

## **ВНИМАНИЮ**

**полугодовых и подписчиков в рассрочку на „Казанский Медицинский Журнал“.**

**Редакция просит поспешить высылкой причитающихся доплат во избежание задержки высылки дальнейших номеров.**

**Воспользуйтесь приложенным бланком перевода.**

## К XII-летней годовщине Автономной Татарской Социалистической Советской Республики.

„Президиум ВЦИК постановляет уполномочить Ревком Автономной Татарской Советской Республики вступить с 25-го июня сего года в исполнение возложенных на него постановлением Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров от 27-го мая сего года об Автономной Татарской Советской Республике обязанностей“. Это было в 1920 году.

За эти 12 лет Красный Татарстан проделал большой исторический этап: из отсталого в прошлом аграрного края превратился в аграрно-индустриальную республику. В 1900 году<sup>1)</sup> на территории бывш. Казанской губ. насчитывалось 191 предприятие, а в 1912 г.—159 предприятий. Число рабочих оставалось без изменений. 14—15 тысяч татар работали на самых неквалифицированных и грязных работах. Даже Казанская буржуазная газета „Волжский Листок“ в 1905 году характеризовала положение татар рабочих следующим образом: „Условия работы татар на кирпичных заводах очень тяжелы, простудные болезни и ревматизм конечностей—постоянные спутники работающих здесь татар. Спят татары тут же, где работают—в сарае. Рабочий день 16 часов, за которые мастер получает 90 копеек в день“.

Прошлое дооктябрьское лица татарской деревни характеризуется в монографии Лаврского<sup>2)</sup> следующим образом: „недоимок за крестьянином, если считать вместе с продовольственным долгом, такая масса, что если бы даже продать весь скот, все избы и весь домашний скарб недоимщикам, то не покрылось бы и половины долгов. Разорившийся татарин никогда не забывает, что он ничего не может завести, потому что все, что он ни заведет, его заставят тотчас же продать на уплату недоимки“. Другая характеристика дооктябрьской татарской деревни, данная в трудах Казанского губернского земства за 1883 год: „в селениях татарских хозяйственный упадок принял уже острые формы. Упадок этот выражается, с одной стороны, в значительности цифры дворов безлошадных и бескоровных и в очень незначительном количестве скота, приходящемся по расчету на один двор, с другой—в преобладании сдачи земли внаймы и значительном проценте дворов, бросивших хозяйство“.

Прошлое культурное лицо бывш. Казанской губернии было неприглядное, несмотря на то, что бывали такие фигуры, как Лобачевский, Бутлеров. В б. Казанской губернии грамотных было только

<sup>1)</sup> „Красная Татария“ от 24-го июня 1931 года № 142.

<sup>2)</sup> В. Малышев. „Красная Татария“ № 192.

17 процентов. На всей территории губернии насчитывалось 35 начальных школ. В Казани было 3 высших учебных заведения, но студенты татары являлись исключительной редкостью. Рабочему и крестьянину татарину путь в Университет был вообще заказан.

Лечебная сеть в бывш. Казанской губернии была крайне слаба по сравнению с другими земскими губерниями. Д-р Ширяев<sup>1)</sup> сообщает: „что в бывш. Казанской губернии на 1 врачебный пункт в сельских местностях приходилось 47,449 человек, на одну койку—3741 человек, причем лечебная сеть была неравномерно распределена между национальностями, населявшими территорию бывш. Казанской губернии (татарами, русскими и нацменами) и была расположена, главным образом, в селениях с русским населением, что, при довольно большом радиусе участка, оставляло громадную массу как татарского, так и нацменовского населения без всякой медицинской помощи. В 1910—1913 г.г. число больниц в деревнях всего было 34, из них в селениях татарских—2 больницы, в русских—23, в нацменовских—2: в городских—7. Врачебных амбулаторий всего было пять, из которых в татарских селениях не было ни одной. Фельдшерских пунктов всего было 39, из них в татарских селениях—11, в русских—25, в нацменовских—3“.

Таково лицо районов бывш. Казанской губернии, входящих ныне в состав Татарстана, в дооктябрьский период. Под тройным гнетом изнемогали трудящиеся татары: их притесняло царское правительство, чудовищно эксплуатировала русская и „собственная буржуазия“.

Годы войны подорвали окончательно хозяйство Казанской губернии. Советской власти пришлось начинать работу на пустом месте.

„Двенадцатую годовщину Татарской Республики мы встречаем крупнейшими победами на решающих этапах социалистического строительства, одержанными партийной организацией и ее верным помощником—комсомолом в борьбе за генеральную линию партии, за Ленинскую национальную политику—докладывает Секретарь ОК ВКП(б) тов. М. Р а з у м о в на XIV Областной Конференции ВЛКСМ и продолжает: „Хозяйственно-политический баланс нашей промышленности дает нам все основания заявить, что пролетариат Татарстана героической работой, бурным развертыванием социалистического соревнования и ударничества, практическим осуществлением шести условий тов. Сталина—добился серьезнейших успехов. Пятилетка промышленности Татарии выполняется в четыре года. Решением XIV Всероссийского Съезда Советов объем валовой продукции для местной промышленности в пятом году был установлен в 110 милл. рублей. Эту цифру мы перекрываем уже в этом году, доводя валовую продукцию до 221 миллиона“.

Капиталовложения определяются в 220.000.000 рублей на 1932 г., против 2.551.000 в 28—29 году.

Количество рабочей силы в 1915 году исчислялось в 14.000; в 1925 году—16.000; в 1929 году—20.000; в 1932 г.—52.289 человек. Состав рабочих татар в ценовой промышленности в 1920 году составлял—15,5%, в 1930 году—30,33%, в 1932 году—43%. В 1932 году на новое строительство и реконструкцию было затрачено почти в 2 раза больше, чем в предыдущем и в 10 раз больше, чем в 1928—29 году

<sup>1)</sup> Сборник Здравоохранения ТССР № 3.

Красная Татария приступила к строительству гигантов. В двенадцать часов 2 мая 1932 года были заложены первые камни фундамента гигантского машиностроительного комбината—величайшего в мире. Ценность ежегодно выпускаемой комбинатом продукции—миллиард рублей. Рядом с Машиностроением строится второй татарский гигант—вагоностроительный завод, рассчитанный на ежегодный выпуск 7.000 пассажирских вагонов. Общая стоимость вооружения завода превышает 100 мил. рублей. У Машиностроения будет свой город—Казань № 2. В этом городе будут жить 250 тысяч человек. Также будет строиться третий город—город Вагоностроения: Казань № 3. В городе—70 тысяч жителей.

В статье, посвященной 12 летию Татарии, председатель ЦИК АТССР тов. Мигдад Ягудин сообщает, что план решающего года пятилетки в ТР перевыполнен по всем основным показателям. Перекрыты плановые наметки валовой продукции социалистической промышленности. Вступил в строй ряд новых предприятий. Выросли—крупнейший меховой комбинат, Поволжский фанерный завод, завод силикатного кирпича, Шутуровский гудронный завод, фабрика пишущих машин, швейные фабрики и заводы по переработке сельско-хозяйственных продуктов. Завершается стройка крупнейшей валяной фабрики, завода обозных деталей, ряда теплосиловых станций, Казгрэса. Реконструкция превращает „Красный металлист“, текстильную фабрику им. Ленина, мыловаренный завод им. Вахитова в крупнейшие индустриальные предприятия.

Таково в основном индустриальное лицо Татарии к XII-й годовщине.

Бурный рост индустрии Советского Союза обусловил решительные сдвиги в области социалистической перестройки сельского хозяйства ТР.

Тов. Ягудин сообщает, что к XII-летней годовщине Татария имеет следующие достижения в области сельского хозяйства. Посевная площадь социалистического сектора в яровом клине нынешнего года достигла 70%/с. Наиболее крупные сдвиги произошли за последние годы в техническом вооружении сельского хоз-ва. На полях Татарии уже сейчас работают 32 МТС, причем число их к осени будет доведено до 45. Количество тракторов (в переводе на 10—сильные) с 1480 в 1931 году возрастет до 2.450 в 1932 году, из которых 897 будет работать в совхозах. Общая сумма капиталовложений в сельское хозяйство планом 1932 года определяется в 45,6 миллионов рублей.

При советской власти трудящиеся Татарстана впервые получают возможность развития культуры—национальной по форме, социалистической по содержанию<sup>1)</sup>. Создание Татарской Республики явилось крупнейшим завоеванием на пути осуществления Ленинской национальной политики, направленной к полному преодолению хозяйственно-культурной отсталости ранее угнетенных и неполноправных национальностей. Сейчас в Казани насчитывается 18 ВУЗов. На январь 1932 года в наших ВУЗах насчитывалось 8235 студентов, из них 2370 татар и 1000 нацмен (чуваши, мари, удмурты). Приемы этого года резко изменят состав ВУЗов. Количество студентов возрастет до 13 тысяч. В ВУЗах будет не менее 5200 студентов-татар и 1700 нацмен, в том числе значительное количество женщин националок.

<sup>1)</sup> „Красная Татария“ № 142.



Показательна литературно-издательская деятельность Татгосиздата<sup>1)</sup>. В 1922 году на татарском языке были изданы всего 62 книги с тиражем 236 тысяч экземпляров; в 1924 году—было издано 210 книг с тиражем больше миллиона экземпляров. Особенно показателен 1931 год. По общеполитическим вопросам выпущено 76 книг с 400-тысячным тиражем, издано 185 учебников с почти миллионным тиражем, 147 книг (800 тысяч экземпляров) по вопросам сельского хозяйства. По разделу художественной литературы выпущено 65 книг (334 тысячи экземпляров). Крупная работа производится сейчас Татиздатом по изданию произведений Ленина на татарском языке. Подготавливаются к печати „Вопросы Ленинизма“ Сталина. За пять месяцев 1932 года издано около 500 книг по разным вопросам с 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-миллионным тиражем.

Растет количественно и качественно медицинская помощь, оказываемая населению районов Татарии. По данным Татнаркомздрава, разработанных доктором Ширяевым, к XII годовщине имеем следующие показатели: число больниц увеличилось до 83 вместо 34 в 1910—1913 году, из них в татарских селениях число больниц—27 вместо 2-х в до-октябрьский период. Число врачебных амбулаторий возросло до 69 вместо 5 в 1913 году, из них в татарских селениях 33 вместо 0 в 1913 году; число фельдшерских пунктов возросло до 52 вместо 39 в 1913 г.

Число жителей на одну койку в сельск. мест. в 1932 году составляет 1522—против 2301 в 1925 году, число жителей на одну койку по ТР (включая гор. Казань) составляет 521—против 756 в 1925 году.

Заболеваемость инфекционными заболеваниями значительно снизилась. Так, например, заболевания натуральной оспой в 1913 году составляли 4,5 на 10.000 населения, а в 1931 году составляли 2,1 на 10.000 населения. Заболеваний туберкулезом зарегистрировано в 1928 году 180,4 на 10.000 населения, в 1931 году—зарегистрировано 160,3 на 10.000 населения.

Чесоткой болело в 1913 году—676,7 на 10.000 населения.

„ „ в 1931 году—137,2 „ „ „

Сифилисом болело в 1913 году— 44,2 „ „ „

„ „ в 1931 году— 13,7 „ „ „

Имеются определенные сдвиги и снижение заболеваемости трахомой. Из материалов межкраевого совещания по вопросам борьбы с трахомой видно, что по учету 1926 года число больных трахомой составляет 14,3% и что этот процент еще снизился к 1932 году.

Данные естественного движения населения по ТР показывают большие положительные сдвиги. Смертность населения в 1914 году составляла 28,8 на 10,000 населения, в 1930 году составляет—18,2 на 10,000 населения. Прирост населения в 1914 году составлял 16,5 на 10.000 населения, в 1930 году составляет 19,3. Детская смертность детей до 1 года снизилась до 17,8 на 100 рождаемых в 1930 году, против 20,9 на 10 рождаемых в 1925 году.

Имеем рост детских консультаций—в 1931 году числилось 41 консультация против 29 в 1927 году; женских консультаций в 1931 году было 38—вместо 20 в 1929 году, с общим числом посещений 99,083

<sup>1)</sup> Станиславов. „Красная Татария“ № 142.

в 1931 году вместо 50, 120 в 1927 году,—из них число посещений женщин татарок в 1932 году составляло 38812 вместо 15677 в 1927 году.

Количество постоянных яслей в 1931 году было 52 вместо 5 в 1929 году, число летних яслей в 1931 году было развернуто 2045 вместо 260 в 1929 году.

Количество прочитанных лекций по санпросвету в 1931 году составляет 7811 вместо 4223 в 1927 году.

Санитарная и эпидемиологическая сеть дала значительный рост против 1913 года.

В связи с ростом лечебной и профилактической сети растет и количество медперсонала. По учреждениям Татаркомздрава работало в 1931 году врачей—621, против 349 врачей в 1925 году, среднего медперсонала в 1931 году работало 1817 человек, против 660 в 1925 году, санперсонала и прочего обслуживающего персонала в 1931 году работало 3223 против 2017 в 1925 году.

Из года в год увеличивается количество врачей татар, выпускаемых Казанским Мединститутом: в 1929—30 году окончило 17 врачей татар; в 1930—31 году окончило 13 врачей татар; в 1931—32 году окончило 36 врачей татар. Студентов Мединститута татар на I/III 1931 году числится—161, а на 15/V 32 года уже числится 332 студента татарина, что составляет—26% всех студентов. В Мединституте с 1931 года ведутся занятия с коренизированными группами на татарском языке профессорами и преподавателями татарами. Выпуски Казанского Медтехникума с каждым годом дают увеличение числа слушателей татар—в 1931/32 году выпущено 142 против 89 в 1925 году.

Казанский Государственный Институт усовершенствования врачей имеет в составе научных работников 19 процентов татар.

Таковы итоги пройденного пути Татарией за эти 12 лет под руководством Коммунистической партии и Областного Комитета ВКП(б).

„К XII годовщине Татарской Республики мы пришли с огромным успехом в деле реализации Ленинской национальной политики—докладывает секретарь Областного Комитета тов. Разумов комсомолу Татарии, но сумма задач, стоящих перед нами, далеко еще не разрешена, мы должны констатировать, что элементы культурно-экономического неравенства еще далеко не преодолены, никакая домобилизация, никакое ослабление работы не должно иметь места. Всякая недооценка этих задач чрезвычайно вредна и опасна“.

Редакция Казанского Медицинского журнала обращается с призывом ко всему медперсоналу, работающему в Татарии—к врачам, среднему и младшему медперсоналу не ослаблять темпов работы на фронте здравоохранения Татреспублики. Чем больше энергии, инициативы и творчества вносит каждый медработник в свою отрасль работы, тем быстрее будут реализованы задачи социалистического переустройства условий труда и быта трудящихся масс Татарии.

Редакция Казанского медицинского журнала шлет привет от имени всех подписчиков читателей нашего журнала, разбросанных по всему Союзу Республик, Правительству Татарии, Обкому ВКП(б) и Ленинскому Обкомолу, рабочим и колхозникам Татарии по случаю громадных успехов, достигнутых Татарией к XII-летней годовщине своего существования.

*Редакция Казанского медицинского журнала.*

## К уборочной кампании 1932 г.

Внимание всего Советского союза приковано к постановлению Совнаркома СССР и ЦК ВКП(б) от 5-го июля по вопросу об уборочной кампании 1932 г. Редакция Казанского Медицинского Журнала считает необходимым привлечь внимание своих читателей ко всему комплексу вопросов, имеющих большое хозяйственно-политическое значение, изложенных в этом документе.

Постановление от 5-го июля, прежде всего, констатирует, что полная победа в сельском хозяйстве колхозов и совхозов, охвативших в итоге посевной кампании текущего года  $\frac{4}{5}$  всей яровой посевной площади, свидетельствует о том, что СССР окончательно утвердился на новом социалистическом пути. Буржуазная теория возврата СССР к капитализму тем самым окончательно разбита и развеяна в прах...

Совет Народных Комиссаров и Центральный Комитет партии предлагают всем советским и партийным организациям в еще большей мере, чем это было во время посевной кампании, сосредоточить свои силы по проведению уборочных работ, как определяющих результаты всего сельскохозяйственного года, и в связи с этим на деле усилить внимание к вопросам сельского хозяйства.

В предстоящую уборочную кампанию необходимо сосредоточить силы на устранении коренных недостатков прошлых уборочных кампаний, а именно: больших *потерь* зерна, свеклы и др. технических культур, *затяжки* уборки, плохой организованности тракторного и конского парков, *неудовлетворительной* организации труда, применения, так называемого „конвейерного“ метода уборки и *отказа* от скирдования всего скошенного хлеба.

Важнейшими задачами, на решении которых должно быть сосредоточено внимание советских и партийных организаций, Совет Народных Комиссаров и Центральный Комитет партии считают следующие:

1) Во главу угла всей работы по уборке должна быть поставлена *борьба с потерями*.

2) Организация труда в колхозах должна обеспечить еще в большей мере, чем это имело место, непосредственную заинтересованность как каждой бригады, так и отдельных колхозников в результате своей работы.

3) Выдача натуральной и денежной части доходов должна в колхозах производиться в точном соответствии с количеством выработанных каждым колхозником трудодней...

4) Необходимо уже в ходе обмолота произвести выдачу колхозникам авансов в счет натуральной части доходов в размере 10—15 проц. фактически обмолоченного хлеба с тем, чтобы распределение этого аванса, также как и распределение всего дохода, производилось исключительно по трудодням.

5) Необходимо отменить имевшую место в прошлом году в ряде районов *практику задержки выдачи денежной части доходов* колхозникам до окончательного распределения доходов...

6) СНК и ЦК считают недопустимым повторение в настоящем году имевших место в прошлогодней практике фактов *уравнительного подхода* к определению размеров натуральных выдач в колхозах на трудодень.

7) В целях усиления технического вооружения совхозов и колхозов в настоящую уборочную кампанию немедленно *отпустить для совхозов и колхозов тракторов 16190 штук, автомобилей—6700 шт., уборочных машин—* на сумму 170 млн. рублей, в этом числе 8500 комбайнов, запасных частей к тракторам—на сумму 40 млн. рублей, сортового металла для ремонта тракторов и машин—12.000 тонн, шинного железа—12.000 тонн.

Вместе с тем особое внимание должно быть уделено всеми местными советскими и партийными органами делу ремонта тракторного парка, машин, телег и подготовке лошадей к уборке.

Редакция журнала, приводя пункты постановления в сокращенном виде и не все в целом, рассчитывает на то, что читатели будут иметь в своем распоряжении это постановление полностью и обращает внимание на то, что только полный текст должен быть положен в основу всей нашей практики.

Проблема борьбы с потерями зерна должна быть поставлена во главу угла всей работы по уборке—так гласит постановление. И действительно, потери зерна в прошлом году были весьма велики. Передовая „Известий“ от 5-го июля указывает, что Баландинский район Ср. Волги потерял в прошлом году при уборке урожая 23 проц. валового сбора пшеницы и 18 проц. валового сбора озимой ржи, из них 14,5 на корню при косьбе и остальные—на молотье и в результате хищений, что составит 200 тысяч центнеров зерна, 30 эшелонов хлеба. Михайлевский район Нижней Волги потерял в 1931 году около 10 тысяч тонн хлеба.

Тов. С. К а с с и о р на III Всеукраинской партконференции сообщил, что в 1931 году в ряде южных районов 30—40 процентов урожая оставлено в поле.

В материалах Татнаркомзема, представленных к объединенному пленуму ОК и ОКК ВКП(б) 9-го июля с. года, имеется указание, что собрать во время без потерь—это значит дать дополнительно 8—10 милл. пудов валовой продукции зерна.

Газета „Известия“ в вышеуказанной передовой статье отмечает, что эти потери достигают, примерно, объема государственного плана заготовок. Ставя вопрос, являются ли подобные потери неизбежными при нынешнем уровне развития производительных сил в сельском хозяйстве, при нынешней его машиновооруженности, „Известия“ отвечают: ни в какой мере, и рекомендуют:—следуя примеру ведущих районов, каждый район, каждый совхоз, каждая МТС, каждый колхоз должны иметь конкретный оперативный план борьбы с потерями.

Во имя действительного сокращения непроизводительной растраты зерновых продуктов попытки игнорирования простейших уборочных машин должны встретить такой же сокрушительный отпор, как и недооценка лошади.

Особенное внимание должно быть обращено на время хода уборки: если запоздание с сроками сева понижает урожайность на 5—7 процентов в день, то *перестой* хлеба может снизить сбор при неблаго-

приятной погоде (засуха, суховей) на 25 процентов или вызвать полную потерю урожая.

Следует вести решительную борьбу с теми, которые не дооценивают значения вязки хлеба и скирдования его. Нужно добиваться, чтобы то, что сжато за день, было связано в снопы и заскирдовано.

Решающее значение будет иметь правильная расстановка рабочей силы. „Только постоянная производственная бригада, производящая уборку на том же участке, на котором она производила посев и прополку, может обеспечить уборку и реализацию продукции с наименьшими потерями“.

Редакция фиксирует внимание медработников, работающих на уборочной кампании, что необходимо изучить опыт уборки в передовых колхозах и совхозах и его переносить в отсталые районы. Необходимо углубленно изучить материалы, печатаемые в местной периодической печати, изучить особенности района и участвовать в созываемых земорганами совещаниях.

Перед медработниками, работающими на селе, и перед бригадами медработников, посылаемыми на уборочную кампанию, стоят свои задачи по организации медпомощи в поле и на селе, обеспечивающие меньшие потери трудодней по болезни.

Нужно иметь в виду, что до сих пор уборочные кампании давали повышение с.-хозяйственного травматизма, так, по данным с.-хоз. травматизма зерносоюза „Гигант“ за 1929 год на уборочную кампанию пало 42% всех случаев травматизма за год. Это и понятно, так как во время уборочной кампании принимает участие наибольшее количество крестьянского населения, применяется большее количество машин и сельскохозяйственных орудий.

Отсюда и вытекает неотложность организации мероприятий по оказанию первой помощи при несчастных случаях именно *в поле*, на участке работы.

Кроме вопросов неотложной помощи внимание медицинских бригад должно быть сосредоточено на организации питания и снабжения доброкачественной питьевой водой. Постоянно обращая внимание правлений колхозов, совхозов и сельсоветов на дело организации питания в поле, а иногда и беря на себя заботу об организации питания и снабжения водой в поле — медбригады сделают большое дело для успешного проведения уборочной кампании. Третьим центральным пунктом работы медбригад в поле является организация широкой сети временных и постоянных яслей для детей крестьянок колхозниц и одиночниц. Чем больше времени будет высвобождено у крестьянки для работы в поле, тем скорее будет завершена уборка хлебов в поле.

Вся работа медбригады должна быть направлена на лучшую организацию уборки и на борьбу с потерями во время уборки. Отсюда и вытекает необходимость сочетания своей медицинской работы с задачами, которые выставлены постановлением Совнаркома и ЦК ВКП(б) от 5-го июля.

Нужно также помнить, что кулацкие элементы в деревнях прилагают все усилия к тому, чтобы сорвать наши задания по уборке хлебов во время, они попытаются дискредитировать предлагаемые мероприятия по рационализации уборки, они будут тянуть менее сознательных крестьян

к отсталым формам уборки хлебов. Медбригады в своей работе должны со всей решительностью разоблачать кулацкие попытки сорвать план уборочной кампании района.

Раз'яснение крестьянам всех партийных и советских постановлений, изданных раньше по вопросам организационного укрепления колхозов, хлебозаготовок, мясозаготовок и колхозной торговли должно быть в порядке работы медбригад.

Редакция обращается с призывом ко всем медбригадам, работающим на уборочной кампании, приложить все старания к реализации мероприятий, указанных в постановлении Совнаркома и ЦК ВКП(б) от 5-го июля с. года.

*Редакция.*

---

## **Мировая спартакиада,**

**Задачи органов здравоохранения к Мировой Спартакиаде**

**Б. А. Ивановского (Москва).**

Физкультурному движению выпала великая честь ознаменовать своим грандиозным праздником успешное окончание пятилетки в четыре года и завершение построения фундамента социализма в СССР трудящимися Советского Союза под руководством Ленинской коммунистической партии.

Президиум ЦИК СССР постановил провести летом 1933 года в Москве Мировую спартакиаду, как демонстрацию грандиозных достижений СССР на фронте индустриализации, реконструкции сельского хозяйства, социально-культурной революции и обороны СССР и как показ успехов, достигнутых на физкультурном участке социалистической стройки. Мировая спартакиада явится боевым смотром всех сил Красного Спортинтерна. В день открытия спартакиады все секции Красного Спортинтерна в капиталистических странах совместно с братскими, революционными организациями будут проводить массовые праздники трудящихся в честь победы пятилетки в Советском Союзе.

Праздник в Москве явится завершающим финалом громадной предварительной работы. Предварительно физкультурные организации СССР проведут местные спартакиады, к которым приурочиваются выставки достижений пятилетки, физкультурные выступления, лекции, доклады и т. п., посвященные Мировой спартакиаде. Эти спартакиады, в свою очередь, будут завершением ряда праздников и показа достижений, начиная с цеха, колхоза и совхоза.

Органической частью Мировой спартакиады явится мировая эстафета, производимая в капиталистических странах под лозунгом „На защиту СССР—ударной бригады мирового пролетариата“, а в СССР под лозунгом—„На штурм второй пятилетки“.

Подготовительная работа к Мировой спартакиаде уже идет развернутыми темпами. Разработан план и программы подготовительной работы и самого праздника. В связи со спартакиадой в Измайловском Зверинце (под Москвой) строится стадион мирового масштаба на 200.000 мест <sup>1)</sup>, на который Правительством СССР отпущены большие средства. К Мировой спартакиаде физкультурные организации СССР должны подготовить 2.000.000 физкультурников, сдавших нормы испытаний на значек „Готов к труду и обороне“, имеющий огромное политическое, военное, оздоровительное и воспитательное значение, и довести ряды своих членов до 10 миллионов человек.

Программа Мировой спартакиады состоит из 2-х частей—массовой и физкультурно-соревновательной <sup>2)</sup>, а также выставок достижений. На

<sup>1)</sup> Крупнейший в СССР стадион „Динамо“ имеет 50.000 мест.

<sup>2)</sup> См. журнал „Физкультура и соцстроительство“ № 3, 1932 г.



заключительном празднике в Москве ожидается до 10.000 иностранных участников, до 80.000 от СССР, а с москвичами, участниками массовой части Спартакиады, количество участников только финальной части будет достигать 300.000 человек.

Осуществление грандиозного плана проведения Мировой спартакиады требует мобилизации сил и внимания к ней со стороны всех заинтересованных в физкультуре ведомств и организаций и немедленного начала оперативной конкретной подготовки.

Руководство организацией и подготовкой к Мировой спартакиаде в целом возложено на специальный Организационный комитет при ЦИК СССР. На Наркомздрав и органы здравоохранения на местах ложится ответственная задача обеспечить во всех звеньях спартакиады: а) врачебный контроль, б) санитарный надзор, в) подачу первой помощи и г) научно-исследовательскую работу, а также помощь и консультацию по этим мероприятиям революционным спортивно-гимнастическим организациям капиталистических стран, где врачебно-физкультурные организации еще слабы.

На Мировой спартакиаде органы здравоохранения должны показать и доказать на деле перед трудящимися всего мира, что действительно в СССР „нет советской физкультуры без врачебного контроля“, должны показать и доказать широкое понимание и научную постановку советской физкультуры.

Некоторый опыт в этом отношении у нас уже имеется. Международная спартакиада 1928 года была первым экзаменом, который мы выдержали и выдержали не плохо. Через врачебный контроль и исследовательскую работу в летней части праздника прошло 3827 участников соревнований в Москве, в том числе 613 иностранцев. В Москве на спартакиаде работало 114 врачей. На зимней части Спартакиады, проводившейся в г. Осло (Норвегия) под руководством автора, работала врачебно-контрольная комиссия из русских и иностранных врачей, которая провела через предварительный врачебный контроль всех иностранных спортсменов (русские прошли врачебный контроль еще в СССР) и произвела ряд научных исследований влияния соревнования по боксу, борьбе и лыжам на организм. Наша постановка врачебного контроля и научных исследований по советскому методу привлекла большое внимание спортсменов и общества и были особо отмечены в норвежских и шведских газетах, и не только рабочих, но и буржуазных, которые старались игнорировать и замалчивать рабочую спартакиаду. Работа врачебной комиссии была специально отмечена на торжественном заключительном собрании всех участников спартакиады, а норвежский рабочий спортивный союз и ряд революционных спортивных организаций других стран приняли и для себя советский метод врачебного контроля, причем норвежским союзом летом были командированы к нам в Москву два врача для участия в летней части спартакиады и дальнейшего изучения врачебного контроля по советскому методу.

Эти достижения обязывают не снижать качества врачебно-физкультурной работы и на Мировой спартакиаде. Наоборот, мы должны развивать и совершенствовать ее, хотя теперь перед нами стоят гораздо большие трудности, заключающиеся, главным образом, в неизмеримо большем

масштабе работы, в громадном количестве участников, которых мы должны всесторонне обслужить.

Учитывая важность и срочность задач, Коллегия НКЗдрава приняла специальное постановление о врачебно-физкультурной работе на Мировой спартакиаде.

Под председательством Наркома М. Ф. Владимирского организован штаб по подготовке к Мировой спартакиаде. При штабе под председательством Б. А. Ивановского организована врачебно-контрольная комиссия, которая в дальнейшем, по соглашению с КСИ и ВСФК, пополнится представителями Союзных республик и иностранных рабочих спортивных союзов и явится врачебно-контрольной комиссией Оргкомитета Мировой спартакиады. Предварительно комиссия должна разработать ряд положений и инструкций по всем разделам работы, формы, карточки и т. д. Для окончательного утверждения предполагается созвать в начале 1933 года специальное совещание с участием иностранных врачей физкультурников.

Коллегия НКЗ дала также задание Институту социалистического здравоохранения начать подготовку к организации выставки достижений в области здравоохранения за первую пятилетку с тем, чтобы после Спартакиады ее можно было использовать в качестве выставок-передвижек за границей.

Для лучшего выявления здравоохраненческих задач Мировой спартакиады Коллегия НКЗ постановила учредить 3 приза имени Наркома здравоохранения: 1) коллективу лучшему по физическому развитию и состоянию здоровья, 2) коллективу лучшему по санитарно-гигиеническому проведению и выполнению санминимума и 3) коллективу лучшему по подготовке к подаче первой помощи.

Всем редакциям медицинских журналов Коллегия предложила принять участие в пропаганде и разъяснении значения Мировой спартакиады.

Коллегия НКЗдрава утвердила также основные установки, на основании которых должно разрабатываться положение о врачебном контроле на Мировой спартакиаде: команды физкультурников, отправляющиеся на Спартакиаду, должны пройти предварительный врачебный контроль на местах и получить разрешение местной врачебно-контрольной комиссии на участие в соревнованиях; в Москве проводится контроль лишь для тех физкультурников, которые требуют дополнительного осмотра, а также для иностранных товарищей, не прошедших врачебный контроль, и научно-исследовательская работа. Каждую команду физкультурников должен сопровождать соответственно подготовленный и проинструктированный врач.

Всем крайевым и областным здравотделам предложено организовать также штабы для руководства оперативной работой по подготовке к Спартакиаде и врачебно-контрольные комиссии.

Работа предстоит огромная. Времени осталось не так уже много, если учесть, что придется готовить еще врачей для работы по Спартакиаде, так как наличных кадров врачей-специалистов по физкультуре, несомненно, не хватит. Здравотделам необходимо теперь же по соглашению с местными советами физкультуры на основе директивы Коллегии НКЗдрава разработать конкретные планы работы, установить контрольные

цифры охвата врачебным контролем, календарные сроки выполнения и проверки заданий, подготовить сметные соображения к бюджету 1933 г. и т. д.

Мировая спартакиада будет также смотром и врачебно-физкультурной работы СССР в международном масштабе.

Без врачебного контроля нет советской физкультуры. Мы должны доказать, что этот лозунг претворен в действительность. Нам предстоит серьезный экзамен и этот экзамен мы должны выдержать.

## Организационные формы учебно-методического руководства.

Д-ра В. М. Банщикова (Москва).

Вопрос о том, как организовать учебно-методическую работу в Медвузах, какие организационные формы, какие ячейки создать для руководства этой работой является серьезным вопросом, имеющим немало-важное значение. При этом, говоря об организационных формах руководства учебно-методической работой, нельзя ограничиться указанием этих форм только на местах, в Медвузах, необходимо также указать и организационные формы этого руководства и в центре, в НКЗдраве.

Основной ячейкой, осуществляющей руководство учебно-методической работой Медвузов является *учебно-методическая группа* Сектора кадров НКЗдрава. Такую организационную форму руководства учебно-методическим делом на данном этапе надо считать правильной.

Для общественной помощи и контроля необходимо организовать при Секторе кадров НКЗ'а *учебно-методический Совет*, куда бы вошли активные преподаватели Московских Медвузов, студенчество, представители научных ин-тов, различных медико-санитарных учреждений, Моск. Обл. и Гор. здравоотделов, Союза Медсантруд, секции здравоохранения Советов, представители партийных и комсомольских организаций. Задачами этого учебно-методического Совета, на наш взгляд являются: а) — рассмотрение производственного плана учебно-методической группы сектора кадров, б) — рассмотрение и обсуждение основных принципиальных учебно-методических вопросов (принципы построения учебных планов, учебных программ Медвузов, формы учета и проверки знаний и навыков учащихся, принципы организации и методики непрерывной производственной практики, принципы построения учебников и др.), в) — доклады и отчеты учебно-методической группы, отдельных медвузов и др. вопросы. Организация такого Совета даст возможность иметь связь с общественностью, ее контроль и помощь в работе.

Для *непосредственной* же разработки учебно-методических вопросов, научного изучения практики педагогического процесса и всего опыта всех мед. уч. заведений Республики в настоящее время создан Центральный научно-методический кабинет по высшему медобразованию НКЗдрава. Этот кабинет в своей работе прежде всего использует опыт, педагогические силы и студенчество I и II Моск. Мед. Ин-тов,

2-х Моск. больниц-медвузов и рабочих факультетов, а также и опыт и силы всех мед. уч. заведений периферии.

Основные задачи, которые поставил перед собою кабинет, являются следующие:

1) изучение учебно-методического опыта Медвузов, рабфаков, и дела подготовки научно-педагогических кадров;

2) постановка научно-методического эксперимента в Медвузах и рационализация на основе этого педагогического процесса;

3) разработка методологических и методических вопросов мед. учебных заведений (учебных планов, учебных программ, профилей, методов преподавания и пр.);

4) консультация местам по вопросам методики современной школы и подготовки научно-педагогических кадров;

5) содействие повышению педагогической квалификации профпреподавательского состава мед. уч. заведений и ознакомление с марксистско-ленинской методологией (курсы, конференции, заочная система и пр.);

6) подготовка соответствующего методического материала к съездам, конференциям, совещаниям и т. д.

В своей работе кабинет разделяется на соответствующие секции сообразно своим задачам (секции высшего медобразования, рабфаков, секции подготовки научно-педагогических кадров). Методисты, стоящие во главе секций, все вместе составляют Бюро научно-методического кабинета—коллективный орган, осуществляющий общее руководство работой кабинета. В состав секций входят актив (методисты) из профессорско-преподавательского состава медвузов, научных ин-тов и рабфаков, медико-санитарных учреждений, представителей здравотделов, профсоюзов, аспирантов, студенчества и др. Все секции составляют Совет кабинета, рассматривающий общие, большой принципиальной важности вопросы. Непосредственное заведывание кабинетом НКЗ'а и ответственность за его работу возлагается на специального руководителя кабинетом, при котором имеется небольшой штат ответственных и технических работников, всего 5—6 человек. Таковы организационные формы учебно-методического руководства в центре.

В целях правильной постановки учебно-методической работы на местах, в Медин-тах, и единообразия в системе организации руководства этой работы мы считаем необходимым организацию в медвузах так называемых *учебно-методических комиссий факультета*. В состав учебно-методической комиссии факультета должны входить: а) зав. факультетом, б) зав. отделениями, в) представители профессорско-преподавательского состава, г) представители студенчества, д) представители союза Медсантруд, е) представители соответственных здравотделов, ж) представители предприятий, здравпунктов, диспансеров, больниц и т. д.

Задачами учебно-методических комиссий являются:

а) рассмотрение производственного плана ф-та и обсуждение вопросов, связанных с его выполнением;

б) рассмотрение учебных планов и программ ф-та, планов и программ непрерывной производственной практики и всех вопросов учебно-методического порядка в факультетском масштабе;

в) обсуждение вопросов, связанных с подготовкой аспирантов, выдвижением новых научных кадров и студентов-выдвиженцев;

г) рассмотрение всех вопросов, связанных с переходом на новые методы и формы работы факультета;

д) рассмотрение докладов и отчетов отделений, отдельных кафедр об их работе и т. д.

Постановление учебно-методической комиссии ф-та вступает в силу во утверждении их заведующим ф-том.

Объединяющим работу учебно-методических комиссий разных факультетов, руководящим и направляющим центром работы этих комиссий должен явиться *научно-методический кабинет мед. ин-та*, который и является единым методологическим и методическим центром всего Мед. Ин-та. Научно-методический кабинет организуется при каждом медицинском институте. Во главе кабинета стоит Зав. уч. частью мед. института. В помощь руководителю кабинета организуется бюро кабинета из актива наиболее квалифицированных в педагогическом смысле преподавателей.

Работа Научно-методического кабинета проводится при непосредственном участии профессорско-преподавательского состава, аспирантов, ординаторов и студенчества Института с привлечением представителей хозорганов и профсоюзов. Кабинеты мед. институтов могут в свою очередь иметь соответствующие секции согласно своим задачам.

Задачами научно-методических кабинетов мед. ин-тов являются:

а) методологическое и методическое руководство факультетскими учебно-методическими комиссиями мед. ин-тов;

б) учет опыта учебно-методической работы как всего мед. ин-та в целом, так и отдельных его частей;

в) разработка на основе собственного опыта, а также и других учебных заведений учебно-методических и методологических вопросов педагогического процесса;

г) консультация по вопросам педагогики проф.-преподавательскому составу медвузов и рабфаков;

д) организация научно-методической библиотеки для преподавательского состава, аспирантов, студенчества и т. д.

е) разработка методов преподавания применительно к каждой отдельной учебной дисциплине и др.

ж) организация курсов по ознакомлению проф.-преподавательского состава с марксистско-ленинской методологией, а также по повышению педагогической квалификации преподавателей ин-тов и рабфаков;

з) органическая связь с центральным научно-методическим кабинетом НКЗ'а, выполнение его специальных заданий и др.

Такова, примерно, предлагаемая нами схема организационных форм учебно-методического руководства как в центре, так и на местах.

II-е совещание директоров мед. ин-тов НКЗ'а (январь 1932 г.) подвело итоги работы, проделанной кабинетами и учебно-методическими комиссиями. Эта работа еще недостаточна. Коллегия НКЗдрава, заслушав доклад о II-м совещании директоров медвузов, вынесла 14/II 32 г. следующее решение о работе кабинетов и комиссий. „В целях правильного налаживания учебно-методической работы в мед. институтах Коллегия предлагает сектору кадров НКЗ'а добиться в ближайшее время перелома в работе учебно-методических кабинетов, учебно-методических комиссий, усиления работы производственных совещаний по вопросам методики, а также проведения в 1932 г. сектором кадров НКЗ'а учебно-

методической конференции заведующих учебными частями и проф-преподавательского персонала мед. институтов, освещения вопросов медобразования в краевых журналах и издания медгизом методических пособий по различным учебно-методическим вопросам Медвузов (НПП, методы преподавания, формы учета и проверки знаний и навыков учащихся и др.). Основной задачей учебно-методических органов НКЗ'а и Медвузов является—осуществление решения коллегии.

Из больницы им. Н. А. Семашко. Главн. врач Н. Г. Лучевский.

## К вопросу организации больницы ВУЗ при больнице им. Н. А. Семашко в Москве<sup>1)</sup>.

Ф. Г. Эпштейна (Москва).

Одной из самых актуальных проблем нашей советской действительности является в настоящее время вопрос о кадрах. Не представляют исключения в этом отношении и учреждения органов Наркомздрава. Наоборот, он здесь представляется наиболее животрепещущим. Можно бесспорно сказать, что кадры, персонал—самый жгучий, самый острый, самый больной вопрос в жизни наших медицинских, в частности лечебных учреждений<sup>2)</sup> Мы испытываем нужду во врачах (требуется до 40% совместительств), в стационарах не достаёт до 10 и больше процентов младшего медицинского персонала, пустуют штаты среднего персонала до 25% и выше<sup>2)</sup>.

Для смягчения нужды во врачах принимаются разные меры. Открываются новые мединституты, сокращается срок обучения в уже существующих, изменяются учебные планы и программы с распадением бывших медфаков на отделения леч-и санпрофа и охматмлада, устанавливается укороченное прохождение курса для студентов из лиц среднего медперсонала, создается заочное прохождение учения и т. д. Выдвинут также проект больницы-ВУЗ по примеру завода-ВТУЗ и предпринимаются конкретные шаги для осуществления этого проекта в Москве. Во всяком случае Сектор кадров Московского Горздрава занят вопросом создания б-цы ВУЗ в Сокольническом районе на базе комбината находящихся там больниц (Красносветской, Остроумовской, Русаковской, Психиатрической). Прорабатываются программы, учебные планы и т. д., и нужно надеяться, что это интересное начинание вскоре найдет свое реальное, фактическое осуществление. Наибольшие затруднения в этом деле встретятся, конечно, со стороны организации преподавания теоретических курсов (физики, химии и т. п.), но, вероятно, будет найден выход в разрешении этой задачи и б-ца-ВУЗ начнет функционировать.

Мы считаем проект б-цы ВУЗ заслуживающим чрезвычайного внимания. Нужда в персонале, в частности во врачах, столь велика в настоящее время, а с ростом благосостояния страны и вместе с ним и культурных потребностей населения надобность в медицинском персонале в бли-

<sup>1)</sup> В порядке предложения.

<sup>2)</sup> Статья написана в сентябре 1931 года.



жайшее время настолько возрастает несмотря на уменьшение заболеваемости и смертности, что больницы-ВУЗ'ы должны быть организованы всюду, где для этого имеются необходимые предпосылки. На одну вполне пригодную для б-цы-ВУЗ базу мне и хочется здесь указать.

Я имею в виду б-цу имени Н. А. Семашко. Она со своими койками (свыше 600) и подсобными кабинетами может служить прекрасной базой для лечебно-профилактического отделения со специальным уклоном в сторону физиотерапии, травматологии и ортопедии с механотерапией и врачебной гимнастикой. Здесь мог бы готовиться персонал для специальной работы на здравпунктах предприятий, а также врачи со специальным уклоном в сторону трудовой экспертизы (в связи с существованием экспертного отделения). В б-це имеется большой материал для учебы. Там находятся также хорошие преподавательские силы, занимающиеся подготовкой кадров. Многие из них достойны стать руководителями соответствующих кафедр.

Из клинических дисциплин в отделениях б-цы могут изучаться следующие предметы: внутренние болезни, нервные, хирургические со специальными главами, отделами, как травматология, урология, ортопедия (большое отделение стационарное и амбулаторное с механотерапевтическим кабинетом), гинекология, оториноларингология, одонтология (на коечном и, главное, на большом амбулаторном материале), физиотерапия (в большом отделении, где имеются электро-свето-водо-и грязелечебные кабинеты), рентгенология (в хорошем рентгеновском отделении б-цы), акушерство (в Роддоме им. 8 марта рядом с б-цей).

Что касается анатомии, гистологии, патологической анатомии, судебной медицины, топографической анатомии с оперативной хирургией, а также физиологии и патофизиологии, то их преподавание может быть легко организовано тут же при б-це. Дело в том, что в 1932 г. должен строиться при б-це новый патолого-анатомический корпус со вскрывочной и моргом (имеется решение Райсовета). Нетрудно спроектировать здание таким образом, чтобы приспособить его к преподаванию вышеперечисленных дисциплин. Все сведется лишь к тому, чтобы сделать постройку несколько большей и соответственно увеличить ассигнованную на здание сумму.

Преподавание биологии, физики, химии может быть организовано на базе Московского Профилактического политехникума, который находится в близком соседстве с б-цей (Пятницкая ул., 50). Микробиологию могут проходить в довольно большой и хорошо организованной лаборатории при б-це. Занятия по гигиене экспериментальной, социальной и профессиональной, по истории медицины, политэкономии, диамату, военному делу и т. п. могут быть организованы тут же на месте при б-це. Также фармакологию и фармацию можно проходить, опираясь отчасти на базу большой больничной аптеки.

Среди работников б-цы находится довольно много лиц не только крупных в своей области специалистов, но и имеющих большой педагогический опыт по своей преподавательской деятельности как в медицинских техникумах, так и в Институтах. Имеется среди них и ряд профессоров и доцентов.

Что касается до некоторых клинических предметов, не упомянутых мною, то глазные, кожные и венерические болезни и физиатрия могли



бы изучаться на базе амбулаторного материала тут же и стационарного в соответствующих отделениях б-ц (напр., 1, 2 Градской и 5 Советской), детские и инфекционные в образцовой Детской б-це в близком соседстве с б-ей Семашко, а психиатрия в б-пе им. Кащенко (в Ленинском районе).

Мы видим таким образом, что громаднейшая часть, чуть-ли не  $\frac{9}{10}$ , если не больше, всей работы, может быть проведена с учащимися в пределах самой б-цы и в ближайшем соседстве, что представляет большое удобство в смысле организации дела, наблюдения и контроля работы и т. д. Значительный стационарный (свыше 600 коек) и большой амбулаторный материал б-цы (общая амбулатория, на месте которой должен быть организован вскоре диспансер, диетстоловая, ортопедическая и физ.-терапевтич. амбулатории), прекрасные подсобные отделения (патолого-анатомическое с музеем, вполне готовое к целям преподавания на медфаке, лабораторное, Рентгеновское), некоторые специальные отделения, здесь функционирующие (экспертное, ортопедическое стационарное и амбулаторное с механотерапевтическим кабинетом и медицинской гимнастикой, большое физ.-терапевтическое отделение и пр.)—все это представляет значительные преимущества для дела организации б-цы-ВУЗ именно при данной б-це, для открытия там лечебно-профилактического отделения. Может быть открыто и отделение Охматмлада, опираясь на Роддом 8 марта и образцовую Детскую б-цу как на базу. При необходимости можно организовать занятия для санитарно-профилактического отделения.

Здесь можно одновременно открыть школу для подготовки кадров средних медицинских работников с особыми отделениями для физиотерапии, специально для массажа на базе имеющихся тут необходимых отделений.

Контингентом для обучения в б-це-ВУЗ могли бы служить средние медицинские работники б-цы Семашко, соседних б-ц и др. лечебных учреждений Ленинского района. Учащимися средней медицинской школы могли бы быть младшие медицинские работники, пока такие еще имеются в наших лечебных учреждениях<sup>1)</sup>, опять таки самой б-цы Семашко и расположенных по соседству б-ц и объединений (б-ца и объединение им. Тимирязева, 4 Градская б-ца, 2 Единый Диспансер и другие).

Не останавливаясь здесь на методических вопросах (программы, учебные планы, срок обучения, число слушателей и проч.), а также на необходимых сметах, это подлежит специальному детальному рассмотрению.

Нам хочется подчеркнуть всю важность создания б-ц-ВУЗ'ов, т. е. территориального объединения места учебы—теоретической подготовки и производственной практики—с местом каждодневной практической служебной деятельности. Такой симбиоз должен вести к щажению и экономии сил работников-учащихся (излишние разъезды и т. п.), к лучшей практической подготовке к самостоятельной работе, к несколько укороченному сроку обучения, к меньшей затрате денежных средств на воспитание кадров (нет надобности в общежитиях, меньший размер стипендий при лучших материальных условиях учащихся) и т. п.

<sup>1)</sup> О своевременности их упразднения см. нашу статью „К упрощению медицинской иерархии“, На фронте здравоохранения, 1931 г. № 20.

Где возможно, должны быть организованы б-цы-ВУЗ'ы, сколько выявляется нужда во врачах. А потребность в них будет раст по мере увеличения культурных запросов в связи с ростом общего благосостояния. Некоторые крупные столичные б-цы не уступают в смысле возможностей (материала, преподавателей и пр.) ряду провинциальных медицинских институтов.

Одним из образцов таких б-ц является б-ца им. Семашко в Москве, где уже имеются многие и могут бы созданы все предпосылки для организации еще в 1932 г. больницы-ВУЗ'а.

Из Терапевтической клиники Одесского института для усовершенствования врачей (директор проф. С. А. Гроссман) и 3-й Клинической (старший врач И. Е. Голубовский).

## Рационализация больничного питания.

И. Е. Голубовского и И. М. Фунт.

„Решающие успехи в области строительства СССР, культурный рост масс и втягивание членов рабочей семьи в производство, в связи с полной ликвидацией безработицы, ставят перед потребкооперацией задачу постепенного переключения продовольственного снабжения с форм индивидуального потребления на общественное питание, как первое условие перехода от мелкого, одиночного домашнего хозяйства к крупному, обобществленному“.

На основании этого постановления ЦК партии и правительства органам Здравоохранения пришлось решительно перестроить свою профилактическую работу, реально включиться в дело улучшения общественного питания путем установления строгого контроля за качеством пищи, санитарным состоянием в цехах общественного питания, втягивая широкие массы рабочей общественности. Одновременно на органы Здравоохранения возложена была ответственная задача по подготовке санитарно-пищевых медкадров. Этими путями Советское Здравоохранение должно включиться в активную работу и непосредственное участие по выполнению 5-тилетнего плана социалистической стройки в 4 года.

В то время как самое серьезное внимание было уделено органами Здравоохранения и широкими общественными массами вопросам реорганизации общественного питания на производстве, вопросы больничного питания—одной из существенных и ответственных форм общественного питания—к сожалению, до сих пор остались вне поля зрения и заслуженного внимания со стороны органов Здравоохранения, широких медицинских масс и рабочей общественности. Это обстоятельство привело к тому, что рациональное больничное питание, а тем более лечебное питание до сей поры в большинстве больниц всего Союза, и в частности в Одессе, недостаточно научно организовано. До сих пор вопросы рациональной и лечебной кулинарии, в условиях больниц, не получили своего единого правильного разрешения. Поэтому точно так же, как в современных условиях рационализация общественного питания выдви-

гается в качестве ответственной политической задачи, так и рационализация больничного питания выдвигается нами, как ответственная политическая и научно-практическая проблема. Успешное разрешение этой проблемы, несомненно, окажет большую роль в деле скорейшего оздоровления временно-нетрудоспособных производственных кадров.

Современная клиника строит свою учебную работу тем рациональнее, продуктивнее и научнее, чем больше удельный вес лечебной больничной кухни в арсенале оздоровляющих мероприятий клиники. „Диететика сделалась такой же важной составной частью врачебного искусства<sup>1)</sup>, как и пользование лекарствами, по моему даже более значительной и мощной. Даже мази дерматологов, нож хирургов и физиотерапевтические процедуры утеряли часть своего самодовлеющего значения. Нет сомнения, что развитие диететики пойдет дальше“ (Ноорден). Ясно, что вопросы, связанные с реорганизацией больничного питания, чрезвычайно актуальны и требуют скорейшего разрешения. Обследование постановки больничного питания в Одессе, по инициативе секции Охраны здоровья Горсовета, убедительно показало, что эта область немедленно должна быть коренным образом реорганизована на базе современных научных данных. Вот основная задача, поставленная на разрешение Терапевтической клиникой Государственного института усовершенствования врачей г. Одессы. В результате обследования выявлено было, что принятые в одесских больницах схемы питания резко отличаются в различных больницах как по количеству диет, так и по названиям, не имея по существу строго-научного обоснования.

Так, в 3-й Совнарбольнице до рационализации больничного питания было 5 диет: 1) слабая, 2) диетная, 3) молочно-растительная, 4) бессолевая, 5) общая. Во 2-й Совнарбольнице были следующие диеты: 1) общая, 2) для лихорадящих больных, 3) для выздоравливающих, 4) поносная, 5) для больных с отеками первая, 6) для больных с отеками вторая, 7) первая язвенная, 8) вторая язвенная, 9) после операции геморроя, 10) первая после операции над желудком, 11) вторая после операции над желудком, 12) третья после операции над желудком, 13) четвертая после операции над желудком, 14) первая родильная, 15) вторая родильная, 16) туберкулезная общая, 17) туберкулезная слабая, 18) туберкулезная поносная, 19) костно-туберкулезная общая, 20) костно-туберкулезная слабая и, наконец, 21) костно-туберкулезная поносная. В железнодорожной больнице: 1) общая, 2) первая слабая, 3) вторая слабая, 4) третья слабая, 5) первая особая, 6) вторая особая, 7) первая послеоперационная, 8) вторая послеоперационная, 9) колитная и 10) дехлорированная.

1-я Совнарбольница, как исключительно инфекционная, нами не обследовалась.

Из приведенных перечислений ясно, что при составлении схемы диет ни одна больница не учитывала современных научных достижений в области рационального и лечебного питания. Ни в одной больнице не оказалось отдельной диететической кухни или же выделенной части общей кухни для изготовления лечебного питания. По этому вопросу до настоящего времени и на западе нет единодушия во взглядах. В то время как Вирт, Боас, Корани утверждают, что каждая больничная кухня должна быть в целом диететической кухней, Ноорден, Штраус,

<sup>1)</sup> Взгляд Ноордена на медицину, как на „искусство“ не может быть нами разделен. Мы считаем медицину комплексом наук, развитие коих не дает в данный момент возможности исчерпывающе разрешить все медицинские проблемы. Медицина не „искусство“, а наука.

Шмидт, Брауер являются сторонниками системы двух кухон в больнице: центральной и диетической, работающей совершенно самостоятельно и независимо от центральной. Далее, Бройнинг, Гудценд считают, что в каждом отделении должна быть своя диеткухня для обслуживания больных только этого отделения. Наконец, Маттес допускает централизацию общей кухни и диетной, отводя для последней изолированное помещение, соединенное окошком с общей кухней; он исходит из того положения, что диетная кухня может свободно использовать полуфабрикаты, производимые общей кухней.

В результате изучения возможностей для рационализации больничного питания мы сочли наиболее приемлемой форму одной центральной кухни, превратив ее в диетическую. Такого рода реорганизация больничного питания требует того, чтобы во главе больничной кухни стояла знающая хорошо лечебное питание сестра-хозяйка; шеф должен хорошо знать кулинарную обработку лечебных блюд, отвечая за качество продукции. В каждом отделении должна быть сестра-диетичка из палатных сестер, хорошо знакомая с лечебной кулинарией и лечебным питанием, осуществляющая связь между врачом, назначающим ту или иную диету, и кухней. Этого, к сожалению, нет ни в одной одесской больнице. Обычно хозяйки кухон не знают рациональной, а тем более лечебной кулинарии, повара же обнаруживают полное незнание элементов лечебной кулинарии. Общий режим на кухне, проработка меню, норм набора, раскладок, контроль за работой кухни должны осуществляться больничным Советом по вопросам питания, в какой-либо входят врачи отделений, сестры-диетички отделений, завхоз, кладовщик, хозяйка кухни, повара и представитель больничной администрации; меню вырабатывается на пятидневку с таким расчетом, чтобы не было повторения одного и того же блюда. Раскладки меню должны обязательно отражать сезонность продуктового рынка с учетом количественной, качественной и витаминной ценности пищевого набора. Всякое изменение в обработке продуктов, помимо принятой диетсоветом здравинспекции, должно быть предварительно проработано и утверждено больничным Советом по питанию. Итак, рационализация системы управления центральной диеткухни требует обеспечения больниц кадрами сестер-диетичек и кулинаров по лечебному питанию, которые должны быть подготовлены из существующих кадров больницы. Центральная больничная кухня должна быть инвентаризирована так, чтобы шеф мог производить по крайней мере элементарную обработку пищи, согласно принципам лечебного питания. Ни в одной больнице пища не готовилась на пару, ни в одной больнице не оказалось бани для варки на пару, мясорубки не приспособлены к тонкому помолу мяса, ибо нигде не оказалось мелкой решетки. В нашей больнице мы ввели формочки для блюд на одного человека в виде таргалеток, имея в виду не только оформление блюда, но и возможность контроля получения больным полагающейся ему порции полностью. Оборудовав центральную кухню, нам пришлось изменить и схему диет, ибо существование центральной диетной кухни возможно лишь при условии минимальной ее загрузки разнообразными индивидуальными блюдами и минимальном количестве диет. Это достижимо с помощью введения принципа группового питания по тем или иным признакам. Так, проф. М. Певзнер, впервые введший в СССР этот метод для массового обслуживания

больных лечебным питанием, предложил группирование больных по органопатологическим признакам, создав соответствующие диеты для каждой болезни: печеночная, язвенная, колитная, почечная, сердечная и т. д. Против этого принципа резко восстает Ноорден; который заявляет: „Мы хотим и должны лечить больного, а не болезни“. Далее говорит Ноорден: „Мы не знаем ни одного определенного, строго ограниченного вида стола, соответствующего определенной болезни“. Ноорден является сторонником строго индивидуальной диеты для каждого больного. Но строгая индивидуализация Ноордена в области диететики вытекает из его буржуазной идеологии частного-практикующего врача. „Врач“—говорит Ноорден—„вне больницы, в частной практике, всегда имеет дело только с отдельным больным“. Советская же медицина строит систему здравоохранения с целью оздоровления широких масс трудящихся и, естественно, что в противовес буржуазному, строго индивидуальному лечению был выдвинут принцип группового питания. В наших условиях мы осуществили принцип группового питания, но основанный не на органопатологической дифференцировке, а на учете расстройств обмена веществ, ферментации и усвоения при различных заболеваниях в сочетании с необходимостью локального, механического, термического и химического щажения.

Поэтому мы ввели следующую схему диет:

- 1) Диета без ограничения белков, жиров и углеводов;
- 2) „ с ограничением белков;
- 3) „ „ углеводом;
- 4) специальная диета.

Первая диета подразделяется на:

- a) строго щадящую механически, термически и химически;
- b) щадящую механически, термически и химически;
- c) щадящую только механически;
- d) общую диету—рациональный стол.

Вторая и третья диеты по указанию врача могут изготовляться механически и химически щадящими.

Специальная диета объединяет больных, рацион коих вообще невозможно уложить в какую-нибудь схему, например: диабет. Помимо центральной кухни в больнице организован буфет для выдачи продуктов, не нуждающихся в специальной кулинарной обработке, например: яйца, масло, молоко, сметана, сахар, бульон. Больные с уремиями, язвой желудка, сопровождающейся кровавой рвотой, с острым приступом аппендицита, с резчайшей декомпенсацией сердца, после операций геморроя, с дизентерией, в течение первых 3—5 дней получают питание из буфета.

Диета первая А объединяет следующих больных: острые язвы желудка в течение 5—15 дней после остановки кровотечения, и предварительного 3—5 дневного питания из буфета. Послеоперационные больные: после резекции желудка, гастроэнтероанастомоза, аппендицита, после операции геморроя, цитавшиеся предварительно 3—5 дней из буфета; больные после лапаротомий, с пилорическим и стенозирующим tumorом или язвой в течение 5—15 дней также объединяются этой диетой.

Первая В объединяет: больных с язвой желудка и послеоперационных желудочных больных, септических, хирургических и терапевтических больных, лихорадящих соматических больных, с циститами, пиелитами и нефролитиазом со щелочной реакцией мочи, с кислотными катаррами желудка в последующие 1½—2 декады после диеты первое А.

Первая С объединяет больных с ахилией, пернициозной анемией (печенка), геморроем после первой А, аппендицитом после первой А, лежащих соматических больных, больных с субфебрильными температурами.

Первая D объединяет больных, не нуждающихся в лечебном питании: глазных, ходячих ушных и хирургических, часть нервных больных, с плевритами

при нормальной температуре, с болезнями крови и хроническими гинекологическими заболеваниями, с компенсированными пороками сердца и некоторых артритиков.

Вторая диета объединяет больных с почечными заболеваниями, печеночных больных, с декомпенсированными пороками сердца, с застойными явлениями, склеротиков, гипертоников, базедовиков, ревматиков с нарушением белкового обмена, больных с циститом, пиелитом, нефролитиазом с кислой реакцией мочи, подагриков, больных с мочекислым диатезом, с гнилостной диспепсией, свинцовой коликой и дизентерией—после буфета.

Третья диета объединяет больных с бродильной диспепсией, фосфотурьей, с ожирением ревматиков с нарушенным углеводным обменом.

Четвертая диета объединяет диабетиков.

Эти четыре диеты дают полную возможность, отказавшись от органо-патологической установки, обслужить рационально самый разнообразный контингент коечных больных в любой большой больнице, не загружая одновременно кухни изготовлением обилия блюд, а отделения выпиской сложных порционных требований.

Необходимо отметить, что при составлении 4-й диеты должны быть по возможности использованы блюда, входящие в состав остальных диет, при составлении же остальных диет по возможности использовать одни и те же ингредиенты в течение дня. (Образец меню на 5-ти дневку см. в таблице стр. 400).

Для проведения в жизнь реорганизации больничного питания необходим ряд условий, без коих никакие предложения не могут быть выполнены. Основное условие — составление суточного набора на одного больного по строгим нормам, имея в виду обеспечение химико-биологической ценности набора. Это осуществимо лишь тогда, когда между лечущими учреждениями и соответствующими снабжающими организациями будут установлены строгие договорные обязательства, гарантирующие своевременную доставку строго кондиционных продуктов по набору как дефицитных, так и недефицитных. Лечущие учреждения должны изучить средний контингент больных с целью определить среднее процентное соотношение различных диет и на основании полученных данных заключить договор со снабжающими организациями с указанием кондиционности продуктов. В условиях больницы мы считаем 9% больных, находящихся ежедневно на голоде: до операции, 1—3 дня после операции, голодные дни диабетиков, уремия, язвенные больные с кровотечением и т. д. Более приемлемым на данном этапе является централизованное снабжение всех больниц, что не противоречит проводимому переходу на хозрасчет как больниц, так и отделений внутри больниц. В дальнейшем каждое лечебное учреждение должно реорганизовать свое хозяйство таким образом, чтобы стать вне зависимости от снабжающих организаций путем создания собственной продуктовой базы. Этот наиболее правильный путь частично облегчит разрешение проблемы снабжения лечущих учреждений больших городов.

Совершенно недостаточное внимание во всех обследованных больницах уделяется транспорту внутреннему и внешнему. Ни в одной больнице мясо не доставляется в закрытом, обитом оцинкованным железом фургоне, а заворачивается в брезент и перевозится на той же подводе, на которой перевозят разные продукты, нередко имеющие специфический запах. Каждая больница должна иметь либо ящики, обитые оцинкованным железом, либо закрытый оцинкованный фургон для перевозки



	I A	I B	I C	I D	2-я диета	3-я диета
I завтрак	200,0 молока.	200,0 молока. 100,0 сухарей (на весь день).	1 стакан чаю. 300,0 белого хлеба. 100,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 300,0 белого хлеба или 150,0 сухарей. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 сухарей (на весь день). 20,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. 1 яйцо в смятку.	Манная каша размазня на молоке с маслом.	Творог со сметаной.	Творог со сметаной.	Манная каша с маслом.	Творог со сметаной.
Обед	Суп слизистый ячный с молоком и маслом. Молочный кисель.	Суп ячневый протертый с молоком и маслом. Мясные кнели с соусом бешамель. Кисель фруктовый.	Суп ячневый на мясном наваре протертый с маслом. Кнели мясные с соусом бешамель. Фруктов. кисель.	Суп ячневый на мясном бульоне. Жареные котлеты с картоф. гарниром. Фруктовый кисель.	Суп ячневый протертый на овощном бульоне. Овощная запеканка с соусом бешамель. Фруктовый кисель.	Мясной бульон крепкий с белковыми клецками. Кнели мясные с соусом—масло. Фруктовый кисель.
Ужин	Слизистый суп ячневый с маслом и молоком.	Манная каша на молоке с маслом.	Картофельный пудинг с мясной начинкой под томатным соусом. Фруктовый кисель.	Картофельный пудинг с мясной начинкой под томатным соусом. Фруктовый кисель.	Манная каша на воде с маслом. Фруктовый кисель.	Пюре из варен. мяса с маслом. Фруктовый кисель.

## Второй день меню.

I завтрак	200,0 молока.	200,0 молока. 100,0 сухарей (на весь день).	1 стакан кофе с молоком. 300,0 белого хлеба. 100,0 черного 25,0 сахару.	1 стакан кофе с молоком. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 300,0 черствого белого хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 белых сухарей (на весь день). 20,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. Суфле из 2-х яиц.	Взбитое картофел. пюре с маслом.	Картофельн. пудинг со сладким соусом.	Овощной винегрет.	Картофельн. пудинг со сладким соусом.	Суфле из 2-х яиц.
Обед	Слизистый перловый суп на молоке с маслом. Желтый молочный кисель.	Протертый перловый суп с маслом. Паровые мясные котлеты с картофелн. пюре. Протертый фруктовый компот.	Протертый суп перловый с маслом. Жареные мясные котлеты с картоф. пюре. Фруктовый протертый компот.	Мясной суп с перловой крупой. Котлеты жарен. с картофелн. пюре. Фруктовый компот.	Суп перловый протертый с маслом. Вермишелевый пудинг со сладким соусом. Фруктовый протертый компот.	Мясной бульон. Паровые котлеты с соусом—масло. Фруктовый протертый компот из груш.
Ужин	Слизистый перловый суп на молоке с маслом.	Перловая каша размазня, взбитая на молоке, с маслом.	Картофельное пюре на молоке. Компот.	Картофельное пюре. Компот.	Картофельное пюре с маслом. Компот.	Кнели из мяса. Компот протертый.

