурального желудочного сока (*Magensaftmilch*). По наблюдениям Н. Шастана кислая смесь из молока с желудочным соком показана как лечебная при острых расстройствах питания, при парентеральных инфекциях, при дисентерии, а также при смешанном грудном питании. Благоприятные свойства этой смеси объясняются, по его мнению, введением достаточных количеств желудочного сока, химической корреляцией пищевых компонентов смеси и достаточной ее калорийностью.

В диетотерапии рахита за последние годы намечен целый ряд интересных наблюдений. Изыскания были направлены к тому, чтобы иметь возможность искусственно-вскармливаемому младенцу предложить коровье молоко в таком виде, чтобы оно обладало как профилактическими, так и лечебными свойствами в отношении рахита. В 1925 г. *Wagner* и *Wimberger* в университетской детской клинике г. Вены поставили ряд опытов с лечением рахита молоком коров, получавших с пищей в течение семи месяцев рыбий жир. Наблюдения над действием такого молока проводились у детей с цветущим рахитом, но ожидаемого терапевтического успеха не последовало. В то же самое время *H. Schick* и *M. Roscoe* указали, что антирахитические свойства коровьего молока зависят главным образом от степени инсоляции самой коровы, так как молоко коровы, пасущейся

на пастбище, обладает большим количеством антирахитического витамина, чем молоко коровы, содержащейся в закрытом помещении.

В виду того, что так наз. искусственное горное солнце или кварцевая лампа по действию своих лучей близко подходит к действию солнечных лучей, то V. Bruck'ом, C. Pirquet и R. Wagner'ом были поставлены опыты для выяснения антирахитического действия молока от облученных кварцевой лампой коров. Целый ряд наблюдений над младенцами и параллельно проведенные эксперименты на животных показали, что это молоко обладает антирахитическими свойствами. Наиболее распространенный в настоящее время способ сообщения пищевым веществам антирахитических свойств заключается в непосредственном облучении их кварцевой лампой. Наблюдениями целого ряда авторов выяснилось, что во всех пищевых веществах стерилин, а главным образом эргостерин, после облучения действует антирахитически. Эргостерин сам по себе не является действующим антирахитическим витамином, а служит провитамином, приобретающим после облучения свойства антирахитического витамина D (A. Orgler). Как диетотерапевтическим средством при рахите Hess и Steenbock пользовались облученным молоком и сухим молоком в порошок. Aurnhammer успешно применял для профилактики рахита у недоносков облученное пахтанье, A. Orgler употреблял с той же целью сухое облученное молоко.

Вышеизложенная диетотерапия и диетопрофилактика рахита, дающая блестящие результаты, имеет большое значение в тех случаях, когда непосредственное облучение самого младенца по тем или иным причинам является невозможным.

Все изложенное относительно диетических и диетотерапевтических смесей не является пределом достижения педиатрии. Будущее искусственного вскармливания и диетотерапии должно лежать в умении при помощи биохимии выяснить индивидуальную толерантность детского организма. Мы должны научиться, изучая младенца, узнавать, какая смесь, какая пища ему более подходит, и тогда, быть может, не будет тех странных случаев, когда одна и та же смесь дает на одних детях хорошие результаты, на других плохие; не будет разочарований, работы в слепую.

Проблемы рационализации медицинского дела в Татарской Республике.

Д-р М. И. Ойфебах.

Ассист. терапевт. клиники гос. И-та для усов. врачей в Казани.

Пятилетний план индустриализации страны и реконструкции сельского хозяйства ставит перед всей страной огромные задачи и среди них вопросы здравоохранения занимают не последнее место. Нужно с определенностью отметить, что в предстоящем этапе нового строительства взгляд на оздоровление трудящихся лишь как на социально-культурный сектор работы должен быть изменен. До сих пор за отсутствием точно проверенных показателей эффективности дела здравоохранения не для всех было ясно, что функция оздоровления преследует и чисто производственную цель: сохранение здоровья рабочей силы—и этим способствует индустриализации нашей страны. Но врачи должны ясно видеть, что дело здравоохранения является частью индустриализации СССР и что на них возложена ответственная задача—забота о состоянии здоровья в первую очередь той части населения, от которой зависит повышение производительности труда и успешное выполнение плана великих работ, т. е. широких пролетарских масс. Наши методы работы и темпы должны быть приспособлены к темпу роста индустриализации страны и резкие отставания, наблюдающиеся еще до настоящего времени, должны быть изжиты, а на узкие места в деле здравоохранения должно быть фиксировано внимание всей советской общественности и в особенности внимание командного состава здравоохранения, от которого во многом зависит постановка медицинского дела, повышение его качества и эффективности.

Одним из важнейших методов, при помощи которого мы можем развернуть эту работу в унисон со всей страной, является социалистическое соревнование. Этот лозунг, брошенный в гущу рабочего класса на XVI-ой партконференции, полностью себя оправдал. Промышленность далеко шагнула вперед именно потому, что этот лозунг был своевременно понят и осознан широкой массой. К сожалению,

в нашей медико-санитарной работе мы его только начинаем применять, между тем полученные в других областях результаты диктуют и нам, что социалистическое соревнование должно пронизать всю лечебно-профилактическую деятельность органов здравоохранения, так как если в наших руках уже имеется инструмент, проверенный жизнью, то и мы, медицинские работники, должны учесть этот опыт. Нам это тем более необходимо, что в нашей повседневной работе дефектов еще слишком много, что «хорошо хозяйничать в нашем деле мы еще не научились» (Семашко). Улучшение качества медицинской помощи населению, лучшее обслуживание его, изжитие очередей в амбулаториях, увеличение пропускной способности лечебных учреждений, внедрение действительно профилактических начал, строгая экономия дадут нам возможность с наибольшей эффективностью использовать те скромные ресурсы, которыми располагают по пятилетнему плану органы НКЗ. Рационализация всего медико-профилактического дела это «путь к улучшению работы, путь к действительной экономии» (Семашко), она может безусловно освободить десятки миллионов рублей. Опыт сравнительно небольших рационализаторских мероприятий по Татаркомздраву подтверждает правильность этого положения.

Основные дефекты в деле рационализации у нас в ТР, следующие:

1. Отсутствие четких организационных форм и руководства местами со стороны Совета по рационализации при НКЗ, замкнувшегося в круг работ по рационализации главным образом аппарата Наркомздрава.

2. Врачебная масса до сих пор недостаточно осознала важность рационализаторских мероприятий в деле обслуживания населения.

3. Рационализация дела здравоохранения не носит глубоко общественного характера и в нее совершенно не вовлечены профессиональные и общественные организации (Секция Здравоохранения, Котыбы, Советы социальной помощи и т. д.).

4. Участие медицинских ВУЗ'ов Казани в научной проработке этого вопроса недостаточно и совершенно не соответствует удельному их весу, который они по праву занимают в вопросах организации здравоохранения ТР.

В области организационной мы должны указать, что с 1928 года, при НКЗ существует Комиссия по рационализации, реорганизованная с 1929 года в Совет по рационализации. На местах Комиссии по рационализации при леч. учреждениях НКЗ почти не существует. Нечего, конечно, говорить о кантонах. В ряде учреждений заведующий врач воплощает в себе и администратора и, в лучшем случае, и рационализатора и фактически один кустарно проводит эти мероприятия по своему учреждению, не вовлекая зачастую ни врачебный, ни другие элементы советской общественности.

Отсюда понятно, что ближайшей задачей является оформление в крупных больницах, поликлиниках Комиссий по рационализации, в которые должны быть вовлечены представители всех категорий работников и, в особенности, врачи. Эти ячейки не должны подменять собою производственных совещаний и Экономкомиссий. Руководство работой ячеек, учет их достижений должны исходить из Совета по рационализации. Здесь же возникает и другой вопрос организационного порядка о выделении специального работника, освобожденного или разгруженного от других обязанностей для руководства работой Совета, не подменяя инициативы ячеек и отдельных товарищей. Перед Комиссией на первых порах стоит трудная задача—изжитие пессимизма и неверия в дело рационализации, что, к сожалению, наблюдается и среди врачей. Помимо небольшой группы врачей, активно участвующих в этой работе, мы нередко слышим ряд возражений, что о рационализации можно говорить на производстве, что это отнюдь, не приложимо к лечебному заведению; не дооценивая значения этих мероприятий, товарищи указывают, что рационализация нам не под силу, ибо она требует денежных затрат, а бюджет леч. учреждений и так недостаточен: о какой рационализации может идти речь, когда не хватает ассигнований на неотложные нужды; рационализация—дело только администратора, и врач в лучшем случае ждет готовых указаний старшего врача, а в худшем противодействует всяким «ненужным новшествам». Это ложное представление и непонимание значимости этих задач должны быть коренным образом изжиты. Здесь врачу должны притти на помощь и органы здравоохранения, и профессиональные организации (Бюро врачебной секции—в первую очередь). Каждый врач должен, наконец, осознать, что он больше чем кто-либо другой страдает от неурядиц, толчеи, никчемных писаний, когда он при существующем положении вещей уделяет непосредственно больному всего 30—40% полезного

времени. От правильной постановки отдельных звеньев, четкости их работы в леч. учреждениях—зависит устранение дефектов, дающих повод для заслуженных нареканий со стороны населения.

Много ли сделано Татнаркомздравом в этом направлении и каковы перспективы рационализаторских мероприятий, отображенных в пятилетнем плане Татнаркомздрава, охарактеризовал в своей статье „Четыре дня на медико-санитарном совещании Татарской АССР“ тов. Коновалов (Вопросы Здравоохранения, № 3—4, 1929 г.): „Вопросы рационализации медико-санитарного дела не нашли достаточного освещения в пятилетке. Если рационализаторские мероприятия сугубо важны вообще для медико-санитарного дела, то для дела здравоохранения Татарской Республики рационализаторские мероприятия, в ближайшие годы, являются решающими. Рационализация медико-санитарного дела—это один из крупнейших источников для усиления финансовой базы Татарской Республики“. Со времени этого совещания в рационализаторской работе Татнаркомздрава все же произошел сдвиг. В этом отношении чрезвычайно демонстративен опыт рационализации медикаментозного снабжения населения. Всем памятен 1926—1927 г.г., когда сотни тысяч рублей (в 1927—1928 бюджетном году расход выразился в 356.394 р., т. е. около 13% всего городского бюджета Т.Н.К.З.) тратились на лекарственный отпуск. Несмотря на это, со стороны врачей и тогда были многочисленные жалобы на недостаток и этих огромных сумм. Наркомздравом в 1928—29 бюджетном году был коренным образом пересмотрен этот вопрос и налицо мы имеем безусловные достижения. Они выразились:

1. В упрощении и удешевлении учета медикаментов в хозрасчетных аптеках, где был введен суммовой отчет, т. е. учет не по количеству, а по стоимости медикаментов по продажным ценам—отсюда эффективность в работе, в упрощении сложной аптечной отчетности, экономия в штате, бумагах, что составило 11.328 рублей в год.

2. Упрощен учет при больничных аптеках города и кантонов (на участках) благодаря прекращению учета расхода по мелкой выборке всех медикаментов, за исключением наркотических средств. Это дает возможность работникам аптек уделить внимание качеству и улучшению обслуживания лекарственной помощью населения и вместе с тем отпал вопрос о дополнительном штате в этих аптеках.

3. Весьма важным моментом является введение с 1-го апреля 1929 г. стандартных формул в количестве 50 наименований. Заготавливаемые заранее механизированным путем эти стандартные медикаменты ускорили, с одной стороны, отпуск лекарств больному, а с другой, удешевили стоимость рецепта на 40% или 12 коп. На шестимесячном опыте по городу получена экономия в 4680 рублей. Отсюда вытекает необходимость на 1929/30 г. количество стандартных формул довести до 20% (вместо 7% в 1928/29 г.) по отношению ко всей рецептуре, отпускаемой из хозрасчетных аптек, и до 25% по аптекам при леч. учреждениях, главным образом участковых. Это мероприятие на 1929/30 г. даст по хозрасчетным аптекам в год около 400.000 рецептов, что из расчета экономии 12 коп. составляет 48.000 руб. в год. А больничные аптеки сэкономят от общего количества рецептов в 2.100.000—около 26.250 руб.; всего, таким образом, намечается сумма 74.250 руб. за год. Поэтому этот вид рациональной экономии должен быть учтен каждым врачом. Незаслуженное, скептическое отношение к механизированному методу приготовления лекарств надо изменить. Вспомним, что мы в этом отношении плетемся в хвосте других стран: поучительны, напр., цифры Америки, где 94% всех отпускаемых из частных аптек медикаментов падают на стандартные формулы. Помимо улучшения качества и быстроты отпуска лекарств, приготовление в таблетках механизированным путем снижает стоимость рабочей силы и гарантирует точную дозировку медикаментов. Интересно привести следующие данные: приготовление 1000 таблеток механизированным путем обходится в 1,75 коп., приготовление ручным способом 3—4 руб. Один работник машинным способом в день может приготовить до 50.000 таблеток, а вручную—всего 800 порошков.

4. Расчеты ТАУ с Татнаркомздравом за рецепты, отпускаемые застрахованным, путем введения предварительной продажи рецептурных бланков непосредственно леч. учреждению ликвидировало хроническую задолженность ТАУ (достигавшую 60.000 руб.), упростило бухгалтерские расчеты. Это повело также к тому, что ТАУ при предварительной продаже рецептурных бланков фактически субсидируется на две-четыре недели леч. учреждениями. Это мероприятие внесло большую дисциплину в расходование рецептов: прекратился бесконечный поток выписываемых лекарств, ибо каждое леч. учреждение в настоящее время точно

знает, какой суммой оно располагает на медикаменты, а врач строго учитывает целесообразность выписки рецепта. В этом вопросе, однако, еще не все благополучно, и экономия в этой области заставляет желать еще многого.

Таким образом, уже перечисленные мероприятия дали достаточно демонстративный эффект по снижению расходов на лекарственную помощь, несмотря на качественное улучшение ее в связи с упразднением ограничительных списков на лекарства — эта экономия выразилась в 1928/29 г. в 83.000 руб. (в 1927/28 бюджетном году ассигновано 336.394 руб., а в 1928/29 г. израсходовано 273.400 руб.).

Дальнейшие перспективы рационализации медикаментозного снабжения, помимо перечисленных выше мероприятий — это переход на *биреточную* систему. Она даст: а) поднятие производительности труда аптечных работников, б) безусловно улучшит качество отпускаемых лекарств, в) ускорит отпуск по рецептам. Весьма интересен опыт введения элементов ПОТ в работе аптек — соответствующая мебель, правильная расстановка приборов и аппаратов даст возможность заменить шестичасовой рабочий день на ногах сидячим приготовлением лекарств. Достижение в смысле охраны труда аптечных работников.

Из других мероприятий отметим введение в ближайшее время готовых, уже напечатанных рецептов на стандартные формулы с устройством удобных для их хранения ящиков или бьюваров, облегчающих быструю ориентировку, и таким образом затрата времени на заполнение рецепта (фамилия больного и подпись врача) будет доведена до минимума.

Аппарат Татнаркомздрава, после реорганизации его в 1927/28 году по предложению РКП, с введением инспектуры должен был коренным образом изменить методы работы. Инспектор по существу должен быть лицом, на обязанности которого лежит живое руководство периферическими учреждениями, планирование и проверка исполнения на местах. Однако, 2—3-х летний опыт показал, что разницы в методах их работы местами ощущается довольно слабо и содержание ее осталось почти то же, что и до реорганизации, когда во главе Отдела стоял заведующий. Децентрализация аппарата должна быть углублена за счет усиления объединенных районных и крупных показательных учреждений Татнаркомздрава, что освободит инспектуру от мелочной их опеки. Как пример такой децентрализации, можно было бы провести разгрузку сан-проф-инспектуры от непосредственного руководства теми отделами борьбы с социальными болезнями, которые за последние годы так организационно окрепли, что это руководство под силу им самим, так например — Центральный венерологический диспансер ТНКС — ему может быть поручено руководство, инструктирование кантональными вен-диспансерами. Жизненность этого мероприятия подтверждается тем, что 10—12 губернских вен-диспансеров одним из пунктов договора соц. соревнования поставили вопрос о руководстве периферическими диспансерами. То же может быть отнесено и к постановке дела борьбы с туберкулезом в ТР. Здесь уместно указать, что наша кантональная диспансерная сеть за последние годы после ликвидации в аппарате ТНКС Отдела борьбы с социальными болезнями была предоставлена сама себе. Центр почти не интересовался местами и некоторые диспансеры начали терять в работе профилактические начала и превратились в амбулатория, что и дало повод к разговорам о необходимости их ликвидации в кантонах. Организованный в 1929 году Татнаркомздравом Казанский туберкулезный институт, путем непосредственной связи с местами (месячный инструктаж в апреле 1929 г. для всех работников тубдиспансеров ТР, где была совместно с ними выработана методика и план их социально-профилактической работы) дают основание полагать, что Институт также справится с задачей руководства и оживления их работы.

Далее — дело охраны материнства и младенчества: не целесообразно ли и здесь передать руководство ближе «к производству», т. е. Дому охраны материнства и младенчества, где имеется опытный кадр врачей специалистов.

Децентрализация борьбы с трахомой улучшит постановку дела при соответствующей структуре Трахоматозного института.

Из этих мероприятий вовсе не следует, что сан-проф-инспектура выключается из руководства делом борьбы с социальными болезнями; наоборот, она сумеет усилить свое руководство и контроль, не размениваясь на мелочи. Конечно, эти положения требуют еще детальной проработки в Совете по рационализации с учетом наших реальных возможностей.

Шагом вперед в направлении децентрализации является объединение мелких учреждений города, где оказалось возможным произвести укрупнение ряда учреждений, что уже дало эффект в смысле сокращения административных рас-

ходов и отчетности. Так, вместо 44 (!) самостоятельных учреждений с завами и прочими неизменными атрибутами после слияния сохранилось всего 14 (!)—налицо экономия около 6—7 тысяч рублей в год без ухудшения качества работы.

Объединение Кожно-венерической больницы ТНКЗ и центрального Венеро-диспансера с Кожно-венерической клиникой Института для усовершенствования врачей сократило прогул коек и сэкономило за год около 14.000 рублей Институту и 20.600 руб.—Татваркомздраву. Этот опыт безусловно следует учесть и в других областях лечебного дела города, т. напр., в области ото-ларингологической помощи и т. д.

Далее, следует отметить изменение порядка финансирования леч. учреждений в сторону их децентрализации. Финансовая отчетность упрощена, в частности места не ведут двойной отчетности по госбюджету и отдельно по фонду медпомощи, что сокращает работу по учету кредитов в учреждениях вдвое. В этой отрасли работы еще многое не сделано и упрощение финансовой постановки дела оставляет желать лучшего.

Важный момент рационального расходования средств предусмотрен в смете на 1929/30 г., где произведена концентрация средств на ремонт по небольшой группе учреждений. Это даст возможность производства капитального ремонта с тем, чтобы не возвращаться ежегодно к тому же учреждению, разбазаривая средства по мелочам. Плановость в этом вопросе ликвидирует острый кризис с госпитализацией больных в летние месяцы.

Нужно отметить, что с госпитализацией больных обстоит неблагоприятно: десятки отказов, очереди на помещение на койку даже тяжело больные дают повод к острым конфликтам вплоть до судебных дел (вспомним дело Инспектора по леч. части д-ра Байрашевского). Районирование, прикрепление леч. учреждений к определенному району одна сторона оздоровительной работы в этом направлении. С другой—следует указать, что длительная задержка хроников в леч. учреждениях, где нужна в койках огромная, должна быть изжита путем расширения и улучшения постановки дела в Доме хроников.

Как ни странно, при недостатке коек в городе, все-же прогул койко-дней весьма значителен. Возьмем для примера Институт для усовершенствования врачей. Казалось бы, что там каждая койка на учете, ибо спрос на квалифицированную медицинскую помощь большой, а подсчет фактически проведенных койко-дней указывает на огромный прогул 16-ти тысяч койко-дней в год, т. е. около 20% всех койко-дней по всем клиникам Института. Здесь некоторое значение имеет свертывание клиник, праздничные дни, задерживающие заполнение коек, но одно ясно, что этот вопрос заслуживает серьезного изучения во всех леч. учреждениях ТНКЗ.

В области рационализации госпитализации больных интересно указать на опыт, проведенный в Ростове на Дону Видеманом и Ладыженским. Они анализировали продолжительность до и после операционного пребывания хирургических больных в больницах и пришли к выводу, что патронаж с обслуживанием больных сестрами на дому дает возможность уменьшить время пребывания больного в больнице и увеличить пропускную способность коек на 45%. Если бы нам удалось добиться патронирования хотя бы части больных (а к этому мы приведем в системе диспансеризации), то кризис в хирургических койках в Казани был бы безусловно на много смягчен.

В области рационализации стационарного обслуживания больных заслуживает большого внимания вопрос о специализации леч. учреждений. В Забучацком районе, например, мы имеем Вахитовскую лечебницу на 55 коек (терапевтическое отделение на 30 коек и хирургическое на 25) и Плетеневскую больницу на 40 коек (20 хирургических и 20 терапевтических), эти больницы соединены трамвайным сообщением и отстоят друг от друга приблизительно на 1 1/4 километра. С организацией Поликлиники при Вахитовской лечебнице получится возможность специализировать эти две больницы, сделав например Плетеневскую больницу чисто хирургическим отделением на 40—42 койки, а в Вахитовской развернуть 75 терапевтических коек. Эта специализация двух крупных леч. учреждений района, тесно связанных с Поликлиникой, даст нам следующие преимущества:

1. Экономия помещения в смысле ликвидации лишних операционных, что даст возможность увеличить количество коек до 115 вместо 95.
2. Это объединение снизит административные расходы.
3. Очень важный момент—специализация младшего персонала, ибо, работая в определенном леч. учреждении, этот персонал будет повышать свою квалификацию, а это имеет большое практическое значение в улучшении качества обслуживания наших больных.

Помимо этого подлежит весьма серьезному обсуждению вопрос о питании наших больных. В деле рационализации питания стационарных больных Татнаркомздравом сделано очень мало или почти ничего. Ощутительный результат получил Институт для усовершенствования врачей с введением в своих клиниках ресторанный системы питания. По данным д-ра Подзорова и Дайховского система питания больных проводится в И-те путем индивидуального назначения питания не только того или другого меню, но и количества отпускаемых продуктов. Так например — больному с пневмонией, которому обычно выписывается так называемая „слабая диета“ с полным хлебным пайком, назначается не 300 грамм, а 100 грамм хлеба, бульон, яйцо, т. е. то количество, которое, по мнению лечащего врача, больной может в течение дня съесть. За счет этой экономии в пайке удается улучшить нормы питания больных, нуждающихся в усиленном питании, и тот же пневмоник в периоде выздоровления имеет возможность получить добавочный рацион. Эта система питания, помимо уменьшения жалоб больных на однообразие пищи, дала возможность значительной экономии в средствах, что за шесть месяцев выразилось в сумме около 6.000 руб. по Институту.

Бюджетные ассигнования на питание больных по леч. учреждениям Татнаркомздрава составляют лишь около 13% (у американцев до 40%) и рационализация питания сильно могла бы его улучшить. Стоимость приготовления пищи (содержание персонала — и проч. расходы) обходится у нас слишком дорого, что объясняется, прежде всего, отсутствием механизированного приготовления пищи больным, мытья посуды и проч. Заготовка продуктов, главным образом, сезонных (овощи, зелень) не обеспечивает леч. учреждения бесперебойным снабжением. Даже в вопросе о доставке больницам хлеба специальной выпечки и качества нет достаточной договоренности между ТНКЗ и кооперацией. Вопрос о персонале кухни и его подготовки для рациональной постановки питания больных становится очередным. Инициатива врачей в организации рационального питания больных слабая. Огромное большинство руководствуются механическим назначением кем то и когда то выработанных диет (у нас преобладают три диеты: общая, слабая и молочная), не интересуясь их составом, калорийностью, способом приготовления. Это происходит отчасти потому, что врачи вообще недостаточно знакомы с физиологией питания и основами рациональной диететики.

Не останавливаясь более подробно на других вопросах стационарного обслуживания больных, перейдем к наиболее важному вопросу об амбулаторной помощи городского населению. До сих пор мы в этом направлении шли по линии наименьшего сопротивления, т. е. увеличения количества врачей в больницах и амбулаториях, что совершенно не вело, однако, к уменьшению очередей и других затруднений с медобслуживанием населения. Гастролирующий по амбулаториям, не прикрепленный к своему району по месту жительства больной бесконечно увеличивает цифры амбулаторных посещений, создает очереди и в результате справедливые нарекания со стороны населения. Это происходит несмотря на то, что количественно и качественно амбулаторная помощь по городу Казани стоит выше, чем в других крупных центрах Союза. Все же из года в год растет число посещений на одного больного, достигнув 5,4 на человека в 1928 г. против 4,7 в 1927 г. (для застрахованных число посещений по данным Магдеева доходит до 8 посещений в год). За 1929 год число амбулаторных посещений возросло на 200.000, т. е. на $\frac{1}{5}$ за один год. Попытки ввести этот поток в определенное русло имели место за последние годы и мы видим, что в Заречьи с организацией Поликлиник, а главным образом с проведением в жизнь принципов районирования, наступило значительное улучшение с обслуживанием рабочего населения. Снизилась обращаемость на 23%, очереди в Поликлинике почти исчезли, что оказало влияние на уменьшение прогулов в предприятиях Заречья.

Были ли у нас другие попытки районирования? Еще в 1927 году были созданы амбулаторные объединения по районному принципу, но без соответствующей базы и без определенных прав, они не сумели стать организующим центром в районе в полном смысле этого слова. Опыт их работы учит, что районирование города даст эффект только тогда, когда эти объединения впитают в себя все виды лечебной и профилактической помощи, действительно руководя оздоровлением быта и труда в своем районе. К этой работе должны быть привлечены, не говоря уже об Институте социальной гигиены, Мед. ВУЗы Казани. Без участия Института и Университета трудно мыслить себе реорганизацию мед. обслуживания населения на новых началах. Нужно сказать, что, несмотря на ряд технических трудностей, интересы органов Н. К. З. и наших ВУЗ'ов совпадают в основном,

ибо и врач, и студента надо учить не только в „тепличных“ учреждениях, они должны быть тесно связаны с той медико-профилактической организацией, в которой им завтра, по окончании своей учебы, придется самостоятельно работать. До сих пор, надо признаться, ВУЗы принимали недостаточное участие в проработке вопросов здравоохранения и профилактического медико-санитарного дела в ТР. В отн. близости к жизни ВТУЗ'ы далеко ушли вперед по сравн. с Мед. ВУЗ'ами.

Таким образом, важнейшей задачей ближайшего времени в области рационализации медицинского дела в Казани является организация и проведение в жизнь районирования города с разделением его на первое время хотя бы на три района. Вокруг районной Поликлиники концентрируются, помимо врачебных кабинетов по разным специальностям, лаборатории, рентгена и станции скорой помощи, врачи помощи на дому, первая помощь на предприятиях, санитарные врачи, консультации, районный распределитель и транспорт. К этой Поликлинике прикрепляются стационарные учреждения. Вокруг Поликлиники должно быть фиксировано внимание советской общественности и организация мощного Котига должна обеспечить участие организованной части населения в этой большой работе по обслуживанию населения района.

В заключение укажем, что все мероприятия по улучшению качества и эффективности медобслуживания населения будут проведены в жизнь ускоренным темпом с переходом лечучреждений на непрерывную работу. С переводом поликлиник, яслей, пунктов первой помощи на производство, медпомощи на дому, Туб. и Вен. диспансеров и Зубопротезной лаборатории на непрерывную неделю мы добьемся повышения обслуживания населения в их пропускной способности на 16,3% при дополнительных расходах на 7,9%. Помимо политического и культурного значения рациональность этого мероприятия очевидна.

На основании изложенного позволим себе сделать следующие выводы:

1) Рационализация лечебно-профилактического дела является важнейшей задачей по преодолению трудностей и повышению эффективности медобслуживания населения; 2) социалистическое соревнование—метод, при помощи которого эта задача может быть выполнена с наибольшим успехом и наилучшей эффективностью; 3) рационализация в деле здравоохранения ТР до сих пор не получила широкой общественной поддержки, а врачебная масса недостаточно осознала важность этих мероприятий и слабо втянута в эту работу; 4) основное направление в дальнейшей работе по рационализации должно идти по двум линиям: рационализации медпомощи населению и рационализации аппарата.

В области медобслуживания актуальными вопросами являются: а) районирование медпомощи населения; б) урегулирование госпитализации больных, уменьшение прогула коек, улучшение питания в больницах, для чего необходима переквалификация персонала путем создания специальных курсов; в) особой проработки требует вопрос о специализации лечебных учреждений города и г) внедрение действительно профилактических начал во все звенья нашей сети.

В отношении аппарата—дальнейшая децентрализация его, что даст улучшение качества работы мест и самого Наркомата.

К научной проработке профилактики и рационализации медицинского дела ТР должны быть привлечены Мед. ВУЗ'ы Казани, которые до сих пор уделяли этим вопросам недостаточное внимание.

Наконец, переход на непрерывную неделю медсанучреждений ускорит темп выполнения поставленных перед нами задач во всех областях здравоохранения, в частности в области рационализации медпомощи населению.

Впечатления с III-его Всесоюзного съезда ото-рино-ларингологов¹⁾.

Б. С. Голанд и С. П. Яхонтов.

Съезд состоялся 27—31 августа 1929 г. в г. Одессе. Вечером 26 августа в доме Красной Армии Замятникомздрава Украины тов. Нагорным Съезд был открыт, с приветственными речами выступили председатель Оргбюро съезда

¹⁾ Доложено в Рино-ларинго-отоларингической секции Общества врачей при Казанском университете 20. XI. 1929.

д-р Розенфельд, представитель Наркомздрава РСФСР тов. Моргуляс, представители местной администрации и медицинских обществ. После приветственных речей была единогласно принята резолюция по поводу событий на Дальнем Востоке следующего содержания: «Третий Всесоюзный съезд ото-риноларингологов, собравшись на своем первом заседании, учитывая международные обстоятельства, создавшиеся в связи с выступлением китайских генералов и белобандитов при захвате КВЖД, выражает свое глубокое возмущение и протест против насильственных действий. Съезд вместе со всей советской общественностью заявляет во всеулышание, что по призыву правительства о защите первого социалистического отечества научные работники готовы выступить и отдать все свои силы и знания для защиты Октября. Съезд глубоко уверен, что врачебная масса в своей повседневной практической деятельности сумеет показать свою преданность рабоче-крестьянскому государству, слитив свои ряды для работы в области здравоохранения, и создать крепкую боевую единицу для защиты отечества мирового пролетариата от военного потрясения. Да здравствует незыблемый союз науки и труда. Да здравствует Красная Армия—верный защитник союзных границ. Да здравствует вождь пролетариата В.К.П.(б).»

Первое заседание было посвящено исключительно профессиональным заболеваниям верхних дыхательных путей. Д-р Грамбичкий, в своем докладе «*Профессиональные болезни верхних дыхательных путей*» дает в начале определение о профессиональном заболевании вообще и в нашем Союзе в частности. Подробно останавливается на болезненных формах верхних дыхательных путей, развивающихся под влиянием пыли, газов, паров, влажности и резких температурных колебаний. Вопрос о профилактике занимает в докладе видное место. Далее идет сравнительно подробное описание профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей в полиграфической промышленности, горном деле, металлургической и металло-обрабатывающей промышленности, фарфорово-фаянсовых, стекольных и цементных заводах, при работе с хромовыми соединениями, в табачной, мукомольной, деревообделочной и текстильной промышленности и других производствах. В заключение докладчик останавливается на необходимости единой номенклатуры профессиональных заболеваний, в которую должно быть вложено определенное содержание, на необходимости выработать единый клинический метод обследования по определенной карте. Несмотря на то, что клинические кафедры должны быть проникнуты профилактическим направлением, необходимо создать кафедры, где бы производилось преподавание профессиональных заболеваний. Должно быть введено обязательное исследование состояния верхних дыхательных путей у рабочих, по крайней мере у тех из них, которые поступают на вредные производства. Пр.-доц. Работнов осветил вопрос о *профессиональных заболеваниях голоса*. Диагностика профессиональных заболеваний голоса не может быть поставлена на основании обыкновенного исследования верхних дыхательных путей, для этого должны применяться все методы, выработанные за последнее время фонетикой. Прогноз всегда сомнителен, потому что причинный момент редко может быть устранен. Лечение профессиональных заболеваний голоса должно быть прежде всего профилактическое. Моменты, с которыми необходимо считаться для профилактики болезней голоса: 1) метод преподавания должен быть согласован с индивидуальностью учащегося; 2) вредно заниматься пением в период мутации; 3) нельзя продолжительное время фонировать на высокой tessiture как в речи, так и в пении; 4) недостаточная тренировка predisposes к болезни голоса; 5) неправильное определение рода голоса; 6) преувеличенные расчеты на выносливость и силу голоса и 7) заболевания верхних дыхательных путей. Заболевания сердца, легких, кишечника, нервной системы, анемия, а также ослабленное питание, переутомление могут служить predisposing моментом к развитию расстройств голоса. Психические явления, как чувство страха, неуверенность в себе и др., могут ускорить разрушение голоса. Для лечения уже развившейся болезни голоса докладчик рекомендует кроме употребления известных медикаментов всевозможные виды электро-физиотерапии. Д-р Круквер сообщил об *изменениях слизистой оболочки верхних дыхательных путей в условиях табачного производства*. Белые крысы помещались в наиболее пыльный табачный цех и затем по истечении определенных сроков подвергались исследованию. Гистологическое исследование слизистых этих животных показало наличие табачной пыли во всех тканях верхних дыхательных путей. Докладчик считает, что у крыс 1-го месячного стажа имеется *tabacosis universalis*, а у крыс с большим стажем намечаются воспалительные явления и гибель мерцательного эпителия.

2-я половина первого заседания была посвящена *роли некоторых профессиональных вредностей на ухо*. Преображенский демонстрировал изменения в ganglion spirale у белых мышей после отравления последних свинцом, ртутью и серебром. Миссепонжик показывал изменения во внутреннем ухе морских свинок после отравления свинцом. Лозанов демонстрировал препараты, где видны большие изменения во внутреннем ухе собак и кроликов, находящихся более и менее долгое время в гвоздильном заводе. Руттенбург сообщил о влиянии СО на орган слуха. Вульфсон, Шпайер и Тарасенко сообщали относительно *лечения глухоты электро-акустическими приборами проф. Скрицкого*. Аппарат удобен для диагностики, дает некоторое улучшение слуха иногда у детей, но у взрослых не дает хороших результатов.

2-й день Съезда был посвящен почти исключительно вопросу о лечении острого мастоидита. В докладе «*Диагностика и терапия острых мастоидитов*» проф. Левин рассматривает под термином «мастоидит» с клинической точки зрения такой воспалительный процесс сосцевидного отростка, который возникает при известных неблагоприятных условиях как следствие, как осложнение острого гнойного отита. Это осложнение характеризуется местными и общими симптомами; оно может излечиться самопроизвольно или от консервативных мероприятий; в подавляющем же числе случаев оно требует оперативного вмешательства. Патолого-анатомический термин «мастоидит» обозначает воспаление сосцевидного отростка в самом широком смысле слова без различия формы и стадии его; воспаление наступает и существует уже с самого начала всякого острого отита, как составная часть его. Докладчик рекомендует различать патолого-анатомически «эмпиему» и «остеит», если в процесс вовлечена и кость сосцевидного отростка, причем считает, что остеит соответствует клиническому мастоидиту. Чтобы связать клиническую картину мастоидита с патолого-анатомической, докладчик подверг гистологическому исследованию больше 58 случаев оперированных по поводу острого мастоидита. Эти 58 сл. распределяются по времени начала острого отита следующим образом: на 3-й день от начала острого отита 1 сл., на 4-й—1, на 5-й—2, на 7-й—1, на 2-й неделе—7 сл., на 3-й—10, на 4-й—9, на 5—8, на 6-й—7 и позже 6-й—12. Докладчик не считает возможным провести классификацию гисто-патологических изменений по неделям или по дням, более целесообразно разделить весь материал на 2 стадии: 1) экссудативная и 2) пролиферативно-альтеративная стадии. 1-я стадия сосредотачивается главным образом в мукозно-перистальной покрове ячеек; при этой стадии никаких изменений кости ни в стенках ячеек, ни в перекладинах между ними, ни в костно-мозговых полостях не заметно, эта стадия свойственна самым ранним стадиям среднего отита, периоду не позже 6—7 дней. 2-я стадия характеризуется тем, что одновременно при помощи остеобластов получается образование грануляционной ткани, новообразование кости, при помощи же остеокластов—расплавление кости. Касаясь лечения, докладчик подробно останавливается на вопросе, когда надо оперировать. На основании своего материала, обнимающего 308 сл., оперированных в разное время после наступления острого среднего отита (в том числе 33 сл. с опасными осложнениями, 103—с доброкачественными и 15 (5,5%) со смертельным исходом), докладчик приходит к заключению, что операция должна быть произведена «своевременно»: ни рано и ни поздно. Приблизительно к такому же заключению приходит и проф. Компанеев в своем докладе «*О позднем и раннем оперативном вмешательстве при острых мастоидитах*». Докладчик считает, что под термином «мастоидит» надо понимать всякое заболевание сосцевидного отростка, а не только тот случай, когда процесс переходит на кость. Но не всякий мастоидит должен быть оперирован. Совсем иррационально все мастоидиты рано оперировать уже потому, что большое количество мастоидитов поддается консервативному лечению, а ранняя операция никоим образом не гарантирует от последующих осложнений. Поэтому правильней говорить о «своевременных» операциях. Ранняя операция может быть показана только в очень тяжелых случаях. В действительности же видно, что статистически большее количество летальных исходов наступает при ранних операциях, при поздних операциях смертность гораздо меньшая. Операция должна быть произведена или при очень тяжелых случаях, или когда уже становится ясно, что консервативное лечение не приведет к благоприятному исходу. Последнее не всегда совпадает с моментом возникновения эмпиемы в сосцевидном отростке, ибо опасность мастоидита может наступить и от распространения инфекции по преформированным путям. На основании литературных данных и своего материала, обнимающего 221 случай с 54-мя осложне-

ниями и 9 случаев смерти (4%), докладчик считает, что число осложнений отнюдь не увеличивается соответственно давности процесса, а зависит от тяжести заболевания и других моментов. Также и смертность не увеличивается по мере отодвигания срока вмешательства, а, напротив, смертность уменьшается. Проф. Гешелин подробно останавливается на *гистопатологии мастоидита*. Его материал обнимает всего 20 случаев. 18 из них были подвергнуты и бактериологическому исследованию, причем в 7 сл. (35%) оказался гемолитический стрептококк, в 4-х (20%) — короткоцепочечный стрептококк; в 3-х (15%) — стафилококк и в 5-ти (30%) — диплококк. Все они были подвергнуты гисто-патологическому исследованию. Костные осколки (шпилтера), полученные во время операции, брались в известной последовательности 1) кортикальный слой, иногда вместе с надкостницей, 2) периазальная область, 3) область верхушки и 4) перисинуальная область. В случаях с сильной деструкцией кости удавалось получить только костный осколок кортикального слоя и выскабливаемые ложечкой грануляционные массы. Докладчик делит свой материал по длительности периода, предшествовавшего операции. К 1-ой группе относятся 3 случая с длительностью до операции не больше 9 дней, ко 2-ой группе 9 сл. с длительностью от 10 до 21-го дня и к 3-ей группе — 8 сл. старше 3-х недель. В первой группе в гисто-картине преобладают деструктивные процессы с отсутствием костеобразования. Течение болезни острое, с сравнительно тяжелыми общими явлениями. 5 случаев из второй группы, давности в 17 дней, характерны преобладанием резорбции при относительно слабо выраженной аппозиции. Клеточные и костно-мозговые полости в стадии максимальной организации, в остальных случаях — процессы разрушения и созидания кости идут вместе. В случаях 3-ей группы доминирует костеобразование над резорбцией; чем длительнее заболевание, тем сильнее идет образование кости. В заключение докладчик приходит к выводу, что с точки зрения гисто-патологии острый мастоидит является ответной реакцией тканей оттока на инфекцию; в зависимости от характера инфекции, ее вирулентности, общего состояния организма, местного иммунитета, анатомо-биологического строения среднего уха (конституции и пневматизации), а также длительности заболевания докладчик наблюдал преобладание одного из процессов экссудативного, пролиферативного и альтерационного характера.

На *скарлатинозных мастоидитах* внимание Съезда было фиксировано Фрейдиной (Киев), считающей, что более ранняя операция при скарлатинозных отитах дает меньше осложнений и летальных исходов: ранняя *antigotomia* может предохранить от перехода в хронический отит.

Остальные доклады этого дня не относятся к программным, из них отметим: Благовещенский (Москва) предложил *новый материал для пластики* — карболит. Фенол, формалин и крезол в известной пропорции в присутствии катализатора (салигена) дают, по мнению докладчика, прекрасный по своим свойствам материал для пластики. Он горячо рекомендует его. Ястребова (Саратов) в докладе *«К проблеме миндалины как органа коррелятивного по отношению к щитовидной железе»* делает выводы, что экстирпация миндалин у животных в молодом возрасте вызывает отставание роста, влечет за собою разные изменения в ткани щитовидной железы у этих животных и даже влияет на потомство в виде врожденной слабости и изменений в щитовидной железе и вызывает понижение сопротивляемости инфекции. Докладчица произвела тонзиллэктомию поросётам в трехнедельном возрасте. Через 11 месяцев, исследуя щитовидные железы убитых животных, она нашла ясно выраженные изменения в ткани щитовидных желез оперированных животных, заключающиеся в форме фолликул, в количестве соединительной ткани, кровоизлиянии, типе эпителия и в содержимом фолликул. Из двух поросётов, родившихся от оперированной свиньи, у одного найдены такие же изменения в щитовидной железе, как и у оперированной свиньи. Оперированные свиньи, зараженные инфекционными болезнями, оказались менее устойчивыми, чем контрольные. Луковский (Воронеж) на основании массового *исследования микрофлоры кольца Waldeyer* приходит к следующим выводам: 1) Патогенные микроорганизмы, в частности гемолитические стрептококки, далеко не являются случайными находками при хронических тонзиллитах и при аденоидах. 2) В то время как клинически здоровые миндалины не содержали патогенной флоры, при хронических тонзиллитах встречались патогенные микроорганизмы в 100%, а при аденоидах II и III ст. — в 95,6%. 3) Хронический тонзиллит является наиболее частым носителем первичных очагов инфекции. 4) При хроническом лакулярном тонзиллите в миндалине может встречаться культура симбиоза *Plaut-Vincetta*

без каких-либо признаков заболевания ангиной Vincent'a. 5) Вирулентность штаммов, выделенных при хроническом тонзиллите, колеблется в широких пределах. 6) Своевременная санация кольца Waldeyer'a имеет большое практическое значение. Рудаков (Ленинград) и Ходяков (Ростов) остановились на изменении *тител* *сервиза* *дыхательных путей* *при инфекционных заболеваниях*.

В докладе (3-й день Съезда) по программному вопросу „О стенозах гортани“ проф. Иванов (Москва) коснулся только острых стенозов. Имея большой опыт в лечении хронических стенозов гортани, докладчик (им было оперировано 298 больных, из коих 204 были излечены) задел и этот вопрос указав, что он всегда применял ларингофиссуру с последующим введением Т-образной резиновой трубки. Содокладчик д-р Пляшенико (Одесса) описал *хронические стенозы гортани*, причем в разделении их он держался классификации Nagtega. Докладчик имел возможность наблюдать 153 сл. хронических стенозов, из которых 62 были обусловлены опухолями, 25 — дюзом, 25 — сынным тифом. Из 42 больных, подвергшихся длительному лечению, у 36 получилось полное выздоровление. Основным методом лечения была ларингофиссура с эксцизией рубцов, трансплантацией по Thiersch'y и продолжительной дилатацией. Прив.-доп. Харшак (Киев) поделился впечатлениями от своего опыта (147 случаев) в *хирургическом лечении хронических стенозов гортани*. Он пришел к выводу, что при хронических стенозах гортани, требующих трахеотомии с последующей ларингостомией, нужно всегда производить первичную ларингостомию. Первичная ларингостомия имеет то преимущество перед вторичной, что она избавляет больного от вторичной операции, на которую он не всегда соглашается. При перихондритах первичная ларингостомия может предупредить дальнейшее разрушение остова гортани гнойным процессом и оборвать начавшееся. Подробно описывая технику операции, он, между прочим, ставит за пришивание кожи к слизистой, а расширение стомы ведет бужированием ватно-марлевыми валиками. После организации стомы поручает больным бужировать своими пальцами. На основании доклада проф. Свержевского (Москва) «*Применение хирургической диатермии при заболеваниях верхних дыхательных путей, в частности при злокачественных заболеваниях носа и носоглотки*» можно сделать заключение, что диатермия (в форме coagulation) имеет большие преимущества в смысле безопасности от кровотечений. Какого большого % смертей в первые часы после обширных операций, какой наблюдался при обычном оперировании, здесь нет; % выздоровлений вообще значительно больший. К недостаткам этого метода относится то обстоятельство, что мы не знаем, где кончается демаркационная линия, а потому приходится удалять тканей больше, чем надо. Последовательные кровотечения наблюдаются и здесь, причем в самое различное время. Особенную чувствительность к коагуляции имеют кости и хрящи. При неосторожном прижигании этих тканей получаютсь сильные боли и невроз. Большая чувствительность к прижиганию хрящей объясняет, почему в гортани диатермия не привилась. Большое сообщение о *склероме* сделал проф. Бурак из Минска. За 21½ года через клинику уха, носа и гортан Белорусского у-та прошло более 200 склеромных больных, поэтому Б.С.С.Р., по автору, надо считать главным мировым очагом по степени распространения склеромы. Докладчик подчеркнул ряд спорных вопросов по бактериологии и серологии склеромы. Так, было указано, что бацилла Frisch'a не всеми признается единственным этиологическим фактором заболевания. Был высказан взгляд на незначительную заразительность склеромы. Терапия применялась как консервативная (бужирование и рентгено-ауто-гемо-вакциноотерапия), так и оперативная, причем комбинированная терапия дала лучшие результаты. Вопросу об озене были посвящены доклады: 1) проф. Елина (Одесса) — «*О возбудителе озены и ее лечении*» и 2) проф. Рудакова и Кугаро (Ленинград) «*О сывороточно-атропиновом титре при озене*». Как известно, по росту на разных питательных средах, по их культуральным свойствам капсульную группу бактерий (озенозную, фридлендеровскую и склероматозную бациллы) трудно дифференцировать. Исходя из факта, что различные штаммы этих бактерий отличаются различными свойствами (мутация), проф. Елин отрицает специфичность микробов озены и склеромы и считает их родственными между собой по возбудителю. Для лечения им успешно применялась поливалентная вакцина. Рудаков подошел к вопросу с точки зрения расстройства функции щитовидной железы ее гиперфункция и гипофункция, и смысл лечения озены видит в устранении этих расстройств. Луков (Саратов) хороший результат получил от *применения минимальных концентраций*

хлора (1:200.000) в терапии заболеваний верхних дыхательных путей, для чего пользовался т. н. газо-калорийным способом. Наилучший эффект замечался при острых процессах, хуже—при хронических. При сухих катаррах и озене—улучшений не видел. Лившиц (Киев) подчеркнул важное *преимущество местного обезболивания* при оперативных вмешательствах в о-р.-л-гии, после коего кровяное давление быстро (в ближайшие часы) выравнивается, тогда как после общего наркоза это расстройство продолжается обычно несколько дней. Доцент Фельдман и Иванчикий предложили анатомическое обоснование и критическую оценку подкожных и подслизистых *доступов к п. maxillaris и крылонебному узлу*. Сконструированной им иглой в ряде случаев они вводили анестезирующие растворы в указанные образования и были довольны полученной анестезией. Кигин и Евстафьева (Москва) попробовали *цинк-ионофорез* при лечении гнойных отитов и полученными результатами остались довольны. По их мнению, метод этот по своей простоте и быстроте действия заслуживает применения в терапии отитов. Д-р Моргулис (Москва), разрабатывая вопрос, *не является ли туберкулез гортани противопоказанием к искусственному мукоинсульту*, пришел к отрицательному заключению, наоборот, он часто видел значительные изменения к лучшему и в гортани, пораженной туберкулезом. О частоте и характере заболеваний придаточных полостей носа на основании секционного материала сообщил д-р Кажаев (из Баку) и д-р Урбах (Саратов)—по данным кафедры судебной медицины. Поражение гайморовых пазух (чаще в комбинации с заболеванием других полостей) найдено у человека в 92%. По количеству сопутствующих заболеваний остальные пазухи располагаются в таком порядке: решетчатые 56%, основная полость 44%, лобная в 20%. С программной темой «*Заболевания носа и глаза в их клиническом взаимоотношении*» выступил проф. Бурак. Сделавши оговорку, что установление причинной связи между заболеваниями придаточных полостей носа и изменениями в зрительном нерве при ретробульбарных невритах до последнего времени не имеет под собой вполне надежной патолого-анатомической и экспериментальной базы, что даже такие простые вопросы, как вопрос о роли патологии носа с его полостями в этиологии заболеваний слезопроводящих путей, вопрос о связи трахомы с изменениями в носу и т. п., не могут считаться окончательно решенными,—докладчик кратко изложил историю вопроса, а затем остановился на характере взаимоотношений носа и глаза. Он подробно трактовал о путях и способах перехода заболеваний носа и его полости на орбиту, глаз и его наружный аппарат. Касаясь патогенеза собственно ретробульбарных невритов риногенного происхождения проф. Бурак перечислил все существующие гипотезы (инфекционная, интоксикационная, венозного и лимфатич. застоя и др.), причем сам он, очевидно, поддерживает теорию вазомоторного расстройства и рекомендует обратить особенное внимание на циркуляцию крови в глазном дне.

В общем Съезд прошел весьма оживленно, было сделано 56 докладов и 260 чел. участвовало в прениях. Отметим, затем, многолюдность Съезда (497 делегатов из всех уголков СССР) и его прекрасную организованность.

Библиография и рецензии.

Б. Я. Шимшелевич, В. Н. Мешков и Т. Р. Никитин. *Лечебная физкультура*. Для врачей и специалистов по физической культуре. Под редакцией Б. Я. Шимшелевича с предисловием Н. А. Семашко. Госуд. мед. издательство. Москва, 1929, 270 стр., п. 2 р. 90 к.

Прочно заложены советским здравоохранением основы физической культуры: успешно и быстро ее развитие. Еще совсем недавно, каких-нибудь 6—7 лет тому назад, приходилось ей пробивать с невероятными усилиями дорогу, чтобы убедить и организовать широкие трудящиеся массы для профилактического использования естественных природных факторов. Лед общественной инертности тронулся, и физкультурное движение, как первооснова профилактики народного здоровья, развивается широкою волною по всему Союзу. Вместе с тем обозначаются уже новые перспективы. Физкультура переросла свои первоначальные задачи. Проведенная большая научная работа, тщательно поставленные лабораторные исследования, систематически проведенные клинические наблюдения плюс завидная активность руководителей физкультурного движения открывают стрелку для его параллельного

прогресса по второму пути, по пути использования физкультуры, как серьезного лечебного фактора. Пусть при этом произойдут даже некоторые передвижки в пограничных областях физиатрии и ортопедии. Физкультура, расширяющая сферу своего влияния на зоны механо-аэро-гелиотерапии, одновременно способствует их методическому и техническому усовершенствованию на основе существующего в этих областях накопленного ранее клинического опыта. Будет очень хорошо, если физкультурники станут грамотными ортопедами и физиатрами, а ортопеды и физиатры повысят свою физкультурную квалификацию. Тем самым осуществится практически ценный синтез профилактики и терапии на одном из наиболее продвинутых авангардов советской медицины. Порукой тому многочисленные признаки. Одним из них является рецензируемая книга.

Перед нами шесть основных глав, трактующих о физических упражнениях как лечебном факторе вообще, о физических упражнениях при некоторых заболеваниях сердца (гипертрофия, невроз, ожирение, митральные и аортальные пороки), о физических упражнениях при туберкулезе легких, при плевроплевральных спайках, при подагрических артритах и о физических упражнениях как методе укрепления брюшного пресса. Обращает внимание взвешивая проработка методики и ясная, немногословная формулировка техники физупражнений. Книга часто документирована антропометрическими данными, полученными у „подопытных“ и контрольных больных, пневмограммами, графиками и некоторыми другими доказательствами научной проверки вопроса. Гимнастические приемы иллюстрированы порядочным количеством рисунков. Особенно подробно написана III глава, трактующая о лечебной физкультуре при туберкулезе легких (Т. Р. Никитин). Эта глава, а также глава II, касающаяся физупражнений при сердечных заболеваниях (Б. Я. Шимшелевич и В. Н. Мошков), читаются с особым интересом, так как затрагивают наименее разработанные отделы клинической патологии с точки зрения мототерапии.

При указанных достоинствах книга не свободна, конечно, и от недостатков. Прежде всего заглавие. Оно шире содержания книги. В ней трактуется не о всем комплексе физкультурных методов, а только о части их, именно о физических упражнениях. То обстоятельство, что в третьей главе мельком упоминается о гелио-аэропроцедурах дела не меняет. Было бы правильнее озаглавить книгу „Физические упражнения как метод лечения“. Очень смело подчас отдельные утверждения авторов. Говоря о таком „щекотливом“ вопросе, как дыхательная гимнастика при легочном туберкулезе, автор заявляет себя убежденным сторонником лечебного поколачивания грудной клетки и верхушек, опираясь на далеко неупреждающее мнение, что «в легких случаях можно останавливать вибрационный массаж уже начавшееся кровохарканье» (стр. 95). Доказательств такому положению, повидимому, нет и у самого автора реферируемой работы, иначе, надо полагать, он бы их не замедлил представить. При таких условиях уместна большая осторожность в устах научного работника, преподающего практические советы врачам и специалистам физкультуры. Точно также мы никак не можем согласиться с другим местом книги, где автор главы о лечении артритов рекомендует по отношению к больным, страдающим *обострением* (курсив наш) хронического заболевания, «акцент при занятиях переносить на больные суставы» (стр. 220), хотя бы и „после целого ряда упражнений с методическим подходом“ (стр. 220). Поскольку дело касается острых явлений, то будь они не только в суставах, но даже в одном единственном суставе, физические упражнения совершенно неуместны, и не только в пораженных, но даже в здоровых частях тела. Попадаются в книге также стилистические погрешности. Например, такие: «подагрик... обречен... находится под физической культурой» (стр. 24); «центральному сердцу нет необходимости усиливать чрезмерно свои толчки, чтобы прочистить себе (?) проход в сосудах» (стр. 31); «вызвать гиперэмию к периферии тела» (стр. 82). Литературный указатель недостаточно точен. Не говоря уже о том, что почти нигде не приведено место (город) издания, ни хотя бы название издательства, в отношении ряда книг не указан даже год издания (этот пробел касается работ Игнатьева, Иваничко-го, Ягича, Лоренца, Мак-Керди, Дифра и Дейчкауфа). Рисунки не всюду достаточно демонстративны, местами же определенно плохи. Таковы, напр., рисунки на стр. 228 и 229, особенно рис. 4, где рука врача и плечо больного, должившиеся иллюстрировать гимнастический прием, слились в одну неопределенную туманность, объяснение которой зависит от фантазии читателя. Здесь, конечно, уже вина не авторов, а технической части издательства, которое поспешило на более хорошую бумагу.

В общем, однако, все отмеченные дефекты отступают на задний план перед неоспоримыми достоинствами книги. Будем надеяться, что почин ее авторов найдет себе в скором времени подражателей из среды научных работников, которых, вероятно, не мало среди пионеров лечебной физкультуры.

Проф. М. Фридлянд.

Проф. А. А. Богомолец. *Патологическая физиология*. III-е изд., том I, 1929, Госмедиздат, ц. 2 р. 50 к., переплет 50 к.