Витамины: морковный сок.

Витамины: картофельный сок.



Третий день меню.

	I A	I B	I C
I завтрак	200,0 молока.	1 стакан чаю с молоком. 100,0 сухарей. 25,0 сахару.	1 стакан чаю с молоком. 300,0 черствого белого хлеба. 100,0 черного хлеба. 25,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. 20,0 масла.	Ячневая каша размазня с маслом на молоке.	Овощные оладьи с маслом.
Обед	Суп слизистый манный на молоке с маслом. Снежки.	Манный суп на слабом овощном отваре. Овощное суфле на пару. Фруктовый кисель.	Суп манный на крепком овощном наваре. Овощной запеченный пуддинг. Фруктовый кисель.
Ужин	Молочный манный суп с маслом.	Манный воздушный пуддинг со сладким соусом.	Манный воздушный пуддинг со сладким соусом.

Четвертый день меню.

I завтрак	200,0 молока.	2 стакана чаю с молоком. 100,0 белых сухарей. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 300,0 черствого белого хлеба. 100,0 черного хлеба. 25,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. 1 яйцо.	Овсяная протертая каша на молоке с маслом.	Овсяная протертая каша на молоке с маслом.
Обед	Слизистый овсяный суп с маслом. Кисель фруктовый.	Протертый овсяный суп на овощном бульоне. Паровой мясной пуддинг с соусом—масло. Фруктов. кисель.	Борщ на мясном бульоне протерт. Жареные котлеты с картофелем. пюре. Фруктов. компот.
Ужин	Слизистый овсяный суп на молоке с маслом. Молочный кисель.	Омлет-суфле из 1½ яиц. Фруктов. кисель.	Лапшевник. Фруктов. компот.

	I D	2-я диета	3-я диета
I завтрак	1 стакан чаю. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 300,0 черствого белого хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 сухарей. 20,0 сахару.
II завтрак	Овощные оладьи с маслом.	Ячная каша размазня с маслом.	Яичница из двух яиц.
Обед	Французск. суп. Морковные оладьи под красным соусом. Фруктовый компот.	Суп манный на овощном наваре. Воздушный манный пуддинг под сладким соусом. Фруктовый кисель.	Манный суп на овощном наваре. Омлет-суфле из 1½ яиц. Грушевый кисель.
Ужин	Капустные шницеля. Компот.	Манный суп на воде с маслом.	Творожное суфле.
I завтрак	1 стакан чаю. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 150,0 сухарей или 300,0 хлеба бел. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 сухарей. 20,0 сахару.
II завтрак	Паштет из селедки.	Овсяная протертая каша с маслом.	Паштет из печени.
Обед	Мясной бош. Беф строганов. Фруктов. компот.	Протертый овсян. суп на овощном бульоне. Картофельн. пуддинг. Фруктов. кисель.	Мясной бульон с белковыми червячками. Паровой мясной пуддинг с соусом—масло. Кисель фруктовый.
Ужин	Лапшевник. Фруктов. компот.	Картофельн. пюре с маслом. Фруктов. кисель.	Омлет-суфле из 2-х яиц. Фруктов. кисель.

Витамины: морковный сок.

Витамины: картофельный сок.

	I А	I Б	I С
I завтрак	200,0 молока.	1 стакан чаю с молоком. 200,0 белых сухарей. 25,0 сахару.	1 стакан чаю с молоком. 300,0 белого хлеба. 100,0 черного. 25,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. 1 яйцо. 20,0 масла.	Протертая пшениная каша на молоке с маслом.	Протертая пшениная каша на молоке с маслом.
Обед	Слизистый пшениный суп на молоке с маслом. Омлет-суфле из 1½ яиц. Фруктов. кисель.	Протертый пшениный суп на овощном наваре с маслом. Протертая кабачковая каша на молоке с маслом. Фруктовый кисель.	Протертый пшениный суп на овощном наваре с маслом. Кабачковые оладьи. Компот фруктовый.
Ужин	Слизистый пшениный суп на молоке с маслом. Фруктовый кисель.	Овощное суфле. Фруктов. кисель.	Овощной пуддинг. Фруктов. компот.

мяса. Кроме того желательно, чтобы при получении туш с бойни каждая туша помещалась в отдельный мешок, затягивающийся поверх туши. Это мероприятие необходимо для того, чтобы исключить возможность загрязнения одной туши другой при перевозке. Перевозка хлеба должна производиться в ящиках с таким расчетом, чтобы хлеб лежал в один ярус, покрытый чистым брезентом.

Внутрибольничный транспорт пицци из кухни в отделение оказался во всех больницах однотипным: вареная пицца переносится в открытых кастрюлях или ведрах санитарками отделений, каковой способ несколько не предохраняет пищу от быстрого охлаждения и возможного загрязнения. Поэтому мы полагаем, что в каждой больнице должна быть при каждом отделении своя закрытая коляска, в которую можно в два яруса поставить кастрюли с первыми, вторыми, третьими блюдами. Желательно, чтобы стены коляски были слабо теплопроводны, что осуществимо с помощью соответствующей прокладки деревянных или пробковых опилок между двойными стенками коляски. Это мероприятие даст полную возможность получать больному соответствующей температуры и вкуса пищу.

При обследовании всех больниц оказалось, что ни в одной больнице вопросы рационального холодильного хозяйства не разрешены. Всюду мясо и молочные продукты хранятся в погребах-ледниках, которые зимой набиваются льдом, причем мясо обычно лежит на брезенте или рогоже, покрывающей лед, мясо же сверху не всегда прикрывается брезентом или рогожей. То же касается и коровьего масла. Поэтому, считая такую форму хранения мясных и молочных продуктов неприемлемой, мы

	I D	2-я диета	3-я диета
I завтрак	1 стакан чаю. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 150,0 сухарей белых или 300,0 хлеба белого. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 белых сухарей. 25,0 сахару.
II завтрак	Пшениная каша с жиром.	Каша пшениная размазня на воде с маслом.	2 яйца в смятку.
Обед	Пшениный суп. Плацинды с кабачком. Компот фруктовый.	Протертый пшениный суп на овощном наваре с маслом. Протертая кабачковая каша с маслом. Грушевый кисель.	Овощной бульон с пшениной слизью. Сырники на пару. Грушевый компот
Ужин	Винегрет. Компот.	Овощное суфле. Фруктовый кисель.	Творог со сметаной. 1 стакан чаю.

Витамины: Бураковый сок.

предлагаем в леднике погребе оборудовать железобетонную холодильную камеру, в которой мог бы сохраниться 5-ти дневный запас мяса в виде туш в висячем положении; в этой же камере должна быть оборудована изолированная камера для молочных продуктов: масла, молока и сметаны. На кухне должен быть железобетонный ларь со спускным краном для талой воды, рассчитанный на хранение лишь однодневного запаса скоропортящихся продуктов, причем лед в этих ларях должен быть строго изолирован от пищевых продуктов.

В то время как в постановлении ЦК ВКП(б) отмечено, что бракераж является одним из могущественных методов борьбы за качество пицци, организацию четкого контроля, бракераж в больницах отсутствует, за исключением пробы дежурным врачом готовой пицци. Такого рода бракераж далеко не может удовлетворить рациональную, а тем более лечебную кухню. Мы считаем, что бракераж должен осуществляться как в момент доставки сырья в больницу, так и в не менее обязательном порядке при поступлении сырья на кухню. Органолептическая проба готовой пицци должна составлять последний этап бракеража перед поступлением пицци к больному. Контрольные пробы должен отбирать и направлять в лаборатории дежурный врач по больнице, обязанный присутствовать при приемке кладовщиком привезенного сырья, при поступлении сырья на кухню, закладке в котел и при выдаче пицци. Не реже одного раза в месяц в обязательном порядке необходимо производить полный анализ суточного рациона пицци по каждой диете. Как было в начале указано, ни в одной больнице, несмотря на широкие возможности, не оказалось хорошо оборудованной и инвентаризирован-

ной кухни. Так, механизация в большинстве больничных кухон почти отсутствует, имеющаяся весьма бедная аппаратура либо бездействует, либо требует капитального ремонта. Ни в одной больнице не оказалось мелкой решетки для мясорубки, нет мельниц для дробления круп, овощерезок, протирочных машин, мраморных ступок; во всех кухнях мелкий инвентарь совершенно не рассчитан на специальную обработку мяса, овощей и др. продуктов. Дефекты оборудования, по нашему мнению, обусловлены недостаточным вниманием со стороны администрации больниц к этому вопросу, недостаточными требованиями, предъявляемыми врачами к кухонной продукции, непониманием большинством поваров задач и средств лечебной кулинарии. При мобилизации внутренних ресурсов в любой больнице можно установить минимум аппаратуры, нужной для рациональной лечебной кулинарии. Эти моменты выдвигают во всю ширь необходимость разрешения вопроса о кулинарных кадрах. Поэтому необходимо создать курсы по переквалификации поваров и сестер-диетичек.

Необходимо остановиться на ряде предложений по вопросу использования отходов, рационализации кулинарной обработки пищи в больничных кухнях и улучшения сервировки и подачи блюд больному. Во время обследования обнаружено было, что как мясо, так и овощи длительное время вымачиваются в воде перед поступлением в котел, причем промывные воды выливаются. Мясо обычно разрезается до мойки, а затем нарезанные куски опускаются на срок 2—3 часа в воду, кости рубаются на крупные куски, а затем вымачиваются в воде. Такая последовательность в обработке мяса совершенно недопустима, так как предварительно невымытая туша нередко при перевозке и хранении может подвергнуться быстрому разложению, оставаясь в стоячей воде в продолжении 2—3 часов, и выщелачиванию. Кости также загрязняются при рубке до мойки. Поэтому необходимо строго установить последовательность процессов при разделке мяса в таком порядке: мойка туши в проточной воде или лучше окатывание ее из шланга, вытирание насухо, разделка, мойка костей до дробления, мелкое дробление костей. Эти мероприятия дадут возможность максимально использовать питательные свойства костей при выварке из них бульонов, мяса и овощей. Повторного вываривания костей для бульонов ни в одной больнице не практикуется. Вторичное вываривание костей идет обычно на изготовление соусов для обедов следующего дня, после чего кости выбрасываются. Учитывая, что мясо является ценным продуктом, необходимо наладить во всех больничных кухнях по крайней мере трехкратное вываривание костей для бульонов, одновременно указав на обязательность мелкого их дробления. Картофель и др. овощи, как правило, во всех больницах дают до 40% отходов, длительно вымачиваются в воде после очистки, теряя огромное количество солей, причем эта вода также выливается, тогда как воды, в которых вымачиваются овощи, должны быть использованы в качестве основы для бульонов и соусов. Это мероприятие должно сохранить полноценность овощей при кулинарной их обработке. То же относится и к предварительной обработке круп. Нигде нет крахмало-ловителя и жира-ловителя, в то время как организация их очень примитивна и дает возможность использования отходов.

В целях увеличения оборачиваемости койки и возможно скорейшего возвращения больного к станку, необходимо принять одну и ту же схему диет как для больниц, так и для цехов лечебного питания, для последних в упрощенной форме. Это мероприятие даст возможность без перерыва продолжать на производстве незаконченное в больнице лечение и закреплять достигнутый в условиях больницы терапевтический эффект.

При обработке фруктов обычно корзинки и шелуха выбрасываются, в то время как из них можно получить хороший навар для сладких соусов или киселей. Проведение в жизнь перечисленных указаний, несомненно, даст большой экономический эффект при условии жесткого бюджета койко-дня питания больного. Обычно обработка пищи в больничных кухнях, сопровождающаяся длительным кипячением в открытых котлах, приводит к почти полному уничтожению витаминов. Поэтому необходимо обязательно ввести, как правило, добавление к готовым жидким блюдам в отделениях, при раздаче пищи, сырых овощных соков в количестве 1—2 чайных ложек на тарелку, поручив эту работу сестре-диететичке отделения, обязанной присутствовать при раздаче обедов.

Наконец, необходимо отметить полное невнимание администраций больниц к вопросу сервировки и подачи еды. Обычно пища подносится на железной или эмалированной тарелке, небрежно положенная, вилок и ножей нет, ложки железные, нередко плохо луженые. Такая сервировка, понятно, не может активировать нередко пониженный аппетит больного; в то же время при очень небольших затратах можно ложки, вилки получить и иметь фарфоровую посуду. Пища разносится по палатам не только лежачим, но и ходячим больным. Это обстоятельство приводит к загрязнению палат, а в летнее время к большому скоплению мух. Поэтому необходимо при каждом отделении организовать столовую для ходячих больных, снабдить эти столовые при отделениях приличной посудой по одному комплекту для каждого больного. Эта сторона обслуживания больного должна привлечь внимание как лечащих врачей, так и администрации больниц.

---

Из Казанской центральной малярийной станции (Зав. д-р М. С. Лифшица)  
и из Кафедры инфекционных болезней Гос. ин-та для усовершенствов. врачей  
(Завед. проф. А. Ф. Агафонов).

## К эпидемиологии малярии в Татарской Республике за последние годы.

Д-ра М. С. Лифшица и д-ра А. Ф. Малининой.

Малярия в Татарской Республике после резкой вспышки в 1922—23 г. пошла в дальнейшем значительно на убыль и в последние годы дает показатели заболеваемости ниже довоенных. По данным Центр. малярийной станции количество зарегистрированных больных малярией на 10000 населения по отдельным годам следующее:

На 10000 населения.

Табл. № 1<sup>1)</sup>.

Годы	АТССР	г. Казань	Районы
1913—14	324	—	—
1923	848	4333	668
1924	716	3513	568
1925	477	2233	392
1926	445	1933	335
1927	323	1556	228
1928	326	1709	223
1929	288,5	1366	195,4
1930	283,5	1164	202

Однако, несмотря на указанное снижение, заболеваемость малярией в ТР продолжает оставаться еще довольно высокой, превосходя таковую по РСФСР, Украине и Белоруссии и уступая лишь Закавказским и Средне-Азиатским республикам, что видно из следующей таблицы.

Показатели заболеваемости на 10000 населения (по Добрейцеру)<sup>1)</sup>

Табл. № 2.

	1926 г.	1927 г.	1928 г.	1929 г.
1. Закавказье . . . . .	902,8	868,8	908,4	1044,0
2. Туркменистан . . . . .	271	401	461	540,5
3. Узбекистан . . . . .	285,3	232,6	255,5	336,9
4. РСФСР . . . . .	319,7	243,7	195,8	165,4
5. Украина . . . . .	160,4	130,7	92,5	58,0
6. Белоруссия . . . . .	10,4	18,4	27,7	11,3

Из таблицы № 1 можно отметить также следующий факт, а именно, что кривая заболеваемости в ТР с 1927 г. стала более медленно спускаться и в последние два года держится почти на одном уровне. Это позволяет говорить о том, что малярия в ТР опять приняла харак-

<sup>1)</sup> Значительное расхождение в количестве заболеваний между гор. Казанью и селом объясняется преимущественно лучшей регистрацией маляриков в городе, поэтому надо считать, что показатели заболеваемости в районах ТР должны быть фактически больше указанных в табл. № 1.



тер эндемии с наклоном к временному стабильному количеству заболеваний. За это говорят также не только количественные, но и качественные показатели, т. е. состав зарегистрированных маляриков (см. табл. № 3).

Таблица № 3.

Форма заболевания	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	1928 г.	1929 г.	1930 г.
Первичные . . . . .	37,7%	30,5%	18,35%	13,4%	13,1%	9,3%	9,2%
Хроники . . . . .	—	—	52,7%	62	65	81,5%	81,3%
Рецидивы . . . . .	—	—	28,9%	24,6%	21,9%	9,2%	9,5%
Рецидивы и хроники . . . . .	62,3%	64,5%	81,65%	86,6%	86,9%	90,7%	90,8%

Как показывает таблица № 3, количество первичных заболеваний, с каждым годом уменьшаясь, дает в последние два года почти одинаковые цифры—9,2—9,3% всех зарегистрированных больных. Если сопоставить количественные и качественные показатели, то видно, что они не идут строго параллельно. Количество больных на 10000 населения с 716 для ТР и с 3513 для г. Казани в 1924 г. упало соответственно до 291 и 1164 в 1930 г., т. е. уменьшилось в 2,5 и 3 раза, между тем как первичная заболеваемость упала с 37,7%, до 9,2% уменьшившись более чем в 4 раза.

Это несоответствие между снижением общего количества больных и первичной заболеваемостью объясняется увеличением группы рецидивирующих и хроников, причем подавляющее число составляют хроники, дающие в последние годы, по данным малярийного пункта, до 80% первичных обращений по малярии. Этот факт заслуживает того, чтобы на нем остановиться, тем более, что в последнее время на вопросе о хронической малярии заострено внимание многих наших маляриологов. Некоторые из них, справедливо отмечая ошибки врачей при диагностике хронической малярии, предлагают считать несомненными только те случаи, при которых обнаружены плазмодии в периферической крови. Против этого приходится возражать потому, что при хронической малярии часто в периферической крови паразитов бывает так мало, что большей частью при однократном лабораторном исследовании их не находят. Практически мы относили к хроникам все случаи с определенными объективными данными, хотя и без нахождения паразитов. Прав, конечно, проф. Кушев, говоря, что распознать хроническую малярию довольно трудно, особенно, если в крови нет паразитов.

Не исключая возможности ошибок и в нашей амбулатории при Ц. маляр. станции, можно поэтому допустить, что % хроников несколько ниже вышеуказанного. Однако от этого динамика хронической малярии существенно не меняется и мы имеем несомненно относительный ее рост в течение всего периода угасания нынешней эпидемии малярии. Мы подчеркиваем именно только относительный рост, т. е. при снижении общего количества малярийных больных, уменьшение числа хроников, хуже поддающихся излечению, идет медленнее других форм, благодаря чему остающиеся от каждого предыдущего года хроники в следующем составляют уж больший удельный вес. Что касается рецидивов, то они, как и первичные, дают постепенное снижение.

В последние же два года мы имеем неизменившиеся соотношения между указанными 3 формами, что, повидимому, объясняется преимуще-

ственно относительным постоянством первичных заболеваний малярией за эти года. Все вышеизложенное является схематичным и относится лишь к только что пережитой эпидемии малярии в ТР. В дальнейшем при быстро прогрессирующем у нас улучшении медицинского дела и социально-бытовых условий трудящихся на почве бурно развивающегося социалистического строительства следует ожидать как абсолютного снижения общей заболеваемости, так и относительного уменьшения хроников благодаря уменьшению числа неизлеченных случаев малярии.

Мы заострили внимание на этом вопросе потому, что он имеет не только теоретический, но и практический интерес, сигнализируя о том, что с вопросом борьбы с малярией у нас неблагополучно и что необходима реорганизация наших мероприятий для достижения максимальной эффективности, к чему мы вернемся в конце статьи при практических выводах.

Наряду с только что отмеченным изменением соотношения клинических форм малярии, мы имеем, как показывает таблица № 4, сопутствующее уменьшение степени насыщенности периферической крови малярийным вирусом благодаря значительному увеличению % хронических форм.

Табл. № 4.

	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	1928 г.	1929 г.	1930 г.
Число (%) всех положительных анализов крови . . . . .	38,0%	38,3%	—	19%	14,6%	11,4%	10,9%
% соотношение форм по видам паразитов							
<i>M. tertiana</i> . . . . .	80%	57,5%	72,2%	29,8%	65,6%	54,4%	62,2%
<i>M. tropica</i> . . . . .	16%	37,9%	18,8%	62,5%	23,1%	30,1%	19%
<i>M. quartana</i> . . . . .	0,3%	0,05%	2,5%	4,8%	7,2%	11,6%	16%

Как видно из этой таблицы, число положительных анализов крови с 38% в 1924 г. падает до 10,9% в 1930 г., факт весьма существенный в эпидемиологическом отношении, дающий нам основание акцентировать некоторые вопросы по борьбе с малярией в ТР, о чем речь будет ниже. Касаясь отдельных форм по видам паразитов, нужно отметить, что трехдневная форма, несмотря на колебания по отдельным годам, в общем остается у нас преобладающей и дающей максимум заболеваний в весенне-летние месяцы. Четырехдневная форма, ежегодно нарастая, достигает в 1930 г. 16% всех положительных анализов крови, факт заслуживающий внимания и требующий дальнейшего изучения.

Несколько следует остановиться на тропической форме. Последняя, как видно из таблицы № 4, при отсутствии в общем тенденции к повышению, дает, однако, по некоторым годам скачки, из них особенно резкий в 1927 г., когда *M. tropica* значительно превышала трехдневную форму. Резкое увеличение тропической формы было отмечено в 1927 г. и во всем Поволжье. На 3-м Поволжском Малярийном Съезде в Самаре одним из нас (Л и ф ш и ц) было высказано предположение об известной связи между подъемами *M. tropica* и метеорологическими факторами, главным образом температурой. Сопоставляя теперь кривые движения малярии по ТР с 1924 по 1930 г. с метеорологическими данными, мы могли установить лишь известное совпадение увеличения тропической формы с соответствующими повышениями температуры. Так, подъемы



заболеваемости тропич. малярией были в 1925 и 1927 годах и частично в 1929 г. Если же взять как максимальную, так и среднюю температуру за июнь, июль и август м-цы соответствующих лет, то как раз на эти годы падает значительное повышение температуры по сравнению с другими годами. Причем нужно отметить, что перед увеличением тропики подъему температуры сопутствует среднее или даже малое количество осадков в последние летние месяцы. Повидимому, количество осадков при значительной заболоченности в ТР не играет доминирующей роли, а жаркое лето благоприятствует увеличению тропической формы, подразумевая под этим, главным образом лучшее развитие вируса тропики внутри комара, что является, конечно, только одним из факторов сложного механизма распространения тропической формы. Поэтому на основании наших наблюдений можно говорить лишь только о некоторой связи между подъемами тропики и температурной кривой.

Попытаемся теперь в свете вышесказанного указать направление дальнейшей противомалырийной работы в ТР, полагая при этом, что снижение заболеваемости должно не ослаблять, а наоборот усилить наше внимание к борьбе с малярией, чтобы добиться ее искоренения.

Как известно, борьба с малярией ведется в 2-х направлениях: с одной стороны, с передатчиком малярийного вируса — комаром, а с другой — с самим вирусом в человеческом организме.

В первом направлении определенные результаты сможем получить от правильного и энергичного проведения в жизнь сан-минимума по борьбе с малярией. Но это не решает целиком вопроса. Благодаря, главным образом, ежегодным разливам рек Татарская республика имеет значительную заболоченность. Площадь водоемов одного только гор. Казани и его окрестностей достигает до 3 милл. кв. метров, значительная часть которой заражена личинками анофелеса. Поэтому для радикальной борьбы с комаром необходимы, конечно, крупные гидротехнические и мелиоративные работы. Проведение последних, однако, требует значительных денежных затрат и мыслимо поэтому лишь в плановом порядке, рассчитанном на более или менее продолжительный период. К сожалению, этому уделялось у нас практически до сих пор мало внимания. Необходимо ТНКЗ добиться включения хозорганами ассигнований в сметном порядке для оздоровления в первую очередь промышленных центров (Казань, Паратский затон, Бондюжский завод, с. Васильево) и крупных совхозов и колхозов в наиболее пораженных районах ТР.

Значительные результаты получены в отношении борьбы с вирусом малярии в организме человека, борьбы, имеющей значение и лечебного, и профилактического мероприятия. Достигнутые успехи в области снижения малярии и известного укрепления здравоохранения на базе роста социалистической экономики создали перспективы дальнейшей более активной и успешной работы в этом направлении. Методы работы необходимо только видоизменить. До сих пор существовал самотек в отношении лечения маляриков. Сейчас становится реальной задачей диспансеризации маляриков в промышленных центрах, как г. Казань, где вводится общая диспансеризация. Следует при этом только отметить, что особое внимание нужно будет уделить строгому учету всех паразитоносителей, как источнику заражения, для последующего систематического наблюдения. Эта задача облегчается тем, что % паразитоносителей, как было уже

указано выше, теперь сравнительно не велик. В тех промышленных и районных центрах, где еще нет общей диспансеризации, и в крупных колхозах и совхозах наиболее пораженных районов необходимо пока ввести исследование крови у маляриков с обязательным взятием на учет паразитоносителей и острых маляриков для последующего систематического лечения.

Сравнительно небольшой % паразитоносителей, как сказано выше, и значительное общее снижение заболеваемости делают вышеуказанную задачу вполне выполнимой не только в городе, но и на селе. Поэтому находим своевременным акцентировать внимание на этом вопросе, считая, что правильно поставленный учет и лечение маляриков являются существеннейшим условием дальнейшей успешной борьбы с малярией в ТР.

Учитывая, однако, менее развитую медицинскую сеть в районах, необходимо с 1932 г. приступить к развертыванию в них противомаларийных учреждений, имеющих преимущественно постоянный характер (маларийные пункты, станции), возлагая на них также руководство всей профилактической работой по малярии на селе.

Излишне, пожалуй, говорить о том, что нельзя ограничиться одной лечебной хинизацией в борьбе с малярийным вирусом. Опыт противоречивой хинизации на крупных предприятиях г. Казани в 1931 г. дал ощутительные результаты, как в отношении снижения заболеваемости, так и уменьшения дней нетрудоспособности.

В заключении нужно сказать, что на пути к осуществлению задачи — искоренения веками существовавшей в нашем крае малярии стоят большие трудности, но можно быть уверенным, что при внимании нашей общественности к этому вопросу они будут преодолены. Залогом служат наши успехи на общем фронте социалистического строительства.

---

Из клиники кожных и венерических болезней Казанского государственного медицинского института. Врид. директора ст. ассистент Б. С. Биккенин.

## Сифилис в Граховском районе Удмуртской области.

(Данные обследования венпункта).

Д-ра Г. Г. Кондратьева.

Среди задач, стоящих перед советским здравоохранением в период развернутого социалистического наступления по всему фронту, немалое место занимает и борьба с венерическими заболеваниями.

В этом отношении поголовные, массовые обследования населения и в настоящее время являются одним из способов выявления размеров и характера распространения сифилиса в деревне, а также планомерного и успешного оздоровления пораженных очагов. Здесь мы считаем нужным поделиться опытом нашей обследовательской работы в Граховском ересе (районе) Удмуртской автономной области летом текущего года.

Граховский ерос географически занимает самую южную часть Удмуртской области и с юга граничит с Тат. А. С. С. Р. Ерос имеет в своем составе всего

8,763 хозяйств с общим количеством населения в 47.038 чел. Население смешанное. Преобладающую часть населения составляют удмурты, затем по убывающей численности идут русские, мари, татары и чуваша. К моменту обследования в районе было коллективизировано около 40% беднячко-средняцких хозяйств.

По сведениям Удмуртского обздравотдела южная часть области является наиболее сифилизированной. Обздравотделом намечена организация ряда венпунктов в этих районах. Один из этих венпунктов был организован в с. Грахове Граховского роса в июне текущего года.

В районе имеется 2 врачебных участка, из которых один в с. Грахове, где организован венпункт, в штате имеет двух врачей, второй—в селе Троцком—одного врача; имеется один фельдшерский пункт. Врачи Граховской больницы несут большую лечебную и общественную работу. Работу врачей весьма отягощает отсутствие достаточного количества среднего медицинского персонала. Лечение сифилиса проводится путем сальварсанизации, инъекции и фрикции не делаются. Гонорея лечится исключительно внутренними средствами и спринцевкой. При имеющейся загруженности врачей лечебной и общественной работой и при отсутствии достаточного числа среднего медперсонала не было технической возможности для проведения жанетизации, а также развертывания в широких размерах диспансерных методов работы. Систематический учет вензаболеваний не ведется. Цифровой материал, имеющийся в Граховской б-це, по крайней мере, отображает лишь обращаемость, но не дает картины сифилизации района.

Материал, представленный, нами является небольшим, но все же он дает ясное представление о степени распространения сифилисов в обследованных селениях.

Нами обследовано 10 селений; в них всего 775 хозяйств и 3675 челов. населения: мужчин—923, женщин—1301 и детей до 16 лет—1451 ч.

Из них обследовано 3501 чел. (95,26%), из которых мужчин—843, женщин—1251 и детей—1407 чел., колхозников—947, единоличников—2554 чел. По национальности: удмуртов—1832, мари—956, татар—99 и русских—614 чел.

Всего выявлено больных сифилисом 215 чел., что по отношению к обследованному населению составляет 6,14%. Кроме того, в процессе обследования выявлено 7 чел. больных гонорреями. В наш материал не включены подозрительные, т. е. лица, у которых диагноз должен был бы подтвержден R. W. К ним относятся объективно здоровые дети, у которых родители болели сифилисом, а также лица с неясным анамнезом. Поэтому возможно, что фактическая распространенность сифилиса среди обследованного населения является выше приводимой нами.

Показатели сифилизации по отдельным селениям представляются в следующем виде: (таблица № 1, стр. 414).

Как видно из приведенной таблицы, степень сифилизации по отдельным селениям неодинакова (от 0,28% до 13,62%). Наиболее сильно поражены сифилисом: М. Кармыж (13,62%), Давкино (10,46%), Арвась-Пельга (8,96%), Сарайкино (6,5%), Мамаево (6%), Юраши (5,18%), те селения, где преобладающую часть населения составляют удмурты; меньше всего поражены селения с марийским населением (Иж Бобья и др.). Если взять лишь удмуртов, больных сифилисом, по отношению к числу обследованного удмуртского населения по отдельным селениям, то заболеваемость среди них оказывается значительно выше. Так, заболеваемость среди них доходит в селениях: М. Кармыж—14,54% (41 сл. сифилиса из 282 обслед.), Давкино—7,5% (18 сл. сифилиса из 239 обслед.), Арвась-Пельга—8,5% (47 сл. сиф. из 553 обслед.), Мамаево—8,1% (27

Таблица № 1.

Название селений сектор.	Колич. на- селения	Колич. обследован.	0/0% обсле- дов.	Из них:				Выявл. больн. сифил.	0/0% больн. сифилис. по сектор.	0/0% больн. сиф. в общ. числу общ. населения
				Уд.	Мари	Кр.	Рус.			
<i>Тайшнер.</i> Единоличников . . . . .	167	162	97	—	63	99	—	5	3	3,9
<i>Ерыкса.</i> Колхозников . . . . .	89	88	98,65	—	66	—	22	1	1,1	} 1,69
Единоличников . . . . .	466	443	95,06	—	430	—	13	8	1,8	
<i>Верхний Выселок.</i> Единоличников . . . . .	74	70	94,6	—	70	—	—	1	1,43	1,43
<i>Из-Бобья.</i> Колхозников . . . . .	94	87	92,55	—	82	—	5	—	—	} 0,29
Единоличников . . . . .	271	262	96,67	—	245	—	17	1	0,38	
<i>Сарайкино.</i> Колхозников . . . . .	296	282	95,27	151	—	—	131	19	6,73	} 6,52
Единоличников . . . . .	176	163	92,6	146	—	—	17	10	6,13	
<i>Горные Юраши.</i> Колхозников . . . . .	115	107	93	28	—	—	79	—	—	} 5,18
Единоличников . . . . .	171	163	95,32	100	—	—	63	14	8,59	
<i>Мамаево.</i> Колхозников . . . . .	159	149	93,71	123	—	—	26	15	10	} 6,01
Единоличников . . . . .	318	300	94,34	210	—	—	90	12	4	
<i>Арвась-Пельга.</i> Колхозников . . . . .	171	162	94,73	157	—	—	5	10	6,17	} 8,96
Единоличников . . . . .	430	418	97,2	396	—	—	22	42	10	
<i>Давкино.</i> Колхозников . . . . .	74	72	97,3	66	—	—	6	11	15,27	} 10,46
Единоличников . . . . .	292	272	93,15	173	—	—	99	25	9,2	
<i>Малый Кармыж.</i> Единоличников . . . . .	312	301	96,47	282	—	—	19	41	13,62	13,62

сл. сиф. из 333 обслед.), Горные Юраши—10,9% (14 сл. сиф. из 128 обслед.), Сарайкино—8,75% (26 сл. сифилиса из 297 обследованных).

Исключение составляет лишь Давкино, где больше поражена русская часть населения. Степень сифилизации удмуртского населения в среднем составляет—9,44%, что значительно выше таковой мари, татар и русских.

Только что сказанное наглядно видно из табл. № 2.

Наличие сифилиса по колхозному и единоличному секторам представлено в таблице № 1.

Процент выявленного сифилиса в колхозах оказывается несколько ниже, чем среди единоличников. Исключение составляют селения—Мамаево, Давкино. Но это обстоятельство отнюдь не говорит, что в колхозном секторе этих селений имеются новые условия, облегчающие распространение сифилитической инфекции. В этом районе сифилис имеет большую давность и преобладает третичная форма его в латентном периоде. Почти все колхозники больные сифилисом, являлись латентными сифилитиками, заболевшими до вступления в колхоз.

	Количество населен.	Количество обследов.	%/о обследованных	Выявлено больных сифилис.	%/о выявлен. больных
Всего . . . . .	3675	3501	95,26	215	6,14
Из них:					
Колхозников . . . . .	998	947	94,88	56	5,91
Единоличников . . . . .	2677	2554	95,4	159	6,22
Удмуртов . . . . .	1927	1832	95,07	173	9,44
Мари . . . . .	993	956	96,27	12	1,25
Татар . . . . .	102	99	97	3	3
Русских . . . . .	653	614	95,55	27	4,40
Мужчин . . . . .	923	843	91,33	85	10,08
Женщин . . . . .	1301	1251	96,1	112	8,95
Детей . . . . .	1451	1407	97	18	1,27

Распределение сифилиса по полу представлено в таблице № 2 и 3. Заболеваемость среди мужчин в процентном отношении несколько больше, чем среди женщин.

Большая часть больных, как видно из таблицы № 4, приходится на трудоспособный возраст.

Что касается распределения сифилиса по стадиям, то третичная форма сифилиса (161 случ.) превалирует над вторичной (38 случ.). (См. таблицу № 5).

Первичный сифилис не обнаружен ни разу. Выявлено всего по одному случаю вторичного свежего и рецидивного и сравнительно незначительное число вторичного латентного сифилиса (35 случаев). Как вторичный, так и третичный сифилис встречается, главным образом, в латентной форме. Преобладающая часть случаев латентного третичного сифилиса характеризуется наличием следов на месте бывших третичных поражений кожи—характерных рубцов после узлового сифилида (главным образом, на голених) или разрушения твердого и мягкого неба, язычка, задней стенки глотки, носовой перегородки и т. д., т. е. всеми теми особенностями, которые свойственны сельскому сифилису. В этом отношении особенно выделяется Арвась-Пельга, где у большинства больных наблюдаются следы после бывших обширных гуммозных поражений на коже. Таким образом, в обследованных селениях сифилис встречается, главным образом, в латентной форме и это обстоятельство является весьма важным, так как социальное значение и прогноз динамики сифилиса определяется не только его распространением, но и соотношением активно-заразных форм к скрытым. Такое положение является следствием лечебной и профилактической работы Граховского медучастка.

По сведениям последнего здесь в прошлом часто встречались как первичные, так и свежие вторичные случаи заболевания. Здесь, как указывалось выше, довольно широко проводится сальварсанизация, особенно в последние 3—4 года, которая, несомненно, сказалась в резком снижении заразных форм и в общем снижении вторичного сифилиса. Преобладающая часть зарегистрированных больных в прошлом подвергалась специфическому лечению, но все же весьма недостаточно.

Распределение по полу.

Таблица № 3.

	Вторичный сифилис						Третичный сифилис						Врожденный сифилис	Табес.	Невролюэс							
	Свежий		Резидуив.		Латентный		Активный		Латентн.		Врожденный сифилис											
	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	Рус.	Удм.					
Мужчин . . .	—	—	—	—	—	—	10	—	—	3	2	—	1	25	5	1	8	3	1	—	1	2
Женщин . . .	—	—	—	1	—	—	16	—	—	2	1	—	—	73	3	2	10	1	—	—	—	—
Дети до 16 л.	1	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	7	—	—	1	—

Распределение по возрасту.

Таблица № 4.

	Вторичный сифилис						Третичный сифилис						Врожденный сифилис	Табес.	Невролюэс							
	Свежий		Резидуив.		Латентный		Активный		Латентн.		Врожденный сифилис											
	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	Рус.	Удм.					
До 16 лет . . .	1	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	4	—	—	—	7	—	—	1	—	—
16—20 лет . . .	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	6	1	—	—	1	1	—	—	—	—
21—30 лет . . .	—	—	—	—	—	—	14	—	—	4	2	—	1	43	3	2	10	2	1	—	—	—
30—40 лет . . .	—	—	—	1	—	—	5	—	—	—	—	—	—	30	—	1	3	1	—	—	1	1
Свыше 41 г.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3	—	—	39	4	—	—	—	—	—	—	1

У—Удмурты, М—Мары, Т—Татары Р—Русские.

*Распределение по стадиям.*

	Вторичный сифил.			Третичн. сиф.		Врожд. сиф.		Невролюэс	Табес
	Свеж.	Рецид.	Латент.	Активн.	Латент.	Ранний	Позд.		
Удмурты . . . . .	1	1	30	6	122	1	10	—	2
Мари . . . . .	—	—	—	3	8	—	1	—	—
Татар . . . . .	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Русские . . . . .	—	1	5	1	18	—	1	1	—

Таблица № 6.

*Способ заражения.*

	Половое заражен.	Внеполовой сифилис	Врожденный	Невыяснен.
Удмурты—мужчины . . . . .	34	4	6	26
” женщины . . . . .	54	8	5	36
Мари—мужчины . . . . .	—	—	1	7
” женщины . . . . .	—	—	—	4
Татары—мужчины . . . . .	—	—	—	1
” женщины . . . . .	1	—	—	1
Русские—мужчины . . . . .	9	1	1	4
” женщины . . . . .	—	—	—	6

Врожденный сифилис выявлен в 13 случаях. В эту группу нами включались больные лишь с явными признаками врожденного сифилиса. Нужно полагать, что часть случаев врожденного сифилиса могла остаться незарегистрированной за отсутствием достаточных объективных признаков и невозможностью подтвердить лабораторными методами исследования (R. W.).

Для полноты материала нужно добавить, что за 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> месяца на амбулаторном лечении находилось всего 78 больных, из них 21 чел. из обследованных и 57 чел. из необследованных селений. Последние 57 случаев, которые не включены в таблицы, распределяются так: первичный сифилис—1 случай, свежий вторичный—1, латентный вторичный—17, активный третичный—2, латентный третичный—24 и ранний врожденный сифилис—1 случай; острая гоноррея—10 случаев и мягкий шанкр—1 случай. Больные с первичным и свежим вторичным сифилисом были подвергнуты стационарному лечению. Наличие свежих заразных форм сифилиса указывает, что в необследованных селениях района имеются свежие очаги сифилиса, которые могут быть источником как половой, так и внеполовой инфекции для окружающих. Судя по обращаемости на вензункт и по сведениям Граховской больницы, есть основание предполагать, что более пораженными сифилисом являются селения Верхняя Игра, Мишкино, Нижние Юраши, Селянур-Пельга и Першур.

Не располагая достаточным материалом для суждения об истории проникновения и источниках распространения сифилиса в Граховском и соседних районах, мы можем лишь с полным правом отметить, что сифилис в обследованных селениях имеет прошлую давность. Достаточно



указать, что за давность проникновения сюда сифилитической инфекции говорит наличие значительного количества пожилых и старых больных с третичным сифилисом, заболевших им в молодом и даже детском возрасте. Документом, указывающим на давность появления сифилиса в этом районе, являются также саблевидные периоститы, обнаруженные нами у двух удмуртов в возрасте 25 и 26 лет и у одной удмуртки— 39 лет.

В условиях давности проникновения сюда сифилиса и значительной сифилизации населения весьма важное значение приобретает вопрос изучения врожденного сифилиса. Врожденный сифилис по отношению ко всему выявленному сифилису составляет всего 6%; но эта цифра, видимо, ниже действительной. Бросается в глаза частая обращаемость удмурток в Граховскую больницу с жалобой на частые многократные выкидыши. Можно полагать, что в большинстве таких случаев причиной выкидышей является сифилис в латентной форме.

Вопрос о врожденном сифилисе и влиянии сифилиса на рождаемость среди удмуртского населения должен быть предметом специального изучения органов здравоохранения Удмуртской области.

Факторами, способствовавшими распространению вензаболеваний среди удмуртского населения, являлись тяжелые социально-бытовые условия, культурная отсталость и отсутствие санитарно-гигиенических сведений, неизбежных последствий бывшей царской политики, особенно среди нацменьшинств.

Эти факторы, хотя и изменились за период существования соввласти, но в известной степени продолжают влиять на распространение вензаболеваний. Население обследованных селений не имеет еще достаточных элементарных знаний о венерических заболеваниях и о мерах предохранения от них. Это способствует распространению как полового, так и внеполового сифилиса.

Преобладает половой способ заражения. Этому способствуют особенности полового быта удмуртов—раннее начало половой жизни, свободные половые отношения и др., являющиеся следствием социально-бытовых условий удмуртов.

Значительная часть невыясненных случаев заражения должна быть отнесена к группе внеполового сифилиса, так как большинство больных этой группы не знают о времени и источнике заражения (Таблица № 6).

Коллективизация сельского хозяйства вызывает новые социально-классовые отношения к деревне, улучшает экономический и культурный уровень и весь быт колхозников, что благоприятно отражается на половом быте и на снижении венболезней; с другой стороны, она создает необходимые условия и широкую возможность в деле борьбы с венболезнями. В связи с этим по новому должны ставиться вопросы методики и содержания обследовательской и санпросветительной работы. Мы не имеем возможности в рамках данной статьи подвергнуть более детально обсуждению затронутый нами вопрос. Мы считаем здесь необходимым только отметить, что в условиях обобществленного сектора сельского хозяйства способ подворного обследования с заходом врача в каждый дом, сопряженный с очень большой затратой энергии и времени, может быть оставлен. Мы пользовались способом подворного обследования амбулаторного типа, при котором население проходит обследование отдель-

ными семьями в пригодном для этого помещении, с отделениями для мужчин и женщин. В колхозах поголовные осмотры встречали самую сочувственную поддержку, колхозники приходили на осмотры охотно и аккуратно. Санпросветительная работа может достигать своей цели лишь в том случае, если вопрос борьбы с вензаболеваниями в деревне будет связан с задачами социалистического строительства в стране, с задачами коллективизации сельского хозяйства.

В нашей санпросветработе главное внимание уделялось вопросу о том, какое социальное значение и опасность представляют вензаболевания в деревне в данных конкретных условиях, условиях коллективизации, какое огромное значение имеет борьба с венболезнями для успешного выполнения конкретных задач, стоящих перед советской страной в настоящее время.

Наш опыт показывает, что при этих условиях имеющиеся формы санпросвещения — беседы, лекции и др. могут быть использованы с успехом. Нужно констатировать полное отсутствие специальной популярной литературы на удмуртском языке, что является тормозом в санпросветительной работе.

Ясно, что успешная борьба с венерическими заболеваниями возможна лишь при условии мобилизации вокруг этого вопроса внимания широкой общественности рабочих, колхозников и всех трудящихся.

Согласно постановления Удмуртского облисполкома от 5-го мая 1931 г., при облисполкоме организован областной совет по борьбе с социально-бытовыми болезнями и выполнению санитарного минимума с участием представителей партийных, советских, профессиональных и общественных организаций. Соответствующим образом должны быть организованы низовые организации при еросисполкомах и сельских советах (секции здравоохранения), в колхозах, школах и т. д. (здравячейки). Эти организации должны возглавить борьбу с социально-бытовыми болезнями и, в частности, с вензаболеваниями, борьбу за ликвидацию неграмотности, за улучшение бытовых условий и т. д. на базе коллективизации, вовлекая в нее широкую массу трудящихся.

Врачебным организациям не следует недооценивать значения санминимума в борьбе с венболезнями. Достаточно указать хотя бы на то, что борьба с внеполовым сифилисом в деревне требует не только соответствующего изучения больных, но, главным образом, проведения общесанитарного оздоровления бытовых условий. В этом отношении задача вообще медицинских и венерологических организаций заключается в том, чтобы путем проведения санминимума обеспечить условия, исключающие возможность распространения внеполового сифилиса, занимающего значительное место среди удмуртского населения.

В заключение считаем необходимым сделать следующие организационного характера выводы:

В условиях значительной сифилизации населения Граховского ероса организация венерологического пункта в с. Грахове является важным фактором, дающим возможность охватить противовенерической помощью трудящееся население ероса.

Необходимо в кратчайший срок обеспечить венпункт врачом-венерологом и средним медицинским персоналом, создав финансовую и ма-

териальную базу для развертывания лечебной и профилактической работы венпункта.

Для госпитализации заразных сифилитиков необходимо иметь специальное отделение в Граховской больнице.

Необходимо издать популярные брошюры, листовки и др. по вопросам полового быта, венерических заболеваний на удмуртском языке.

Развернуть работу низовых организаций-секций здравоохранения при еросисполкомах и сельских советах, здравячеек в колхозах, школах и т. д., вовлекая в борьбу с венболезнями широкую массу трудящихся.

## Межкраевое Совещание по вопросам борьбы с трахомой.

Проф. А. Н. Мурзина.

По инициативе НКЗдр. ТР и Казанского трахоматозного института им. Е. В. Адамяка 20—22 мая с. г. в Казани состоялось совещание представителей НКЗдр. соседних республик и областей по вопросам борьбы с трахомой в Волжско-Камском крае.

В программу совещания вошли след. темы: 1) методы и результаты борьбы с трахомой в республиках и областях Волжско-Камского края; 2) план борьбы с трахомой и ликвидации ее во второй пятилетке; 3) борьба с трахомой на новостройках; 4) регистрация и статистика трахомы.

Результаты работы совещания имеют не только местный интерес, но и общее значение для Союза в виду того, что на нем подверглись детальному обсуждению противотрахоматозные мероприятия, проводимые планомерно в жизнь некоторыми из республик.

Систематическая, организованная борьба с трахомой в *Чувреспублике* начата во второй половине 1928 г. В каждом из затрахомленных районов имеются глазные пункты, которые руководят лечебно-профилактической работой в своем участке. Непосредственными помощниками на местах являются трахоматозные сестры, количество которых возросло с 51 в 1929 г. до 345 в 1932 г. Активно участвует в борьбе с трахомой само население, организованное в Общество борьбы с трахомой, а также учителя, получающие предварительную подготовку на краткосрочных курсах.

За 3-летний период борьбы с трахомой, в результате подъема социально-культурного уровня населения и планомерно проводимой лечебно-профилактической работы, доведенной непосредственно до населения, в Чувресп. достигнуто снижение трахомы с 47% (1925 г.) до 36,7% (1931 г.). Особенно рельефны данные доклада, рисующие степень снижения трахомы в зависимости от продолжительности регулярного проведения противотрахоматозных мероприятий: там, где оно проводилось непрерывно в течение 3 лет, трахома снижена с 37,2% до 9,3%; при 2-летней продолжительности—с 64% до 34% и, наконец, в тех селениях, где систематическая борьба с трахомой проведена в течение 1½ лет—с 56% до 33%. К концу 1932 г. в Чувресп. будет развернута вся сеть трахоматозных пунктов, намеченная для полного охвата трахомных больных.

В *Маробл.* также принят гнездовой метод борьбы с трахомой, и в настоящее время она имеет 58 глазных пунктов. К борьбе с трахомой, как и в Чувресп., привлекаются и участковые врачи; активно участвует широкая общественность, учителя, организовано противотрахоматозное общество, установлен тесный контакт с обществом слепых.

В *Удмуртской обл.* организованы глазные пункты с врачами-окулистами, руководящие работой трахоматозных сестер. Недостаток во врачебных кадрах вызвал необходимость подготовки трахоматозных инструкторов из квалифицированного среднего медперсонала, имеющего практический опыт по трахоме. Инструктора, являясь помощниками врачей, руководят работой трахоматозных сестер. Общественность организована в Совете по борьбе с социальными болезнями при ОБИК'е, районных секциях здравоохранения, ячейках по борьбе

с социальными болезнями (здравячейках)—в колхозах, совхозах, коммунах, в рабочих бараках и поселках, цехах и предприятиях. К борьбе с трахомой привлечено также и сельское учительство.

В *Татреспублике* в 1924 г. были организованы трахоматозные диспансеры, выполнившие большую лечебно-профилактическую работу; ежегодно с 1923 г. в наиболее затрахомленные районы посылаются глазные отряды.

В 1931 г. был выработан конкретный план борьбы с трахомой на 1932 г., который и проводится в жизнь путем организации опорных трахоматозных пунктов с соответствующим кадром трахоматозных сестер. Изучение как теоретических, так и практических вопросов по трахоме сосредоточено в Казанск. Трахом. институте.

В *Башреспублике* борьба с трахомой проводится преимущественно глазами отрядами.

Т. обр. докладами с мест было выпукло обрисовано положение дела борьбы с трахомой в Волжско-Камском крае, где, с одной стороны, имеются республика и области с планомерно организованной и проводимой в жизнь борьбой и, с другой стороны, где противотрахоматозная борьба находится еще на первых этапах своего развития.

Бригадой Каз. научной ассоциации врачей были представлены на обсуждение след. основные положения 5-летнего плана борьбы с трахомой в ТР и соседних республиках и областях:

Целевой установкой борьбы с трахомой во второй пятилетке является ликвидация трахомы.

Основные моменты плана должны быть общими для областей Волжско-Камского края. Ликвидация трахомы будет достигнута при условии доведения всех мероприятий по борьбе с ней до населения через трахоматозные пункты, в которых ведут работу трахом. сестры под руководством и контролем врачей-окулистов. Кроме того в борьбе с трахомой участвуют все врачи района. В районных, а также в сильно затрахомленных пунктах должны быть амбулатории и стационарные отделения. В ликвидации трахомы принимают активное участие партийные организации, профсоюзы, общественный актив деревни, здравячейки, педагогический персонал, ВОС и др. организованные группы населения, ознакомление которых с вопросами трахомы осуществляется путем краткосрочных (10—15 дней) курсов. Систематическое лечение трахомных больных проводится трахом. сестрами; общественному активу могут быть поручены простейшие манипуляции: впускание капель, закладывание мази. Врачебные кадры пополняются; увеличением числа врачей для работы по глазной специальности оканчивающих Мед. ин-т (не менее 50%), большей пропускной способностью курсов усовершенствования при 3-месячной их продолжительности с преимущественным акцентом в преподавании на трахомах; переподготовкой врачей с глазным уклоном на местах путем организации передвижных отрядов из квалифицированных преподавателей Трах ин-тов; заочной подготовкой врачей по вопросам трахомы при наличии соответствующей больницы базы, которая используется для получения практических навыков в распознавании и лечении трахомы.

Для пополнения кадров трахом. сестер (главн. обр. из нацмен) должна быть организована сеть курсов; общая подготовка для поступающих необходима в объеме не менее 4-летней школы; продолжительность курсов—6 мес. и 2 мес. производ. практики; в программу их входят следующие предметы: сов. здравоохран. и санит. законодательство, соц. гигиена, обществоведение, физика с химией, основы биологии, лекарствоведение с лат. яз., основы регистрации и статистики, методы санкультуры взрослых и детей, основы хирургии, десмургии и первая помощь в неотложных случаях, О. В., глазные болезни, трахома.

В программу педтехникумов необходимо включить учение о трахоме. Борьба с трахомой в первую очередь должна быть направлена на промышленные центры и наиболее затрахомленные районы социалистического сектора села, совхозы, МТС, далее ясли, детдома, школы, допризывников. Необходимо издание (на нац. яз.) брошюр, листовок, плакатов, кино-фильм о трахоме. Для составления конкретного плана мероприятий по ликвидации трахомы необходимы цифровые данные об ее распространении в отдельных районах.

Нагрузка на одну трахом. сестру 200—300 больных; на каждого врача от 8 до 10 сестер; на каждого работника общественного актива 10—15 дворов.

Выработанный бригадой Каз. научной ассоциации врачей план борьбы с трахомой на новостройках, включающий также и профилактику других глазных заболеваний, заключается в следующем: 1) необходимо провести обследование всех поступающих на работу и их семей. 2) Все трахоматозные больные, принятые на работу, должны быть взяты на учет и подвергнуты лечению. 3) На каждой новостройке должен быть предусмотрен в системе единого диспансера врач-окулист (один приблизительно на 5000 рабочих). 4) При поголовных осмотрах привлекается дополнительный штат окулистов. 5) В помощь врачам должны быть даны трахом. сестры (на 200 трахом. больных 1 сестра). 6) Трахом. сестры проводят профилактику и лечение по заданию и под контролем врача. 7) Курсовое лечение проводится в пунктах первой помощи и даже в цехах без отрыва от производства. 8) Устройство барачов, общежитий, для трахом. рабочих и их семей. 9) Профотбор рабочих производится при участии врача окулиста. 10) Борьба с трахомой должна быть проведена в школах, яслях, детских садах. 11) Особенное внимание должно быть обращено на санитарно-гигиенические условия как на работе, так и в домашней обстановке под углом зрения профилактики трахомы. 12) На стройках необходимо проверять нормы освещения, правильности расстановки станков. 13) Защитные приспособления для глаз как вообще по отношению к рабочим, так и трахоматозным в частности: а) снабжение станков защитными приспособлениями, устраняющими травматизм органа зрения, б) снабжение всех рабочих корректирующими стеклами, заменяющими консервы, в) в случае ненужности корректирующих стекол предохранит. очками в зависимости от работы. 14) Мобилизация всей советской общественности новостроек на борьбу с трахомой путем выделения в здравячках трахоматозных ячеек, широкая мобилизация работников РОКК-а, проведение нескольких ударных кампаний за санминимум, доведение его до станка. 15) Охват санитарным просвещением по борьбе с трахомой всего коллектива новостроек: беседы, лекции с демонстрацией диапозитивов, фильм по борьбе с трахомой, плакаты, брошюры, листовки, выставки, стенгазета и проч. 16) В целях выявления разрывов предупредительных мероприятий обязательны периодические осмотры глаз.

В результате заслушанных докладов и прений совещанием была принята след. резолюция:

1. Межкраевое совещание единодушно констатирует, что под правильным руководством Ленинского ЦК ВКП (б) и Правительства, в результате энтузиазма трудящихся масс народа родные национальные республики и областей одержали огромные успехи в деле построения фундамента социалистического общества. Немалые успехи имеются в деле народного здравоохранения, выражающиеся в уменьшении смертности, в широком развертывании борьбы с социальными болезнями и в частности с трахомой, внедрении санминимума в жизнь и т. д.

В соответствии с достигнутым успехом в первой пятилетке, Межкраевое совещание считает, что основной задачей Наркомздравов во второй пятилетке является ликвидация трахомы.

2. Признать, что в борьбе с трахомой и слепотой необходимы прежде всего профилактические, санитарно-гигиенические мероприятия, привлечение широких масс трудящихся, и в первую очередь рабочих, колхозников женатив деревни, к активному в ней участию.

3. Борьба с трахомой и слепотой должна вестись на основах непосредственного приближения профилактики и лечебной помощи к трахоматозным больным.

4. Считать наиболее приемлемым гнездовой метод борьбы, обеспечивающий полный и постоянный охват всего населения затрахомленного участка и соответствующий, с одной стороны, установкам советского здравоохранения, с другой стороны — специфическим особенностям трахомы, ее клинического течения, путей распространения и заражения.

5. В основе противотрахоматозной организации должны быть врачебные пункты со стационаром, которые в своей деятельности опираются на сеть гнездовых трахом. сестер, школу, культурный и общественный актив организованных масс трудящихся и бедняцких, середняцких масс села и отдел ВОС-а.

6. Представляя из себя отделение участковой районной больницы, пункт должен быть самостоятельным в смысле медицинском, общественном и методологическом, подчиняясь областному или краевому трахоматозному Центру.

7. Трахом. (гнездовая) сестра работает и живет в обслуживаемой ею деревне или в одной из обслуживаемой ею группе деревень. Периодически, не реже одного раза в месяц, врач посещает пункт гнездовой профилактики. Совместно с сестрой производит обследования групповые и подворные. Обследования сопровождаются санпросвет работой. Выявленные трахоматозные больные остаются под наблюдением сестры; сестра производит систематическое лечение трахоматозных больных, проводя активно гигиенические и профилактические мероприятия по оздоровлению быта и искоренению всех нездоровых бытовых навыков, суеверий, предрассудков и других пережитков прошлого. Являясь активным членом трахомячейки, сестра поддерживает постоянную связь между ячейками и трахоматозным пунктом, получая медикаменты и литературу для ячейки и привлекая оттуда силы для культурной работы среди членов ячейки.

8. Трахоматозные ячейки являются основной формой организованного участия трудящихся в проведении мероприятий общественной борьбы с трахомой, они должны быть организованы в школах, колхозах, селениях, совхозах.

9. Считать норму трахом. больных для сестры от 200—500; гнездовых сестринских пунктов на 1 врача 10—15; врачебные пункты должны быть рассчитаны на 10—20 коек при 2 врачах-окулистах. Трахоматозные пункты, являясь вместе с тем лечебно-профилактическими учреждениями по борьбе со слепотой, оказывают амбулаторную и стационарную помощь и при прочих глазных болезнях.

10. Трахомцентры, как необходимое звено в системе гнездовой профилактики, должны занять исключительное место в ряду лечебно-профилактических и научных учреждений области. Трахоматозные центры имеют своей задачей выработку методологических начал, инструктирование врачебных пунктов, и в качестве высоко квалифицированных лечебно-профилактических учреждений подготовку кадров сестер-трахоматозниц и переквалификацию врачей и соответственно трахом. пунктам располагают наряду с трахоматозными и глазными койками.

11. Для ускорения подготовки трахом. сестер признаются необходимыми краткосрочные курсы, причем желателен более длительный срок, не менее 6 месяцев. Необходимо также открыть трахом. отделения при Медтехникумах.

12. Важнейшей задачей является подготовка врачей для работы в затрахомленных районах. Обратит внимание НКЗ РСФСР на создавшуюся в связи с недостатком врачей угрозу срыва проводимых широких мероприятий по борьбе с трахомой в Волжско-Камском крае.

13. Поставить перед соответствующими организациями вопрос, в целях привлечения медперсонала, о льготах для медработников по трахоме.

14. В целях всестороннего использования школы в борьбе с трахомой необходимо ввести курс учения о трахоме прежде всего во всех национальных педагогических техникумах и по возможности в общеобразовательных школах затрахомленных районов. Для популяризации знаний по профилактике трахомы и гигиене глаз желательно устройство периодических массовых вечерних краткосрочных курсов для рабочих колхозников и единоличников.

15. Необходимо внедрить основы санминимума по трахоме: отдельное полотенце, отдельный таз для бани, отдельная постель, умывальник, мытье рук, уничтожение мух должны стать обязательными в повседневном обиходе рабочего и крестьянина.

16. Противотрахоматозная работа должна проводиться в контакте с отделением ВОС и в центрах, и на местах; необходимо полнейшее использование членов ВОС, как проводников идей профилактики трахомы и слепоты. Работники в центрах и на местах обязаны выявлять слепых для направления их в отделения ВОС.

17. Строительство трахом. пунктов должно производиться соответственно установке на непосредственное приближение глазной помощи и профилактики к крестьянскому коллективу и к крестьянской избе. Средства должны затрачиваться прежде всего на строительство небольших (на 10—20 коек) пунктов в наиболее затрахомленных и отдаленных районах. В проектах строительства должна быть учтена максимальная скорость постройки, соответственно неотложной необходимости ликвидации трахомы во 2-ю пятилетку.

18. Работе по борьбе с трахомой на новостройках должно быть уделено максимальное внимание. Трахома не должна служить препятствием к поступ-



лению на заводы. Необходим осмотр рабочих при поступлении их на завод с целью выявления трахоматозных для последующей их санобработки и систематической лечебной профилактики.

19. Совещание считает целесообразным ввести единую регистрационную карточку для областей Волжско-Камского края, которая совпадает с карточкой НКЗ РСФСР.

20. Работа по борьбе с трахомой и ее ликвидации с самого начала проводится методами соцсоревнования районов, пунктов, ячеек и отдельных работников.

21. Считать крайне необходимым в срочном порядке издание брошюр, плакатов, кино-фильм по трахоме.

22. Издание бюллетеня, посвященного вопросам трахомы, считать целесообразным при Казанском Трахоматозном ин-те.

23. Знакомить на курсах усовершенствования врачей и сестер с задачами и деятельностью ВОС.

24. В отношении Казанского Трахоматозного института Межкраевое совещание считает, что он должен быть реорганизован в Научно-исследовательский институт краевого значения и быть объединяющим и руководящим центром по борьбе с трахомой; для этого необходимо расширение Института, увеличение штата сотрудников и дополнительное оборудование.

---

## Отдел II. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из Биохим. отд. института труда и профпатологии (Зав. А. С. Волынский) и Тубдиспансера С. К. ж. д. (Зав. И. Д. Мишенин).

### К вопросу о действии некоторых ядов на легочную липазу.

И. Д. Мишенин.

Работами Rona и его учеников (Pavlovié, Petow и Schreiber) была установлена возможность дифференциации органолипаз, ввиду их различного отношения к некоторым ядам (хинин и атоксил). Дальнейшие исследования ряда авторов расширили количество ядов, избирательно действующих на органолипазы, и выявили отношение к ядам липазы многих органов, вследствие чего в настоящее время представляется возможным определить, из какого органа происходит липаза.

Различие свойств органолипаз особенно выражено в отношении чувствительности их к хинину и атоксилу. Rona и Pavlovié нашли, что липаза печени является резистентной к хинину и становится недействительной при воздействии атоксила. Аналогичными свойствами обладает липаза почек (Rona, Petow и Schreiber) и надпочечников (Чебоксаров и Малкин). Иначе реагирует на хинин и атоксил липаза поджелудочной железы: хинин парализует липолитическое действие фермента, атоксил же не оказывает никакого влияния (Rona и Pavlovié). Липаза кровяной сыворотки (человека) чувствительна как к хинину, так и к атоксилу (Rona, Bach и Reinicke), между тем эти же яды не оказывают влияния на липазу эритроцитов (Brockmeyer) и кожи (Wohlgemuth и Jamaaki). Отношение органолипаз как к хинину и атоксилу, так и к некоторым другим ядам, различно действующим на органолипазы, представлена на следующей таблице.

Таблица дифференциации органолипаз № 1.

Л и п а з а	Хинин	Атоксил	Стрихнин	Кокаин	Хлоралгидрат	А в т о р ы
Сыворотки крови . . .	+	+	+ <sup>1</sup>	+ <sup>1)</sup>	- <sup>2)</sup>	Rona, Bach и Reinicke.
Эритроцитов . . . . .	-	-	-	-	-	<sup>1)</sup> Brockmeyer.
Печени . . . . .	-	+	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>	- <sup>2)</sup>	Rona и Pavlovié.
Почек . . . . .	-	+	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>	- <sup>2)</sup>	Rona, Petow и Schreiber.
Поджелудочн. железы	+	-	+ <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>	- <sup>2)</sup>	Rona и Pavlovié.
Щитовидной . . . . .	-	-	-	-	-	Herzfeld и Engel.
Селезенки . . . . .	+	-	-	-	-	Krömeke.
Кожи . . . . .	-	-	-	-	-	Wohlgemuth и Jamaaki.
Надпочечников . . . . .	-	+	-	-	+	<sup>2)</sup> Чебоксаров и Малкин.

Примечание. Панкреаслипаза тормозится большими дозами стрихнина.

Из этой таблицы видно, что для одних органолипаз имеются характерные признаки отличия, для других—найденные признаки являются общими между некоторыми липазами, ввиду чего необходимы дальнейшие исследования для отыскания новых реагентов, различно действующих на липазы, недостаточно еще дифференцированные.

Возможность дифференциации органолипаз открывала заманчивую перспективу определения патологически измененного органа на основании присутствия в крови соответствующей органолипазы. Этим методом представлялась возможность подойти к разрешению не только функциональной диагностики, но и морфологической. Действительно, при патологических изменениях в некоторых органах исследования подтвердили наличие в крови соответствующей липазы. В крови печеночных больных была обнаружена хивинрезистентная липаза (Ropa, Petow и Schreiber, Ковязин и др.). При острой и подострой атрофии печени, холангите, сифилисе печени находят в крови хининостойчивую липазу, как специфический продукт печеночной ткани. Наоборот, при циррозе, холелитиазе, при застойной печени хивинрезистентная липаза обнаруживается в крови только при обострениях, при которых наступало разрушение печени (Meuer и Jahr). При заболеваниях поджелудочной железы в крови обнаруживается панкреатическая липаза (Simon, Marcus, Ковязин). Однако W. Block в 13 случаях заболеваний, при которых были признаки поражения поджелудочной железы ни в одном не обнаружил в сыворотке панкреатической липазы. Это несоответствие Blockmeuer на основании поставленных опытов объясняет свойством сыворотки тормозить липолитическое действие панкреатической липазы. У почечных больных при гломерулонефритах, нефрозах и сморщенной почке (Petow и Schreiber) нашли в крови хининостойчивую липазу. При поражениях надпочечников Чебоксаров и Малкин обнаружили в крови надпочечниковую липазу, резистентную к хинину и чувствительную к хлоралгидрату и атоксилу. Эти данные определенно показывают важность дальнейших исследований по методике органолипаз.