Учебник патологической физиологии проф. А. А. Богомольца выходит третьим изданием. Первое издание разошлось менее чем в два года, второе издание разошлось в количестве 6.000 экземпляров. Такой большой спрос и имя автора, наиболее авторитетного представителя этой науки в нашей стране, сами говорят за ценность книги. Автор является представителем физиологического экспериментального направления в общей патологии, ему принадлежит инициатива в переименовании общей патологии в патологическую физиологию, принятое вторым Всесоюзным съездом патологов в Москве. Это направление целиком сказалось в его руководстве. Первый том, обнимающий 415 стр. малого формата, посвящен общим вопросам патологии: общей этиологии, патологии клетки, учению об опухолях, воспалению, отеку, лихорадке, учению об иммунитете, аллергии и протейнотерапии. В сравнении со вторым изданием новое издание значительно дополнено, почти во всех отделах включены новые данные, добавлена новая глава об отеке, что нельзя не приветствовать, ибо это явление, играющее весьма большую роль в патологии, в последнее время привлекает большое внимание патологов и клиницистов. Общий стиль изложения остался прежним. Данные каждого отдела изложены автором такими, какими они являются в настоящее время наиболее правильно освещенными в современной литературе, а также работами самого автора и его школы. За редким исключением автор не останавливается на критике различных взаимоисключающих теорий и едва ли за это его можно упрекнуть, ибо иначе книга, заключающая около тысячи страниц, должна была бы увеличиться почти вдвое и потеряла бы свою ценность учебника для студентов, превратившись в руководство для врачей.

Учебник проф. А. А. Богомольца не нуждается в особой рекомендации для студентов, он уже давно принят как учебное пособие в большинстве ВУЗ'ов, нам лишь остается его рекомендовать врачам как руководство, в котором они найдут освещение целого ряда вопросов, с которыми постоянно приходится сталкиваться во врачебной практике, освещение ученого, порабатывшего в течение многих лет своей научной деятельности в самых различных областях этой обширной науки.

Проф. Н. Сиротинин.

Plaut P. *Die Zeugen aussagen jugendlicher Psychopathen. Ihre forensische Bedeutung*. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1928, 86 Seiten.

Книжка Плаута о свидетельских показаниях несовершеннолетних психопатов представляет восьмой выпуск редактируемой Moll'em серии: «Abhandlungen aus dem Gebiete der Psychotherapie und medizinischen Psychologie». Она распадается на следующие главы: 1) несовершеннолетние свидетели в процессах о развратных действиях, 2) понятие и сущность психопатии, 3) правдоподобность и ложь у психопатических детей, 4) обсуждение свидетельских показаний в судебной практике, 5) заключение.

Судебные процессы, в которых принимают участие несовершеннолетние—дети и юноши—это в огромном большинстве случаев процессы о развратных действиях взрослых с детьми. В связи с этим проблема судебного освидетельствования несовершеннолетних психопатов распадается на три собственно проблемы: 1) чисто психологическую, пока дело касается детских показаний вообще; 2) чисто психиатрическую, поскольку предстоит точнее разобраться в весьма расплывчатом понятии психопатии и, наконец, 3) чисто социологическую или социально-психологическую, т. к. сексуальные преступления (развратные действия) развиваются, как известно, в специальной обстановке и в особенной атмосфере, требующей социально-психологического анализа. Освещению этих трех проблем (весьма кратко) посвящена первая глава.

Говоря о понятии и сущности психопатии, а. приводит определение и классификацию психопатий Крепелина и более подробно излагает учение Циэна (Ziehen) о психопатической конституции. Может быть интересно отметить здесь следующую деталь: „На суде при допросе истерическим детям могут быть буквально внушены псевдологии (können geradezu Pseudologien hineinexaminiert werden). Дети украшают при этом псевдологии такими деталями и подробностями,

что мало посвященные в вопросы детской психопатологии легко верят в истинность этих псевдологий». (Ziehen).

В третьей главе а. излагает „типологию лжи“ Бирнбаума, который различает шесть видов лжи в зависимости от патологических особенностей психоната. Далее автор кратко останавливается на „проблеме сексуальности“, поскольку она касается детей.

В 4 главе автор приводит случаи из практики—всего 5 случаев. 4 случая развратных действий и 1 случай развратных действий+убийство.

В последней главе обсуждается вопрос, кто должен быть экспертом в судебных процессах, в которых замешаны несовершеннолетние: психолог, психиатр, судебный врач, учитель.—вопрос, который затрагивался и в первой главе. Плаут относится отрицательно к мысли Штерна о необходимости введения специальных курсов для подобного рода экспертов. Существенное и важнее, чтобы учитель получал общеобразовательную психологическую подготовку, ибо это есть путь к профилактике развратных действий учеников между собою и учителей с учениками. Необходимо дальше основательное психологическое образование судей и психиатров. После всего, как раз психолог имеет весьма благодарное поле деятельности в процессах с несовершеннолетними свидетелями при том, однако, условии, что психолог вполне сознает объем возложенной на него задачи и перестает действовать там, где он не является больше компетентным. *Пв. Галант (Москва).*

Прив.-доц. Г. А. Бакшт. *Беременность и обмен веществ*. Гос. мед. изд., 1929 г., 196 стр., ц. 1 р. 55 к.

Книга представляет собою цикл лекций, читанных автором на курсах для усовершенствования врачей при Акушерско-Гинекологическом Институте в Ленинграде. Помимо предисловия проф. Р. В. Кипарского, книга содержит следующие главы: I. Изменения физико-химических свойств крови при беременности. II. Азотистый обмен. III. Углеводный обмен. IV. Жировой обмен. V. Минеральный обмен. VI. Учение об „ацидозе“ крови при беременности. VII. Изменение эндокринных органов при беременности. VIII. Учение о вегетативной нервной системе и изменения ее при беременности. IX. Ретикулоэндотелиальный аппарат и беременность, и приложения: а) пигментообразование; б) печень беременных и в) колебание ферментативных функций при беременности. Следует отметить удачное расположение материала, причем вначале каждой главы автором дается общетеоретическое или анатомо-физиологическое введение и освещенное излагаемого в данной главе отдела. Появление такого пособия на русском языке является вполне своевременным, т. к. вопрос об обмене веществ при беременности трактуется и излагается автором с точки зрения новейших течений в физиологии и патологии беременности—изменений физико-химического состояния коллоидной среды тканей беременной. *Ю. Лейбчик.*

Д-р А. В. Попова. *Современное учение о питании малолетних детей*. Охрана Материнства и Младенчества. Государственное медицинское издательство, ц. 2 р. 50 к., 1929 г. В этой книге автор ставит себе задачу познакомить молодых врачей и средний мед. персонал учреждений Охраны Материнства и Младенчества с современными взглядами на питание малолетних детей и последними достижениями в этой области. Настойчиво проводимый автором взгляд на диетотерапию, как на единственное лечебное средство при расстройствах пищеварения и питания в раннем детском возрасте, является неоспоримым для всякого работающего в области педиатрии. Установив ценность диететики и диетотерапии, автор знакомит с теми научными данными, которые положены в основу приготовления и подбора пищи. В этом отношении работа автора дает полные и исчерпывающие данные. Тщательно разработаны все употребляющиеся смеси в отношении состава, техники приготовления, калорийности, показаний к назначению. Особое внимание обращено автором на молоко, его свойства, на оборудование молочной кухни. Ценной является глава, в которой автор знакомит с питанием беременной и кормящей грудью матери.

Книга д-ра А. В. Поповой явится ценным руководством для врача, которому приходится иметь дело с детьми раннего возраста. *Е. Кливанская-Броль.*

По поводу рецензии д-ра С. А. Бельского о моем „Словаре клинической терминологии“.

Я очень благодарен д-ру Бельскому за его рецензию. До настоящего момента это—самый добросовестный и внимательный читатель моей книги. Если бы все пользующиеся ею, подобно ему, сообщали бы мне о замеченных ошибках или

даже спорных местах, то во втором издании несомненно можно было бы ручаться за максимальную точность. До моего „Словаря“ ударения отдельных слов отмечались только у Roth'a и Griesbach'a, а также отчасти в английских и американских словарях, да и то частично, и потому во многих местах ударение является действительно спорным или колеблющимся. Оба указанных выше немецких автора снабдили свои книги филологическими предисловиями (особенно хорошо составлено последнее проф. Н. Zimmerger'ом в VII издании словаря Roth'a (1908); к сожалению, в новых изданиях это предисловие выпущено). Из указанных С. А. Бельским слов в 5 случаях действительно имеются опечатки, которые несомненно должны быть исправлены. Относительно же других слов я с ним согласиться не могу. Sirupus происходит от арабского scharab или scherbet; нет никаких оснований ни для 2 р., ни для ударения на втором слоге. Указанное мною ударение дано также в словаре Heyse. Для pituita есть два чтения: pituita и pitúita (Gould-Scott, Dorland). Ударение secundinae указано Zimmerger'ом и в старом, и в новом издании Roth'a. Ударение iridis дано в весьма точном словаре Шульца, да и в греческой просодии второе *i* считается долгим. Наряду с чтением sinápis Griesbach указывает sinápis. У него же мы находим stapédís, наряду со stá-pedís в других словарях. Serúmen везде указано с ударением на *u*, и вообще это окончание гораздо чаще имеет ударение (albúmen, alúmen, casúmen, volúmen), чем остается без него; относительно sérúmen спорить не приходится, но для правописания serúmen предпочтительнее чтение serúmen. В упомянутом гекзаметре мною умышленно поставлены прозаические ударения для лиц, незнакомых с латинским языком, чтобы не сбивать их 2-мя ударениями на одном слове (príncipiis) или необычными ударениями на конце слова (obstá, seró); лица же знакомые с латинским языком, могут читать эту фразу и в стихотворном размере. Наконец, что касается „своеобразной орфографии“, касающейся буквы *z*, то д-р С. А. Бельский очевидно не обратил внимания на мое указание, что она имеет *исключительно педагогическое или дидактическое значение*, ибо она ставится там, где в иностранных языках имеются звуки *ae, ä, ai* (по-французски), *oe, ö, eu* (по-французски), для того, чтобы мало знакомый с иностранными языками врач обратил внимание на это необычное правописание и с помощью зрительной памяти усвоил необходимость писать иностранное слово не через простое *e*, а через одну из указанных двугласных.

За всякие дальнейшие указания буду очень благодарен.

Проф. М. И. Брейтман.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Хирургическая секция.

Заседание 16 октября 1929 г.

1) Д-р Н. Ф. Харитонов. *О хирургическом лечении эхинококков брюшной полости.* Сообщение касается 13 случаев эхинококков брюшной полости (11 — печени, 1 — больш. сальника, 1 — матки), оперированных с 1924 г. — 1929 г. в хирургическом отделении Мензелинской б-цы. В пяти случаях лечение проводилось открытое, в остальных закрытое, причем в 7 случаях была удалена хитиновая оболочка с последующим протиранием полости 50% раствором формалина в глицерине, а в одном случае была удалена фиброзная капсула. В 6 случаях из 8, леченных закрытым способом, наблюдалось гладкое заживление. Один случай открытого лечения окончился летально. — Прения: Проф. Н. В. Соколов указал на преимущество съемных швов по Разумовскому при глухом способе оперативного лечения эхинококков. Прив.-доц. Р. А. Гусынин, д-р Б. В. Огнев, проф. П. М. Красин, д-р А. Н. Рыжих и проф. В. Л. Боголюбов, указавший на трудность во многих случаях распознавания эхинококка рекомендует для этого не пренебрегать реакцией Kassoni и эозинофилией. К закрытому способу оперативного лечения эхинококков следует прибегать во всех случаях,

кроме случаев больших кист и нагноившегося эхинококка. Двухмоментный закрытый способ, защищаемый докладчиком, для лечения больших кист, не рекомендует.

2. Д-р Н. Ф. Харитонов. *Лечение гипертрофии предстательной железы односторонней вазэктомией и алкоголизацией (80° спирт) семенного канатика.*

Докладчик применил этот метод в хирургическом отделении Мензелинской б-цы у 4-х больных в возрасте от 56—68 лет с удовлетворительными ближайшими результатами.—Прения: Проф. П. М. Красин, д-ра Б. В. Огнев, Ю. А. Ратнер, Н. И. Гашев, проф. М. О. Фридланд и проф. В. Л. Боголюбов, указавший, что метод кастрации для лечения гипертрофии простаты оставлен, а о ценности вазэктомии и алкоголизации семенного канатика судить преждевременно.

3. Проф. Н. В. Соколов. *О причинах неудачных исходов в лечении закрытых переломов конечностей.* Для разрешения поставленной задачи докладчик собрал и проанализировал 428 случаев различных закрытых переломов конечностей, прошедших за последние 5 лет через амбулаторию и стационар Госпитальной хирург. клиники К.Г.У. Отдаленные результаты удалось собрать в 95 случаях, из коих у 85 отмечается полное выздоровление, у 9—ограниченная подвижность и лишь в одном случае—полная утрата трудоспособности. Лечение проводилось методами простой фиксации (шинная повязка) или гипсования. Вытяжение практиковалось лишь как подготовительная мера к предстоящему гипсованию конечности. При учете топографо-анатомических особенностей того или другого отдела поврежденной конечности, метод гипсования, по мнению докладчика, имеет несомненное преимущество перед небезопасным кровавым способом и вытяжением, не всегда возможным в участковой обстановке. Успеху лечения немало способствовали последующие физиотерапевтические процедуры. В заключение докладчик продемонстрировал сконструированный им для лечения переломов вертлбных конечностей аппарат по типу треугольника Middelburgh'a в комбинации с шиной Boschdrevink'a.—Прения: д-ра С. А. Воронов, Л. Е. Формозов, А. Н. Рыжих, пр.-доц. В. А. Гусынин. Проф. М. О. Фридланд считает, что при умелом применении метод гипсования прекрасен, но при переломах трубчатых костей вблизи или внутри суставов показано вытяжение. Кровавые способы лечения дают лучшие исходы по опыту Ортопедич. клиники Гидува особенно при переломах шейки бедра—вколачивание костных штифтов через большой вертел по направлению к вертлбной впадине. Затем оппонент дал целый ряд практических указаний относительно физио-механо-терапевтических процедур лечения несросшихся переломов и патологических переломов. Резюме: проф. В. Л. Боголюбов. Секретарь С. А. Смирнов.

Заседание 1 ноября 1929 г.

1. Д-р К. Н. Кочев. *Случай гумозного поражения позвоночника.* Б-ой Н., 52 лет, крестьянин, поступил в ортопедическую клинику с жалобами на сильные боли в спине, отдающиеся в ноги. Боли усиливаются к ночи и локализируются в области поясничных позвонков (2—3—4 поз.). Считает себя больным 5½ лет. В августе 1928 г. обращался в ортопедическую амбулаторию, был заподозрен туберкулез, спондилит и наложен гипсовый корсет, который несмотря на 6½ мес. ношения его улучшений не дал. Болея периодически, лежит в постели 1 год. Женат, 6 детей, все здоровы, 1 выкидыш, лues отрицает. При объективном исследовании обнаружен кифоз, выраженный в области 2-х пояснич. позвонков, движения в суставах свободны. Мышечной атрофии нет. R. W. резко положительная (++++). Рентген: деструктивный процесс в 2—3—4 поясничных позвонках с усиленной регенерацией костной ткани и обильным периферическими участками позвонков. Под влиянием лечения—покой, вытяжение (гисонова петля) и внутрь kalii iodati—кифоз значительно уменьшился, боли постепенно становятся слабее.—Прения: проф. М. О. Фридланд обратил внимание на интерес этого случая в смысле редкости сифилитического поражения поясничных позвонков. Проф. В. Л. Боголюбов относит поучительность случая к правильно поставленному диагнозу, т. к. особенно часты ошибки по отношению к lues'у костно-суставного отдела, шаблононо принимаемого за туберкулез.

2. Д-р Ю. А. Ратнер. *Случай подкожного разрыва селезенки.*

Демонстрация б-ого, у которого по поводу подкожного разрыва селезенки была произведена спленектомия. В анамнезе малярия. Б-ой упал с лесов с высоты 3 аршин и до следующего дня чувствовал себя хорошо, потом появилась резкая

анемия, раздражение брюшины, defense и боли слева. Докладчик считает, что здесь сначала получилась интракапсулярная гематома, прорвавшаяся затем в брюшную полость. Удаленная селезенка разорвана на множество частей.

3. Д-р Ю. А. Ратнер. *Демонстрация б-ой после нефрэктомии по поводу параренальной опухоли.*

Девочка 6 лет, у которой была удалена проф. В. Л. Боголюбовым слева околопочечная опухоль больших размеров. Опухоль была удалена вместе с почкой из поперечно-поясничного разреза без вскрытия брюшины. Почка тесно сращена с опухолью, являясь как бы придатком последней, но опухоль не проросла почку. Удаленная опухоль относится к эмбриональным смешанным опухолям.—Прения по обоим докладам: д-р Б. В. Огнев, пр.-доц. В. А. Гусынин отметили на возможную связь опухоли с косоплостью, имеющуюся в данном случае. Д-ра В. А. Сильев, Низнер, Д-р Кочев, указавший, что в спортивной травматологии отмечаются случаи разрывов селезенки, пораженной малярией, потому страдающим малярией запрещаются некоторые виды спорта. Проф. М. О. Фридланд и проф. В. Л. Боголюбов, отметивший практический интерес первого сообщения и научно-хирургический второго. В данном случае нелегко было диагностировать место расположения опухоли и решить, каким разрезом удалить ее. Смешанные врожденные параренальные опухоли представляют большой научный интерес. Подобные опухоли могут иногда сочетаться с уродствами и пороками развития, в частности с врожденной косоплостью.

4. Д-р И. Л. Цимхес. *К оперативному лечению резаных ран глотки и гортани.*

Докладчик демонстрировал б-ого с зажившей раной глотки и гортани. Б-му с целью ограбления была нанесена резаная рана на уровне щитовидно-подъязычного промежутка в поперечном направлении—12 с. и вертикальном—7—8 с. Справа обнаружены m. sternocleidomast. и ar. carotis com. и vena jugularis, обнажена правая подчелюстная железа. Надгортанник перерезан и отошел кверху вместе с перерезанными мышцами, прикрепляющимися к подъязычной кости. В ране видна гортань с голосовыми связками, а в глубине—глотка и переход ее в пищевод. Б-му была произведена трахеотомия и остановлено кровотечение. Через рот был введен желудочный зонд в пищевод. Зияющая рана послойно зашита, причем на подъязычную кость и щитовидный хрящ были наложены отдельные швы, не захватывая слизистую. Послеоперационное течение гладкое. На 5 день удален желудочный зонд и на 20-ый—трахеотомическая трубка. Докладчик на основании литературы и своего случая высказывается за первичный глухой шов резаных ран глотки и гортани с профилактической трахеотомией.—Прения: проф. П. М. Красин поделился своим наблюдением в клинике покойного проф. Праксина, где первичный глухой шов без трахеотомии дал блестящие результаты, поэтому считает трахеотомию лишней, а зонд не обязательным. Д-р Б. В. Огнев, Д-р С. А. Смирнов припоминает случай перерезки трахеи и пищевода, где не была произведена трахеотомия, и б-ой погиб. Прив.-доц. В. А. Гусынин полагает, что осторожность в таких случаях вполне целесообразна и трахеотомию следует производить, как правило. Д-р Ю. А. Ратнер в одном случае ранения глотки зашил наглухо без трахеотомии. Проф. В. Л. Боголюбов указал, что при обычных ранениях глотки можно обойтись без трахеотомии, но при ранах более низких отделов один шов без трахеотомии представляет, конечно, известный риск. Выбор способа во многом зависит от обстановки и опытности хирурга.

Секретарь И. Цимхес.

Общество невропатологов и психиатров при Казанском гос. университете.

Объединенное заседание физиотерапевтической секции и Общества рентгенологов 30 ноября 1929 г.

1. Д-ра М. И. Гольдштейн и Неворожкин. *Об изменениях каталазы и липазы в крови больных, леченных рентгеновыми лучами.*

Авторы задались целью проследить состояние и движение ферментов у больных, подвергаемых рентгенотерапии. Материал состоял из 18 б-ых. Опытов поставлено 120. Результаты: при повторном освещении лимфатического аппарата независимо от процесса в нем (лимфогранулематоз, саркома, рак) получается ступенчатая кривая, где каждая последующая вершина выше предыдущей. При

освещении щитовидной железы и спинного мозга получается кривая, где каждая последующая вершина значительно ниже предыдущей. При освещении кожных участков (ulcus rodens, angiotoma) ферментативная реакция не выражена. Липаза дает менее характерные изменения. Под влиянием рентгенотерапии этот фермент приходит в норму. Особого параллелизма между ферментативными кривыми и изменениями в течении болезненного процесса выявить не удалось.—Прения: проф. Г. А. Клячкин, д-ра Е. Т. Гефен, Я. В. Хорош, Л. Н. Клячкин, М. И. Гольдштейн, проф. А. В. Фаворский и прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

2. Д-р В. Б. Бланк. *Изменение резервной щелочности при применении нарзанных ванн.*

Работа проводилась в течение настоящего сезона в Кисловодске над стационарным материалом. Исследование велось в двух направлениях: 1) изменение AR до и после ванны, 2) изменение AR после длительного применения тех же ванн. Результаты: однократное применение нарзанной ванны у сердечных б-ых вызывает некоторое понижение AR. Длительное применение нарзанных ванн вызывало вначале понижение цифр AR, а затем постепенное возрастание до исходных цифр и выше. Благоприятное воздействие нарзанных ванн на сердечную деятельность, вероятно, покоится на тренировании сердечной мышцы.—Прения: проф. Г. А. Клячкин и А. В. Фаворский.

3. Д-ра И. С. Бейрах, Р. И. Лангерман и Я. В. Хорош. *Ионофорез при осложнениях мужской гонорреи.*

Иодинофорез был испытан в 67 случаях различных осложнений мужской гонорреи и в 1 случае негонорейного эпидидимита. Техника: в качестве индифферентного электрода во всех случаях служила помещавшаяся наmons veneis цинковая пластинка в 150—200 кв. ст. (с толстой прослойкой гидрофильной ткани, смоченной горячей водой). Диффузные электроды разной формы и величины (с прослойкой из гидрофильной ткани (12—16 слоев) смоченной 1% раствором KJ., располагались в непосредственной близости к пораженным органам. При простатитах и спермотоциститах (в доступной русской и иностранной литературе авторы не нашли никаких указаний относительно методики, показаний и результатов применения ионофореза при указанных заболеваниях) в качестве действующего электрода употреблялся электрод в виде прямого стержня из эбонита, один конец которого представляет из себя угольный оливкообразный наконечник длиною в 2,5 ст., диаметром в 1 ст., на другом конце имеется отверстие для ввода провода от аппарата. На угольный конец наматывается и плотно завязывается ватно-марлевый тампон, смоченный 1% раствором KJ. Электрод этот вводится в прямую кишку на область простаты. Во всех случаях сила тока колебалась от 10—40—50 МА, продолжительность сеанса от 15—30—45 минут. Сеансы обычно проделывались через день, иногда промежутки удлинялись в зависимости от очаговой реакции.

Выводы: 1) Иодинофорез дает хорошие результаты в хронически протекающих случаях осложнений мужской гонорреи. 2) Иодинофорез может служить новым энергичным средством лечения простатитов и спермотоциститов. 3) При остро протекающих осложнениях гонорреи у мужчин ионофорез не только не дает никакого эффекта, но порой даже вызывает ухудшение болезненного процесса. 4) В упорных случаях гоноррейных осложнений ионофорез в комбинации с другими физическими методами дает значительно лучшие результаты (диатермия, грязелечение). 5) Очаговая реакция в тех случаях, где ионофорез показан, является весьма желательной и служит хорошим показателем успешности данного вида лечения. 6) Ионофорез может быть использован в соответствующих случаях для целей провокации при решении вопроса об излечении гонорреи.—Прения: д-ра И. Д. Печников, Л. Н. Клячкин, А. Т. Гринбарг, проф. Г. А. Клячкин, прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

Секретарь Я. В. Хорош.

Саратовское физико-медицинское общество.

Торжественное заседание 18 ноября было посвящено 125-летию годовщине Казанского университета.

Председатель о-ва проф. Н. Е. Кушев, открывая заседание, заявил, что группа бывших питомцев медицинского факультета выразила желание ознаменовать юбилей Казанского университета торжественным заседанием. С воспоминаниями выступили старые студенты выпусков 70-х и 80-х годов прошлого столетия. Первое сообщение проф. В. И. Разумовского касалось медицинского образования и жизни казанских студентов в 70-тых годах прошлого столетия. Доклад-

чик в обширном и обстоятельном докладе изложил историю Казанского университета, упомянул о первых профессорах, о выдающемся математике Лобачевском и видных профессорах медицинского факультета—о Ковалевском, Петрове, Щербакове и др. Интересные сведения о жизни студентов 70-тых годов касались того времени, когда В. И. Разумовский учился в университете. Доклад сопровождался демонстрациями фотографий профф. Казанского университета.

Второй докладчик, проф. Н. Е. Кушев поделился воспоминаниями о профессорах-клиницистах медицинского факультета в 80-тых годах прошлого столетия—о Л. Л. Левшине, Виноградове, Ге, Хомякове, Толмачеве, Студенском, Флоринском и др.

Третий докладчик, д-р В. И. Алмазов сообщил о студенческой жизни студентов-медиков в 80-тых годах прошлого столетия.

Д-р А. Н. Добротин показал серию фотографических снимков, сделанных им в бытность студентом. Прекрасные фотографии профессоров и аудиторий заинтересовали присутствующих и напомнили им о давно прошедшей жизни медицинского факультета.

Собрание, выслушав интересные сообщения, постановило послать поздравительную телеграмму ректору Казанского университета к 125-летнему юбилею. Под телеграммой подписалось 18 бывших питомцев медицинского факультета.

Проф. Н. Е. Кушев.

Деятельность Научной ассоциации при союзе Медсантруд г. Севастополя.

(Май—октябрь 1929).

Севастопольская Научная Ассоциация проводит свои работы в общих собраниях и по секциям. Кроме того члены Н. А. принимают близкое участие в работах Сев. здравоохранения, заседаниях и совещаниях санэпида, по О. В., проводят лекции и беседы на предприятиях, курсах усовершенствования. Оживленная работа проводится по-секционно, причем наиболее работоспособной надо считать секцию кожно-венерическую, где каждые 2 недели делаются многочисленные доклады, сообщения, демонстрации больных; затем идет секция хирургических специальностей (хирургия, гинекология, акушерство, офтальмология и ото-ларингология); секция педиатро-терапевтическая, зубная и санитарно-профилактическая. Несколько особо стоит секция физио-терапевтическая, базирующаяся на Институте физических методов лечения имени проф. Сеченова и вдохновляемая его директором маститым профессором А. Е. Щербаком. Эта секция наиболее плодотворная и богатая докладами и сообщениями, отчеты о которых печатаются в «Известиях Сеченовского Института Ф. М. Л.». На общих собраниях, за указанный промежуток времени заслушаны следующие доклады и сообщения: 1) Д-р Бируля О. А. «О пляжах Севаст. района и мерах к сохранению их». 2) Д-р Иванов Е. Э. «О физиотерапевтическом значении пляжей». По этим докладам вынесена была резолюция, в которой причиной разрушения пляжей, грозящей исчезновением их, признается неправильное отношение к делу местхоза, эксплуатирующего пляжи для добычи песка и гравия не только для своих целей (построек), но и для продажи на сторону. В целях сохранения их Н. А. постановила возбудить вопрос перед центром о немедленном прекращении разрушения пляжей и забронирования их исключительно для лечебно-курортного использования. 3) Д-р Бронштейн В. Т. «О Всесоюзном съезде по борьбе с венерическими болезнями» и 4) Его же «Когда больной венерич. болезнью может вступить в брак». Докладчик доказывает, что разрешать брак больному можно 1. Когда он совершенно вылечен и 2. Когда больной, хотя и не окончательно вылечен, но не представляет угрозы заражения для супруга и потомства. Для более целесообразного и ответственного решения этого вопроса докладчик предлагает создание консультативных комиссий из специалистов при вендиспансерах. 5) Д-р Георгиевский Н. И. «Памяти проф. Д. О. Отто» 6) Проф. Щастный С. М. «Памяти И. Ю. Бардаха». 7) Д-р Славский Г. М. «Теория циклического течения туберкулезной инфекции и патогенез туберкулеза легких у взрослых». 8) Проф. Щастный С. М. «О предохранительных прививках по Calmetty (В. С. G.)» и 9) Д-р Славский Г. М. «О всекрымском совещании по туберкулезу».

Секретарь А. Бельский.

Хроника.

270) *Постановление ЦИК и СНК Союза ССР о пенсиях медперсоналу в сельских местностях.* Центральный Исполнительный Комитет и Совет Народных Комиссаров Союза ССР постановляют:

1.

1. Ввести пенсионное обеспечение за выслугу лет медицинских и ветеринарных работников в сельских местностях и рабочих поселках.

2. Право на пенсию за выслугу лет имеют следующие медицинские и ветеринарные работники в сельских местностях и рабочих поселках: врачи, ветеринарные врачи, фельдшера, ветеринарные фельдшера, фельдшерицы, фельдшерицы-акушерки, акушерки, зубные врачи и медицинские сестры (окончившие медицинские техникумы и нормальные школы сестер Красного Креста).

3. Упомянутые в ст. 1 медицинские и ветеринарные работники приобретают право на пенсию по прослужении ими в сельских местностях и рабочих поселках 25 лет, независимо от того, протекала ли их служба в одной или в нескольких из этих местностей.

Примечание 1. При исчислении срока службы, дающего право на пенсию, каждый год службы в отдаленных местностях, начиная с 1 октября 1927 г., для работников, направленных на службу из неотдаленных местностей, приравнивается: а) в отдаленных местностях первого пояса к одному году восьми месяцам; б) в отдаленных местностях второго пояса к одному году и трем месяцам.

К отдаленным местностям относятся местности, которые указаны в перечне, издаваемом в порядке ст. 2 постановления Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров Союза ССР от 11 мая 1927 г. о льготах для работников государственных учреждений и предприятий в отдаленных местностях Союза ССР. (Собр. Зак. Союза ССР 1927 г., № 25, ст. 270).

Примечание 2. Перечисленные в ст. 1 работники, ведущие работу в отдаленных местностях среди кочующего населения, в отношении исчисления сроков службы, дающих право на пенсию, пользуются льготой, предусмотренной в примечании 1 к настоящей статье, независимо от того, из каких местностей они направлены на службу.

4. При установлении права на пенсию засчитывается и дореволюционная служба по медицинской и ветеринарной специальности в сельских местностях и рабочих поселках, при условии, однако, состоянии не менее 5 лет на советской службе в указанных местностях по специальности.

5. Перерывы в прохождении службы в 25-ти летний срок не засчитываются, за исключением времени: а) пребывания в рядах рабоче-крестьянской Красной армии; б) состояния в выборных советских и профессиональных должностях; в) отбывания наказания (на каторге, в ссылке, в тюрьме или крепости) по политическим преступлениям в дореволюционное время, а также отстранения в дореволюционное время от медицинской или ветеринарной работы за антиправительственную деятельность (до поступления на другую работу); г) получения пособия по временной нетрудоспособности и безработице.

6. В случае смерти или безвестного отсутствия лица, заслужившего пенсию, право на пенсию приобретают следующие члены его семьи, находившиеся на его иждивении и не имеющие достаточных средств к существованию:

а) не достигшие 16-летнего возраста (а обучающиеся в учебных заведениях—18-летнего возраста), а также нетрудоспособные дети, братья и сестры;

б) родители и супруг, если они нетрудоспособные или достигли: мужчины 60-летнего возраста и женщины 55-летнего возраста;

в) те из перечисленных в п. 6 настоящей статьи лиц, которые хотя и являются трудоспособными, но заняты уходом за детьми, братьями и сестрами умершего, не достигшим 8-летнего возраста.

7. Пенсия устанавливается для лиц, указанных в ст. 1, в размере половины средней месячной заработной платы за 12 месяцев работы, предшествующих назначению пенсии.

Пенсия лицам, указанным в ст. 6, устанавливается: нетрудоспособному супругу—в размере половины полного оклада пенсии (ст. 7), а всем остальным лицам, имеющим на нее право,—в размере одной четверти оклада. Однако, общая сумма пенсии не должна превышать полного оклада пенсии.

8. Указанные в ст. 1 лица, имеющие право на пенсию, но остающиеся на службе, получают пенсию независимо от размера заработка:

а) врачи медицинские (в том числе зубные врачи) и ветеринарные—в половинном размере;

б) остальные—в размере 10 рублей в месяц.

9. Пенсия, назначенная в порядке настоящего постановления, не подлежит обложению какими бы то ни было общегосударственными и местными налогами и сборами.

10. Пенсионное обеспечение в порядке настоящего постановления вводится с 1 октября 1929 г. и не распространяется на лиц, прекративших работу в сельских местностях и рабочих поселках ранее 1 октября 1929 года.

Пенсия выдается со дня подачи заявления о выдаче пенсии.

11. Установленные настоящим постановлением пенсии выплачиваются без производства каких бы то ни было вычетов через сберегательные кассы по месту жительства пенсионеров.

12. Право на пенсию в порядке настоящего постановления устанавливается теми органами социального страхования, на которые возложено назначение пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца. Списки пенсионеров, составленные указанными органами социального страхования, утверждаются президиумами подлежащих исполнительных комитетов. На них возлагается также рассмотрение жалоб заинтересованных учреждений и лиц на постановления органов социального страхования.

13. Расходы по выдаче пенсий, предусмотренных настоящим постановлением, покрываются в равных частях за счет средств местного бюджета и средств социального страхования.

14. Инструкция по применению настоящего постановления издается в двухмесячный срок Народным Комиссариатом Труда Союза ССР по согласованию с Народным Комиссариатом Финансов Союза ССР, Всесоюзным Центральным Советом Профессиональных Союзов и представительствами союзных республик.

II.

15. Дополнить ст. 16 Положения о местных финансах от 25 апреля 1926 г. (Собр. Зак. Союза ССР, 1926 г. № 31 ст. 199) пунктом 3^й следующего содержания: „3^й) 50% расходов по выдаче пенсий за выслугу лет медицинским и ветеринарным работникам“.

Председатель ЦИК Союза ССР *Г. Мусабеков*.
Зам. председателя СНК Союза ССР *В. Шмидт*.
Секретарь ЦИК Союза ССР *А. Енукидзе*.

Москва, Кремль.

25 сентября 1929 г.

271) Происходившее в начале декабря с. г. в Москве *совещание по вопросам медицинского обслуживания колхозов и совхозов* заслушало доклад Э. Д. Нейштадта об организации лечебно-профилактической помощи.

Сельская лечебная сеть, —сообщил он,—крайне недостаточна и составляет только 25,5 проц. нормальной сети. До 1.000 волостей не имеют на своей территории больниц, а 600 волостей—даже врачебных участков. Особенно недостаточно заразных коек. Сельские лечебно-профилактические учреждения обслуживали до последнего времени одинаково все слои сельского населения. Такая установка давала возможность зажиточным слоям деревни более широко пользоваться медицинской помощью. Сельская медицинская сеть на 30 слишком процентов не имеет своего транспорта, поэтому преимущественно зажиточные крестьяне, имеющие лошадей, могли возить своих больных к врачам или врачей привозить на дом.

Проводимые в стране индустриализация и реконструкция сельского хозяйства на социалистических началах потребовали решительной перестройки форм и методов всей работы здравоохранения в деревне. Перед каждым медицинским участком ставится основной задачей оздоровление условий труда и быта социалистического сектора деревни—совхозов, колхозов, батраков и др. сельхозработчиков.

Пятилетка Наркомздрава по всем линиям здравоохранения намечает значительное развитие и усиление дела обслуживания этих групп населения деревни. В основу плана ставится обслуживание совхозов и колхозов первой помощью, амбулаторией, коечной и ясельной, приспособление всех организаций к условиям полевых работ, решительный поворот всей работы на диспансерно-профилактический путь. Оздоровление условий труда и быта в совхозах и колхозах требует особого внимания.

В 1929—30 г. Наркомздрав намечает в 28 районах сплошную коллективизацию открыть 88 врачебных участков из расчета один участок на 10 тысяч населения. Каждая новая койка рассчитана на 800 чел. населения. Всего будет открыто 1.628 коек. Для крупных колхозов проектируются больницы и амбулатории с 4 кабинетами и приемными покоями.

План медобслуживания зерносовхозов предусматривает постройку при каждом зерносовхозе больницы на 37 коек. В первый же год будут построены госпитали с родильными приютами. При больнице будет амбулатория с 4 кабинетами, один из которых назначается для детской консультации. Для зерносовхозов уже действующих намечена сеть из 87 больниц, с 25 койками каждая, и 91 амбулаторий.

Всего же за 4 года намечено выстроить 198 больниц, 199 амбулаторий, 48 амбулаторий с приемным покоем, 168 заразных барakov на 2.016 коек. Кроме того, 41 больница будет расширена. Всего же намечено к развертыванию 7.658 коек.

С докладом о санитарной организации и обслуживании совхозов и колхозов выступил Г. С. Матульский и о работе по охране материнства и младенчества—В. П. Лебедева. В 1928—29 г. в колхозах по РСФСР (по неполным данным) было развернуто 214 постоянных яслей, 150 акушерских пунктов, 1.200 летних яслей и 20 сельских консультаций. И здесь развитие сети учреждений в значительной мере отставало и отстает от бурного роста коллективизации сельского хозяйства. На 1929—30 г. по минимальному плану намечено развернуть в совхозах 30 постоянных яслей, 650 летних, 20 акушерских пунктов и 18 консультаций. Необычайно остро стоит вопрос с кадрами для обслуживания новых учреждений охматмлада. В колхозах и коммунах к концу 1930 г. по пятилетке должно быть открыто 656 постоянных яслей, 1.200 летних яслей, 80 консультаций и 400 акушерских пунктов.

Начавшиеся по докладом прения отмечали, что медицинское обслуживание соц. сектора недостаточно и качественно неудовлетворительно.

272) Н. А. Семашко вписые в редакцию «Известий ВЦИК» в ответ на упреки, что медобслуживание соц. сектора еще недостаточно, сообщает, что «на коллективный сектор сельского хозяйства Наркомздравом было обращено еще в 1927 г. соответствующим циркуляром внимание местных органов здравоохранения. С тех пор во многих местах проведена некоторая работа...» Несмотря на полное до сих пор отсутствие ассигнований на эту цель специальных средств по государственному и местному бюджету, все же в колхозах развертывалась некоторая сеть здравоохранения; так, в настоящее время мы имеем там 214 постоянных яслей плюс 800 летних яслей на рабочую пору, 150 акушерских пунктов, 20 консультаций». «Но во многих случаях классовая линия проводилась недостаточно четко» и очень многое еще нужно сделать для улучшения дела.

«Еще до сих пор в законодательных органах не разрешен окончательно вопрос о финансовой базе медицинского обслуживания колхозов, еще до сих пор идут споры и пререкания по этому вопросу. Тем не менее, путем внутреннего перераспределения средств и путем привлечения средств самого населения Наркомздрав в ближайшем 1929—30 г. строит лечебно-профилактическую сеть в колхозах примерно на 15 млн. руб. Такой масштаб строительства показывает, что над этим вопросом работают и важность его сознают. И это вполне естественно: коллективизация сельского хозяйства представляет собою такое могучее орудие оздоровления деревни, которого история никогда еще не давала в руки работников здравоохранения. Колхозы, строящие заново сельское хозяйство, тем самым помогают перевернуть быт в деревне и по-новому построить дело здравоохранения на селе. Эту мысль Наркомздрав определенно проводит среди работников здравоохранения, и нужна всяческая поддержка в этого рода начинаниях, а для этого советская общественность должна поддержать протест Наркомздрава против затягивания разрешения финансовых вопросов. В этом деле больше, чем где-либо, должна быть четкость и ясность».

273) На заседании подкомиссии при правительственной комиссии по переводу предприятий и учреждений на непрерывку обсуждался проект нового производственного календаря. По этому календарю, год имеет 360 дней и разделен на 72 пятидневных недели. Пять дней революционных праздников выносятся за пределы календаря. Производственный год начинается с 1 октября—начала хозяйственного года. Рабочие и служащие всех учреждений и предприятий, перешедших на непрерывку, делятся на пять равночисленных групп. Работник, входящий в состав каждой группы, считается зачисленным в один из пяти номеров производственного табель-календаря, единого для всего Союза. При разбивке работников

администрации необходимо учесть интересы производства. Должно также учитывать желание работника получить одинаковый выходной день с членами семьи, работающими на других предприятиях. Выдача зарплаты должна производиться по декадам (за каждые десять дней). По мнению подкомиссии, новый производственный календарь должен быть введен с 1 января 1930 года.

274) 39-й том журнала „Journal f. Psychiatrie u. Neurologie“, редактируемого А. Forel'em и О. u. С. Fogt'ами, посвящен Н. А. Семашко по случаю 10-летия пребывания его на посту Наркома Здравоохранения РСФСР.

275) Прусский министр просвещения в официальной речи недавно сообщал данные о социальном происхождении студентов прусских университетов: 20% — сыновья лиц академических профессий, 14% — сыновья высших чиновников, 30% — среднего чиновничества, 22% — промышленников и торговцев и лишь 2,4% — сыновья индустриальных рабочих, остальные 10% — различные другие социальные группы (крестьянство, гл. обр.).

276) В Мадриде в настоящее время проектируется в Северной части города постройка колоссальных новых зданий для университета. В первую очередь будут построены здания для медицинского, одонтологического и фармацевтического факультетов. Стоимость всех зданий спроектирована в 120 милл. песет (около 40 милл. золотых рублей). Клиники медицинского факультета будут располагать 1.500 койками. Студенческие общежития устраиваются на 12 000 человек. Вновь строящийся университет должен стать центром интеллектуальной жизни испанской культуры как для самой Испании, так и для Испанских стран Ю. Америки.

277) Французская палата депутатов 15 ноября с. г. ассигновала 369958 франков на преобразование медицинской школы в Марселе в медицинский факультет.

278) Турецкое правительство основало в Ангоре Центральный гигиенический институт и пригласило для его организации мюнхенского проф. Kisskalt'a.

279) В Нью-Йорке предположена постройка второго „медицинского центра“ (см. К. М. Ж., № 10, стр. 1125). Госпиталь будет рассчитан на 1000 стационарных больных, на ежедневный прием 1000 амбулаторных больных, на занятия в нем 300 студентов; в здании будут также квартиры для 300 человек персонала госпиталя. Здание будет иметь 30 этажей: первые 11 этажей центрального здания будут заняты главным госпиталем, 12—17 этажи будут отведены для частных пациентов, выше — квартиры персонала; оба южных крыла будут отведены под хозяйственно-административные помещения; одно из северных крыльев — под амбулаторию, другое крыло — под различные кабинеты: гидротерапии, физиотерапии, рентген и др. Отдельное здание при госпитале устраивается для острых душевнобольных.

280) Согласно эпидемиологического бюллетеня гигиенической секции Лиги Наций первые три квартала 1929 г. были относительно более благополучны по эпидемическим болезням, чем 1928 г. Главным очагом чумы остается британская Индия, где было в главнейших очагах 35384 заболеваний чумой с 27129 смертями (против 63923 заболеваний в 1928 г. при 51858 смертях); чума уменьшилась также и в Голландской Индии, но увеличилась в Индостане, в Ираке, в Сенегале. Главный очаг холеры был в британской Индии (183981 случай с 115298 смертями). В Японии отмечена эпидемия летаргического энцефалита (1304 заболеваний с 587 смертями).

281) В третьем квартале 1929 г. в 48 больших городах Германии с населением свыше 100.000 жителей смертность равнялась 10,1 на 1000, рождаемость 14,6, умерло до 1 года — 1,1. Из заразных болезней был 1 случай сыпного тифа, 1 сл. оспы, 30357 (2003 умерло) дифтерий, 841 сл. эпидемии менингита, 66428 (696 смертей) скарлатины, 4672 (386 смертей) брюшного тифа и 2638 дизентерии.

282) Число самоубийств в Германии в 1926 году по сравнению с 1913 г. было (на 10.000 жителей) такое:

В о з р а с т	1913		1926	
	М.	Ж.	М.	Ж.
От 15 до 29 л.	3.5	1.5	4.1	1.5
От 30 до 59 л.	5.6	1.6	5.0	1.8
От 60 до 69 л.	10.1	2.5	9.2	2.7
Свыше — 70 л.	11.3	3.0	11.1	3.4
Все возр. группы вместе	3.5	1.2	3.9	1.4

Таким образом отмечается по сравнению с довоенным временем небольшое увеличение самоубийств: у мужчин в молодом возрасте, у женщин в среднем и пожилым.

283) В Граце (Австрия) проф. хирургии Schmeigz присужден к штрафу в 15000 шиллингов или 48 часам ареста за производство операций стерилизации в большом числе: в одной верхней Австрии проф. Schmeigz'em стерилизовано 500—700 чел. Стерилизации из желания не иметь потомства подвергались, главным образом, железнодорожные рабочие. Случай этот особенно интересен, между прочим, как характеристика положения рабочих в Австрии.

284) I-й Интернациональный Конгресс по рабочему травматизму и профессиональным болезням состоится в августе 1931 года в Женеве. Программные вопросы: 1) отдаленные результаты и эволюция травмы позвоночника, 2) травмам кровеносных сосудов (артриты, тромбозы), 3) кожные инфекции в зависимости от условий работы, 4) значение предшествующего состояния для течения несл. случаев при работе. Адрес секретаря Оргбюро: M. Jersin, 1, rue du Rhône, à Genève (Suisse).

285) В конце мая 1930 г. предполагается созвать 4-й Съезд Урологов в Москве. Темы Съезда: Программные: „Клиника нефроптоза и его лечение“ и „Гоноррея и бесплодие“. Рекомендованные: „Патогенез, этиология и патологическая анатомия гипертрофии предстательной железы“ и „Острый гонорейный простатит и его лечение“. Оргбюро Съезда просит доставлять заявления о докладах и тезисы по адресу: Москва, 2, Арбат, д. № 40, кв. 3. Д-ру В. П. Ильинскому.

286) Оргбюро 1-го Всеукраинского съезда офтальмологов в дополнение к первому извещению от 1 марта с. г. настоящим сообщает, что съезд состоится в г. Харькове 27—31 декабря 1929 года.

В качестве программных окончательно утверждены следующие вопросы: 1) Состояние и перспективы глазной помощи на Украине. 2) Трахома и борьба с ней. 3) Слепота на Украине. 4) Профвредности и травматизм глаза. 5) Сифилис глаза.

Помимо того, будет ряд докладов по вопросам: 1) Физические методы лечения. 2) Varia. При съезде организуется выставка.

Желательно, чтобы заявки на доклады были сделаны до 20 ноября с доставкой авторефератов к 25 ноября, в противном случае последние не войдут в сборник тезисов и авторефератов, которые предполагается выпустить к 10 декабря. Последние будут разосланы всем участникам съезда.

Принятые меры к обеспечению приезжих членов съезда квартирами и питанием. Заявки на квартиру желательно выслать заблаговременно, по возможности не позже 1 декабря. Возбуждено ходатайство о предоставлении делегатам бесплатного обратного проезда, а также бесплатного пользования трамваем и автобусами по г. Харьков. Членский взнос установлен в размере пяти рублей (5 руб.).

По всем вопросам надлежит обращаться по адресу оргбюро съезда, по научным вопросам—к проф. П. П. Прокопенко, по организационным—к доктору Е. Б. Рабкину, по поводу членских взносов—к д-ру С. М. Сановичу.

Адрес оргбюро: г. Харьков, ул. Т. Шевченко, № 3. Глазная больница им. проф. Гиршмана.

287) В текущем хозяйственном году Наркомздрав Украины созывает следующие Всеукраинского съезда. 1. 2-й съезд акушеров-гинекологов (сентябрь 1930 г.) созывается в Одессе. 2. 1-й съезд рентгенологов (конец января 1930 г.)—Одесса. 3. 1-й съезд офтальмологов (декабрь 1929 г.)—Харьков. 4. 1-й съезд хирургов (январь 1930 г.)—Харьков. 5. Всеукраин. Совещание окрздравинспектур—(январь 1930 г.)—Харьков. 6. Совещание по вопросам ортопедии и протезированию (2-й квартал 1929—1930 г.)—г. Киев. 7. Совещание физио-терапевтов (2-й квартал 1929—30 г.)—г. Харьков. 8. Совещание врачей-психиатров (декабрь 1929 г.)—г. Харьков. 9. Совещание врачей Исправит.-трудовых учреждений (декабрь 1929 г.). 10. Совещание по вопросам педологии (ноябрь 1929 г.)—Харьков. 11. Совещание по вопросам физкультуры (1 кварт. 1930 г.)—г. Харьков. 12. Совещание по вопросам зубоветеринарии (IV квартал)—Харьков. 13. Совещание по лечебно-профилактич. вопр. (II кварт.)—Харьков. 14. Сессия санит. совета—(1-й кварт.)—г. Харьков. 15. Совещание санпросветработников (1-й кварт.)—г. Харьков. 16. Совещание по борьбе с травматизмом (IV квартал)—Сталино. 17. Совещание судебно-медиц. экспертов (июль—1930 г.)—Одесса. 18. Совещание курортных работников (декабрь 1929 г.)—г. Харьков.

288) Во второй половине с. г. исполнилось 30-летие врачебно-научной и общественной деятельности проф. Днепропетровского Мединститута Я. О.

Гальперна. Известный земский хирург (Смоленск, Тверь), Я. О. Гальперн широко известен и своими научными работами, а также как основатель и редактор „Нового Хирургического Архива“.

289) В Монпелье поставлен памятник известному невропатологу проф. Grasset.

290) 25/XI праздновалось 60-летие проф. социальной гигиены в Берлине A. Grotjahn'a.

291) В течение ноября месяца т. года *умерли*: 1) берлинский офтальмолог проф. Kuffler, многолетний редактор „Zentr. f. d. gesamte Ophthalmologie“ и „Jahresberichte“ по офтальмологии; 2) берлинский проф. Th. Sommerfeld (в возрасте 69 л.), который является одним из первых, занявшихся изучением вопросов профессиональных болезней. Он особенно много занимался профессиональными болезнями дыхательных путей, ему принадлежит выпущенный в 1898 г. первый „Handbuch der Geverbekrankheiten“; 3) известный венгерский педиатр проф. в Дебрецине F. Szontagh (в возрасте 70 л.); 4) известный французский анатом проф. в Монпелье P. Gilis (в возрасте 72 л.), на учебниках которого воспиталось много поколений французских врачей; краткий учебник P. Gilis'a по эмбриологии долгое время был широко распространен и в России; 5) испанский бактериолог д-р Ferran (в возрасте 77 л.), известный своими работами по тбс, по вакцинации против холеры, по антифтизным вакцинам.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

35) Просту сообщить о терапии змеяного укуса.

Подп. № 1052.

Ответ. Первая помощь при укушении ядовитой змеей состоит в немедленном высасывании кровесосной банкой из ранок попавшего яда. С целью замедлить всасывание яда рекомендуется перетягивать конечность выше места укуса. Область укуса следует асептично вырезать, а припухшие отечные ткани надрезать для улучшения выделения яда; наложить стерильную повязку и фиксировать конечность в шине. Прижигание раны не рекомендуется производить, так как образующийся при этом струп препятствует выделению яда. Общее лечение должно быть направлено к поднятию сердечной деятельности подкожным вприскиванием атропина, вливанием подкожно и внутривенно физиологического раствора поваренной соли. Calmett рекомендует применять антитоксическую сыворотку (внутривенно 300—400 к. с.) лошади, иммунизированной продолжительными вприскиваниями змеяного яда.

И. Циммерс.

36) Из какого учреждения можно выписать „Фиксанал“ для приготовления титрованных растворов?

Врач Иванова (Уфа).

Ответ: Ампулы „Фиксанал“ с отмеренными количествами веществ можно было до сего времени получать в Гослаборснабжении, Москва, Юшков пер., 6.

Проф. В. Энгельс грит.

Спрос и предложение труда.

1) Татнаркомздрав (Казань) объявляет конкурс на замещение должности Зав. абортарием ТНКЗ-ва на 30 коек. Требуется клинический стаж по акушерству и гинекологии не менее 3-х лет. Срок конкурса 28/XII 1929 года.

2) Одесский государственный медицинский институт объявляет конкурс на замещение должности Зав. кафедрой Одонтологии. Последний срок подачи заявлений (Одесса, Валиховский пер., 2, канц. Мед. ин-та) 1 января 1930 г.

3) НКЗ объявлен конкурс на замещение в Томском государственном институте для усовершенствования врачей следующих должностей: ассистентов по кафедре социальной гигиены, по кафедре экспериментальной гигиены, по клинике уха, горла и носа по 1, профессора и мл. ассистента Терапевтической клиники, профессора и мл. ассистента Детской клиники и мл. ассистента Кожно-венерической клиники. Ассистенты должны иметь не менее 3-х лет клинического стажа и общественный стаж. Заявления направлять до 1 февраля 1930 г. в Государственный Институт для усовершенствования врачей—Томск, Ленинский пр., 40.

4) На Петровский врачебный участок нужен врач Завед. участком с окладом содержания 116 р. в м-ц при готовой квартире. Участок находится в 4 верст. от железн. дороги и в 20 вер. от гор. Буя (Костромск. окр.). Заявления—в Буйский РИП.

5) Бежецкий (Брянского окр.) Горздрав сообщает о конкурсе на место зуб. врача. в Дет. профамбулаторию. Ставка 85 руб. Срок подачи заявки по 1 января 1930 г.

6) Татнаркомздравом объявлены конкурсы: а) на замещ. долж. врача Центр. Дома Физкультуры в Казани. Условия: желательно знание обоих гос. языков и спец. подготовка по врачебн. контролю физ. культ. Срок подачи заявлений по 10 января 1930 г. Ставка 110 р., б) на замещ. должности санврача Челнинского кантона ТР, срок 1/1 30 г. Ставка 150 руб.

7) Средне-Волжский Крайздравотдел проводит подготовку из числа молодых врачей для работы по краю по охране здоровья детей и подростков и педологии. С этой целью проводится систематический набор врачей на 2-месячные курсы в Самаре. За время курсов врачи получают стипендию в размере 50 р. в м-ц и квартиру. По окончании направляются для работы в округа в пределах края, где установлена минимальная ставка 140 р. в месяц. Заявления подавать с указанием времени окончания университета. Принимаются также врачи, окончившие университет в 1929 г. Адрес: Самара, Пионерская, 22, Крайздравотдел, ОЗД.

8) Кологривский Райздрав сообщает, что требуется врач в участковую больницу и в районную больницу врач глазник, венеролог и терапевт.

Письма в редакцию.

Уважаемый т. редактор.

Мною заканчивается работа по составлению „Библиографии русской хирургии и пограничных областей за 1890—1913 г.г.“, в которую входит вся русская хирургическая (и пограничных областей) литература (монографии, журнальные статьи, доклады в различных медицинских обществах и т. д.) за указанный период. „Библиография“ выходит из Государственной научной медицинской библиотеки НКЗ, причем вопрос о печатании ее согласован с Госиздатом и работа включена им в свой план. В интересах полноты „Библиографии“ я вторично прошу всех т.т. хирургов, печатавших свои работы в течение указанного времени (особенно в провинциальных, трудно доступных изданиях, трудах различных медицинских обществ, отчетах и т. д.), сообщить мне списки своих работ по адресу: Малаховка, Московского округа, Михневская больница, главному Б. А. Иванову.

Д-р Б. Иванов.

Глубокоуважаемый гр. редактор!

Позвольте через редактируемый Вами журнал принести благодарность учреждениям, офтальмологическим обществам, всем моим бывшим сотрудникам по Казанской глазной клинике и Трахоматозному и-ту, а также и отдельным товарищам, почтившим меня приветствиями в день 30-ти летия моей врачебно-научной и педагогической деятельности.

Проф. Чирковский.

Обращение Ученого медицинского совета к врачам.

Уважаемые товарищи.

В связи с увеличивающимся распространением зоботости среди населения нашего Союза и необходимостью детального изучения характера заболевания, размеров его распространения и причин, способствующих его возникновению, Ученый медицинский совет НКЗ выделил специальную комиссию по изучению зоба. Ставя ближайшей задачей выявление географического распространения зоба в СССР, Ученый медицинский совет, уверенный в поддержке и помощи как органов здравоохранения, так и всех врачей, работающих в лечебных, санитарно-профилактических и школьных учреждениях, обращается к Вам с просьбой заполнить печатаемую ниже анкету в самый короткий срок, сообщив имеющиеся у Вас сведения по вопросу о распространении зоба в Вашем районе. Аккуратное заполнение анкеты и своевременное получение ее даст возможность Ученому медицинскому совету безотлагательно выявить очаги зоботости и соответственно с этим планировать дальнейшее изучение вопроса на местах.