Я занялся изучением отношения липазы легких к группе ядов, указанной в таблице, с целью последующего выявления органолипазы в крови для дифференциации деструктивных специфических процессов от профессиональных пневмокониозов.

*Ход исследования.* При проведении работы мною готовились экстракты из легких свежееубитых животных и свежескрытых трупов. Органы животных я получал на городских бойнях, легкие человека—из Секционного отделения кафедры судеб. медицины СКГУ (через несколько часов после смерти). Экстракты готовились по методу Ropa и Naas. Легкое в количестве 100,0 после удаления соединительной ткани и жира тонко измельчалось мясорубкой, затем на сите промывалось несколько часов проходящей струей воды, чтобы совершенно отмыть от крови. Затем кашицеобразная масса встряхивалась полчаса с 50 к. с. физиологического раствора поваренной соли и фильтровалась через плотное полотно. Фильтрат центрифугировался, верхний слой отсасывался и помещался с толуолом в ледник. Полученный мутный экстракт имел молочно-желтый цвет и при содержании на холоду более месяца не терял своего липолитического действия. Определение липазы производилось по методу Ropa и Michaelis сталагмометром на 59 капель. Методика исследований была следующая: к 1 к. с. экстракта прибавлялся 1 к. с. испытуемого яда. Через 30 мин добавлялись 10 к. с. насыщенного раствора трибутирина и 1 к. с. смеси буферов (1 ч.  $\frac{1}{3}$  мол.  $\text{NaH}_2\text{PO}_4 + 14$  ч.  $\frac{1}{3}$  мол.  $\text{Na}_2\text{HPO}_4 - \text{PH} = 7,6$ ). Смесь тщательно взбалтывалась и тотчас определялось поверхностное натяжение. Затем смесь помещалась в термостат и определялось поверхностное натяжение через 30, 60 и 90 минут.

Перехожу к описанию результатов, полученных при исследовании.

1. Влияние хинина (*chininum bismuriaticum*) на легочную липазу представлено в таблице № 2.

Таблица № 2<sup>1)</sup>.

Хинин в мгр.	1,0 Л + 10 Тр + 1,0 Р + 1,0 Н <sub>2</sub> О (хинин)	3'	30'	60'	90'
0	Л. теленка . . . . .	82	76	68,5	66
10	” . . . . .	82	77	69	67
0	Л. свиньи . . . . .	82	77	71	68
10	” . . . . .	82	79	73	71
0	Л. человека . . . . .	83,5	70	67,5	65
10	” . . . . .	—	74	70,5	67
0	Кров. сыворотка . . . . .	82,5	69	63	63
10	” . . . . .	82,5	82,5	82,5	82,5

Из этих данных следует, что органолипаза легких человека, теленка и свиньи резистентна к хинину. Для сравнения приведено влияние хинина на липазу кровяной сыворотки человека. Последняя оказалась недействительной под влиянием хинина.

2. Влияние атоксила можно видеть из таблицы № 3.

Таблица № 3.

Атоксил в мгр.	1,0 Л + 10 Тр + 1,0 Р + 1,0 Н <sub>2</sub> О (атоксил)	3'	30'	60'	90'
0	Л. теленка . . . . .	82	76	68,5	
10	” . . . . .	81	79	78	
0	Л. свиньи . . . . .	82	77	71	68
10	” . . . . .	82	81,5	81	80
1	” . . . . .	82	81	81	80
0,5	” . . . . .	82	80	79,5	79
0	Л. человека . . . . .	83,5	70	67,5	67
10	” . . . . .	83,5	76	71	69
1	” . . . . .	83,6	75	70	69
0	” (II сер.) . . . . .	80,5		71,5	
5	” . . . . .	80,5		72	
0	” (III сер.) . . . . .	80,5		68	
5	” . . . . .	80,5		71	
0	Сыворотка . . . . .	82	70	66	63
0,5	” . . . . .	82	82	81	81

Из этих опытов обнаруживается интересный факт, что атоксил парализует липазу легких теленка и свиньи в дозах 0,5—10 мгр. и не оказывает действия на липазу легких человека. Сывороточная липаза также чувствительна к атоксилу.

3. Далее мною определено отношение органолипазы к стрихнину (*strychninum nitricum*), что представлено на таблице № 4.

<sup>1)</sup> Л.—легочный экстракт, Тр—трибутирин, Р—регулятор (смесь фосфатов) вместо воды прибавляется 1 к. с. раствора яда.

Таблица № 4.

Стрихнин в мгр.	1,0 Л + 10 Тр + 1,0 Р + 1,0 Н <sub>2</sub> О (стрихнин)	3'	30'	60'
0	Л. теленка . . . . .	82	76	68,5
5	” . . . . .	82	77	70
0	Л. свиньи . . . . .	82	76	68
10	” . . . . .	82	77	71
0	Л. человека . . . . .	84	70	67,5
10	” . . . . .	84	71	69
0	Сыворотка . . . . .	82,5	69	63
5	” . . . . .	82	82	81

Из этих данных следует, что легочная липаза человека, теленка и свиньи устойчива к стрихнину, в то время как сывороточная липаза является чувствительной к стрихнину.

4. В следующей таблице № 5 приведены данные в отношении влияния кокаина на легочную липазу. Из этих данных устанавливается, что кокаин даже в больших дозах не задерживает липолитического действия легочной липазы.

Таблица № 5.

Кокаин в мгр.	1,0 Л + 10 Тр + 1,0 Р + 1,0 Н <sub>2</sub> О (кокаин)	3'	30'	60'
0	Л. свиньи . . . . .	81	75	65
10	” . . . . .	81	72	65
20	” . . . . .	81	72	65
0	Л. человека . . . . .	83,5	70	67,5
10	” . . . . .	83,5	78	75
0	” . . . . .	83	70	67
10	” . . . . .	83	77	74
20	” . . . . .	83	77	73
0	Сыворотка . . . . .	83	69	63
5	” . . . . .	83	83	83

Таблица № 6.

Хлорал- гидрат в мгр.	1,0 Л + 10 Тр + 1,0 Р + 1,0 Н <sub>2</sub> О (хлоралгидр.)	3'	30'	60'
0	Л. свиньи . . . . .	82	75	68
0,5	” . . . . .	82	82	82
0,2	” . . . . .	82	81	81
0	Л. теленка . . . . .	82	76	69
0,2	” . . . . .	82	82	81
0	Л. человека . . . . .	83	70	67
1,0	” . . . . .	83	83	83
0,5	” . . . . .	83	82	81
0,2	” . . . . .	83	81	80
0	Сыворотка . . . . .	32	70	66
0,2	” . . . . .	82	70	66

5. Влияние на легочную липазу хлоралгидрата, введенного для дифференции надпочечниковой липазы проф. Чебоксаровым и пр.-доц. Малкиным, приведено в табл. № 6. Хлоралгидрат парализует легочную липазу человека и испытуемых животных.

Отношение органолипазы легкого человека к вышеуказанным ядам суммарно приведено в таблице т. № 7.

Таблица № 7.

	3'	60'	Результаты
1 к. с. экстр. легкого чел. . . . .	83	67,5	—
" " " " " " + 1 mgr. атоксила . . . . .	83	67,5	—
" " " " " " + 10 " " . . . . .	83	72	—
" " " " " " + 10 mgr. хинина . . . . .	83	70	—
" " " " " " + 0,5 mgr. хлоралгидр. . . . .	83	83	+
" " " " " " + 10 mgr. стрихнина . . . . .	83	66	—
" " " " " " + 5 mgr. кокаина . . . . .	83	71	—

Результаты исследований показывают, что липаза легкого человека имеет характерное отношение к вышеупомянутым ядам, благодаря чему можно дифференцировать ее от других органолипаз, представленных в таблице № 1.

Данные, полученные различными авторами при определении в крови липазы органов при деструктивных и острых воспалительных процессах в этих органах, позволяют нам сделать вывод, что при подобного рода процессах в легких можно также получить положительные результаты при определении присутствия легочной липазы в кровяной сыворотке. Последующие исследования должны подтвердить это заключение и этим внести ценный признак для дифференциации специфических легочных процессов от профессиональных пневмокониезов.

**Выводы.** 1. Легочная липаза человека резистентна к хинину, стрихнину, кокаину и атоксилу.

2. Хлоралгидрат задерживает липолитическое действие легочной липазы человека.

3. Легочная липаза животных (теленка, свиньи) резистентна к хинину, стрихнину и кокаину и чувствительна к хлоралгидрату и атоксилу.

4. В виду характерного отношения к ядам, возможно различие легочной липазы человека от остальных до сих пор исследованных липаз.

**Литература.** 1) P. Rona. Practicum der Physiologischen Chemie, Berlin, 1926.—2) P. Rona u. R. Pavlović. Bioch. Z. B. 134, 1922.—3) W. Meyer u. J. Jahr. Kl. Woch. № 45, 1924.—4) H. Simon. Kl. Woch. № 48, 1925.—5) P. Rona, H. Petow, H. Schreiber. Kl. Woch. № 48, 1922.—6) J. Brockmeyer. Klin. Woch. № 34, 1924.—7) W. Block. Kl. Woch. № 39, 1923.—8) F. Krömscke. Kl. Woch. № 34, 1923.—9) H. Petow u. H. Schreiber. Kl. Woch. № 27, 1923.—10) H. Simon. Kl. Woch. № 16, 1924.—11) Brockmeyer. Kl. Woch. № 20, 1924.—12) Wohlgemuth u. Jamajaki. Klin. Woch. № 25, 1924.—13) P. Rona u. H. Naas. Bioch. Z. B. 141, 1923.—14) H. Ковязи н. Каз. мед. жур., № 10, 1926.—15) М. Чебоксаров и З. Малкин. Каз. мед. жур. № 3, 1927 и № 1, 1929.



**Assist. D. G. TUMAŞOVA.**

## **Jөрәк-qan saubtları auruların glykoza blen daualau**

Prof. Mixail Nikolaj ulı  
СЕБОКСАРОВ Hatiresenə vaqslana

Jөрәк-qan saubtları auryuyların şikər blen daualau eşe 1917-18 ne jılların uq kytərəlep, soñqı jılların jañadan bu eş blen qzqsına başla-  
dılar. 1926 ne jıl O s a t o şikər blen insulinıñ brgə quşır davalaqan-  
nan asistolielə 6 auryunıñ bik tiz arada sələmetlengenə jaza. Diabet-  
tan başqa sөwəplərdən bulqan atsidoznı davalau julların өjrengəndə  
Tholhimer şikərneñ jөрәkneñ eşklegen kyterygə jaxş jоqntı birgөнen  
sejli, jөрәk auruların davaly, çadi darulardan fajda bulmaqanda asis-  
tolielə 2 auryuğa şikərneñ jaxş uq fajdası tiyen Budingen kyrgөнen  
ıldere.

Bikkel jөрәk auruların davalaqanda qaj ber vaqıtta fajdası bulma-  
qan jaza. 1930 ne jılda Loeper u Lemaire yzlərenen, bu haqtıqı  
ılderyləre blen bu mäs'ələgə jañadan qajırğa jul actılar. Glykozanı  
insylin blen quşır qullanqanda jaxş fajdası varlıqın aftorlar kyrse-  
tələr. Şul uq vaqıtta N. Kisthinios и Gomez glykozanı insulin  
blen quşır jөрәk auryunı davalaqanda birə torqan fajdasın өjre-  
nelər.

Yzlərenen tikşeryləre birgөн nətiçegə qarap aftorlar jөрәk auryunı  
davalauğa glykoza maqtaulı urnda torrğa tieş dilər. Digetalis şikle  
glykoza da jөрәkneñ qsqartıla torqan kəcen artıqır aña jоqntı jasıj.

1931 ne jılın nojəbrndə Rimvand, A. Balmais hem Anselm-Martin  
şikergə insulin quşır asistolielə, uq hem sul qarncqların ajrım rəyeştə  
alardıq çitşziklərne (alardan qan cıja torqan julnıñ kinəjye) davalau-  
dan artıq dərəçədə jaxş fajda kyrlgөнen matbuqatke cıjardılar.

Juqarıda kyrsetilgөн varlıq aftorlar davalau vaqtında şikərne zur  
dozada istiqmal qlqannar (şikərneñ 50 gr. ly ertməsen venaga 120-  
150 k. s. krtkənnər, 50-100 k. s. per os birgөнner). Əgər jөрәk-qan  
saubtları auruların davalauğa fəqət şikərne tujımlı xasiətləren kyzdə  
totsaq, əgər insulinne istiqmal qludan glykozanı muskullarğa brkety  
hem vauryğa glikogen rəyeşndə tuplau xasiəten iqtıbarğa alqanda  
juqarıda kyrsetilgөнə zur dozanın istiqmal qlınu yznen yze anna-  
şla. Sejləngөнnerne raslau ecen alar 1930 ne jıl Miellernen eks-  
periment təgrivələrenen nətiçələre arqasnda, şikər jөрәkkə kəc birə tor-  
qan cışmə, digen fikrне kiterələr. Şuşlarğa quşır qujanın kiser  
alınqan jөreğenə tertipsez qsqartılu insulin quşqan şikər jоqntısy  
blen jөрәkneñ dər rəyeştə qsqartıla başlau Kogen təgrivələre blen  
raşlanqanın kyrsetep vula.

Bovvio hem Massovrio digen aftorların selamət hem jөрәk auryunı  
kşelər ostndə caqşırma təgrivələrenen nətiçələren juqarıda sejləngөн-  
gə quşırğa kirək. Bu aftorlar jөрәk auryunı kşelərneñ jөрәklərə nacar  
eşlөygə şikərneñ çitəlek camada bulmau sөwəp tygel, belki şikərneñ  
eşke jararlıq bulıp təngə snə almau sөwəp; şulaj bulqac inde fəqət  
şikərne kyr biry blen gnə jөрәkneñ bu çitşsezlegen vterep bulmajacaq.

Juqarьda kyrsetlgən matbuqatke eqqan eślərgə tajanьp ver tərle qərarqə kilynə, məmkin tygiligen əjter kitərgə kirək. Jə alar tulь tygillər, jə alarnь, nətiçələre brse ikncesenə qarşь. Şuşьlarqə vjələp vьznə, tikşrylərne sadıştьrьp qararqə kirək. vьznə, klinikada glykoza vəjərək aurulь kşelərne gnə (nəfrit vlən aubьucьlar) daualaua qna kiң rəyeştə istiqmal qlnmьjca, soңqь jllarda jərək-qan sautlarnda auru bulqan kşelərneң qaj ver tərlerən daualaua da istiqmal metodlarь eślənəp jata. Qan jərəsenəң fizjologie həm potologiesenəң proto-plazma dinamika rolen kyzdə totьp jərək qan sautlarnda aru bulqan kşelərne daualaua şikərne istiqmal qlu məs'əlse aңь, fəqət ver azyq materialь buluьna qna tajanmьj, qatlaulьraq sьjfiatlarьna tajanrqa ties dip ujlьjvьz. Bolaj mexanik rəyeştə annau bilgele faktьlarqə qarşь vula; cənki vez Hiperglikemie (Diabet) vaqtnda şikərneң artьq dərəçədə-kyr bulqanьn blək tə, bu kyrneş jərək-qan saubtlarь sistimьnь, jaxşь cdamnь ikənən kyrsetə almьj.

Z. I. Malkinnь, əcety protsislarьn tikşerye turьdan turь qan jərəsenə vəjləneşə bulqan protoplazmo-dinamik momьentlarnь, vətən ver sistem fermentlar protsisьna joqntь jasaunь kyrsetələr. Mnə şunnqtan min yzem tikşerə torqan jərək-qan sautlarь aurulь kşelərdə, xəjvannar həm ysmnklər tuqьmasnda vik nьq taralqan katalaza fermentьn kyzəter varunь əstemə aldьm. Hər qajda osьrьj torqan bu ferment vlən tərle fən eşcelərə arasnda qzqşьnucьlar vulsada, bu məs'ələ vik az alqə kitkən ələ. Fəqət aərov xəjvannarnь, varlьq tuqьmalarnda katalazanь, varlьqnda şik qalmaqan inde. Varlьq tuqьmalarda bu fermentnь, varlьqyn kyzdə totsaq, bu tuqьmalarнь, həmmesndə vula torqan urtaq fermentnь, bu protsisqa qatnaşь var digrn fikrgə kilenə. Ul fəqət aərov xəjvannarnь, tuqьmalarnda qna bulqannqtan aңь, əcety protseslarьna qatnaşь varlьqьna ьşanьp vula. Varlьq tikşerycelər katalazanь, əcety protsisьna qatnaşuьna ьşanalar, ləkin bu protsislarqə qajda həm nicek katalazanь, qatnaşuь, xaqndaqь məs'ələ xəzrgə kəndə də acьq. Əcety protsisьnь, kəcenə qarap katalazanь, camasь bilgeənmi, aralarnda hər vaqta da xəkem sərə torqan tigzlek buluь lazьm bulmasa da, katalazanь, buluьnda şik juq. Bu fikrgə L. Ştern də quşьla. Katalaza  $H_2O_2$  syty rolen ujnьj, şulaj itep əcə tudrəyc gazьn ky-cerəp əcety protsisьna bulşlьq jasьj torqandьr. Glykoza joqntьsь vlən vula torqan biologie yzğərşləre xaqnda ver fikrgə kily ecən ov'ekt ьl-cəy itep vьznə, taraftan glykoza vlən daualana torqan aurularнь, katalazanь, cama jaqnnan yzğəryen kyzəter  $H_2O_2$  torunь sajlap aldьq.

Klinika materiallarьn kiterer aldnnan, vьznə, daualau texnikasьn həm annan alqan nətiçəne kyrsetəp kitim. Bez şikər vlən daualau uzdrqanda haman da glykozanь istiqmal qldьq. Kən aralaş venaga glykozanь, 10% lь ertməsen 2—4—6—8—10 k. s. krjə kildek. Annan soң 10 k. s. krtekk; varlьqь urtaqa venaqə 10—12 tapqьr krty jasadьq. Şikər krter aldnnan 2—3 kən elek aurularнь, katalaza sanь həm əritrotsit sanьn ver yk vaqta sanap tikşerəp kildek. Katalazanь, camasьn Bach metodь vlən tikşrdek.

Varlьqь 32 aubьu tikşerlde:

Kardioskleroz vlən aurucьlar	10
Miokardit	4
Jərək poroklarь	2.

Bronxial'astma totub blen vula	
torqan kardioskleroz	4
Jerek miastenitse blen aurucylar	4.
Nyro skleroz	5
Essensial gipertonie	3

Jereklernde dekompensatsiele porok auruly kselerne siker blen daualau dan fajda kymegannkten vez daualy torqan kselervezne sajlavyraq aldyq.

Syz artlyq oznqa kitmesen ocen tikserylerdn alqan neticelerne min auru sajn ajrym-ajrym jazmlym; feqet alarny tulajym kiterep kno uzam.

Daualau dan kilgen neticenen vilgeloren ajrym alqanda:

### a) funksional, vilgelere:

Juqaryda kysretlgen varlyq aurular ocen tyn qsyly urtaq vilgelerdn sanala. Qajcaqnda eqzalarqja koc kilgend, qaj caqnda tyn qsyly tenna blen kil torqan vula. Tyn qsyly aurularqja sejleryge hem urn-da jatqan xellernde qimldarqja irek birmi ide. Qalqannarnda tyn qsyly bik kecle vulmasa da, stanokta eslegende tyn qslqannqtan xel alu ocen es arasnda jys qna tuqtarqja ties vulqannaryn sejliler. Kardioskleroz blen aurucylar jerek tiresnde ec posyra torqan ver xel sizelyge zarlana, qaj caqnda Hipertoniklar sular ostene, haman da vula torqan vas auertyqja hem qolaglar saulaucja zarlanalar ide.

Tulajym ejtkende vu funksional vilgeler her vaqta da dip ejtrlek aurular fajdasyna xel qindya. Bik nyq vulqan vaqtlarda daualy torqas jaxsy fajda kyrde. 5 ken daualanqjannan soq aurularny tyn qsylylar qineleje vaslap, alar xazer ver az qineleju sizeler ide.

Mne sulaj kejlere jaxsylanup vez varlyq aurularvzda dip ejtrlek ocyratdyq. Syn Angina pectoris vulqanda daualau arqasnda auertylar azaju urnyna, jerek tiresndege auertylar janadan kecejep kitteler.

### b) Perkussia hem auskul'tasiya kyrnslere.

Gipertrof jereknen daualau arqasnda zurlyjynly kimegenen vezkyre almadyq. Feqet K—na digen aurucy ypkesndege pseyg aurucynnan soq jeregndege miokardit aurucy blen vzneq klinikada siker blen daualanqjannan soq, mona qeder zurajqan jerek, normaqa qeder qsqartldy; elke zurlyjyna qajtt. Daualanqjansy jomsaq tiv torqan jerek, daualanqjannan soq acyq itterep koc blen tiv vaslyj. Dimok vu vaqtlarda vez M i o k o r d n y n kece janadan trelep kitkenen rasladlyq hem kyrdek. Juqaryda kysretlgen jerek auruly kselerne siker blen daualanqjannan soq jerek gozlayenen kecejgenen kyrdek.

### 3) Arteria pul'se

Daualau vaqtda pul's kyzge kyrenep yzgero. Daualanqjansy pul'slere jomsaq vulqan 7 aurunly daualanqjannan soq pul'slere normal xelene qajtt. Ver Kardiosklerozly ver miokardit blen aurucy klinikaqa minutyna 40—42 pul's blen krgen ide, daualanqjannan soq selametlenep ejene qajtyr kitkende minutyna pul's 60—64 tiv ide.

Kardiosklerozly ver aurunly klinikaqa krgende pul'synly aritmiese perpetua tivnde ide. Daualau protsisy varqanda aritmiese ekstrosistaliv tivyna almaşndy. Auru klinikadan cqqanda pul's tivyende bik sirak kno ekstrostola varlyjy vnde.

## D) Qan qsuь.

Daualau vaqtnda kyberək aurularnyң qan qsularnda yzğereş bulmađь. Klinikaqja krgendə qannyң maksimal qsuь tyvənəjğen bulsa — daualau cornda uljuqarь kytərelə torqan bulđь. Jərək muskullarnda çitşszlek aurulь ver xatınyң klinikaqja krgendə maks. qan qsuь 90 nan 120 gə, minim—50 dən 60 qa kytərldə.

Hipertoniele aurularnyң xəllərə jaxşylanqanьn kyrsək tə, glykozanьn qan qsuьnyң yseşenə demonstratif rəyestə joqntь jasadannьn kytə almadьq.

**Diurez:** Şşeny bilgese bulqan aurularnyң daualanqan corlarnda diurez kytərldə. Bu vaqtlarda diurez 800—1000 k. s. dən 4—5 tapqьr şiker krtkənnən soң 1600—2000 k. s. qa kytərldə. Şul uq vaqta aurulardaqь şşeny bilgelərə qajta başlap, vauьr kcerəjəp qaldь.

Jərəkəge çitşszliklər 4 auruda bronxial astm totuь blən bulđь. Bu aurularnyң brsenəñ də anamnəznda nindi gnə bulsa da aljəgriə momentlarь varlьqьn aсьp bulmadь. Bik nqlap Kəzəin blən dessensibilizatsiə jasadp qarasaq ta ver tərle də nətiçə virə almadь. Bronxial astmanьn ozaqqa suzylь aurularnь emfizima həm jərəkkə miodegəneratsiə aurularьna đucar itkən.

Z. I. Malkinnyң „О патогенезе бронхиальной астмы“ digən xzmətenə qarap, anьn fikerenə quşlsaq, vzneñ aurularnyң bronxial astmanьn totularьnyң səvəve aсьp vulyr. Ul volaj di: şuşь auru arqasnda varlqqa kilğen bilgelər (ozaqqa suzılqan bronxit səvəple bulqan emfizema arqasnda tьn qsyly) tora—vara yzlərə aurunь kəcəjtp progress alьp azьp kityenə faktor bulalar, Minmcə, monda jərək yze də vik kckenə rolne ujnamasqa tieş.

Vzneñ varlьq aurularьvznyң jərəklərenəñ kyləmnərə zuraıqan həm tonnarь tonqannar ide. Daualau arqasnda tьn qsyly da azajđь həm aurunь totularь da vıklənep qala başladьlar. Aurular klinikadan gyzel kəjef blən aсьp kittələr.

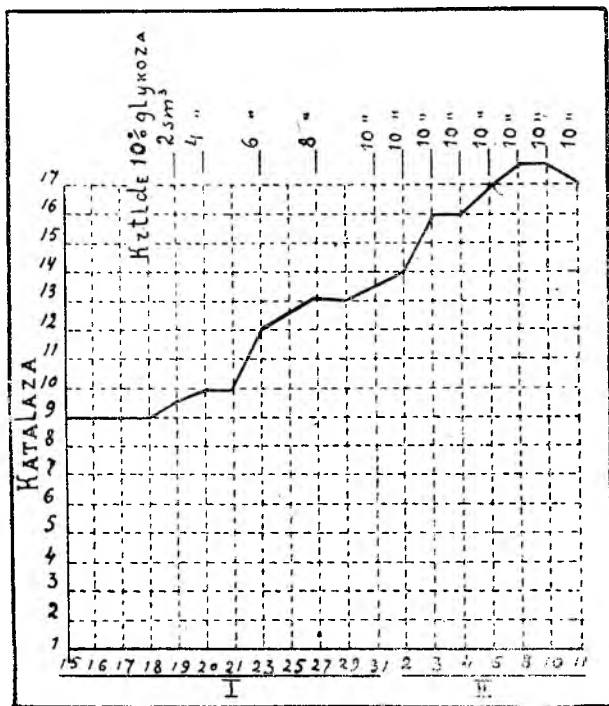
Kardiopatiə əstənə yzlərndə xronik infiksiə bulqan (bizgək təc əndokardit) aurularnь glykoza blən darulaudan klinikadaqь kyzəty nətiçələrenə qarap, monarь jəşren jatqan aurularnyң kəcjəp kityləren gnə əjtep vula.

Vzneñ taraftan tikşerlgən 30 aurunь brsnən başqa həmməsənəñ qannda katalaza sannarьnyң kiməgenəñ kyrdək (7—10 san arasnda).

Angina pectorisly ver aurunь auruь totьp kilə torqan vulyr şunьn qannda katalaza sanьn vik juqarь taptyq; vena arqylь glukozə krtep xələn jaxşrtu carasьn kyrsək tə auruqja fajda kiterə almadьq, anьn auruь kəcəjde gnə. Qalqan başqa aurularnyң daualanu başlanqannan soң katalaza sannarь kytərelə torqan ide (14 tən 17 gə caqlь), katalaza sanь kytəreləye aurunь xələ jaxşrqja nь kyrenep torđь.

Katalazanьn kytəreləye, artuь qzyl qan şarlarь (eritrotsit) sanь artьna vəjlənməgənme digən sorau kilde, cənki katalaza qzyl qan şarlarnda var. Katalaza sanьn alьp torqanda hər vaqta da paral'lel rəyestə qzyl qan şarlarьnyң sannarьn alьp barsaq ta, vzneñ tikşerylər katalazanьn artuь qzyl qan şarlarьnyң san jaqnnan artularьna vəjlənməgenəñ kyrsətə.

Tүбөндө мин аурularның аuru тарixларınнан бер nice il'lystratsie kiterеп uzam: 1) аурусы Маршалов еше, timree—вагысы, һөнөр ханәдә ешли, kardioskleroz ауруы diagnoзы блән klinikaға крдә. Ауруның шикәјәtlәre: 3 ildan бирle тнъ қсылә, еш вақтында көсәјә төшә, ващ әјленә һәм јөрәк тирәсндә сьбар—ауырть tora.



1 nce çädväl.

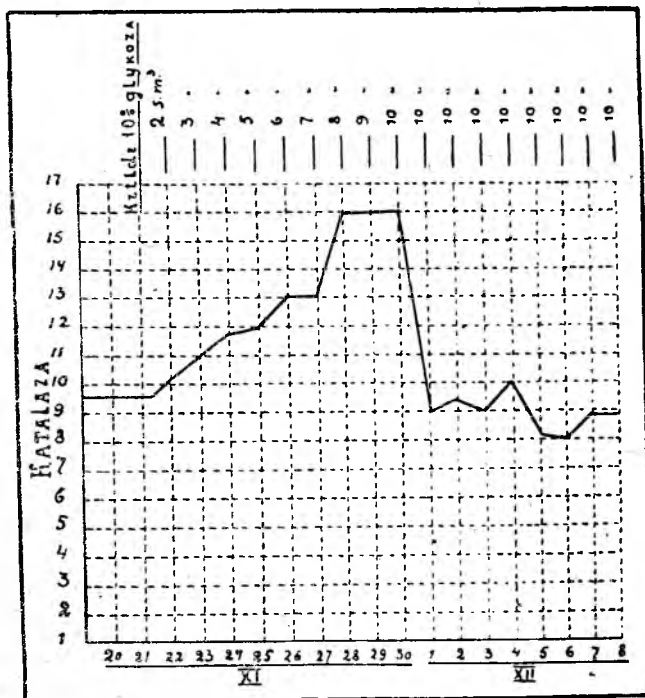
Soңğь вақтыта аз қна нқьрақ қимлағанда да, хәтта tramvajға utraqanda да, тнъ қсылуның көсәјгәнән аuru sizә ващль. Ов“ekt qarашта: әрәк sulğa тава zurajqan, tonnarь тоңqan. Вауьр 3 s. қа қаврға astınнан сьбар tora, totьр қарағанда бер аз ауырта. Ауруға inde gluкозаның 10 pr, ь ertmәse 12 tapqьr krtlgән, aqrınnap valsa da ауруның хәлә јахшрған: јөрәкнең tonnarь асlqannar. Klinikadan сьбар aldınнан аuru кьр кнә, oзақ qna кьңел асьр tшта јәрде, ләкин бер вақтыта да тнъ қсылу шиклә көјфән çивәrrlek бер нәрсә дә sizmәдә.

Аuru јахшь qna tazarьр, yzenең, elkke ешенә kire kittle. Glukoza krtә vaщlaғac katalaza 9 dan 16,6 sanğa çәдәр arttь. Bu vaqt ecndә qьyl qan шарларьның sannarь yzгәrmәдә.

2) nce ауру. Аурусы Во'лшекova „Krasnьj Metallis“ zavotınнан еше—grucь. Јөрәктә çitьszlek porogь блән klinikaға крдә. Еш вақтында тнъ қсылә, јөрәгә суğa һәм јөрәк тирәсндә ec poщьtra torqan yzгәрш sizә. Ов“ekt қарауда: Јөрәкнең sul cige Lin. mamillaris sinstr. dan 2 s. m. tьқа тава сьқан. Јөрәкнең ocнда һәм төвндә tonnar тоңqannar. Qan қсылә max. 40, min 50. Qьyl qan шарларь 3.600.000, katalaza 7 san. Ауруға gluкоза 10 tapqьr krtldә. Elkke ешенә klinikadan nqlap сәlamәtlәnәp сьбар kittle. Katalaza sanь 14,3 қа кьтәрldә. Qьyl qan шарларь 4.390.000 қа çitte. 3 ајдан soң ауру klinikaға kilep курортқа kiter есән ауруь хақнда таңьқ јазуь алдь. Шушь ваqt ecndә ауру

uz eşndə eşləp kilgən. Anıñ xəle qənəqətlənrlək jaxşə, xəzer inde anı tən qşylı voreşmıj başlaqan. Katalazanı jañadan tikşerep qaraqas 14 san, qzıl qan şarları 4.000.000 ide.

3) nce auru. Aurucı Mosına. Klinikağa krgəndə tən qşylıqı, jərək suqıqı, vaş aubrtıbnı, vaş əjlənyenə həm çigərə vtəknəktən zarlandı. Ov'ekt qarauda: Periferiə qan saubtlarında skliroz diffuz rəyestə. Aorta kiñəyən həm sul jaq mamillar Lin caqlı jərəkneñ sul cige kiñəyən. Auskyl'tatsiə vaqtında pereptua tıbdəge aritmie vik acıq işlə. Qavrıqı duqasbnıñ tyvəngə qrıbnan 2 s. m. zuraıqan vaubı tyvən təşep tora. Ypkələrneñ tyvəngə vylklərndə jyeş qrıdaular. Katalaza 10,2 san. Qzıl qan şarları 4.190.000. Glykoza blən danalana başlaqac aubırnıñ xəle jaxşılana başladı. Davalanıbnıñ 8 nce kəndə perpet-



2 nce çədval.

ua tıbdəge aritmie əkstrosistal tıbenə almaşndı. 10 nce kəndə auru karidorda irknəp jəri başladı. Vena arqıblı 15 tarıqı glykoza qabul itkənən soñ auru vik jaxşə səlamətlənəp klinikadan eşpər kitte. Cıqan vaqta pul'sta vik sirək kəne əkstrosistal tıbye blənə ide. Katalaza 16,5 sanıqı kütərlisə də, qzıl qan şarları elkke sannarnıñ artmadılar.

Klinikada kuzəty nətiçələrenə qaraqanda aurlarınñ səlamətləngən vaqtlarında katalaza sanı arta, ləkin qzıl qan şarları artmıj, alarnıñ artuları lazı tygel ide. Bu şulaj vılrıqı ties tə ide. Cənki qanda katalazanıñ artı təndə tulajım yzgerı vılrıqannıñ katalaza sanında da yzgerı vılrıqı kirək.

Glykozanıñ nıñdi dozası katalaza sanıñ yzgerıyənə jəqntı jasıbnı tikşerıyən eşen mın yr qujannarında əksperiment snau jasap qaradı. Snau eşen ver tərle azıq blən tıjırbıla həm aubırlıq ylcəylərə 1,800—2400 gram samasndaqı yr qujannar alıñdı. Snauqı qujıqan



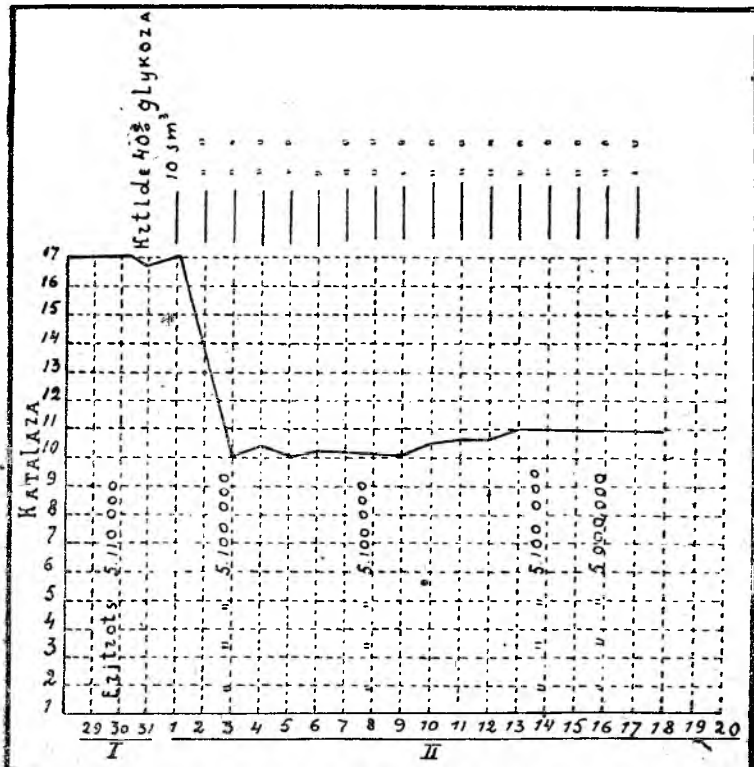
qujannıń 1-2 kón eńde qanndaq katalaza sanı hám qızıl qan şarlarǵı sanı tikserilde. 2-3 nce kónnerne qujannıń qolaq venasına tórlé konsentratsiadage glykoza ertmosen krté başladıq.

Snaunıń brnce kónnernde 7-8 san camasnda bulqan katalaza, ber nice tapqır glykoza krtlgennón soń artıp kiterp 15 kó caqlı kytórlde; haman da óle konsentratsiöne ysteré varıp 10% ı ertmöne 10 k. s. camasnda krté başlaqac katalaza sanı 9 qa caqlı kimedé, volar hém-möse 2 nce çadveldé kyrenóler. Haman da şul uq ertmöne 10 k. s. venaqı 9 kón vıjına krté kilep, katalaza sanınıń 6-6,78 sanqa caqlı tóşknen kyrep, şuş varlıq snau vaqtında qızıl qan şarlarǵı sanınıń yzgermoyenó iqtıbar ittek.

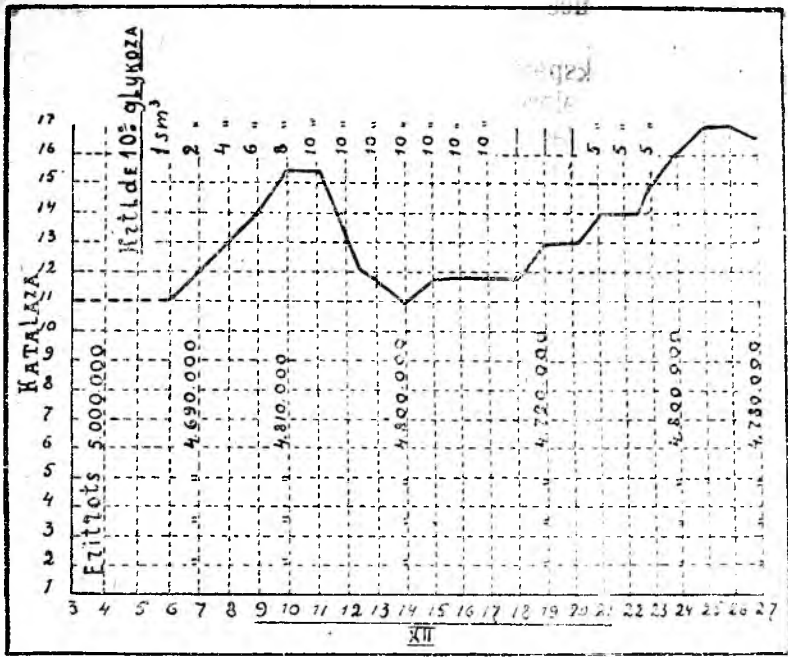
3 nce çadveldé bez şunı kyrevöz.

Óle haman da şul uq 10 pr. ı ertmöne 10 k. s. venaqı krté kilsék kné, katalaza sanı kimegennón soń 3 kón ertmöne krtmi torıdıq. Şul arada katalaza sanı kyzgé kyrenep arta başladı. Şunnan soń şul uq ertmöne 5 k. s. krté başlaqac katalaza sanı yzené elkke kytóreleşenó varıp çitte dá, annan soń snau vıjnca şuş dózanı krté kilgéndé yzené sannda iqtıbar itelrlek yzgeréş jasamadı.

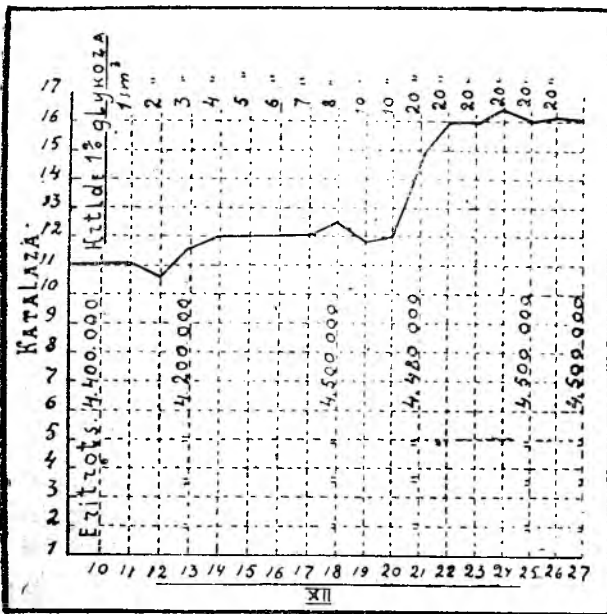
3 nce vr qujannında snau jasaqanda min glykozannı ertmó konsentratsiosen 40 pr. qa qóder kytórdem. Yr qujannınıń katalaza sanı juqarǵı kytórlgöne kyrenó. Brnce tapqır 10 k. s. glykoza krtkennón soń katalaza 8 gó caqlı kimedé. Haman da şul dozannı krtep torqanda katalazannı sanı 8-10 nan artmadı.



3 nce çadväl.



4 nce çədvəl.

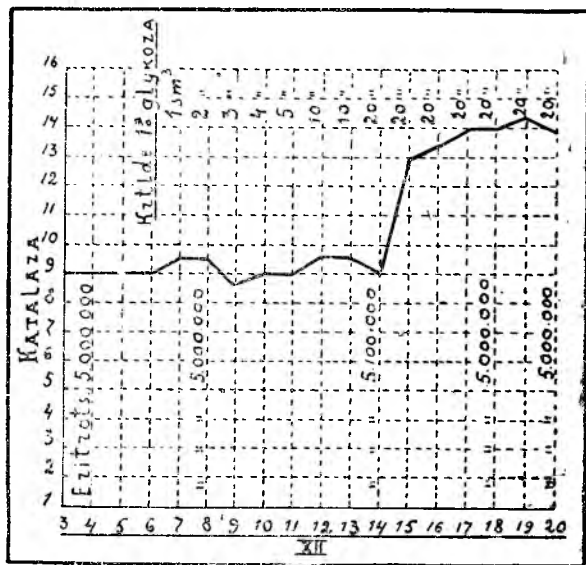


5 nce çədvəl.

Xəzər 1 pr.-l̄ ertməne krt̄ep snau j̄asap k̄ekenə dozanȳ, katalaza sañ̄ yz̄gərygə n̄indi qatnaş̄ varlȳqyn̄ v̄lrgə tl̄edek, 6 nce çədvəldə k̄yr̄sətl̄gəncə, 1 pr.-l̄ ertmə 1 dən 5 k. s. q̄a saql̄y k̄rtlgəndə katalaza sañ̄na yz̄gəry k̄rt̄mədələr. 10 k. s. k̄rtkənnən̄ soñ̄ katalaza sañ̄ ky-

renep arta başlıj (5 nec çədvəldə 10 nan 15 kə, 6 nec çədvəldə 8 dən 13 kə caqlı kytərələ).

Şulaj itep, vzneq əksperiment snaularəvzdan alınan nətiçələr klinika təcrübələrənə nətiçələrən vətənəje vlən dərş taba. Monnan soñ inde vzne glykoza təndəge əcety protsislarəna qajşy çna fazasnda vulsada şiksez joqntı jasıj digən qərargja kilrgə quşa. Glykozanyñ vı joqntıyş jərək—qan saubtlarə vlən aubrucylar əcən artıqbraq fajdalı vılyr cəja dır uñıjşybyz kilə. Jərək qan saubtlarə sistemə tənneq vaşqa tuqymalarə vlən vik nıq vəjlənştə jəşi digən soñqı vıqtlıy



6 nec çədvəl.

qaraş, vzgə şundıj fikrgə kilrgə məmkinnek vırə. Jərək—qan saubtlarə auru kşelərne glykoza vlən daualau məs'ələsenə mondıj qaraş noqtasnan jaqbnajsıaq ul vaqta rəjts tərəpiəgə analogiə vılyr cəja. Cənki glykoza vlən daualaqanda da həm soñqıyşnda da doza qaqidələrə zur urın totalar. Zur dozalar aubrunıñ xələn həm davalau nətiçəsən tomanıap qaldıralar. Klinikada daualaqanda kətlgən həm auru əcən jaxşy nətiçələrne bez kəkne dozalar vlən eş kyrgəndə alıdıq.

Fransuzlarnıñ ver aftorlarnıñ, glykosa jərək auruyna istiqmal qlına torqan qadı darularnıñ almaştıra ala digən fikrlərənə bez quşyla almıjbyz. Auruñ vırlıqqa kilyenə həm şuşx xəldə çafalanıynə üzək jərək-kə qaraqanda perifiri jərək nıqbraq qatnaşqan vılsa—vı vaqta auruñ daualauada glykoza üzənə xərmetlə urıyna xuça vılrıqja tiş.

*Nətiçə:* I. Jərək—qan saubtlarə auruyl kşelərne daualau əcən glykozany istiqmal qlıqja jərbıj:

a) auru, vıgerək tə tıñ qşyludan zarlıana torqan kordioskleroz auruynan.

b) jərək—qan saubtlarə sistemnda çitşszlıklər kyırneşə vılcıan miasteniə auruynan. Vı vaqtlarda glykoza auruñ səlamətlegən juqarı kytərəp anı xzmət saıyna qajtara.

с) әмфизема, бронхит жәки жәрәктәге миодегенератсия ауруларь қатнағ қан кыпән килә торған бронхиа астма ауруынан.

д) сул қарнәққа қитсәзкләр биргән Нипертоніе ауруынан.

е) артық зур шәенйләрдән ваққа јаңа гна декompensatsiә бағланған жәрәктәге парок ауруларнан.

2. Glykoza joqntьсь blән jәрәk—qan сауытларь ауруь кшәләрнең каталазаларь кytәрелә һәм каталаза кytәреләе ауруың хәлә јахшылану, сәламәтләге кytәрелә блән параллел вара.

3. Angina pectoris, xronik—infiksiәләрдән: bigerәk t. v. c., endocarditis шиклә ауруь кшәләрне glykoza блән дауаларға јагамь.

---

Из Факультетской терапевтической клиники и Клиники проф. патологии Казанского медицинского института (директор—З. И. Малкин).

## Лечение глюкозой сердечно-сосудистых больных.

Ассист. Д. Г. Тумашевой.

(Русский авторский перевод предыдущей статьи).

Посвящается памяти проф. Михаила Николаевича Чебоксарова.

Вопрос о применении сахара в лечении сердечно-сосудистых больных возник около 1917—18 г.г. В последнее время к нему вновь проявляется повышенный интерес.

В 1926 г. Osato привел 6 случаев асистолии, быстро подавляемой лечением сахаром в комбинации с инсулином. Tholhimer, изучая терапию ацидозов не диабетического происхождения, мог констатировать, что сахар в этих случаях действует благоприятно на сердечную деятельность. Budingен в 2-х случаях асистолии, где обычные сердечные средства не оказали эффекта, видел хорошее действие от сахара. Вискол в тех же случаях недостаточности сердечной деятельности не всегда получал хорошие результаты. Поздее Лоерер и Лемайге вновь вызвали интерес к этому вопросу своим сообщением в 1930 г. Авторы получали утешительные результаты от применения глюкозы вместе с инсулином. Почти в то же время Kisthinios и Gomez изучают в клинике профессора Vaquez применение сахара в комбинации с инсулином при терапии сердечной недостаточности. В результате своих наблюдений авторы приходят к выводу, что глюкоза должна занять почетное место в лечении сердечных больных. Она (глюкоза) действует на сердце, как и дигиталис, повышая его сократительную силу. Еще недавно в ноябре 1931 года опубликованы авторами (Rimband, A. Valme, Anselm-Martin) прекрасные результаты от комбинированного лечения сахаром вместе с инсулином в случаях асистолии, недостаточности правого и левого желудочков.

Все указанные авторы употребляли при лечении довольно большие дозы сахара (120—150 куб. см. 50% раствора сахара внутривенно или 50—100 гр. сахара per os). Это и вполне понятно, если учитывать, что они основывают употребление сахара в терапии сердечно-сосудистых больных исключительно на питательных свойствах сахара, а если применяют и инсулин, то при этом учитывают его свойство фиксировать в мышцах и в печени глюкозу в виде гликогена. В доказательство они приводят экспериментальные данные, полученные Muller'ом в 1903 году, высказавшим положение, что сахар является источником энергии сердца. В связи с этим следует отметить, что работами Коhen'a доказано, что под влиянием глюкозы с инсулином устраняется неправильное сокращение изолированного сердца кролика.

Bobbio и Massobrio приходят к выводу, что у сердечных больных нарушение заключается не в недостаточности сахара, а в расстройстве ассимиляции углеводов, и это последнее не может быть исправлено одной только доставкой углеводов.

Нужно отметить, что опубликованные данные не позволяют сделать окончательного заключения: или они неполны, или результаты противоречивы. В связи с этим интересно сопоставить наши наблюдения. В нашей клинике глюкоза нашла широкое применение в лечении не только почечных больных (нефритиков), но за последние годы выработался метод применения его у некоторой категории сердечно-сосудистых больных. Учитывая роль протоплазмодинамических моментов физиологии и патологии кровообращения, мы считали, что применение сахара в терапии сердечно-сосудистых больных должно опираться не только на действие его как питательного материала, а на более сложных явлениях. Такое механистическое понимание противоречит известным фактам, когда мы имеем явление гипергликемии (диабет), но это вовсе не обуславливает большей устойчивости сердечно-сосудистой системы.

Исследования З. И. Малкина в отношении окислительных процессов показывают, что здесь имеет место воздействие на целый ряд ферментативных процессов, имеющих связь с теми протоплазмодинамическими моментами, которые имеют непосредственное отношение к кровообращению. Вот почему я поставила себе задачей проследить у наблюдаемых мною в связи с глюкозо-терапией сердечно-сосудистых больных столь распространенного в тканях животных и растениях фермента-каталазы. Несмотря на колоссальный интерес, проявленный со стороны многих специальностей к выяснению роли этого вездесущего фермента, вопрос этот еще мало подвинулся вперед. Одно лишь бесспорно известно, что каталаза существует во всех тканях аэробных животных. Принимая во внимание столь широкое распространение в тканях каталазы, вполне естественно предположить, что этот фермент активно участвует в тех процессах, которые являются общими для всех тканей. В виду существования ее в тканях только аэробных животных является вполне логичным признавать ее связь с окислительными процессами. Все исследователи приходят к выводу, что каталаза находит себе место в цепи окислительных процессов, но как и где каталаза при этих процессах участвует, до сих пор вопрос остается открытым. Зависимость между степенью окислительных процессов и содержанием каталазы не является строго пропорциональной, но она существует несомненно. Такого взгляда придерживается Л. Штерн. Роль каталазы состоит в разложении  $H_2O_2$ , быть может, в перенесении кислорода, способствуя этим самым окислительным процессам. Поэтому в качестве объективного критерия для суждения о биологических изменениях, наступающих под влиянием глюкозы, мы выбрали наблюдение за колебанием каталазы у больных, леченных глюкозой.

Переходя к изложению клинического материала, привожу здесь технику и результаты нашего лечения.

Мы во всех случаях нашей терапии сахаром употребляли глюкозу. Вводили 10% раствора глюкозы в вену 2—4—6—8—10 к. см. через день, затем по 10 к. см., всего в среднем 10—12 вливаний. Дня за 2—3 до вливания ежедневно исследовали у больных каталазу наряду со счетом эритроцитов. Каталаза определялась по методу Баха.

Всего наблюдений произведено на 30 больных. Из них: больных с кардиосклерозом — 10, с миокардитом — 4, с пороком сердца — 2, с кардиосклерозом с приступом бронхиальной астмы — 4, с миастенией сердца — 4, с нефросклерозом — 5, с эссенциальной гипертонией — 2. Выбор указанных категорий больных для лечения глюкозой объясняется тем, что клиника в случае других заболеваний, например, пороков с резкой декомпенсацией, не замечала демонстративного эффекта от применения глюкозы.

Краткости ради я не описываю здесь подробно наши наблюдения по отдельности, а привожу только результаты клинических наблюдений в целом.

Результаты действия на симптомы взятые в отдельности:

а) *Функциональные признаки*: среди всех других признаков общим для всех указанных больных является одышка, большею частью при усиленном движении, в некоторых случаях ночные приступы одышки. В некоторых случаях одышка мешала б-ным говорить, делать даже небольшие движения в постели. У других она не была так выражена, но больные отмечали, что во время работы у станка они вынуждены часто прерывать работу из-за одышки. Из других симптомов у кардиосклеротиков выступали жалобы на неприятное ощущение в области сердца, иногда боли; у гипертоников частые головные боли и шум в ушах. Обобщая, можно сказать, что функциональные признаки улучшались почти всегда очень заметно. Даже в выраженных случаях эти явления быстро уступали лечению. Уже в течение первых пяти дней лечения больные замечают ослабление своей одышки и чувствуют себя хорошо. Это хорошее самочувствие наблюдалось почти у всех наших больных. Лишь в случаях истинной грудной жабы боли в области сердца не только не исчезали под влиянием лечения, но даже заметно усиливались.

б) *Перкуторные и аускультативные явления*. Уменьшения размеров гипертрофированного сердца под влиянием лечения мы не замечали. Только в одном случае у больной К-вой, поступившей в клинику после перенесенного воспаления легких с миокардитом, мы в процессе лечения заметили сокращение расширенного сердца до нормальных размеров. В случаях заглушения тонов у наших больных под влиянием лечения тональность заметно усиливалась. В этих случаях мы имели в этом очевидное доказательство оживления энергии миокарда. В случаях пороков сердца под влиянием глюкозы мы замечали усиление шумов.

в) *Артериальный пульс*. Пульс больных в связи с лечением заметно меняется. У 7-ми больных с лабильным пульсом пульс в течение лечения выравнился. В одном случае больной с кардиосклерозом, поступивший в клинику с резкой брадикардией с пульсом 40—42, после лечения выписался с пульсом 60—64 в минуту. У одной больной с кардиосклерозом, с аритмией типа *regretua* в процессе лечения последняя сменилась экстрасистолической. Больная выписалась лишь с редко попадающимися экстрасистолами.

г) *Кровяное давление*. У большинства больных кровяное давление оставалось за период лечения без изменения. Лишь в случаях понижения максимального давления последнее повышалось. Так, в одном

случае у больной женщины—токаря, поступившей с явлением сердечной мышечной недостаточности, кровяное давление с 90/50—повысилось до 120/60. У больных с гипертензией мы отмечали улучшение общего состояния, но не могли отметить демонстративного влияния глюкозы на величину кровяного давления.

*Диурез.* За время лечения диурез увеличивался лишь у тех больных, у которых были признаки застоя. В этих случаях диурез с 800—1000 к. см. повышался после 4—5 вливаний до 1.600—2.000 кб. см. В то же время постепенно у больных исчезали застойные явления в легких, уменьшалась печень.

е) У 4-х наших больных имелись явления сердечной недостаточности и приступы бронхиальной астмы. У этих больных в анамнезе каких-либо моментов аллергии выяснить не удалось. Кроме того десенсибилизация казеином не дала никаких результатов. Длительное течение бронхиальной астмы вызвало у больных эмфизему и миодегенерацию сердца.

Причина приступов бронхиальной астмы у наших больных станет понятной, если стать на точку зрения З. И. Малкина, высказанной в его работе „О патогенезе бронхиальной астмы“, что моменты, являющиеся лишь следствием самого болезненного процесса (затрудненность дыхания благодаря эмфиземе, развившейся на почве затяжного бронхита), могут сами становиться фактором, обуславливающим дальнейшее прогрессирование болезни. Здесь, по моему, не последнюю роль играет и сердце. У всех наших больных мы имели увеличение размеров сердца и заглупшение тонов. Под влиянием лечения постепенно уменьшалась одышка, купировался приступ. Больные выписались в прекрасном состоянии.

На основании клинических наблюдений над лечением глюкозой лиц, имеющих хронические инфекции (малярию, тbc, эндокардит), приходится отметить, что глюкоза в этих случаях давала обострение латентно протекавшего инфекционного процесса.

Определяя каталазу у всех прослеженных 30-ти больных, мы имели, за исключением одного, понижения в крови каталазного числа в той или иной степени (7—1 ед. в 1 мл). В одном случае у больного с резко выраженными приступами грудной жабы мы нашли повышенное каталазное число, причем попытки помочь ему вливанием глюкозы не увенчались успехом, а, наоборот, ухудшили состояние больного. Во всех остальных случаях мы имели дело в процессе лечения с прогрессирующим повышением каталазы (до 14—17 ед.), и это последнее всегда совпадало с улучшением объективных и субъективных явлений.

Перед нами возник вопрос, не является ли повышение каталазы результатом изменения содержания эритроцитов в крови, так как каталаза содержится в эритроцитах. Однако примененный нами постоянный контроль над содержанием эритроцитов, счет которых велся параллельно с определенным каталазы, показывает, что изменение каталазы не зависело от содержания эритроцитов в наших случаях.

Ниже я привожу несколько выдержек из историй болезни наших случаев: 1) Б-ой Маршалов, рабочий, кузнец, поступил в клинику с диагнозом кардиосклероза. Жалобы: одышка в течение 3-х лет, выраженная особенно во время работы, головокружение, тупые боли в области сердца. За последнее время больной замечает приступы одышки при малейших физических напряжениях, например, при



посадке в трамвай. Объективно: границы сердца увеличены влево, тоны заглушены. Печень см. на 3 выступает из-под реберной дуги, слегка болезненна при пальпации. Больному проделано 12 вливаний 10% раствора глюкозы. Постепенно состояние больного улучшалось, тоны сердца становились отчетливее. Перед выпиской из клиники больной мог совершать большие прогулки, не испытывая при этом никаких неприятных ощущений. Больной выписался с значительным улучшением на прежнюю работу. Как показывает кривая, каталазное число в связи с вливанием глюкозы повысилось с 9 до 16,6 ед. Эритроциты за это время не давали колебаний (См. кр. на стр. 434).

*2-й случай.* Больная Большакова. Токарь с завода, поступила в клинику с явлениями сердечной недостаточности, выражающейся в прогрессирующей при работе одышке, сердцебиении, неприятном ощущении в области сердца. Объективно: границы сердца определяются на 2 см. влево от l. mamillar sinis.; глухие тоны на верхушке и у основания. Кровяное давление 90/50. Эритроциты 3.600 000; каталаза — 7 ед. Больная получила 10 вливаний глюкозы. Выписалась на прежнюю работу в прекрасном состоянии. Каталазное число возросло до 14,3 ед. при количестве эритроцитов 4.390.000. Больная вернулась в клинику через 3 месяца за справкой о болезни для поездки на курорт. За это время больная продолжала работать за своим станком. Состояние больной было вполне удовлетворительно, одышка ее более не беспокоила. Исследуя каталазу, нашли ее равной 14 ед., число эритроцитов 4.000 000.

*3-й случай.* Больная Мосина поступила в клинику с явлениями одышки, сердцебиения, головных болей, головокружения и слабости. Объективно: склероз периферических сосудов, диффузное расширение аорты, увеличение размеров сердца влево до мамиллярной линии. Резкая аритмия типа регресса. Увеличение печени на 2—3 см. ниже реберной дуги. Влажные хрипы в нижних долях легких. Каталаза 10,2 ед. Эритроциты — 4.190.000. За период лечения глюкозой больная стала отмечать улучшение своего состояния. На 8-й день лечения аритмия регресса сменилась экстрасистолической. На 10-й день больная стала свободно ходить по коридору. Получив 15 вливаний, больная выписалась в достаточно хорошем состоянии, с редко попадающимися экстрасистолами. Каталаза возросла до 16,5 ед. Эритроциты остались в пределах прежних цифр.

Клиническое наблюдение приводит к выводу, что клиническое улучшение совпадает с нарастанием каталазного числа, причем это не находилось в связи с нарастанием эритроцитов. Это и должно было быть так, ибо увеличение каталазы в крови является показателем изменения общих ферментативных процессов, зависящих от изменения состояния всего организма.

С целью выяснения влияния различных доз глюкозы на колебание каталазного числа мной были произведены эксперименты над кроликами. Для опыта брались кролики среднего веса от 2,400 до 1,800 гр., находившиеся в одинаковых условиях питания. У опытного животного определялось в течение 1—2-х дней каталазное число и количество эритроцитов. На 2—3-й день начинали вливание глюкозы в различных концентрациях в ушную вену кролика.

Из кривой № 2 стр. 435 видно, что каталазное число, равное в начале опыта 7,8 ед. через несколько вливаний возросло постепенно до 15, причем дальнейшее увеличение дозы до 10 к. см. 10% раствора глюкозы повлекло за собой падение каталазного числа до 9 ед. Продолжая дальше свое наблюдение, вливая по 10 кубиков того же раствора глюкозы в течение 9-ти дней, мы видим, что каталазное число снизилось до 6 т. е. 6,73 ед., причем нужно отметить, что число эритроцитов за все время опыта оставалось без изменения. То же самое мы видим на кривой № 3. На этот раз я после падения кривой при употреблении 10 к. см 10% раствора глюкозы сделала на 3 дня перерыв. При этом кривая заметно пошла вверх. Затем, прибегая к вливанию 5 к. см. того же раствора, я установила, что кривая дошла до своего первоначального уровня, оставаясь в продолжение этой дозировки без заметных колебаний.

Кривая № 4. При опыте с кроликом № 3 концентрация раствора была доведена до 40%. Как видно, кролик обладал высоким каталазным числом. После

первого введения 10 к. см. глюкозы каталаза снизилась до 8 ед. При дальнейшем введении той же дозы глюкозы каталаза осталась в пределах 8—10 ед.

Крив. № 5 и 6. В этом случае, применяя 1% раствор глюкозы, мы хотели проследить, как влияют малые дозы на каталазное число. В этом случае мы видим, что дозы от 1 до 5 к. см. не вызвали изменений. После вливания 10 к. см., кривая заметно начинает повышаться, доходя с 10 до 15 на кривой № 5, с 8 до 13 на кривой № 6.

Таким образом наши экспериментальные данные полностью подтверждают результаты клинических наблюдений. Это заставляет прийти к заключению, что глюкоза несомненно оказывает влияние на совершающиеся в организме окислительные процессы в той или иной фазе. Именно этому влиянию глюкозы мы склонны приписать важное значение в благоприятном ее действии на сердечно-сосудистых больных. Современное представление о сердечно-сосудистой системе, как неразрывно связанной со всеми тканями организма, дает для этого достаточное основание. С этой точки зрения лечение сердечно-сосудистых больных вливанием глюкозы представляет аналогию с реиц-терапией. И, как в последнем случае, и здесь также имеет свое применение закон доз. Очень большие дозы оказывают угнетающее влияние. Наше клиническое наблюдение вполне подтверждает это, так как там, где мы получали благоприятные результаты, их мы получали от небольших доз.

Нельзя утверждать, как это делают некоторые французские авторы, что глюкоза может заменить обычные сердечные средства. Но мы считаем, что там, где страдание больного зависит не столько от центрального сердца, сколько от периферического, наряду с общим нарушением окислительных ферментативных процессов, глюкоза безусловно должна занять свое почетное место.

*Выводы.* 1. Применение глюкозы у сердечно-сосудистых больных показано в случаях: а) кардиосклерозов, где на первое место в жалобах выступает одышка; б) миастинии с явлениями неполноценности сердечно-сосудистой системы; в этих случаях глюкоза оказывает заметно стимулирующее влияние на трудоспособность; с) бронхиальной астмы длительной давности с эмфиземой, бронхитом и миодегенерацией сердца; д) гипертонии с явлениями недостаточности левого желудочка; е) пороков сердца в начальных стадиях декомпенсации без больших отеков.

2. Каталаза у сердечно-сосудистых больных повышается под влиянием глюкозы, причем наблюдается известный параллелизм между ростом каталазы и клиническим улучшением.

3. Противопоказанием к лечению глюкозой являются больные с *angina pectoris*, с хроническими инфекциями: малярией, *tbc*, эндокардитом.

*Литература:* 1. Л. С. Штерн. Каталазная система и ее отношение к окислительным процессам в животных тканях (Ж. эксперим. биол. и медиц. Т. V № 13). 2. N. Kisthinios et D. M. Gomez. Action thérapeutique du sucre dans l'insuffisance cardiaque (La presse médicale 1930. № 31). 3. L. Rimbaud, A. Balmés et G. Anselme-Martin—L'Association sucre—insuline en thérapeutique cardiaque. (La presse médicale 1931. № 90). 4. A. Bobbio et E. Massobrio. Le traitement des cardiopathies par le glucose et l'insuline; considerations théoriques et applications pratiques (Minerva medica, 22-e année, tome II, № 45, 10 Novembre 1931). 5. F. Penati, V. Barone et P. Groce. Le glucose et l'insuline dans le traitement des cardiaques (Minerva medica, 22-e année, tom. II № 45, 10 Novembre 1931). 6. F. Penati et G. Baroffio. Action du glucose et de l'insuline sur l'appareil cardiovasculaire (Archivio per le Scienze Mediche, tom. IV, № 9, septembre 1931).

## Гепатиты при эндокардитах.

Проф. Р. И. Лепской и д-ра Ф. К. Пермякова.