Врачи, работающие на периферии, перегружены в достаточной мере, но все же Ученый медицинский совет не сомневается, что и на заполнение анкеты и отправку ее по назначению будет найдено время, тем более, что изучение во-

проса о зобатости относится к большим общественно-санитарным вопросам, на которые врачебная масса всегда живо откликается.

Ученый медицинский совет просит, помимо заполнения и присылки данной анкеты, и в дальнейшем поддерживать связь с комиссией по зобу, сообщая последней как сведения о распространении зоба, так равно и материалы по изучению зоба, организации и проведению мероприятий по борьбе с ним.

Председатель Уч. Мед. Совета проф. П. Дятлов.

Председатель комиссии по изучению зоба проф. В. Шервинский.

АНКЕТА О РАСПРОСТРАНЕНИИ ЗОБА в СССР.

1. Область, округ, город, село.
2. Лечебное сан.-профилактическое или школьное учреждение, орган здравоохранения.
3. Встречается ли среди населения зобатость.
4. Географическое положение местности в районе распространения зоба (гористая, низменная местность, высота ее над уровнем моря).
5. Число жителей данной местности (мужчин, женщин).
6. Род занятий жителей (земледелие, скотоводство, фабрично-завод. и т. д.).
7. Характер питания (растительная, мясная, рыбная, употребляет ли хлеб и пр.).
8. Если зоб встречается, то какой приблизительно величины и формы (диффузные, узловые, комбинированные).
9. Не отмечалась ли зобатость у школьников. Как часто? В каком количестве?
10. Не отмечался ли зоб у новорожденных или мертворожденных.
11. Встречается ли в данной местности зоб у животных и у каких.
12. Какую питьевую воду употребляет население вообще и зобатые в частности (сырая, кипяченая, название рек, источников и пр.), степень загрязнения источников.
13. Среди какой части населения зоб больше распространен (туземцы или приезжие переселенцы, новоселы).
14. Наблюдаются ли зобатые семьи (с большим количеством зобатых).
15. Часто ли встречается кретинизм, полукретинизм (дефективность, идиоты, глухонемые) и микседема.
16. Часто ли наблюдаются больные с явлениями гипертиреозидизма или ясно выраженной Базедовой болезнью.
17. Встречаются ли смешанные формы Базедовой болезни с микседемой.
18. В каком возрасте приблизительно появляется менструация и наступает климактерический период у женщин в вашей местности вообще и у зобатых в частности.
19. Часто ли зобатые страдают заболеваниями костей, суставов и какими формами.
20. Как часто больные зобом направлялись Вами к хирургу?
21. Наблюдались ли рецидивы зоба после оперативного лечения.
22. Профилактические мероприятия (пищевой режим, улучшение водоснабжения, кипяченая вода, йод, дозы) и их результаты.
23. Распространена ли среди населения глистная болезнь, если можно—% отношение.
24. Встречается ли рак щитовидной железы?
25. Производилось ли специальное обследование зобатости в данной местности, кем и когда? Опубликовано ли?
26. Если собраны статистические данные, сообщите о распределении зобатых:
 А. По полу: мужчин женщин
 Б. По возрасту:
 Новорож. | До 10 | 11—15 | 16—20 | 21—30 | 31—40 | 41—50 | 51 и стар.
27. Какие существуют на месте предположения о причинах, обуславливающих распространение зоба.

Подпись (имя, отчество, фамилия и должность лица, заполнявшего анкету).

Дата.

Анкету направлять по адресу: Москва, Ильинка, 10.

Народный комиссариат здравоохранения. Ученому медиц. совету.

МЕДИЦИНСКИЕ МОНОГРАФИИ „КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА“.

Вып. I. Профф. **В. М. Аристовский** и **П. Н. Николаев**. Специфическая профилактика и иммунитет при туберкулезе. Ц. 30 коп.

Вып. II. Прив.-доц. **И. И. Русецкий**. Клинические методы исследования вегетативной нервной системы. Ц. 30 к.

Вып. III. Д-р **Д. З. Елин**. Радиотерапия рака матки. Ц. 50 коп.

Вып. IV. Д-р **В. Б. Бланк**. Лабораторная диагностика туберкулеза. Ц. 40 коп.

Вып. V. Д-р **Н. Н. Благовещенский**. О местном иммунитете. Ц. 60 к.

Вып. VI. **А. Я. Плещицер**. Алкоголизм и общественная борьба с ним. Цена 50 к.

ИЗДАНИЯ „КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА“.

1. Проф. **М. О. Фридланд**. Биомеханика пневмоторакса, руководство для врачей. Ц. 1 р.

2. Проф. **Е. М. Лепский**. Консультация для детей грудного возраста. 2 изд. Ц. 50 к.

3. Д-р **И. И. Русецкий**. К вопросу о содружественных движениях. Ц. 90 коп.

4. Д-р **В. А. Гусынин**. Пластика лица. С 49 рис. Ц. 1 руб.

5. Д-р **С. И. Шерман**. Разбор несовместимых и неразумных рецептов с приложением рецептурных формул и таблиц несовместимостей. Ц. 50 коп.

6. Д-р **С. Я. Голосовкер**. О половом быте мужчины. Ц. 30 коп.

ИМЕЮТСЯ В ПРОДАЖЕ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Казанского государственного университета

ВЫПУСК I. М. П. Андреев Взаимоотношения психического склада и телосложения. Содержание: Введение.—История и современное положение вопроса.—Общие методологические предпосылки.—Материал и его общая обработка.—Телосложение и клинические группы.—Телосложение и характер.—Телосложение и возраст.—Телосложение и раса.—Экзогенные соматопластические факторы.—Выводы и заключения. Казань, 1927. Цена 2 р. 25 к.

Прив.-доц. **М. П. Андреев**. Методика исследования конституциональных типов телосложения. Казань, 1929. Цена 75 к.

ВЫПУСК II. Содержание: **Т. И. Юдин** — Изучение наследственности при эпилепсии. **М. П. Андреев** — Структура пресенильных психозов. **М. Н. Ксенократов** — Хронический алкоголизм и конституция. **С. А. Эсселевич** — О нарколепсии. **М. К. Кашеварова** — Кровяные группы и телосложение. **М. Г. Ульянова** — Соматометрические профили женщин. Отчет клиники за 1924—1927 г. Казань, 1928. Цена 2 р. 25 к.

**ВЫСЛАЮТСЯ НАЛОЖЕННЫМ ПЛАТЕЖОМ, БЕЗ ЗАДАТКА.
ПРИСЛАВШИМ ДЕНЬГИ ВПЕРЕД—ПЕРЕСЫЛКА БЕСПЛАТНО.**

С требованиями обращаться: *г. Казань, в редакцию „Казанского медицинского журнала“.*

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества врачей при Казанском гос. университете.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

ТОМ XXV.
1929 г.

КАЗАНЬ.



Оглавление XXV тома.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Абрамов А. В. (Краснодар). К гистогенезу лимфогранулематоза	14
Айхенвальд Л. И. пр.-доц. (Одесса). К вопросу о преступности душевно-больных.	85
Алеев А. Е. (Ульяновск. губ.). Травматизм в деревне и его причины по данным Наченальского врачебного участка Ардатовского уезда, Ульянов. г.	206
Алексеев Е. С. (Казань). К вопросу о смене форм клеточных элементов в экссудатах плевральной полости при введении живых бактерий (с 3 кр.).	709
Андреев М. П. пр.-доц. (Казань). Капилляроскопия в изучении детской дефективности	411
Аристовский В. М. проф. и Вайнштейн А. Б. (Казань). Опыты вакцинации человека к возвратному тифу.	22, 896
Ахрем-Ахремович Р. М. (Казань). Изменения тромбоцитов у туберкулезных больных при кумысолечении (с 1 диагр.).	478
Ахрем-Ахремович Р. М. и Мокеев А. М. (Казань). Эритропоэз при туберкулезе легких и его изменения под влиянием кумысолечения (с 4 диагр.)	484
Беленький Г. С. доц. (Ленинград). О влиянии внешних факторов среды на выделение воды почками	1020
Беляев А. А. (Казань). Лечение скарлатины антиоксической сыворот. (с 3 кр.)	296
Билибин А. Ф. (Брянск). О диагностическом значении посева крови на дистиллированную воду при брюшном тифе.	1140
Боголюбов В. Л. проф. (Казань). О преподавании хирургии в высшей медицинской школе.	34
Большой К. Г. проф. (Казань). Классификация воспалительных процессов	707
Бубличенко Л. И. проф. (Ленинград). Фибромиомы в послеродовом периоде	1161
Бутомо В. (Ленинград). К вопросу о биологическом воздействии на беременность. Сообщение I. Влияние на беременность у кроликов сыворотки некастрированных самцов	289
Вакуленко М. (Уфа). Случай огнестрельного ранения сердца	1282
Вакуленко М. В. (Уфа). К хирургии опухолей плевральной полости	1043
Васильев И. П. проф. (Казань). К вопросу об учащении случаев тромбоза и эмболий в последнее время	375
Васильев И. П. проф. (Казань). Что должно иметь в виду при исследовании с диагностической целью биопсированных и вообще тканевых кусочков.	882
Вишневский А. А. (Казань). Иннервация нормальной и подковообразной почки (с 2 рис. на отд. табл.)	596
Вишневский А. проф. (Казань). Моя методика местной анестезии при операциях в брюшной полости (с 7 рис.)	913
Вишневский А. В. проф. (Казань). Обезболивание в хирургии.	251
Водонос Н. Л. (Брянск). К вопросу о влиянии глистной инвазии на желудочную секрецию и секреторные типы по проф. Зимницкому.	738
Волков К. В. (Ядрин). Клиника и профилактика	549
Воловик А. Б. (Ленинград). Об азот. обмене при молочно-растительной диете	1147
Воловик А. Б. (Ленинград). О соотношении условной и безусловной секре-	

ции слюны на прочно образованных условных рефлексах.	133
Вольтер Б. А. проф. (Казань). Лечебное значение Ижевского источника.	499
Вольфсон З. И. и Васильева О. А. (Казань). К вопросу о лечении хронических гнойных отитов болгарской палочкой.	802
Галант И. Б. (Москва). Психосексуальная теория галлюцинаций и аллогаллюциноз.	1068
Геренштейн Г. Б. (Ленинград). Гомосексуализм как психоневроз в свете учения о доминанте	809
Герасимов И. Ф. (Казань). Материалы к изучению групп крови у татарского населения	315
Герман О. А. и Лифшиц М. С. (Казань). Интракутанная реакция как новый метод при диагнозе малярии	1266
Герман О. А. пр.-доц. и Шриро С. С. орд. (Казань). К вопросу о специфичности и токсичности фильтратов по Безредка	601
Гинзберг И. М. (Ленинград). К вопросу о физической терапии заболеваний щитовидной железы	1079
Гликсберг Е. С. (Одесса). Лямблиоз желчных путей.	386
Гринбарг А. (Казань). Ишиас и его лечение инъекциями антипирина с одновременной гальванизацией	1179
Голяев А. В. (Казань). К вопросу о свободных фибринозных телах в плевральной полости (с рис.).	267
Горский П. Ф. (Казань). О действии минеральной воды „Ижевский источник“ на изолированное сердце	509
Горяев Н. К. проф. (Казань). По поводу заметки прив.-доц. А. П. Егорова: „О значении «миогенных» сдвигов картины крови“.	555
Гран М. М. проф. (Казань). Курорты, профессия и охрана труда	476
Гремячкин М. Н. проф. и Жуковская Н. В. (Сергиевск. мин. воды). К вопросу о сравнительной оценке различных комбинированных методов лечения хронических полиартритов	525
Груздев В. С. проф. (Казань). Профессор Иван Григорьевич Савченко (с портретом).	3
Дивеева (Казань). О количественном изменении ферментов крови (каталазы, амилазы, липазы) под влиянием искусственного солнца (с 3 кр.).	932
Дик В. Г. пр.-доц. (Москва). О напрасных гинекологических операциях.	791
Дитякина-Голяева Е. Т. (Казань). Судебно-медицинское значение определения роданистых солей в слюне.	663
Дмитриев А. М. Наблюдения над лечением хронических простатитов, сперматоцититов и функциональных расстройств мужского полового аппарата грязевыми комбинациями на Сергиевских минеральных водах в лечебный сезон 1928 г.	536
Дрягин К. А. и Инюшкин Н. В. (Казань). Симптоматология комбинированных пороков сердца с одновременным поражением двухстворки, трехстворки и аорты	724
Дрягин К. А., Инюшкин Н. В., Дрягина О. Н. и Мокеев А. М. (Казань). По поводу заметки прив.-доц. А. П. Егорова: „О значении «миогенных» сдвигов картины крови“.	430
Дядькин В. (Ульяновск). Лечение пептоном „Witte“ летних детских поносов.	1272
Егерова С. А. и Михлина Э. Е. (Казань). Экспериментальное испытание противорахитического действия Jescorol'a (с 1 рис.).	651
Егоров А. пр.-доц. (Москва). О значении „миогенных“ сдвигов картины крови	428

Ермоленко А. И. (Воронеж). О феномене автогемоагглютинации	1136
Жеребцов Н. В. (Пятигорск). К клинике сифилитических амиотрофий. . .	1058
Журавлева В. И. (Казань). К вопросу о патолого-анатомических изменениях в почках при сифилитическом поражении их.	1007
Зильберт С. Н. (Казань). К гистогенезу и клиническому значению яични- ковых струм (с 4 рис.).	65
Знаменский М. С. (Казань). Первичный острый остеомиелит позвоночника. .	163
Имшенецкий А. (Ленинград). К вопросу о первичных меланомах кожи (с 3 рис.).	307
К десятилетию пребывания Калинина М. И. на посту председателя ВЦИК. . .	361
Кац Г. И. (Одесса). К клинике расстройства проводимости в атрио-вентри- кулярном узле после диалена (с 1 электрокардиогр.).	615
Кессель Ф. К. (Воронеж). Самопроизвольная гангрена—болезнь Buerger'a. . .	752
Кессель Ф. К. (Воронеж). Хлороформный наркоз или токсикоз с биохимической точки зрения.	1196
Клячкин Г. А. проф. (Казань). Неврологические впечатления в Железноводске. .	515
Козлова А. М. К вопросу о лечении параличей лицевого нерва ионизацией через Эльтонскую грязь (с 2 рис.).	510
Красин П. М. проф. (Казань). Памяти Billroth'a.	473
Корабельников И. Д. (Одесса). Лечение варикозных расширений вен нижних конечностей всprыскиванием облитерирующих веществ. . .	1283
Кочев К. Н. (Казань). О колебании свода стопы под влиянием марши- ровки у красноармейцев.	1309
Крылов А. А. (Саратов). К казуистике первичных опухолей мозгового слоя надпочечной железы.	627
Крылов Т. (Казань) Опыт применения гипноза в глазной хирургии. . . .	58
Кушева М. Н. (Саратов). К вопр. о радикальной операции эхинококка печени. .	46
Кушнер С. А. (Саратов). Картина крови по методу Sondern'a при пнев- мониях у детей.	647
Лебедевский Б. Н. (Казань). К вопросу о первичном шве после антротомии. .	174
Левицкий А. В. и Самойлова А. В. (Казань). Возрастные нормы физиче- ского развития школьников 1-й ступени гор. Казани.	202
Лейбчик Ю. А. (Казань). Памяти профессора Александра Игнатьевича Тимофеева (с портр.).	879
Лейбчик Ю. А. (Казань). Продувание фаллопиевых труб в условиях грязе- лечения. Усовершенствование методики продувания и новый нако- нечник (с 3 рис.).	531
Лившиц М. С. (Казань). О травматизме медработников Казанской окруж- ной психиатрической лечебницы.	659
Лурия Р. А. проф. (Казань). К статье д-ра Дядькина: Лечение пептоном „Witte“ летних детских энтеритов.	000
Малкина З. И. (Казань). Лечение коклюша инъекциями эфира в связи с реакцией белой крови и липолитическими ферментами.	194
Маненков П. В. (Ленинград). Экспериментальные данные по вопросу о меха- низме прямого поражения продолговатого мозга при разлит. перитоните. .	49
Маненков П. В. (Ленинград). Экспериментальные данные о механизме пря- мого поражения продолговатого мозга при остром разлитом перитоните. .	777
Мануйлов В. П. (Днепропетровск). Два слова по поводу статьи д-ра М. П. Шаткинского „О гнойном аппендиците“.	1198
Маркузе С. М. (Казань). О хронич. малокровии у детей школьного возраста. .	1051
Маслов П. Н. (Казань). Проникающие ранения грудной клетки.	1275
Матвеев Д. Н. (Казань). К вопросу о лечении атрофического ринита. . .	923

Медведь А. И. (Казань). К вопросу о судебно-медицинском значении исследования гонорройных пятен.	91
Меньшиков В. К. проф. (Казань). Новые достижения в области профилактики и серотерапии скарлатины.	76
Мещеров Х. Х. (Москва). К вопросу о карункулах женского мочеиспускательного канала.	786
Микеладзе Ш. Я. (Ленинград). Последовый период и простейший способ выделения последа.	397
Миропольская А. М. (Казань). Наблюдения над нервно-легочными больными Шафрановского кумысолечебного курорта сезона 1928 г.	491
Морозов Н. М. (Казань). Случай папилломы роговой оболочки.	643
Мурашев И. В. проф. (Астрахань). Лечение инфекционных колитов.	391
Назаров Н. Н. и Кушева М. Н. (Саратов). Остеопластическая операция по Кр а с и н у при раке языка.	395
Небытова-Лукьяничкова М. Н. (Казань). К исследованию об эпидемическом цереброспинальном менингите.	401
Нимцовицкая М. А. (Казань). Об изменении картины крови в условиях химического производства.	1029
Нимцовицкая М. А. и Шварц С. М. (Казань). Биохимические изменения крови при хлороформном и эфирном наркозах.	714
Нимцовицкая М. А. и Шварц С. М. (Казань). К замечанию Ф. К. Кес-селя: Хлороформ. наркоз или токсикоз с биохимической точки зрения.	1197
Ойфебах М. И. (Казань). О классификации туберкулезных заболеваний.	144
Опокин А. А. проф. (Томск) и Зак Р. И. (Казань). Аутогэмотерапия как метод Reiztherapie при ревматических, суставных и некоторых гинекологических заболеваниях.	519
Первушин Г. В. (Казань). К вопросу о воспалении пояснично-крестцов. сплетения.	937
Пермяков Ф. К. (Казань). Глистная инвазия у малярийных больных.	1142
Печников Я. Д. (Казань). Малярия в кливике гонорреи.	944
Победоносцев И. (Казань). Естественное движение населения в Татарской республике за 1923—1927 г.г.	418
Поташник М. Б. (Казань). Применение уксусно-кислого таллия при грибковых заболеваниях.	1192
Предтеченский А. М. (Ессентуки). К леч. желудочных больных в Ессентуках.	158
Приселков П. В. (Артемовск). Один из методов хирургического лечения легочного туберкулеза — операция френико-экзерез.	280
Родионов В. Е. (Ардатов, Самар. обл.). К методике микрофотографии (с 4 р.).	10
Ромм С. О. пр.-доц. (Киев). К клинике гепато-леональных заболеваний.	273
Российский Д. М. проф. (Москва). К клинике гипопизарного сифилиса.	1016
Российский Д. М. проф. (Москва). К клинике сифилиса щитовидной железы.	1011
Российский Д. М. проф. (Москва). О ведении преподавания методики диспансеризации при поликлинических занятиях.	593
Савченко И. Г. проф. и Баронов И. М. (Краснодар). Реакция отклонения комплемента при malaria quartana.	272
Садовский И. И. (Казань). К закрытию кишечных свищей (с 2 рис.).	1037
Семакин А. Н. и Шварцкопф Л. Г. Варзятчинский курорт и результаты лечения в сезон 1928 г.	544
Сигалевич А. И. (Казань). Опыт экспериментального изучения овариолизатов проф. Тушнова.	902
Сперанский С. И. (Уфа). К вопросу об уремии.	925

VII

Спесивцева Е. И. (Уфа). К вопросу о скарлатине (с рис.).	1045
Степанов Н. М. (Пермь). К вопросу о послеоперационном столбняке. . .	762
Суханов Г. А. (Минск). О быстрой микроскопической диагностике во время операций по методу Dudgeon-Patrick'a.	382
Сущевский А. Б. (Воронеж). О биологическом лечении гнойных процессов.	770
Столыпин Ф. Б. (Ковров). Биологический способ предупреждения беременности спермо-инъекциями.	1296
Strauss Н. проф. (Берлин). „Сырая пища“ как лечебный метод.	1259
Суханов Е. М. (Кинешма). Загиб матки как профессиональное заболевание в текстильной промышленности.	1175
Тамбовцев Н. М. (Казань). Об острых вспышках pseudologie phantasticae.	653
Тарло Б. С. (Казань). О некоторых лабораторных методах диагностики внематочной беременности.	636
Татаринев Д. И. (Уфа). К терапии и клинике крупозного воспаления легких.	611
Теплицкий Г. Б. (Горловка, Донбас). К вопросу о грыжах белой линии. .	621
Топорков И. А. (Иркутск). О реакции Takata-Aga.	1185
Трейман В. В. (Казань). К характеристике условий труда водников Волжского бассейна.	950
Трутнев Н. (Казань). Холестеатома Гайморовой полости.	632
Федоров Д. Н. (Казань). К вопросу о первичной саркоме желудка . . .	618
Федоров Д. Н. (Казань). К иллюстрации неврофиброматоза	1131
Федоров Н. И. (Казань). Нервная система при эндемич. зобе и кретинизме.	1304
Хазанов М. А. (Минск). Трихоз и симптомы со стороны нервной системы	187
Хорош Я. В. и Дубровина Ю. П. (Казань). Значение реакции оседания эритроцитов (SR) в физиотерапевтической клинике	138
Хохлов А. В. пр.-доц. (Саратов). Значение хромоцистоскопии для установления показаний к хирургическому лечению рака матки	182
Чебоксаров М. Н. проф. и Малкин З. И. (Казань). К функциональной диагностике надпочечников	30
Чукалов Н. Н. (Казань). К вопросу о конституциональных типах женщин .	1171
Шапиро А. И. (Ленинград). Реакция Манойлова в связи с изогемо-агглютинационными свойствами крови	607
Шаткинский М. П. (Саратов). К вопросу о гнойном аппендиците	744
Швалев Н. В. (Казань). К вопросу о гинекомастии	767
Шварц С. М. (Казань). Профилактическое направление в лечебной медицине	363
Шостакович В. В. (Иркутск). К вопросу о психозах у близнецов	1063
Шуб Р. Я. (Ленинград). Редкий случай врожден. уродства плода (с 3 рис.).	1300
Шуллинов С. С. (Казань). Материалы к характеристике основной профвредности ванщиков на курорте „Серноводск“ Самарской губ. (с 2 табл.).	539
Щеглова А. А. (Казань). К вопросу о внутриглазных цистичерках	805
Щербаков С. А. доц., Зимницкий В. С. и Дмитриев В. Р. (Казань). О роли надпочечных желез в биохимии организма (с 5 кр.).	888
Эйбер С. М. (Артемовск). Материалы по заболеванию раком	1155
Якимов В. Ф. (Казань). Сл. веноз. шума у основания мечевидного отростка .	734
Яснитский Н. Н. пр.-доц. и Дмитриев А. И. (Казань). Опыт применения аутовакцинотерапии в дерматологии	816

Из практики.

Абрамов А. В. (Краснодар). Случ. endophlebitis productiva нижней полой вены.	1202
Авров Е. Н. (Елабуга). К вопросу о лечении ожогов	673

VIII

Авров Е. Н. (Елабуга). К вопросу о лечении послеоперационной задержки мочеиспускания	211
Алсеев А. Е. (Наченальская б-ца). Сл. мнимого вправления ущемленной грыжи.	670
Батунин М. П. (Казань). О влиянии антисифилитического лечения на течение менструаций у сифилитичек	319
Благодаров А. А. (Красноярск). Случай одновременной вне- и внутриматочной беременности с перекрутившейся ножкой беременной трубы	212
Голанд Б. С. (Казань). Случай первичной рожы глотки и гортани	1314
Гольдштейн М. И. и Иванова Д. А. (Казань). Обширное сужение желудка после отравления формалином	825 ✓
Грасмик И. А. (Маркштадт). Случай тромбоза брыжейки подвздошной кишки, излеченный резекцией	676
Гроссман И. Б. проф. (Астрахань). Комбинированная форма болезни Charcot и остеомаляция	966
Гузилов П. А. (Астрахань). Редкое показание к абдоминальному кесарскому сечению по поводу коллизии близнецов	1207
Давыдов П. Д. (Таганрог). К вопросу об атипичном течении гриппа	824
Знаменский М. С. (Казань). К казуистике извлечения инородных тел легкого под контролем экрана	828
Иванова Д. (Казань). Случай лабораторного заражения возвратным тифом через конъюнктиву глаза	317
Камаев М. Ф. (Воронежск. окр. ЦЧО). Реакция Sachs-Georgi на участке.	1209
Кевес Г. Н. (Сталин). <i>Fistula vulvo-rectalis completa acquisita</i>	965
Клементьева А. М. (Казань). Редкий сл. базальноклеточного рака желудка	668
Клементьева А. М. (Казань). Случай опухоли гипофиза типа Erdheim'a	822
Ковалевский С. Ф. (Таганрог). Случай длительного ущемления полового члена рельсовой гайкой (с рис.)	964
Куимов Д. Т. (Пермь). Случ. атипичного острого полиомиелита у взрослого	213
Лейзеровский А. (Казань). Сл. остро-прот. спонтан. гангр. баланопостита.	1204
Мачан В. Я. (Днепропетровск). Случай столбняка после ожога стопы	1312
Миртовская Е. В. (Туб. санат. «Сосновка»). К вопросу о френикотомии при легочном туберкулезе	671
Могилевский Э. Р. (Казань). Об endocarditis lenta с множественным септическим поражением кожи	431
Мусин А. Г. (Казань). Случай обизвествленного эхинококка брюшной стенки	434
Пшеничников В. Н. (Казань). Сл. распространен. спонтанной олеогранулемы.	1199
Седых М. Е. (Верхне-Хавская б-ца). Редкий случай конкремента в брюшной полости (с 2 рис.)	674
Фаерштейн С. (Одесса). Наблюдение над оздоровительным действием рожы.	962
Фиалков (Бугуруслан). К терапии некоторых форм недержания мочи у женщин	1205
Фридман А. П. (Петергоф). Случай одностороннего паралича конечностей с загадочным патогенезом	436
Фоменко Б. П. (Ленинград). Счетная линейка для механизации вычисления срока беременности	321
Хорош Я. В. (Казань). Лечение кожных болезней кварц. лампой сист. Баха	611
Шейман А. И. (Астрахань). К лечению идиопатической эпилепсии введением брома в спинномозговой канал	439
Штейнберг И. И. (Савранская участковая б-ца). Антипирин как индикатор при стерилизации перевязочного материала	1311 ✓

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

1) Обзоры.

Агафонов Ф. Д. (Казань). Состояние периферической кровеносной системы при инфекционных заболеваниях	1210
Агафонов А. Ф. пр.-доц. (Казань). Аллергические и анафилактические процессы при инфекционных заболеваниях	97
Аристовский В. М. проф. (Казань). О некоторых основных законах возникновения, развития и угасания эпидемий	215
Бычков И. Я. (Москва). Состояние и перспективы снабжения СССР физиотерапевтической аппаратурой	1222
Галант И. Б. (Москва). Рефлексы зрачков	322
Гран М. М. проф. (Казань). К вопросу о профилактическом уклоне в преподавании клинических дисциплин	447
Гран М. М. проф. (Казань). Расовая патология и медицинская география	560
Дыхно М. проф. (Казань). По городам Германии	562
Зайцев М. Лечение туберкулезных больных диетами	994
Катеров В. И. (Казань). Основные моменты работы противотуберкулезных учреждений Германии	223
Кливанская-Кроль Е. С. (Казань). Диететика и диетотерапия грудного младенца за последние два десятилетия	1317
Лурия Р. А. проф. (Казань). Б. М. Э. и усовершенствование врачей	570
Мухамедьяров Ф. Г. (Казань). Планирование здравоохранения	1100
Надеин А. П. пр.-доц. (Баку). Урологические клиники Берлина и Вены	842
Нещадиненко И. (Киев). Аскариды в патологии человека	830
Ойфебах М. И. (Казань). Проблемы рационализации мед. дела в ТССР	1324
Плешицер А. Я. (Казань). К десятилетию союза Медсантруд	450
Плешицер А. Я. (Казань). К вопросу о кризисе санитарной организации	328
Плешицер А. Я. (Казань). О социалистическом соревновании	977
Плешицер А. Я. (Казань). Очередные задачи врача на селе	1217
Плешицер А. Я. (Казань). Показатели пятилетнего плана народного хозяйства, имеющие социально-гиг. значение	835
Поляков А. пр.-доц. (Казань). Влияние реакции среды на жизненные явления	441
Рафалькес С. Б. (Москва). „Русский язык“ наших научных и в частности медицинских журналов	115
Сигалевич А. И. (Казань). К учению о «женском половом гормоне»	679
Смородинцев И. А. проф. (Москва). Висмутовые препараты при лечении сифилиса	1092
Смородинцев И. А. проф. (Москва). Химиотерапия и фармакология	556
Тарнопольский И. Я. (Казань). Современное состояние вопроса о роли фильтрующегося вируса в возникновении врожденного туберкулеза	969
Фишман Л. Г. (Казань). Новые способы общего наркоза	331

2) Рефераты.

а) Физиология	337
б) Фармакология и токсикология	228
в) Общая патология, бактериология и патол. анатомия	104, 227, 338, 573, 861, 1110, 1231
г) Физиатрия и физиотерапия	106, 339, 574
е) Рентгенология и радиология	339
ж) Инфекционные болезни и иммунитет	105, 573

з) Туберкулез	105, 229, 338, 863, 1113, 1234
и) Внутренние болезни	106, 339, 576, 863, 1112, 1232
д) Внутренняя секреция	575, 862, 1111, 1232
к) Хирургия и ортопедия	108, 230, 340, 577, 865, 1114, 1235
л) Офтальмология	109, 232, 341
м) Акушерство и гинекология	110, 233, 578, 865, 1117
н) Педиатрия	343, 1113
о) Невропатология и психиатрия	111, 342, 580, 868, 1118, 1239
п) Сифилология	111, 235, 866, 1117, 1236
р) Дерматология	344, 1235
с) Урология	236, 1237
т) Гоноррея	112, 867
у) Болезни уха, носа и горла	113, 344
ф) Стоматология	113
х) Малярия	106(?)
ч) Методика	581
ц) Общественная и бытов. медицина	345, 581
3) Библиография и рецензии	113, 238, 346, 451, 582, 685, 859 995, 1106, 1225, 1335

4) Деятельность медицинских обществ и съездов.

Общество врачей при Казанском университете.

1) Общие заседания	117, 240
2) Физиологическая секция	118
3) Хирургическая секция	119, 454, 852, 988, 1339
4) Акушерско-гинекологическая секция	121, 456
5) Педиатрическая секция	854, 1245
6) Венерологическая секция	456
7) Гигиеническая секция	124, 460, 687, 856, 1244
8) Рино-ларинго-отитическая секция	122, 459, 688, 854
9) Туберкулезная секция	124, 461
10) Офтальмологическая секция	462

Общество невропатологов и психиатров при Казанском университете.

1) Общие заседания	690
2) Физиотерапевтическая секция	691, 1341

Научные собрания врачей гос. Института для усов. врачей им. Ленина в Казани

Общество рентгенологов и радиологов	462, 689, 857
Общество глазных врачей г. Казани	692, 859, 1246
Общегородская конференция при Самарской научной ассоциации врачей	125
V Пленум Центрального Бюро врачсекции (отч. д-ра А. Я. Плещицера)	241
VII Всероссийский съезд по охране здоровья детей и подростков (отч. д-ра Резникова)	349
I Краевой съезд ото-рино-ларингологов на Северном Кавказе (отч. д-ров Б. Н. Лебедевского и С. П. Яхонтова)	352
I Областной съезд невропатологов и психиатров Центральной черноземной Области (отч. д-ра К. Спицына)	355
5-я Конференция врачей-физкультурников Германии в Кельне (д-ра Герасимовой)	356
Научный кружок врачей г. Уфы за 1928 г.	357
Научный кружок врачей г. Елабуги за 1928 г.	464

Оренбургское физико-медицинское Общество за 1920—28 гг.	693
Саратовское физико-медицинское общество.	1342
Научная ассоциация при союзе Медсантруд в г. Севастополе	1343
V Всесоюзный съезд врачебных секций (отч. д-ра А. Я. Плещицера)	694
XXI Съезд российских хирургов (отч. д-ра С. М. Эйбер)	844
III Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями (отч. д-ра С. Я. Голосовкер)	848
III Краевой съезд ото-рино-ларингологов в Казани (отч. д-ров З. И. Вольфсон и Н. К. Трутнева)	982
III Всесоюзный водопроводный и санитарно-технический съезд (отч. проф. М. А. Дыхно)	984
III Всесоюзный съезд ото-рино-ларингологов (отч. д-ров Б. С. Голанди С. П. Яхонтова)	1330
Дискуссия в Берлинском мед. Об-ве о лечении туберкулезных больных дизтой (письмо д-ра М. Зайцева).	994
Конференция Физиологической секции Об-ва врачей при Казанском университете, посв. памяти проф. Н. А. Миславского (отч. д-ра М. Сергиевского)	1240
Заседание Российского Эндокринологического Общества 10/X—1929 г. (отч. д-ра Е. Гинзбург).	1249
О социалистическом соревновании профилактических кафедр в университетах.	1249
5) Хроника. (№№ 1—291) 126, 244, 357, 464, 586, 700, 869, 998, 1123, 1250, 1344	
6) Юбилеи.	584, 701
7) Некрологи.	127, 360, 469, 702, 1119, 1121
8) Вопросы и ответы. (№ № 1—36) 127, 246, 469, 703, 873, 1003, 1126, 1254, 1349	
9) Спрос и предложение труда	1349
10) Письма в редакцию. . 248, 360, 470, 590, 704, 874, 1003, 1126, 1256, 1350	
11) От редактора. (проф. В. С. Груздева).	128
12) Журналы и книги, поступившие в редакцию.	874, 1004, 1127
13) От редакции.	131, III (№ 7—8), 874, 1128

Предметный указатель XXV тома.

А.

- Аборты, кровотечения после них 1003, — местная инфильтрационная анестезия при них 858, — неосложненный лихорадочный, образ действия при нем 127, — противопоказания к производству их 126, — снижение их 918, — и статистика рождаемости — 110.
- Абрикосов А. И. проф., 30-летие его 1254.
- Автомобили, статистика смертности от них 871.
- Агглютинация, влияние грязелечения на ее титр 575.
- Аденотом, новая конструкция его 459.
- Адиссонова болезнь, лечение 1232.
- Адреналин, действие на переживающие полоски 1241.
- Азот газообразный, количественное определение его в смесях 1241.
- Айхенвальд Л. И. 35-летие его 1254.
- Академия медицинская национальная в Рио де Жанейро, празднование 100-летия со дня основания 1002.
- Аккомодация, расстройство ее 322.
- Акушерские пункты новые 359.
- Акушерство оперативное 233, — отделение его в практической работе от гинекологии 703.
- Алкогогаллюциноз 1068.
- Ahlfeld проф., смерть его 872.
- Алкоголизм, борьба с ним 1252, — новый закон и мероприятия по борьбе с ним 246.
- Алкоголики, колония для лечения их 1252, — число их 1252.
- Алкоголь, потребление в Англии 1252, — — в Германии 1001.
- Амилаза крови, колебания ее 932.
- Амиотрофии сифилитические 1058.
- Анастомоз между толстой и тонкой кишками 1235.
- Аневризма артериовенозная 989.
- Ангоспазм 576.
- Angstrupillen 324.
- Анизокория у туберкулезных больных 689.
- Аномалии зубной системы 1108.
- Антипирин, инъекции им при ишиасе 672, 1179, — как индикатор при стерилизации перевязочного материала 1311.
- Антракоз легкого 338.
- Антрум сосцевидного отростка, математическое определение подхода к нему 459.
- Anus praeternaturalis 992.
- Анемия у детей, патогенез 1245.
- Анестезия местная, метод проф. А. В. Вишневого при операциях в брюшной полости 913, 1114, — методы ее, применяемые американцами 108, — плечевого пояса 114, — паравертебральная 1135.
- Аорта, разрывы ее 338.
- Аппаратура рентгено-электро-медицинская, производство ее в СССР — 871, 1222.
- Аппендицит вызываемый острицами 1003, — гнойный 744, 1198, — острый, бактериология и серотерапия его 108, — своеобразная форма его 107, — и травма 1119.
- Aq. destillata, лечение ею уремий 925.
- Arndt проф., смерть его 1002.
- Артерии голени, варианты 992, — конечностей, особенности морфологии 1241, — подключичная, редкое ветвление ее 992.
- Артериосклероз и конституция 576.
- Артрит гонорройный, лечение человеческ. иммун. сывор. 864, — локализация его 112.
- Артродез плеча по способу проф. М. О. Фридланда 988.
- Архитектоника коры головного мозга 691.
- Аскариды в патологии человека 830, — в полости сердца 1112.
- Астма бронхиальная в детском возрасте, профилактика и терапия 1033, — сердечная, дифференцировка ее 1234.

- Атрио-вентрикулярный узел, нарушение проводимости 863, — — расстройства проводимости его после дигалена 615.
 Аутовакциноterapia, применение в дерматологии 816.
 Аутогеомоагглютинация 1236.
 Аутогемотерапия при ревматическ. суставных и гинекологических заболеваниях 463, 519.
 Аэропланы. обслуживание медиц. помощи ими 359.

Б. В.

- Базедова болезнь, хирургия ее 468. — физиотерапия ее 1081.
 Баланопостит спонтанный гангренозный 1204.
 Ballungsreaktion 1237.
 Bac. bulgaricus, лечение ею хронич. гнойных отитов 802.
 Барьер гемато-инцефалический, проницаемость его у паралитиков и шизофреников 342.
 BCG 461, — интрадермальная вакцинация 863.
 Белляринов Л. Г., избрание поч. чл. Каз. офт. о-ва 1246.
 Бензин, отравление им острое и хроническое животных 857.
 Беременность, биологическое воздействие на нее 289, — билирубинемия при ней 125, — кроликов, влияние сыворотки некастрированных самцов на нее 289, — линейка для вычисления сроков ее 321, — и обмен веществ 1338, — прерывание при сердечно-почечн. заболеваниях 1117, — при наличии фибромы 1126, — предупреждение ее спермоинъекциями 1296, — применение ванн при ней 248, — продолжительность, причины 233, — увеличение срока продолжительности 704, — хлориды в поте при ней 858, — внематочная, прервавшаяся терапия ее 110, — — лабораторные методы диагностики ее 636, — — и внутриматочная одновременно 212.
 Беспокойство пупиллярное 323.
 Bevan-Levis. W. проф., смерть его 1254.
 Бехтерев В. М. академик, как невропатолог 690, — как рефлексолог 690 — открытие памятника ему 244.
 Библиография русской хирургии и погр. обл. 1350
 Библиотека государств. медиц. в Москве, 10-летие ее 589, — ин-та Акушер. и Гинекологии в Ленингр., свободная наличность книг в ней 245, — музей произведений женщин-врачей в Чикаго 360.
 Biedl проф., 60-летие его 1253.
 Binswanger O. проф., смерть его 872.
 Б. М. Э. (Большая Мед. Энциклопедия) и усовершенствование врачей 570.
 Болезнь Bürger'a 752, — глазные, лечение перифером 342, — глаз, гемоагглютинация при них 689, — женские, лечение их грязью 239, — кожные и венерические среди детей школ и интернатов 345, — кожные, лечение кварцевой лампой 677, — нервной системы у детей 686, — носа и глаза, клиническое взаимоотношение их 1335, — эпидемические в 1929 г. по данным Лиги Наций 1347, — профессиональные верхних дыхательных путей 1331, — — голоса 1331.
 Больные урологические, психогенные заболевания у них 237, — — курортное лечение их 4455, — нервно-легочные, кумысолечение их 494.
 Борная кислота как антисептик 1235.
 Боровский П. Ф. проф., присвоение звания „Герой Труда“ 468.
 Бородавки, лечение внушением 345.
 Бред ревности 343.
 Brillantgrün, растворимость ее 248.
 Brosq L. проф., смерть его 360.
 Бронхит послеоперационный, лечение 1117.
 Брусиловский Е. М. проф., 45-летие его 360.
 Брускин Я. М., утвер. проф. К. Г. У. 700.
 Брыжейка подвздошной кишки, тромбоз ее 676.
 Брюшной тиф, посев крови на дистиллированную воду при нем 1140, — роль мух в распространении его 105, — — энтеровакцинация per os при нем 105.
 Булак р., исследование воды и ила в ней 1244.
 Быстренин И. Н. проф., 45-летие его 589.
 Быт матери и ребенка в Узбекистане 855.
 Бюро врачесекции, V пленум его 241.

B. W.

- Waldeyer's кольцо, микрофлора его 1333.
 Вакцинация человека к возвратному тифу 22, 896.
 Валяшко Г. А. проф., 30-летие его 1002.
 Ванщики в Серноводске, профпрестиж работы их 539.
 Вегетативная нервная система, тонус ее при лимфатических процедурах 344.
 Вены нижних конечностей, лечение варикозных расширений их 1283.
 Вигдорчик Н. А. проф., 30-летний юбилей его 465.
 Vidal F. проф., смерть его 360.
 Вино хлебное, пятилетний план производства 1251.
 Вирус фильтрующийся, роль его в возникновении врожденного тбс 969.
 Висмут, лечение сифилиса препаратами его 1092.
 Вишневский А. В. проф., приглашение его в Америку для прочтения лекций 1123.
 Влажные искусственные, образование его 853.
 Водоснабжение Звениговского и Моркинского кантонов Маробласти 461.
 „Военно-санитарное дело“, журнал 861.
 Военно-санитарное управление Н. К. З., переход в состав Наркомвоенмора 1251.
 Возраст переходный мужчины 996.
 Войдинов, врач, научная командировка его 464.
 Волков К. В. д-р, лекции его в Казани 701.
 Вопросы социальной гигиены, физиологии и патологии детского возраста 686.
 Воспаление легких крупозное, терапия и клиника его 611, — экспериментальное, влияние на содержание К, Са и воды в коже 1231.
 Вправление кровавое вывиха бедра 992, — грыжи ущемленной мнимое 670.
 Врачи, грудная жаба у них 345, — г. Елабуги, научный кружок их за 1928 г. 464, — женщины, библиотека-музей произведений их 360, — казанцы, обращение к ним о присылке материалов по истории кафедры гигиены в К. Г. У. 1254, — санитарно-профилактические, подготовка их 1244, — сельские, их очередные задачи 1217, — сельские, частная практика их 1251, — увеличение выпуска Медфаком К. Г. У. 1250, — усовершенствование их в БМЭ 570 — участковые и связь их с медфаком 870, — окончившие В.-М. академию весной 1914 г. 1003, — — Москов. ун-в. в 1904 г. 248, — — — в 1894 г. 470, — — Каз. ун-в. в 1904 г. 360, — — до 1929 г., прекращение зачисления их на стаж 465, — — во Франции и колониях 871, — научная ассоциация в г. Севастополе, деятельность 1343.
 Вредности профессиональные ванщиков в Серноводске 539, — — действие на ухо 1332.
 Воспалительные процессы, классификация их 707.
 Вуда лучи 339.
 ВУЗы медицинские, увеличение числа их 1250.
 Вывих бедра, кровавое вправление его 992.
 Выставка интернациональная гигиеническая 1254.
 Вычленение костно-пластического плеча, случай операции 119.

Г. Г. Н.

- Галлюцинации, психосексуальная теория их 1068.
 Hallux valgus, операция при нем 865.
 Гальперин Я. О. проф., 30-летие его науч. деят. 1348.
 Гангрена самопроизвольная, болезнь Bürger's 752, — — конечностей начинающаяся 865, — — лечение грязью 575.
 Gastroenterostomia anterior obliqua 340.
 Gastrolues 1225.
 Gastromyxorrhoea 464.
 Гастроптоз, лечение поперечной резекцией 1115.
 Gelonida stomachica 228.
 Гемихорея постапонектическая 1239.
 География медицинская и расовая патология 560.
 Геркен Н. А. проф., избрание поч. чл. Каз. офт. о-ва 1246.
 Гигиена детства и соц. воспитание 859, — социальная, преподавание на первых курсах медфака 1250.
 Гидрогеология Звениговского и Моркинского кантонов Маробласти 461.
 Gillis P. проф., смерть его 1349.

- Гимнастика врачебная и массаж, брош. 860.
 Гинекомастия 767.
 Гипертония, лечение ее 1233.
 Гипноз, применение его в глазной хирургии 58,—право и условия лечения им 1254.
 Гипотония конституциональная 864.
 Гипофиз, сл. опухоли типа Erdheim'a 822.
 Гистологизаты, влияние их на ткани 156,—действие их 1243.
 Глаз, исследование щелевой лампой 232,—морской свинки, гистологические особенности 462,—опухоль врожденная его 462.
 Глаукома, оценка операций при ней 109,—операция Elliot'a при ней 248,—при anaemia perniciosa 462,—развитие на почве lues'a 248.
 Глисты у малярийных больных 1142.
 Глухота, лечение прибором Скрицкого 1332.
 Glupp E. E. проф., смерть его 1253.
 Головин С. С. проф., избрание поч. чл. Каз. офт. о-ва 1246.
 Голодание, лечебное действие его 107.
 Гомотопия, учреждение кафедры в Берлине 1124.
 Гомосексуализм как психоневроз в свете учения о доминанте 809.
 Гонабденорея экспериментальная у кроликов 462.
 Гонакокки, биология их 1237,—действие химикалий на них в организме животн. 867,—культивирование 236,—продолжительность жизни их 236.
 Гоноррея, лечение и излечение 1238,—местная вакцинация при ней 579, мужская, лечение осложнений ионофорезом 1342 —отклонение комплемента 1238,—патогенез, осложнения при ней 867,—распространенные метастазы ее 458,—реакция связывания комплемента при ней 867,—совещание по борьбе с ней 1107,—спермокультура при ней 457,—серологическая диагностика 1237, 1238,—женская, реакция Bordet—Gengou при ней 237,—и малярия 458,—малярия в клинике ее 944,—мужская, лечение грязью 237,—хроническая матки и придатков, лечение 112.
 Гонорройные пятна, судебно-мед. значение исследования их 91.
 Hopkins F. G. проф., присуждение ему Нобелевской премии в 1929 г. 1254.
 Гормон коры надпочечников 1111,—влияние на переварив. силу пепсина 1242,—приобретение их 1255,—половой женский 121, 679,— — —приготовление его из мочи 862.
 Города Германии, санитарное состояние и благоустройство их 563.
 Госмедиздат, издания его 360.
 Hochenegg проф., чествование его 1125.
 Гран М. М. проф., 35-летний юбилей его 465.
 Grasset проф., открытие памятника ему 1349.
 Грипп, атипичное течение его 824,—заболеваемость в С.А.С.Ш. 468,—эпидемия в Германии 999,—эпидемия в Европе 589.
 Grotjahn A. проф., 60-летие его 1349.
 Греков А. Д. проф., присвоение звания „Герой Труда“ 468.
 Грудная жаба как ангиоспазм, лечение 576,—у врачей 345,— — —хирургическое лечение 1115.
 Грудная клетка у детей, рентгенограммы 1109.
 Грудной ребенок, уход за ним 348.
 Группы кровяные, брошюра 860,— — —единая классификация их 127,— — —как признак установления отцовства 589,— — —телосложение и психозы 690,— — —у татар 315, 688.
 Гуревич Н. И. прив.-доц., 35-летие его 1254.
 Грыжа белой линии 621,—диафрагмальная 464,—мозговая ложная травматическая 990,—ущемленная, мнимое выпявление ее 670.
 Günther C. проф., смерть его 1002.
 Грязь, влияние на агглютинационный титр 575,—лечение ею самопроизвольной гангрены 575,—лечение простатитов, сперматоциститов и функциональных расстройств мужского полового аппарата 456, 536,—применение совместно с электро-терапией 574,—Бугульминского кантона ТССР, исследование ее 587,—Эльтонская, лечение ею параличей лицевого нерва 510.

Д. Д.

- Давление кровяное повышенное 1232, 1233,—осмотическое крови 1243.
 Движение естественное населения Татарской Республики 418.
 Движения произвольные, изучение их 997.

Degastroenterostomisation 1116.

Дефективность детская, капилляроскопия в изучении ее 411.

Дефектология, новое в ней, сборник 687.

Дерматозы микробные 344.

Деятельность научного кружка врачей г. Уфы за 1928 г. 357.

Диагностика микроскопическая быстрая 581, — — — во время операций 382, — — — требования, предъявляемые к биопсированным кусочкам и тканям при ней 882.

Диатезы мочеисленные, лечение их 989.

Диатермия, лечение ею злокачественных новообразований 1334.

Дивертикул желудка, сл. 859, — мочевого пузыря, рак его 988.

Дигален, расстройства проводимости в атрио-вентрикулярном узле после него 615.

Диспансеризация, методика преподавания ее 593.

Dystrophia adiposogenitalis 855, — в грудном возрасте 1227.

Дисциплины клинические, профилактический уклон преподавания их 447.

Диететика грудного возраста 1317.

Диетотерапия грудного возраста 1317.

Доминанта, гомосексуализм как психоневроз в свете учения о ней 809.

Дуга аорты, редкие формы 990.

Dudgeon-Patrick, метод их быстрой микроскопической диагностики 382.

Duodenum, методика операций язв ее 231, — повторные операции язвы ее 231.

Душевнобольные в Америке 1001, — в Англии, статист. 871, — преступность их 85.

Е.

Eijkman Chr., присуждение ему Нобелевской премии в 1929 г. 1254.

Endophlebitis productiva, случаи 1202.

Endocarditis lenta с септическим поражением кожи 431.

Endothelioma orbitae 1249.

„Естествознание и Марксизм“, журнал 685.

Eulsio n. optici 1248.

Ж. J.

Жаба грудная как ангиоспазм, лечение 576, — — у врачей 345.

Железноводск (курорт), лечение урологических больных на нем 455, — неврологические впечатления 515.

Железы надпочечные, роль их в биохимии организма 888, 1241, — — влияние боли на них 1244, — — первичная опухоль мозгового слоя их 627, — парашитовидная, гиперфункция ее 1242, — предстательная, влияние экстракта на рост крыс 1242, — — лечение гипертрофии ее 1340, — — Ph ее секрета и активир. сила на движен. сперматозоидов 1242, — — влияние экстрактов и продуктов распада на мочевой пузырь 852, — половые, влияние их на костный мозг и периферическую кровь 118, — слезная, опухоль ее 1246, — щитовидная, физическая терапия 1079, — — реакция ее при инфекциях 1232.

Желтое тело, физиология его 1112.

Желчные пути, лямблиоз их 386.

Желтуха гемолитическая, приобретенная 277.

Желудок, болезни, лечение их в Эссендуках 158, — базальноклеточный рак его 668, — дивертикул его 859, — первичная саркома его 618, — секреция его и влияние глистной инвазии 738, — сужение его после отравления формалином 825, — операция повторная при язвах 231, — методика операций язв 231.

Желчь, действие ее на кровь 104.

Желчный пузырь, гормональный механизм его сокращения 1111, — — рентгеновское исследов. 1116.

Женщины студ.-медики в Англии, уменьшение числа их 1001.

Жидкость внутриглазная, природа ее 1241.

Жилище, проблема его по 5-летнему плану СССР 840.

Journal f. Psychiatrie und Neurologie, посвящение т. 39 Н. А. Семашко 1347.

Журналы медицинские, „русский язык“ в них 115.

З. Z.

Заболевания гепато-лиенальные 273, — поджелудочной железы, легкие 340, — профессиональные, изменение списка их 245, — — инстит. по изуч. их 465, — школьных работников 464.

Заражение лабораторное возвратным тифом 317.

- Здравоохранение в СССР, планирование его 1100, — — сборник работ 347, — — проблемы рационализации его 1324.
 Знахари в Пруссии, число их 1252.
 Зоб эндемический 461, — — нервная система при нем 1304, — — организация изучения его 870, — — экспедиция по изуч. в Марию область 466 — — обращение и анкета Уч. Мед. совета о предоставлении сведений о распространении его 1350.
 Зонд дуоденальный, применение 464, 582.
 Зрачки, беспокойство (пупиллярное) и психорефлексы 323, — гальванический светорефлекс 323, — гемиопическая реакция их 327, — неподвижность их рефлекторная 324 — орбиткулярный и абдукционный феномены 322, — «прыгающие» 691, реакция на конвергенцию 322, — рефлексы их 322, — феномен ваготонический их 327, — во время сна 324, — — — страха 324, реакция пародоксальная их 326, — — кататоническая их 326, — — миотоническая 327, — — неподвижность их абсолютная 325.
 Zsigmondi R. проф., смерть его 1253.
 Зубы кариозные, их микрофлора 113.

И. I.

- Иголки, глотание их истеричками 853.
 Идиосинкразия к салварсану и пассивная передача ее 236.
 Исогол, испытание экспериментальное его противорахитического действия 651, 855.
 Ижевский источник, действие на изолированное сердце 509, 1242, — — лечебное значение его 499.
 Изогомоагглютинация и реакция М а н о й л о в а 607.
 Иммунизация человека против возвратного тифа 22, 896.
 Иммуитет массовый 220.
 Инвагинация кишечная, патогенез ее 463.
 Инвазия глистная, влияние на желудочную секрецию и секреторные типы по Зимницкому 738, — — статистика ее 870, — — у малярийных больных 1142.
 Индукционные удары замыкательные, новый прибор 1243.
 Индукция электромагнитная, 100-летие открытия 1253.
 Иннервация почки нормальной и подковообразной 596.
 Институт акушерско-гинекологический в Ленинграде, свободная наличность книг в нем для обмена 245, — — — — — 25-летие его 589, биол. физики НКЗ, 10 летие его 589, — гигиенический в Ангоре, открытие, 1347 — для усовершенствования врачей в Казани, курсы по туберкулезу при нем 244, — — — — — подготовка научных работников при нем 244, — — — — — сборник трудов его т. I, 240, 326, — — — — — 10-я годовщина существования его 858, — — — — — социалист. соревнование с К. Г. У. 869, — курортологии, Всеукраинский — 126, — по химии им. Бутлерова в Казани 588, — химический при Каз. Гос. Ун-те 1123, — социальной гигиены ТНКС, сборник трудов его 1123, — физиологии работы в Берлине 1254.
 Инсулин и овуляция 1112.
 Internationale Radiotherapie, сборн. 453, 590.
 Инфекционные заболевания, аллергические и анафилактические процессы при них 97, — — опасность заражения ими через учебники 469, — — статистика их за 1927 г. 126.
 Инфильтрат Р е д е к е р а 859.
 Инфильтрационная анестезия по мет. проф. А. В. Вишневского при операциях в брюшной полости 913, 1114.
 Инофторез при катарактах 1249, — при лечении гнойных отитов 1335.
 Ипохондрия, психогенез ее 580.
 Ихтиол, лечение им при глазных заболеваниях 1248.
 Ишиас, лечение антипирином и гальванизацией 672, 1179.

К. С.

- Кавернит гумозный первичный 1237.
 Калеки в Германии 872.
 Календарь новый производственный 1346.
 Калинин М. И. 10-летие пребывания его на посту председателя ВЦНК 361.
 Каллистов врач, командировка его 464.
 Кальций при сердечных болезнях 1233.
 Кальций хлористый, осложнения, вызываемые им 704.