Изучение патологии печени получило за последние два десятилетия чрезвычайное быстрое и преносительно более развитие. Перенесение в клинику добытых физиологией, патологией, и тологической анатомией новых данных содействовало много внесению ясности и систематизации в изучение болезней печени. Если взять даже только один отдел диффузных паренхиматозных поражений печеночной паренхимы, то и здесь мы шагнули значительно вперед благодаря учению о ретикуло-эндотелиальной системе, о билирубинемии, благодаря новым взглядам на патогенез желтухи, новым данным о патологической анатомии прежде неясных промежуточных форм, углублению функциональной диагностики. Целый ряд заболеваний паренхимы печени, разнообразные гепатиты, к которым относятся и так наз. „катарральная желтуха“, сифилитическая, сальварсанная желтуха, так наз. острая желтая атрофия печени, всевозможные типичные и атипичные циррозы представляют в прежних описаниях лишь конгломерат разрозненных заболеваний, не только не вытекавших одно из другого, но даже ничем не связанных между собой. Лишь современное учение о паренхиматозных заболеваниях печени вносит в этот отдел известную стройность, закономерность, объединяя все эти заболевания в одну большую родственную группу острых, подострых и хронических гепатитов; они объединяются общностью патогенеза и этиологии, на чем уже могут строиться и общие принципы диагностики и терапии. Несомненно и тут имеется еще много невыясненных вопросов, но уже поставлены главные вехи.

Существуют еще однако некоторые формы паренхиматозных заболеваний, которые еще такой основательной переработке не подвергнуты, в описании которых еще попрежнему много неясного, в объяснении развития клинической картины которых еще слишком большую роль играет элемент случайности. К ним относятся и болезни печени, сопровождающие некоторые заболевания сердца, т. наз. сердечная печень „foie cordiaque“ французских авторов или застойная печень. На наших наблюдениях над этой формой заболевания мы намерены остановиться.

Всякому врачу хорошо известно, каким чутким барометром является печень при заболеваниях сердца, как рано она реагирует на начальные еще расстройства компенсации; но обычно внимание врача фиксируется главным образом на степени увеличения печени, болезненности ее, а в более поздних стадиях на плотности, на появлении асцита. Эти симптомы, которые обычно стараются свести к механическим расстройствам кровообращения, интересуют врача, главным образом, как косвенные показатели состояния работы сердца. Гораздо меньше уделяется внимания другим вопросам, которые здесь естественно возникают, а именно: 1. всегда ли и при всех ли заболеваниях сердца изменения печени одного и того же порядка, 2. достаточно ли объяснить эти изменения одними механическими расстройствами кровообращения и, наконец, 3. если в органе

со столь многообразными и жизненно важными функциями, как печень, развиваются определенные изменения, то как они в свою очередь отражаются на организме. Именно с этих точек зрения наше внимание было привлечено к изменениям печени при эндокардитах.

Хотя эндокардиты являются одним из часто встречающихся заболеваний, и застоная печень при них встречается, можно сказать, на каждом шагу, однако интерпретация различных симптомов и осложнений со стороны печени при этом заболевании далеко еще не единадушна. Во всех почти представлениях о характере изменений печени доминирующее место отводится расстройству кровообращения в ней и именно механическому застою. Этим механическим моментом стараются объяснить в первую очередь анатомические изменения. В большинстве классических описаний, как напр. Aschoffa, Kauffmann'a и др. мы встречаем лишь известную картину так называемой мускатной печени с преимущественным застоем в центральной части печеночно дольки, с постепенной атрофией печеночных клеток в этой части в связи со сдавлением их и отчасти в связи с ухудшением условий питания—так называемую цванстическую атрофию; в более поздних стадиях описывается развитие соединительной ткани, имеющее исходным пунктом утолщение венозных стенок и гиперплазию решетчатых волокон, т. е. так наз. цванотическую индурацию. Отмечается также в редких случаях у молодых субъектов компенсаторная гипертрофия в виде развития очагов или тяжей новообразованных печеночных клеток. Некоторыми авторами отмечается, что печеночные клетки в центре *могут* впоследствии перерождаться, — явление, следовательно, непостоянное и необязательное.

Представления здесь, как видим, чрезвычайно просты. Значительный шаг вперед сделали клиницисты, которые все больше и больше внимания уделяют функциональным изменениям печени. Правда, эти функциональные расстройства надо искать; но всякому клиницисту хорошо известно, что в значительном числе случаев мы находим, как один из наиболее надежных симптомов, уробилинурию, еще более надежными является повышение билирубина крови и, наконец, встречается ряд других расстройств, как холалурия, гипераминоацидурия и др. Исследованиями нашей клиники установлено наличие повышения ксантопротеина крови, весьма точного показателя того, что антиоксическая функция по отношению к продуктам гниения в кишечнике ослаблена.

Наличие этих функциональных расстройств уводит нас от представлений о том, что только атрофия известной части паренхимы должна играть здесь роль. Известно, что при механическом выключении даже значительной части печени оставшая паренхима еще в состоянии выравнивать это расстройство. Следовательно, здесь должны иметь место какие-либо более глубокие функциональные изменения.

Среди симптомов, привлекающих внимание в сторону печени у сердечных больных нередко встречается один, бросающийся в глаза—это большая и меньшая степень желтухи. Желтуха эта, однако, далеко не всегда имеет одинаковый характер; в сочетании с другими симптомами она образует различный клинический синдром, что вызывало также многочисленные и противоречивые объяснения этого осложнения. Между тем симптом этот во многих случаях расстройства компенсации при эндокардитах может стать, как и в других случаях желтухи, ведущим сим-

птомом. Исходя из него, из его клинической и патогенетической характеристики можно подойти к изменениям печени при эндокардитах с несколько иной точки зрения. Долгое время желтухе при расстройстве компенсации давалось одна трактовка: ее объяснили опять-таки чисто механическими причинами, а именно, сдавлением желчных капилляров вследствие застоя. Эта упрощенная трактовка не выдерживает критики уже потому, что, как справедливо говорил Stadelmann, можно наблюдать высокую степень застоя без всякой желтухи. Теория желчных тромбов Ervinger'a как известно, также ничего не дала для объяснения желтухи вообще. В дальнейшем для объяснения желтухи при расстройстве компенсации выдвигалось большинство тех же теорий, которые предлагались для объяснения и др. форм желтухи: и повышенный гемолиз, и плейохромия, и расстройство функций печеночных клеток и др. Мы не будем останавливаться на рассмотрении всех теорий; лишь последнее объяснение, т. е. расстройство функции печеночных клеток можно, как увидим, признать правильным, но далеко не для всех, а лишь только для известной части случаев. Можно с уверенностью сказать, что большая разнородностица в этом вопросе зависит от того, что совершенно не принимается во внимание одно важное обстоятельство, а именно, что клиническая форма желтухи при расстройстве компенсации далеко не всегда одна и та же: *в одних случаях* она протекает без всяких указаний на механический переход желчи в кровь, без наличия желчных пигментов в моче с одной только уробилинурией, при замедленной или не прямой реакции крови по Н. van den Bergh'u, т. е. как чисто функциональное расстройство, как динамическая желтуха. *В других случаях*, наоборот, она сопровождается появлением новых симптомов: наряду с уробилинурией появляется билирубинурия, реакция крови по Н. van den Bergh'u становится прямой, скорой, желтуха носит таким образом характер резорбционной, такой же, какая сопровождает более глубокие анатомические изменения, как это наблюдается при дегенеративных и деструктивных процессах в печеночной паренхиме, напр. при инфекционных и токсических гепатитах. Наконец, *в третьей группе случаев* у больных с эндокардитом к этой резорбционной желтухе присоединяются симптомы icterus gravis, который доминирует в клинической картине и уносит больного при явлениях острой желтой атрофии печени.

Все эти симптомы упоминаются в литературе, но без того чтобы этому придавалось особое значение для уяснения патогенеза застойной печени при эндокардитах. Между тем, казалось бы, что достаточно было бы обратить внимание на все эти варианты, на все разнообразие этого клинического течения, чтобы заподозрить, что во многих случаях изменения печени при эндокардитах выходят за пределы одних только функциональных расстройств, а тем более простого механического сдавления желчных капилляров, и что в основе желтухи при застойной печени не всегда лежат одни и те же причины. Чтобы обойти эти затруднения большинство авторов, как патолого-анатомов, так и клиницистов, привлекает для объяснения элемент случайности—случайных комбинаций с присоединившейся инфекцией; в большинстве даже самых современных руководств мы встречаем такого рода толкование. Так, в руководстве по частной патологии и терапии под ред. Ланга и Плетнева, вышедшем в 1931 г., в отделе заболеваний печени, написанном проф. Леви-

ным мы читаем: „расширение внутридольковых капилляров в застойной печени достигает громадных размеров и ведет к сплющиванию расположенных между капиллярами рядов печеночных клежок и пробегających между клетками желчных капилляров. Вследствие сдавления последних появляется небольшая желтушка. Задержка желчи предрасполагает ее к инфекции. В редких случаях эта инфекция может окончиться острой желтой атрофией печени“. Такого же рода объяснение находим у Labbé et Vitry Не избежали таких объяснений и Villaret и Bezanson в другом крупном руководстве под редакцией Roger Widal'я и Teissier и лишь у некоторых современных авторов, более глубоко изучавших специально вопросы патогенеза желтухи, как напр. у Lerehne, имеются прямые указания на то, что в тех случаях сердечной декомпенсации, где желтуха имеет клинические черты резорбционной, или паренхиматозной по терминологии Erpinger'a, ему удавалось находить дегенеративные изменения, идущие до некрозов печеночных клеток, которые могут обусловить переход желчи в кровь. Эти исследования Lerehne чрезвычайно ценны для уяснения некоторых форм желтухи у сердечных больных. Но и независимо от этих находок мы имеем достаточно оснований возражать не только против объяснения желтухи механическим сдавлением капилляров, но и против этого элемента случайности, случайной комбинацией с чем-то другим, а именно с присоединившейся инфекцией. Для того, чтобы предположить наличие дегенеративных изменений в печени, мы не видим никакой надобности апеллировать к какой-то новой неизвестной инфекции, которая будто бы должна здесь еще присоединиться, когда мы имеем дело с эндокардитом, т. е. с процессом по существу инфекционным. Известно, что печень реагирует на очень многие инфекционные заболевания дегенеративными изменениями, идущими до развития центральных некрозов; такого рода изменения имеются при тифе, скарлатине, сепсисе и др. инфекциях; при этом печень может страдать не только от непосредственного воздействия данного микроорганизма, но и под влиянием его токсинов, как напр. при дифтерии. Продукты белкового распада, совершающегося в организме при инфекционных заболеваниях также могут играть роль; известно также, что большинство диффузных, дегенеративных процессов печени, как напр. так наз. катарральная желтуха, которая, как известно теперь, представляет заболевание паренхимы, острая желтая атрофия печени и др., могут развиваться на почве инфекции. Таковы взаимоотношения между целым рядом инфекций и интоксикаций и печенью. Между тем, при эндокардите—процессе несомненно инфекционном—реакция печени чрезвычайно мало изучалась. В течение ряда лет мы наблюдали неоднократно у больных с эндокардитом картину желтухи со всеми клиническими симптомами, не отличающимися от таковой при паренхиматозных гепатитах.

Исходя из изложенных взаимоотношений между инфекционной природой заболевания и клинической картиной желтухи, мы занялись исследованием под этим углом зрения последних 8 случаев, прошедших в нашей Клинике. Имея перед собой клиническую картину гепатита с резорбционной желтухой, с одной стороны, и этиологический момент в виде инфекционного заболевания эндокардит типа *endocarditis recurrens* или *endocarditis lenta*, с другой, мы сознательно стали искать анатомические изменения, соответствующие инфекционному гепатиту, у наших



больных. Находки наши оправдывают вполне наши ожидания. Результатами их мы намерены поделиться здесь.

Не станем останавливаться на описании каждого случая в отдельности. Из восьми наших больных у всех имеются поражение двустворки (стеноз и недостаточность) у трех в комбинации с поражением аортальных клапанов. В одном лишь случае имелся в анамнезе кроме поражения митральных клапанов также и люэтический аортит. У большинства имелись рубцовые изменения клапанов, что не исключает, конечно, активного пролиферирующего вглубь процесса, у двух наряду с рубцовыми изменениями—явления более свежего язвенного эндокарита. Все больные поступили в Клинику с расстройством компенсации; у всех была длительная субфебрильная или значительно повышенная температура. Во всех случаях имелась желуха, протекавшая по типу резорбционной с желчными пигментами в моче и прямой скорой реакцией по Н. van den Bergh'у. У одного больного, по его словам, отмечается в течение последнего года рецидивирующий характер желтухи, появление ее в периоды декомпенсации и уменьшение вместе с восстановлением компенсации.

Анатомические изменения в печени во всех этих случаях, хотя и отличаются по степени, по тяжести, по давности процессов, но в общем имеют принципиальное сходство, что позволяет говорить сразу обо всех вместе. Макроскопически лишь в двух случаях имелась бугристая печень с выбухающими на разрезе участками регенерации величиной до чечевичного зерна; в остальных имелась картина застойной, плотной „мускатной“ печени. Микроскопически (за консультацию относительно морфологических изменений приносим благодарность проф. И. П. Васильеву) ни в одном случае мы не можем поставить на первом месте явления застоя. Мы не наблюдали постепенного уменьшения клеток и постепенной простой атрофии их от давления. Бросается в глаза совершенно другой доминирующий в анатомической картине процесс: это вполне выраженные некрстические участки, где печеночная ткань гибнет вследствие тяжелой дегенерации, идущей до полного аутолиза печеночной ткани. Морфологическая картина представляет тяжелый дегенеративный гепатит, а в участках аутолиза—не отличается от той, которая наблюдается при т. н. острой желтой атрофии печени. В тех местах, где печеночная ткань погибла, виден детрит, свободно лежащий желчный пигмент, а также мелкоклеточная инфильтрация и начальное развитие соединительной ткани. Купферовские клетки печени сохранены, а в некоторых случаях число их даже увеличено, капилляры в этих местах сильно расширены, местами имеются кровоизлияния. Эти участки аутолиза не занимают обязательно центральную часть дольки, а располагаются самым разнообразным образом, иногда все же более выражены в области застоя. В местах близких к участкам аутолиза можно видеть расширенные желчные капилляры. В других местах печени печеночные клетки, хоть и в меньшей степени, также обнаруживают дегенеративные изменения, как вакуолизация, ожирение. Наряду с этим встречаются участки, состоящие несомненно из крупных вновь образованных клеток, т. е. имеется регенеративный процесс. Таким образом здесь имеется резкая дегенерация, идущая до полного аутолиза, а наряду с этим репаративная реакция и регенерация, т. е. именно то, что наблюдается и при других дегенеративных гепатитах. Если Eppinger назвал гепатит типа так называемой „кагарраль-



ной желтухи\* острой желтой атрофией печени в миниатюре, то нам кажется вполне приложимым это выражение и к тому, что мы наблюдаем в этих препаратах от больных с эндокардитом.

На остальных изменениях, указывавших на более поздние стадии развития процесса, мы остановимся в дальнейшем. Описанная патолого-анатомическая картина дает ключ и к пониманию особенностей течения желтухи у наших больных и у больных с эндокардитом вообще. В той стадии, когда дегенеративный процесс не достиг еще наиболее высоких степеней, идущих до аутолиза, мы имеем функциональные нарушения— лишь недостаточное выведение печеночными клетками желчных пигментов из крови, функциональную или динамическую желтуху. В период более резких изменений, гибели паренхимы, аутолиза, когда возможен свободный переход желчи в перикапиллярные лимфатические пространства, вследствие нарушения структуры печени, нарушения целостности желчных капилляров, желтуха приобретает характер резорбционный, как и при других гепатитах. Особенности течения болезни также находят себе объяснение с точки зрения этого анатомического процесса: симптомы печеночные могут при прогрессирующем аутолизе все более выступать на первый план, и даже те случаи, где больной погибает как печеночный, с явлениями острой желтой атрофии печени, уже не требуют для своего объяснения предположения о присоединении какой-то новой инфекции. Это не больше, как дальнейший стадий того же дегенеративного аутолитического процесса. Мы видим здесь полную аналогию с тем, что происходит и при других дегенеративных процессах печени: если легкие паренхиматозные желтухи и так называемая острая желтая атрофия описывались раньше как заболевания, не связанные ничем между собой, и при переходе одного в другое также искали присоединения новых этиологических моментов, то теперь, мы знаем, что это лишь два стадия одного и того же процесса; и это учение мы можем целиком перенести на дегенеративные гепатиты при эндокардитах.

Патолого-анатомическая картина, соответствующая нашей, а именно некрозы печеночных клеток, отмечалась и другими авторами в некоторых случаях застойной печени, но чаще всего либо это делалось мимоходом, либо рассматривалось в другом аспекте и в непосредственную связь с эндокардитом не ставилось. Так, в материале Mallory, изучавшего центральные некрозы в печени при всевозможных инфекциях, встречается и эндокардит, что отмечается им лишь попутно, не фиксируя на этом внимания. Oertel описал еще в 1912 году 5 случаев застойной печени, причем больные погибли при желтухе, сонливости и других явных признаках расстройства функции печени. Морфологически он описывает аналогичные нашим находки: процессы тяжелой дегенерации и аутолиза в центре печеночных долек, но рассматривает их, как результат застоя. Heinrichsdorff также находил некрозы в печени при расстройстве компенсации, но тоже приписывал их застою, несмотря на то, что имел дело с флоридными инфекциями или интоксикациями. G e t t e описывает дегенеративные изменения в средней части печеночной долики при застое, рассматривая их как геморрагический гепатит, но объяснение также сводит к механическим моментам. Таким образом мы видим, что лишь некоторые авторы не прошли мимо этих изменений печени при застое, но и те дают им недостаточную, совершенно иную

интерпретацию: во всех описаниях мы видим стремление свести их патогенез к застою. Между тем чистый застой безрозов в печени не вызывает. При столь частых исследованиях случаев очень высоких степеней застоя этих некрозов не наблюдается. Систематическое исследование печени именно при эндокардитах мы находим в исследованиях Lüthy, относящихся к 1925 г. Автор находил аналогичные нашим более или менее распространенные некрозы, но подчеркивает, что в его случаях застой в погибших участках как раз был мало выражен. Относительно наших препаратов мы уже сказали, что явления застоя отступают далеко на задний план перед явлениями дегенерации. Возможно считать однако, что застой играет вспомогательную роль, нарушая питание и местные процессы обмена; но лишь при наличии инфекции он приобретает некое эtiологическое значение. В основу же должен быть положен инфекционный гепатит, в различных стадиях его развития

Мы намеренно останавливались пока мало на другой стороне патолого-анатомических изменений, которые наблюдаются в наших случаях. Переходим к ним теперь: в дальнейшем течении начальное развитие соединительной ткани в местах аутолиза переходит в более мощное развитие, образуя либо диффузные разращения, либо тяжи. Вместе с тем идет регенерация печеночных клеток, в свою очередь местами подпадающих дегенеративному процессу. Мы наблюдаем таким образом уже развитие картины, приближающейся к циррозу. Здесь, во избежание недогазумений необходимо еще раз провести грань между индурацией на почве застоя и истинным циррозом в его современном понимании. Ту цианотическую индурацию, которая развивается в печени на почве застоя, правильнее назвать склерозом или фиброзом; это—псевдо-цирроз, ничего общего с настоящим циррозом печени не имеющий. Сущность цирроза, как известно, заключается не в одном только развитии соединительной ткани, а в рецидивирующем очаговом дегенеративном гепатите, который приводит к частичной гибели печеночной паренхимы и сопровождается процессами регенерации печеночных клеток и мезенхимальных элементов. Эта гибель паренхимы, с одной стороны, и процессы регенерации—с другой, создают полную перестройку печени, что и образует цирроз. Таким образом цирроз должен рассматриваться как особый вид реакции печеночной ткани на ту или иную вредность токсического или инфекционного характера, как известный этап дегенеративного гепатита. При чистом застое сердечного происхождения мы обычно встречаем лишь цианотическую индурацию, но в ряде других случаев может развиться картина истинного цирроза в выше сказанном смысле. Сам по себе факт развития цирроза никем не отрицался, известно даже, что у некоторых сердечных больных клинические симптомы цирроза начинают даже преобладать над сердечными симптомами, и больной может погибнуть как цирротик. Однако объяснение этих циррозов у сердечных больных лежит у большинства авторов спять-таки в области случайности. Почти всегда дается объяснение такого рода, что там, где развивался цирроз, это произошло под влиянием присоединения туберкулеза, люэса, алкоголизма или другого момента к сердечному заболеванию. Между тем изменения в печени, которые мы находим в наших случаях эндокардита, достаточно говорят в пользу того, что при эндокардите развитие цирроза является совершенно закономерным явлением, дальнейшим стадием дегенератив-

ного гепатита. Развитие этого цирроза мы наблюдаем здесь очень отчетливо. Опять-таки мы имеем возможность перенести сюда целиком тот общий установленный закон, что легкие дегенеративные изменения, острая желтая атрофия и циррозы представляют собой лишь различные звенья одного и того же дегенеративного процесса, тесно связанные между собой.

Резюмируя результаты наших исследований, мы можем сказать, что наши наблюдения и сопоставление их с немногими аналогичными исследованиями, которые имеются в литературе, позволяют высказать взгляд, что эндокардит, как инфекционное заболевание, нередко вызывает дегенеративные процессы в печени, идущие участками до аутолиза; что этот процесс может принять течение аналогичное другим гепатитам, переходя в подострые или субхронические формы, а также в цирроз. Описываемые иногда случаи острой желтой атрофии печени у сердечных больных должны рассматриваться как вспышка этого дегенеративного аутолитического процесса, как это имеет место и при других гепатитах. Таким образом, изменения печени при активном эндокардите (*endocarditis acuta*, *endocarditis lenta*) являются не только реакцией на расстройство кровообращения, но представляют собой кроме того координированный процесс, который ведет свое начало от той же общей инфекции, что и заболевание сердца, процесс, который может в дальнейшем принять самостоятельное развитие и дать свои осложнения. Если может возникнуть вопрос, почему же не во всех случаях застойной печени имеются подобные изменения, то ответ ясен из того, что известно о соотношениях между инфекцией и печенью: там, где инфекция отзвучала быстро, она оставила мало следов благодаря обратимости процесса и регенерации. Гепатиты при эндокардитах являются, повидимому, результатом длительно текущих эндокардитов, рецидивирующих форм или *endocarditis lenta*. Эти данные интересны, на наш взгляд, не только для морфологов, но и для клиницистов, они объясняют многие особенности в течении эндокардитов; различные типы желтухи; преобладание иногда симптомов со стороны печени. Из области случайностей, которые принимались для объяснения этих особенностей течения, наши наблюдения позволяют нам перейти в область определенных закономерностей. У постели больного такое понимание дает нам новые диагностические и практические возможности. Не совершенно безразлично это и для терапии сердечных больных, у которых нужно уделять особое внимание щажению и поднятию функции печени. При этом важно знать, что не только далеко зашедшие изменения как цирроз, но и признаки паренхиматозного гепатита с желтухой являются показателями уже давно протекающего процесса и что щажение печени должно быть начато значительно раньше—уже при первых проявлениях эндокардита.

Из Ростовского н/Д. диспансера профессиональных заболеваний (Зав. В. В. Галеев) и Терапевтического отделения 1-й сорбольницы им. тов. Ленина (Зав. М. М. Виккер).

## К вопросу о возможной связи язвы желудка с почечно-каменной болезнью.

Лихт Л. М. (г. Ростов н-Д.).

Больше ста лет прошло с тех пор, как французский врач и анатом Крювелле дал впервые описание язвы желудка. Интересен и многообразен пройденный вековой путь. Много заманчивых и красивых теорий и гипотез создано для объяснения патогенеза этого страдания. Судьба многих из них однако оказалась недолговечной: с прогрессом наших знаний они принуждены уступать свое место другим более современным теориям. Не вдаваясь в перечисление всех существующих теорий, отметим, что Ахилловской пятой многих из них является тот факт, что слишком много внимания уделяется чисто местным факторам (расстройство кровообращения, катарр слизистой, отсутствие антифермента, механические моменты); больше говорится о язве, чем о носителе этой язвы: из-за язвы не видно язвенного больного. Успехи физической химии, учение об ацидозе и алкалозе приблизили нас к представлению о пептической язве как о болезни нарушенного обмена веществ (нарушение физико-химического равновесия в смысле реакции среды), как об общей болезни (ulcus-Krankheit Moravitz'a). В свете этой новой теории теряет свое самостоятельное значение такая, например, общепринятая теория, как учение Бергмана о пептической язве как о симптоме вегетативной дистонии. В этом смысле сама вегетативная дистония, как и пептическая язва, является не первопричиной, а следствием. Отражением новых веяний явились теория Балинта и работы проф. С. С. Зимницкого. Согласно исследованиям этих авторов в патогенезе язвы желудка (и 12 п. к.) лежит ацидоз тканей. В противоположность этой „кислой“ теории целым рядом авторов указывается на тот факт, что при язве желудка мы имеем сдвиг не в сторону ацидоза, а скорее в алкалоз—„щелочная“ теория. (Hollo a Weiss, Якимов, Лифшиц и др.).

Несмотря на то, что фактическая база в вопросе о значении щелочно-кислотного равновесия в происхождении пептических язв еще очень скудна, тем не менее надо думать, что более глубокий подход приблизит нас, наконец, к правильному разрешению этой давно назревшей проблемы.

В краткой статье я хотел остановиться на сочетании язвы желудка с почечно-каменной болезнью. Такое комбинированное сочетание является еще одним доказательством того, что язва желудка есть общее конституциональное заболевание, а не изолированное страдание одной лишь слизистой оболочки желудка. Уточнение и укрепление идеи о язве желудка, как о болезни обмена веществ, даст возможность сделать выводы большого практического значения, так как избавит язвенных больных от столь частых и большею частью беспредельных операций и направит, наконец, терапию этой большой группы больных в правильное русло. Глубоко, конечно, прав Е. И. Майзель, который по этому поводу пишет: „нельзя же, в самом деле, видеть в искусственном союствии между желуд-

жом и тонкой кишкой или в резекции большей части желудка высшее достижение в области терапии конституциональной болезни. В первом случае больной остается с желудочно-кишечным свищом, который не только может вызвать *circulus vitiosus* или *ulcus peritum*, но даже не предохраняет от прободения язвы или желудочно-дуоденального кровотечения так же, как это бывает при неоперированной пептической язве; во втором случае—больной остается с обрубком желудка вместо центрального пищеварительного органа и всю жизнь должен соблюдать диету\*.

Говоря о комбинации язвы желудка с почечно-каменной болезнью, мы прежде всего хотим исключить те случаи, где у заведомо язвенных больных, лечившихся в течение долгого времени щелочами, разыгрывается приступ почечно-каменной колики. По мнению американских авторов, применение больших доз щелочей в течение продолжительного времени ведет к раздражению со стороны почек и к образованию почечных камней. Об этом говорит и Куттнер. Нас интересуют, главным образом те случаи, где почечно-каменная колика предшествовала первым проявлениям язвы желудка или наступила у тех лиц, которые не пользовались щелочами. Прежде чем перейти к разбору нашего материала, мы хотим кратко остановиться на том, что происходит по ту сторону желудочных клеток во время их деятельности.

В период секреции желудочного сока из кровяного тока все время отнимаются как ионы хлора, так и ионы натрия, причем ионов хлора значительно больше, чем ионов натрия, так что концентрация хлорных ионов в кровяном русле значительно уменьшается по сравнению с концентрацией ионов натрия. Место удаленного аниона хлора занимает другой анион—угольная кислота, всегда и повсюду имеющаяся в организме; результатом этой реакции будет увеличение бикарбонатов, нарастание которых в крови создает угрозу к сдвигу реакции в щелочную сторону. Нарушенное равновесие  $H^+OH^-$  однако быстро выравнивается регуляторной деятельностью кишечных желез и поджелудочной железы, выделяющих щелочной сок, богатый бикарбонатами. В системе регуляторов, наряду с кишечными железами и поджелудочной железой, почки также в сильной степени способствуют поддержанию кислотно-щелочного равновесия. Это главнейший орган, через который происходит удаление из организма как щелочей, так и кислот. Колебания рН мочи находятся в прямой зависимости от пищевого режима, от состояния секреции, от интенсивности мышечных упражнений и т. д. В случае избыточности почечная паренхима способна выделять избыточные карбонаты, когда количество щелочей крови превышает норму. Почки выделяют мочу тем щелочнее, чем сильнее кислотность и больше количество отделяющегося желудочного сока. При гиперацидитах моча, выпущенная после еды, несколько мутна от осадка аморфных фосфатов земли; эта форма фосфатурии обуславливается исключительно желудочной секрецией; таким образом создаются условия для образования конкрементов в мочевых путях; с другой стороны, щелочная реакция мочи в значительной степени способствует внедрению и росту микроорганизмов, результатом чего может явиться инфекция почечных лоханок; присоединившийся пиелит уже самостоятельно создает условия для камнеобразования.

Вопрос о характере аномалии секреции при круглой язве желудка в последнее время подвергался неоднократно му пересмотру. Хотя и доказано, что язва может возникнуть и развиваться как при нормальной, так и при пониженной кислотности, однако трудно отказаться от наших повседневных наблюдений, убеждающих нас в частоте гиперсекреции и гиперацидитах при этом страдании. Особенно это касается свежих случаев пептических язв без присоединившегося гастрита, с угасанием функциональной деятельности железистого аппарата слизистой желудка; тем более это надо иметь ввиду в предъязвенном периоде, когда и в самом организ-

ме и в стенке желудка создаются условия, благоприятствующие возникновению язвенного процесса. Если мы учтем все эти обстоятельства—гиперсекрецию и гиперхлоргидрию желудочного сока, нарушенное в связи с этой аномалией секреции равновесие Н<sup>+</sup>ОН<sup>-</sup> ионов в сторону алкалоза, регуляторную деятельность почечной ткани, выводящей излишек бикарбонатов из организма,—то нам станет понятной щелочная реакция мочи в подобного рода случаях и возникающая таким образом фосфатурия с последующим камнеобразованием. Вся эта цепь является неразрывно тесно связанной друг с другом и лишней раз убеждает нас в том, что одними местными причинами не развязать этот Гордиев узел. Лишь тщательное изучение нарушенного обмена веществ, проявлением которого является пептическая язва желудка, сумеет найти, наконец, правильное решение этой задачи. В этом смысле могут представить некоторый интерес наши случаи, к описанию которых мы и переходим.

*Случай № 1.* Б-ной К., 44 лет, поступил б-цу с жалобами на боли под ложечкой после еды, примерно через полчаса-два часа, острую изжогу, отрыжку, изредка рвоту. Подобного рода явления отмечает у себя в течение последних трех лет. Наряду с этим жалуется на постоянные ноющие боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, на частые мочеиспускания и выделение мутной мочи. Первый приступ сильных болей в области правой поясницы б-ной относит к 1923 г. Примерно каждые два-три месяца повторяются подобного рода приступы, причем каждый раз они сопровождаются сильнейшими болями и доводят больного до мысли о самоубийстве. После приступа резких болей всякий раз остается еще надолго тупая боль в правой поясничной области. Щелочей никогда не принимал. *Объективно:* легкие и сердце норма. Верхний квадрант правой прямой мышцы живота напряжен и болезнен. Пастернацкий положит. справа. Анализ желудочного сока: общ. кисл.—92, своб. с. кисл.—36, связ. с. к.—52, слизь в небольшом количестве. Ан. мочи: р.—щелочная, б.—0,06%, лейкоц. 4—8—10 в п. зр., эпителий мочевыводящих путей на всем п. зр., трипельфосфаты в большом количестве, фосфаты в значительном количестве в п. зр. На рентгенограмме правой почки обнаружен большой ветвистый камень (коралловый камень). Рентген желудка: перистальтика усиленная, на малой кривизне, в средней трети, имеется ниша. Болевая точка в области ниши и пилоро-дуоденальном отрезке.

*Случай № 2.* С-ной К., рабочий, 29 л. Осн. жалобы: боли под ложечкой натощак, успокаивающиеся после еды и снова возобновляющиеся через 2—3 часа; кислая пища, как правило, всегда обостряет боли. Из диспептических жалоб отмечает кислоту отрыжку, тошноту, частые срыгивания кислыми массами, по временам рвоту. Стул—наклонность к запорам. Вольным себя данным заболеванием считает около 5 лет. По поводу этих жалоб б-ному в 1929 г. была произведена холецистэктомия, которая однако подложечных болей не прекратила. Неоднократно подвергался исследованию желудочного сока, причем общая кислотность всегда оказывалась повышенной: 82, 79, 69. В 1919 г. по поводу сильных болей при мочеиспускании б-ному удален камень из мочевого пузыря. Щелочи стал принимать только с 1929 г. *Объективно:* легкие и сердце норма. На передней брюшной стенке два рубца: один между мечем и пупком, другой над лобком. Пальпация живота обнаруживает резистентность и болезненность в области верхней трети правой прямой мышцы живота; боль резко всего выражена в пилоро-дуоденальной области. Желудочный сок: общ. кисл.—83, своб. сол. кисл.—63, связ. сол. кисл.—14, слизь в значительном количестве. Рентген желудка: по принятии висмутовой каши желудок принимает поперечное положение; своей пилорической частью он притянут к печени, лежит выше биликальной линии на пять попер. пальцев. Перистальтика глубокая, резкая, делящая желудок как бы на три части. Активная и пассивная подвижность ограничены. Игра привратника резко оживленная, переход каши из желудка в 12-ти п. к. быстрый. Болевая точка в пилоро-дуоденальной области. Через полчаса желудок был почти пуст. На основании вышеизложенного можно предположить язву пилорической части желудка с явлениями перигастрита и перипилорита. Ан. мочи: прозрачность—мутная, уд. вес—1017, р.—щелочная, б.—0,03% эритроц.—един. в препарате, лейкоц.—в значит. количестве, трипельфосфаты в большом к-ве. Рентгенография почек камня не обнаружила.

*Случай № 3.* Б-ной К., 36 лет, столяр. Основн. жалобы: боли под ложечкой после еды, длительностью до 3—4 часов; ежедневно по вечерам рвота кислыми массами, после которой боли всегда успокаиваются; изжога, исчезающая после приема соды; частые мочеиспускания до 15 раз в течение суток; боли под ложечкой впервые появились в 1926 г. Общ. кисл. желудочного сока оказалась тогда равной 80. Ввиду нарастания болей подвергся в 1927 г. оперативному вмешательству под диагнозом язвы желудка. Во время операции произведено было разделение мощных спаек между пилоро-дуоденальным отрезком и желчным пузырем. Из отдаленного анамнеза мы узнаем, что еще на третьем году жизни нашему б-ному удален камень из мочевого пузыря. В 1917 г. приступ левосторонней почечно-каменной колики; подобного рода приступ повторился в 1923 г. В дальнейшем приступы нередко повторялись, но не носили уже столь интенсивного характера, как при первых двух приступах. В 1924 г. заражение люэсом. Щелочи стал принимать с 1926 г. *Объективно:* б-ной пониженного питания. Легкие—норма, тоны сердца глухи. На передней брюшной стенке два рубца: один между пупком и мечем, другой над лобком. Вся эпигастральная область напряжена и болезненна больше справа. Печень уплотнена, прощупывается на 2—3 пальца. Ан. желуд. сока: общ. кисл. 30, своб. с. кисл.—14, связ. сол. кисл. 16. Моча: р.—щелочная, б.—следы, лейкоц. 5—10 в п. зр., местами до 20, трипельфосфаты в небольшом к-ве. Реакц. Вассермана отрицательная. Рентгенография почек и пузыря камня не обнаружила. Рентген желудка: активная и пассивная подвижность желудка в пределах нормы. Болевая точка разлитая в области 12-ти п. к.

*Случай № 4.* Б-ной П., 36 лет, рабочий. Основн. жалобы: боли под ложечкой через 2—3 часа после еды, постоянная изжога, отрыжка пищей, запоры. Все эти жалобы отмечает у себя с 30 г. В 1928 г. у б-ного разыгрался приступ сильных болей внизу живота, сопровождавшийся частыми позывами к мочеиспусканию с иррадиацией болей в половые органы. Боли длились тогда около 8-ми час. В этом же году б-ной подвергся аппендектомии. Второй приступ подобных же болей наступил в мае 1931 г. Через месяц, в ночь на 6 июня, разыгрался новый приступ, по поводу которого б-ной был каретой скорой помощи доставлен в б-ницу. *Объективно:* легкие и сердце—в пределах нормы. При пальпации живота отмечается напряжение и болезненность в области верхней трети правой прямой мышцы живота. При рентгенографии мочевого пузыря обнаружено два камня. Рентген желудка: желудок имеет форму крючка, разворачивается по гипертоническому типу. Перистальтика резкая. Переход каши из желудка в 12-ти п. кишку идет беспрерывно. Болевая точка—в области 12-типерстной кишки; последняя несколько деформирована. Через час в желудке незначительный остаток каши. В моче обнаружены един. эритроциты. Этот случай отличается от других тем, что б-ной по поводу изжоги принимал щелочи еще до первого приступа почечно-пузырных колик, правда лишь два-три раза в неделю, усиленно же лечиться щелочами стал лишь с августа 1930 г. Из-за этих соображений мы приводим и этот случай.

На основании нашего небольшого материала, обнимающего всего шесть подобного рода случаев (мы привели лишь четыре, ввиду однородности других), мы не собираемся, конечно, сделать каких-либо выводов. Вопрос о комбинированном сочетании язвы желудка с почечно-каменной болезнью еще очень мало освещен в литературе. Поэтому мы закончим нашу краткую статью пожеланием, чтобы врачи заострили над этим вопросом свое внимание и соответственным образом отразили это в периодической медицинской печати.

*Литература.* 1) С. Б. Оречкин. Врачебное дело, № 13, 1927 г.—2) Г. Н. Лифшиц. Врачебное дело, № 3, 1928 г.—3) Е. И. Майзель. Терапия язвенной болезни желудка, Москва, 1931 г.—4) М. Лаббе и Ф. Непве. Ацидоз и алкалоз. 1931 г.—5) Проф. С. С. Зимницкий. Врачебное дело. № 17—18 и 19, 1926 г.—6) В. Ф. Якимов. Казанск. мед. журнал № 8, 1926 г.—7) Проф. Г. Периц. Введение в клинику внутренней секреции.—8) Проф. В. Штубер. Клиническая физиология.—9) Шмуклер и Уткин. Клиническая медицина, т. IX, № 6, 1931 г.



(Центральная больница Московских мест заключения. Главврач И. С. Симонов).

## Болезнь Гиршпрунга.

Врача Т. З. Гуревича.

Под названием идиопатическое расширение толстых кишек или болезнь Гиршпрунга, *Megacolon Congenitum*, известно своеобразное заболевание, сущность которого заключается в том, что толстые кишки на том или другом протяжении представляются расширенными иногда до колоссальных размеров без всякой видимой причины, которая могла бы вызвать такое расширение. Стенки расширенного отрезка кишек обычно утолщены, гипертрофированы.

Первое сообщение об этом страдании относится к первой половине 19 столетия, когда появились описания Ebers'a, Oulmond'ta, Favilli, Vunger'a. Интересно отметить, что эти первые сообщения относились к взрослым субъектам, между тем означенное заболевание, как выяснено, наблюдается преимущественно в детском возрасте. Общее внимание на описываемую болезненную форму было обращено главным образом со времени появления работ Гиршпрунга (1886—1888 г.), именем которого данное страдание с тех пор и обозначается. Несмотря на то, что за последние годы в литературе появились многочисленные сообщения о болезни Гиршпрунга, все же общее число наблюдений, относящихся к данной болезненной форме, сравнительно не велико. Так, Fenwick рассмотрел 30 тыс. протоколов вскрытий Лондонского госпиталя нашел всего три случая *Megacolon*, Боголюбов<sup>1)</sup> до 1908 г. собрал 181 случай, Сычева до 1913—163 случая, Steiner—200 сл. В русской литературе количество описанных случаев болезни Гиршпрунга очень невелико. Всего описано нам известных случаев 9: один Боголюбовым, 3—Дедовым, 1—Абрикосовым, 1—Жуковским, 1—Рубинштейн и Герштейн, 1—Гинзбургом, 1—Соколовым. В 1930 г. нам удалось наблюдать 3 случая, к описанию которых и переходжу.

*Случай 1-й.* Больной Кр-ин В. М., 61 года, кр-н, поступил в больницу с диагнозом рак желудка 4-го января 1930 г. Жалобы: боль в подложечной области, изредка рвоты, кислая отрыжка, запоры по 4—5 дней, общая слабость, болен 15 лет. Со стороны наследственности отметить нечего не удается. Перенесенные заболевания: рожа лица в 1921 году, венерические болезни отрицает. *St. pr* Больной среднего роста, питание резко понижено, кожа и видимые слизистые бледноватые, шейные железы увеличены. Сердце: границы в пределах нормы, тоны глухие, небольшая экстрасистолия. Пульс 84 удара в минуту, среднего наполнения. Кровяное давление по Рива-Рочи-Короткову 130/70. В легких явления эмфиземы. Анализ крови: гемоглобин 80%, эритроциты 4.780.000, цветной показатель 0,85, лейкоцитов 8.270 из них сегментированных 59%, палочковидных 14%, лимфоцитов—18%, моноцитов—5,5%, эозинофилов—3,5%. Органы пищеварения: живот вздут, несколько отвислый, при пальпации болезненность в подложечной области, прощупывается сигмовидная кишка. Анализ желудочного сока: свободная соляная кислота 66, связанная 14, общая 82, слизь в значительном количестве, крахмальные зерна в первой стали переваривания, много капель жира и жирных кислот, дрожжевые грибки. Анализ кала: цвет темно-коричневый, реакция щелочная, реакция на кровь положительная, немного растительной клетчатки, единичные мышечные волокна, утратившие поперечную и продольную исчерченность. *Рентгеноскопия* (доктор Г. Е. Сорокин): мутные верхушки, усиленные *Hilus*'ы. Сердеч-

<sup>1)</sup> Русск. хир. арх. т. IV, 1908 г.

но-сосудистая тень в пределах нормы. Желудок атоничен, перистальтика нерезко выражена. Нижняя граница его стоит на уровне лобка. Толстые кишки резко вздуты; через час большой остаток бария в желудке. Через 24 часа барий находится в позвоночной области. Резкое расширение толстых кишек. При наливке кишек барием (1 литр) заполнена только сигмовидная кишка. Мочеполовая, нервная системы отклонений не представляют. Больничный диагноз: *Megacolon*, *Myodegeneratio cordis*, *Emphysema pulmonum*.

*Случай 2-й.* Больной А и—щенко Е. Е., 50 лет, крестьянин, поступил в больницу 24 апреля 1930 года с диагнозом асцит, жалобы: боль в верхней половине живота, поносы 4—5 раз в день, общая слабость, похудание, болен 7 лет. 7 лет тому назад появилась боль в подложечной области, боль постоянная. В 1927 г. были рвоты. В 1927 году перенес операцию по поводу грыжи белой линии, с тех пор боли усилились, начал постепенно худеть. С стороны стула была наклонность к запорам. В 1930 году находился на тяжелых земляных работах, с тех пор боли стали еще сильнее, появились поносы, отрыжка, похудание. Со стороны наследственности ничего отметить не удается. Перенесенные заболевания — малярия в 1927—28 г. *St. praesens*. При внешнем осмотре больного бросается в глаза на фоне общего истощения больного большой живот, кожа над животом истончена, просвечивается венозная сеть. Кожа и слизистые бледные. Небольшая отечность ступни и голени, лимфатические железы подчелюстные и паховые прощупываются. Грудная клетка несколько бочкообразна, надключичные ямки запавшие, нижние границы легких опущены, подвижность ограниченная, дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: границы нормальные, тоны глуховатые, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения. Кровяное давление по Рива-Рочи-Короткову 100/55. Анализ крови: гемоглобин 57%, эритроцитов 4.050.000, цветной показатель 0,7, лейкоцитов 10.000, из них сегментированных 56%, палочковидных 18%, лимфоцитов 17%, моноцитов 4%, эозинофилов 1%. Живот резко вздут, перкуторно всюду тимпанический звук. При пальпации в верхней половине живота болезненность. Печень и селезенка не прощупываются. Анализ желудочного сока: свободная соляная кислота 6, связанная 14, общая 22. Реакция на кровь — отрицательная. Слизь много, крахмальные зерна во второй стадии переваривания, немного кристаллов жирных кислот. Дрожжевые грибки. Анализ кала: реакция на кровь положительная, палочек Коха и дизентерийных не обнаружено. Микроскопия: немного растительной клетчатки, немного мышечных волокон, сохранивших продольную и поперечную исчерченность. *Рентгеноскопия* (доктор Г. Е. Сорокин): легкие норма, сердечно-сосудистая тень приподнята и лежит над диафрагмой. Желудок наполняется правильно, тонус сохранен. Барий немедленно переходит в тонкие кишки. Увеличение объема всех толстых кишек. Со стороны моче-половых органов отклонения не обнаружено. *Анализ мочи*: цвет соломенно-желтый, прозрачность не полная, реакция кислая, удельный вес 1018. Белок 0,03 gr/mille, сахар, ацетон, желчных пигментов — нет, уробилин норма, видикан выражен. Плоский эпителий в значительном количестве, лейкоциты 2—5 в поле зрения, эритроциты единичные в препарате, слизь в большом количестве, оксалатов, бактерий много. Больничный диагноз: *Megacolon*, *Myodegeneratio cordis*, *Emphysema pulmonum*.

*Случай 3-й.* Больной Не—нов Н. П., 59 л., служащий, поступил в больницу 4/VII-30 г. с диагнозом рак желудка. Жалобы: на боль в подложечной области, тошноту, отрыжку, запоры по 5—7 дней, общую слабость. Считает себя больным с 1900 года. Настоящее заболевание: в 1900 году больной начал ощущать изжогу после еды. После лечения изжога прошла, но периодически повторялась, 15 лет тому назад начала появляться боль в подложечной области, запоры по несколько дней, боли наступали периодически. После лечения и диеты они проходили. В 1929 году боли резко усилились, запоры бывали по 6—7 дней, появилась общая слабость. Больной лечился в больнице в Рыбинске, немного поправился. В апреле 1930 года оперировался по поводу пупочной грыжи. После операции чувствовал себя удовлетворительно. В июле м-це боли обострились, появились рвоты после еды, общая слабость. Больной стал отмечать похудание. С этими явлениями больной поступил в больницу. Перенесенные заболевания: скарлатина, брюшной тиф; венерические болезни отрицает. Со стороны наследственности отметить ничего не удается.

*St. praesens*: Больной среднего роста; питание резко понижено. Кожа и видимые слизистые — бледноватые. Лимфатические железы не прощупываются.

Мышечная система слабо развита. Костно-суставная—норма. Легкие: нижние границы легких несколько опущены, перкуторно—звук с коробочным оттенком. Дыхание несколько ослабленное, единичные сухие хрипы. Сердце: границы в пределах нормы, тоны глуховатые, небольшой акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный, среднего наполнения. Кровяное давление по Рива-Рочи-Короткову 150/85. Живот: резко увеличен в объеме; кожа живота истончена, просвечивается сеть венозных сосудов. Перкуторно по животу всюду тимпанический звук. Живот немного напряжен, видна вялая перистальтика желудка, иногда и толстых кишек. Прощупать что-нибудь не удается. Печень с трудом прощупывается при глубокой пальпации, селезенка не прощупывается. Анализ желудочного сока: свободная соляная кислота—56, связанная 14, общая 76, реакция на кровь—отрицательная, крахмальные зерна в стадии переваривания, дрожжевые грибки. Анализ кала: цвет желтый, консистенция оформленная, реакция слабо кислая, реакция на кровь отрицательная, в большом количестве мышечные волокна, кристаллы жирных кислот, изредка растительная клетчатка. Анализ крови: гемоглобин 73%, эритроцитов—4.600.000, цветной показатель 0,8, лейкоцитов—8600, из них сегментированных 64%, палочковидных 5%, лимфоцитов—23%, моноцитов—5%, эозинофилы—2%, базофилы—1%. Рентгеноскопия (доктор Г. Е. Сорокин): легочные поля прозрачны. Сердечно-сосудистая тень приподнята, и лежит над диафрагмой. Желудок дилатирован, опущен, атоничен. Дно желудка лежит низко. Через час в желудке большой остаток пищи. Через 24 часа барий в толстых кишках. Увеличение объема всех толстых кишек. Моче-половая система—норма. Анализ мочи отклонений не представляет.

Больничные диагнозы: *Megacolon*, *Myodegeneratio cordis*, *Emphysema pulmonum*.

Все случаи болезни Гиршпрунга Боголюбов разделяет на три группы: 1-я—многочисленные случаи болезни Гиршпрунга, наблюдавшиеся у детей, причем клинические симптомы появились с раннего детства, начало заболевания с первых дней; 2-я группа—заболевание взрослых, причем начало заболеваний относится еще к детскому возрасту; 3-я группа—те случаи, где болезнь Гиршпрунга существовала у взрослых давно, но клинические симптомы стали проявляться сравнительно поздно. Наши случаи, повидимому, относятся к 3-й группе. В 4-ю группу выделяют *pseudo-megacolon*, где, наряду с расширением и гипертрофией толстых кишек, найдено более или менее резкие анатомические изменения, которые могли бы служить причиной, вызвавшей подобное расширение (*Atresia ani*, стриктура прямой кишки, перегибы и заворот толстых кишек и пр.). В зависимости от вовлечения отделов толстой кишки различают *Megacolon totalis et partialis*, *Megasigmoideum* и, наконец, когда заинтересована только прямая кишка. Полное расширение *Colon* обычно вместе с *flexurae Sigmoidae* наблюдались по данным Боголюбова в 42%. В остальных случаях он имел частичное расширение толстых кишек. Из 185 случаев этого заболевания, описанных в литературе, где обозначен возраст больных, в 30% отношении на лиц свыше 15 лет падает не более 35%. Больные с болезнью Гиршпрунга редко доживают до преклонных лет, хотя например, в случае *Gabelli* больной дожил до 88 лет. Мужчин около 70%, женщин 30%. Если некоторые авторы (Боголюбов) находят сравнительно легким распознавание болезни Гиршпрунга в детском возрасте, то другие (Сычева) говорят о больших затруднениях при диагностике этого заболевания у взрослых, где чаще всего диагноз выявляется случайно на операции или вскрытии. Несомненным пособием при диагностике, а в некоторых случаях единственным методом в диагностике, как в наших случаях, служит рентгеноскопия. Клиническая картина страдания у различных больных или в различные периоды болезни—колеблется в своей интенсивности в за-

висимости от наличия или отсутствия осложнения, возникая у одних только периодически, у других не прекращаясь всю жизнь, у 3-х протекает бессимптомно. Характерные симптомы этого страдания: запоры, вздутие, увеличение объема живота. Запор длится иногда до 3-х месяцев. При подобных длительных запорах в некоторых случаях благодаря искусственным мероприятиям, клизмам и пр. удается, наконец, получить выделение кала в громадном количестве. Так, например, в наблюдении Гиршпрунга, путем дефекации выделилось три ночных горшка кала. В случае Consett'i у больного в течение 3—4 дней было получено при стуле 10 кило кала. Весьма нередко у больных с болезнью Гиршпрунга развиваются явления полной непроходимости кишечника, сопровождающиеся иногда смертельным исходом (Binke, Cruvellier и др.) Изредка, вследствие сжатия уретры, появляется задержка мочи. При длительных задержках кала и газов в конечной стадии бывает рвота, иногда каловая. Аппетит пониженный, самочувствие подавленное, головные боли, к концу болезни апатия, сонливость, кахексия. Увеличение живота достигает значительных размеров. У взрослого наблюдалась окружность живота 220 сантиметров. Довольно частым осложнением при данном заболевании является колит (наш второй случай). В таких случаях запоры чередуются с поносами. Приступы диарреи бывают различной интенсивности, в некоторых наблюдениях являются, по видимому, ближайшей причиной смерти больных. Общий внешний вид больного, где, на фоне общего истощенного вида, бросается в глаза большой живот, должен вести к мысли о наличии Megasolon. Как ни характерна эта картина тем не менее болезнь остается не распознанной. Так например, в случае, Richardson'a был диагностирован аппендицит, Brestower'a—туберкулезный перитонит. Следует еще отметить нередко отмечающееся при данном заболевании, особенно у взрослых, явление сердечной слабости, иногда кончающееся внезапной смертью. Из 181 случая, собранных Боголюбовым, семеро скончались от паралича сердца. От этого погибли больные в случаях Hoffman'a, проф. Г. Я. Гуревича, Сычевой. Некоторые авторы (Жуковский, Haring, Lantz) считают наиболее вероятной причиной паралича сердца хроническую интоксикацию организма со стороны кишечника, вследствие застоя фекальных масс. Другие авторы (Casoli) отмечают возможность сдавления легких и сердца чрезвычайно расширенными и увеличенными кишками.

Патогенез до сих пор недостаточно выяснен, мнения авторов весьма разнообразны. Гиршпрунг считает расширение и гипертрофию первичным и представляет их как прирожденную аномалию развития в смысле частичного гигантизма. Муа же представляет расширение врожденным, гипертрофию стенки считает вторичным явлением. Consett'i высказывается, что основным причинным моментом развития страдания следует считать врожденную аплазию muscularis нижнего отрезка толстых кишек; расширение гипертрофии верхнего отрезка colon есть явление последовательное, обусловленное застоем кала в нижнем отрезке. Fenwick считает за причину, ведущую к идиопатическому расширению толстых кишек, спазмы сфинктера ani. Bing высказывается в том смысле, что причина болезни Гиршпрунга лежит во врожденной недостаточности иннервации кишечной мускулатуры, результатом этого является последовательное расширение кишек и гипертрофия стенки. Наконец, целый ряд

авторов указывает, что этиологическим моментом, вызывающим расширение и гипертрофию толстых кишек, являются анатомические изменения в положении данного отдела толстых кишек. Так, Marghan полагает, что расширение и гипертрофия толстых кишек, есть результат длительных запоров, которые в свою очередь обуславливаются удлинением и увеличением изгибов flexurae sigmoideae. Некоторые авторы придают большое значение завороту flexurae sigmoideae. Из приведенных данных можно видеть несколько разноречивых воззрений авторов на этиологию и патогенез болезни Гиршпрунга.

Консервативное лечение обычно не устраняет расширения, гипертрофии кишек, оно только поддерживает относительное благополучие без особого ущерба для развития и питания организма. Симптоматическое лечение сводится к тщательной заботе о кишечнике, вымыванию кала клизмами. Слабительные менее действительны и нередко даже вредны. Иногда массаж живота, белладона и другие. Смертность при консервативном лечении 88—93%. Хирургическое вмешательство действительнее, дает больше 50% выздоровления. Показания к хирургическому вмешательству имеются лишь в поздние годы. Наиболее целесообразная форма хирургического вмешательства—резекция пораженного отдела кишек. Однако и при хирургическом вмешательстве процент смертности высок, свыше 40%. Lapiz приписывает столь неутешительные оперативные результаты отчасти слабому состоянию больных вследствие хронической интоксикации от застоя кишечного содержимого, в котором они поступают к хирургу.

Из Тетюшской участковой больницы Татарской Республики (Зав. Н. Я. Соколов)

## К вопросу об обработке рук по методу проф. Спасокукоцкого и д-ра Кочергина.

Врача Н. Я. Соколова.

Чрезвычайная простота способа предоперационной обработки рук, предложенного проф. Спасокукоцким и д-ром Кочергиным, все его подкупающие достоинства, прекрасно изложенные авторами способа в ст. „Углубленное обеззараживание рук с отказом от мыла“ (Новый хирургический архив, № 62 за 1928 год), невольно толкнули нас, работающих в условиях участковой больницы, применить этот способ в своей хирургической практике.

*Техника обработки рук*, как она практикуется у нас, следующая. Перед операцией в стеклянную чистую четвертную бутылку наливается непосредственно из самоварного крана горячая кипяченая вода в объеме 1—2—3 литров, в зависимости от количества участников операции. На наружной поверхности бутылки полосками липкого пластыря предварительно делаются отметки 1—2—3 литра. Из чистой мензурки в бутылку наливается нашатырный спирт по 5 куб. см. на 1 литр воды. Таким образом получается 1/2% раствор нашатырного спирта.

Раствор этот в количестве 150—200 куб. см. наливается в предварительно обожженные небольшие эмалированные тазики. Кусочком марли или ваты (стерильными) этой жидкостью обмываются и обтираются руки в течение 2—5 минут, после чего раствор в тазаках заменяется свежим и руки обрабатываются вновь еще 2—5 ми-

102

нуты. После этого руки вытираются стерильным полотенцем до суха и протираются спиртом 3—5 минут. Концы пальцев смазываются 5% иодной настойкой. Рекомендуется всегда пользоваться свежесделанным раствором.

За время с первого января 1930 года и по настоящее время все чистые операции проводились и проводятся нами по этому способу.

Ряд статей и сообщений в доступной для нас литературе за этот период единодушно подтверждают достоинства нового метода. Так, д-р П р и с е л к о в (Казанский медиц. журн. 1930 г. № 1) имеет процент нагноений 0,99%; Д-р Герш (Новый хирург. ар., № 75) очень хвалит метод С. и К., д-р Журавлев (Русский офтальм. журнал 1930 года № 4) не видел осложнений при применении этого способа при девятисто четырех глазных операциях.

Ведя наблюдения у себя в больнице и читая эти статьи, являющиеся подтверждением и наших наблюдений, мы не раз задавали себе вопрос, почему новый метод, несмотря на все свои достоинства, туго прокладывает себе дорогу.

Однако последний четвертый Всеукраинский съезд хирургов показал, что уже многие хирурги пользуются методом С. и К. На этом Съезде по вопросу о „нагноении после чистых операций“ ряд товарищей высказался за способ С. и К.

Так, Гербер и Деркачев (Труды 4-го Всеукраинского Съезда хирургов—Новый хирург. арх. № 89—90) на 205 случаев операций имеют процент нагноений равный 3; Берлин (там же) на 713 операций—5%, Скрылов, обрабатывая руки по методу С. и К. полтора года, имеет процент нагноений 2—3%, Перельман — 5,7%; Райхман — 3,2%.

По единодушному отзыву процент нагноений очень невысок и во всяком случае ниже, чем при обработке рук общепринятым методом Fürbringer'a или одним из его видоизменений.

Как бы то ни было, вопрос находится в периоде накопления фактов, что и побуждает нас опубликовать опыт участковой Тетюшской больницы, где мы, помимо чистой хирургии, мылись раствором нашатырного спирта при производстве акушерско-гинекологических и глазных операций.

За срок с первого января 1930 года по 1-е июня 1931 года произведено всего ляпаротомий 62, из коих 42 акушерско-гинекологических (вентрофиксации и суспензии, цистоэктомии, удаление придатков матки, удаления матки, внематочная беременность, большие и малые кесарские сечения и т. д.) и 20 чисто хирургических (непроходимость кишечника, гастроэнтеростомии, пробные ляпаротомии и др.). Если из числа этих операций отнять одну, закончившуюся после полной эвентерации по поводу ileus'a наложением anus preternaturalis и другую—гастростомию по K o d e r'у, прошедшую с техническими погрешностями, то случаев нагноения на все остальные мы имеем два, т. е. 3,3%.

Грыжесечений произведено 85; в эту группу относим также 3 аппендектомии. На 88 этого типа операций имеем 3 нагноения, одно из которых, вызванное наложением кишечного свища при ущемленной грыже, исключаем. Таким образом, процент нагноений по грыжесечениям и аппендектомиям выражается цифрой 2,29%.



На прочие чистые хирургические операции числом 152 имеем случаев нагноений—3, т. е. 1,9%. В число этих операций входят 6 ампутаций грудной железы с туалетом подмышечной впадины, 8 гидроцеле по Finkelmann'у и Bergmann'у, 2 исправления расхождений прямых мышц живота, 3 высоких сечения по поводу камней мочевого пузыря, 2 ампутации бедра, 2 ампутации плеча, 4 обширных иссечения варикозных вен голени, удаление нижней губы с последующей пластикой по Bruns'у, не давших ни одного случая нагноения, и остальные—более мелкие.

Гинекологических операций за истекший период времени, не считая полостных, проведено 55. Из этой цифры 20 падает на кольпоперинеорафии, 12 на кольпорафии по Martin'у, 2 пузырновлагалищных свища, 2 операции Alexander-Adams'a, 2 операции Goldspohn'a, и два удаления матки через влагалище, давших во всех случаях первичное натяжение, и остальные (операции Эммета, ампутации шейки матки и др.), прошедшие совершенно гладко, с особенностями, присущими заживлению во влажных полостях.

Сто девяносто искусственных абортгов с мытьем рук оператора и промежности оперируемых по методу С. и К. прошли также совершенно гладко, не дав ни одного осложнения. Нормально прошли 77 выскабливаний матки по поводу неполных абортгов.

При акушерских операциях, не считая кесарских сечений, отмеченных выше, способ С. и К. применялся в 27 случаях (ручные отделения последа, поворот на ножку, щипцы, эмбриотомии и т. д.) и дал превосходное течение послеоперационного периода без каких-либо неприятных осложнений.

35 антро-адено-и тонзиллотомий протекли обычно, гладко.

И, наконец, мы должны отметить хорошие результаты применения способа в глазной хирургии. 25 старческих катаракт, 12 оптических и препараторных придектоний прошли при отсутствии каких-либо осложнений; 93 операции по поводу заворота век и 37 других операций (эвуклеации, экзентерации орбиты, экзентерации глаза, тенотомии и пересадки мышц, татуировки бельм роговицы, птеригиумы и др.) прошли прекрасно с обычными особенностями течения этих операций как на трахоматозном глазу, так и вообще на глазном яблоке как на операционном поле *sui generis*.

Если взять цифру 5 как законный процент нагноений после чистых операций (хотя обычно цифра эта бывает больше, больше она была и у нас при методе Furbringera), то наши цифры говорят о значительном снижении послеоперационных нагноений при обработке рук по С. и К. Мы вправе считать также вполне возможным оперировать руками, обработанными нашатырным спиртом, орган зрения и матку родящих женщин (введение руки до локтя в родовые пути).

Снижение процента нагноений—это, конечно, наиболее существенное достоинство нового способа. Но есть и целый ряд других достоинств, которые наряду с товарищами, испробовавшими новый метод, отмечаем и мы.

1) Способ этот дешевле обычного, так как на него не сводит расходы на приобретение щеток, мыла, кипячение больших количеств воды и



выписывание мазей для восстановления гладкости кожи рук. Стоимость же нашатырного спирта не велика.

2) Нет порчи рук, что всегда наблюдается при обработке рук щетками, горячей водой, мылом. Руки становятся бархатными независимо от количества операций за день.

3) Способ чрезвычайно прост, удобен и допускает точное его применение в любой обстановке. Особенно хорош в обстановке участковой больницы. Время предоперационной подготовки значительно сокращается.

4) Раствор нашатырного спирта, коим моются руки, слитый в чистое эмалированное ведро (таз), в дальнейшем является средой, где великолепно отмывается кровь с марлевых тампончиков и салфеток, накаплиющихся в обильном количестве после операций. В дальнейшем достаточно сполоснуть этот материал чуть мыльной, а то и простой водой, высушить, прогладить утюгом и он готов для стерилизации в автоклаве. За истекшие полтора года мы таким образом имели возможность значительно снизить расходы на марлю, используя ее до конца, что вовсе не безразлично для лечзаведений с бюджетом ниже среднего.

Почувствовать все преимущества способа Спасокукоцкого и Кочергина может лишь тот, кто сам его испробует. Отложив в сторону щетку и мыло, мы обрабатываем и будем обрабатывать руки нашатырным спиртом. Горячо советуем, особенно участковым товарищам, попробовать сделать то же, пока не появится метод еще более удовлетворяющий, чем метод Спасокукоцкого и Кочергина.

Считаю долгом отметить, что как операции, так и наблюдения за результатом применения нового способа обработки рук в Тетюшской больнице производились мной совместно с моими товарищами по работе врачами А. М. Боголюбовым и Н. С. Соколовой, и мысль поделиться своими наблюдениями—наша общая мысль.

Из Госпитал. хирургическ. клиники Днепропетровского мед. ин-та. (Дир.—проф. Я. О. Гальперн).

## О первичной саркоме желудка.

Д-ра Д. С. Клебанова.

Единственно радикальным методом лечения злокачественных новообразований желудка на сегодняшний день является хирургическое, оперативное вмешательство. Результаты такого вмешательства стоят в тесной зависимости от того, насколько своевременно и радикально оно произведено. Понятно поэтому, что в отношении злокачественных опухолей желудка важно не распознавание заболевания вообще, а раннее распознавание, при котором радикальное вмешательство может дать удовлетворительный результат.

Если в отношении раковых опухолей желудка, вопрос о которых не сходит со страниц печати, ранняя диагностика ничтожна по сравнению с количеством больных, оперируемых уже фактически в расцвете заболевания, то в отношении саркомы желудка о ранней диагностике

вообще не приходится говорить. При саркоме желудка не только раннее, но и вообще распознавание до операции пока почти-что исключено. Во всяком случае все авторы почти единодушно скептически относятся к возможности прижизненной диагностики саркомы желудка. В большинстве случаев саркома желудка диагностируется как рак и это наиболее безобидная диагностическая ошибка, так как образ действий наш и при том, и другом заболевании один и тот-же. Однако часто саркома желудка ввиду многообразия анатомических форм, разнообразящих клиническую картину, сбивает нашу мысль на целый ряд заболеваний, в отношении которых наш образ действий в смысле быстроты вмешательства не так энергичен. В литературе описаны случаи сарком желудка, которые симулировали кисту яичника (Кондринг), опухоль сальника (Бродовский), опухоли селезенки и почки (Арнольд, Мозер), эхинококка селезенки, печени (Козинский, Шиллер), блуждающую почку (Гартлей) и др. Эти случаи заслуживают особого внимания, ибо если эти формы саркомы желудка и не укладываются еще в определенный симптомокомплекс, который облегчил бы нам правильное распознавание, то мысль о возможности и этого заболевания может иногда иметь решающее значение в выборе нами метода лечения.