- Капиллярскопия в изучении детской дефективности 411.
 Карболит, материал для пластики 1333.
 Карункулы женского мочеиспускательного канала 786.
 Карандаш химический, повреждения вызываемые им 704.
 Каталаза крови, колебания ее 932.
 Катарракта диабетическая 462.
 К а ш к а д а м о в В. П. проф., 40-летие его 468.
 Кератит, возбудители его 109,—паренхиматозный, лечение малярией 341.
 Кератоглобус выраженный при трахоме 462.
 Кесарское сечение абдоминальное 1207.
 Кислота молочная в мышцах 1112.
 Кисты влагалища, литература 470,—надгортанника 854,—околопочечная ретро-перитонеальная 988.
 Кишечник, инвагинация его, патогенез 463,—порезы послеоперацион. лечение физостигмином 464.
 Кивки тонкие, подкожные разрывы их 119.
 Классификация туберкулеза новая 124, 144, 462, 463, 590, 704,— — — проведение ее в жизнь 358,—воспалительных процессов 707, 1241.
 Клетки опухолевые, родство их к свинцу 1110.
 Клеточные элементы в экссудатах плевры, смена форм их 709.
 К л и з а н с к а я - К р о л ь Е., утвержд. ее приват-доцентом К.Г.У. 869.
 Климактерий мужчины 996.
 Кливника и профилактика, взаимоотношение между ними 549,—урологические Берлина и Вены 842.
 Клуб интернациональный медицинский 1001.
 К л я ч к и н Г. А. проф. 35-летний юбилей его 358.
 Кожа, первичная меланома ее 307,—поражение септическое ее при endocard. lenta 431.
 Коклюш, лечение инъекциями эфира 193.—лечение инъекциями кислорода 343,—и ферментативные процессы—193.
 Коленный рефлекс 858.
 Колиты 1226,—инфекционные, лечение их 391.
 Коллатерали в стенках сердца после перевязки сосудов 991.
 Колхозы, медицинское обслуживание их 1251, 1345.
 Комиссии по оздоровлению труда и быта, положения о них 359.
 Комитет по актинологии 588.
 Конгресс интернациональный по военной медицине 358,—по санитарии летного дела 467,—по малярии 467,—психологов 467,—по сексологии 467,—по микробиологии 467, 1002,—13-й офтальмологический 872,—8-й по сифилидологии и дерматологии 872,—7-й лиги по борьбе с туберкулезом 872,—1X-й хирургический 1002,—туберкулезный в Осло 1002,—V-й по физиотерапии 1002, 1-й по организации больничного дела 1124,—II по педиатрии 1125,—неврологический 1125, 1253,—6-й по истории медицины 1243,—по психической гигиене 1253,—3-й турецких врачей 1253,—VI интернациональный по рабочему травматизму и профессиональным заболеваниям 1348.
 Конкременты в брюшной полости 674, 990.
 Конкурс на замещ. должн. директора трахоматозного ин-та им. Е. В. Адамяк а в Казани 244.
 Konstitutionstherapie 583.
 Конституция и артериосклероз 576,—типы ее у женщин 1171,—и трахома 462, 1247,—и хронический алкоголизм 690.
 С o h n T o b y, смерть его 1125.
 Консультация врачебная заочная 588.
 Конференция врачей кантонов ТССР—1123,—5-я врачей физкультурников в Германии 356,—Казанской Секции Научн. работников в г. Арске 1251.—международная по физиотерапии 588, областная врачей ТССР 358, 869,—физиологич. секции О-ва врачей при Каз. Гос. ун-те 1240.
 Жонъюнктив, заражение возвратным тифом через нее 317,—обезьян нормальная, микрофлора ее 462,—фолликулярные заболевания, отношение к Вальдейеру кольцу 462.
 Крапивница пигментная 457.
 К р а с н о б а е в Т. П., 40-летний юбилей его 245.

- Креатин, влияние на изолированное сердце 1242.
 Стедé В. проф., смерть его 1002.
 Крематорий в Москве, работа его 126.
 Кретинизм, нервная система при нем 1304.
 Кривский Л. А. 35-летие его 1254.
 Крови, вызывание их искусств. в климактерии 1126.
 Кровообращение, значение сердечного ушка в нем 337,—периферическое действие
 вани при нем 575.
 Кровотечения внутрибрюшные 1235,—легочные при tbc, адреналин при них 239,
 —у сердечно больных 864,—остановка их кусками паренхиматозн. орга-
 нов 578,—периодические из барабанной перепонки 344,—после абортов
 1003,—при простатэктомии 1116,—при трепанациях 1235,—и ультра-фиоле-
 товые лучи 339.
 Кровоточивость холемическая послеоперационная, профилактика ее 349.
 Кровь, биохимич. и морфологич. изменения при хлороф. и эфирном наркозах 714,
 1196, 1197,—добывание ее из вен, методика 581,—излившаяся в серьезные
 полости, реинфузия ее 108,—количеств. изменение ферментов ее 932,—мио-
 генные сдвиги картины ее 428, 430, 555,—морфология ее в условиях хим-
 производства 1029,—переливание ее 464,—переливание ее при носовых
 кровотечениях 113,—сымно-тифозных, сосудорасширяющее действие ее 118,—
 у детей при пневмониях по Sonder'n'y 647—у рожениц, бактерицидная
 сила ее 110,—ферменты в ней при лечении рентгеновск. лучами 1347.
 Кружок научный врачей г. Елабуги за 1928 г.—464,—положение о них 464,
 —г. Уфы за 1928 г. 464.
 Кудинцев И. В. проф., 35-летие его 359.
 Кудрявцев П. Ф. д-р, 40-летие его 468.
 Кузнецкий Д. П. проф., 30-летие его 1254.
 Курлов М. Г. проф., 45-летие его 1002.
 Курорт Варзятчи, результаты лечения 544,—Ниже-Сергиевский 588,—профессия
 и охрана труда 476.
 Курсы усов. врачей в Саратове 465,—врачей по отбору курортных больных 466,—
 4-месячные по бактериологии в Ленинграде, Томске и Саратове 1002,—
 Судебно-медицинских экспертов в Ленинграде 1002,—врачей трудовой
 экспертизы 1002,—для врачей иностранцев в СССР 1252,—усовершен. врачей
 в Одессе и Харькове 1253.
 Küstner E. проф., 80-летие его 1125.
 Kuffler проф., смерть его 1349.

Л. Л.

- Лаборатория по исследованию одаренности артистов, открытие ее 126.
 Лампа кварцевая, лечение ею кожных болезней 677,—„Sollux“, описание и при-
 менение 873.
 Левин П. А. проф., 30-летний юбилей его 245.
 Levy Dorn проф., смерть его 872.
 Легкие, пигментация и антракоз 338,—случай удаления пули 454.
 Лейбчик д-р, наконечник его конструкции для продув. фаллоп. труб 531.
 Лейкемия лимфатич. у близнецов 1112.
 Лейкоцитоз, динамика его при нервных и психических заболеваниях 1228.
 Лечебницы частные, целесообразн. существования их 998.
 Лечебно-профилактическая сеть колхозов, ассигнования 1251.
 Лечение биологическое гнойных процессов 770.
 Libido, мероприятия при отсутствии его у женщин 127.
 Лига борьбы с трахомой 1252.
 Лигнин, замена им ваты 466.
 Лимфогранулематоз, гистогенез его 14.
 Линейка для вычисления сроков беременности 321.
 Лишаза крови, колебания ее 923.
 Липоиды, влияние их на диффузию в студии красок 1242.
 Лира Моммзена 462.
 Лихорадка-Девге, профилактика в СССР. 466.
 Лишай чешуйчатый, хирургическое лечение его 457.
 Лозинский А. А. 35-летний юбилей его 874, 1127.
 Локтевая кость, вывих внутрь 1115.

Long E., смерть его 1253.

Лукомский М. Я. д-р, 30-летие его 465.

Лурия Р. А. проф., приглашение его в Голландию для прочтения лекций 1123.

Lusene P. проф., смерть его 1254.

Lupus vulgaris, лечение диатой 1113, 1234.

Лучи Вуда 339, — — клиническое значение исследования их биохим. действия 463, — рентгеновские, лечение напиллом ими 339.

Лямблиз желчных путей 386.

Ламинектомия по поводу перелома позвоночника 852.

М.

Майборода С. Н. д-р 25-летие его 468.

Macrogeniosomia praecox 855.

Максимов А. А. проф., смерть его 468.

Малоглазие врожденное 462.

Малокровие хроническое у школьников 1051, 1245.

Малаязия в клинике гонорреи 944, — лечение ее 106, — лечение ею сифилиса 860, — реакция отклонения комплемента при ней 272, плазмодии при ней 106.

Марганец, содержание в пищевых продуктах 460.

Маска Ombrédanne'a 990.

Массаж и врачебная гимнастика брош. 860.

Мастбаум М. И., избрание прив.-доц. Инст. для усов. врач. в Казани 869.

Мастерская точно-оптическая в Москве, открытие 999.

Мастодиния 110.

Мастодит острый Vincent'овский 122, — — диагностика и терапия 1332, — гистопатология его 1333, скарлатинозный 1333, — показания к антротомии 122.

Матка беременная, лечение рака ее 578, — загиб ее как профессион. заболевл. в текстильной промышленности 1175, — изменения слизистой ее при отравлениях 866, — инфантильная и конституция 121, — послеродовая, инфекция ее со стороны полости рта 578, — разрыв ее при родах 121, — фармакологическое исследование придатков ее 578, — рак тела и шейки, лечение лучистой энергией 579, — рак шейки, лечение радием 579, — — — ранняя диагностика 579.

Медицина лечебная арабов, 1000-летний юбилей ее 701, — кризис ее 583, — профилактическое направление в ней 363.

Медработники, дополнительные отпуска им 870, — профессиональная заражаемость их 239, — участковые, труды и быт их 238, — — — учет рабочего времени их 870, — Дагестана, состояние под судом их 359, — казанск. психиатр. б-цы, травматизм их 659.

Меланома кожи первичная 307.

Менингит цереброспинальный эпидемический 401, 855, — — — возбудители его 855, — — — увеличение случаев его 929.

Менингомиэлит хронический ниж. отд. спин. мозга 690.

Менинго-энцефалит, сл. с липодистроф. симптомокомплексом 855.

Мениск коленного сустава, операция по поводу повреждения его 852.

Менструации, развитие учения о них, литература 247, — у сифилитичек при специфическом лечении 319.

Меньшиков В. К. проф. 30-летней юбилей его 584, — чествование его 856.

Микрофотография, методика ее 10.

Миндалики и щитовидная железа, корреляция 1333.

Минор А. С. проф., 50-летие его 872.

Миома яичника, действие на сердце 579.

Миосальварсан у грудных детей 1237.

Mycosis essificans progressiva 463, — gummosa 1237.

Мяславский Н. А. профессор, артерии его мозга 1242, — вскрытие тела его 1241, — история его болезни 1242, — конференция физиолог. секции О-ва врачей в память его 700, — почтение памяти его 240, 688, 1242, — смерть его 127, — характеристика деятельности 1241.

Мозг, сотрясение его, лечение виноградным сахаром 578.

Молоко подкисленное, питание им младенцев 343.

Моча, недержание ее у женщин 1205.

Мочеполовой аппарат мужской, лечение грязевыми комбинатами 456, — — — малярийные заболевания его 859.

Мочевой пузырь, частичная резекция его 992.
 Мочеиспускание, задержка его послеоперационная 211.
 Мочеиспускательный канал, пластика его 1117.
 Мочеточники, трансплантация их в прямую кишку 456, 857.
 Мошонка, функция ее и задержка яичек 341.

Н. N.

Надгортанник, сл. кисты его 854.
 Надколенник, лечение переломов его 577.
 Надпочечники, роль их в биохимии организма, 888, — функциональная диагностика их 30.
 Наносомиа дисглангулярная, сл. 854.
 Наркоз общий, новые способы 331, — прямокишечный авертиновый 993, — эфирный, повреждение глаз при нем 108.
 Население Татарской республики, естественное движение его 418, — заболеваемость венерическими болезнями его 457, — Германии, движение его 871, — земного шара 1000, — РСФСР, прирост 1252.
 Насморк острый, лечение его 113.
 Неврит ретробульбарный 462.
 Невроз травматический 1231.
 Неврологические впечатления в Железноводске 515.
 Нейролекс, гематоэнцефалический барьер при нем 236, — лечение диатермией 236, — организация изучения его в Пятигорске 236, — подкорковых узлов 691.
 Невромы травматические 577.
 Неврофиброматоз 1131.
 Недоношенные плоды, возраст жизнеспособности их 873.
 Нервные болезни, учебник 1227.
 N. cochlearis, поражение его при tabes dors. 691.
 Нефедов В. В. проф., смерть его 1002.
 Нефректомиа по поводу параренальной опухоли 1341.
 Нефролитиазис, гематурия при нем 231.
 Nicolle проф., лауреат Нобелевской премии 127, 1246.
 Никотин, вредное действие его на сосуды 864.
 Новообразования ретробульбарные 1248.
 Ноготь вросший 1115, 1116.
 Нож линейный Гр е ф е 470.
 Номенклатура рентгеновских картин при легочном туберкулезе 692, 693.
 Носоглотка, морфологическ. изменения при гипофизарном синдроме 862.
 Нос, связь его с половой сферой 113.
 NOT в организации глазного отряда 1248.

O.

Обезболивание в хирургии 240, 251, 913, 1114, 108, 114, 1135—действие на организм при родах и при пороке сердца 247.
 Обмен азотистый при молочно-растительной диете 1147.
 Оболочка слизистая верхних-дыхат. путей при условиях табачного производства 1331, — — — — — при инфекционных заболеваниях 133—4, — — — — — матки, изменения при отравлениях 866, — — — — — носа, регенеративная способность ее 460, — роговая, папиллома ее 643.
 Обследование гельминтологическое детей г. Казани 1245, — санитарное жилищного сельского населения Мариобласти 124.
 Обслуживание медико-санитарное совхозов 359, 1345.
 O-во интернациональное предупреждения слепоты, организация его 1253, — медицинское в Таганроге, 50-летие его 589, — невропатологов и психиатров при К. Г. У., деятельность за 1928 г. 690, — физико-медицинское в Оренбурге за 1920—28 г. 663, — физико-медицинское в Саратове, заседан., посвящ. 125-летию Каз. ун-та 1343, — врачей г. Ульяновска, прекращение деятельности 701, — — — — — при Каз. унив., деятельность за 1928 г. 240, — — — — — выражение благодарности проф. В. М. Аристовскому и В. С. Груздеву 241, — — — — — резолюция по поводу избрания тт. Фриче, Деборина и Лукина в академию Наук 244, — — — — — иностранных в Берлине 360, — офтальмологическое в Казани 1246.
 Овариолизаты проф. М. П. Гущинова, экспериментальное изучение их 902.

- Ожоги глаза нашатырн. спиртом 1247—лечение их 673.
 Озена, возбудитель ее и терапия 1334,—лечение ее антивирусом 117,—связь с носовыми полостями 122,—сыворотно-атропиновый титр ее 1334.
 Олеогранулема спонтанная 1199.
 Операции гинекологические напрасные 791,—желудочные и влияние их на секрецию желудка 34,—косметические 1001,—остеопластическая по Кр а с и н у при раке языка 395,—френико-экзерез при легочном тбс 280,—радикальная Гайморовой полости, влияние на слизистую желудка 122,— — — — — влияние на пульпу зубов 123,—радикальная паховой грыжи 1235.
 Оперирование сиды 1116.
 Опухоли глаза врожденные (teratoma bulbi) 462,—гипофиза типа Erdheim'a 822,—злокачеств. гистологич. прогноз их 573,—злокачественные носа и носоглотки, лечение диатермией — мозгового слоя надпочечной железы первичная 627,—почки, удаление ее 991, плевральной полости, хирургия 1043,—раковые, морфология их после лечения радием 106,— — — — — эндокринная терапия их 1249,— злокачественные экспериментальные, обмен веществ при них 104,— — — — — влияние эндокринной системы на их патогенез и рост 104,— — — — — инфекционное происхождение их 104.
 Организация санитарная, кризис ее 328.
 Органы кровообращения у детей, болезни их 1113.
 Органы паренхиматозные, изменения их при отравлении сулемой 464.
 Ординаторы клиник Медвузов, сроки избрания их 357,— — — — — отнесение их к Медсантруду 1251.
 Орлов К. X. проф., юбилей его 126.
 Осанка произвольная, изучение ее 997.
 Освидетельствование медицинское при поступлении в ВУЗ и т. д. 465.
 Оспа, заболеваемость ею в Англии 871,— — — — — в Германии 872,— — — — — в Европе 1000.
 Остеомаляция, в комбинации с болезнью Charcot 966,—фосфорный и кальциевый обмен при ней 456.
 Остеомиелит позвоночника острый 120, 163,— — — — — первичный 1115,—туберкулезный, лечение препаратом золота 992.
 Остеохондропатия 989, 1246.
 Остеохондрострофия 1246.
 Отиты гнойные хронические 123,— — — — — лечение их болгарской палочкой 802,— — — — — острый сл. пареза n. abducens на его почве 854,— — — — — применение анти-вируса по Безредко при них 344,— — — — — лечение цинк-ионофорезом 1335.
 Отравление свинцом, лечение в Манчесте 575.
 Отросток сосцевидный, ретгенография его 123.
 Отт Д. О. проф., 50-летие его 701,—смерть его 872, 1119.
 Отцовство, установление по кровяным группам 589.
 Ошибки врачебные, диспут, 870.
 Ощущение слепыми предметов на расстоянии 462.

П. Р.

- Павлов И. П., акад., 80-летие со дня рождения 1123.
 Пальцы, гигантский рост их 120 — травматизм их и лечение его 853.
 Памятник погибшим врачам, отказ в предоставлении места для постановки его в Берлине 1001.
 Паникус, лечение 704.
 Папиллома гортани, лечение R-лучами 339,—роговой оболочки 643.
 Paracdentium, новый журнал 1124.
 Паралич прогрессивный односторонний конечностей 436,— — — — — прививки „содоку“ при нем 110,— — — — — статистика клинич. форм до и после введения маляр. терапии 868,— — — — — сущность его 111,—эпидемический лицевого нерва 1239.
 Паранойя, взгляд на происхождение ее 342.
 Паркинсонизм, лечение банистерином и гармином 1118.
 Патеогграфия хирургических заболеваний 1126.
 Патология расовая и медиц. география 560.
 Пенсия медработникам на жел. дор. 703,— — — — — сельских местностей, постанов. ЦИКа и СНК СССР 1344.
 Пептон Witte, лечение им поносов 340,— — — — — летних детских поносов 1272, 1274.
 Перивисцериты 1226.
 Перекись марганца, применение ее 470.

- Перелом коленной чашки, консервативное лечение его 120, — конечностей закрытые, причины неудачной терапии 1340.
- Пересадка сосудов 1116.
- Перешивкин Н. С. проф., 25-летие его 468.
- Periostitis gonorrhoeica 458.
- Перитонит разлитой, механизм прямого поражения продолговатого мозга при нем 49, 779.
- Перифер, лечение им глазных болезней 342.
- Рескаин как местное обезболивающее 1114.
- Перкуссия органов и их измерения 995.
- Пернициозная анемия, эритроциты при ней 107.
- Пиво, 5-летний план производства 1251, — потребление в Германии 1252.
- Пигментация легкого 338.
- Пинегин Г. Н., проф., смерть его 702.
- Псориаз, лечение аутовакциной 821.
- Pirquet C. I. проф., смерть его 464, 855.
- Питание матери и ребенка 1100, — проблема его по 5-летнему плану СССР 841, — подкисленным молоком младенцев 343, — стационарных больных в общих больницах 347, — сельского населения Мар. обл. 688, — питание малолетних детей 1338.
- Пища, содержание в ней Мп. 460, — усвоение ее в зависимости от приготовления 339, — сырая как лечебный метод 1259.
- Пневмография 1116, — воздухом 577.
- Пиэмия, лечение 234.
- План пятилетний СССР, показатели его, имеющие социально-гигиенич. значение 835.
- Плацента люэтическая, гистол. диагностика 1236.
- Плевральная полость, фибриновые тела в ней 267.
- Плоскостопие, лечение тяжелых форм его 852.
- Пневмония послеоперационная, всасывание аутокрови при ней 229, — гипервентиляция легких при ней 1234.
- Позвоночник, гумозное поражение его 1340.
- Полиартриты хронические, различные методы лечения 525.
- Поликлиника внутренних болезней I МГУ, труды ее 1106.
- Полиневрит, случай с неопред. этиологией 463.
- Полиомиелит острый атипичский 213.
- Половой аппарат мужской, лечен. функц. расстройств грязевыми комбинатами 456, 536.
- Положение о комиссии по оздоровлению труда и быта 359.
- Полости носа придаточные 1335.
- Помощь медицинская при 7 часовом рабочем дне 588, — первая в промышленных предприятиях 1228, — психиатрическая в СССР 998, — скорая, штраф за необоснованный вызов 589, — санаторно-курортная по СССР 586, — — — по СССР—586, — — — детям 998.
- Поносы хронические в грудном возрасте 1227, — лечение пептоном Witte 340, — — — летних детских 1272, 1274.
- Порезы кишечника послеоперац., леч. физистигмином 464.
- Последовый период 397.
- Послед, простейший способ выделения его 397, — ущемление его 469.
- Поход дошкольный Наркомпроса 999.
- Почка, выделительная функция ее 1020, — заболевания у детей 1107, — и нормальная иннервация ее 596, — карбункул ее 1116, — подковообразная 121, — удаленная по поводу гидронефрита 119.
- Практика врачебная, частная, допустимость в СССР 701.
- Практика производственная студ. мед. 588, 998.
- Предрасположение к болезни индивидуально, борьба с ним как метод лечения 346.
- Преподаватели ВУЗ'ов, перевыборы их 1236.
- Пресс брюшной, обратное развитие его 121.
- Преступность душевно-больных 85.
- Придатки матки, фармакологич. исследование их 234.
- Припрелости грибковые, терапия 1236.
- Продувание фаллопиевых труб при грязелечении 531, — — — новый наконечник д-ра Лейбчика 531, — — — усовершенствование методики 531.

- Продукты пищевые Мар. Области, состав их 687.
 Проказа, изучение этиологии и лечение ее 359, — статистика распространения 359.
 Простатиты, лечение грязевыми комбинатами 456, 536.
 Профессора медфака К. Г. У., выезды на участки 1251, — — циклы публичных лекций их 1251.
 Профилактика личная в борьбе с венболезнями 465, — и клиника 549.
 Профилактическая медицина, журнал 453.
 Профили соматометрические телосложения у женщин 690.
 Процессы воспалительные гнойные, биологическое лечение их 770, — — классификация их 707.
 Псевдоглаукома 109.
 Pseudologiae phantasticae, острые вспышки ее 653.
 Психиатрия, современные течения в ней 996.
 Психоз маниакально — депрессивный, течение его в зависимости от генетической структуры 691, — у близнецов 1063, — послеоперационный 1117.
 Психокатарсис 1230.
 Психопаты несовершеннолетие, свидетельские показания их 1337.
 Psoriasis vulgaris, лечение 1236, — — — хирургическое 853.
 Птоз, исправление его 232.
 Пульс венный яремный 223.
 Пункт первой помощи на пром. предприятиях 1228.
 Пуссена признак 1239.
 Пути воздухоносные верхние, заболел. среди рабочих гидрогенизацион. цеха мызавода 688.
 Pflüger E. проф., празднование 100-летия со дня рождения 872.

P. R.

- Радий, большие дозы при раке шейки матки 579, — в Гос. ин-те для усовер. врачей в Казани 466.
 Радиоактивность вещества в теле после смерти 1110.
 Радиолог, его этика, права, обязанности 345.
 Разумовский В. П. проф., посещ. им хирур. секций О-ва врачей К. Г. У. 993.
 Рак дивертикула мочевого пузыря 988, — желудка базальноклеточный 668, — матки, раннее распознавание 114, — — при беременности, лечение 578, — — лечение лучистой энергией 578, — материалы по заболеванию им 1155, — нижней конечности 990, — шейки матки, большие дозы Ra при нем 579, — — — ранняя диагностика 579.
 Ранения грудной клетки проникающие 993, 1275.
 Раны инфицированные, лечение раствором NaCl 578, — лечение открытым и закрытым способами 1115, — резаные глотки и гортани, лечение 1341.
 Расширения варикозные вен нижних конечн., лечение их 1283.
 Рахит, лечение тюленьим жиром 1245, — патология и терапия его 454.
 Рационализация медицинского дела в Татарской Республике 1321.
 Реакция Abelin'a на сальварсан, модификация ее 458, — Boltz'a при сифилисе 1236, — изогемоагглютинация 122, — интракутанная при малярии 1266, — лютиновая 1237, — Мано йлова и изогемоагглютинация 607, — питательной среды, значение в микологии 1232, — Müller'a 1237, — связывания компл. при гонорее 867, — отклонения комплемента при malaria quartana 272, — — — при брюшном тифе 1234, — среды, влияние на жизненные явления 441, — Takata-Ara 1185, — Sachs-Georgi на участке 1209.
 Ребенок грудной, уход за ним 348.
 Ревматизм, Всеукраинский диспансер для лечения его 1252, — и гнилостные процессы во рту 864, — клиника для его лечения в Англии 1001, — комитет по борьбе с ним, — лечение его 107, — собрания междунаро. лиги по борьбе с ними 872.
 Редакция „Центрального медицин. журнала“, обращение к читателям и авторам 248.
 Рентгеновские лучи, влияние на ретикуло-эндот. систему 574, — — — клиническое значение исследования их биохим. действия 339, — — — лечение папиллом ими 336, — — — фильмы, взрыв и пожар при их хранении 871.
 Рентгенограммы типические нормального человека 453.
 Рентгенодиагностика и рентгенотерапия, руководство 583.

- Ретикуло-эндотелиальная система, влияние рентгеновских лучей на нее 574, — понятие и значение 574.
 Ретикуло-эндотелиоз 1245.
 Retina, кровообращение при anaemia perniciosa 462.
 Ретинит, своеобразная картина 1247.
 Рефлекс зрачка 322, — На аба корковый 327, — коленный 858, — окулопуллярный 342, — представления Pilez'a 327, — при поражении пирамид. пути 1239, — сухожильные, нормальные 690.
 Речь, расстройство ее после острой инфекции 854.
 Ринит атрофический, лечение его 122, 923, — вазомоторный эфетонин при нем 577.
 Ринолит 122.
 Richardson C. W. проф., смерть его 1125.
 Роды, причина наступления их 865, — статистика смертности при них 1124.
 Рожа лица привычная, терапия 470, — оздоровительное действие ее 962, — первичная глотки и гортани 1314.
 Рождаемость в Германии в 1929 г. 1347.
 Розов В. А. д-р, смерть его 1126.
 Romberg проф., 50-летие его 589.