К указанным формам относится и саркома желудка, которую мы наблюдали в нашей клинике. Приводим вкратце историю болезни.

Больная Ш. 20 лет, крестьянка, поступила 16 сентября 1930 года в госпитальную хирургическую клинику с жалобами на наличие у неа опухоли в животе и на боли в области этой опухоли.

6 м-цев тому назад стали появляться независимо от приема пищи боли в левом подреберьи и в подложечной области. Одновременно больная заметила в левом подреберьи небольшую опухоль, величиною в голубиное яйцо. В течение 3-х м-цев больная увеличения опухоли не отмечала, за последние же 3 м-ца опухоль стала заметно расти. С ростом опухоли больная стала постоянно ощущать чувство давления в подложечной области и неинтенсивные боли, которые усиливались после приема пищи. Больная за это время незначительно похудела. Рвоты ни разу не было. Иногда тошнота. Appetit не нарушен. Заметных отклонений от нормы со стороны стула нет. В детстве перенесла какой-то тиф. Больше никогда ничем не болела. Замужем 4 года. Год тому назад родила здорового ребенка. Menses—N.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и слизистые нормального цвета. Подкожная клетчатка достаточно развита. Прощупываемые железы не увеличены, подвижны, безболезненны. Язык влажный, слегка обложен. Общий вид больной вполне удовлетворительный, больная много ходит, разговорчива, настроение бодрое. Со стороны костно-мышечной системы, легких, сердца, отклонений от нормы нет. Пульс 64—68 уд. в минуту температура—N.

Живот равномерно выпуклый, мягкий. На уровне пупка по наружному краю левой прямой мышцы прощупывается плотноватой консистенции опухоль с острыми краями, гладкая, неподвижная. Опухоль уходит в левое подреберье и верхнюю границу ее определить не удается. Печень не увеличена. Мочеполовая система в пределах нормы. Исследование желудочного сока показало, что общая кислотность равна 5, свободной HCl, молочной кислоты и крови нет. Исследование мочи—N. Кровь: RW—стригательна; лейкоц. формула: сегмент 70%, палочков. 9%, эозиноф. 5%, лимфоцитов—10%, б. моноцит. 6%. Лейкоцитов—16.400. Крови в кале не обнаружено. Реакция К а ц ц о н и дважды резко положительна. Реакция В а й н б е р г а—положительна с инакт. сывор. в дозе 0,2 и сомнительна—в дозе 0,1. Рентгеноскопия желудка: „Со стороны большой кривизны в препилор. части дефект наполн. диам.  $2\frac{1}{2} \times 3$  см. Создается впечатление, что со стороны малой кривизны что-то мешает свободной подвижности, но контуры в этом месте ровны. Большая кривизна смещается свободно. Через 5 час. желудок пустой. R—диагност: tumor (впечатление экстравентрикулярного)“.

Через 8 дней после поступления в клинику больной произведена проф. Я. О. Гальперном операция. Разрез по средней линии. Стенка желудка в области дна сплошь инфильтрирована опухолью, спаянною с сальником, на котором разбросано много увеличенных плотных желез. *Casus inoperabilis*. Рана зашита наглухо.

Микроскопическое исследование метастатической железы сальника, произведенное ассистентом кафедры патанатомии Днепропетр. мед. института д-ром П. П. Зильбертом, выявило следующее: „ткань лимфатической железы кое-где осталась по периферии; большей же частью таковая постепенно замещается сплошными полями полиморфных клеток с пузырьковидными, то вытянутыми, то округлой формы ядрами; местами ядра более компактные, правильно круглой формы. Всюду клетки инфильтративно прорастают строму лимфатической железы, довольно значительно склерозированную. Среди клеток встречаются частые, атипичные митозы. Сосуды б. ч. тонкостенные, из ряда набухших эндотелиальных клеток. Диагноз: полиморфно-ядерная саркома“. Послеоперационное течение вполне гладкое. Больная с удовлетворительным самочувствием была выписана 12 октября из клиники, причем ей было предложено подвергнуться рентгенотерапии. Однако, больная не соглашалась дольше оставаться в городе и уехала к себе домой — в деревню.

Неоднократные наши запросы о состоянии ее здоровья оставались без ответа и лишь через 4 м-ца после операции получено нами сообщение о том, что больная по приезде из Днепропетровска домой прожила некоторое время (сколько — точно установить не удалось) и затем скончалась.

Характерными в нашем случае является несоответствие между клинической и анатомической картинами. Несмотря на то, что случай оказался уже далеко зашедшим, иноперабельным, больная чувствовала себя хорошо, общий вид ее был вполне удовлетворительный и ни в коем случае не вызывал предположения о злокачественной опухоли. Правда, в литературе описан ряд случаев сарком желудка (Кауфман, Тильгер, Флайнер), которые при жизни ничем себя не проявляли и неожиданно обнаруживались при аутопсии. Но все же обычно и при саркоме желудка (особенно при инфильтрирующих формах), как и при раке, в позднейшей стадии заболевания, похудание и кахексия относятся к симптомам более или менее постоянным. Описанные за последнее время случаи сарком желудка (Яки, Кох, Коган и Зеиденберг и др.) все давали картину более или менее выраженной кахексии.

Общий хороший вид больной при незначительности желудочных явлений наряду с прощупываемой в животе значительною опухолью направлял мысль и в сторону возможности наличия в данном случае доброкачественной, внежелудочной опухоли. Данные рентгеноскопии желудка также говорили за эту возможность. Поскольку прощупываемая опухоль анатомически могла быть отнесена к селезенке, возникла мысль о возможности наличия у больной эхинококка селезенки. Реакции Каццони и реакция Вайнберга оказались положительными (Каццони дважды резко положительный: до и после операции) несмотря на то, что больная была от эхинококкового заболевания свободна. Одновременно нами произведена проверка реакции Каццони на других больных (между прочим у 3-х больных с саркомами бедра, плеча и легких), находившихся в то время на излечении в клинике. Пестрота полученных нами результатов лишней раз подтверждает неспецифичность этой реакции и доказывает, что положительный результат ее при прощупываемой опухоли должен заставить думать не только об эхинококке, но и о злокачественных новообразованиях — в частности и о саркоме.

В соответствии с формой опухоли—диффузно инфильтративной— в нашем случае резко изменен и химизм желудка в сторону понижения общей кислотности и полного отсутствия свободной НСІ. В этом отношении наш случай не отличается от почти всех описанных за последнее время случаев сарком желудка. К сожалению, это нарушение химизма не специфично для сарком только и данные исследования желудочного сока, как равно и када, и крови, также и рентгеноскопия не могут еще служить на сегодняшний день подспорьем для дифференциальной диагностики сарком желудка. Но там, где диагноз колеблется между доброкачественною и злокачественною опухолью, такое изменение химизма желудка должно явиться одним из моментов, говорящих в пользу предпочтения пробного чревосечения дополнительным продолжительным исследованиям больного.

Обращает на себя внимание еще и то обстоятельство в нашем случае, что, несмотря на значительную инфильтрацию стенки желудка опухолью, моторная его деятельность совершенно не пострадала.

Локализация опухоли у дна желудка относительно редка: по Гессе всего в 0,9%. Чаще всего саркома локализуется на большой кривизне (25%).

В возрасте нашей больной—20 лет—саркома желудка встречается также относительно редко (по Гессе—6,79%). Средний возраст заболевших саркомой желудка 40—45 лет. Описан случай саркомы желудка у 3½-летнего ребенка.

Наш случай лишней раз подтверждает, что саркома желудка не укладывается в определенную клиническую картину и течение заболевания может быть довольно своеобразным. Следствием этого и является упомянутое уже нами отрицание почти всеми авторами возможности диагностировать это заболевание до операции. И, действительно, кроме уже известных по сборным статистикам, приведенных в работах Гессе, Конечного и др., нескольких случаев прижизненной диагностики (носившей, к слову сказать, случайный характер) сарком желудка, в опубликованных за последние годы, в доступной мне литературе, случаях сарком желудка, лишь в одном случае проф. Богораз (Н. хир. арх. кн. 83) диагноз был поставлен до операции. Во всех же остальных случаях, как и в нашем, диагноз ставился после операций, на основании изучения гистологического строения опухоли. Однако, несмотря на это, за последнее время отмечается рост интереса хирургов к этой форме заболевания желудка. Это нашло свое отражение в целом ряде работ, появившихся за последние несколько лет по этому вопросу (Яки, Д. Федоров, Жуковская, Коган и Зейденберг, Кох, Багров, Богораз и др.). Участвовавшие случаи сарком желудка подтверждают мысль Конечного о том, что хотя саркома желудка и является относительно редким заболеванием, она встречается все же чаще, чем это установлено статистическими данными, так как она нами часто просматривается и неправильно диагностируется как рак желудка. Гистологическая проверка диагноза и накопление достаточного для обобщения материала приблизит нас к пониманию клиники и этого заболевания, которое на сегодняшний день (после капитальных работ Hesse, Ziesche, Davidsohn и Konietzny) представляет уже не исключительно патолого-анатомический, но и клинический интерес.

Оставляя в стороне вопрос об этиологии, гистогенезе, предложенных классификациях и соответствующих им клинических признаках саркомы желудка, достаточно освещенных в упомянутых мною выше работах, я хотел бы только коснуться вкратце результатов оперативного вмешательства при саркоме желудка, так как в конце концов они-то и являются моментом, определяющим практическое значение вопроса. О характере вмешательства разногласий не существует: „радикальное удаление опухоли оперативным путем при саркоме желудка является единственным методом лечения, который может дать исцеление“ (Конечный). Первая резекция желудка по поводу саркомы была произведена Бильротом в 1887 году. Результаты последующих оперативных вмешательств при саркомах желудка приведены в работах Минца, Лофаро, Цише, Давидсона, Гессе и Конечного. Средняя смертность при резекциях, в зависимости от формы саркомы, колеблется от 28—33%. До 3-х лет живут 25—30%. Описаны случаи полного излечения после резекции желудка по поводу саркомы (случай Шопера—14½ лет, Гессе—8½, Конечного—7 лет). Недавно Кох в своей работе упоминает о больной Ласиля (Швеция), оперированной в 1925 году, которая в 1929 году еще была жива.

Приведенные результаты оперативного лечения сарком желудка не блестящи, но они не хуже, а при некоторых формах и лучше такого же лечения рака желудка. Вообще возможность продлить жизнь обреченного больного даже и на 3 года, а иногда и на больше—достаточно говорит в пользу оперативного вмешательства при саркомах желудка. Нужно полагать, что с ростом интереса врачей к этой форме заболевания желудка и связанного с этим дальнейшего изучения его—чаще будут учитываться врачами моменты, говорящие в пользу возможности и этого, хоть и редкого, заболевания желудка. А это в свою очередь, безусловно, должно будет отразиться на своевременности предпринятого вмешательства и даст лучшие результаты, чем приведенные выше.

*Литература.* 1. Konjetzny. Erg. d. Chir. u. Ort. V. XIV. 1921.—2. Jaki. D. Z. f. Chir. B. 210.—3. Коган и Зейденберг. В. X. и П. О. т. XI.—4. D. Fedorow. Arch. f. kl. Chir. B. 159. 5. Кох Е. Укр. Мед. Арх. т. V, том 3. 1930.—6. Жуковская. Каз. Мед. Ж. № 4. 1928—7. Багров Ю. Б. В. X. и П. О. Кн. 64.—8. Богораз проф. Н. X. А. т. XXI. № 83. 1930.

Из Госпитальной акушерско-гинекологической клиники Днепропетровского медицинского института.

## К технике операции Webster-Baldy-Franke при retroflexio uteri.

Профессора Д. Е. Шмундак.

Можно уверенно в настоящее время говорить о том, что ни одно из заболеваний женской половой сферы, требующих оперативного лечения, не пестрит таким богатством и разнообразием предложенных методов оперативного воздействия как дислокация матки в форме retroflexio. Еще только полтора года тому назад на заседании акушерско-гинекологического общества в Гамбурге (30/1 30 года), где дебатировался воп-

рос о выборе оперативного метода при лечении retroflexio uteri, Grube во время демонстрации своих таблиц с отдельными фазами операций одновременно подчеркнул, что несмотря на наличие около 250 методов операций, все же результаты лечения до сих пор не совсем ободрающие.

Залогом успеха всякого оперативного вмешательства является необходимость правильного учета показаний к таковому, а также наличие всех необходимых условий для производства операции. Такое же существенное значение приходится отвести и точно разработанной технике операции, так как погрешность в этом смысле может свести к нулю результаты последней.

Уже то обстоятельство, что в целом ряде случаев один и тот же метод операции при retroflexio uteri в различных руках дает неодинаково утешительные результаты, указывает на то, что еще не все детали в этиологии retroflexio uteri уяснены и что не все случаи могут быть оперированы по одному строго определенному методу и что в каждом отдельном случае необходима строгая индивидуализация в соответствии с тщательным изучением больной.

Подтверждение этому факту можно найти у тех хирургов, которые, пользуясь вначале определенным методом, получают хорошие результаты, а в дальнейшем при чрезвычайно широком применении того же метода без строгого учета показаний и условий, необходимых для его применения, испытывают в нем разочарование, так как результаты его становятся значительно худшими.

При знакомстве с литературой по данному вопросу можно встретить по поводу одной и той же операции совершенно различные статистические данные. Так, например, при операции Alexander-Adamsa, по данным Franz'a, наблюдается 4,3% рецидивов, v. Jaschke же, на основании литературных данных, число рецидивов доводит до 10%, почти такой же % рецидивов (9,5%) получил на своем материале и Stoeckel, а по статистике Hodler'a % рецидивов достигает довольно внушительной цифры, приближаясь к 23%.

Точно такие же резкие колебания % рецидивов можно наблюдать и при целом ряде других операций, производимых по поводу retroflexio uteri. Такие резкие колебания % рецидивов у различных авторов всегда позволяют сделать вывод, что там, где имеется большой % неудач, повидимому, чаще нарушаются показания к данной операции, игнорируется отсутствие соответствующих условий для операции и зачастую совершаются погрешности в смысле техники выполнения операции.

В этом отношении операция W.-B.-F. у различных авторов дает неодинаковый % рецидивов, и диапазон колебания этих рецидивов достигает чрезвычайно резких степеней. Если на материале Stoeckel'a, Gerich'a, Либова не наблюдалось совершенно рецидивов, если у Kienlin'a % этот не превышает цифры 1,6, то у Zimmermann'a число рецидивов доходит до 28%.

Знакомство с материалом по вопросу об операции W.-B.-F. при retroflex. uteri показывает, что одни авторы пользуются этой операцией только при подвижных загибах матки, другие применяют ее и при фиксированных retroflex'иях, ряд авторов прибегают к ней и при удалении воспалительно-измененных придатков, независимо от того, удалены ли

придатки с обеих сторон или только с одной стороны. В последнем случае, т. е. при удалении придатков с одной стороны, авторы производят обычно одностороннюю операцию по W.-B.-F., на другой же стороне (там, где удалены придатки) они культу перитонизируют круглой связкой. В целом ряде случаев авторы применяют операцию W.-B.-F. при операциях на придатках, когда нет *retroflexio uteri*. Тогда она носит характер не исправляющей операции, а профилактической.

Применяя операцию W.-B.-F. исключительно у молодых женщин и как операцию исправляющую и как операцию преследующую цели профилактические, я пришел к заключению, что большой % рецидивов и осложнений у некоторых авторов находится в значительной зависимости от погрешностей в смысле техники при производстве данной операции. Только при тщательно проводимой технике операция W.-B.-F. дает хорошие результаты.

Сущность операции W.B.-F. состоит в том, что после вскрытия брюшной полости круглые связки с одной и другой стороны захватываются в определенном месте (на расстоянии 3—4 сант. от угла матки) и протягиваются через вновь образованные отверстия в широких связках на заднюю поверхность матки с каждой стороны, где и фиксируются швами. После этого брюшная полость закрывается.

Мною производится обычно вскрытие брюшной полости небольшим разрезом по Pfannenstiel'ю длиной в 6—7 см.

Захватывание матки каким-либо инструментом излишне, так как подвижную матку можно вывести в нормальное положение, введя в брюшную полость два пальца. Точно также и при наличии сращений достаточно бывает ввести два пальца, чтобы ими отделить матку от сращений и перевести ее в нормальное положение.

Для того, чтобы меньше травмировать круглые связки, мы на намеченные места (на расстоянии 3—4 сант. от углов матки) не накладываем предварительно зажимов, как делают это некоторые авторы, а прошиваем их тонкими шелковыми швами, которые при этом не завязываются, а только удерживаются на зажимах Pean'a.

После этого специально заостренным пинцетом Кохера широкая связка со стороны ее задней поверхности прокалывается так, что круглая связка остается медиально от острия пинцета. В разведенные branches пинцета захватывается шелковая лигатура, наложенная раньше на круглую связку, и таким образом круглая связка протягивается через образованное отверстие в широкой связке на заднюю поверхность матки. Точно также затем поступают с другой круглой связкой.

При проведении пинцета через широкую связку необходимо проводить его ниже расположения яичниковой связки и только немного сбоку от ребра матки. Это делается для того, чтобы при последующей фиксации круглых связок яичники были приподняты, так как обычно при *retroflexio* матки они опущены и лежат в заднем Дугласе, по временам ущемляясь и причиняя большой в некоторых случаях значительные боли.

Кроме того необходимо соблюдать и второе условие, так как при прокалывании широких связок дальше от ребра матки и ближе к ампулярной части труб в последующем наблюдается расширение вновь образованного отверстия в широкой связке, что может повести к ущемлению кишечной петли. Хотя такая возможность возникновения *ileus'a* чрезвы-



чайно редка, но все же совершенно исключена быть не может. Для избежания такого осложнения можно дополнительно наложить 2—3 узловатых кетгутовых шва, чтобы закрыть это широкое отверстие.

Помимо того, что при таких условиях возможно возникновение ileus'a благодаря расширению отверстия в широкой связке, проведение круглых связок ближе к ампулярной части труб способствует еще тому, что сами трубы частично или отрываются от широких связок, или перегибаются, что может явиться в дальнейшем одним из предрасполагающих моментов для возникновения внематочной беременности.

На нашем материале в одном случае больная Ч. 33 лет, имевшая двое нормальных родов и два искусственных аборта, причем после последнего аборта не беременевшая уже 7 лет, была подвергнута операции W.-B.-F. по поводу retroflexio uteri mobilis. Сама операция и послеоперационный период прошли гладко и больная выписалась в хорошем состоянии. Спустя два месяца больная вновь поступила в клинику по поводу нарушенной правосторонней трубной беременности, причем во время операции было установлено, что матка в anteflexio, но левая труба резко перегнута, так как круглая связка была протянута ближе к ампулярной части, а не к боковому ребру матки. Положение правой трубы трудно было установить, так как она была увеличена, разорвана и несколько подворочена к задней поверхности широкой связки, где и припаялась.

Наконец, при прокалывании Кохеровским пинцетом широких связок необходимо избегать кровотечения.

После того как круглые связки протянуты через отверстия в широких связках на заднюю поверхность матки, мы рекомендуем соединить одним шелковым швом обе петли круглых связок, для чего воспользоваться одной из шелковых держалок, проведя ее и через другую круглую связку. Большинство авторов предлагают соединять петли круглых связок между собой только после того, как эти петли будут фиксированы к задней стенке матки.

Предварительное соединение круглых связок без того, чтобы они уже были фиксированы к задней стенке матки, по нашему мнению, создает больше удобств при корригировании матки, как в смысле придания ей, так и в смысле придания ей той или иной степени anteflexio.

Одним из основных преимуществ операции W.-B.-F. является возможность при ней варьировать степень anteflexio и поднятия матки. Это отмечает и Stoesckel, который считает, что ни одним другим способом нельзя так корригировать положение матки, как способом W.-B.-F.

При этом трубы остаются совершенно свободными, что очень важно для нормального продвижения яйца. Применяя в течение трех лет эту операцию, Stoesckel ни в одном случае не получил рецидива, причем все случаи последующих беременностей закончились нормальными срочными родами, а матка осталась в anteflexio.

Пришивать круглые связки к задней поверхности матки надо таким образом, чтобы они не были пришиты очень низко у шейки матки или очень высоко у дна, так как в том и другом случае можно получить рецидив. Обычно после предварительной коррекции положения матки нижний шов находится на расстоянии 2—3 сант. от шейки матки, причем предварительно петлю круглой связки надо расправить для того,

чтоб в последующем она приросла к задней стенке матки на большом пространстве.

Каждая петля круглой связки прикрепляется двумя узловатыми тонкими шелковыми швами, причем можно воспользоваться и второй держалкой для того, чтобы не травмировать лишней раз круглые связки. При пришивании круглых связок к задней стенке матки (как и при пришивании держалками круглых связок) необходимо пользоваться исключительно круглыми иглами небольшого размера, так как они меньше ранят стенку матки. При этом необходимо проникать иглой на определенную глубину в толщу матки, так как при поверхностном пришивании шелковые швы могут быстро прорезаться, а при очень глубоком — мы рискуем проникнуть в маточную полость и создать условия для инфицирования шва и для развития эндометриоза.

Применение обычных игл с острыми режущими краями при этой операции нежелательно, так как такое незначительное отступление в технике может способствовать прорезыванию швов и таким образом свести к нулю операцию.

О том, что необходимо пользоваться шелковыми швами при этой операции и что это является обязательным условием успешности такой операции, имеются указания ряда авторов. Это было подчеркнуто и Heunemann'ом на заседании акушерско-гинекологического о-ва в Гамбурге 30-го января 30 г., когда он указывал, что кто не хочет иметь рецидивов после операции W.-B.-F., тот должен применять только шелк. В прениях по докладу Heunemann'a, Köhler, критикуя различные способы операции при retroflexio uteri, высказывался положительно относительно операции W.-B.-F. Анализируя при этом данные Kempter'a, который сообщал о плохих результатах после операции по W.-B.-F., Köhler указывал, что подобные результаты зависели от технических погрешностей. Во всех этих случаях в качестве шовного материала применялся кетгут. Подобные лапаротомии показали, что при такой технике от операции W.-B.-F. вообще нельзя ожидать успеха. Всякая операция по W.-B.-F., которая проводится кетгутом, приводит обычно к рецидиву.

Еще до этого Franke указывал, что при правильной технике результаты операции W.-B.-F. так хороши, как ни при какой другой операции. Когда вначале Franke пользовался кетгутом, то у него наблюдались случаи при запущенных формах retroflexio, где швы или рано развязывались, или рассасывались раньше, чем наступала прочная спайка между круглыми связками и задней стенкой матки. После этого Franke стал шить только шелком и уже в дальнейшем не получал таких осложнений.

Franke дополнительно пользуется пессарием, снимая его после операции на 12—14 день, и получает хорошие результаты. Мы, как правило, пессария не применяем, а рекомендуем его только в тех случаях, когда матка несколько увеличена, плотна и тяжелее нормальной. Franke указывает, что результаты при этом настолько хороши, техника операции так проста, проведение ее так быстро и свободно от опасностей, что эту операцию необходимо настоятельно рекомендовать. Значение технических подробностей при этой операции делает понятным такой высокий % (28) рецидивов у Zimmermann'a, так как достаточно немно-

го погрешить в технике и пришивать круглые связки к матке не шелком, а кетгуттом, как результаты будут в значительной степени ухудшены.

Среди русских авторов операция W.-B.-F. также получила широкое распространение и должную оценку. Данные Окинчица, Широнова, Орлова, Либова Сердюкова, Черток и др. подтверждают ценность этой операции и возможность получения при пользовании ею прекрасных результатов.

Производя по вышеописанному методу операцию W.-B.-F., мы за период с 10-го марта 30 г. по 1-е мая 31 г. преоперировали 62 больных. Большинство из них (53 больных) принадлежат к цветущему возрасту (от 20—35 лет) и только 9 больных более старшего возраста.

Операция производилась по преимуществу при подвижной retroflexio uteri (у 42-х больных), в меньшем числе случаев она была произведена при фиксированной retroflexio (у 16-ти больных), кроме того в 4-х случаях она была применена как мера профилактическая при производстве операции по поводу других показаний (нарушенная внематочная беременность), причем у последних четырех больных в двух случаях была произведена двухсторонняя фиксация по W.-B.-F., а в двух случаях—односторонняя.

У 16-ти больных одновременно с операцией W. B.-F. произведена и операция colporrhineorrhaphia. Во всех случаях операция производилась без всяких затруднений; послеоперационный период протекал гладко (исключая 1 случай послеоперационной пневмонии) причем в тех случаях, где разрез был произведен по Pfannenstiel'ю, мы в 47 случаях получили первичное заживление, а в 6 случаях заживление пло *per secundam*. Что же касается остальных случаев, при которых разрез брюшной стенки был произведен по средней линии, то в 6 случаях заживление было первичным, а в 3-х случаях—вторичным. Такой большой % вторичных заживлений при разрезе по средней линии объясняется тем, что мы пользовались этим разрезом только в тех случаях, где на основании предварительного исследования можно было предполагать наличие значительных воспалительных изменений. Во всех случаях ближайшие результаты операции были вполне удовлетворительными. Все больные выписались из клиники при отсутствии прежних жалоб и при нормальном подвижном положении матки.

Что касается отдаленных результатов операции W.-B.-F., каковым материалом мы еще не располагаем, то здесь, как и при всякой другой исправляющей положение матки операции, окончательный успех зависит не только от самой операции, но и от последующего поведения больной. Для получения положительных стойких результатов недостаточно только ограничиться той или иной операцией, но необходимо в дальнейшем обратить самое серьезное внимание на улучшение функций брюшного пресса.

Назначение соответствующих бандажей, гимнастика, массаж живота, общее укрепляющее лечение, строгое соблюдение рационального режима—вот все те необходимые послеоперационные мероприятия, которые могут в дальнейшем способствовать длительному эффекту оперативного вмешательства.

*Литература:* 1) F. Franke—Z. f. Gyn. 1924 г. № 26.—2) W. Stoerckel—Z. f. Gyn. 1924 г. № 26.—3) Либов—Журнал акуш. и ж. бол. 1927 г.—4) Черток—Труды 1-го Всеукр. съезда акуш. и гинек. 1927—5) O. Gerich—Med. Klinik. 1929 г. 11.—6) Окинчица—Опер. Гинек. 1920 г.—7) H. Kienlin—Z. f. Gyn. 1930 № 12.—8) Heunemann—Z. f. Gyn. 1930 г. № 12.

Из Костенеевской районной больницы ТССР (Зав.—Д-р М. К. Державин).

## Опыт применения внутримышечных инъекций ихтиола при острых и хронических заболеваниях женской половой сферы.

Врача В. М. Осиповского.

Действие ихтиола, введенного парентерально в человеческий организм, до сих пор экспериментально не изучено. В русской и иностранной литературе я не нашел на этот вопрос ответа. Возможно ихтиол играет роль активатора протоплазмы, а может быть действие ихтиола укладывается в теорию раздражения Bier'a. Сокольский, Кенис и др. рассматривают действие ихтиола как протеинотерапию.

Так это или иначе, но парентеральное введение ихтиола является одним из методов неспецифической терапии, оправдавшим себя на целом ряде клинических наблюдений при разнообразных заболеваниях (Straszynski, Кушелевский, Сокольский и Кенис, Докшицкая).

Сульфохтиоловый аммоний (ихтиол) добывается из битуминозных сланцев и содержит, в виде органических соединений, около 11% серы. Ихтиол обладает антисептическим, анальгезирующим и сосудосуживающим свойствами. Выделяется ихтиол частью через почки, повышая содержание серы в моче, частью через кишечник (Эйдерман, Лихачев). В широкой медицинской практике ихтиол получил большое распространение как для наружного, так и для внутреннего употребления.

Настоящее сообщение посвящено парентеральному применению ихтиола в гинекологической практике.

Наш материал состоит из 200 случаев. Наблюдения велись в трех больницах (100 случ.—собств. набл., 56 случ.—в Алатырской жел.-дор. б-це д-р М. А. Осиповский, 50 случ.—в Афанасовской б-це д-р М. С. Любимова. Пользуясь случаем, приношу им благодарность за любезно предоставленный мне материал). Продолжительность наблюдений от 1 мес. до 2 лет.

Распределение материала: 1) Острые процессы (salpingoophor. bilat., endometritis post partum, endometr. haemorrhag.)—45 случ. (длительность заболевания от 4 дней до 1 мес.); 2) подострые (pelvoperitonitis, periparametritis, adnexitis)—9 случ. (длительность заболевания 3 недели—2 мес.); 3) хронические (salp.-oophorit. bilat., endometritis chr., periparametritis)—144 случ. (длительность заболевания 4 мес.—10 мес.) и 2 случ. (давность заболевания 10—12 лет).

Техника лечения такова: готовится в аптеке 5% водный раствор ихтиола и стерилизуется. По обычному способу производится внутримышечное впрыскивание в области ягодиц. Дезинфекция места инъекции спиртом и иодом.—Впрыскивается 1—1,5—2 куб. см. раствора через день, амбулаторно. Такая дозировка, а также перерывы, превышающие один и более дней,—совершенно неопасны. Раствор перед инъекцией лучше подогревать до  $t^{\circ}$  тела. Терапевтический эффект от этого не изменяется. В последнее время раствор ихтиола у нас готовится на физиологическом (0,9%) растворе. Такой раствор лучше и быстрее всасывает

ся и не оставляет никаких раздражений и инфильтратов на месте укола. Количество уколов варьирует, Минимум уколов, при котором я получал стойкий клинический результат,—10; максимум—25 уколов. Здесь, видимо, имеет значение длительность процесса, а также и его анатомическая распространенность. На тысячу уколов, проведенных в 75% случаев амбулаторно, мы ни разу не видели каких-либо осложнений (анафилактика, шок и т. д.). В 4 случаях имели небольшие инфильтраты, которые быстро рассосались под влиянием спиртовых компрессов.

Впечатление от применения ихтиоловой терапии складывается на основании субъективных жалоб больных и объективных наблюдений (общая температурная, очаговая реакции, лабораторные исследования).

Клинические результаты от применения ихтиоловой терапии хорошие. В 85% случаев лечение дало стойкие результаты, в 10%—временное улучшение и в 5% осталось безуспешным. На парентеральное введение ихтиола хронические процессы женской половой сферы не реагируют ни повышением  $t^{\circ}$ , ни местной, ни очаговой реакциями. Острые случаи давали повышение  $t^{\circ}$  37,5—37,9°. Наблюдались обострения процесса (очаговая реакция, длящаяся обычно недолго).

Обострение процесса давали спечические, гонорройные процессы. После первых уколов усиливалось отделяемое, наступали резкие боли в области яичников и повышалась температура.

То обстоятельство, что первые уколы при гонорройных эндометри-тах давали усиление отделяемого и вызывали всегда очаговое обострение, навело меня на мысль, не провоцирует-ли ихтиол, введенный парентерально, появление гонококков в выделениях? С этой целью мною ставятся опыты с бактериоскопическим изучением микрофлоры отделяемого при хронических и острых процессах до и после инъекций ихтиола.

Старые процессы довольно быстро поддаются лечению. После первых 3—5 инъекций можно констатировать клинически—улучшение. Объективно наблюдается рассасывание спаек, отделяемое идет на убыль и совершенно уничтожается. Субъективные ощущения больных улучшаются: боли в пояснице, крестце и пахах, доселе мучившие больных, совершенно пропадают. Больные охотно ходят на уколы и определенно заявляют о пользе их.

В острых случаях боли стихают после первых 3—4 инъекций,  $t^{\circ}$  приходит к норме, самочувствие значительно улучшается.

Для выяснения изменений, наступающих в организме под влиянием ихтиоловой терапии, мною были произведены некоторые лабораторные наблюдения у 25 стационарных больных. Среди них 15 с острыми и 10 хроническими процессами. У каждой больной производилось исследование крови (количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула, реакция оседания эритроцитов, количество Hb) и полный анализ мочи—до инъекций и после.

Острые процессы, как правило, всегда сопровождалось большим лейкоцитозом (16.000—22.000), сдвигом гемограммы влево. После первой инъекции в лейкоцитарной формуле не всегда наступают одинаковые изменения. В 11 случаях количество нейтрофилов снижалось, а в 4 случаях, наоборот, было увеличение. Колебание других составных частей формулы не постоянны. После 3—4 уколов, т. е. 6—8 дней лечения,

гемограмма имеет ясный сдвиг к норме, а после 8—10 уколов, а иногда значительно раньше, лейкоцитарная формула приходит к норме.

Реакция оседания эритроцитов (Р. О. Э.) производилась аппаратом Панченкова, но в последнее время я пользовался методикой Бланка. Кстати укажу здесь на жизненность и простоту этой методики, которая весьма доступна в условиях участковой больницы. Р. О. Э. в острых случаях всегда значительно ускорена и приходит к норме параллельно со сдвигом гемограммы.

Количество гемоглобина дает весьма нестойкие колебания.

Полный анализ мочи показал некоторые колебание удельного веса (1020—1025—1030); каких-либо других отклонений от нормы не отмечалось. Клиническая картина находится в полном соответствии с изменением в крови.

В хронических случаях количество лейкоцитов давало невысокие цифры (10.000—12.000), лейкоцитарная формула отличалась незначительным повышением % нейтрофилов (70—72<sup>0</sup>/<sub>0</sub>o). Р. О. Э. в некоторых случаях ускорена, а в ряде случаев (4) оставалась без изменений. Количество гемоглобина изменений не дает. Моча—норма. Выравнивается гемограмма и Р. О. Э. быстро, после 2—3 уколов.

Аналогичные изменения в крови были мною находимы и при применении протейновой терапии и аутогемотерапии в случаях острых и хронических воспалений. Последнее заставляет склониться к мысли, что парэнтеральное введение ихтиола есть разновидность протеиновой терапии, имеющая перед инъекциями молока и крови ряд преимуществ, как-то: отсутствие t<sup>0</sup>-ной реакции, анафилаксии, простота техники и доступность препарата.

---

Из Нервной клиники Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в г. Казани. (Зав. проф. И. И. Русецкий).

## К симптоматологии опухолей лобных долей<sup>1)</sup>.

Ординатора И. Д. Грибанова.

Посвящается памяти дорогого учителя профессора А. В. Фаворского.

Вопрос о значении лобных долей в высшей нервной деятельности человека, несмотря на многочисленные экспериментальные, эмбриологические, филогенетические и анатомо-клинические данные, является до сих пор далеким от своего окончательного разрешения. Обширная литература, посвященная разбираемому вопросу, представляет ценный материал для выяснения проблемы функций и синдромов лобных долей.

Hitzig, Bianchi, Franz экспериментами на животных доказывают огромное значение передней лобной области в высшей психической деятельности, с чем вполне согласуются анатомо-клинические данные, говорящие за то, что поражение передне-лобных долей вызывает более

<sup>1)</sup> Доложено на заседании Общества врачей при Казанском университете 18 марта 1930 г.



резкие психические расстройства, чем поражение задне-лобных. Hitzig'у первому принадлежит заслуга экспериментального обоснования значения префронтальных долей (п-ф. д.) в приобретенных мнестических функциях. У опытных животных удаление п-ф. долей сопровождалось потерей новейших приобретений памяти и способности обучения.

Vianchi (удаляя п-ф. доли, не затрагивая моторной зоны) наблюдал у оперированных таким образом животных апатию, неспособность сообразоваться с новым положением, отсутствие способности практического применения приобретенного опыта, наконец, импульсивность поведения и раздражительность настроения. Schefert, Jvorn, Franz на основании своих опытов заключают, что п-ф. д. необходимы для нормальных ежедневных восприятий, благодаря им получается возможность приобретать привычки и выучиваться. Kalischer на основании своих опытов (по методу условных рефлексов) считает п-ф. д. центром, регулирующим инстинкт питания. С удалением п-ф. долей уничтожались результаты дрессировки у животных. Опыты Павлова, Бехтерева с полной экстирпацией прероландической части полушарий—аналогичны.

Хорошо таким образом описывает поведение дефронтализованных животных <sup>1)</sup>: „они неспособны выйти из затруднительных положений, их поведение бессмысленно и глупо (грызут себе лапки), они дезориентированы в пространстве, обнаруживается изменение характера—животные, бывшие раньше злыми, становятся апатичными,—замечается отсутствие сексуального чувства у самок. Животные обнаруживают двигательное возбуждение, жадность, без всякого выбора набрасываются на еду, не реагирует на угрозы, импульсивны, бегают без цели“... Удаление п-ф. долей приводит у высших млекопитающих к потере способности к обучению, отсутствию применения опыта, неспособности примениться к новым положениям, к уменьшению приобретений памяти. Животные—апатичны и возбудимы.

Сопоставляя эти экспериментальные данные с анатомо-клиническими наблюдениями, мы здесь приведем описание из литературы двух наиболее характерных случаев. Эти случаи касаются клиники двухсторонней поражения и-ф. долей сосудистыми очагами с длительной продолжительностью жизни, „Важность этих случаев, говорит Mersier, понятна потому, что она дает возможность у человека установить те же условия, как в эксперименте у животных“.... „Опухоли путем раздражения сдавливанием вызывают симптомы, происходящие из других областей коры, сосудистые же очаги продуцируют синдром недостаточности в чистом виде“.

Первый случай приводится Zacher'ом. Он касается человека 54 лет, который в результате шока сделался внезапно сонным, слутанным, дезориентированным, забывчивым (amnésique) и слепым (на дне глаза—геморрагический ретинит). Когда он пришел в себя, то оказалось, что он помнит в точности, что было со дня заболевания, напротив—никакого воспоминания, что произошло после шока; не может фиксировать происходящего вокруг, рассуждает правильно, дезориентирован во времени и пространстве. Он остается апатичным, индифферентным и не сознает болезни; не спрашивает каково его положение, много спит. Почти слепой не замечает своего состояния, просит у служителей зажечь свет, а то ему темно. Не скучает, не высказывает радости при виде жены, временами становится очень болтливым, конфабулирует, потом—дает верные ответы. Настроение его очень вариабельно: то возбужден и ворчлив, то игрив и ироничен, то внезапно груб; умирает от асистолии.

<sup>1)</sup> Цитировано по Mersier, L'encephale № 1—1929 г.



*Аутопсия.* Двухстороннее симметрическое размягчение п-ф. д. Очаг захватывает левую и правую белую субстанцию, начиная с коры, кора не затронута, до колена мозолистого тела и центр. ядер, которые остались нетронутыми. Других поражений мозга нет.

Еще более характерный случай приводят *Mobille et Pitres*.

Мужчина, 34 лет, внезапно поражается апоплексией. После 11 месячного пребывания в госпитале был признан неизлечимым слабоумным и переведен в больницу для душевно-больных, где оставался до смерти в продолжении 23 лет. Этот человек ходил, говорил, разделял жизнь больных своего отделения. Но, сохранив воспоминание до *ictus araplecticus*, он не способен был зафиксировать новых восприятий. Он видел, слышал, но ничего не мог запомнить со времени своей болезни. Вел себя как автомат; спокоен, безразличен к окружающему. Не сохранял воспоминания, что видит, что сам делает и что делают окружающие. Не узнавал лечащих его каждый день врачей и надзирателей, которые ухаживали за ним, и больных, разделяющих его существование. Находясь в больнице 14 лет, думал, что он в ней несколько дней. Он чужд привычкам учреждения (как будто находится в нем первый день). Не узнавал своего места в столовой; ложился в первую попавшуюся кровать. Ел хорошо, но не заботился о качестве еды, не помнил блюда, ел ли вообще... Не интересовался окружающим и очень редко первый обращался к тем, кого он встречал. „Мне кажется, что я Вас знаю (на обращение).... мне кажется, что я Вас уже видел, вероятно в Париже“. Это говорил как тем, кого видел в первый раз, так и видящим его ежедневно. Больной говорил, что никогда не видел моря, его везут к морю. Он смотрит и говорит: „Таким я его себе представлял“. По прошествии 4-х минут его спрашивали, хочет ли он видеть море? „Да, это должно быть очоь красиво!“ „А Вы его никогда не видели? Нет“. По испытанию памяти обнаруживается, что забывает по прошествии 10 и 15 секунд. В противоположность полной амнезии фиксации, старые воспоминания, школьные, события жизни, сифилис и адрес дома, где жил до поступления, хорошо помнит. Умер от интеркуррентного заболевания.

*Аутопсия.* В обоих п-ф. долях непосредственно впереди головки каждого каудального ядра—инфильтрирующее углубление с краями довольно регулярными; объем и форма миндалины. Углубление распространяется в центр. белую субстанцию п-ф. д. Других поражений мозга—нет.

Поведение этих больных сходно с поведением животных, лишенных п-ф. долей.

Формулируя—в терминах рефлексологических—животные *Bianchi*, *Franza* и *Kalischer'a* и люди *Sacher'a*, *Mobille et Pitres'a* характеризуются неспособностью к формированию новых ассоциативных рефлексов, неспособностью приспособления к внешнему миру. Выражаясь языком психологическим, этот недостаток эквивалентен полной амнезии фиксации:

Эти феномены показывают, что передние лобные области действительно обладают важными психическими функциями, и большинство авторов дают более или менее равнозначущие определения физиологической роли ф. д.

Так, *Burdach* считает ф. д. местом высших психических функций, *Nitzig* абстрактных мыслей, *Flehsig* ф. д.—большой центр предварительных ассоциаций, знание кинестетическое, *Wundt*, *Ferrier* центра управляющей актом внимания и восприятия, *Brosa*—центр, высших способностей, *Бехтерев*—орган, сохраняющий и централизующий умственные приобретения, *Аствацатуров*, *Гроссман*,—орган высших психофизиологических процессов, *Anglade*—приписывает ф. долям роль „резервуара воспоминаний“. Лобная доля есть позднейшее эволюционное приобретенное образование, развитие которого идет параллельно с интеллектуальностью (*Brodman*, *Kapera*, *Meinert*).

Нарушение высших психических процессов, обусловленное разрушением ассоциативных областей мозговой коры, при *dementia paralytica*, *senilis* и других формах слабоумия, связывается с патологическими изменениями прежде всего в лобных долях.

Клинические случаи поражения ф-д (опухоли, сосудистые очаги, травмы *et cetera*.) представляют много примеров, где наряду с аномалиями психики общего характера встречаются явления, зависящие или от выпадения задерживающих функций ф. долей или болезненного раздражения последней.

Описание одного из таких случаев мы и представляем в нашей работе.

Больная М., 40 лет. Поступила в Нервную клинику Института усов. врачей 10/X-1929 г. с жалобами на сильные головные боли с локализацией в левой половине лба, тошноту и рвоту мозгового характера, эпилептические припадки и головокружения.

*Anamnesis.* Родилась и развивалась правильно. В детстве перенесла корь, в 6-ти летнем возрасте — ушиб головы. С 7-ми лет начала учиться. Школьные знания усваивала плохо, окончила гимназию с трудом. С 16 лет начались *menses*. Вышла замуж 20 л. Через пять лет разошлась с мужем и поступила на службу; часто меняла службу из-за непоседливого, неуживчивого характера. Из перенесенных заболеваний отмечает только малярию.

Со стороны наследственности — туберкулез по линии отца и матери.

Больна 1½ года. Началось прогрессирующими головными болями, к которым потом присоединилась тошнота и рвота; появилась раздражительность, резко понижалась трудоспособность. С мая месяца 1929 года начались типичные эпилептические припадки с *déviation conjugué* головы и глаз в правую сторону и общими клонико-тоническими судорогами с последующим состоянием оглушения в течение 2—3 дней. Вначале припадки происходили раз в неделю, в дальнейшем — без всякой закономерности. С появлением припадков усилились головные боли, участилась рвота, стали обнаруживаться явления амnestической афазии, понижение интеллекта, появилась неуверенная, шатающаяся походка, усталость рук; прекратились *menses*. Вместе с тем заметно изменился характер и поведение больной, — нелюдимая, замкнутая, черствая больная сделалась доступней, общительней; гуманно стала относиться к окружающим, в поведении появились черты настойчивости и упрямства. В августе месяце констатируется *neuritis incip. oc. sin., visus.* — 1.

В нервной клинике Института у больной отмечались легкие явления правостороннего гемипареза с участием лицевого и подъязычного нервов, легкие дисметрические явления в правой руке и умеренные атактические явления в нижних конечностях. Неуверенная, шатающаяся походка. Рефлекторная сфера: быстрая истощаемость брюшных рефлексов справа. С. Орденштейна справа. Другие патологические рефлексы *abs.* Небольшое повышение тонуса сгибателей нижних конечностей, больше справа. Тазовые органы: *obstipatio*. Частые позывы на мочеиспускание.

Резкая болезненность при перкуссии левой лобной и височной кости. *Neuritis p-i optici* на обоих глазах с начальными явлениями отека. Сужение поля зрения на красный и зеленый цвета. В остальном со стороны нервной системы — никаких отклонений.

*Психическая сфера.* Ослабление памяти и внимания; совершенно не может восстановить только что прочитанного, быстро забывает имена и фамилии окружающих лиц, не может вспомнить кушанье, которое только что ела, не отзывает врача от студента; замедление ассоциативной деятельности (удачно только элементарные внешние ассоциации в ограниченном количестве). Элементы амnestической афазии, замедленная речь. На фоне психической подавленности, апатии и безучастности к окружающему отдельными яркими штрихами выявлялась беспечность больной, ее легкомысленное отношение к своему заболеванию, веселое, несколько повышенное настроение и полное безразличие к предполагаемой операции, что было особенно заметно в дни, свободные от припадков.

*Внутренние органы.* Прощупывается селезенка и край печени. Субфебрильная температура. Пульс колеблется от 80 до 96 ударов в минуту. *RW* в жид.

кости и крови отрицательная. В крови—озинофилия и моноцитоз (по 70%). При исследовании faeces—яйца глист *ascaris lumbricoides*. В моче—следы уробилина (по Богомолу).

При энцефалографии (на пневморентгенограмме)—сдавление переднего рога левого бокового желудочка.

Был поставлен диагноз опухоли левой лобной доли и больная переведена (6/XI-1929 г.) для декомпрессивной трепанации в факультет. хирург. клинику.

16/XI-1929 г. профессором А. В. Вишневым была произведена подместной инфильтрационной анастезией операция, в основном подтвердившая диагноз. Была удалена капсулированная опухоль весом 39 гр. полшаровидной формы, плотной консистенции. Опухоль исходила из глубины fissurae longit. cerebri и сдавливала лобные доли своей выпуклой поверхностью. Высота опухоли 3 см диаметр плоской поверхности 5—4½ сант. Выпуклая поверхность бугристая, цвет бледновато-желтый. Опухоль состояла из отдельных узлов, величиною от просыно, то зерна до лесного ореха. Под микроскопом—эндотелиома. Послеоперационное течение и последующее восстановление нарушенных функций проходило совершенно гладко.

При вторичном поступлении в нервную клинику (через два месяца после операции) у больной наблюдались явления правостороннего гемипареза. Черепно-мозговые нервы, чувствительность, рефлексы, тазовые органы патологических особенностей не представляли. Со стороны зрения—незначительная неясность контуров соска, сама papilla розовая, сосуды хорошего наполнения с об. сторон. Visus oc. utr. 1,0.

Психическая сфера. Способность к письменной речи не нарушена. Резкое ослабление памяти, внимания, суждения, ассоциативная замедленность. Сильно расстроена способность запоминания. Чрезмерность воображения, конфабуляция. Обнаруживаются выраженные явления амнезии фиксации и полный пробел памяти на события в период выраженного заболевания и по произведенной операции. Воспоминания о нахождении в хирургической клинике полны пробелов, туманны и расплывчаты. Больная совершенно не помнит, что она была уже в нервной клинике, что перед этим лежала в психиатрической клинике, не помнит ни курировавшего врача, ни ассистентов, путается в определении пространственных отношений между отдельными частями города и конфабулирует. В памяти всплывают только старые воспоминания—прежние названия улиц, частей города, учреждений, не существующих ныне в прежних местах (б. оперный театр, почта на Державинской площади и т. п.). С трудом и не надолго фиксирует происходящее кругом.

По выписке (в домашней обстановке) обращает на себя внимание своей беспомощностью, не узнает знакомых; слыша голос матери, не может понять, из какой комнаты она говорит (на зов идет совсем в другую комнату); не ориентируется в пространстве (ходит по городу с провожатым). Одинаково всех встречает с постоянной улыбкой, часто смеется без всякого к тому повода. Отмечается повышение сексуальной возбудимости. Ест с жадностью все, что подают на стол. Общемозговые явления, характеризовавшие ее первоначальное состояние, исчезли.

*Epicrisis.* Больная наблюдалась нами через 6 месяцев. У больной появились menses. Со стороны психической сферы отмечались след. особенности. Быстрая утомляемость интеллекта и слабость памяти, больше на недавние события. Устойчивость внимания ослаблена. Колебание настроения—чаще благодушные, самодовольство, беспричинная веселость; временами обнаруживается неспособность к самообладанию, сильная раздражительность, склонность к аффектам гнева, агрессивность к окружающим. В поведении недостаток предусмотрительности, легкомыслие в поступках (идет прямо на трамвай, продает нужные вещи за бесценок и т. п.).

Случай представляет клинический интерес по выраженности психических расстройств и по удачному исходу операции.

Психические расстройства—частые явления, сопровождающие мозговые опухоли. Так, Schuster на основании 174 случаев опухолей л. д. в 80% имел психические синдромы, Cl. Vincent указывает приблизительно тот же процент (75,5%). По отношению к опухолям ф. долей

большинство авторов настаивает на раннем появлении психических расстройств и их интенсивности.

Предвестниками поражения передней области мозга могут являться следующие психические проявления характера ауры<sup>1)</sup>. Внезапное изменение настроения и характера, катаклизмическое превращение личности, моральной и аффективной, странные чувства, возникающие внезапно и делающие субъекта совершенно не владеющим собой; внезапные фазы эйфорического возбуждения и состояния отяжеления мысли и чувства, психический автоматизм,—симптомы, связанные с возбуждением коры.

Деструктивные поражения ф. долей производят стойкое нарушение совокупности психических функций, полное изменение аффективного поведения больного. Вместе с тем могут наблюдаться явления, происходящие от выпадения задерживающей функции ф. долей, что выражается проявлениями инстинктов и автоматических действий (сравн. заключения Kalischer, Хорошко). Это освобождение инстинктивных функций выявляется иногда импульсивно. Повышение полового инстинкта (период грубого цинизма в состоянии больных с фронт. поражениями), пищевого (полифагия) и антисоциального (агрессивность и т. п.).

Ferrier приводит случай когда у больного в результате ранения черепа железной палкой с вдавлением фронтальных долей произошло полное превращение интеллектуальной и моральной личности,—потери равновесия инстинктов и разума, „больной сделался младенцем по уму, мужчиной по страстям и инстинктам“.

Изменение характера, настроения, аффективного тонуса, имевшее место в нашем случае, часто сопутствуют фронт. поражениям (случаи Velpeau, Delpech, Nobile<sup>1)</sup>. Bruns-Jastrowitz, Orpen, Heim описывали эйфорию с склонностью к шуткам и смеху, понижение элементов этики и морали)—mania, Witzelsucht (Veraguth, Cl-Vincent, Sachs и др.). Вместе с изменениями характера, эмоционального тонуса описывали, еще расстройство ориентации, неповиновение серьезности своего положения, потерю инициативы, памяти на ближайшие события (Stirnhirndemenz по O. Veraguthy).

Больные относятся с необычайным безразличием к необычайным происшествиям и впечатлениям, проницаны. Так, один больной с фронтальным поражением по поводу предстоящей операции заявил: „Вы можете вскрыть череп, но Вы никогда не найдете мозга большого философа“ (Lhermitte).

Амнестический ассоциационный синдром, наблюдавшийся в нашем случае, часто сопровождает поражения префронтальных долей различной этиологии (травматические повреждения, сосудистые очаги, опухоли).

Последующие клинические наблюдения (Pfeiffer, Vonne, Berger и др.) показывают, что двухсторонние разрушения п-ф. долей вызывают обязательно полную амнезию фиксации. Случаи одностороннего поражения (Sachs, Schuster, Feuchtwanger) п-ф. долей доказывают, что достаточно одной доли для сохранения мнестических функций и что все же ам. асс. синдром чаще наблюдается при поражении

<sup>1)</sup> J. Lhermitte. La lobe frontale. L'encephale № 1, 1929.

<sup>1)</sup> Ibidem l. c.

левой доли. Klippel говорит о несоответствии мозговых полушарий; поражение левой доли вызывает максимум интеллектуальных расстройств.

Можно предположить, что п-ф. доли производят активацию или облегчение мнестических приобретений задних корковых территорий. Если п-ф. доли поражены, то приобретения памяти прекращаются и наступает амнезия фиксации. „Морфологические, физиологические и патологические данные подтверждают существование ассоциационного пути, который соединяет п-ф. доли с задними корковыми территориями и перекрещивается в задней половине мозолистого тела, поражения последнего влекут за собой те же расстройства, как и поражение п-ф. долей. Целость этого префронтального пути и обуславливает мнестические приобретения, которые позволяют индивидууму приспособляться к внешнему миру. У человека мнестическая функция обыкновенно дифференцируется в одной из п-ф. долей“ (Mergier).

Анатомо-клинические и вышеприведенные экспериментальные данные подтверждают наличие расстройств при фронтальных повреждениях со стороны высшей интеллектуальной деятельности: недостаток активного внимания (Хорошко), понижение критической и комбинирующей способности, расстройство репродуктивно-сочетательной деятельности—недостаток синтеза, невозможность разобраться в ситуации, в сложном положении и т. п.

В нашем случае мы имели возможность лишней раз убедиться в значении психических симптомов для определения топической диагностики мозгового поражения.

В период постепенного развития опухоли, когда приспособляющиеся взаимоотношения между растущей опухолью, мозгом и всем организмом не были резко нарушены, симптомы мозгового поражения сказывались общими явлениями повышенного внутричерепного давления (головные боли, рвота, понижение интеллекта, падение трудоспособности, эпилептические припадки). Период локальных симптомов со стороны нервной системы (начальный неврит на стороне поражения, *déviations conjuguées*, лобная атаксия, локальная болезненность, данные пневморентнограммы и т. п.) сопровождался уже выраженными психическими расстройствами (изменение характера и поведения больной, паратимические особенности настроения, амнестический синдром).

Психические особенности послеоперационного периода—последствия с одной стороны хирургического вмешательства, с другой—дефектного состояния области лобных долей, несомненно измененных в своем тончайшем строении в результате продолжительного сдавливания опухолью.

---

## К вопросу о лечении фурункулеза.

И. Д. Куденко.

Среди общих болезней нашей номенклатуры болезни кожи, под-кожной клетчатки (особенно фурункулез) занимают одно из первых мест. Какое громадное распространение имеет фурункулез доказывать не приходится.

Насколько распространен фурункулез среди населения, настолько же разнообразны и методы его лечения. Если просмотреть медицинскую литературу в области лечения фурункулеза за последние годы, можно с уверенностью сказать, что на каждый вновь появившийся случай заболевания фурункулезом имеется 2—3 новых способа лечения его.

Не буду касаться отдаленной истории лечения фурункулеза, а позволю себе остановиться только на лечении его за последние годы. Правда, этих методов так много, что трудно все их перечислить, но я остановлюсь на тех из них, которые больше всего применимы в амбулаторной практике и в повседневной жизни врача.

В литературе имеются указания на то, что для предупреждения этого заболевания предлагается соблюдение чистоты тела, белья, устранение трения и давления на коже; при влажности кожи—массаж, растирание фланелью, теплые души и проч.

Во время болезни—покой, фруктово-овощная диета, воздержание от пряностей, острых блюд и употребления большого количества спиртных напитков. Внутрь—мышьяк во всех видах, свежие пивные дрожжи, фурункулин и препараты дрожжей и сера; наружно—горячие припарки из льняного семени, жмыков, размягчающие и вытяжные пластыри, согревающие компрессы из растворов карболовой или борной кислоты, боровской жидкости, укусуного глинозема, марганцево-кислого калия, свинцовая примочка, обтирание тела раствором сулемы (1:15000) или 2% спиргово-формалиновым раствором, компрессы из резорцина со спиртом, пергидролевые из насыщенного спиргово салицилового раствора, раствора ляписа, смазывание iodной настойкой, общие теплые сулемовые ванны, мыльные ванны, серные ванны, лечение посредством застойной гиперемии по способу Вieg'a и Кларр'a (Бировскими колоколами или банками), мази разных сортов (Вилькинсоновская мазь, серная мазь, ихтиоловая мазь) и др., паста Унна, зеленое мыло, цинковая мазь и другое бесконечное множество мазей; внутривенное вливание препаратов серебра, триафлавина и т. д.; лактоотерапия, аутосеротерапия, аутогемотерапия, вакцинотерапия, компрессы из антивируса по Безредко, парэнтеральное введение ихтиола, солнечные ванны, облучение кварцем и проч.; лечение рентгеновскими лучами по Heidenhain'u; потом хирургическое лечение посредством разрезов с последующим наложением асептических повязок.

О методах лечения фурункулеза можно сказать еще больше, но мы взяли только наиболее часто применяемые в последнее время и с которыми чаще сталкиваемся в повседневной практике. Можно только одно-



сказать, что фурункулез лечат врачи разных специальностей (терапевты, хирурги и врачи по кожным болезням) и каждый из них доволен своим методом лечения и от него получает прекрасные результаты.

Попробуем ко всем этим методам подойти и с другой точки зрения. Когда от лечения требуется не только хороший лечебный эффект, но и быстрейшее и лучшее восстановление трудоспособности. Оказывается, и здесь мы стоим на точке замерзания. Нет у нас реальных показателей, какая врачебная специальность лучше лечит фурункулез, какой наилучший метод лечения для быстрейшего восстановления трудоспособности, какая средняя продолжительность одного заболевания. На все эти вопросы ни один специалист, лечащий фурункулез, не даст нам четкого ответа, как, скажем, мог бы ответить хирург на вопрос, через сколько времени восстановится трудоспособность больного данной профессии после нормального течения оперированной грыжи или аппендицита. Ответ получится точный, ясный и определенный: „через столько-то времени годен для такой-то профессии“.

Это можно понимать так: хирурги имеют определенный единый метод лечения, который дает определенный результат с точным учетом потери рабочих дней и дает возможность фиксировать срок восстановления трудоспособности и пригодности данного больного к определенной работе.

К сожалению, того же нельзя сказать про лечение фурункулеза и ряда других болезней. Больные заполняют наши амбулатории, поликлиники, диспансеры и проч. Больные эти лечатся неопределенное время с неопределенными результатами. Видимо, здесь требуется коренное изменение как в подходе к больному, так и в самом лечении его болезни. Эти лечебные заведения еще не удосужились уделить этим больным достаточно внимания, а клиника от них оторвана.

В период великой социалистической стройки, когда не хватает рабочей силы, когда государство вынуждено прибегать к применению остаточной силы инвалидов для использования их на производстве, когда назрел вопрос о новых и здоровых кадрах, естественно выступает вопрос о рациональном лечении больных с восстановлением их трудоспособности в возможно более короткий срок.

То же можно сказать и о фурункулезе, который получил в последнее время достаточно большое распространение среди населения СССР. Например, по данным Главгусграха за первую половину 1930 г.

В стекольной промышленности	13,6 случаев фурункулеза на 100	застрах.—92,4 дня
„ спичечной	„ 13,6 случ. фур. на 100 застр.	87,4 д.
„ торфяной	„ 12,2 „ „ „ „ „	80,1 „
„ каменноугольной	„ 10,3 „ „ „ „ „	77,4 „

А сезонники и грузчики дают еще большие цифры больных фурункулезом.

Прежде чем перейти к разбору и описанию нашего материала, я позволю себе сделать оговорку, что наши случаи группировались в однообразные формы заболевания. Взят обыкновенный производственно-бытовой фурункулез, который не имеет никакой связи с основными заболеваниями организма, как-то: диабет, брюшной и сыпной тифы, скарла-



тина и проч. Наши случаи фурункулеза, взятые из практики поликлиники водников, имели преимущественную локализацию на шее, спине, животе, иногда захватывая значительные части тела: бедра, руки, ноги и проч.

Что касается поражаемости фурункулезом по профессиям, то на нашем материале отмечается следующее: на первом месте идут грузчики, чернорабочие, судоремонтные рабочие, плотники, котельщики и проч. Потом матросы, машинисты, кочегары; а потом лодмань, штурвалы; наконец, рулевые, возчики, уборщики, курьеры, водоливы и проч. По возрасту все группы от 14 л. (ученики ФЭУ) и до 65 лет.

Материал разработан нами по нашим личным наблюдениям, больничным листам и историям болезни больных. Весь материал охватывает собой 2414 случаев фурункулеза, по которым оплачено страховой кассой с законченными днями болезни 21391 день. Лечение всех этих больных производилось шестью хирургами, тремя кожниками и одним терапевтом. Все — врачи с большим стажем, хорошим опытом и солидными знаниями.

Работа велась в поликлинических условиях с применением разнообразных методов лечения, за исключением рентгенотерапии.

Соответственно этому и материал разбит на десять групп.

*1 группа* (хирург. пассивн. леч.). Смазывание iodной настойкой, согревающие компрессы, вытяжные и смягчающие пластыри, самопроизвольное вскрытие, последующая повязка. Средняя продолжительность одного случая освобождения 10,3 дня.

*2 группа*. Смазывание iodной настойкой, компрессы или припарки, полное созревание, разрез, последующие перевязки. Средняя продолжительность одного случая освобождения 9,1 дня.

*3 группа*. Ихтиоловая мазь, вскрытие, последующие повязки. Средняя продолжительность 1 случая освобождения 8,3 дня.

*4 группа*. Обычное хирургическое амбулаторное лечение: компрессы из разнообразных растворов, вскрытие или Бировские банки, последующее общее лечение, повязки. Средняя продолжительность 1 случая освобождения 7,8 дня.

*5 группа*. Чистый ихтиол наружно, разрез, последующие повязки. Средняя продолжительность одного случая освобождения 8,4 дня.

*6 группа* (хирургич. активное, комбинированное лечение). Аутогемотерапия, вакцинотерапия, разрез, последующие повязки. Средняя продолжительность 1 случая освобождения 5 дней.

*7 группа* (кожная). Компрессы, примочки, мази; внутрь мышьяк. Средняя продолжительность 1 случая освобождения 10,5 дня.

*8 группа* (без хирургического вмешательства). Согревающие компрессы, обтирания раствором сулемы, мази, в некоторых случаях вакцинация. Средняя продолжительность одного случая освобождения 8,1 дня.

*9 группа*. Аутогемотерапия, вакцинотерапия, ихтиоловая мазь. Средняя продолжительность 1 случая освобождения 6,4 дня.

*10 группа* (терапевтическая). Обычное терапевтическое лечение: внутрь дрожжи, мышьяк, сера; наружное смазывание iodной настойкой, согревающие компрессы, самостоятельное вскрытие (без хирургического вмешательства). Средняя продолжительность 1 случая освобождения 10,7 дня.

Из приведенных данных видно, что в области лечения фурункулеза до настоящего времени еще не внесено ничего нового, определенного.

Цель этой работы найти наикратчайший срок освобождения больного с наименьшей потерей рабочих дней при том или ином методе лечения фурункулеза.

Не вдаваясь в подробную оценку того или иного способа лечения, нужно согласиться, однако, с тем, что в зависимости от материальных возможностей и условий работы врача в лечебном заведении, все методы хороши и приводят к одинаковым результатам, но реальность каждого метода в сторону быстреего восстановления трудоспособности различна, хотя, нужно оговориться, что материал наш не так велик, чтобы из него делать окончательные выводы. Однако, можно с уверенностью сказать на основании вышеприведенных данных, что наилучший способ лечения фурункулеза — комбинированный, так как своевременное применение хирургического ножа, вместе с аутогемотерапией, вакцинотерапией или лечением чистым ихтиолом, ускоряет процесс заживления и тем самым способствует быстреему восстановлению трудоспособности.

Нам хотелось бы, не делая собственных выводов, обратить внимание еще и на то, что из перечисленных выше десяти групп резко бросаются в глаза две: группа, так называемого, „пассивного“ лечения, которая дает освобождение на одно заболевание до 10,7 дней (а на 1000 больных приходится более 10.000 дней) и вторая группа „активного“ лечения, дающая в среднем на одно заболевание пять дней освобождения, а на тысячу случаев, освобожденных по фурункулезу — 5000 дней. Отсюда видно, что одного и того же больного можно лечить разными способами и получать в одних и тех же условиях разные результаты.

Такая колоссальная (в обще-государственном масштабе) цифра потерянных рабочих дней и средств, такое большое отвлечение рабочих сил с производства должны, наконец, сдвинуть вопрос о кратчайшем лечении фурункулеза с мертвой точки и обратить на себя внимание органов Наркомздрава, Цусстраха и других соответствующих организаций.

Вопрос давно назрел, надо его поставить во всей его полноте на более крупном материале и сделать соответствующие выводы.

# Отдел III. Из практики.

## О зобатости на Амуре.

Д-ра Ш. И. Ратнер (г. Благовещенск на Амуре).

Летом 1930 г. я работал в Тамбовском районе Амурского округа и обратил внимание, что на прием обращается много больных с видимым увеличением щитовидной железы. Постоянным местом моей работы была д. Шокровка. Кроме того, ко мне обращались больные из окружающих деревень: Шугилово, Максимовка, Николо-Александровка. С целью выяснить, как распространен зоб в этом районе, я предпринял подворный осмотр жителей деревни Шокровка и затем произвел обследование школьников трех указанных поселков. Производился общий подробный осмотр, у некоторых больных взяты мазки крови для определения лейкоцитарной формулы. Здесь я хочу поделиться статистическими данными произведенного осмотра. Эти данные в общем указывают, что Амурский округ является очагом эндемического зоба.

Для определения размеров зоба я пользовался классификацией, предложенной швейцарской комиссией и принятой в экспедиции по изучению зоба и Мари-области. По этой классификации различаются следующие степени:

„0“—случаи с общим незначительным увеличением обеих долей и перешейка щит. железы, где это увеличение может быть поставлено в связь с физиолог. моментами (период полового созревания, беременность). Увеличение определяется только при пальпации.

„I“—случаи, где щитовидная железа представляется несколько увеличенной на глаз, но контуры шеи не резко изменены.

„II“—случаи, где щитовидная железа увеличена уже настолько, что диагноз зоба совершенно бесспорен даже на глаз, без пальпации.

„III“—случаи с резко измененным профилем шеи и сильно увеличенной щитовидной железой—большой зоб.

Разумеется, кроме этих основных групп есть и переходные: 0—I, I—II и II—III.

Мною обследовано в д. Шокровке 104 двора с количеством населения в 422 чел. Распределение этих лиц по возрасту видно из таблицы № 1. Я выделяю отдельно возраст до 6 лет из тех соображений, что в этом возрасте зоб встречается редко. Кроме того, я выделяю также возраст периода полового созревания (13—17 л.).

Таблица № 1.

Возраст	0—5 л.	6—12	13—17	18—30	31—40	41—50	51—60	Выше 60 л.	Всего
Кол. обследован.	90	102	41	87	31	29	20	22	422
%	21%	24%	10%	20,5%	7,5%	7%	5%	5%	100%

Из этой таблицы видно, что в моем материале преобладают лица в возрасте до 30 лет.

У обследованных мною 422 ч. увеличение щитовидной железы имело место в 167 случаях (39,5%), причем 132 случая зоба (80%) приходится на женский пол и остальные 20% на мужской, что совпадает с литературными данными.

Распределение зоба по возрасту можно видеть из следующей таблицы:

Таблица № 2.

Возраст	0—5	6—12	13—17	18—30	31—40	41—50	51—60	Выше 60 л.	Всего зобатых
Кол. лиц с зобом	5	54	27	45	13	14	3	6	167
% . . . . .	3%	32%	16%	27%	8%	9%	2%	3%	100%

Наиболее пораженным, согласно этой таблице, оказывается возраст от 6 до 30 лет. Однако, истинное значение этой таблицы выяснится лишь при сопоставлении ее с таблицей № 1. Мы видим, что в возрасте до 6 лет увеличение щитовидной железы имело место только в 5 случаях из 90 обследованных. В возрасте 6—12 л. зоб отмечался в 54 случаях из 102 (почти 50%), в периоде полового созревания—в 27 из 41 случ. (66%) и в возрасте 18—30 л.—в 45 из 87 случаев (52%). Таким образом, в раннем детском возрасте зоб встречается в моем материале очень редко. На материале Мариюбласти зоб в этом возрасте (0—6) отмечается еще реже. Но уже с шестилетнего возраста % зобатости начинает возрастать и в периоде полового созревания зоб отмечается уже в 66% случаев. Должен, однако, оговориться, что случаи с незначительным увеличением щитовидной железы (0—I по нашей классификации) имели место в 34% всех случаев зоба. Эти случаи можно считать сомнительными в смысле наличия истинного зоба, в особенности в детском и юношеском возрасте. При очень тонких шейных покровах, хорошо прощупываемый перешеек железы может быть принят за патологическое припухание. Поэтому не исключена возможность субъективности в оценке наличия зоба в случаях с незначительным припуханием железы, даже если отбросить моменты физиологического припухания (в периоде полового созревания). Разумеется, что процент истинной зобатости следует считать на основании вышеизложенного несколько более низким. Но, если даже исключить вовсе из моего материала случаи с зобом С—1, т. е. оставить лишь случаи, где диагноз зоба несомненен (I, II и III), то и тогда окажется, что на 422 ч. приходится 113 случаев истинного зоба (27%).

Следующая таблица указывает на размеры зоба среди обследованных.

Таблица № 3.

Размер зоба	0—I	I	I—II	II	II—III	III	Всего
Колич. . . . .	56	54	23	19	5	10	167
% . . . . .	34%	32%	14%	11%	3%	6%	100%

Зоб I имел место в 32% случаев, в 34% увеличение железы было настолько значительное и профиль шеи настолько изменен (I—II, II, II—III и III), что диагноз зоба не вызывал сомнений при одном осмотре, без пальпации.

Что касается формы зоба, то известно, что она может быть установлена с точностью лишь гистопатологически. Я поэтому ограничился лишь отметкой о консистенции и внешней форме зоба (диффузный, узловатый, смешанный). Узловатый зоб имел место в 13% случаев, смешанный в 3%, в остальных случаях зоб был диффузный.

Перейду теперь к результатам, полученным при обследовании школьников. Всего обследовано мною 443 школьника в возрасте от 8 до 14 лет. Зоб отмечен у них в 269 случаях (60%). Если и здесь отбросить случаи с незначительным увеличением щитовидной железы (0—I) которых было 121, то и тогда останется 148 случаев (33%), где несомненно имел место истинный зоб. На самом же деле процент зобатости следует считать более высоким (чем 33%), т. к. безусловно часть случаев с незначительно увеличенной щитовидной железой относится к случаям начинающегося зоба.

Из обследованных мною в четырех деревнях школьnikov на первом месте стоят школьники д. Максимовки, среди которых уже у половины профиль иеи был рельефно изменен, и диагноз мог быть поставлен без пальпации. У этих школьnikov, несмотря на малый возраст, в 5 случаях отмечен был большой зоб (III).

Все вышеизложенное, касающееся как результатов подворного обследования населения д. Паэровка, так и осмотра школьnikov четырех деревень, расположенных друг от друга на расстоянии приблизительно, 10—15 км., дает основание предполагать, что зоб здесь носит эндемический характер. Население этих деревень—украинцы, переселившиеся сюда, главным образом, из Полтавской губернии лет 20 тому назад. Они отмечают, что зоб появился у них уже здесь. При подворном обследовании мне попадались семьи, в которых выраженный зоб имел место у 7—9 членов семьи, причем появление зоба отмечается у всех на новой родине, в Амурском округе. Среди обследованных школьnikov отмечен один случай кретинизма, который относится к 12-летней девочке с резко пониженным интеллектом. В д. Максимовке я наблюдал кретинку 16 л. возраста. Зоб у этой кретинки отсутствует. В дер. Покровке отмечено двое глухонемых детей в одной и той же семье, у 26-ти летней матери этих детей—узловатый зоб II.

Большинство зобатых не отмечает никаких неприятных ощущений, которые можно было бы поставить в связь с наличием зоба.

Выраженных изменений объективного характера со стороны других органов отметить не удалось.

В связи с тем, что многие авторы придают большое значение водной теории происхождения зоба, считаю не лишним отметить, что во всех перечисленных мною деревнях население пользуется водой из колодцев. Вода эта мягкая, мутная с серовато-бурым оттенком, дает при стоянии и кипячении вали, похожий на керосиновую пленку, а также большой осадок хлопьев бурого цвета.

Как я уже выше говорил, эта работа имеет, главным образом, целью представить статистическую картину зоба в обследованном мною районе на Амуре, который, по всей вероятности, является эндемическом очагом. Эти статистические данные должны, на мой взгляд, послужить стимулом к дальнейшему и всестороннему изучению зоба на Амуре и к предупреждению дальнейшего развития эндемии.

## О болезни Банга в Даурии

Врача Уровского института Н. Н. Дамперова.

Летом 1930 года в овцеводческом совхозе „Красный Великан“, находящемся в южной степной части Восточного Забайкалья, появилось среди чабанов массовое заболевание, оставшееся нераспознанным. Число заболевших осталось также не установленным, повидимому около 20. Двое больных, помещенные в Даурский военный госпиталь, умерли.

Весной 1931 г. мною были осмотрены в Борзинской больнице два из прошлогодних больных: Репин и Воробьев, причем по температурной кривой, записям в историях болезни и остаткам кровоизлияний в межмышечные щели и околоуставные ткани мною была заподозрена у них болезнь Банга. Проехав тогда же на совхозные хутора Урулюнгуи и Цаган-Нор, я обнаружил там одного дворового рабочего, Придачина, с петехиальной сыпью на конечностях и кровоизлияниями в локтевые слизистые сумки; больной температурил, но оставался на ногах. Другой—зоотехник Копцев—был обнаружен только с неправильной лихорадкой и желтушным цветом кожи при несколько увеличенной селезенке, заболел недели две.

По сопоставлению описаний и личных наблюдений выяснилась следующая картина заболевания. Сначала общее недомогание, ломота в пояснице и конечностях, повышенная температура. Диагноз в это время: малярия, брюшной тиф и т. д. В дальнейшем желудочно-кишечные расстройства: поносы, тошнота, рвота, увеличение печени и селезенки. Через месяц-полтора после начала появляются геморрагические высыпания на коже, преимущественно нижних конечностей, в тяжелых случаях и по всему телу, кровоизлияния в области суставов и в мышцах голени и бедер. Свойственного цынга поражения рта не отмечено ни

в одном случае. У одного больного образовался абсцесс на ягодице, у другого орхит, заболевание тянется многие месяцы, до года, причем температурная кривая носит „ундулирующий“ характер, состоя из групп неправильных повышений, чередующихся с ремиссиями. Постепенно волны повышений сглаживаются, ремиссии становятся продолжительнее, наконец, мы имеем субнормальные температуры при явлениях истощения и малокровия. Учитывая явления со стороны сердца: увеличение тупости при глухих, как-бы отдаленных тонах, можно думать о гемоперикарде, как причине смертельных исходов.

Главным очагом заболевания нужно считать хутор Цаган-Нор, один из наименее благоустроенных в совхозе. Овцы зимой крайне скучены. Общежития рабочих тесны и антисанитарны, медицинский надзор неудовлетворителен.

*Данные о выкидышах овец на 1 мая 1931 г.*

	Общ. чис. рождений.	Выкидышей.
Отара № 16 (Жилино) . . . . .	337 . . . . .	60
Отара № 17 (Сурино) . . . . .	734 . . . . .	52
Отара № 21 (Емикей) . . . . .	725 . . . . .	25
Отара № 23 (Цаган-Нор, Урулюнг) . . . . .	648 . . . . .	22
Отара № 25 (Цаг.-Нор, Урулюнгауй) . . . . .	753 . . . . .	113

Это высокое количество выкидышей в связи с клинической картиной болезни у людей подтвердило предположение о болезни Банга. По донесению моему в Вост.-Сиб. Крайздрав, был командирован на место проф. Н. Н. Клодниковский, который уже установил диагноз болезни Банга бактериологически и серодиагностически<sup>1)</sup>.

Из хир. отд. Софиевской Межрайбольницы на Криворожьи (Зав. отд. Б. Л. Бронштейн, зав. б-цей А. А. Каменецкий).

## Случай ретроградного ущемления в „скользящей“ грыже.

### Б. Л. Бронштейн.

Под понятием ретроградного ущемления разумеют ущемление одной или нескольких петель кишек, при котором расстройство питания вовлекает в страдание не только части, находящиеся в грыжевом мешке, но также, и в большей степени, особенно сильно часть, находящуюся в свободной брюшной полости. Этой, редко встречающейся, форме ущемления Венделем дано название *Heppie en W*, так как в типичных случаях в грыжевом мешке снаружи от ущемляющего кольца располагаются две петли, а внутри от него в брюшной полости одна „соединяющая“ с более тяжелым расстройством питания, зависящим от перегиба ее брыжейки или перекручивания всей петли. Чрезвычайно редко срединная петля оказывается мало измененной сравнительно с находящимися двумя в грыжевом мешке (случай Невского).

Со времени введения Майдлем (1895 г.) понятия ретроградного ущемления опубликовано более 100 случаев, из них на русскую литературу падает 18.

Ретроградно ущемленными, кроме тонкого кишечника, могут быть и другие органы, как-то: червеобразный отросток и маточная труба (Maudl) сальник (Гайсинский).

Процент резекций при ретроградном ущемлении значительно превышает таковой при обычном ущемлении ввиду того, что гангрена кишки при первом развивается обычно очень рано, в пределах 4—14 часов; описаны случаи омертвления, наступившего через 2—3 часа с момента ущемления.

Причиной раннего изменения ретроградно ущемленной петли Копылов считает различное распределение артериальных ветвей и анастомозов верхн. брыж. артерии и отсутствие в брыжейке ущемленной „соединительной“ петли самостоятельной артериальной ветви; питающие же ее обычно сосуды расположены в брыжейке смежных двух петель, составляющих содержимое ущемленной грыжи.

<sup>1)</sup> Кроме того было обнаружено еще свыше 10 заболеваний Бангом у людей, установленные также серологическим путем.



Ни одна из существующих теорий не разрешает в окончательном смысле объяснения механизма возникновения ретроградного ущемления. Из всех объяснений остановлюсь лишь на оригинальном мнении Греков 2, по которому ретроградно-ущемленная грыжа возникает в результате манипуляций при вправлении обычной ущемленной грыжи; по его мнению, на место вправленной одной петли приходят две, служащие продолжением первой.

Ряд признаков для диагностики ретроградного ущемления, как-то: давняя грыжа с широкими грыжевыми воротами у пожилых людей, разница между тяжестью общих симптомов и незначительностью местных явлений,—могут дать лишь указания на возможность наличия ретроградного ущемления. Описаны случаи р. у. у молодых при узких грыжевых воротах; второй же симптом может наблюдаться и при внутреннем ущемлении при наличии неврвливой грыжи. Ввиду несовершенства диагностики до операции неизменным правилом должно быть в конце операции извлечение кишек в целях ревизии их (Чугаев).

Наш случай: История б-ни № 489. Б-й В-в И. 65 лет, крестьянин, доставлен 8/1-32 г, в 9 ч. вечера с явлениями ущемленной грыжи 5 часовой давности. Грыжей страдает около 20 лет, неоднократно ущемлялась, обычно сам вправлял ее, на сей раз попытки к вправлению были безуспешны.

*Объективно:* В левой пахо-мошоночной области имеется опухоль величиной в 2 кулака туго-эластической консистенции, дающая при перкуссии тимпанит. В правой половине живота внизу, ближе к средней линии определяется припухлость с кулак, дающая ощущение сопротивления, чувствительная к давлению, перкуторно дающая тимпанит (местный метеоризм). Общее состояние б-го тяжелое. Частая рвота; пульс малого наполнения, частый;  $t^{\circ}$  36,6°; язык сухой. Впрыснуто: 1 кб. морфия и 10 кб. камфоры, промыт желудок. Под диагнозом ущемленной левосторонней пахо-мошоночной грыжи произведена операция под эфирным наркозом.

По вскрытии грыжевого мешка излилось небольшое количество грыжевой воды без запаха и обнаружилось две мало-измененные раздутые петли тонких кишек; по рассечении ущемляющего кольца из брюшной полости начала изливаться в большом количестве серозно-кровянистая без запаха жидкость; с целью ревизии содержимое грыжевого мешка было подтянуто—и из брюшной полости извлечена петля, соединяющая упомянутые 2 петли; она оказалась в состоянии резкого застоя, синюшная с многими кровоподтеками в ее брыжжейке, но жизнеспособная. По вправлении ущемленных петель в брюшную полость обнаружилось, что грыжа является „скользящей“: в состав наружной части грыжевого мешка в области шейки и начала тела его входила стенка начальной части S'образной кишки, частично лежащая внебрюшинно; это обстоятельство явилось причиной неполне радикального удаления грыжевого мешка. Пластика канала произведена по Ж и р а р у. Ввиду тяжелого состояния б-го во время операции ему вводился подкожно физ. раствор и неск. раз вводилась камфора. В вену влило 50,0 10% N. chlorati.

9/II. Состояние тяжелое,  $t^{\circ}$  37,5°; пульс приближается к нитевидному; живот вздут, болезнен при пальпации, газы не отходят; послеоперационный бронхит. 10/II. Общее состояние не улучшается,  $t^{\circ}$  37,7°; пульс нитевидный; был стул, живот мягкий, безболезненный; разлитой бронхит. В 10 ч. вечера при явлениях все нарастающей сердечной слабости б-й скончался.

Таким образом, у б-го наблюдалось ретроградное ущемление тонких кишек в „скользящей“ грыже. В литературе мне не приходилось встречать подобного сочетания.

Рассматривая наш случай *post factum*, надо сказать, что в клинической картине его наблюдался симптом, руководствуясь которым можно было диагностировать ретроградное ущемление: местный метеоризм в животе при ущемленной грыже. Правда, такой же симптом возможен и при завороте в сочетании с ущемленной грыжей, но если учесть давность грыжи у старика, попытки к вправлению и тяжелое общее состояние при сравнительно недавнем ущемлении, то все же можно притти к заключению, что до операции имелось достаточно данных для диагностирования ретроградного ущемления.

*Литература:* 1) Вайнберг Л. И. Н. Х. А. № 85—30 г. — 2) Гайсинский Б. Е. В. Хир. и Попр. Обл. кн. 68—69, т. XXIII-31 г. — 3) Давыдов Т. М. Там же, кн. 17—18-1926 г. — 4) Копылов Б. А. Там же, кн. 17—18-1926 г. — 5) Невский А. Н. Там же, кн. 67-1931 г. — 6) Шолков Б. В. Н. Х. А. № 64. 1928 г.



Из гинекологического отделения Болховской больницы.

## Случай двусторонней трубной беременности.

Главврача Г. Н. Вайсбурда.

Вопросам внематочной беременности в настоящее время посвящено большое количество работ, как в периодической литературе, так и в руководствах, где глава о внематочной беременности выделена в самостоятельный отдел.

Успехи оперативной гинекологии, давши в руки врача верное средство в борьбе с внематочной беременностью, дали также возможность установить и целый ряд разновидностей последней. К наиболее редко встречающейся разновидности относится двусторонняя трубная беременность.

13/XI. 29 г., в 7 ч. вечера поступила в гинекологическое отделение Болховской горбольницы гражданка Г-ва, 34-х лет, домохозяйка, с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, с правой стороны. Боли, по словам 6-й, начались 12/XI в 3 ч. дня, при этом показались крови в небольшом количестве. Накануне болела поясница. Боли особенно усилились к вечеру 13/XI, что и заставило обратиться за медпомощью.

Больная в детстве перенесла корь, скарлатину, в 1920 г. сыпной тиф. Со стороны наследственности никаких уклонений. Половой жизнью живет 17 лет. С первым мужем жила 5 лет. Беременная была 3 раза и родила в срок доношенных живых детей. Послеродовых заболеваний не было. Второй раз замужем 8-й год. Первая беременность, тотчас после второго замужества, окончилась самопроизвольным выкидышем на 2-м месяце. Вторая беременность, наступившая 1½ года т. н., также закончилась самопроизвольным выкидышем на 3-м месяце. Оба раза производилось дополнительное выскабливание в 6-це. После последнего выкидыша больная болела около 3-х месяцев и лечилась у врача-специалиста. После лечения чувствовала себя хорошо вплоть до настоящей беременности. Menses у больной начались с 15-ти лет, безболезненные, в небольшом количестве, по 3—4 дня, через 3 недели. Бели были только во время заболевания после 2-го выкидыша. Теперь отмечается задержка месячных на 2 месяца.

Больная среднего роста, телосложения правильного, питания слабого. Кожа и слизистые оболочки слегка анемичны. Тургор кожи Н. Астенична. Со стороны сердца и легких никаких уклонений от нормы нет. Пульс 80 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Из грудных желез выдавливается молоко. Живот округлой формы, мягкий, безболезненный выше пупка, ниже пупка определяются боли, локализирующиеся в области правых придатков. Defens'a нет. Симптом Блюмберга положительный. В области левых придатков болезненность менее интенсивная. Наружные половые органы в норме. Бимадуально: матка слегка увеличена, размягчена, притянута кзади и вправо, ограниченно подвижна. В сводах, ввиду болезненности, ничего прощупать не удается. Больная под наблюдением всю ночь (опий, холод) 14/XI. Самочувствие больной значительно улучшилось, боли стали меньше. Пульс хорошего наполнения, 70 ударов в минуту, ритмичный. Блюмберг положительный, из половых органов небольшие кровянистые выделения. Проба на гематинемию (пирамидоновая) положительна. Пункция заднего свода дала темную кровь. Диагноз: правосторонний трубный аборт. Больной предложена операция, на которую она дала согласие.

14/XI, в 12 ч. дня, операция. Наркоз ингаляционный. Разрез брюшной стенки по Le p a n d e s'у, справа от белой линии. В брюшной полости большое количество небольших сгустков, расположенных в заднем Дугласе и между петлями кишек. У правых придатков, наибольшей частью свободно в брюшной полости, лежит плодное яйцо. Меньшая часть находится в расширенной ампуллярной части правой трубы. Ампуллярная часть пропускает свободно 2 пальца. Salpingoectomy. По окончании операции перед закрытием брюшной полости — осмотр левых придатков. Левая труба представляет из себя опухоль темно-синего цвета, заворачивающаяся книзу и кзади от матки. При осторожной попытке извлечь опухоль наружу началось сильное кровотечение в брюшную полость. Наложены кровоостанавливающие зажимы на приводящие сосуды. При

извлечении опухоли обнаруживается беременная труба. По удалении трубы с содержимым в ней обнаружена двухмесячная беременность. В нижней трети трубы стенка проедена ворсинками хориона.

Послеоперационный период больная перенесла хорошо. Выписалась на 14-й день в хорошем состоянии.

Если комбинации внутриматочной и трубной беременности встречаются очень редко и в мировой литературе проф. Nowas в 1926 г. собрал 244 случая, то двухсторонняя трубная беременность представляет еще большую редкость. М а л и н о в с к и й в 1913 г. нашел в литературе сведения о 15 случаях двухсторонней трубной беременности. В 1921 г. Bogell свой случай зарегистрировал 26-м в мировой литературе. Schwarzwaller говорит о двойной трубной беременности, как о величайшей редкости, и к 1925 году собрал 30 случаев. К настоящему времени мы имеем сведения в литературе о сорока случаях. Интересно, что в данном случае мы имеем сочетание правостороннего трубного аборта с разрывом левой трубы во время операции.

Из акуш.-гинекол. отд. I сов. б-цы в г. Егорьевске, Москов. обл. (Зав. отд. д-р Г. И. Бутковский).

## К вопросу о солпароггексисе во время родов.

Д-ра Г. И. Бутковского.

Одним из наиболее тяжелых осложнений во время родов является отрыв матки от влагалищных сводов (от рукава). Гугенбергер первый обратил внимание на разрывы влагалищных сводов и дал им название „солпароггексис“.

Встречаются они значительно реже разрывов матки, что видно из следующего: Белоусов (1910 г.) собрал всего около 100 случаев, и то, повидимому, исключительно из русской литературы; в капитальной работе по этому вопросу Grindeau и Lemeland заявили, что частоту этого рода осложнений родового акта установить трудно, так как статистика по этому вопросу не существует. Очевидно, специфический характер данного тяжелого осложнения является характерным для русского акушерства. И действительно, статистика Щеткина и Белоусова основывается, главным образом, на отечественной казуистике (Гугенбергер, Сыромятников, Верниц, Львов, Порошин, Кутова, Брюно и т. д.).

Случае отрыва матки от сводов мне, имевшему возможность проследить и провести 35—40000 родов, пришлось наблюдать один, который я и позволю себе опубликовать.

26/IX 30 г. в акуш. отд. была доставлена крестьянка 30 лет, А. Ю. из деревни, отстоявшей от больницы верст на 35—40. Из анамнеза выяснилось, что, ввиду отсутствия поблизости врача, по приглашению родных, пыталась „помочь“ роженице бабка; но что она сделала и делала ли она что-нибудь, ни от родных, ни от самой роженицы впоследствии добиться не удалось.

Роженица доставлена с выпавшей отекшей ручкой, которая совершенно закрывала просвет влагалища; кроме ручки выпала не пульсирующая пуповина. Окружность живота 108; размеры таза 32, 29, 27, 21; первая беременность. Боли начались накануне. Пульс трудно сосчитываемый, неритмичный, живот резко вздут, болезненность живота острая, резкий defense. Больная цианотична, конечности холодевшие. Несмотря на вздутие живота, через его стенку определяются 2 выпуклости: справа, повидимому, матка, а слева мочевого пузыря, что подтверждается введенным металлическим катетром, через который выходит кровянистая, темная моча. Таким образом удастся определить повреждение мочевого пузыря. Для того, чтобы исследовать и ориентироваться в положении плода пришлось произвести резекцию выпавшей ручки. Войдя рукой во влагалище, я обнаружил, что матка с плодом отодвинута вправо, слева мочевого пузыря. Рука входит совершенно свободно в брюшную полость. Матка, оторванная от рукава почти целиком, имеет с влагалищем связь лишь посредством небольшого отрезка влагалища; разрыв занимает около  $\frac{2}{3}$  окружности рукава. Матка цела, в нижнем ее сегменте прощупывается что-то вроде контрационного кольца и матка довольно плотно сжимает плод.

Большая перенесена в операционную, где под глубоким эфирным наркозом в резиновых перчатках, мною без особых усилий путем поворота<sup>1)</sup> на ножку удален плод. Немедленно после этого приступлено к операции чревосечения (д-р Г. И. Бутковский). Разрез по белой линии живота; в брюшной полости масса жидкой крови и сгустков; брюшинный покров матки частью отслоен, частью надорван, зияют внутренние пространства параметриев, которые имбирированы кровью; связки частью надорваны; обнажены маточные сосуды; lig. sacro-uterina в состоянии отека. Картина своей необычностью представляла целый ряд затруднений, хотя бы анатомического свойства; те ткани, связки, брюшина, которые остались целы и связывали матку с влагалищем, были в состоянии отека и пропитаны кровью. Большая, хорошо сократившаяся матка, удалена целиком по способу Wertheim'a, мочеточники проложены до впадения в пузырь, перевязаны сосуды. Операция затруднялась наличием разжижения тканей. После удаления матки влагалище зашито почти наглухо, посередине оставлено отверстие для стока из параметриев, брюшина над ним зашита наглухо. Брюшная стенка зашита 3-х этажным швом наглухо.

27/IX живот несколько вздут. Подкожное вливание Sol. glucosae 5%—10000, и Sol. Natr. chlor. physiol. 1000,0. 30/IX. Газы отошли свободно. 5/X. Сняты швы. Prima intentio. 5/X—25/X. Больная поправляется, прибывает в весе. 27/X-30. При хорошем самочувствии выписывается домой. Почти через год мы имели возможность видеть больную, она хорошо себя чувствует, остаток влагалища имеет куполообразную форму.

Из Вознесенского венерологического пункта (Завед. Д-р М. И. Анапольский)  
**К вопросу о парентеральном лечении „острой и хронической крапивницы“.**

**М. И. Анапольского.**

В настоящем кратком и неполном сообщении я считаю необходимым поделиться теми весьма удовлетворительными результатами, которые я получил при лечении крапивницы впрыскиваниями комбинации двух веществ: *абсолютного алкоголя* и *ихтиола*. Применение последнего при крапивнице *per os* не ново. Что же касается алкоголя, то к мысли о применении его при крапивнице я пришел, наблюдая влияние на зуд алкогольных инъекций, рекомендованных Spiethoff'ом. Проф. Spiethoff рекомендует инъекции алкоголя при красной волчанке, по поводу которой я и применил их в 3-х случаях. Не обнаружив благоприятного влияния на красную волчанку, я отметил, на что указали все трое больных, полное прекращение зуда в пораженной области. Исходя из того, что в картине крапивницы зуд занимает первое место, крайне беспокоя больных и лишая их сна, естественно было испробовать для устранения этого симптома инъекции алкоголя. Более целесообразным казалось мне, однако, соединить алкоголь с ихтиолом, как средством, применявшимся и прежде при крапивнице. Раствор для инъекций был выписан мною следующим образом: *Ichtyoli puri + alcoholi absol. aa partes*. Из этого раствора *впрыскивается через день по 0,2—0,4 смт.*, разводя в шприце стерильной дистиллированной водой до 1 смт. Инъекции производятся глубоко в ягодицы — в верхне наружный квадрант их. Инъекции несколько болезненны, но вполне сносны. Иногда бывают небольшие инфильтраты, ни разу не давшие нам нагноений.

Результаты: из 8 случаев типичной крапивницы мы получили: 1) в 7-ми случаях полное исчезновение зуда и прекращение высыпей после 2—3 инъекций и 2) в 1-ом случае получилось значительное улучшение (больная получила возможность спать по ночам, но волдыри все же появлялись, хотя и в меньшем количестве). Все больные прослежены от 3 до 12 месяцев и рецидив был лишь у одной больной, быстро ликвидированный 3-мя инъекциями.

*Литература.* 1. Z. Brocq: Précis-atlas de Pratique dermatologique 1921 г.—2. С. Исснер: „Руководство по кожным и венерическим болезням“ 1913 г.—3. Р. Унна: „Die Kriegsaphorismen eines Dermatologen“ 1917 г.—4. Ледерман: „Лечение кожных и половых болезней“ 1929 г.—5. Е. Фингер: „Болезни кожи“ 1908 г.—6. Y. Gaté. „Dermatologie“ 1926 г.—7. E. Goffman: „Die Behandlung der Haut-und Geschlechts Krankheiten“ 1920 г.

<sup>1)</sup> *Примеч. ред.* Поворот в данном случае противопоказан.

Кафедра патологической физиологии Казанского гос. медицинского института,  
Заведующий проф. Н. Н. Сиротинин.

## Палеопатология.

Ассистента Н. И. Вылегжанина.

(с 3 рис.).

Можно сказать, не боясь преувеличения, что современная патология обогатилась одним интересным отделом, который уже дал много нового и раскроет, вероятно, еще большее в области наших знаний о болезнях, их происхождении и развитии. Материалом этого нового раздела патологии являются не наши обычные ежедневные объекты (больной человек, трупы, экспериментальные животные и т. д.), а преимущественно ископаемые остатки животных и людей древних доисторических эпох, а также иногда остатки культуры древнего человека. Поэтому нужно признать вполне правильным название *палеопатология*, которое предложил для этой части патологии известный американский исследователь египетских мумий патолог Ruffer.

Первые палеопатологические исследования были произведены сравнительно давно. Еще в 1774 г. Esper из Эрлагена, исследуя костяк пещерного медведя, нашел изменение нижнего конца бедренной кости, которое он принял за остеосаркому. Позднейшее изучение этого образца позволило более точно установить, что здесь дело идет о плохо зажившем переломе, а не об остеосаркоме. Cuvier, а также Goldfuss много принесли в эту главу своими исследованиями о переломах у гиеи плейстоценового периода. Но особенно много было сделано в 1825 г. Walther'ом, обследовавшим остатки пещерных медведей около Бонна, в Германии, и несколько позднее Schmerling'ом, бельгийцем, который впервые изучил человеческие остатки, найденные в пещерах близ Лижа, и указал на значение подобного рода материала. Затем 20 лет спустя Mayer посвятил много времени и труда изучению патологии млекопитающих ледникового периода. Он пришел к выводу, что естественные процессы заживления ран в ледниковый период были несколько не хуже, чем теперь. Из его же исследований можно установить, что различные повреждения тела животных того времени сопровождались часто заражением патогенными микробами, проявлявшими значительные разрушительные свойства. Наконец, в конце прошлого столетия Virchow, который был, ведь, кроме всего прочего, крупным антропологом, изучал кости ископаемых животных и черепа древнего человека.

Но все же основная масса материала по палеопатологии, особенно относящегося к человеку, была накоплена за последние 20—25 лет. Самый значительный и наиболее интересный материал по палеопатологии человека был собран в Египте при различных археологических и других изысканиях. В этом отношении особенно много сделали Ruffer, Smith, Wood-Jones и многие другие английские и американские исследователи. Об обширности материала можно судить хотя бы по тому, что Smith'ом, напр., было обследовано около 30.000, Wood-Jones'ом 6000 тел, относящихся к наиболее ранним периодам истории Египта. Многочисленный материал был собран также в Америке, именно из раскопок в Перу и из погребений индейцев Сев. Америки до Колумбова периода.

Однако, самой главной заслугой нашего времени можно считать, пожалуй, то, что весь этот огромный материал, хранящийся в отдельных музеях и коллекциях всех частей света, описанный в многочисленных мелких статьях и сообщениях в разных журналах, некоторыми исследователями теперь изучен, систематизирован и представлен нашему вниманию в форме интересных монографий и сводок. Наиболее крупными из них являются приведенные мною ниже в краткой и, конечно, далеко не полной библиографии.

Таким образом, в настоящее время палеопатология представляет из себя сравнительно цельную и уже значительно разработанную главу из науки о болезни в широком смысле.

Рассмотрим более подробно, что же служит материалом для палеопатологических изысканий.

Как уже видно из рассказанного, основной материал для этих исследований до сих пор представляли остатки ископаемых животных и человека, а также и растений (палеофитопатология). Вполне естественно, что сохраняются преимущественно твердые части тел животных, как напр., кости, зубы и очень редко кожа, мышцы и внутренности. Поэтому большей частью только по костям и скелетам приходится восстанавливать картины прошлой доисторической жизни животного. Из-за этого Moодie не без меткости называет палеопатологию патологией сухих костей („dry bone pathology“). Памятники древней культуры человека различных эпох дают иногда большой палеопатологический материал, так как нередко различные изделия домашнего обихода (посуда), предметы быта, религии (обетные фигуры греков) и примитивного искусства изображают людей или животных с теми или другими патологическими процессами (рис. 1).

В отношении палеопатологии человека специально нужно указать, что она касается проявлений болезней как у открытых до сих пор наиболее ранних форм человека (питекантропа, пильдаундовского, гейдельбергского и неандертальского человека), его антроподных предков и обезьян, так и особенно болезней древних египтян, древнего населения Перу, некоторых вымерших племен Южной Америки (аптеков, инков), греков наиболее ранних периодов, а также индейцев Сев. Америки до Колумбова периода, эскимосов Лабрадора, Гренландии и т. д. Из этого перечня видно, что в компетенцию палеопатологии входит изучение всякого рода болезненных процессов у ископаемых животных и людей, относящихся к периодам, так сказать, неписанной истории жизни человека и животных на обоих полушариях земного шара. Таким образом, медицина через палеопатологию приходит в соприкосновение с такими, казалось бы, отдаленными от нее науками, как геология, палеонтология и археология.

Весь фактический материал, относящийся к палеопатологии, может быть разбит на три части <sup>1)</sup>.

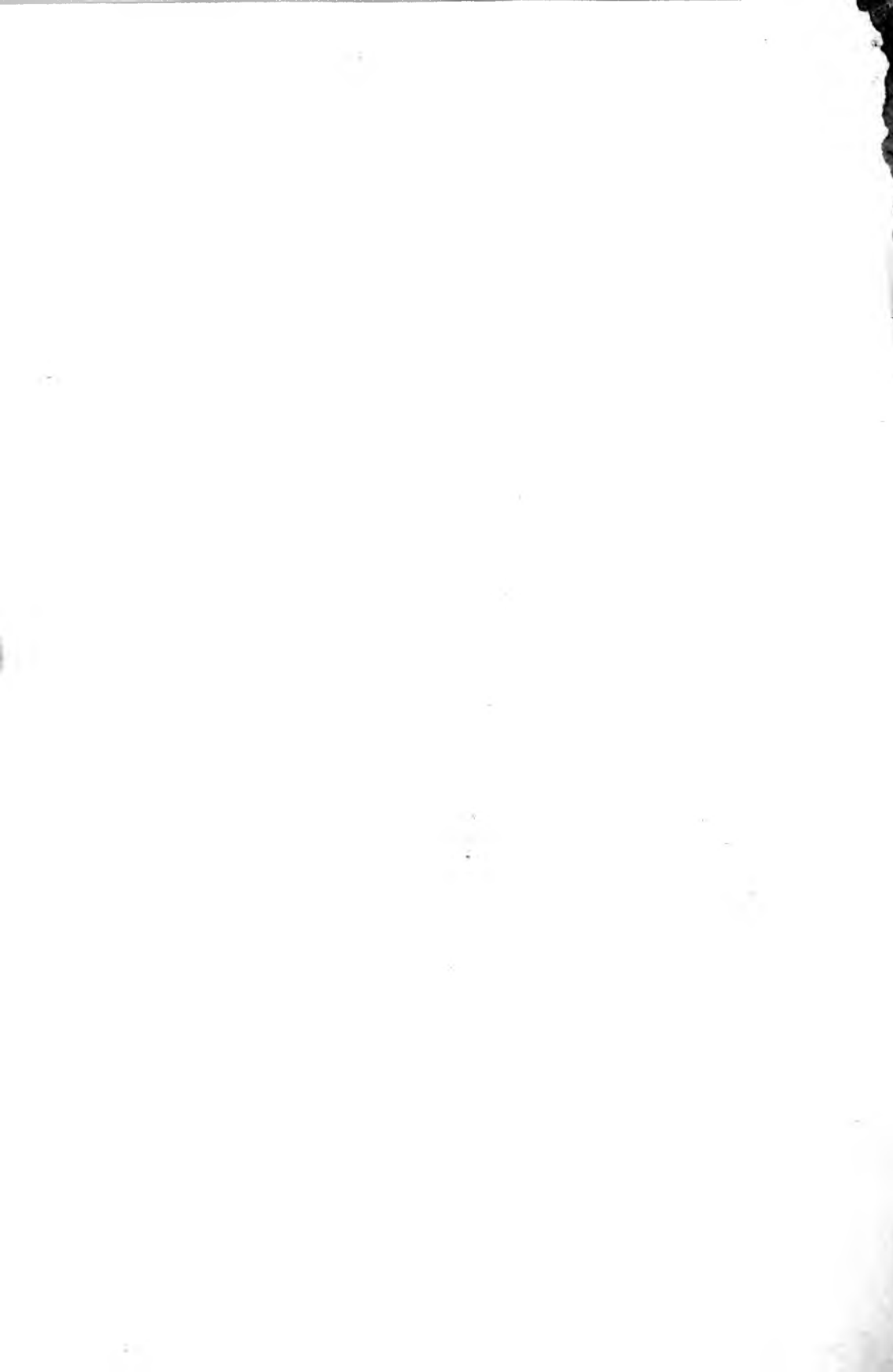
Первую будут составлять материалы, характеризующие патологию ископаемых простейших и беспозвоночных. Эта часть палеопатологии сравнительно мало разработана и не так богата фактическим материалом. Но она как раз представляет большой принципиальный интерес, так как простейшие относятся к наиболее древним формам жизни, развивающимся на земле (археозойская эра) и, следовательно, здесь-то и можно ожидать возникновения патологических процессов, здесь лежат, так сказать, истоки патологии. Clarke, Dasque и др. собрали и описали многочисленные примеры изменений со стороны ископаемых беспозвоночных, которые с нашей точки зрения вполне могут быть названы патологическими.

<sup>1)</sup> Чтобы сделать более понятным дальнейшее изложение, напомним, что история земной коры, равно и история развития жизни на земле, получила в геологии и палеонтологии свою хронологию, которую мы здесь приведем. Наиболее древним временем, в течение которого вероятно и зародилась на земле жизнь в своей самой примитивной форме, считается археозойская эра. Следующей является палеозойская эра с пятью периодами, из которых кембрийский наиболее древний, за ним уже следовали остальные четыре, а именно: силурийский, девонский, каменноугольный и пермский. В течение этой эпохи развилась уже богатая формами растительная и животная жизнь, связанная преимущественно с морями. К концу палеозойской эры относится появление класса рептилий, пыльное развитие которых произошло в следующую мезозойскую эру с ее тремя периодами—триасовым, юрским и меловым. В течение мелового периода произошло вымирание гигантских рептилий, и к этому же времени относится появление на земле первых мелких млекопитающих, достигших вершины своего развития в кайнозойскую эру. К этой эре относится и современный период жизни земли, получивший название четверичного. Ему предшествовал третичный период. Четверичный период в свою очередь разделяется на голоцен или современный период и плейстоцен или ледниковый период. Отметим еще, что достоверные указания о существовании человека известны лишь из времен плейстоцена, а дальше вглубь истории земли следы человека теряются.





Рис. 1.





Одним из простых и самых естественных процессов среди беспозвоночных является регенерация, возникающая вслед за многообразными повреждениями, которые подвержены их тела. Из имеющегося материала видно, что среди простейших палеозоя и мезозоя имеется много примеров полной и неполной регенерации, сопровождавшейся в последнем случае образованием рубцовой ткани. В течение палеозоя зафиксировано появление явно выраженного паразитизма.

Вторая часть палеопатологических материалов относится к патологии ископаемых позвоночных. В отношении этой части действительно можно сказать, что она представляет „патологию сухих костей“, так как за редкими исключениями здесь дело касается почти целиком лишь сохранившихся костей этих животных.

И, наконец, третья часть палеопатологии составляют материалы, относящиеся к человеку, начиная от наиболее ранних из известных нам форм (питекантропуса, пильдауновского человека, неандертальского) и кончая богатыми остатками вымерших рас и народностей, уже близких к нашему времени (Египтян, народов Перу и др.). Сюда же можно отнести изучение патологических процессов у примитивных диких народностей, еще кое-где сохранившихся на земле. Эта часть неравномерна по количеству и качеству материала, относящегося к той или другой эпохе существования человека на земле. Вполне естественно, что меньше всего имеется материалов, касающихся наиболее ранних эпох, и более всего, освещающих уже сравнительно позднейшие периоды развития человеческой жизни и культуры.

Прежде чем перейти к дальнейшему изложению, остановимся вначале на палеопатологии инфекций.

Первые установленные бактерии относятся к наиболее древнему периоду жизни земной коры—археозойской эре. Но патогенное значение бактерий открывается значительно позднее, если судить по тому, что первые факты инфекций ран или повреждений констатированы лишь в сравнительно поздних периодах палеозоя. Начиная с пермского периода палеозойской эры, мы имеем достоверные факты бактериальных заражений, а именно: найден остистый отросток позвонка одной рептилии (*Dimetrodon*), в котором на месте повреждения обнаружен типичный остеомиелит гнойного характера. В течение мезозойской эры инфекционное заражение случайных поранений и переломов среди рептилий имело место очень часто, на это указывают, по крайней мере, многочисленные находки осложненных инфекцией переломов, поражений суставов, утолщений костей и т. д. До сих пор, несмотря на многочисленные попытки, не удалось обнаружить в этих пораженных костях сохранившихся бактерий и об инфекционном характере процесса делают заключение на основании полного сходства анатомо-гистологических изменений с известными нам процессами в костях современных животных и людей. Нет, конечно, возможности установить, какие виды бактерий были причиной этих процессов. *Moодie*, напр., делает предположение, что патолого-анатомический характер некоторых костных поражений позволяет их считать за туберкулезные. Интересно отметить, что *Moодie*, американец, считает, на основании некоторых находок (альвеолярный остеоит, зубной кариес у рептилий) возможным признать существование в мезозойскую эру „focal infection.“

В более поздние, т. е. ближние к нам периоды жизни земли, а именно в кайнозойскую эру, инфекция становится уже обычным явлением среди животного мира. К миоценовому периоду кайнозоя относится также нижняя челюсть трехпалой лошади (*megachippus campestris*) с изменениями, напоминающими актиномикоз.

На основании этих разрозненных и довольно неполных находок вышеупомянутый американский исследователь *Moодie* делает далеко идущие заключения такого рода, что самые ранние формы живых существ обладали полной невосприимчивостью к инфекциям, что бактерии, как патогенные агенты, не играли никакой роли в течение огромного промежутка времени и что инфекционные болезни имеют, возможно, незначительную давность по сравнению с огромным промежутком времени, в течение которого уже существует на земле жизнь в своих высокоорганизованных формах. Нам кажется все же, что приведенные фактические данные из палеопатологии еще очень недостаточны и слишком случайны, чтобы на основании их рисовать картину исторического развития инфекций. Кроме того, весь собранный материал является очень односторонним, так как относится почти исключительно к костям, которые, как мы знаем, подвергаются срав-

нительно малым изменениям в течение инфекционных заболеваний. Все эти сообщения выявляют, по меньшей мере, недостаточную обоснованность выводов.

Наши современные представления о развитии инфекционных процессов, о возникновении и развитии такого рода защитных реакций на инфекцию как воспаление, иммунитет, лихорадка приобрели свою глубину в значительной мере благодаря сравнительно патологическим исследованиям, основание которым положено Мечниковым в его классических трудах о воспалении и иммунитете. Сравнительное изучение различных свойств отдельных видов патогенных и непатогенных микробов, открытие фактов переноса, изменчивости, мутаций, приспособляемости микробов к изменениям внешней среды и т. д.—все это позволяет нам с той или другой степенью достоверности судить о процессах развития в царстве микробов. Если добавить к этому сравнительно биологическое изучение явлений симбиоза, паразитизма и других процессов подобного рода, то мы видим, что основу наших представлений об историческом развитии инфекционных процессов мы пока имеем в сравнительной биологии, микробиологии и патологии. Палеопатологические исследования, представляя нам безусловно важный для общего познания инфекций материал, недостаточны сами по себе для таких выводов, какие делает Moore.

Обращаясь теперь непосредственно к палеопатологии ископаемых, прежде всего нужно отметить, что перед исследователем в этой области всегда стоит трудная задача отличить, что из обнаруженных изменений является прижизненным и что произошло уже после смерти в результате разнообразнейших воздействий окружающей среды в течение многих и многих миллионов лет. И нужно сказать, что имеющийся на лицо материал в этом отношении не всегда, очевидно, безупречен.

Самые ранние патологические процессы, обнаруженные среди ископаемых позвоночных, относятся к палеозою, главным образом к его более поздним периодам. Однако, большая часть изученных патологических процессов принадлежит рептилиям мезозоя, в огромном числе населявшим тогда землю. Совсем в небольшой степени известна патология других видов животных тех периодов.

Все изученные патологические процессы являются вполне аналогичными известным нам из современной патологии. Опять нужно указать, что палеопатология этого периода является перед нами в несколько одностороннем виде, так как мы знаем, как я уже говорил, лишь патологию костей тех животных.

Известны следующие формы патологических процессов: Артриты—собирательный термин, обозначающий воспалительные процессы на костях вокруг суставов и в самих суставах, как-то: *spondylitis deformans*, результат воспаления позвоночных связок, причина—инфекция или повреждение; описан у многих ископаемых, начиная от поздних периодов мезозоя и кончая плейстоценом. Ревматоидный множественный артрит, или, как его еще называют, подагра мезозавров, водных рептилий мезозоя. *Arthritis deformans*—известен в двух случаях у рептилий мезозоя (у мезозавров).

Опухоли—известно всего два случая костных опухолей рептилий мезозоя, а именно: остеома спинного позвонка мезозавра и гемангиома двух хвостовых позвонков динозавра (рис. 2). Представленный на рисунке образец имеет следующие размеры: длина 26,5 см., окружность 38,5 см. и вес 5,1 килограмма.

Некрозы—всегда почти инфекционного происхождения, иногда с гиперплазией кости. Некоторые авторы обнаружили несколько случаев зубного кариеса у рептилий мезозоя.

Гиперостозы—не всегда ясного происхождения утолщения костей, иногда указывающие, быть может, на гигантизм (предположение Volz'a и Abel'я). Сюда же относятся утолщения костей, возникшие в связи с периоститом.

Переломы—встречаются очень часто у рептилий мезозоя и по характеру мало чем отличаются от известных теперь. Многие переломы были осложнены инфекцией, в большинстве же случаев имеется прекрасное заживление с образованием костной мозоли. Для репталлий характерно всегда поперечное расположение переломов, что объясняется особой плотностью их костей.

И, наконец, некоторые ископаемые обнаружены в таком положении, которое дает основание предполагать, что смерть животного последовала при явлениях

опистотонуса. Правда, достоверность такого предположения остается спорной по многим обстоятельствам.

Вот те образцы патологических процессов у ископаемых позвоночных, которые известны в настоящее время. Интересно отметить, что имеющийся палеопатологический материал указывает на сильное развитие болезненных процессов одновременно с появлением класса высокоорганизованных рептилий в мезозойскую эру. К концу мезозоя, к началу кайнозойской эры эти рептилии почти все вымерли и с ними резко спало количество обнаруживаемых патологических процессов. И лишь с развитием класса млекопитающих опять начала увеличиваться частота патологических процессов, достигнув своей вершины в современных животных и человеке.

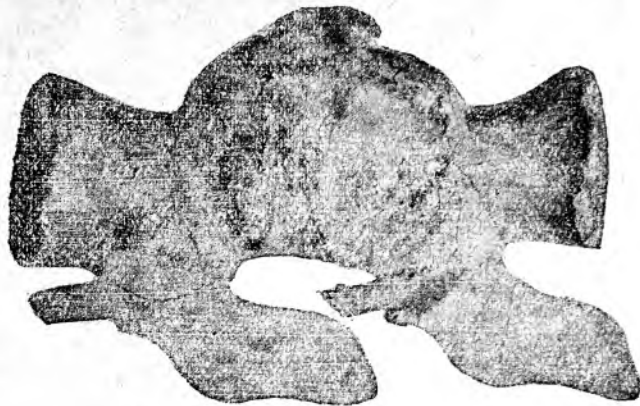


Рис. 2.

В связи с этим интересен вопрос, какую роль сыграли болезни в процессе вымирания древних животных, в частности, не имели ли значение в этом направлении инфекционные болезни. Имеется сравнительно немного более или менее

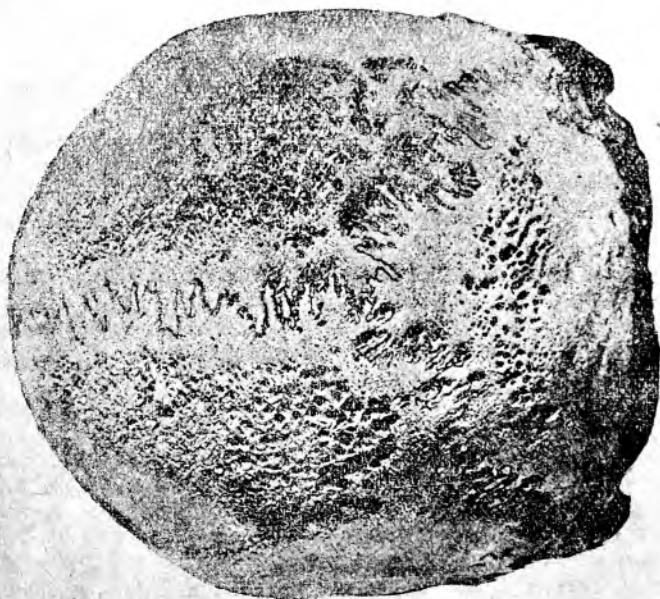


Рис. 3.

достоверных фактов вымирания отдельных групп животных, в отношении которых можно предполагать, что причиной этого явления были инфекционные эпидемические заболевания. Так, Osborn, известный американский патолог, считает, что в вымирании некоторых видов млекопитающих сыграли болезни, передаваемые

мухой пс-пе, одновременное существование которой с теми животными определенно установлено (в течение олигоцена). Болезнь, вызываемая укусами этой мухи, известна под именем пагана. Она имеет эпидемический характер, и вполне возможно, что в третичном периоде это заболевание и сыграло роль в вымирании огромных стад доисторических лошадей и некоторых других млекопитающих.

Все другие обнаруженные до сих пор у ископаемых позвоночных патологические процессы представляют из себя заболевания, в худшем случае опасные лишь для жизни их носителя, но не несущие в себе какой-либо опасности для мелких видов или классов животных. До сих пор не открыто при палеопатологических исследованиях указаний в пользу значения болезней как самостоятельных факторов вымирания тех или других групп животных древнего мира. Если они и действовали в этом направлении, то, очевидно, только в совокупности с другими факторами тогдашней жизни.

Рассмотрим теперь вкратце палеопатологию человека. Из человеческих предков наиболее ранним можно считать, пожалуй, то человекоподобное существо, которое было открыто в 1891 г. Dubois на о. Яве, и получило название питекантропус. Предполагают, что питекантропус жил в период, непосредственно предшествовавший ледниковому периоду нашей эры (Keith). Более ранних предков человека до сих пор неизвестно. Но и этот единственный представитель людей той эпохи уже дает нам в руки примеры патологических процессов. На внутренней поверхности его левой бедренной кости имеются своеобразные, довольно обширные и неправильные экзостозы точно такого же порядка, какие известны и у современного человека. Происхождение этих экзостозов не выяснено, возможно, по мнению Williams'a, причиной их было механическое повреждение кости, оставшиеся следы которого как будто можно отметить еще и сейчас.

Примечательным является и череп палдаунского человека, другого нашего предка, жившего в самые ранние периоды ледниковой эпохи современной эры. Поражает толщина его костей. Поэтому многие исследователи полагают, что здесь имеется или акромегалия, или проявления т. наз. Page'овской болезни (osteitis deformans, osteodystrophia fibrosa).

В костях скелетов людей неандертальской расы, существовавшей в конце ледникового периода, обнаружены различные повреждения, напр. зажившие переломы лучевой и локтевой костей, хорошо сросшийся перелом ключицы и т. д. В костях людей неолитической эпохи и более поздних периодов часто находят остатки кремневых или бронзовых стрел, наконечники копий, повреждения от ударов и других ярких свидетелей драматических событий тех времен. Но до сих пор не обнаружено на этом материале несомненных изменений туберкулезного или тем более сифилитического происхождения. В отношении туберкулеза, правда, нужно отметить, что описан случай (Bartels) кифосколиоза у молодого субъекта из новокаменного века, развившегося на почве разрушения каким-то процессом тел IV и V грудных позвонков. Характер процесса сейчас установить, конечно, трудно, поэтому мнения исследователей об этом случае различны. Так же нет среди костных изменений этих эпох указаний на рахит.

В противоположность этому частой находкой в ископаемых костях людей являются своеобразные изменения, расположенные преимущественно около суставов и выражающиеся в разрастании костного вещества, или наоборот, в его атрофии, образовании эрозий на хрящевых поверхностях, зарастании полостей суставов, окостенении суставов, суставных сумок и т. д. Анатомически все эти изменения вполне сходны с подобными же поражениями костей у ископаемых животных и поэтому они были названы одним собирательным термином — arthritis deformans. Повреждения никогда не проникали глубоко в кость, захватывая лишь самые поверхностные слои костного вещества. Люди разных эпох и различных разнообразных жизненных укладов и взаимоотношений были подвержены этому заболеванию. Оно обнаружено в костях людей неандертальской расы, людей, живших в новокаменный и бронзовый века, у Египтян, жителей Нубии, в римскую эпоху, а также у индейцев Сев. Америки, у жителей Перу и Патогонии. В настоящее время это заболевание встречается, как указывает Williams, в Нубии (Египет). Наиболее часто поражение касалось остистых отростков позвонков, бедренного сустава, нередко были изменения суставов нижней челюсти, локтевой кости, большеберцовой, плечевой костей, лопатки и других. Различают атрофическую и пролиферативную или дегенеративную и гипертрофические формы. Последствием болезни нередко являлось сращение и неподвижность суставов. Изме-

нения обнаружены в костях людей разных возрастов, но имеется заметное нарастание заболевания с возрастом. Этиология болезни представляется неясной. Из имеющихся описаний сравнительно трудно составить себе мнение о том, представляя ли все эти многообразные изменения результат одного и того же заболевания *scii generis*, или же здесь мы имеем дело с поражениями костей и суставов различного происхождения. Во всяком случае по сравнению с современностью бросается в глаза частота и широкое распространение заболевания не только среди людей, но и среди некоторых животных тех эпох (пещерный медведь). Многие исследователи склонны приписывать эти изменения костей ревматизму.

Несмотря на относительную недостаточность и односторонность материала по палеопатологии человека, мы имеем все же факты, которые с несомненностью позволяют установить существование уже на заре возникновения человечества таких мероприятий в отношении больного человека, которые с полным основанием могут быть названы хирургическими. К эпохе существования неолитического человека относятся первые следы хирургического вмешательства при болезнях. Можно предполагать, что уже тогда при таких случайных болезненных процессах, как переломы костей, имелись попытки каким-то образом воздействовать на течение заживления. Среди ряда костей с повреждениями имеется преобладающее количество хорошо заживших переломов, что могло произойти только при вправлении и фиксации переломов.

Но, кроме того, к этому периоду относятся многочисленные находки черепов со следами успешно проведенных, в некоторых случаях многократных трепанаций. Такие черепа в сравнительно большом количестве были обнаружены в Зап. Европе (в теперешней Франции, Богемии), а также, что особенно интересно, в Боливии, Перу, Сев. Америке, Мексике и Центральной Америке, но в последних странах они относятся уже к значительно более поздним периодам, чем новокаменный век. Неизвестно черепов с признаками трепанации времен Египта и Греции, хотя в некоторых местах земного шара этот обычай сохранился и по сию пору (в Полинезии и будто бы, по *Moodie*, в Дагестане). В большинстве найденных трепанированных черепов края отверстий хорошо поджили, что указывает на то, что больные операции, очевидно, переживали в течение долгого времени. Имеются черепа с двумя, тремя и даже пятью хорошо поджившими трепанационными отверстиями. Если представить себе всю простоту и вероятную грубость производства таких тяжелых операций, да еще повторно несколько раз, то не знаешь, чему больше удивляться, храбрости ли и искусству операторов, или же терпению и живучести пациентов. Знаменитый *Вгоса*, чтобы выяснить способ производства таких операций, сделал трепанацию черепа 2-хмесячной собаки при помощи кремневого осколка времен палеолита. Операция потребовала 8 минут. В других случаях трепанационное отверстие получалось в результате нанесения двух пар параллельных надрезов под прямым углом друг к другу.

Что касается поводов к таким операциям, то о них можно высказать, естественно, только лишь ряд более или менее вероятных предположений. Весьма возможно, что трепанация применялась при каких-либо душевных заболеваниях, как, напр., при эпилепсии. Заболевания, связанные с сильными головными болями, как опухоли мозга, тоже могли быть причиной трепанации, если особенно принять во внимание, что у многих первобытных народов существовал, да и сейчас существует, анимистический взгляд на болезни, рассматривающий их как следствие поселения в организме злого духа и т. д. Трепанация производилась, чтобы дать выход ему из организма.

Особенно многочисленны находки трепанированных черепов в Перу и Боливии. Этот обычай там сохранился и до сих пор. Операция выполняется шаманом при помощи карманного ножа или стекла, или осколка острого камня. Наиболее частым поводом к операции бывают повреждения черепной крышки, полученные во время войн или просто во время вражды, требующие устраниения давящих на мозг костных осколков. Процент смертности после таких операций очень высок, производятся они нередко или под обильным наркозом, вызванным приемом своеобразного дурманящего алкогольного напитка, или же с применением местного обезболивающего средства в виде *foliae cocae*.

Из других операций тех давних времен известны нам своеобразные повреждения крышки черепа в виде буквы Т (сиципитальное Т, *Malouvier*), которые производились, очевидно, по способу какой-то примитивной kautеризации. Ни причин, ни целей нанесения этих повреждений точно неизвестно. Операция приме-



ялась у женщин, была распространена как в Европе, так и Южной Америке. Еще есть указания на существование обычая среди пещерных обитателей древней Европы и некоторых других стран производить ампутацию пальцев рук.

Все это, хотя и многочисленные, но в общем разрозненные материалы, имеющие к тому же односторонний характер, так как дело идет исключительно о костной патологии. Поэтому они недостаточны, чтобы нарисовать какую-либо связную картину патологии ископаемого доисторического человека. Другое дело мы имеем в отношении патологии народов Египта, Южной Америки и некоторых других рас, непосредственных предшественников современного человечества. В отношении всех их собран богатый материал, дающий возможность достаточно подробно представить себе их патологию. Этому способствуют два обстоятельства: во-первых, сравнительная недавность существования этих народов, измеряемая несколькими тысячами лет в противоположность десяткам тысяч лет, отделяющим нас от ископаемого доисторического человека. Этим отчасти объясняется то, что огромное количество тел обитателей древнего Египта и Южной Америки при случайно благоприятных внешних обстоятельствах сравнительно хорошо сохранилось до нашего времени. Во-вторых, как в Египте, так и в некоторых странах Южной Америки, издревле существовал распространенный обычай подвергать бальзамированию тела умерших. Набальзамированные тела или, как мы их привыкли называть, мумии, открыты и исследованы в настоящее время в огромном количестве. Во многих случаях они подвергнуты были всестороннему патологическому (гист. патолого-анатомическому) исследованию с применением гистологических, микро-химических, рентгенологических, бактериоскопических, иммунологических и других методов. Сохранность мумий оказалась таковой, что удалось, напр., при микроскопическом исследовании отождествить большинство тканей, хотя клеточные ядра, как правило, уже потеряли способность воспринимать окраску, но попорочная исчерченность мышц, остатки осевых цилиндров, мякотные оболочки и другие тканевые элементы достаточно хорошо выступают на срезах. Химическими исследованиями удалось установить мочевую кислоту в подагрических узлах у мумий из Египта, соли извести в стенках сосудов, состав желчных и почечных камней. Более того, Степун и Уткина-Лубовцева, пользуясь специально разработанным ими методом характеристики деятельности ферментов, установили сохранение клеточных ферментов у мумий 3000-летней давности и у мамонтов от 30 до 100 тысяч лет давности.

Несколько разноречивы получились данные иммунологических исследований. Uhlenuth в 1910 г. показал, что экстракты из сухой крови и тканей Египетских мумий дают иммунологические реакции с антисывороткой для современной человеческой крови и сенсбилизируют животных к человеческим белкам. Несколько позже Uhlenuth и Weidauz не смогли получить положительной реакции преципитации с 27 египетскими и перувианскими мумиями и только в 2-х случаях из 16 им удалось получить слабую анафилактическую реакцию. Lathgor тоже не имел положительных результатов с белками из двух перувианских мумий. Meyer получил положительную преципитивную реакцию от двух египетских мумий 2 400-летней давности. Как известно, Friedenthal смог показать родство сибирского мамонта и современного слона при помощи реакции преципитации с белками из тканей мамонтов, сохранившихся во льдах более 25 тысяч лет. Совершенно очевидно, что положительные реакции иммунитета с такими тканями указывают на возможность крайне длительного сохранения белков со всеми их специфическими свойствами. Но, пожалуй, удивляться тому, что во многих случаях получают отрицательные реакции иммунитета с тканями мумий, если иметь в виду, что тела при бальзамировании подвергались определенным химическим воздействиям, которые в некоторых случаях могли изменить характер белков.

Таким образом, мы имеем в своем распоряжении большой и сравнительно разработанный палеопатологический материал из Египта, Перу и других стран. Большое количество патологических процессов и многие из болезней, известных теперь, были, очевидно, обычными в те времена. Для современного человека, особенно белой расы, мало свойствен как будто только один патологический костный процесс, имевший когда-то значительное распространение в Перу, Египте и некоторых других странах. Дело идет о заболевании костей черепа, получившем у исследователей название *osteoporosis cranii symmetrica*. Поражались почти исключительно кости черепа, особенно лобная и теменная кости, нередко затылочная,



сравнительно редко височная и основная и очень редко кости лица. В одном случае Williams обнаружил одновременное поражение костей черепа, тел позвонков и наружной поверхности трубчатых костей. Процессом поражается преимущественно наружная поверхность костей, принимающая мелко-дырчатый, ячеистый вид вследствие образования многочисленных мелких пор (рис. 3), вдающихся в толщу кости. Вид таких костей сравнивается с видом пензы или губки. За этот характерный вид измеренных костей процесс называется еще *cribra cranii*. Характерна симметричность расположения пораженных участков на обеих сторонах от средней линии черепа. Поражение в некоторых случаях захватывало обширные части, в других же распространялось только на ограниченные, но обязательно симметрично расположенные костные участки. Наиболее часто и типично процесс развивался в детском возрасте, далее с возрастом частота поражений уменьшалась, а имевшиеся изменения костей подвергались заживлению. При микроскопическом исследовании можно установить, что существующие костные перекладины истончались и постепенно исчезали, костно-мозговые пространства расширялись, но одновременно шел, очевидно, и процесс новообразования кости, что особенно хорошо заметно на рентгенограммах таких костей. По своему характеру остеопороз костей сходен с рахитическими поражениями костей черепа в детском возрасте и изменениями их при детских анемиях, но имеет и свои особенности. Причины этого заболевания в общем остаются невыясненными. Более или менее вероятно предположения, что здесь дело идет о своеобразном процессе расстройств питания растущих костей под влиянием различного рода неблагоприятных факторов внешнего и внутреннего происхождения (интоксикация, эндокринные расстройства, расстройства кальциевого обмена, недостаток витаминов и т. д.).

Для представления о том, какие патологические процессы обнаружены при исследовании мумий, перечислим главные из них, отметив опять, что костные поражения более сохранились, чем заболевания мягких частей.