C. S.

- Савченко И. Г. проф., заслуженн. деятель науки 186, — юбилей его 3, 126.
 Сальварсан, действие его 1236, — при забол. мочев. путей 1238.
 Самойлов А. Ф. проф., приглашение его в Голландию для прочтения лекций 1123, — утверждение проф. каф. физиологии Медфака К.Г.У. 700.
 Самоубийства в Германии в 1926 г. 1347.
 Санаторий при Ижевском минеральном источнике 588.
 Санация полости рта у школьников 589.
 Сантонин при tbc у детей 703.
 Саралей село, переименование в с. Бехтерево 1253.
 Сахар виноградный, лечение им сотрясений мозга 578, — в крови при septacrol'e 577.
 Свищи каловые, закрытие их 993, кишечные, закрытие их 1037, пузырно-влагалищные, зашивание их 234, — слюнной, закрытие по способу Гессе 852.
 Свод стопы, колебания его под влиянием маршировки у красноармейцев 1309.
 Секция о-ва врачей при КГУ акушерско-гинекологическая, избрание комиссии по чествов. 50-летия Д. О. Отта. 456, — врачебная г. Казани, резолюция по поводу захвата КВИД 869, — О-ва Врачей при КГУ гигиеническая, перевыборы бюро 687, — — — кожно-венерическая, перевыборы бюро 457, — — — хирургическая, перевыборы президиума 456, — — — физиологическая, конференция в память Миславского 700, — физиотерапевтическая О-ва невропатолог. и психиатров при К.Г.У., организация ее 588, — — — начало деятельности 691.
 Семашко Н. А., посвящение ему т. 39 Journ. f. Psychiatrie u. Neurologie 1347, — письмо его по поводу медобслуживания колхозов 1346.
 Сепсис менингококковый, сл., 858, — случ. отогенного происхождения 854.
 Septacrol, влияние на содержание сахара в крови 577.
 Септикопиемия, лечение 234.
 Септицизм, лечение 234, — после внутриматочного впрыскиван. t-rae jodi 247.
 Сергиевские минеральные воды, лечение простатитов, сперматозитов и функц. расстройств мужского мочеполового аппарата 456, 536.
 Сердечное ушко, значение в кровообращении 337.
 Сердце, инородное тело в нем 230, — малярийные заболевания его 339, — орган кровообращения вторичный 227, — раздражение его газом 228, — ранение огнестрельное его 1282, — симптоматология комбинирован. пороков его 724.
 Серозные оболочки, действие амниотической жидкости 233.
 Сетчатка, отслойка ее от сотрясения тела 1247.
 Сибирская язва в Татарской Республике 856.
 Сикоз, лечение аутовакциной 820.
 Синдром красного ядра и зрительного бугра 1239.
 Сиротинин Н. Н., утвержд. проф. К.Г.У. 700.
 Система кровеносная периферическая при инфекцион. заболеваниях 1210, — ретикуло-эндотелиальная 574, — сердечно-сосудистая, причины ослабления ее 576.
 Сифилис без шанкра (Syphilis d'emblée) 235 — врожденный 866, — влияние лечения на менструации 319, — висцеральный, раннее проявление 576, — висцеральный,

- зрачков, симптомы при нем 689,—в Бурито-Монголии, экспедиция по изучению его 999,—гипофизарный, клиника его 1016,—глаз, статистика 1247,—желудка 112,—лечение висмутом 1092,—лечение его малярией. брош. 860,—лечение в Пятигорске 236,—лечение его 111,—и mal. tert. 1117,—мочевых пузырей 112,—почек 1007,—смешанный у детей 1118,—среди арестантов 871,—центр. нервн. системы 1118,—щитовидной железы 1011,—экспериментальное заражение им собак, овец, коз и лам 574—эндокринного аппарата 1249.
- Скарлатина, достижения в области ее профилактики и терапии 76, 117,—лечение ее антитоксической сывороткой 296, 855,—особенности течения 464,—профилактика и эпидемиология 1045.
- Склероз аорты, новый признак его 107.
- Склерома гортани 460,—заболеваемость ей 344.
- Сколиоз, пневматическая редрессация его 232.
- Скориченко-Амбодик Г. Г. проф., смерть его 126.
- Скrophулодерма, лечение аутовакциной 821.
- Слезной мешок, способ промывания его 232.
- Слезные каналы, сшивание их 109.
- Слепое пятно, изменения его при заболевании носа 462.
- Слюна, соли роданистые в ней у курящих и некурящих 663,—условная и безусловная секреция ее 133.
- Смертность от автомобилей 871,—в Германии 1000, 1347,—в Пруссии 871,—в САСШ 1000,—от родов, статистика 589.
- Снаппер И. (J. Snapper) проф., посещ. им Казани и его лекции 701.
- Совещание по борьбе с гонореей 1107.
- Совхозы, медицинское обслуживание их 359, 1345.
- Сок желудочный, влияние гистамина на отделение его 228,—лимонный, лечебное действие его 228.
- Соколов Н. В. проф., заграничная поездка его 464.
- Соли рооанистые в слюне, судебно-медиц. значение определения их 663.
- Соловьев З. П. проф., чествование памяти его 463.
- Sommerfeld Th. проф., смерть его 1349.
- Соревнование социалистическое 977,— — Каз. Гос. ун-в. с Томским ун-в. и Инстит. для усовер. врачей в Казани 869,— — профилактических кафедр 1249.
- Союз Медсантруд, 10-летие его 450.
- Сперматоциты, лечение грязевыми комбинатами 456, 536.
- Спермокультура при гонорее 457.
- Spina bifida occulta, сл. операции 120.
- Spir. pallida у мышей, зараженных сифилисом 1118.
- Спиртные напитки, распад на них в Германии 1001.
- Сплетение пояснично-крестцовое, воспаление его 937.
- Stabilivolt, установка в Каз. Гос. ин-те для усов. врач. им. Ленина 1251.
- Статистика рождаемости и смертности в Англии за 1928 г. 1123,— — во Франции 1124,— — в Японии 1124.
- Стеноз гортани хронический, хирургическое лечение 1334,—митральные, рентгенов. картина их 339.
- Стерилизация овариальными гормонами 862,—показания к ней 873, рентгеном 998,—спермонъекциями 1296,—женщин проф. Schmerg'ом (в Австрии), оптрафование его за большое число операций 1348.
- Столбняк, двууглекислая сода при нем 229,—лечение сывороткой 1116,—после ожога 1312,—после-операционный 762.
- Струма яичниковая, гистогенез и клиническ. значение 65.
- Стрептококки, элективная локализация их 105.
- Студенты в Венгрии 1001,—в Швейцарских университетах 1001,—прием на Медфак К. Г. У. в 1929 г. 1250,—пруссских университет., социальное происхождение их 1347.
- Сфинктер илеоцекальный, выведен. под кожу 1243.
- Sphincter pupillae, судорожные состояния его 327.
- Съезд VII Всероссийский по охране здоровья детей 349,—III Всесоюзный отоларингологов в Одессе 466, 1330,—III Всесоюзный по борьбе с венболезнями 848,—III Всесоюзный водопроводный и санитарно-технический 984,—2-й Всесоюзный по микробиологии 1125,—IX Всесоюзный по акушерству и гинекологии 1125,—V Всесоюзный педиатров 872,—III Всероссийский урологов

358,—I Всеукраинский офтальмологов 467, 1348,—V Всесоюзный врачей секций 694,—врачей в Казани в 1928 г. 464,—Всеукраинские в 1929/30 хоз. г. 1348,—I красной ото-рино-ларингологов на Сев. Кавк. 352,—III красной риноларингоотитов в Казани в VI с. г. 244, 700, 982,—I Закавказский акушерско-гинекологический 872,—V малярийный, очередной поволжский 244,—Международный по актинологии 588,—I Областной невропатологов и психиатров Центр. Черноз. Обл. 355,—по изучению человеческого поведения 358,—XXI Российских хирургов 844,—I по психофизиологии и психологии 588,—по физиотерапии в 1930 г. 588,—по курортологии 1930 г. 588,—IV теоретические экспериментальные вопросы на нем 461,—4-й в Москве урологов 1348.

Съемки фильмовые изнутри организма 1252.

Сыворотки стандартные изогемоагглютинационные 1254.

S z o n t a g h F. проф. смерть его 1349.

Т.

Тайна врачебная 466.

Таллий уксусно-кисл. при грибковых заболеваниях 1192.

Татары, кровяные группы у них 315, расово-биологический индекс у них 315.

Тахикардия пароксизмальная 1243.

Тело инородное в глазу, извлечение магнитом 1247,— — в легком, извлечение под контролем экрана 828,— — в пищеводе, удаление 688,—человеческое, асимметрия его, значение в ортопедии 232,—фибринозные, свободные в плевральной полости 267.

Терапия конституциональная 583.

Teratoma bulbi 462.

Т е р е г у л о в А. Г. избрание его профессором К. Г. У. 869.

Терминология клиническая, словарь 113, 1229, 1339,

Thymopathiae 1230.

Т и м о ф е е в А. И. проф., смерть его 879.

Тиф брюшной, посев крови на дистиллирован. воду при нем 1140,— — роль мук в распространении его 105,— — энтеровакцинация per os при нем 105,— возвратный, иммунизация человека против него 22,896,— — лабораторное заражение через конъюнктиву глаза 317,—сыпной в Германии 872.

Ткани мертвые, свободная пересадка их 109,— живые, проницаемость их для ультрафиолетовых лучей 106.

Токсины, учение о них 105.

Тонометр Ф и к-Л и ф ш и ц а 470.

Тонус, аффективная потеря его при смехе и оргазме 580,—клинические методы измерения его 580.

Травматизм в деревне, статистика 206,—среди медработников каз. психиатр. больницы 659.

Тракумин при трахоме 341.

Трансплантация мочеочников в прямую кишку 456.

Трахома, возрастной иммунитет при ней 462,—и конституция 452,—и состояние Вальдейерова кольца 462,—кератоглобус при ней 462,—картограмма распространения ее в Татарской республике 462,—лига борьбы с ней 1252,—„Памятка“ о ней 1248,—рентгенотерапия ее 125,—связь с лимфогранулематозом 470,—тракумин при ней 341, 704,—экцизия с трансплантацией при ней 462.

Трихиноз, нервная система при нем 187.

Тромбозы брыжейки позадочной кишки 676,—учащение случаев их 375, 861.

Труд живой и энерго-вооруженность по 5-летнему плану ССР 837,—патология и гигиена его в мартовских и прокатных цехах 451,—условия его у „водников“ 950,—спрос и предложение его 1349.

Труп, вскрытие его ранее 24 час. с момента смерти 246,—производство вскрытия в помещении с низкой t° 246.

Т р у т н е в В. К. проф., заграничная поездка его 460.

Туберкулез врожденный роль, фильтрующегося вируса в его возникновении 969,—гортани и искусственный пневмоторакс 1335,—изменение верхуш. легкого 338,—и гоноррея 458,—изменения тромбоцитов при кумысолечении 478,—интрамедуллярный солитарный спинного мозга 691,—классификация его рабочая 464,—костно-суставный, лечение CaCl_2 230,—кожный лечение антизигрусом 338,—лечение антигеном по Б э з р е д к а 230,—лечение его диетой 994.

1001, 1113, 1234,—легочный, номенклатура рентгеновск. картины 692, 693.—
легких, френикотомия при нем 671,—легких, изменения эритропоза при
кумысолечении 484,—маточных придатков, лечение 110,—новая классифи-
кация его 124, 144, 462, 463, 590, 704,—операция френико-экзерез при нем
280, осложненный прободением трахеи 462,—плацентарная передача его 105,
—пути проникновения его в организм 105,—плеврит при нем 229,—ранний,
прогностика его 105,—рентгенотерапия его 124,—трахеи 338,—у диабетиков
339, эксперим. вопросы на IV съезде 469.

Tuffier Th. проф., смерть его 1254.

Туберкулин, лечение им, литература 127, — — русский, активность его 230,—
стандартизация препаратов клиническая 229.

У. У.

Угри, лечение аутовакциной 817.

Уклон профилактический в преподав. клинических дисциплин 447.

Укус змеиный, терапия его 1349.

Ulcus molle, статистика и терапия 1235.

Ультравирус, болезни вызываемые им 1109.

Университет в Вильно, 350-летие его 1254, — в Мадриде, постройка новых зда-
ний 1347.

Унна Р. проф., смерть его 360.

Уремия, лечение ее с aq. destillatae 925.

Уретра женская, стриктуры ее 235.

Urethrocele 120.

Уродства врожденные плода 1300, — множественные верхней конечности 692.

Уход за грудным ребенком 348.

Учреждения противотуберкулезные в Германии 223.

Ф. Ф.

Фармакология и химиотерапия 556.

Фармацевтическая химия, восстановление преподавания на медфаках 359.

Фармацевтическое дело, рационализация его 466.

Фасции, свободная пересадка их 1115.

Ферменты крови, колич. изменения их 932.

Феггел проф., смерть его 1349.

Фибромиомы в послеродовом периоде 1161.

Физиология патологическая, брош. 1337.

Физиотерапия в гинекологии 691, — как наука и предмет. преподавания 691.

Физкультура, обязательное преподавание ее в ВУЗ'ах 126, — лечебная, сборн. 1335.

Фиксонал, ампулы 1349.

Фильмы рентгеновские, взрыв и пожар при их хранении 871.

Фильтраты по Безредко, специфичность и токсичность их 464, 601.

Фистула между трахеей и пищеводом, случай 460.

Fistula vulvo-rectalis completa acquisita 965.

Flechsigs, проф., смерть его 1002.

Флерин Н. Ф. д-р, 50-летний юбилей его 997.

Формалин, сужение желудка после отравления им 825.

„Fortschritte d. Neurologie u. Psychiatrie u. ihrer grenzgebiete,“ журнал 468.

Френикотомия при легочном тbc 671.

Френико-экзерез при легочном тbc 280.

Fuchs E. проф., присуждение ему золотой медали им. Leslie Dan. 1002.

Fourgnier A. проф., 100-летие со дня рождения 1253.

Фурсиков Д. С. проф., смерть его 1002.

Фурункулез, лечение аутовакциной 820.

Х., Ch.

Химиотерапия и фармакология 556.

Хинизация длительная дробными дозами 106.

Хинин, кишечная перистальтика при нем 228,—химиотерапевт. действие его 556.

Хирургия, преподавание ее в высшей мед. школе 34.
 Хлопин Г. В. проф., смерть его 1002, 1121.
 Хлор, лечение им, забол. верхн. дых. путей 1335.
 Хлориды в поте беременных 858.
 Холестеатома Гайморовой полости 632.
 Холецистит острый, лечение 468.
 Хромота перемежающаяся, терапия и прогноз 865.
 Хромоцистоскопия при раке матки 182.
 Хондробластома 1111.
 Хондродистрофия 989, 1245.
 Choreia minor 111.

Ц.

Центр медицинский в Нью-Йорке 1125, — — — второй 1347.
 Цехи мартеновский и прокатный, патология и гигиена труда в них 451.
 Цистицерк внутриглазной 805, — общий, случай с совм. пораженн. мозга 690, —
 субретинальный 462.

Ч.

Чашка коленная, лечение вывихов ее 231.
 Чирковский В. В. проф., избрание поч. член. Каз. Офтал. о-ва 1246, — 30-летие
 его 1254, 1250.
 Чесотка и мягкий шанкр, эпидемиологическ. противореч. между ними 581.
 Чистосердов врач, научная командировка его 464.
 Член половой ущемленный рельсовой гайкой 964.

Ш.

Шанкр мягкий, возбудитель его 544, — — — и чесотка, эпидемиологические противо-
 речия между ними 581.
 Шизофрения, психотерапия ее 1239.
 Шина барабанная для иммобилиз. поврежд. пальцев 853.
 Школа Медицинская высшая, положение об экстернатуре 469, — — — преподава-
 ние хирургии в ней 34, — — — 6-й год обучения в ней 464, — — — в Мар-
 селе 1347.
 Школьники г. Казани, нормы физического развития их 202.
 Шов первичный после антротомии 123, 174.
 Шум венозный у основания мечевидн. отростка, случай 734.

Щ.

Щелочность резервная при применении нарзанных ванн 1242.

З.

Экзамены государственные на медфаках в 1928—29 г. 357.
 Экзема экспериментальная 344.
 Экзостозы костные множествен., случ. 855.
 Экспедиция в Мариюбласть по изучению эндемич. зоба 466.
 Электрокардиография 1233.
 Электротерапия, применение совместно с грязью 574.
 Эмболия, воздушная, электрокардиограмма ее 861, — легочная, терапия кислоро-
 дом 1235, — легочной артерии 689, — учащение случаев ее 375.
 Эмпиемы, хирургическое лечение их 577, 1116.
 Энгельгардт В. А., избрание проф. биологической химии К. Г. У. 998.
 Эндометрий, проникновение его элементов в трубу 110.
 Энтероколит туберкулезный 863.
 Энцефалит, сл. с эндокринным нарушением 857.
 Эпидемии, законы развития и угасания их 215.

- Эпидидимиты неспецифические 237, — лечение парентеральное ихтиолом 237.
 Эпилепсия идиопатическая, лечение бромом 439, — лечение ее мозговой эмуль-
 сией 111.
 Эритроциты при пернициозной анемии 107.
 Эритроциты, реакция оседания их 138.
 Эстральный цикл, влияние желтого тела 1111.
 Эфетонин при rhinitis vasomotorica 577.
 Эхинококк брюшной пол., хирургич. леч. 1339.

Я.

- Извы желудка 582, — операции при них 231, — сибирская в Татарской Республике 856.
 Яички, взаимоотношение основного обмена и внутренней секреции их 575, — ле-
 чение задержки их 341, — работоспособность их 575.
 Яичники, консервированные, пересадка их 862, — кроликов при кормлении
 щитовидной железой 576, — миомы его, действие на сердце 579, — старче-
 ская, реактивация гормон. путем 111.
 Яковлев Д. А. врач, убийство его 360.
 Яковлев С. С. проф., 50-летие его 1254.
-

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на ЖУРНАЛЫ в 1930 г.

7-й год издания

„СОВЕТСКИЙ ВРАЧ“ (Вестник Современной Медицины).

Орган ЦК союза Медсантруд и ЦБ врачебных секций. Выходит 2 раза в месяц. Журнал посвящен вопросам участия врачей в общеполитической жизни страны, вопросам социальной, клинической и экспериментальной медицины, труда и быта врачей и строительства здравоохранения.

Научные консультанты и ближайшие сотрудники журнала: по отделу общей пат., пат. анат.—А. И. Абрикосов, Н. Н. Аничков (Ленинград), Г. П. Сахаров; бакт.—О. И. Бронштейн; внутр. б.—М. С. Вовси, М. П. Кончаловский, Д. Ф. Ланг (Ленинград); С. Г. Левит, Р. А. Лурия (Казань); Б. Н. Рубинштейн; хирург.—Я. М. Брускин, П. А. Герцен, А. М. Заблудовский (Ленинград); В. Р. Хесин, В. А. Шаак (Ленинград); акуш. жен. б.—Е. И. Кватер, М. А. Колосов, М. С. Малиновский; дет. б.—В. О. Мочан (Ленинград), Н. М. Фришман; псих. и нервн. б.—П. Б. Ганнушкин, М. С. Маргулис, Л. М. Розенштейн; туберк.—П. Ю. Берлин, В. А. Воробьев; вен. дерм.—Н. С. Эфрон, Н. Л. Россиянский; урол.—Я. Г. Готлиб, Р. М. Фронштейн; глазн. б.—М. И. Авербах, В. В. Чирковский (Ленинград); б. уха, горла, носа—А. Ф. Иванов, Л. Ф. Тальпис; фармакотерапии—Д. М. Российский; одонт. и стомат.—И. М. Вайнберг (Одесса); И. Г. Лукомский; тиг. питания.—М. И. Певзнер; соц. гиг.—Н. А. Семашко, А. Н. Сусин; вопр. труда и быта, орг. здрав.—Ф. М. Сеньюшкин, В. П. Воробьев, Я. И. Гальперин; тиг. труда—С. И. Каплун; проф. б.—Н. А. Вигдорчик (Ленинград), И. А. Добрейцер, М. Я. Лукомский; соц. б.—В. М. Броннер, В. С. Хольцман; охр. мат. и дет.—В. П. Лебедева; сан. просв.—Я. Ю. Кац.

Журнал содержит следующие отделы: 1. Социальная медицина; 2. Экспериментальная и клиническая медицина; 3. Научные фельетоны; 4. Новости терапии; 5. Труд и быт медицинских работников; 6. Обзоры, рецензии и рефераты; 7. Научная жизнь, корреспонденции; 8. Из деятельности ЦК союза, ЦБ врачебных секций и местных врачебных секций; 9. Хроника здравоохранения. Подписная цена: на 1 год—8 р.; на $\frac{1}{2}$ г.—4 р. 10 к.; на 3 м.—2 р. 20 к. Цена отдельн. номера—40 к.

„ЖУРНАЛ УШНЫХ, НОСОВЫХ И ГОРЛОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ“.

Под редакцией проф. С. М. Компанейца (Днепропетровск). Соредакторы: проф. Б. В. Верховский (Ленинград), проф. В. И. Воячек (Ленинград), проф. А. Ф. Иванов (Москва), проф. Л. Т. Левин (Ленинград), профес. Е. Н. Малиутин (Москва), профес. Л. И. Свержевский (Москва). Программа журнала: I. Оригинальные статьи. II. Рефераты и обзоры (клиника, профилактика, профессиональные болезни). III. Научная жизнь (отчеты научн. общ., съездов). IV. Рецензии и библиография. V. Хроника. В 1930 году будет выпущено по-прежнему 6 двойных номеров. Подписная плата: на год—10 руб.; на $\frac{1}{2}$ года—5 руб. 50 коп. Цена отдельного № 2 руб. без пересылки. Рассрочка: при подписке 4 руб., 1 марта и 1 мая по 3 руб. Денежные переводы направлять: 1) Днепропетровск, Проспект, № 17, профессору С. М. Компанейцу. 2) Харьков, Пушкинская, 14. Издательство «Научная Мысль».

„РУССКИЙ ВЕСТНИК ДЕРМАТОЛОГИИ“ ACTA DERMATO- VENEREOLOGICA ROSSICA. = Ежемесячный журнал, посвященный кожным и венерическим болезням, выходит под редакцией проф.: В. В. Иванова, А. П. Лордана и Г. И. Меццеского. Подписная цена на 1930 г. 45 руб. с доставкой и пересылкой. Рассрочка: 5 руб. при подписке, 5 руб. к 1 марта и 5 руб. к 1 июня. Для врачей, работающих в клиниках, больницах и др. учреждениях, допускается групповая подписка по $1\frac{1}{2}$ руб. в месяц с каждого подписчика с тем, чтобы вся подписная плата была внесена не позднее 1 ноября 1930 года, и деньги уплачивались вперед за месяц ежемесячно через посредство учреждения. Статьи, книги для рецензий, обменные журналы и т. п. в заказных бандеролях высылаются на имя профессора В. В. Иванова: Москва, 21, Плющиха, Долгий п., 17, кв. 3. Со всеми хозяйственными вопросами, как-то: подписка, пересылка денег, высылка оттисков, заявления о недоставленных №№ и т. п. обращаться исключительно по адресу секретаря журнала доктора К. М. Ижевского: Москва, 2, Новинский бульвар, Панфиловский пер., д. 5, кв. 4.

**СОЛЯНО-ИЗВЕСТКОВАЯ И СЕРНО-
МАГНЕЗИАЛЬНАЯ РАДИОАКТИВНАЯ
НАТУРАЛЬНАЯ МИНЕРАЛЬНАЯ**

В О Д А

„ИЖЕВСКИЙ ИСТОЧНИК“

РЕКОМЕНДУЕТСЯ РЯДОМ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ И
ПРОФЕССОРОВ-КЛИНИЦИСТОВ КАК ПРЕКРАСНЫЙ
ГИГИЕНИЧЕСКИЙ НАПИТОК И ЛЕЧЕБНАЯ ВОДА.

„ИЖЕВСКИЙ ИСТОЧНИК“ ВЕСЬМА БЛАГОПРИ-
ЯТНО ДЕЙСТВУЕТ ПРИ РЯДЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА,
БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ И НАРУШЕ-
НИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ,
РЕВМАТИЗМЕ И ДР.

**ПРОСПЕКТ С ОТЗЫВАМИ ПРОФЕССОРОВ И КЛИНИК
ВЫСЫЛАЕТСЯ БЕСПЛАТНО.**

ПОДРОБНАЯ ЛИТЕРАТУРА ОБ
ИЖЕВСКОМ ИСТОЧНИКЕ ПРИ-
ВЕДЕНА В РАБОТЕ ПРОФ. Б. А.
ВОЛЬТЕР „ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕ-
НИЕ ИЖЕВСКОГО ИСТОЧНИКА“
(СМ. «КАЗ. МЕД. ЖУРНАЛ» № 5,
1929 г.).

**ПРИ ИЖЕВСКОМ МИНЕ-
РАЛЬНОМ ИСТОЧНИКЕ
ИМЕЕТСЯ КУРОРТ (СА-
НАТОРИЙ) НА 100 КОЕК.**

Адрес для сообщений:
г. Казань, Б.-Проломная,
№ 50/7, Госуд. Акц. Об-ву
«Ижминвод».

Имеются базисные склады:
в Москве, Ленинграде, Харь-
кове, Нижнем - Новгороде и
Казани.

„ИЖЕВСКИЙ ИСТОЧНИК“ отправляется по первому тре-
бованию наложенным платежом
при посылке задатка 30% 1 ящ. (50 литр. бут.) — 20 руб. и
1 ящ. (100 п/литр. бут.) — 22 руб. франко станция или пристань
назначения.

Открыт прием подписки на
„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“ в 1930 г.

См. 2-ю стр. обложки.

К сведению авторов.

Все статьи, присылаемые в редакцию, должны быть перепечатаны на пишущей машинке на одной стороне листа с достаточными расстояниями между строчками.

Размер статей не должен превышать $\frac{1}{2}$ печ. листа (20.000 печ. знаков).

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

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

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

Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять рукописи.

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

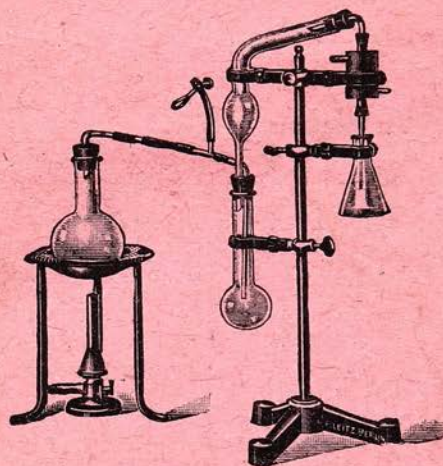
Гонораром работы не оплачиваются.

Ernst Leitz, Berlin

Влад. Franz Bergmann

NW 6, Luisenstrasse 45.

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



Микрокьюльдалевский аппарат.



По требованию специальный каталог № 31.

СОДЕРЖАНИЕ.

Отдел I. Оригинальные статьи.

	Стр.
Проф. Strauss (Берлин). „Сырая пища“ как лечебный метод.	1259
О. А. Герман и М. С. Лифшиц (Казань). Интракутанная реакция как новый метод при диагнозе малярии.	1266
В. Дядькин (Ульяновск). Лечение пептоном „Witte“ летних детских поносов.	1272
Проф. Р. А. Лурия (Казань). К ст. д-ра Дядькина: Лечение пептоном „Witte“ летних детских поносов.	1274
П. Н. Маслов (Казань). Проникающие ранения грудной клетки.	1275
М. Вакулко (Уфа). Случай огнестрельного ранения сердца.	1282
И. Д. Корабельников (Одесса). Лечение варикозных расширений вен нижних конечностей выпрыскиванием облитерирующих веществ.	1283
Ф. Г. Столыпин (Ковров). Биологический способ предупреждения беременности сперминъекциями.	1296
Р. Л. Шуб (Ленинград). Редкий случай врожденного уродства плода.	1300
Н. И. Федоров (Казань). Нервная система при эндемическом зобе и кретинизме.	1304
К. Н. Кочев (Казань). О колебании свода стопы под влиянием маршировки у красноармейцев.	1309

Из практики.

И. И. Штейнберг (Савранск. уч. больн.). Антипирин как индикатор при стерилизации перевязочного материала.	1311
В. Я. Мачан (Днепропетровск). Случай столбняка после ожога стопы.	1312
Б. С. Голанд (Казань). Случай первичной рожи глотки и гортани.	1314

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Е. Кливанская-Кроль (Казань). Диететика и диетотерапия грудного младенца за последние два десятилетия.	1317
М. И. Ойфебах (Казань). Проблемы рационализации медицинского дела в Татарской Республике.	1324
Б. С. Голанд и С. П. Яхонтов (Казань). Впечатления с III-его Всесоюзного съезда ото-рино-ларингологов.	1330
Рецензии. 1) Б. Я. Шимшелевич , В. Н. Мешков и Т. Р. Никитин . Лечебная физкультура. Проф. М. Фридланда . 2) Проф. А. А. Богомолец . Патологическая физиология. Проф. Н. Сиротинина . 3) Plaut P. Die Zeugnisaussagen jugendlicher Psychopathen. Ihre forensische Bedeutung. <i>Из Галланта</i> . 4) Г. А. Бакшт . Беременность и обмен веществ. Ю. Лейбчика . 5) А. В. Попова . Современное учение о питании малолетних детей. Е. Кливанской Кроль	1335
Проф. М. Я. Брейтман . По поводу рецензии д-ра С. А. Бельского о моем „Словаре клинической терминологии“.	1338
О-во Врачей при Каз. Ун-те: заседание хирургической секции	1339
О-во невропатологов и психиатров при Каз. гос. у-те	1341
Саратовское физ.-медиц. о-во	1342
Деятельность Научной ассоциации при союзе Медсантруд г. Севастополя	1343
Хроника	1344
Вопросы и ответы	1349
Спрос и предложение труда	1349
Письма в редакцию	1350
Обращение Ученого медиц. совета к врачам	1350
Оглавление XXV тома	I-XI
Предметный указатель XXV тома	XII-XXX