Сердечно-сосудистая система—артериосклероз обнаружен в разных возрастах, полное сходство с существующими теперь формами. Органы кровотока—несколько увеличенных селезенки, возможно в связи с малярией. Органы дыхания—казеозные узелки неопределенного происхождения у одного ребенка в легком, плевроальные сращения, антракоз, один случай силикоза, несколько случаев пневмоний, в одном из них в большом легком обнаружены многочисленные, напоминающие чумные палочки. Полость рта—заячья губа, зубной кариес—находки последнего очень редки в самый ранний (преддинастический) период Египта; кариес сильно распространился в более поздние периоды, резкое преобладание его у богатых классов и относительная редкость в бедных классах. Альвеолярные абсцессы, зубной камень, рак носоглоточной области. Желудочно-кишечный тракт—аппендицит, выпадение прямой кишки. Мочеполовые органы—абсцессы почек, камни почек, мочевого пузыря, пузырно-влагалищная фистула, образовавшаяся при родах вследствие узкого таза, выпадение влагалища. Мозг—водянка мозга, последствия полиомиелита. Костная система—мастоидит, туберкулезный кариес позвонков с последующим горбом, остеосаркома, описанный выше остеопороз, переломы, *arthritis deformans*, *spondylitis deformans*. Нет бесспорных случаев сифилиса и рахита. Часты находки переломов костей, для лечения которых употреблялись шпиль.

Из других болезней—подагра, следы оспы на кожных покровах. Известен случай *distrophia adiposo-genitalis*. И, наконец, Ruffe r, в 1910 г. обнаружил в двух мумиях яйца *schistosoma (bilharzia)* в почках. Эта болезнь и сейчас сильно распространена в Египте. Ruffe r'у же принадлежит находка яиц вшей на волосах одной мумии.

Многочисленный, хотя меньшей давности материал собран по патологии народов древнего Перу.

Таким образом, палеопатология, представляя собою ветвь патологии, раскрывает перед нами историю распространения болезненных процессов и характер их среди живого мира в самые отдаленные эпохи существования жизни на земле. В этом и заключается ее ценность, так как мы получаем в свои руки материалы для исторической патологии, имеющей безусловную ценность для развития наших общих представлений о патологических процессах и отчасти болезнях, особенно инфекционных. Следовательно, палеопатологические исследования имеют прежде всего методологическое значение. Далее, нельзя не отметить ценности их хотя бы в отношении таких болезней как туберкулез, сифилис и некоторых дру-

гих инфекционных заболеваний, так как палеопатология, вероятно, сможет дать в дальнейшем ценные указания относительно их возникновения и развития.

В заключение я позволю себе отметить, что собранный в музеях нашего Союза огромный и ценнейший палеонтологический материал, насколько мне известно, до сих пор не был подвергнут специальному палеопатологическому исследованию. Проведение такой работы, безусловно, будет иметь значение с точки зрения отмеченных выше положений.

*Библиография:* Moodie. „The Antiquity of Disease“. 1923.—Williams, H. „Human Paleopathology“. Arch. of Path., V. 7, № 5. 1929.—Ruffer, M. „Studies in the Paleopathology of Egypt“. 1921.—Palès, Z. „Paléopathologie et Pathologie comparative“ 1931 г. Paris.—Sack, A. „Altägyptische Mumificand im Lichte der Pathologie“. Münch. Med. Wochenschr., № 9. 1927.

Из Глазной клиники Института для усоверш. врачей в Казани (Директор проф. В. Е. Адамюк).

## О весеннем катарре.

Ассист. А. А. Щегловой.

Случаи весеннего катарра часто ошибочно трактуются и лечатся как трахома, почему мы и считаем небезинтересным сообщить о наблюдавшемся нами случае и кратко осветить современное состояние вопроса о весеннем катарре.

Б. Р., учащийся, 14 лет, татарин, обратился в клинику с жалобами на то, что у него два года тому назад заболели глаза, причем состояние их ухудшается весной. Больной отмечает светобоязнь, слезотечение, жжение. Он лечился в Чистополе, но улучшения не замечал, поэтому приехал в Казань.

Общее состояние его удовлетворительно. Кожные покровы бледны. Лимфатические железы несколько увеличены. Небольшая светобоязнь и слезотечение. Веки нормальные. Конъюнктивга нижних век несколько гиперемирована; при выворачивании верхних век видны на мало измененной конъюнктиве хряща плоские, плотные, возвышающиеся над поверхностью сосочки, доходящие только до края хряща, не переходящие на верхнюю переходную складку, которая только гиперемирована и слегка отечна; ви зерен, ви сосочков на ней нет. Конъюнктивга хряща имеет вид булыжной мостовой, цвет ее молочно-голубоватый. Конъюнктивга глазных ябллок отклонений от нормы не представляет. Отделяемого нет. При соскобе конъюнктивга хряща и при выворачивании ничего не выдавливается и конъюнктивга не кровоточит. В остальном глаза без изменения. Родные его здровы.

Больной был принят в стационарное отделение. Из исследований, которые удалось сделать, это—ринологическое, рентгеновский снимок, посев и эксцизию конъюнктивга хряща. Ринологи нашли у больного слизистую носа в атрофирующей стадии, близкой к атрофии. Больной, отказавшись от всех дальнейших исследований, уехал почти в том же состоянии, что и приехал.

Характерный вид конъюнктивга хряща верхних век обоих глаз, ее бледно-голубой цвет, вид булыжной мостовой, изменения, не переходящие за край хряща, неизменная конъюнктивга переходных складок верхних век и конъюнктивга нижних, плотные, не кровоточащие и не выдавливающиеся возвышения, обострения весной позволили нам постановить диагноз весеннего катарра, его тарсальной формы.

Как часто он встречается? По русским данным: в Москве проф. Крюков на 100000 больных видел 3 случая, в б. Петербургской глазной лечебнице на 191000 за 10 лет— 1 случай, по Кубли и 2 случая на 20690 ч., в Брест-Литовске Казас за 4 года видел 6 случаев и собрал в русской литературе 110 случаев до 1906 года, Оречкин 150 до 1910 г., который, кроме собр. Казасом, насчитал ряд спорадических случаев, причем большинство на юге России; в Киевской глазной клинике на 38763 больных отмечено 16 случаев. Неесе на 21500—5 слу-

чаев, в Харькове за 3 года на 28402 б.—25 случаев, до 0,05%, в Херсоне по Оречкину 0,10%, в горах Карачая проф. Очаповский нашел 8 случаев, а в Одессе даже 80 случаев, отмеченных разными авторами (Вальтер, Рабинович, Диканская) без отношения к общему числу больных. В других странах: в Болгарии за 7 лет Pascheff собрал 93 случая, в Турции Grantas—92 на 12500 (0,73%), в Тунисе по Guénod 0,70%, в Италии до 1%; в Бонне Saemisch—0,10%, в Бреславле до 0,30%, в Берлине—проф. Hirschberg на 7000 больных видел 1 случай, да и тот возбуждал сомнения. В Казанской универс. клинике мне удалось насчитать за 4 года на 24483 больн.—2 случая, при чем один сомнительный (меньше 0,01%) и за последние годы—2 случая. В Глазг. клинике института для усовершенствования врачей за 5 лет на 25392 чел.—1 случай и наш второй.

В Киеве за 5 лет мы видели 5 случаев (около 0,05), одного из них я наблюдала в течение некоторого времени; мужчина 22 лет, техник, страдавший в течение 6 лет лимбальной формой весеннего катарра, обострявшегося каждую весну.

Почти все авторы указывают на зависимость заболевания от времени года, некоторые же наблюдали болезнь и независимо от времени года. В первые годы болезнь достигает наивысшего напряжения, потом постепенно ослабевают как субъективные, так и объективные явления. Заболевание тянется 4—6 лет, редко меньше, часто дольше (даже до 20 лет), но проходит не оставляя следа.

По статистике большинство заболеваний наблюдается у мужчин (Axenfeld, Dubineau и др.), у Grantas'a из 92 чел.—82 мужчины, у Рабиновича из 70—56 мужчин, у Диканской из 14—12 мужчин, у проф. Очаповского из 8—7 мальчиков, у Казаса все 6, у Оречкина все 4 мужчины. По моим наблюдениям в Киеве из 5—4 мужчины. Заболевание обычно двустороннее, но отмечены и односторонние случаи (Ерусаличик, Томкевич). Субъективные признаки: зуд, слезобоязнь, слезотечение. Зуду, напр., Chailloux придает первенствующее значение, хотя бывали случаи, когда зуд бывал незначителен. Объективные данные: цвет соединительной оболочки блеклый, бледно-голубой. Мостовидные разращения преимущественно располагаются на конъюнктиве верхнего века, никогда не переходя границы хряща. Конъюнктива нижнего века или совсем, или незначительно изменена. Разращения на лимбе имеют бледный, желатинообразный вид, характер и величина различны.

Chibret считает весенний катар смагченной формой трахомы. Axenfeld, Guénod, Meyerhof и др. находят, что могут быть смешанные формы весеннего катарра и трахомы, причем Meyerhof отмечает особенное упорство этой формы болезни, роговичные осложнения при ней и трудность лечения.

Этиология весеннего катарра не выяснена. Одни авторы считают причиной его солнечный свет *in toto* (Schieck, Pascheff); другие—тепловые лучи (Fromaget, Grantas), третьи—химич. действие ультра-фиолетовых лучей (Kreibach и др.). Некоторые авторы считают болезнь бактериального происхождения (Sulzer, Parisotti), хотя ничего определенного бактериоскопически не найдено. Parisotti и Fortunati находили blastomycetes, Erdmann образования, похожие на трахомные тельца. Pascheff нашел особые бактерии, образующие маленькие колонии. Axenfeld не высказывается ни за, ни против бактериального происхождения. Многие авторы думают, что существует предрасположение к этой болезни, так как весенний катар наблюдается у лиц бледных, плохо упитанных, с увеличенными лимфатическими железами (Graefe, Horner, Wetsch и Michel и др.). Schleich находил у больных лимфадитоз и уменьшение количества гемоглобина, поэтому развитие болезни ставит в зависимость от расстройств питания, Axenfeld, исследуя кровь больных, находил ее зимой нормальной, весной количество лимфоцитов было увеличено. Angelucci находил у своих больных изменение сосудистой системы, ваготонию, Terzon—артритизм. David—рахит, Connetoux заболевание носа и, называя болезнь „cons nasalis“; Arthur Brinton ставит ее в связь с хроническим ринитом и гипертрофией миндалин и предлагает называть его „cons tonsillaus“. Oreste—с сифилисом, Pascheff—с золотухой, Sourdille, Lapessonne считают, что туберкулез играет ту роль, что всякий конъюнктив, в особенности фликтенулезный, может принять форму весеннего катарра.

Предсказание благоприятное, если не считать продолжительности болезни. По окончании заболевания конъюнктива приходит к норме, хотя Крюков и Saemisch видели и рубцы.

Ахенфельд, Weissmann обратили внимание на присутствие зоинофилов в конъюнктивальном секрете при весеннем катарре, как признак, имеющий большое значение для диагностики: выраженная зоинофилия говорит за весенний катарр и против трахомы, хотя и при трахоме некоторые находили зоинофилы. Migashita отметил, что при конъюнктивах бактериопозитивных заметно увеличение полинуклеаров, при инфекционных бактерионегативных—лимфоцитов, при раздражении растительными веществами—зоинофилов. Он же отметил, что при трахоме, *conjunctivae follicularis*, *Entschlussesblennorrhoe* появляются большие мононуклеары и переходные формы; при конъюнктивитах, вызванных ультра-фиолетовыми лучами, весеннем катарре—зоинофилы (Ogushi, Msyima). Другие не находили зоинофилов в секрете, но отмечали их в крови (Herbert, Schmidt-Rimpler). Ахенфельд считает, что в крови они бывают редко, и большинство авторов считают зоинофилию чисто местной.

Патолого-гистологическая картина по описаниям разных авторов (Ржаницина, Reymond'a, Ахенфельд'a, Horner'a, Uthhoff'a, Чистякова, Hoffmann'a и др.): гипертрофия и гиперплазия эпителия конъюнктивы и ее стромы, эпителий утолщен, доходя до огромных размеров, прорастает вглубь стромы в виде тяжей; на вершине сосочков он тонок, одноядерный; клетки слизистой перерождены, строма инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками. Соединительная ткань разрушена, гиалинизирована. Подконъюнктивальная ткань подвержена склерозированию. Пр. Schiesk находил разрастание эластических волокон подконъюнктивальной ткани, и окраска на эластические волокна, по его мнению, является дифференциально диагностическим признаком для отличия от трахомы. Goldzicher находил в субэпителиальном слое эластические волокна, но не приписывает им особого значения. При весеннем катарре эластические волокна находили многие авторы. Ржаницин, Reiss находили изменения сосудов, Чистяков—нет.

Ахенфельд считает, что в основе процесса лежит изменение соединительной ткани конъюнктивы, потом разрастание эпителия. В регрессивной стадии разрастание эпителия уменьшается, в строме появляется большое количество плазматических клеток, а соединительная ткань частично гиалиново перерождается. В процессе принимают участие все элементы конъюнктивы. Ахенфельд рассматривает процесс, как хроническое воспаление конъюнктивы, на что указывает нахождение плазматических клеток.

В общем, в описании пат.-гистологической картины все авторы сходятся, но о месте первичной локализации процесса мнения расходятся. Большинство авторов (Ахенфельд, Schiesk, Terson, Ржаницин и др.) находят, что первичные изменения происходят в строме соединительной оболочки, эпителий же вытягивается вторично, другие: Naab, Uthhoff и др. считают, что первично—размножения эпителия, и как сопутствующее явление—изменения стромы.

Ржаницин объясняет эти разногласия тем, что исследования производились в различных стадиях болезни, одни в период затишья, другие обострения, и кусочки для исследования берут с разных мест конъюнктивы.

Hoffmann приходит к выводу, что в неясных клинических случаях трудно ожидать выяснения и от патол.-гистологического исследования.

Dinulescu и Nestianu на основании 11 исследований считают, что и в случаях весеннего катарра при микроскопическом исследовании имеется диффузная лимфоцитарная инфильтрация конъюнктивы без склонности к образованию фолликулов, что является дифференциально-диагностическим признаком, говорящим против трахомы. Коерре при наблюдении лимбальной формы весен. катарра в щелевую лампу наблюдал вращение в роговицу новых сосудов или в виде эпителиальных тяжей, или наполненных кровью с утолщением стенок и считает, что первичным является заболевание сосудов, их разрастание и утолщение стенок. Изменения эпителия, по его мнению, вторичны.

Для лечения весеннего катарра применяют  $\text{zinci sulf. } \frac{1}{3}\%$  +  $\text{cocaini pur. } 1\%$  +  $\text{adrenalini } 1:1000$ , против зуда слабый раствор уксусной кислоты (Ac. acet. glac. gtt. I, aq. dest. 15,0). Применяют  $\text{argent. nitr. } \frac{1}{4}\%$ , всякие мази и желтую мазь без особого успеха. Применяли холод и тепло, общее лечение—железо, мышьяк, гидро и климатотерапию, рентген, массаж. Goldzicher—гальванокаустик, Gallemaerts—электролиз, Chevallereau—прижигание, Topischeff—молочную кислоту. Защитные очки с желтыми, красными и др. стеклами вплоть до черной повязки. Серно-кислый хинин, как вещество, поглощающее

ультра-фиолетовые лучи. Проф. Шимановский, др. Томкевич применяли способ Kreibich-Dimera -дающей повязки или черной бумажкой по Wolfbergу с хорошим результатом. Предлагали комбинированную эксцизию хряща, хорошие результаты которой отмечает Hoffmann. Хороший успех видели от лечения радием Dariek, Soria Escudero, Robinson, лечивший 24 случая весеннего катарра радием, Scot, Franklin, Riggins, Quick и др.

Остановлюсь на более новых взглядах на весенний катарр и способы его лечения. Louis Lehrfeld отмечает сходство между симптомами весеннего катарра и некоторыми болезнями: сенной лихорадкой, крапивницей, некоторыми видами экземы, erythema multiforme, некоторыми пищевыми идиосинক্রазиями. Общими признаками являются: сильный зуд, вазомоторные расстройства, лимфодитоз, эозинофилия, периодичность приступов, преимущественная поражаемость детского и молодого возраста, гиперплазия пораженных тканей с круглоклеточной инфильтрацией их, поэтому он рассматривает весенний катарр как аллергическую реакцию глаза по отношению к протеинам. В своих 5 случаях он исследовал кожную реакцию (вроде Pirquet) на плоды и растительные вещества, встречающиеся весной (земляника, бобы, горох, томаты, различные травы) и на продукты животного происхождения (волосы кошки, собаки), и получил положительные результаты на эту реакцию и благотворное влияние прививок на процесс в глазу (правда, временный). Весенний катарр он называет urticaria ophthalmica или allergie conjunctivitis.

K r i s k m a n n считает, что весенний катарр представляет аллергическую реакцию на раздражение, по большей частью льяло. Lemoine, как и другие авторы, считает весенний катарр, как и фликтены, анафилактическим проявлением при нарушении внутренней секреции и видел хороший эффект от органо-терапии в комбинации с Са. Addario la Ferla ставит в заслугу Angelucci то, что он отметил частоту ваготоников среди больных весенним катарром; он рассматривает недостаточность вазоконстрикторов, как следствие расстройства симпатической системы. Возможно, что ваготония является следствием эндогенной интоксикации (продукты распада белков). Он отмечает у больных явление гиперфункции надпочечников и другие расстройства желез внутренней секреции. Он видит причину анафилаксии в нарушении вагосимпатического равновесия, а глазные изменения считает аллергией; лечение предлагает причинное: адреналин, который повышает ваготонус или Surgenosi serono —глицериновую вытяжку надпочечников (детям 3—5 капель после еды, взрослым—15), аутосеротерапию. Он наблюдал 5 случаев с хорошим результатом.

Tessier тоже предлагает лечение адреналином. Он приводит 18 случаев, леченных субконъюнктивальными инъекциями адреналина, начиная с 0,2 до 0,8, курс 10—14 раствора 1:1000, через день, попеременно, то в один, то в другой глаз. Благотворное его действие он объясняет сосудосуживающим действием препарата. Он рекомендует как субконъюнктивальные, так и ретробульбарные инъекции несколькокими небольшими дозами адреналина, а не однократные большие дозы, не дающие стойкого излечения.

W o o d видел хорошие результаты при лечении весеннего катарра Са (10 кб. афенила—внутривенно 3 р. в неделю), так как он наблюдал при весеннем катарре недостаток Са в крови. Лучше Са комбинировать с вытяжкой из околотитовидной железы.

Наш больной получал zinci sulf. 1/2 0/0 + сос. м. 1 0/0 + adren. и примочки слабой уксусной кислоты. К сожалению, других способов лечения не удалось провести, так как больной не хотел лечиться и уехал.

Нам удалось сделать мазок и посев из кон. отделяемого, но ничего патологического не найдено. В соскобе с конъюнктивального хряща верхн. века и переходной складки при окраске по Giemsa найдены в небольшом количестве эозинофилы; тельца П р о в а ч е к а не найдены. Сделана была эксцизия конъюнктивы с небольшим кусочком хряща; вырезанный кусочек был залит в парафин, сделаны срезы и окрашены по Van-Gieson'y, Haemat. + eosin., на эластические волокна по U p n a - T a e n z e r 'y, и на плазматические клетки по U p n a - P a r r e n h e i m 'y. Патолого-гистологическая картина получилась следующая: в конъюнктиве видно много сосочков, эпителий над ним сильно истончен, доходя до одного слоя; в промежутках между сосочками сильно утолщается и состоит из многих слоев клеток, которые целыми тяжами направляются в подлежащую ткань, образуя в ней



гнездные скопления. Под эпителием сильное развитие соединительной ткани, которая местами гиалиново перерождена. Имеются сосуды, вокруг которых наблюдается скопление клеток. В сосочках, в претарсальной соединительной ткани и вокруг сосудов сильно выраженная клеточная инфильтрация, среди которой много плазматических клеток. Эластических волокон немного. Около сосудов встречаются эозинофилы. В хряще отмечается около мейбомиевых телец небольшое скопление плазматических клеток. Патол.-гистологическая картина в нашем случае говорит за весенний катарр. Мы считаем наш случай весенним катарром как по клинической картине, так и по пат.-гистологической.

Диагностика весеннего катарра не всегда легка, и в литературе отмечен целый ряд случаев, демонстрированных в обществах как весенний катарр, которые большинство считали сомнительными. Многие авторы отмечают, что весенний катарр, его тарсальную форму, часто смешивают с трахомой.

*Литература.* 1) Натансон. В. Офт. 1900 г. и Ежедн. практ. медиц. № 47, 1899.—2) Ишрейт. В. Офт. 1903 г.—3) Ржаницын. В. Офт. 1905 г.—4) Он же. В. Офт. 1907 г.—5) В. Офт. 1905 г. Одесск. Офт. Общ.—6) Шимановский—В. Офт. 1917 г., Лурье, Бурцев, Дамский—там же.—7) Чистяков. В. Офт. 1909 г.—8) Оречкин. В. Офт. 1910 г.—9) Хорцев. В. Офт. 1911 г.—10) Axenfeld. Реф. В. Офт. 1908 г. Отч. XXIV с. фр. Оф. Общ.—11) Prof. Ch. Ogushi und Dr. Kyozo Magima. Graef. Arch. f. O. 1922.—12) Lorigus Lehrfeld. Реф. в Арх. Офт. Т. II, ч. 3, 26 г.—13) Addario la Ferla. Там же.—14) Tessier. Там же.—15) Wood. РОЖ, Т. IX, № 1, 29 г.—16) Ерусалимчик. Арх. Офт. Т. IV, ч. III—27 г.—17) Котляревская. Арх. Офт., Т. V, ч. I—27 г.—18) Hoffmann. Kl. M. f. A. Bd. 64, 287.—19) Krückmann. РОИЖ. 1930 г. 1, XII, № 4.—20) Томкевич. РОИЖ 26 г.—21) Lemoine. Centralbl. f. O. Bd. 22, H. 10, 1929.—22) Soria Escudero, Mariano. Ibid.—23) Tonfscheff. Ibid. Bd. 22, H. 8.—24) Robinson G. Allen. Ibid. Bd. 22, H. 1/2.—25) Dinulescu und Nestianu. Ibid. Bd. 22, H. 11.—26) Очаповский. РОНС, 1923 г.—27) Коерпе. Реф. в РОСЖ'е, 1923 г.—28) Oreste. Ann. d'ocul. 1930.

## Любекский процесс и его уроки.

**М. А. Нимцовицкой.**

В мае 1930 года в газетах и журналах появились краткие сообщения о Любекской катастрофе—массовой смерти детей после прививки по методу Calmett'a (кормлением BCG). 1½ года длилось следствие, 11-го октября 1931 года началось слушание дела: на скамье подсудимых проф. Deyscke, Dr. Alstaedt, проф. Klotz и лабораторная сестра Schütze, обвиняющиеся <sup>1)</sup> в преступной небрежности, повлекшей за собой смерть и телесные повреждения.

Около четырех месяцев длился процесс и только 6 февраля 1932 года был вынесен приговор. Deyscke приговорен к двум годам тюремного заключения, Alstaedt к 1 г. 3 м., проф. Klotz и лаборантка Schütze от наказания освобождены. В виду большого интереса, который Любекский процесс представляет не только для Германии, но и для врачей и трудящихся СССР, мы считаем необходимым поделиться впечатлениями о процессе на основании докладов экспертов в берлинском медицинском о-ве и в союзе социалистических врачей, личной беседы с одним из экспертов и литературного и газетного материала.

В 1927 г. в Германии, как и в ряде других стран, обсуждался вопрос о введении прививок по Calmett'y. В заседании Reichsgesundheitsrat всеобщее введение прививок было отклонено большинством голосов. Некоторые исследователи рекомендовали их проводить у детей туберкулезных родителей, правда очень осторожно, выжидая результатов дальнейших экспериментальных исследований. Большинство ученых высказалось за то, что для того, чтобы рекомендовать при-

<sup>1)</sup> wegen Vergehens der fahrlässigen Tötung in Tateinheit mit fahrlässiger Körperverletzung.



живки BCG, должно быть доказано „neben der Unschädlichkeit des Mittels auch die Wirksamkeit“ (кроме безвредности этого средства и его действительность).

Но вот относительно последнего, т. е. действия, мнения долго расходились. Что же касается безвредности BCG, то это считалось настолько безусловным, что в октябре 1928 г. на заседании комиссии Гигиенического комитета при Лиге наций в присутствии многих выдающихся бактериологов была принята резолюция „что экспериментальные исследования доказали безвредность BCG как прививочного материала; результаты же, найденные Nobel'em и Petroff'ym, которые считали возможным усиление вирулентности BCG недостаточными доказанными“. Все же комиссия высказалась за дальнейшие экспериментальные исследования в этом направлении.

В конце 1929 года и начале 1930 года на основании работ, вышедших в Германии и опыта Франции, в отдельных местах (Breslau, Eifel, Berlin-Neukölln) врачи диспансера стали проводить прививки по Calmett'у в небольшом объеме. Детям туберкулезных родителей, пользуясь прививочным материалом из Пастеровского института в Париже или из Берлинского института им. Коха.

Как же случилось, что в начале 1930 года в Любеке официально, по инициативе Любекского отдела здравоохранения, Gesundheitsamt, были введены для *всех* новорожденных прививки по Calmett'у?

История вопроса такова: в мае 1929 г. бывший председатель органа социального страхования Любека (Landesversicherungsamt) Bielefeldt, вернувшийся из Франции, поделился с Alstaedt'ом, занимающим в Любеке пост Physikus'a (Physikus—врач, ведающий организацией здравоохранения) о своем посещении Calmett'a в Париже. Bielefeldt (не врач) восторженно отзывался о его работах, посоветовал ввести прививки в Любеке и обещал быть посредником между Alstaedt'ом и Calmett'ом. Calmette, по их просьбе, прислал литературу и в июле культуру. В октябре Alstaedt договорился с председателем Landesgesundheitsamt сенатором Mehrlein, который согласился на введение прививок по методу Calmett'a для всех новорожденных г. Любека, если Gesundheitsrat и врачи согласятся на это, и при условии, что вопрос будет разъяснен населению и освещен в прессе.

Совет здравоохранения заседал 8/XI; после доклада Alstaedt'a, высказываний проф. Deyske, окружного детского врача проф. Klotz и Jannasch'a, руководителя туберкулезного диспансера, проведение этого дела было поручено комиссии из вышеозначенных лиц.

Комиссия решила слово „прививка“ („Impfung“) не употреблять, ибо под этим, мол, подразумевается введение через кожу, и поэтому многим родителям будет нежелательно, а именовать это „Schutzfütterung“ („защитное кормление“). Таким образом вопрос и был освещен в прессе, в газетной статье слово прививка совершенно не фигурировало.

17/XII по настоянию Alstaedt'a<sup>1)</sup> Deyske выразил согласие изготовить прививочный материал у себя в лаборатории при больнице (Allgemeines Krankenhaus).

Только в январе 1930 г. было созвано собрание Общества врачей Любека, но вместо 100 ч. явилось только 35. Вопрос о прививках стоял в числе других на повестке дня (было еще 3—4 вопроса). Прения по докладу Jannasch'a были вялые, один из присутствовавших д-р Rissom выступил против, высказав несколько практических замечаний.

Фактически условия председателя отдела здравоохранения (не врача) не были выполнены—вопрос был неправильно освещен в прессе и недостаточно провентилирован на собраниях врачей.

В начале февраля были созданы диспансерные сестры и акушерки, которым была разъяснена сущность прививок и техника их проведения. Кормление BCG должны были проводить акушерки, за каждого ребенка они получали по 1 марке, чтобы этим, конечно, стимулировать акушерок и добиться максимального охвата детей для прививок (деньги шли в кассу взаимопомощи акушерок).

Введение прививки для всех новорожденных последовало 24/II 1930 г., под именем „Schutzfütterung“, после того как были привиты трое новорожденных из туберкулезных семей. Первая прививка была сделана в декабре 1929

<sup>1)</sup> Необходимо напомнить, что Alstaedt, тоже бактериолог, является учеником Deyske.

года ребенку Griese в Любекской общей больнице. Ребенок захворал тотчас после кормления. Наблюдавшие врачи и Deуске высказались за конгенитальный туберкулез, несмотря на редкость его; но они были так убеждены в безвредности BCG, что никому, мол, и в голову не пришло, что это последствие прививки.

В начале января был привит второй ребенок, который вскоре погиб вследствие предпринятой, по другой причине, операции. Третий случай предварительной прививки—Solchert—имел место в середине февраля. С 24-го февраля по 26 апреля было привито 252 новорожденных. С родителей брались расписки, что они согласны с защитным кормлением ребенка. Уже в конце марта появились разговоры среди акушеров, сестер и санитарок, что дети после прививок выглядят усталыми, плохо пьют и у них часто наблюдаются явления метеоризма и желтуха. На это врачи не обращали внимания и относили за счет реакции. В середине апреля дети стали поступать в больницу пачками. Слух об этом проник в круг врачей<sup>1)</sup>, последние, однако, не высказывали своего мнения вследствие неясных симптомов, и в детском отделении Klotz не мог распознать болезнь и прийти к точному диагнозу.

Тут произошла какая-то странная история. Сиделки, сестры, акушерки, весь „младший персонал“ сразу определили возможную связь с прививками, а высоко-квалифицированные специалисты не могли ее распознать. Когда одна из санитарок осмелилась указать на это—(это было 16—17 апреля), то ей сказали „Держите язык за зубами, а то вылетите“). Из врачебного персонала первый на это обратил внимание студент-практикант, которого эксперт от родителей д-р Schminke тоже отнес к „малым сим“.

Но события шли своим чередом, умерло еще трое детей от туберкулеза. 20/IV умер ребенок Nounert; тут смерть объяснили туберкулезной средой (Milieu)—это было еще возможно, ибо у него нашли туберкулез дыхательных путей. 22/IV на вскрытии ребенка Reimers тоже говорилось об этом, хотя тут был туберкулез кишечника и не было туберкулезного окружения. Только 26/IV на вскрытии ребенка Schwarz Deуске признал, что вопрос идет о смерти вследствие Fütterungs-Tuberkulose. Так как это будто бы были все дети, прививаемые материалом от 20/II, то Deуске велел уничтожить этот штамм. Сообшил Alstaedt<sup>2)</sup>, этот даже не счит нужным приехать расследовать дело на месте, выданный в город прививочный материал не затребовал обратно и после 26/IV еще производилось защитное кормление детей против туберкулеза, т. е. продолжали заражать детей туберкулезом. Так как они еще не знали размеров катастрофы, то только 5-го мая Alstaedt об этом заявил председателю Gesundheitsamt. 13-го мая был созван Gesundheitsrat, где постановили: прививки прекратить, произвести обследование, известить прокуратуру. *заботиться о заболевших детях.* До этого момента о детях никто не заботился и не следил за ними после прививок; достаточным доказательством того, что никакого контроля за здоровьем детей не велось, является постановление комиссии, что предполагаемый срок обследования ребенка через 6 месяцев после кормления,

Следствие дало ужасные результаты. Из 252 новорожденных—76 умерло, из них 68—безусловно от Fütterungs-tbc, 131 ребенок в результате прививок больны. Больные дети, даже средней тяжести, давали в 1931 г. еще выраженное увеличение шейных желез, большую опухоль селезенки, ясные очаги в легких, резистентность или опухоли в брюшной полости. Легко заболевшие дети—увеличение желез и селезенки, туберкулез среднего уха, заболевание желез и т. д.

Данные вскрытий (проф. Schünmann) показали, что почти во всех случаях обнаружен туберкулез кишечника, особенно часто туберкулезный перитонит с его последствиями, сращениями и сужениями; генерализация tbc и менингит вели к смерти. Входными воротами была глотка, миндалины, слизистая желудка, среднее ухо (некоторые акушерки при кормлении закрывали ребятам нос)<sup>2)</sup>.

В общем Любекское несчастье, по словам Kollе, это эксперимент „größten Stils“ к доказательству заражения бактериями Коха через рот.

Слово „Schutzfütterung“ многие родители, по заявлению одного из экспертов, понимали как кормление каким-то питательным веществом, укрепляющим

<sup>1)</sup> Die aber waren mit ihrer Meinung zurückhaltend, angechts der wechselnden und ungewissen Symptome“ (Hahn).

<sup>2)</sup> Детей кормили BCG не только акушерки и сестры, но и родители, родственники.

здоровье новорожденного. Вместо укрепляющего дети при каждом кормлении получали около 400.000.000 туберкулезных бактерий.

Жертвами явились преимущественно дети рабочих, пенсионеров, т. е. дети трудового населения.

Что же явилось причиной этой трагедии? Изменение авирулентного штамма BCG в вирулентную форму, загрязнение культуры или ее замена?

Прежде, чем ответить на этот вопрос, необходимо познакомиться с лабораторией Deyske при Любекской общей больнице, где приготавливался прививочный материал. Все эксперты пришли к единодушному заключению, что любекская лаборатория, может быть, представляет из себя хорошую больничную лабораторию, но для приготовления прививочного материала она совершенно не подходит. Как правильно отметил Bruno Lange, лаборатория представляла собой открытое производство („einen offenen Betrieb“). Тут же производили обычные лабораторные исследования, в частности мокроты на туберкулез. Те же лица, которые занимались приготовлением и выдачей культур, работали с вирулентными бактериями, тут же изготовлялись партигены для больницы (для экономии, чтобы их на фабрике не покупать). Вся работа была поручена лаборантке, которая в разгаре работы ушла в отпуск, и выращиванием культур и выдачей BCG занималась ее заместительница, мало информированная. Работа проводилась лаборантками вечером, протоколы не велись, никаких записей и надписей нигде не было. Вообще, по мнению Uhlenhuth'a, производство велось с большой беззаботностью (Zorglosigkeit). Меры предосторожности, принятые Deyske, чтобы BCG культуры выращивались на плотной питательной среде в малой лаборатории в открытом термостате, а вирулентные человеческие культуры на жидкой питательной среде в большой лаборатории, оказались далеко недостаточными. В виде „исключения“ для доклада Janpasc'h'a была приготовлена тbc культура на плотной среде. На такой же среде оказалась культура, полученная от случая Griese, привитого в декабре 1929 года, и где с уверенностью установлены бактерии человеческого типа.

Не будем долго останавливаться на этом, укажем только на то, что в этой лаборатории дело велось таким образом, что замена или загрязнение культуры представлялось неизбежным. Преступная небрежность видна во всей работе, совершенно не ставились предварительные опыты на животных.

По мнению проф. Kollе и других, опыты на животных, поставленные за 8 недель до начала прививок, показали бы примесь вирулентных бактерий, а для верующих в другую возможность—переход авирулентных бактерий в вирулентные. Не учтены результаты предварительных прививок (случай Griese и Golschert), а приступили к массовым прививкам. Уже в феврале заболел ребенок Griese, привитый в декабре, была произведена экстирпация желез и опыты на животных. О результатах исследований, в частности этих опытных животных, много говорилось на суде, обвиняли Deyske в представлении фальшивых протоколов и т. п. Так как протоколы и истории болезни велись несистематически, с недостаточной точностью и подробностью, то на суде часто возникали споры. Совершенно непонятно поведение на суде проф. Klotz'a. Проф. Klotz, педиатр, который участвовал в комиссии по проведению прививок, заявил, что считал прививочный материал безвредным, пользу же от него проблематичной. Почему он при таком мнении „голосовал за проведение прививок осталось мало понятным большинству экспертов“<sup>1)</sup> (родителям и публике тем паче), так же как и его показания на предварительном следствии, что в Любеке кормят BCG только детей из туберкулезной среды и что про прививки детей пенсионеров из детского дома, он ничего не знал.

Еще более виноват Alstaedt, организатор прививок в Любеке, который, как ученик Deyske, прекрасно знал обстановку в лаборатории больницы. Alstaedt'у также должно было быть известно постановление Reichsgesundheitsrat, где было указано, что прививочный материал должен приготавливаться в больших лабораториях с соблюдением всех мер предосторожности против загрязнения и замены культур, с проверкой на животных, чтобы убедиться, что это действительно безвредный Кальметовский прививочный материал.

<sup>1)</sup> В частной беседе Klotz сказал, что этим он хотел дать возможность выдвинуться Alstaedt'у.

Бактериологические исследования, поставленные Bruno и Ludwig Lange, показали, что найденные в Любекской лаборатории чистая культура тbc и вирулентные бактерии из остатков прививочного материала <sup>1)</sup> (in einem Impfstoffrest) ведут себя как штамм Kiel. Летом 1929 г. вследствие порчи термостата погибли все туберкулезные культуры, из которых приготавливали партижены. Из Kiel'я была получена новая культура, которую так и назвали штамм Kiel. Штамм Kiel, как оказалось, происходит из лаборатории Bruno Lange и отличался колеблющейся вирулентностью по отношению к свинкам и высокой вирулентностью по отношению к кроликам и на так назыв. Sauton Nährboden дает интенсивную зеленую окраску.

Kolle указывает, что при исследовании Ludwig Lange и Piscatore выяснилось, что все штаммы, выкультивированные из трупов умерших <sup>2)</sup> или заболевших детей на Sauton Nährboden, ведут себя как штамм Kiel. Исследования в институте Hahn'a о содержании липидов в сухой субстанции бактерий показали идентичность 3 детских штаммов с штаммом Kiel и 1 с BCG. Часть экспертов считают, что произошло загрязнение BCG штаммом Kiel, и в таком виде был скормлен ребятам. Kolle почти с категоричностью отрицает возможность того (несмотря на работы Петрова, Seifert'a и др.), что культура BCG стала вирулентной.

Проф. Hahn держится того мнения, что такая возможность не исключена, в данном случае это могло наступить вследствие изменения питательной среды (яичная среда Хона—кровь) <sup>3)</sup>, но и он считает это мало вероятным в Любекском деле.

Во Франции и других странах проведено колоссальное количество прививок, но нигде не было массовой смерти и заболевания детей как в Любеке. Сведения о массовой смерти детей в Болгарии не подтвердились, там должна быть принята во внимание обычная высокая смертность грудных детей, так что неумудрено, если столько же умирает после прививок BCG.

Вследствие заключения экспертов и постановки дела в лаборатории суд счел доказанным замену или загрязнение культуры. Все отрицают возможность того, что Deucke, в целях эксперимента, намеренно повысил вирулентность прививочного материала, прибавив туда туберкул. бактерии типа humanus (такое предположение было высказано на суде). Заявлению Deucke, что он принимает вину на себя целиком, что он жертва научной ошибки, нет никаких оснований придавать какое-либо значение, ибо он ответственен гл. обр. за изготовление „вакцины“, преступном отношении к случаям Griese, Golchert и т. д., но не за постановку всего дела здравоохранения в Любеке. Obermedizinalrat Dr. Alstaedt должен нести ответственность за свои поступки.

Kolle указывает, что обвиняемые переоценили свои способности, они были, как обыкновенно, беспечны, совершенно не были ориентированы, как надо руководить, проводить, следить и контролировать массовые прививки.

Освобождение от наказания проф. Klotz'a, несмотря на его поведение на суде и в комиссии, под предлогом, что диагностические ошибки не наказуемы, является грубейшей ошибкой.

Нопонятным остается непривлечение к ответственности Jannasch'a, который, как член комиссии и руководитель туберкулезной организации Любека, принимал активное участие в деле организации прививок.

Между прочим прокуратура подала кассационную жалобу, опротестовав приговор и в частности освобождение Klotz'a от наказания.

Deucke и Alstaedt приговор не приняли, их защитники подали кассацию. Это после того, как процесс длился 3½ месяца, в то время как вопрос о виновности и причинах мог быть разрешен, даже по мнению буржуазного профессора эксперта, не 3½ мес., а в 3½ недели и в меньший срок.

Таков фактический материал.

Считаем необходимым еще ответить на вопрос о том, действительно ли была необходимость введения в Любеке прививки всех новорожденных. Alstaedt уверял, что в Любеке смертность от тbc нарастает, смертность грудных детей от

1) Весь фактический материал был уничтожен до следствия.

2) В 28 трупах удалось доказать наличие вирулентных бактерий.

3) Контрольные опыты не подтвердили этого.

тбс в Любеке выше, чем в Гамбурге, что введением этого средства он хотел помочь, а не поставить эксперимент<sup>1)</sup>.

После выяснения цифр, что в 1929 г. в Любеке на 100.000 населения умерло 132 чел. от тбс, из них 3 грудных (на 1931 новорожденных) и вообще за время с 1920 по 1929 год ежегодно умирало от туберкулеза (на 2000 новорожденных) максимум 6—9 грудных детей, эксперты категорически отвергли необходимость введения прививок по Са для всех новорожденных.

Позволю себе кратко резюмировать вышеизложенное.

I. Никакой необходимости, вопреки утверждениям Alstaedt'a, в введении прививок по Calmett'u для всех новорожденных г. Любека не было.

II. Alstaedt'om не были соблюдены условия, выставленные председателем Gesundheitsamt, о разъяснении этого вопроса врачам и населению. Хотя в прессе вопрос о прививках по Са и был освещен, но туманно, тенденциозно (слово прививка заменено термином защитное кормление—Schutzfütterung). Даже врачи, состоящие на государственной службе, были недостаточно ориентированы и не предполагали, что прививке будут подвергаться все новорожденные.

III. Совершенно не были соблюдены указания Calmett'a и Reichsgesundheitsrat. Несчастье произошло вследствие небрежного отношения к делу изготовления прививочного материала со стороны проф. Deucke и д-ра Alstaedt'a, приготовлявших его в абсолютно неподходящих условиях, доверивших это дело технической лаборантке.

IV. Не менее преступно „упущение“ опытов на животных, чему нет никакого оправдания.

V. Если бы внимательно отнеслись к случаям Griese и Golchort, катастрофа, вероятно, не приняла бы таких размеров.

VI. Отсутствие контроля за детьми, вследствие постановления комиссии осмотр привитых производить только через 6 месяцев после кормления, тоже сыграло роль в размерах катастрофы. За это постановление должны были бы отвечать все члены комиссии.

VII. Пассивное поведение Alstaedt'a с 24 апреля—дня сообщения ему о смерти детей от Fütterungs TBC до 5 мая, не принявшего срочных мер к изъятию прививочного материала и расследованию дела, является не преступной небрежностью, а преступлением.

VIII. Попытки немецких националистов изобразить дело так, что виновником катастрофы является француз Calmette не увенчались успехом. Процесс показал, что вина лежит всецело на любекских врачах.

**Выводы.** Любекский процесс с достаточной наглядностью показал классовую сущность буржуазной медицины и юстиции. Процесс иллюстрировал один из случаев столь часто встречающегося в некоторых лечебных учреждениях Германии экспериментирования над больными и здоровыми в целях опубликования научных работ; во имя „чистой науки“ нередко игнорируются интересы больного. Вышеупомянутые любекские профессора и врачи, руководимые желанием выдвигаться и заработать научный капитал, позволили себе поставить на детях трудящихся *ненужный и опасный эксперимент*, какими оказались прививки в руках Deucke, Alstaedt'a в их лабораторной обстановке. Несмотря на то, что это безобразие творилось на глазах десятков врачей, ни один из них из чувства так называемой „коллегальности“ не нашел нужным заинтересоваться этим и обратить внимание других врачей на это. Когда обнаружили первые признаки катастрофы, не прошедшие незамеченными врачами, никто из врачей не считал для себя возможным заявить об этом властям или хотя бы непосредственным виновникам преступления.

На суде выявились также ненормальные взаимоотношения между высшим медицинским и средним и младшим техническим персоналом. Подобные взаимоотношения существуют почти во всех лечебных учреждениях Германии. Санитарка ни в коем случае не имеет права высказывать свои наблюдения, а сестра в большинстве случаев должна отвечать, когда ее спрашивают, а не высказывать свои соображения.

<sup>1)</sup> Между прочим, чтобы доказать, что он верит в прививки по Са Alstaedt своего ребенка, родившегося в 1931 году, кормил BCG, но это были штамм BCG, а не вирулентная культура.

Процесс выявил плохую организацию здравоохранения г. Любека и показал, как буржуазное здравоохранение заботится о детях трудового населения. Даже при обнаружении связи катастрофы с прививками в течение 2-х недель ничего не предпринималось к уменьшению размеров катастрофы, даже не был затребован обратно выданный прививочный материал.

Во время процесса проявилась недостаточная объективность некоторых экспертов, которые, чтобы выгородить своих коллег, запутывали дело и старались представить подсудимых в лучшем свете. Эта коллегиальность уже начала пугать некоторых и проф. Нейберга возмущается случаем, который ему пришлось недавно пережить в суде, когда его коллеги эксперты старались освободить от наказания врача, вследствие недосмотра которого последовала смерть ребенка. Он говорит в своей речи на съезде врачей: *Ich glaube Sinn für Kollegialität zu haben, aber es gibt für mich eine höhere Verantwortlichkeit als diese. Auch in sonstigen Prozessen scheint nach Zeitungsberichten der an sich so sympathische Zug kollegialer Hilfsbereitschaft zuweilen als die höchste ethische Verpflichtung empfunden worden zu sein.*

Решение суда достаточно ярко показало характер буржуазного суда. Несмотря на очевидную виновность Клотца, суд не нашел возможным его осудить, да и Девске и Алстаedt были осуждены только потому, что возбуждение родителей и общественности, даже буржуазной, было очень велико; велико было и давление части экспертов, считавших, что освобождение всех подсудимых еще больше оттолкнет население Германии от „школьной медицины“, и без того часто прибегающего к услугам знахарей.

Постановка дела здравоохранения у нас, лозунг: охрана здоровья трудящихся есть дело самих трудящихся, общественный контроль, самокритика делают невозможным что-либо подобное у нас и служат залогом успехов нашего здравоохранения.

## XII-й съезд хирургов СССР.

Прив.-доц. И. Л. Цимхеса.

Съезд происходил в Москве с 25-го по 29-е мая 1932 года. По данным мандатной комиссии число членов съезда превышало 1700 человек.

Проф. Н. Н. Бурденко, открывая съезд от имени организационного комитета, отметил, что повестка съезда составлена соответственно задачам социалистического строительства сегодняшнего дня. На первый план выдвинута поэтому проблема трудоспособности, инвалидности и раннего восстановления трудоспособности. Наряду с этим выдвинуты также в качестве программных докладов вопросы оборонного значения: о переливании крови и об анаэробной инфекции. В связи с превращением нашей страны из земледельческой в индустриальную и изменением структуры общества (бесклассовое об-во) вытекают вопросы о подготовке кадров, о профиле советского хирурга; эти вопросы имеют также в повестке работы съезда. Одно заседание съезда посвящено вопросу об эндемическом зобе. Эта тема была предложена в качестве программной предыдущим съездом.

Председателем съезда был избран проф. Н. Н. Бурденко, товарищем председателя—проф. В. Н. Шевкуненко. В почетный президиум избрано Политбюро ЦК ВКП(б). В президиум вошли наркомы здравоохранения РСФСР тов. М. Ф. Владимирский, УССР и видные представители столичной и провинциальной хирургии. Секретариат составлен из 13 человек с д-ром Сакаяно во главе. Отдельные заседания съезда проходили под председательством одного из членов президиума, наиболее авторитетных по данному вопросу. Например, проф. Мартынов А. В.—на заседаниях о зобе, проф. Р. Р. Вреден—о травматизме и др.

Вступительное слово народного комиссара здравоохранения М. Ф. Владимирского было посвящено наиболее актуальным задачам, стоящим перед хирургией. Нарком отметил, что хирургический съезд собрался в тот момент, когда органы здравоохранения подводят итоги работы первой пятилетки и намечают подступы ко второй. В основе работы органов здравоохранения ле-



жит—приблизить медицину к трудящимся. Здравпункт стал ведущим и исходным пунктом нашей работы. Размах и развитие оздоровительных мероприятий изменили к лучшему и лечебную работу. Хирургические отделения всегда были образцами, по которым создавались другие отделения больниц. В настоящее время каждое наше учреждение получило важное хозяйственное значение. Особенно важно, чтобы были образцово поставлены во всех отношениях хирургические отделения, но для этого каждому врачу-хирургу необходимо стать ближе к хозяйству, которое он обслуживает. Здесь, к сожалению, мы, работники здравоохранения, сильно отстали. В наших учреждениях организация труда стоит еще не на должной высоте. Опыт западно-европейской медицины должен быть изучен и широко использован в отношении управления хозяйством больницы. Дальше тов. Владимирский отметил, что актуальная задача сегодняшнего дня, снижение травматизма, зависит от правильности теоретических основ, уменьшения организовать это дело и наших кадров. Значение науки в нашей работе велико, и эта огромная работа может быть выполнена, если в основу будет положена марксистско-ленинская методология. Необходимо поднять научно-исследовательскую работу в ВУЗах.

Первое заседание 25 мая было посвящено программному докладу проф. В. С. Левита об эндемическом зобе в СССР. Докладчик отметил, что на международном съезде в Берне в 1927 году не было почти совершенно сведений о распространении зоба в СССР. Вниманию съезда была представлена географическая карта распространения эндемического зоба в Союзе. На основании анкетного материала и своего личного опыта докладчик отмечает, что зоб в низменных местностях преимущественно одиночный, узловатый, в гористых—например на Урале—паренхиматозный, коллоидный. В эндемических очагах резкой разницы относительно пола и возраста больных не отмечается. Кретинизм встречается чаще там, где тяжелее эндемия зоба, но значительно реже, чем в Швейцарии. Тяжелые формы зобов, какие встречаются в Швейцарии, у нас (Мариобласть, Сибирь) крайне редки (не больше 5%). Изучение щитовидных желез на трупном материале позволяет определить статическое и динамическое состояние всей ткани железы и наличие первоначальных особенностей, характерных для эндемического зоба. Эндемический зоб в СССР является результатом общей для всех очагов поражения причины. Внешние и внутренние факторы, связанные с социально-бытовыми географическими условиями, обуславливают некоторые особенности в течение эндемического зоба в разных районах. Характер и степень эндемии выявляется ярче всего в детском и юношеском возрасте, а потому изучение зоботаты должно начинаться прежде всего с этих возрастных групп, легче всего реагирующих на экзогенные вредности. Борьба с эндемией зоба и профилактика его должна заключаться в широких профилактических мероприятиях в виде улучшения бытовых санитарно-гигиенических условий, применения микродоз иода и др.

Показанием к хирургическому вмешательству являются расстройства сердечно-сосудистой деятельности, затруднение дыхания вследствие сдавления трахеи и косметические моменты. Лучшим методом операции по поводу зоба следует считать hemistrumectomy. В местах поражения зобом рекомендуется перевязывать с обеих сторон артерии щитовидных желез, что значительно снижает рецидивы (3 1/2%). Tetania чаще встречается при перевязке всех сосудов, не избежать это можно более осторожной и тщательной анатомической препаровкой. Энукеляция иногда сопровождается последующим кровотечением, поэтому лучше перевязывать сосуды. Пункция, а тем более впрыскивания, неуместны и показаны пункции лишь при асфиксии с немедленной последующей операцией. Лучше оперировать под местной инфльтрационной анестезией.

Наличие эндемии зоба в ряде индустриально-промышленных районов (Урал, Алтай, Прибайкалье и др.) выдвигает перед органами здравоохранения вопрос о методически правильном изучении собираемых данных. В первую очередь в местах пораженных зобом необходимо обследование всех детей школьного возраста и ФЗУ. Также необходимо подобное обследование в местах, видимо свободных от зоба, где такой повторный осмотр может выявить неизвестные еще до сего времени очаги эндемического зоба. Материал, собираемый по одной выработанной схеме, необходимо концентрировать в одном пункте, что дает возможность быстрее и точнее изучить эндемию и принять соответствующие профилактические мероприятия.

Доклады, связанные с программной темой.

Гуревич М. Ф. (Киев). *Динамическая морфология эндемического зоба*. Докладчик видит первичное проявление морфологического нарушения статики и динамики щитовидной железы в соединительнотканном аппарате железы, т. е. сосудистонервной системе. Общая причина приводит к склерозу соединительнотканного аппарата железы, что морфологически ясно наблюдается в гистологических препаратах. В начальных стадиях это проявляется в пресклеротических застойных явлениях со стороны, главным образом, лимфоаппарата. И эффективное действие иода при зобе следует объяснить антисклеротическим действием иода вообще и на щитовидную железу в частности.

Асланашвили (Тифлис). Поделился данными распространения зоба в Грузии. Обнаружено за 7 лет около 10 000 зобов,  $\frac{2}{3}$  из них среди женщин.

Резюмировавший прения, председательствовавший на данном заседании проф. А. В. Мартынов обратил внимание съезда на актуальность затронутого вопроса о зобности и большую ценность материала, представленного докладчиком. Проф. Левит представил географическую карту распространения зоба в Союзе; конечно, она не исчерпывающа, но ценность ее велика. Большую ценность также составляют представленные кривые. Со своей стороны проф. Мартынов также считает, что среди экзогенных факторов надо обратить внимание на санитарно-гигиеническую сторону. Нельзя обойти молчанием доклад Гуревича, который видит первичные изменения при зобе в нервах и сосудах; преждевременно, конечно, судить о ценности такой точки зрения. Борьба с эндемией зоба должна вестись по линии санитарно-гигиенических мероприятий. Необходима профилактика иодом (в тех местностях, где есть доказательство недостатка иода). Оперирование во всех случаях эндемического зоба не рационально, а лишь в указанных докладчиком случаях.

Вечернее заседание было посвящено докладам проф. В. П. Вознесенского. *„Режим больных после операций на желудочно-кишечном тракте“* и д-ра М. А. Кимбаровского *„О раннем вставании оперированных больных и его значение для целей эвакуации“*.

Проф. Вознесенский разбирал *послеоперационный режим при операциях на желудочно-кишечном тракте* с общей и специальной стороны. Общий режим включает в себя правила общего содержания больного: положение больного в кровати, раннее вставание, психический режим. В специальном режиме особое внимание привлекает вопрос о питании больных после операций на желудке. Необходимо возможно раньше начинать питание больных через рот. Послеоперационная диета должна быть построена на основе учета калорийности и усвояемости пищи и с учетом привычного для больного пищевого режима. Видное место в питании больных должны занимать питательные клизмы. К вопросу о питании больных тесно примыкает вопрос об опорожнении кишечника. С точки зрения послеоперационного ацидоза нет необходимости стремиться к раннему опорожнению кишечника в смысле дачи слабительных. Преждевременно ранняя дача слабительных, в особенности после операции на толстых кишках, представляет прямую опасность в смысле расхождения швов на кишках. Клиническая проверка послеоперационного ацидоза показала докладчику, что значение этого показателя несколько преувеличено. После операций на желудочно-кишечном тракте наблюдается наибольшее количество осложнений со стороны легких. Мерами профилактики против этих осложнений в смысле послеоперационного режима являются: тренделенбургское положение, ранние движения в кровати, раннее вставание, активная легочная гимнастика, изгнание из практики стесняющих дыхание повязок на грудь и живот. Из лечебных мероприятий: вдыхание углекислоты, аутогемотерапия, вспрыскивание эфира, эвкалиптола, диплококковая серотерапия, банки, морфий. Сердечнососудистая система является одним из главных факторов, определяющих течение и исход операций на желудочно-кишечном тракте, причем особое внимание следует обратить на периферическое сердце (операционный шок). Для определения состояния сердца в обиход клинической практики должны быть широко введены так называемые *„функциональные сердечные пробы“*. Из обычных лекарственных средств, применяемых для поддержки деятельности сердца, докладчик выделяет адреналин и морфий. Вдыхание углекислоты и ранние движения также оказывают самое благоприятное действие на работу сердца. В ряде случаев операция на желудочно-

кишечном тракте является лишь одним из этапов в истории болезни и эффект этой операции в значительной степени зависит от тех условий труда и быта, в которых будет находиться больной после выхода из лечебного учреждения. Необходимость дальнейшего наблюдения за оперированным больным выдвигает проблему диспансеризации этих больных, ставит задачу выработки норм питания и трудового режима для этой категории больных, правильной организации диетстоловых. В целях рациональной постановки всех этих вопросов необходима тесная связь хирургических учреждений с Институтом питания, в задачу которого входит разрешение проблемы массового питания в самом широком масштабе.

Другой докладчик по этому же вопросу д-р М. А. Кимбаровский представил большой материал (около 2000 чревосечений) относительно *раннего вставания оперированных больных*. После грыжесечений и аппендэктомий больных укладывали с операционного стола на ноги. После резекции желудка больные начинали ходить на 2--3 день после операции. Такое чрезмерно раннее вставание больных после операций аудиторией было встречено несколько сдержанно, все же члены съезда высказывались за переход к более раннему вставанию больных после операций, чем это имело место до сих пор.

Огромное внимание членов съезда привлекло заседание, посвященное *промышленному и сельскохозяйственному травматизму*.

Программный доклад проф. Б. В. Гориневской *„Борьба с промышленным травматизмом и его последствиями“* представлял научно обработанный огромный статистический материал, наглядно рисующий нам характер кривой травматизма за последние годы в нашей стране. Докладчика увязала директива партии и правительства по плану соцстроительства с задачами снижения и ликвидации травматизма в нашей стране. В основу практических мероприятий по борьбе с травматизмом должно лечь выяснение причин его. Это возможно при правильной постановке учета, охватывающего все виды травматизма в СССР как с потерей, так и без потери трудоспособности. До недавнего времени регистрация травматизма велась одновременно тремя организациями (НКЗдрав, ГКТруд и ЦУССТрах). Докладчика приветствует постановление коллегии НКЗдрава (от XI—1931 г.) об унификации регистрации и учета травматизма и сосредоточении это дела в руках здравпунктов. Основной базой борьбы с травматизмом является здравпункт, мимо которого не должна пройти ни одна травма, полученная рабочим в период его пребывания на предприятии. При помощи сигнализационной статистики, быстро выявляющей очаги травматизма в том или ином агрегате данного цеха, врач здравпункта должен также на месте выявить прорыв и принять необходимые меры для предупреждения травматизма на данном участке.

Академический подход к изучению травматизма, выразившийся в голом констатировании большего или меньшего травматизма в нашей промышленности на основании обезличенных средних чисел с нанизыванием цифр, без достаточного анализа причин и без указания практических мероприятий к их упразднению, должен быть изжит. Это происходило вследствие того, что большинство научных работников не овладели единственно научным методом материалистической диалектики и не учитывали ни новых форм социалистического труда (соцсоревнование, ударничество), ни всех возможностей охраны труда в пролетарском государстве, ни своеобразия рационализации труда и новой расстановки сил в новых условиях.

В вопросах изучения травматизма особое значение приобретает партийность науки: малейший наш промах учитывается и раздувается нашими классовыми врагами. Необходима борьба в первую очередь с правым оппортунизмом, который без всяких оснований утверждает, что индустриализация нашей страны неминуемо повлечет за собой рост травматизма—травматическую эпидемию (Вигдорчик, Поленов и др.). Анализ статистических данных, имеющихся в распоряжении НКЗ, о состоянии травматизма как по отдельным крупным предприятиям, так и по отдельным отраслям промышленности показывает определенную тенденцию к снижению травматизма. По данным ЦУССТраха за 1927—1930 г.г. ‰ травматизма по всем отраслям промышленности на 1.000 застрахованных снизился с 180,3 до 175,0. Таким образом, пророчество правых оппортунистов относительно роста травматизма в СССР в связи с индустриализацией страны ничем не подтверждается даже на данном этапе

нашего строительства. Целый ряд заводов (завод АМО в Москве, Красный Путиловец в Ленинграде, на Урале—завод им. Молотова, Верхнеисетский, Надеждинский и др.), выполнивших и перевыполнивших прѐмфинплан, являются первыми по снижению травматизма. На первом месте в этом отношении стоит нефтяная промышленность, где число поврежденных от производства сократилось почти вдвое. Проведение санминимума уже дало большое снижение травматизма на местах. Однако, уже левым загибом была бы недооценка опасности травматизма на данном этапе нашего строительства, в период новостроек, в момент пуска гигантов, когда к станку становятся огромные массы еще недисциплинированного населения, не имеющего пролетарской трудовой закалки и необходимых навыков. Механизация труда, мероприятия по технике безопасности, уничтожение обезлички, текучести рабочей силы, улучшение бытовых условий работы — все это при объединении врачебных, инженерно-технических сил и рабочей общественности—верный путь к дальнейшему падению травматизма.

Кроме предупреждения самой травмы в задачу борьбы с травматизмом входят: 1) предупреждение осложнений и последствий травм, 2) снижение тяжести и длительности течения этих осложнений и, наконец, 3) предупреждение инвалидности на почве травм. Осуществление этих задач возможно только при плановой организации лечебной помощи травматикам. Лечебная помощь травмику должна осуществляться по единому плану и методу с момента травмы на предприятии до полного выздоровления и возвращения на работу. Каждый травматик должен пройти несколько этапов (первая помощь на здравпункте, транспорт и квалифицированная районная помощь), деятельность которых должна быть тесно связана между собой и объединиться единым руководством специального травматологич. института или отделения.

Необходимо чаще применять первичное иссечение краев и дна раны с последующими швами в первые 6—22—24 часа. Наложение швов на кожу не следует производить без удаления разможенных тканей. Наиболее выгоден функциональный метод лечения.

Опыт борьбы с травматизмом должен способствовать укреплению знаний и подготовке медицинских кадров, готовых к обороне страны.

В стране строящегося социализма социальный заказ определяет направление и развитие научной мысли вообще и медицины в частности. Снижение травматизма, борьба за уничтожение инвалидности, за сохранение и быстрее восстановление рабочей силы—вот социальный заказ, который должна выполнить травматология.

Другой доклад был сделан проф. Б. Э. Лимбергом на тему: „Сельскохозяйственный травматизм и наши задачи в борьбе с ним“. Докладчик обратил внимание съезда на актуальность затронутого вопроса и на важность проведения точного учета. Учет должен проводиться на всем протяжении с/х. работ в конкретных условиях каждого территориального участка по общепринятой форме, чтобы облегчить последующий анализ причин, синтез и обобщающие выводы. Докладчик представил съезду 2 формы карточек учета с/х. травматизма по двум направлениям: 1) запись индивидуальной травмы на карте, предложенной НКЗ и 2) запись характеристики данного хозяйства по прилагаемой форме. Учет и изучение с/х. травматизма должны проходить в организованной связи периферии с центральными учреждениями по общему плану. Основной задачей изучения с/х. травматизма является изучение профилактики его, с целью ликвидации травматизма в кратчайший срок. Известно, что основная причина травматизма находится в непосредственной связи с организацией труда, поэтому наши профилактические мероприятия должны быть сосредоточены главным образом на правильной организации трудовых процессов в совхозах и колхозах и усилении надзора по технике безопасности в связи с механизацией труда. Докладчик предлагает, чтобы в школах преподавались основные положения по организации труда и овладении техникой производства с/х. работ.

С целью борьбы с последствиями с/х. травматизма необходимо в плановом порядке развить сеть рационально организованных П.П.П. на местах производства работ, а также приблизить к совхозам и колхозам квалифицированную хирургическую помощь. Желательно для повышения квалификации участковых врачей в вопросах травматологии организовывать в местных академических центрах, особенно перед началом полевых работ, соответствующие курсы. Опыт показал, что большую помощь во время полевых работ оказывают вы-

ездные бригады, особенно в состав которых введен хирург, но однако плохо налажено последующее закрепление результатов работы. Лечебно-профилактические учреждения должны выдвинуть перед собой вопросы о способе наилучшего лечения пострадавших рабочих, сокращая насколько возможно показания к первичной ампутации конечностей.

Все дальнейшие доклады и выступления с мест в прениях показали, сколько творческой инициативы, энергии и желания вложено на местах, особенно на новостройках, в дело борьбы за сохранение здоровья трудящихся.

Д-р С. Я. Фрейдин в своем докладе *„Задачи здравоохранения в борьбе с травматизмом“* отметил, что основным звеном здравоохранения является здравпункт. На здравпункт падает предупреждение травм, регистрация, первая помощь и транспорт. Основная работа врача здравпункта состоит в ограждении от травм, расследовании на месте несчастного случая, санитарная пропаганда (плакаты), вовлечение в дело здравоохранения рабочего актива—бригадиров здоровья и диспансеризация лиц повторно травмируемых, широко организовывать в цехах самопомощь и взаимопомощь. Аптечки должны быть снабжены стерильными пакетиками. Транспорт из цеха на здравпункт должен быть организован в зависимости от вида травмы. Для временных профессиональных травматиков необходимо создавать специальные санатории. Опыт Германии показал, что таким путем сокращается срок нетрудоспособности на 20—30%. Для регулирования дела борьбы с травматизмом рекомендует докладчик создавать инспекторат по борьбе с травматизмом при краевых, областных и республиканских здравотделах. С целью оказания рациональной первой помощи при бытовых, уличных травмах, докладчик предлагает снабдить постовых милиционеров шкафчиками первой помощи.

Д-р А. Д. Каплан в своем докладе *„Вопросы хирургической помощи на здравпункте“* отметил, что до сих пор не существует профиля здравпунктов. Главным и основным объектом хирургической помощи на предприятиях является промышленная травма. Основным предопределяющим исход травмы этапом в системе учреждений, оказывающих хирургическую помощь при промышленной травме, является пункт здравоохранения на предприятии. Здравпункт в разрезе своей хирургической работы должен отвечать запросам, формам, методам и темпам реконструкции промышленности и коллективизации сельского хозяйства. Основной задачей здравпункта в хирургическом отношении является с организационной стороны—приближение рациональной и квалифицированной хирургической помощи к месту и моменту происшествия и сокращение времени, затрачиваемого на получение хирургической помощи, а с лечебной стороны—предупреждение осложнений и последствий травмы.

На здравпунктах, оказывающих лишь первую помощь при травме и обслуживающих перевязкой лишь тех пострадавших, которые не потеряли трудоспособности, методика и техника хирургического воздействия должны быть специфическим для этого учреждения, максимально типизированными, стандартизированными и при наибольшей консервативности и простоте выполнения максимально эффективными. Организация хирургической помощи на предприятии должна предусмотреть все моменты и этапы ее подачи: организованное взаимосодействие и медпомощь на месте происшествия, первую помощь на цеховом и центральном пункте, а также бесперебойное обслуживание и связь со стороны соответствующего лечебного учреждения, эвакуацию и транспорт. Необходимо: 1) чтобы доврачебная помощь была действительно таковой, а не вместо врачебной, 2) чтобы помощь в хирургических случаях, оказываемая не специалистом, была также помощью до хирурга, а не вместо него. Цеховая аптечка, цеховой пункт, центральный пункт должны быть правильно территориально планированы, хозяйственно, технически и медицински оборудованы и бесперебойно снабжены соответствующими каждой отдельной точке рационализированным и стандартизированным инвентарем, предусматривающим простоту, быстроту и качество первой помощи, в частности асептику. Докладчик представил съезду планы оборудования здравпунктов, способы хранения и применения стерильного материала.

На долю среднего медперсонала падает большая часть технической стороны подачи первой помощи и притом в отсутствии врача на пункте, что обязывает принять меры к обеспечению здравпунктов сестрами должной квалификации.



Для лучшего обслуживания предприятий в хирургическом отношении здравпункт обязательно должен быть обеспечен, в зависимости от местных условий, консультацией и руководством соответствующего хирургического учреждения (отделения или кабинета). К делу борьбы с травматизмом должна быть привлечена широко рабочая общественность.

Особое внимание съезда привлек доклад д-ра Б. В. Дмитриева „Травматизм на Коломенском машиностроительном заводе и борьба с ним“. Он привел богатый статистический материал по травматизму до революции и после революции (с 1912 по 1916 г. и с 1926 по 1931 год). Докладчик констатировал, что травматизм до революции был чаще и больше с временной и стойкой утратой трудоспособности. С перестройкой врачебной деятельности на профилактический лад за последние 5 лет коэффициент тяжести и частоты травм снизился почти в  $2\frac{1}{2}$  раза. Новое отношение к труду—социалистические формы труда (соцсоревнование и ударничество) явно выявили свои преимущества. Оказывается, что число *травматических случаев среди ударников почти вдвое меньше, чем среди неударников*. Новый характер приобретает кривая травматизма по часам работы—падение к концу рабочего дня, по дням недели—отсутствие пред- и послепраздничных скачков травматизма. Наблюдается насыщенность работой, но не усталость. Таким образом с научной убедительностью была *разоблачена существующая со стороны классовых врагов тенденция приписывать социалистическим формам труда вредности, которые на деле не только не порождаются ими, но несомненно устраняются*.

Все последующие доклады и выступления в прениях носили характер рапортов с новостроек (Магнитогорск, Днепрострой) и крупных промышленных центров (Урал, Украина) о фактическом снижении травматизма за последнее время в местах хорошо организованных социалистических форм труда и проведения в жизнь 6 условий т. Сталина. В качестве примера д-р Беккер привел материал по травматизму на водном транспорте, в частности на теплоходе „Грузия“, на котором ездила Турецкая делегация. Экипаж теплохода объявил себя ударным и в течение всего рейса (3 недели) сэкономил 200.000 рублей и за это время не было ни одного случая травмы.

Выступавший в прениях проф. С. С. Гирголав обратил внимание съезда, что большое снижение травматизма ни в коем случае нельзя отнести исключительно за счет врачей. Успех зависит от четкой организации в целом сети специальных учреждений. Мы должны при организации борьбы с травматизмом проводить аналогию с военно-санитарной организацией. Надо дать здравпункту тыл, сеть, эвакуацию и штандарт работы.

Председательствовавший на этом заседании проф. Р. Р. Вреден в своем заключительном слове отметил, что съезд провел в этот день настолько жгучие и заинтересовавшие всех вопросы, что до самого конца заседания оставалось в зале масса народу. Промышленная травма стара, как все в жизни. Интересна только борьба за снижение травматизма в нашей трудовой республике по сравнению с Западом. С целью понизить травматизм количественно и качественно следует различать технический путь—охрана труда, техника безопасности—и тут врач лишь сигнализатор опасности, и другой путь—врачебный с организационной и лечебно-профилактической работой. Так как на здравпунктах работают молодые врачи разных специальностей, то нужно обучить их подаче первой помощи, а тяжелые случаи должны направляться к травматологам. Должны существовать травматологические институты, пример Украина, где дружное объединение хирургов и ортопедов обеспечит успех.

Вопросу о подготовке хирургических кадров, впервые поднятому за 32 года существования хирургических съездов в нашей стране, было посвящено специальное заседание 27 мая. Докладчиками были проф. Я. М. Брускин (Москва) и К. В. Волков (Ядрин).

Проф. Я. М. Брускин предлагал при подготовке кадров учесть запросы социалистического строительства на каждом этапе его развития. Профиль врача должен отвечать социальным заказам жизни. Наше развитие идет в плановом порядке, следовательно подготовка кадров должна быть планова. Главное внимание при подготовке хирургических кадров должно обращаться на борьбу с травматизмом на соцстройке, повышение обороноспособности, борьба с инфекцией и за снижение хирургических заболеваний вообще. Вторая пятилетка



требует подготовки кадров врачей специалистов, а не универсального земского врача. Медицинститут должен готовить врача—общего массового хирурга, а врачей урологов, ортопедов и др. должны готовить Институты усовершенствования врачей. Существующий разрыв между теорией и практикой должен быть устранен. Физика и химия должны учесть задание хирургии во вторую пятилетку и преподнести своим слушателям материал из этой области. Клиническая подготовка врача-хирурга должна быть построена на социальных и профилактических началах при постоянной связи с производством. Производственная практика студентов-хирургов должна проходить во всех звеньях здравоохранения и здесь же должен завершаться профиль хирурга. Все хирургические кафедры должны быть пропитаны травматологией. Желательно создание в ВУЗ'ах особой кафедры травматологии с неотложной хирургией. На базе этой кафедры и на ее материале должна преподаваться военно-полевая хирургия. Институты для усовершенствования врачей должны быть созданы в краевых и областных центрах. Также должны быть организованы тематированные курсы, например, по переливанию крови, и заочные курсы без отрыва от производства. Преподавание должно быть пропитано марксистско-ленинской методологией, чтобы новые кадры хирургов владели наряду с совершенными техническими знаниями также и оружием марксистско-ленинской теории.

Д-р К. В. Волков касался в своем докладе профиля хирурга на селе. В период уничтожения разницы между городом и деревней особенно остро стоит вопрос о кадрах. Особенно остра потребность в специалисте в соцсекторе села. Старая земская медицина строилась по запросам своего времени. Мы же сначала приспособлялись, стремились восстановить прежнюю участковую сеть и только теперь в корне перестраиваемся. МТС должны быть отправными пунктами, откуда начинает свою работу здравоохранение, около них будут укрупняться старые и создаваться новые лечпрофучреждения: сезонные здравпункты, постоянные поликлиники, диспансеры и стационары до 300 коек. Программы должны строиться в зависимости от изменения облика села и меняться. Таким путем новая структура и организация медицинской помощи внесет изменения и сменит старого универсалиста-врача. Особенное внимание должно быть обращено на тщательное ознакомление с производственными и бытовыми условиями трудового крестьянства. Но проводить профилактику не следует в ущерб лечению.

Необходимо прочное усвоение основ общей травматологии: лечение раневой инфекции, открытых повреждений костей и др. Специалист не должен заператься в рамки узкой специальности, он должен иметь общие сведения по акушерству, гинекологии, глазным и ушным болезням.

Из докладов по вопросу о подготовке кадров хирургов следует отметить доклад бригады—проф. В. Р. Хесин, д-р Л. Н. Позняков и Р. Э. Ларина *„О некоторых вопросах преподавания хирургии на современном этапе“*. Основная задача здравоохранения на данном этапе, по выражению Межлаука, повысить производительность труда. Этого можно достигнуть диалектичностью преподавания, т. е. нужно раскрыть перед студентом диалектику в хирургии при повседневном анализе хирургического больного. Изложение хирургии должно быть с критикой философских течений; проблематика должна быть классовая в конкретной социальной среде. Разбор болезненных форм для целей преподавания должен быть в зависимости от различных социальных условий.

Болезнь далеко не всегда означает нетрудоспособность, и поэтому при установлении показаний к операции важны соображения о трудоспособности.

В преподавании здравпункт служит местом для проработки тем по вопросам организации работы на здравпункте и учету хирургических заболеваний.

Д-р Абрамович поделился опытом работы медбригады на селе. Благодаря медбригаде колхозники получают на месте квалифицированную помощь, быстро попадают на операцию, родные имеют возможность их навещать, кроме того это дает стимул местным врачам для дальнейшей более углубленной хирургической работы.

Последние два дня съезда проходили очень оживленно ввиду актуальности вопросов. Стояли вопросы *об анаэробной инфекции и переливании крови*.

Проф. Н. Н. Бурденко доложил *об очередных задачах клиники анаэробной инфекции* (газовая гангрена). За время империалистической войны

и послевоенный период ощущается резкая отсталость нашей научно-практической работы в направлении изучения анаэробной инфекции. Газовая гангрена, как один из видов анаэробной инфекции, редко встречающаяся в мирное время, в период мировой войны достигла угрожающих размеров. В германской армии это повлекло за собой административное запрещение опубликования в медицинской прессе работ, посвященных изучению этого вопроса. Разрешение этой проблемы, по мнению докладчика, возможно при едином проведении бактериологических, хирургических, профилактических и организационных мероприятий. Если изучение возбудителей анаэробной инфекции—газовой гангрены—почти достигло полного завершения в бактериологическом направлении, то вопросы патогенеза, патолого-анатомическая картина и причины смерти не освещены с исчерпывающей полнотой. Многообразие клинических проявлений анаэробной инфекции значительно затрудняют создание единой наиболее правильной классификации анаэробных процессов. Докладчик предлагает придерживаться рабочей классификации Вайнберга, наиболее целесообразной в клинико-бактериологическом отношении, характеризующей природу процессов и более или менее полно охватывающей главные формы заболевания.

В основу лечения и профилактики должна быть положена хирургическая обработка раны и серо-профилактика и серотерапия в смысле Вайнберга. Хирургическая обработка ран сводится к применению дезинфицирующих мероприятий, из которых наибольшим признанием пользуется Каррель-Дакэновский метод, метод Райта, повязка с  $H_2O_2$  и аэрация ран, искусственная или естественная, при открытом способе лечения ран. Докладчик рекомендует заняться более углубленным изучением метода Тайлора с применением хинина, особенно в связи с работами проф. Збарского о роли красных кровяных шариков при резорбции токсинов при токсемических заболеваниях. Этот вопрос должен быть связан с вопросом о переливании крови. Хирургическое вмешательство в виде разрезов, ампутаций, экзартикуляций должно быть индивидуализировано. Профилактика в основном при анаэробных процессах должна сводиться к раннему проведению радикальной обработки ран, строгому контролю за ранами, первичной экзцизии и широкому раскрытию бухтообразных и карманообразных полостей при строгом соблюдении правил военно-полевой гигиены. В мирной обстановке разработка методов борьбы и профилактики газовой инфекции должна базироваться на изучении травматозов, пуэрперальных процессов, гангрены легкого, аппендицитов и др.

Другой докладчик доц. И. М. Великанов выступил с конкретным предложением борьбы с газовой гангреной, как осложнением после травматизма на транспорте, сельском хозяйстве, на стройках и промышленности, а особенно при тяжелых раневых осложнениях военного времени. Докладчик занимался вопросами иммунитета против газовой гангрены и, основываясь на положительных результатах Зап.-Европейских ученых при применении лечебных сывороток во время войны и после нее на гражданском травматическом материале, в 1929 году впервые получил в СССР антигангренозные сыворотки, не уступающие по своей силе сывороткам Вайнберга (Париж). Первый опыт введения сыворотки больному газовой гангреной был сделан докладчиком 18 апреля 1931 года. Результат был положительный. В настоящее время имеется свыше 50 случаев успешного применения антигангренозной сыворотки при лечении газовой гангрены и при введении их с профилактической целью.

Оба доклада вызвали оживленные прения. Д-р Дивавин подчеркнул значение рентгеновского исследования до проявления клинических признаков газовой инфекции. Юдин С. С.: в практике уличной травмы, особенно в весеннее и осеннее время, играет большую роль газовая инфекция, чем при протравмах. Через институт неотложной помощи за 2 года прошло 55 случаев газовой гангрены. Антигангренозная сыворотка не панацея, все хирургические мероприятия должны оставаться в силе. Особенно важна первичная обработка ран. Поэтому необходима квалифицированная хирургическая помощь.

Флеров в военной обстановке производил при газовой гангрене множественные разрезы вплоть до апоневроза с последующим наложением повязок на раны с перуанским бальзамом. При наличии омертвения—экономная ампутация.

Мительман. Повидимому, не все штаммы анаэробов нам известны, чем и объясняется непостоянный эффект при сывороточном лечении больных.

Необходима связь бактериологов с хирургами и получать материал целесообразнее от них, а не от патологов.

М и л о с т а н о в выдвигает как метод этапного лечения на фронте debridement.

Проф. Д и д е р и х с. Газовая инфекция—роковая инфекция. Борьба состоит в 1) предохранении (сыворотка), 2) иммобилизации, 3) ранней диагностике. Симптомы: боль, повязка становится тесной, пульс резко учащается, хотя одышки нет, рентгеновое исследование на присутствие газа, метод Вette: кусочки мышц кладут в 4—6% раствор поваренной соли и, если они тонут, то здоровы, если всплывают, то, значит, содержат газ. Лечение: сыворотка и наблюдение за общим состоянием (сердце и кровяное давление) Местно: первичная обработка ран, вырезывание краев раны на 1½ мм.—операция требует большой осторожности, хороший debridement может также помочь. Лечение без сывороток давало не худшие результаты. В Германии на 11%, во Франции на 22% сыворотки улучшали прогноз.

Председательствующий на данном заседании проф. Н. Н. Петров остановился на новой клиникобактериологической классификации, он же различает медленные и быстроразвивающиеся клинические проявления анаэробной инфекции. Профилактика состоит в первичной обработке ран. Шов заманчив, но обоюдоострая вещь: надежно очищенную рану без натяжения можно попытаться зашить.

Последний день съезда был посвящен животрепещущему вопросу—*проблеме переливания крови*. Основные докладчики прив.-доц. Богдасаров и проф. С. И. Спасокукоцкий осветили *вопрос с точки зрения организационной и показаний к переливанию крови*. Вопрос о переливании крови прошел на съезде почти исключительно в разрезе оборонного его значения. Прив. доц. Богдасаров познакомил членов съезда с *состоянием дела переливания крови в империалистических странах и у нас в СССР*. Переливание крови, как мощный лечебный метод, должен быть доступным для широких рабочих и крестьянских масс. В целях повышения обороноспособности нашего Союза, мы должны принять все меры к подготовленности Красной армии и ее военно-санитарной службы по линии переливания крови. Поэтому ближайшие задачи в этой области должны сводиться к поголовному обследованию всего личного состава Красной армии на групповую кровяную принадлежность и подготовку кадров военных и гражданских врачей по вопросам переливания крови.

Проблема донорства—сложная проблема, от разрешения которой зависит успех распространения трансфузии, как лечебного метода. Она разрешается в настоящее время применением консервированной и трупной крови, особенно это важно в условиях военной обстановки, когда кровь будет заготавливаться в глубоком тылу и доставляться на боевую линию. Проблема трупной крови также представляет большой научный и практический интерес. Необходимо широкое развитие сети филиалов Института переливания крови с выработкой единой в СССР стандартной методики переливания крови и единой методики определения групповой кровяной принадлежности. Здесь же должна проводиться научная, практическая, пропагандистская и учебная работа, а руководство и планирование деятельностью филиалов-ячеек переливания крови на местах необходимо сосредоточить в Институтах переливания крови.

Другой докладчик по тому же вопросу проф. С. И. Спасокукоцкий разобрал *показания к переливанию крови*. Кровь, как лечебный материал, является безусловно дорогим лекарственным средством. Необходимо выработать действительные показания для применения этого метода и позаботиться о наибольшей доступности и дешевизне его. Главное показание к переливанию крови—острая кровопотеря, угрожающая жизни, как более остроящий момент в военной обстановке и при индустриальном травматизме. Жертвы быта, уличного движения часто являются показаниями для переливания крови. Кровяное давление является лучшим показателем, но относительным при различных состояниях организма. При хроническом малокровии и упадке сил, при подготовке к операции—показателем является гемоглобин и счет эритроцитов. Границы operability различных случаев (спленектомия, резекция желудка, внематочная беременность, септические состояния), судя по опыту выездов отряда Института (400 выездов), резко расширяются при сочетании с переливанием крови и являются наиболее частым показанием (200 раз). Опыт 200 переливаний говорит

о 35% выздоровлении. 29 случаев сепсиса дали 38% выздоровлений. 30 переливаний при ушном сепсисе дали вдвое пониженную смертность. Хронические инфекционные интоксикации являются благодарным объектом для переливания крови; сюда относятся ожоги в стадии нагноения, гноящиеся раны, плевриты, ограниченные перитониты, улцерозные колиты. Показано также переливание крови при интоксикациях на почве рака, илеуса. При болезнях органов кроветворения, пернициозной анемии, тромбопении, болезни Банти, при холемии, гемофилии—переливание крови не есть безусловное верное, но весьма рекомендуемое средство.

Для разрешения вопроса о донорстве в смысле широкого пользования кровью докладчик приводит материал по применению консервированной крови. Для целей переливания кровь бралась у беременных женщин, при эклампсии, у больных уремических, гипертоников, при травматических кровотечениях, апоплектическая кровь, застойная и, наконец, трупная кровь.

Д-р Попов указал, что проблема донорства в буржуазных странах и у нас в Союзе различна. В пролетарской стране нужно стремиться к постепенному отказу от платного донорства, расширив самопомощь и взаимопомощь. Донорство в военной обстановке должно быть построено на идее добровольного донорства, товарищеской помощи и взаимопомощи.

Еланский отметил, что подготовкой кадров должны заниматься МедВУЗы, Инстит. переливания крови и Институты для усовершенствования врачей.

Ленинградская бригада—проф. Э. Р. Гессе и д-ра М. А. Маянца и А. Н. Филатов—поделились клиническими и экспериментальными наблюдениями над переливанием крови на материале Хирургической клиники 2. Л. М. И. и станции скорой помощи. С 1924 по 1932 г. было произведено 664 переливания крови, в 57% прямым методом. Ленинградцы не являются сторонниками применения исключительно цитратного способа переливания крови. Аппарат для переливания крови употребляют сконструированный сотрудником клиники д-ром Лансбергом. Переливание крови было произведено по поводу кровопотерь в 94 случ., обратное переливание излившейся крови (внематочная беременность, разрывы печени и селезенки)—в 87,2% отмечается положительный эффект. Для повышения резистентности больного до и после операции переливание произведено в 171 случ., успех в 73%. По поводу шока переливание крови производилось в 33 случаях: в 7 случ. дали хороший результат при уже наступившем шоке. При пернициозной анемии в 22 случаях, в 13 случаях неудовлетворительный результат (лейкемия), с целью гемостаза—в 95 случаях с 62% успеха. Прекрасные результаты дает переливание крови при брюшно-тифозных язвах. В одном случае наблюдался гемолиз вследствие неправильного определения групп. Гемолизированная кровь вызывает падение кров. давления и спазм почечных сосудов. После денервации почки и введения новой человеческой крови спазм исчезал. Патологоанатомически наблюдается набухание паренхимы и гломерул. Консервированная кровь менее опасна, чем свежая, в смысле возможности гемолиза. При гемолизе в первую очередь нарушается функция почки, при наступившем гемолизе необходимо произвести обильное переливание совместимой крови (дежурная консервированная кровяная группа O), немедленную денервацию a. renalis, декапсуляция же почки нецелесообразна.

Проф. Я. О. Гальперн считает, что искания донорства не исчерпаны. Возможно переливание крови от животных к человеку. Необходимо осторожно подойти к подобным опытам и наблюдениям.

Проф. С. С. Юдин поделился своим материалом переливания крови и особенно остановился на применении трупной крови.

Проф. А. В. Вишневский предложил при гемолизе производить вместо денервации почки местную анестезию по его методу.

Проф. Э. Р. Гессе, председательствовавший на данном заседании, в заключительной речи отметил, что переливание крови является важным видом неотложной помощи в хирургии. Вопрос о подготовке кадров по переливанию крови должен занимать ВУЗы и техникумы. В первую очередь должны быть курсы для хирургов, а затем и прочих врачей, а также и медицинских техникумов. Нужно стремиться к добровольному бесплатному донорству, но пока в настоящее время прибегать к платному донорству. Страстные прения вызвал на съезде вопрос о выборе метода переливания крови, цитратный или прямой: цитратный метод дает больше осложнений, чем прямой, но последний сложнее.

Для Красной армии и педагогических целей необходимо придерживаться единого метода—цитратного. Но при этом, конечно, не следует забывать и о прямом методе. Консервированная кровь сулит большие преимущества для обороноспособности страны. Нецелесообразно широкое применение вливания неполноценной крови (эклампсия, уремия). Употребление трупной крови чрезвычайно важно для обороны страны. Опасность заражения через трупную кровь сифилисом невелика, можно производить реакцию Вассермана и патологоанатомическое вскрытие. Аппаратуру для переливания крови необходимо упростить и стандартизировать, надо приветствовать демонстрации аппаратов, позволяющих избавиться от импорта. Относительно гемолиза нужно научиться предупреждать это осложнение и выработать рациональный метод борьбы с ним. Предложение проф. Вишневского реально, но здесь опасна возможность ранения сосудов. Предложение пользоваться иммунизированными донорами (например при тупой инфекции)—мысль вполне правильная.

На этом закончилась основная программа съезда.

Дальше проф. Н. Н. Бурденко сделал сообщение „о стандартизации хирургических инструментов“ или как он называет „товароведение в хирургии“. Необходимо отобрать наиболее пригодные инструменты для хирургической практики, составить типизированные каталоги и сделать заказ нашей промышленности для изготовления. Такой первоочередной список составлен и в ближайшее время будет разослан на места с просьбой высказаться, насколько он удовлетворяет массу хирургов. Образцы инструментов были представлены в фойе на выставке съезда.

Перед закрытием съезда выступил нарком здравоохранения тов. Владимирский и отметил небывалую активность съезда, конкретность и деловитость подхода к разрешению поставленных вопросов. Работники Наркомат здравоохранения внимательно следили за работой съезда, деловые предложения и резолюции съезда Наркомат постарается провести в жизнь. Вопрос о том, какую роль должна играть ортопедия может быть разрешен лишь в конкретной обстановке.

Созыв следующих хирургических съездов намечается раз в три года общесоюзных и ежегодно республиканских и краевых.

## Библиография и рецензии.

R. Berg. *Eiweißbedarf und Mineralstoffwechsel bei einfachster Ernährung*. Стр. 239. 1931. S. Hirzel. Leipzig. Цена М. 10.50.

В последнее время многие вопросы диететики подвергаются пересмотру. В этом направлении не мало сделано автором разбираемой книги. Исследования его отличаются большой оригинальностью, и если не во всех отношениях они получили уже общее признание, то во всяком случае с ними всюду считаются. Ввиду крайней важности я считаю необходимым привести вкратце те выводы, которые автор дает на основании чрезвычайно тщательно поставленных опытов. После богатых щелочами предварительных периодов получается истинный минимум для потребности в белке, если испытываемая пища сама достаточно богата основаниями. При богатом основании в предварительном периоде, но богатой кислотами испытываемой пище потребность в белке уже ясно нарастает (5—10%). При богатом кислотами предварительном периоде, но богатой щелочами испытываемой пище потребность в белке повышается по сравнению с истинным минимумом приблизительно на 10%. При богатом кислотами предварительном периоде и богатой кислотами испытываемой пищи повышенная потребность в белке возрастает, смотря по длине предварительного периода и по содержанию кислот во время его в испытываемой пище, от 20—30 до 100%.

Использование пищевого белка, прямое или косвенное, зависит от отношения неорганических оснований к неорганическим кислотам как в организме, так и в пище. Для наилучшего использования белка необходим богатый избышек оснований в организме и пище. Поэтому истинные минимальные размеры потребности организма в белке можно найти только в том случае, если имеется избышек оснований в организме и пище. При повышении избышка кислот в организме или



пище потребность организма в азоте непрерывно возрастает, пока, наконец, физиологическая невозможность немедленного выведения шлаков почками не помещает дальнейшему повышению и симулирует накопление. Благодаря этому, наконец, оптимальные величины (V o i t) могут иногда стать минимальными величинами. Указанные в литературе данные относительно азота не соответствуют минимальной потребности в нем, а представляют случайные цифры, зависящие от степени случайного переокисления. Белки различных пищевых средств неравноценны. В будущем необходимо будет для оценки пищевых средств указывать количество перевариваемого чистого белка. Использование пищевого белка при достаточном излишке оснований одинаково у взрослого и в растущем организме, с той лишь разницей, что в юношеском возрасте пищевые вещества лучше используются, и излишек кислотности не оказывает меньшее влияние и меньше препятствует пользованию белков, особенно если они полноценны. Организму 16—18-летнего юноши на тот же вес необходимо в среднем на 50% больше белка, чем взрослому.

В конце книги приведено множество таблиц, представляющих протоколы опытов как самого автора, так и известных специалистов по диететике С. и W. R ö s e.

Проф. М. Я. Брейтман.

Prof. L. P u u s e e p p. *Chirurgische Neuropathologie*. I Band. Die peripherischen Nerven. Стр. VIII + 662, рис. 330, с отдельными таблицами 1932 г. Цена 6 дол. J. O. K r ü g e r, Tartu (Dorpat).

После большого трактата проф. Л. М. Пуссена об опухолях мозга мы имеем перед собой начало нового большого труда по хирургической невропатологии. Первоначально эта работа появилась на русском языке в издательстве „Практическая медицина“ в 1916 г. В этом издании большое содействие а. оказал покойный Ф. В. Эттингер, который сделал все возможное для наилучшего осуществления этого труда, но трагически погиб до его появления на свет. Согласно широко задуманному плану настоящий труд рассчитан на четыре больших тома; второй из них будет посвящен спинному мозгу, третий—головному мозгу и четвертый—вегетативной системе. Богатый тридцатилетний опыт автора, являющегося одним из первых основоположников хирургической невропатологии, а также его прекрасное знакомство как с иностранной, так и с русской литературой (из русских авторов цитируются: Андреев, Безверженко, Бехтерев, Вишневский, Доброхотов, Жуковский, Залкинд, Корнилов, Лацинский, Лещенко, Лурье, Молотков, Озеров, Поленов, Попов, Разумовский, Рахманов, Сапожков, Склярчик, Смирнов, Соболев, Сенявин, Сперанский, Ставраки, Филатов, Шамбуров, Шатенштейн, Янишевский, Ярицын и мн. др.), делает эту работу выдающимся вкладом в разбираемую область. Благодаря прекрасно описанной клинической картине, дифференциальной диагностике и терапии труд интересен не только для невропатолога и хирурга, но и не в меньшей степени для терапевта, эндокринолога, дерматолога и т. д. Можно лишь присоединиться к пожеланию, высказанному уже в иностранной прессе, чтобы и следуюцию томъ этого прекрасного руководства не заставили себя долго ждать.

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

Проф. М. Я. Брейтман.

N. E. I s c h l o n d s k y. *Neuropsyché und Hirnrinde*. I. *Der bedingte Reflex und seine Bedeutung in der Biologie, Medizin, Psychologie und Pädagogik*. Ein Handbuch der experimentellen Reflexologie für Fachleute und Studierende. Mit 39 zum Teil mehrfarbigen Abbildungen im Text. 1930. Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien. Стр. 328. *Neuropsyché und Hirnrinde* II. *Physiologische Grundlagen der Tiefenpsychologie unter besondere Berücksichtigung der Psychoanalyse*. Ein Handbuch für Studierende, Aerzte, Psychologen und Pädagogen. Mit 15 zum Teil mehrfarbigen Abbildungen im Text. 1930. Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien. 356.

Книга д-ра Н. Е. Ишлондского состоит из двух больших томов. Первый из них посвящен условному рефлексу и его значению в биологии, медицине, психологии и педагогике. В предисловии излагается значение учения об условных рефлексах, главным образом по работам И. П. Павлова и его учеников, а отчасти и на основании собственных опытов автора. Очень интересен случай, ка-



сающийся солдата, у которого вследствие огнестрельного ранения были сделаны на лице пластические операции и получилась ненормальная чувствительность вследствие иррадиации нервного раздражения: при покалывании кончика носа, на который была пересажена кожа с предплечья (при закрытых глазах больного), пациент на вопрос, где произведен укол, всегда отвечал: на предплечии. Механизм этой ненормальной чувствительности подробно объяснен. Явления дифференцировки условного рефлекса иллюстрированы интересными цветными диаграммами. В конце тома приведен подробный литературный указатель, в котором упомянуты пять работ самого автора.

Если содержание первого тома в сущности представляет изложение работы школы И. П. Павлова, то во втором томе („Физиологические основы глубинной психологии“) д-р Ишлондский делает самостоятельную попытку применить эти основные законы и провести объективный анализ человеческой невропсихики как в ее нормальных, так и патологических проявлениях, т. е. выяснить механику и динамику этих процессов. Кроме динамики здесь отведено большое место и статистике. Специально рассматриваются вопросы, касающиеся сна, внушения, гипноза, речи, сознательных и бессознательных процессов, Фрейдовской теории, явлений вытеснения, психоневрозов, значения полового центра в их происхождении, техники психоанализа и лечения психоневроза. И в этом томе мы находим ряд интересных цветных схем. Каждая глава обоих томов заканчивается краткими выводами. В таком виде применение Павловского учения об условных рефлексах к психоанализу проводится впервые и уже нашло широкий отклик; несмотря на сравнительно недавнее появление книги Ишлондского она цитируется уже в целом ряде иностранных работ, и очень много сделала для популяризации учения Павлова за границей среди широких врачебных масс. Можно надеяться, что применение учения проф. И. П. Павлова к психоанализу выведет последний из тупика фантастических спекуляций и мистицизма, куда нередко попадают последователи Фрейда, на объективный путь физиологии, указанный Павловым. Можно вполне пожелать этой книге того успеха, который ей вполне заслужен и которым она уже пользуется в настоящее время.

Проф. М. Я. Брейтман.

К. Holm и др. *Laboratoriumstechnik in der Medizin*. стр. 714. Hamburg, P. Hartung 1931.

Великолепно изданный том содержит по мысли редактора „теоретические основы и практическое выполнение физических и химических способов исследования и является учебником и вспомогательным руководством для лабораторной работы“. Книга составлена исключительно гамбургскими профессорами и врачами и содержит следующие 20 отделов, из которых некоторые даны в этом виде впервые: физические способы исследования и их основы; неорганическая и органическая химия; химические способы исследования; химия пищевых средств; краткое руководство к исследованию воды и источник вод; исследование воздуха; нормальная макроскопическая и микроскопическая анатомия; гистологическая техника; физиология; учение о функциях тела; физиологическая химия; определение понятия о болезни; общая бактериология и учение об иммунитете; специальная бактериология заразных болезней; бактериологическое исследование пищевых средств; клинические способы исследования; исследование экскретов, крови и секретов микроскоп; теоретическое и практическое введение в фотографию для научной лаборатории; микрофотография; графическое изображение, как вспомогательное средство при работе. В книге мы находим множество черных рисунков и 4 художественно выполненных таблицы в красках.

Такой характер изложения имеет как свои достоинства, так и недостатки. С одной стороны, сопоставление всех основных лабораторных данных в одном томе с устранением всего лишнего дает возможность усвоить все необходимое в виде стройно координированной системы; с другой стороны, необходимость уложить ряд дисциплин в сравнительно небольшой том невольно приводит к большой краткости, сжатости изложения, так что такого рода учебник не может заменить подробных руководств по лабораторной технике; но то, что дано, изложено вполне согласно с современным положением науки. Как учебник для начинающих, книга заслуживает полного одобрения.

Проф. М. Я. Брейтман.

*Nosokomeion*. Под этим названием третий год выходит раз в три месяца на трех языках (немецком, английском, французском) журнал, посвященный больничному делу. В течение 1931 года вышло четыре больших тома, представляющих целую энциклопедию по вопросам больничного строительства. С 1932 года журнал выходит в увеличенном формате, в обложке, которая украшена барельефом, изображающим врачебную помощь больному. Январская книга посвящена чрезвычайно интересной теме о роли больницы в общем здравоохранении. Здесь подчеркивается в особенности профилактическая роль больниц (Wilbur). Описывается английская система приспособления больницы к потребностям данного населения (Newman). Далее отводится большое значение роли больницы, как рассадника санпросвета (Mougiere). Указывается значение итальянских больниц в деле охраны здоровья населения (Ronzani). Соответственная глава о Германии и об Австрии написана Plankom. Simpson подробно останавливается на том, как австралийские эмигранты создали из австралийских больниц орган и центр профилактики и затем провели эту точку зрения законодательным путем. Работы в этом направлении, проводимые в обновленной Турции, изложены Husamedin'ом. Williams подробно излагает постановку дела в Соединенных Штатах Северной Америки и резюмирует приводимые им данные в 15 положениях. Затем такие же обзоры посвящены профилактической роли больниц в Шотландии (Kinloch) и в Канаде (Agnew). После краткой хроники мы находим, наконец, чрезвычайно подробный библиографический указатель литературы по больничному делу, а также краткие авторефераты книг, появившихся по этому вопросу. Журнал, несомненно, выполняет давно назревшую потребность, и было бы чрезвычайно полезно, чтобы кто-нибудь из советских больничных деятелей ознакомил иностранных читателей этого журнала с достижениями советского больничного дела, которые во многих направлениях представляют значительный шаг вперед по сравнению с тем, что делается за границей.

Проф. М. Я. Брейтман.

*Finiska Läkarsällskapets Handlingar*. Январь 1932 г.

Указываемый выпуск журнала содержит монографию Р. Сиверса (Sievers) под названием „Врачи прошедших времен. Медицинские шефы и архитекторы в Финляндии во время XIX столетия“. Приведены биографии и оценка деятельности десяти крупнейших административных деятелей в Финляндии с их портретами. Трое из них занимали одновременно обе указанные выше должности. Насколько это возможно при современных условиях в Финляндии, изложение все время остается объективным и состоит преимущественно в перечислении фактических данных. За это время и сам автор, занимавший крупное административное положение в Финляндии, умер, и ему посвящен подробный некролог с портретом.

Проф. М. Я. Брейтман.

## Рефераты.

**Работы проф. Zondek'a о метаболизме брома в организме и об его значении при депрессии и сне.**

За последние месяцы состоялся ряд докладов в немецких мед. о-вах (а один в Москве, куда приезжал проф. Zondek) и появился ряд кратких сообщений известного немецкого эндокринолога проф. Zondek'a о метаболизме брома и биологической роли этого галоида. Принимая во внимание личность автора и значение вопроса, который, быть может, открывает новую главу биологии и клиники, мы считаем необходимым теперь же дать рефераты этих кратких сообщений Zondek'a, хотя они и являются только предварительными.

Проф. Zondek и др. Vièr „Бром в крови при маниакально-депрессивном психозе“. Сообщ. I (Klinische Wochenschrift, 1932, № 17). Известна тесная связь, существующая между эндокринными железами и психическими процессами. Стоит вспомнить повышенную раздражительность нервной системы при менструальных и климактерических состояниях, колебания настроения в родильный период, осыпаящее действие возраста созревания, тупость при микседеме, психическую подвижность

Базедовиков, т. н. „гипофизарное настроение“ при заболеваниях гипофиза с своеобразным равнодушием и эйфорией. Изучение последней эндокринной железы представляет особый интерес потому, что заболевание ее наряду с соматическими симптомами (расстройство теплорегуляции, патологическое ожирение или похудание, расстройство водно-солевого обмена и т. п.) обнаруживается еще часто жалобами психического порядка, начиная с легкого угнетения настроения, доходящего иногда до степени выраженной депрессии.

В вопросе эндокринно-психического соотношения авторами было предпринято исследование не одного какого-либо гормона, а содержание брома крови по образцу анаргонического катализатора иода, имеющего громадное значение для тироксинной молекулы. Содержание брома в крови по исследованиям авторов (по способу Pincussen'a и Roman'a, видоизмененного Bier'ом) у здорового человека оказалось равным 1 mg. ‰, причем на эту цифру не влияли ни сезонные колебания, ни содержание поваренной соли в пище, ни питание, ни наличие органических заболеваний (сердечные страдания, карциномы, тбс и т. п.) При исследовании брома душевно-больных авторами был взят психоз с совершенно неизвестной этиологией, при котором скорее всего можно было ожидать обменных изменений (каталитического происхождения) как по полярной широте его напряжения, так и периодическому течению—исследовались б-ые, страдающие маниакально-депрессивным психозом.

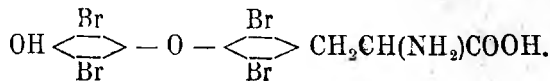
Из 40 б-ых настоящего эндогенного маниакально-депрессивного психоза 35 дали понижение на 40—60% количества брома в крови, причем это, как правило, относилось лишь к случаям эндогенного психоза, а не к так называемым реактивным формам. В исследованных случаях падение бромового числа иногда следовало за развитием психоза, иногда же предшествовало ему, но что всего удивительней всего, всегда показывало низкие цифры по отношению к обоим фазам психоза как маниакальной, так и депрессивной, что может говорить о противоположных направленных отклонениях при однородных по своей сути клинических процессах и что клинически, может быть, и выражается в существовании смешанных маниакально-депрессивных состояний. Во время исследования авторов произошел, между прочим, очень интересный случай: у одного видимо здорового студента было найдено очень низкое бромное число; через несколько дней он заболел приступом мании.

Для решения дальнейшего вопроса о специфичности низких бромных чисел для маниакально-депрессивного психоза, авторами были поставлены исследования и на ряде других душевных страданий—параноидных, эпилепсия, пр. параличе и т. п., но везде там бром крови оказывался „нормальным“. Некоторое исключение представила группа 16 пизофренических б-ых, из которых у 5-ти пробы крови дали низкие цифры, но во всех этих случаях обязательно отмечался более или менее выраженный депрессивный фон основного страдания. Установление недостатка брома в крови при циркулярном психозе, преимущественно в форме органически связанного брома, наметило некоторые пути терапии. Ряду б-ых был прописан бром, но не в ионизированной форме и не в обычных больших количествах, а как молекулярный бром в малых дозах (ежедневно  $\frac{3}{4}$  mg.), и у большинства из них после 2—4-недельного лечения депрессивная фаза склонялась к окончанию и, несомненно, что хотя бром и не является лекарством против эндогенной депрессии, но он все же указывает направление для этих поисков. В дальнейшем авторами было получено содержащее бром вещество из гипофиза в растворимом виде (см. сообщ. II и III).

Проф. Zondek и др. Bier. „Содержание брома в гипофизе и его отношение к возрасту жизни“. Сообщение II (Klinische Wschr. 1932 г., № 18). В этом сообщении авторы рассматривают отношение бромового обмена, и в частности содержание его в крови, к эндокринным железам. Из всех эндокринных желез и различных частей мозга лишь гипофиз обладает большим содержанием брома. Из долей его передняя занимает первое место, затем следует pars intermedia; задняя содержит лишь следы брома. При исследовании бромового содержания гипофизов человека, авторы интересовались и половыми особенностями субъектов, исходя из известного факта, что циркулярный психоз чаще встречается у женщин климактерического возраста. Исследовав большое количество гипофизов у людей, умерших от различных болезней, авторы нашли, что цифры количества брома у мужчин в возрасте 45—60 лет лежат у нижней границы нормы, в то время как у женщин того же возраста они значительно ниже, примерно на  $\frac{1}{2}$  по-

сравнению с более молодыми возрастами. Попутно авторы отмечают, что с возрастом количества брома в гипофизе, как у мужчин, так и у женщин, прогрессивно падают и, начиная с 75-летнего возраста, гипофиз обнаруживает лишь следы брома. Может быть, здесь имеет значение свойственное старческому возрасту понижение темперамента, аффектов и самого размаха душевных колебаний, связанных с уменьшением продукции веществ, способных колебать психическое равновесие.

*Проф. Zondek и др Bier „Гипофиз и сон“.* Сообщ. III (Klinische Wschrft., 1932 г., № 18). Поводом для работы послужил факт наличия у маниакально-депрессивных б-ых как чрезвычайно частого симптома—бессонницы. Исследование содержания брома в различных участках мозга показали преимущественное содержание его в области центров промежуточного мозга. Установив на большом количестве человеческих и животных мозгов нормальное распределение брома, авторы исследовали эти отношения во время сна. Опыты производились на собаках после 2—3 дневного искусственного сна. Оказалось, что ни в области крыши, ни в области дна 3-го желудочка нельзя заметить прироста брома, но в medulla oblongata наступает накопление брома во время сна, в то время как в других участках мозга не замечается падения бромной концентрации. Было предположено, что бром продуцируется в форме органического тела гипофизом. Различие между убитыми собаками во время сна (22 случая) и собаками, убитыми во время бодрствования, стало очевидным. Содержание брома в нормальном гипофизе доходит до 15—30 mg %, а в гипофизе спящих животных концентрация падает до 5—7 mg %, в то время как medulla oblongata в бодрствующем состоянии показывала цифры концентрации от 0,38—0,41 mg %, а в спящем состоянии животного концентрация доходит до 0,61—0,64 mg %. Через 3—4 часа после сна и гипофиз, и medulla oblongata показывают нормальные цифры. Следовательно, бромгормон гипофиза является специфическим для возникновения сна, и проблема сна должна рассматриваться как проблема гормона. Опираясь на известную формулу Thygoxin'a, которому вод сообщает свое действие, авторы заменили в формуле вод бромом и получили аналог бромового катализатора, образующегося в гипофизе, „Tetragromodesjodothygoxin“ со следующей структурной формулой:



Это вещество уже в дозе одного mg оказывает утомляющее и вызывающее сон действие. После окципитального укола в цистерну собаки 3—5 mg его, собака обнаруживает ясные признаки усталости, акинеза, апатии. Такое состояние длится 10 часов. Введение NaBr, Thygoxin'a, других гипофизарных гормонов (Protan, Нурорфизин) этого действия не вызывает.

*М. Кислев.*

## Памяти А. Шлосмана.

В Дюссельдорфе (Германия) 5-го июня с. г. умер на 65-ом году жизни один из виднейших представителей педиатрии и социальной гигиены директор детской клиники Академии практической медицины проф. Артур Шлосман.

Широким кругам советских врачей Шлосман знаком как автор прекрасной работы о детском туберкулезе, вышедшей в русском переводе в 1924 г. Он является редактором всемирно-известного 4-томного руководства по детским болезням и одним из редакторов (вместе с Готштейном и Телеки) много-томного руководства по социальной гигиене.

В медицинском мире Запада Шлосман представляет своеобразную и интересную фигуру. Основной характер и направление его деятельности намечались уже в первом его научном труде 1891 г., где им были выставлены требования систематической санитарно-просветительной работы с матерями, денежных пособий для рожениц, законодательного ограничения работы женщин и детей, создания дешевых гигиенических жилищ для рабочего класса и т. п. Когда Шлосман начал свою врачебную деятельность, смертность в стацио-

нарных учреждениях для детей грудного возраста была огромна: около 75% в среднем. Получив возможность организовать такое учреждение в Дрездене, он построил по новому всю систему работы в нем: стал широко применять женское молоко в качестве лечебного средства, устроил специальную молочную кухню для детей, воспитал кадры хорошо обученного среднего персонала, организовал патронат для беспризорных младенцев, и вскоре добился снижения смертности в несколько раз, так что выработанная им система работы послужила образцом для других городов. Выяснением сущности так наз. „госпитализма“, уносившего бесчисленное количество жертв в учреждениях старого типа, и указанием путей к его преодолению Ш л о с м а н устранил одно из важнейших препятствий к развитию и росту стационаров для маленьких детей.

Ставши в 1906 г. директором детской клиники в Дюссельдорфе, Ш л о с м а н создал из нее учреждение, которое по своему устройству и оборудованию является образцовым и поныне. Будучи сам талантливым клиницистом, он все же ставил профилактическую деятельность выше лечебной и считал идеалом не врача-лечебника, а врача-профилактика („Gesundheitsarzt“). Соответственно таким взглядам он и руководимую им клинику сделал организационным центром по борьбе с детской смертностью во всем округе и местом подготовки кадров различной квалификации для работы по охране ребенка. Отчетливое понимание социальной обусловленности болезней заставляло Ш л о с м а н а все больше внимания уделять вопросам социальной гигиены; он углубляется в разработку различных сторон демографии, статистики, экономики. В дальнейшем мы видим его деятельным участником законодательных органов при выработке положений о борьбе с туберкулезом и другими социальными болезнями, о подготовке медицинского персонала, о социальном страховании, об охране детства и др. Организованная Ш л о с м а н о м в 1925 г. выставка впоследствии была превращена в постоянный государственный музей социальной гигиены и экономики.

Значительная часть того, что сделано Ш л о с м а н о м по выработке методов гигиенического воспитания ребенка и по созданию новых форм социально-гигиенической работы, легла в основу современной индивидуальной и социальной гигиены детства. Рабочие учреждения социального воспитания для детей раннего возраста, сеть которых получает у нас в настоящее время такое широкое распространение, во многом опирается на методы, разработанные Ш л о с м а н о м.

Проф. Е. Лепский.

## Хроника.

43) 25 по 30 июня с. г. НКЗ РСФСР было созвано *методическое совещание по медобразованию*. Основным вопросом стоял вопрос об улучшении качества выпускаемых врачей. Постановлено принять все меры к поднятию *активности* в работе студентов, вводятся лекции, НПП сокращается до 35 декад за все время прохождения курса медфака (примерно: на I курсе—3 декады, на II—9, на III—9, на IV—9 и 5 декад на посевные и уборочные кампании между III и IV курсами). Профессор является ответственным за все преподавание на кафедре, он производит индивидуальную проверку по всему его курсу по окончании его, он дает отзывы о всех оставляемых в качестве аспирантов, об успехах студентов, на основании чего дирекция назначает стипендии им. и т. д.

44) По решению коллегии Наркомздрава РСФСР в Ленинграде на базе больницы им. Нечаева организуются высшие *врачебные медицинские курсы*. Осенью этого года на курсы будет принято 160 чел. Здесь будут готовиться квалифицированные врачи-терапевты.

45) Коллегия Наркомздрава РСФСР утвердила *наметки по развитию сети здравпунктов во втором пятилетии*. В среднем на каждые 300—350 чел. рабочего населения будет один здравпункт. Если в 1932 году по РСФСР этих пунктов насчитывается 3.965, то в 1937 г. их будет 13.032.

46) Совнарком РСФСР выделил 30 тысяч рублей на финансирование *изыскательских работ по строительству водопровода и канализации в Якутске*.



Якутский водопровод — это первый водопровод, который будет проложен по землей, находящейся в условиях вечной мерзлоты.

47) В Ашхабаде (Туркм. ССР) открыт Государственный трахоматозный институт с отделениями: сан эпидемиологическим, экспериментально-бактериологическим и клиническим на 60 коек. Директором института состоит К. И. Цыкуленко.

48) Назначенный на 23 июня с. г. в Харькове всесоюзный VI менделеевский съезд по теоретической и технической химии переносится, по просьбе ряда академиков и ученых и в соответствии с решением президиума комитета по химизации, на 25 октября этого года.

49) Комиссия при Комкадемии под председ. проф. О. Ю. Шмидта по назначению премий имени В. И. Ленина (по 2000 руб.) присудила премии за 1931 г. акад. Губкину (геология нефти), акад. Мандельштаму (физика), проф. А. Н. Фрумкину (химия), акад. В. Р. Вильямсу и проф. А. А. Ухтомскому за работы по физиологии нервной системы.

Комиссия по премированию научных трудов при Наркомпросе среди других премированных присудила премии за следующие медицинские работы: 1) проф. М. С. Маргулису. Органич. заболевания нервной системы у детей—750 р., 2) проф. И. Г. Лукомскому. Туберкулез рта—500 р., 3) И. Д. Соловю, А. Н. Фрумкину, М. М. Михайлову. Рентгенологический атлас хирург. забол. мочеполовой системы—750 руб. и 4) Я. А. Эголинскому. Операции и опыты в физиологии—750 р.

50) На VII Всесоюзной конференции ВЛКСМ Максим Горький обратился к собранию с речью, указывающей на нужду в огромных кадрах медиков в СССР и на необходимость для молодежи идти на медфак. М. Горький говорил:

„В огромном количестве наша молодежь стремится в техникумы, стремится в инженеры. Это, товарищи, совершенно естественно. Мы индустриализуем страну. Нам нужны огромные кадры инженеров. Это верно. Верно. Но рядом с этим, товарищи, нам нужно многое другое. Нам, например, нужны огромные кадры медиков, людей, охраняющих здоровье страны. У нас их мало. И по сравнению с инженерами они поставлены в иные, гораздо более тяжелые условия. По этой причине на медицинские факультеты молодежь идет не очень охотно, как вы сами об этом знаете, как об этом свидетельствуют многие из преподавателей, из профессоров. Я уже упомянул о том, что инженеры нужны. Не меньше нужны и медики — специалисты по болезням детским, по гигиене и т. д.

Нужно какое-то правильное распределение сил. Нужно молодежи нашей идти всюду, где не хватает культурных сил, которые могут перестроить и уже перестраивают нашу страну.

Я мог бы привести ряд фактов, когда студенты из медицинских школ перескакивают в индустриальные техникумы. Мог бы указать и такой факт, что вот человек выучился на врача, уехал куда-то, живет там, лечит плохо, на него жалуются. Да он и сам знает, что он плохой врач. Он пишет, — что „меня медицина не интересует, я чувствую склонность к литературе“. Тем не менее он там остается и делает свое дело.

Я не стану останавливаться на таких фактах. Но у меня их очень много. Товарищи, вопрос, который я поставил, — это вопрос огромной важности. Медицина — наука, которая охраняет здоровье страны. В руках медицины здоровье детей, тех, которые через несколько лет станут на ваше место. У нас немного, очень немного старых талантливых специалистов, и они постепенно вымирают. Они, тем не менее, создали огромное и прекрасное наследство. Но вот они говорят, что пользоваться этим наследством наша молодежь не умеет и что возможно такое положение, когда мы останемся с плохими врачами, очень плохими врачами не только в деревне, но и в городе. Тут что-то надо делать.

Я еще раз повторяю, что для вас вопрос этот не может быть чуждым вопросом. Вообще для вас в этой стране нет ничего чуждого, не может быть ничего, на что вы не должны были бы отзываться. Сегодня вы комсомольцы, завтра вы партийцы, встанете на ответственные места. И вот, мне кажется, что вам нужно обратить серьезное внимание на эту сторону дела, заняться правильным воспитанием и распределением ваших сил.



Мы в области культуры немножко отстаем. Но в нашей молодежи столько энергии, что не может быть ни паники, ни упреков. Вы прекрасно умеете работать. Прекрасно работаете. Вас на все хватит. Вы люди сильные, энергичные, понимающие революционные вопросы жизни и значение социалистического труда.

Я еще раз повторяю: не может быть и не должно быть ни одного вопроса, который стоял бы вне вашего внимания. А затем, товарищи, я кончу, пожелаю вам еще более усилить вашу энергию, показать еще больше прекрасного героического труда, которым вы удивляете весь мир. (*Бурные аплодисменты*).

51) В Deutsche mediz. Wochenschrift (1932 № 27) появилась интересная статья д-ра Keiser'a, пытающаяся составить *пятилетний план потребности во врачах в Германии* (1931—1936 г.г.). Согласно подсчету „Reichs-Medizinal-Kalenders“ в Германии к концу 1930 г. имелось 51389 врачей, причем около 52% состояло в цветущем, практически опытном возрасте 30—45 лет; свыше 65 лет среди работающих врачей было около 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> тысяч врачей, молодых до 30 лет—4023. Умерло врачей в 1929 г.—952, 1930 г.—839, 1931 г.—782 чел., смертность равна 14 на 1000, тогда как в среднем населении смертность равна 12 на 1000. Ежегодно переходит на покой около 700 врачей, так что ежегодно в Германии требуется замена в 1200—1400 врачей; увеличение населения требует ежегодно 200 чел. врачей, улучшение здравоохранения около 300. Таким образом в пятилетку 1931—1936 г. понадобится ежегодно новых 1400—1900 врачей, а будет выпущено медицинскими факультетами Германии ежегодно с 1400 до 4000 чел., т. к. в последние годы резко возросло число студентов медиков (с 1589 м.+264 ж. в 1924/25 г. до 4664 м.+1086 ж. в 1930/31 г.) Keiser предупреждает поэтому не идти на медфак. Такова немецкая врачебно-санитарная пятилетка. Какая разница с нашей Союзной пятилеткой, какие минимальные цифры развития здравоохранения!

52) Венская „Нейе фрейе прессе“ помещает отзывы ректоров австрийских высших учебных заведений *о перспективах оканчивающих высшие учебные заведения*. Проректор Венского университета так характеризует эти перспективы: „По моему мнению, будущность нашей университетской молодежи совершенно бесперспективна. Молодежь знает, что все дороги для нее закрыты. Лишь ее отчаянная безнадежностью я объясняю все повторяющиеся университетские беспорядки.“

Ректор высшей технической школы заявляет: „Кризис особенно сильно задел наших оканчивающих инженеров. Никто из них не сможет найти себе применения. Каждый год высшая техническая школа выпускает сотни инженеров, и прямо загадка, что они делают и куда деваются. Я удивляюсь мужеству молодых людей, которые работают в наших аудиториях и лабораториях, хотя они прекрасно знают, что их ждет“.

Ректор института почвоведения пишет: „В лучшем случае 10 проц. оканчивающих наш институт устроятся за границей. Остальные 90 проц., а среди них многие крестьянские сыновья, после окончания вернутся к своим родителям и вынуждены будут применять свои знания в отцовских хозяйствах. Работы в области почвоведения в Австрии очень много, но для оплаты ее не достает денег“.

53) Журнал „Medizinische Welt“ приводит анкету директоров больниц озаглавленную: „Голодает ли Германия“. Ответы показали „с ужасающей четкостью, насколько близко к границе полного голода подошли огромные слои населения“. Уже несколько месяцев назад в Германии распространилась *голодная болезнь*, вызывающая появление пятен под кожей. Директор городских больниц и амбулаторий Эссена Пфейфер сообщил, что прибывающие в последнее время в больницы, особенно женщины и дети, страдают от недоедания. Заболевания рахитом приняли массовый характер. Родители говорят, что они не в состоянии кормить детей. Профессор Беме из Бохума сообщает, что состояние прибывающих сейчас больных на почве недоедания значительно хуже, чем у тех, кто поступал раньше в больницы. Профессор Умбер в Берлине сообщает, что все прибывающие в последнее время трудящиеся-больные страдают от общего недоедания и полного истощения. Основная масса населения питается лишь хлебом, картофелем и маргарином в весьма ограниченном количестве. Число калорий, содержащихся в пище, доходит в день до 1.400 при необходимом для физической работы минимуме в 2.300. „Не меньше четверть

всего населения Германии стоит на грани полного голода“,—констатирует в связи с этим опросом буржуазная „Лейпцигер нейсте нахрихтен“.

54) Reichsgesundheitsblatt № 22 от 1.VI с. г. сообщает *цифры рождаемости и смертности в Германии* за 1931 г.: рождаемость равна 16,0 на 1000, общее число прироста населения против 1930 уменьшилось на 96000 чел. Детская смертность уменьшилась против 1930 г. на 0,1. Наибольшая рождаемость отмечается в восточных провинциях: на 1000 чел. родилось в Верхней Силезии—24,0, Восточной Пруссии—20,8, Ольденбурге—19,4 и Позене—18,9; наименьшая—в Берлине—9,1, Гамбурге—12,4, Саксонии—12,9 и Любеке—13,1.

55) По сведениям Reichsgesundheitsblatt *число официальных зарегистрированных занимающихся лечением знахарей в Германии* с каждым годом увеличивается:

В 1876 г.	было всего	670 знахарей,	из них	95 женщ.	На 10000 жит.	0.16,		
							на 10 врачей	0.49
1909	„	4468 знах.		1322 женщ.	„	0.70	„	1.46
1927	„	11761	„	2832	„	1,85	„	2.70
1928	„	12098	„	2803	„	1.90	„	2.63
1929	„	12413	„	3091	„	1.94	„	2.61
1930	„	12942	„	3094	„	2.01	„	2.74

В Саксонии на 3550 врачей имеется 1759 знахарей, в Гамбурге на 1523 врача—1119 знахарей (73,5%). Одна Франкфуртская фирма Fi—Sü имеет 700 своих агентов-знахарей.

56) Установленная Венгерским Министерством Здравоохранения в 1929 г. *премия за работы по этиологии трахомы* разделена между Ugo Lambroso (Тунис) и J. Taboriski (Палестина); среди работ, удостоенных похвального отзыва, находятся работы Трапезондце в ой (Москва).

57) 30. VI. 1932 г. исполнилось *трехсотлетие* со дня основания *Университета в Дерпте* в 1632 г. Среди профессоров Дерптского Университета в XIX столетии следует назвать имена: Burdach, Volkmann, Краерлин, Naunyn, Hans H. Meyer, W. Ostwald, Ernst Bergmann, Schmideberger.

58) В мае 1932 г. праздновалось *350-летие Вюрцбургского Университета*, который был основан как католический Университет в 1582 г. В настоящее время главное место по числу студентов среди других факультетов в Вюрцбурге занимает Медицинский факультет: он является четвертым по величине в Германии.

59) В мае-июне исполнилось 80 лет со дня рождения известного испанского анатома Ramon-y-Caja'я, 75-летие швейцарского психиатра Bleuler'a, 70-летие профессора глазных болезней Greeff'a и известного физиолога A. Loewy.

60) *Вследствие нужды отравился* проф. Richter, бывший до 1914 г. профессором судебной медицины в Мюнхене.

61) *Умерли*: известный Берлинский патолого-анатом C. Benda; 2) президент Американской Медицинской Ассоциации известный американский хирург William Keen в возрасте 95 лет. 3) проф. ветеринарного Института в Копенгагене (Дания) Bernhard Bang (84 л.), много работавший по туберкулезу у животных и описавший у людей новую болезнь „ундулирующую лихорадку“ (названную morbus Bangi), вызываемую bacil aborti животных.

62) 18 мая 1932 г. в Бурашевской психо-колонии им. Литвинова в г. Калинин (б. Тверь) скоропостижно скончался врач-психиатр Василий Петрович Куров, 57 лет. Покойный в колонии прослужил 20 лет, был общественником, пользовался большим уважением и любовью больных и медицинского персонала (сообщил врач А. Грудяков).

63) Профессор психиатрии и заведующий лечебно-профилактическим и ОММ факультетами Казанского Медицинского Института, ответственный редактор „Казанского медицинского журнала“ проф. Т. И. Юдин приглашен занять место директора Клинического института Всеукраинской психо-неврологической Академии в Харькове. Т. И. Юдин принял это предложение и в августе оставляет Казань. Обязанности ответственного редактора „Каз. мед. ж.“ с № 7-го временно принял на себя председатель Краевой научно-медицинской ассоциации Татареспублики проф. И. С. Алуф.

## ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ.

Приват-доцент А. П. Николаев в статье „К вопросу о природе и лечении дисменоррей“ (Каз. Мед. ж., № 4, стр. 336-339, 1932 г.), говоря о психотравматической форме дисменоррей, указывает на Эдельберга, как единственного автора этой весьма интересной и своеобразной формы дисменоррей. *Это неверно.* Психотравматическая дисменоррея выделена в особую форму и описана впервые не одним Эдельбергом, а Эдельбергом и Галантом в статье: „Ueber die psychotraumatiscbe Form der Dysmenorrhoe“, напечатанной в Münchener Med. Wochenschrift, № 7, за 1925 г. Справедливость требует, чтобы авторство психотравматической дисменоррей приписывалось не одному Эдельбергу, а Эдельбергу и Галанту.

Что касается другого, затронутого Николаевым вопроса, насколько выделение психотравматической дисменоррей в особую форму обосновано, т. к. по его мнению возводить дисменоррею в роль самостоятельного заболевания не следует, и она представляет лишь *симптом*, то вопрос этот в целом предоставляю решить гинекологам. Что же касается психотравматической дисменоррей в частности, то спорить не приходится, что она представляет симптом психотравматического невроза. Если, однако, все другие острые симптомы психотравматического невроза сгладились, и упорно держится *одна только дисменоррея*, как следствие перенесенной психотравмы, почему б-ая и обращается к гинекологу, то само собой разумеется, что мы вполне обоснованно говорим о психотравматической дисменоррее, т. к. иначе эту дисменоррею, при отсутствии всяких местных расстройств в половых органах б-ой, вообще никак не назвать. Этим самым я считаю затронутый Николаевым вышеуказанный вопрос по отношению к психотравматической дисменоррее исчерпанным.

Ив. Б. Галант.

---

## ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

8) Какая существует литература о забрюшинных кистах, не связанных с внутренними органами.  
Подп. д-р *Баженов*.

**Ответ:** По вопросу о забрюшинных кистах рекомендуется пользоваться: 1) монографией прив.-доц. В. М. Зыкова „Повреждения и заболевания брюшины“. Русская хирургия. Отдел XXVIII. С.-Петербург, 1903 г. Издание журнала „Практическая медицина“. 3) Коняни и Кривоборская. Казуистике больших забрюшинных опухолей. Врач. Дело. № 23, 1929. 3) Никольский. К вопросу о забрюшинных саркомах. Нов. Хирург. Архив, 19, кн. 1, № 73, 1929. 4) Максимов. Случай большой забрюшинной опухоли у годовалого ребенка. Р. врач, № 39, 1914. 5) Kirschner und Nordmann. Die Chirurgie, Bd. V. S. 192.

Прив.-доц. *И. Цимжес*.

9) Прошу указать литературу по вопросу об аппендиците в детском возрасте.  
Д-р *Невский*.

**Ответ.** 1) В монографии Ростовцева „Учение о перитифлите“ приведена литература до 1909 г. (стр. 167). 2) Из поздних работ можно указать: а) Ермаолаева. Новый хирург. арх., № 66, 1929; б) Шварц. Врачебная газета, № 5, 1929 г.

Проф. *Н. Соколов*.

# ВСЕУКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ ЭНДОКРИНОЛОГИИ И ОРГАНО-ТЕРАПИИ НАРКОМЗДРАВА УССР и ХАРЬКОВ. МЕДИЦИНСКОГО О-ВА

г. Харьков, улица Артема, № 12.

Ф и л и и: { КИЕВСКАЯ—г. Киев, Пушкинская ул. № 22-а. | СТАЛИНСКАЯ—г. Сталино—Донбасс  
ОДЕССКАЯ—г. Одесса, улица Пастера № 58. | Хижино-профилактич.—г. Харьков  
ЧЕРНИГОВСКАЯ—Чернигов, Санбант Институт. }

С научно-исследов. отделами: физиологические, пищеварит., пато-физиологич., биохимич., фармако-биологич., фармако-терапевт., гемато-микроскоп., морфологич., гормоно-химич., техно-химич., социально-гигиенич. и др., а также эндокринолог. клиники с диспансерами (диабетич. и базедов.) в Харькове, Киеве и Одессе.

## Расширенные производственные отделы вырабатывают:

Инсулин (100 межд. един.)  
Фоликулин в ампулах  
Миоль в ампулах и жидкий  
Гастроноль  
Вигантоль  
Спермоль жидкий в ампул. и табл.  
Оварин  
" с гипофизином " в таблетках  
Маммин жидкий, в ампул. и табл.  
Тиреоидин жидк. в ампул., табл. и пор.  
Лиенин жидкий и в ампулах  
Простатин "  
Про-спермоль жидкий " в ампул.  
Тимиколь жидкий  
Лютеогландоль жидкий  
Про-проварин "  
Церебрин жидкий "

Тир-спермоль жидкий и в ампул.  
Тир-оварин "  
Гепатин жидкий " в таблетках  
Гематоген "  
Фосфрен в таблетках "  
Антитиреоидин жидк., в таблетк.  
" в порошке  
Натуральн. желуд. сок  
Торулин (пивные дрожжи)  
Лактопротеозан в ампулах  
Фитин в порошке и таблетках  
Фито-мука  
Фито-лецитин в порошке  
Неорг. сыв. Трунечка в ампул.  
Фито-феррин  
Соль Трунечена в таблетках  
Клеоль (хирургический клей)

**ПРЕПАРАТЫ ПРОВЕРЕНЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО И КЛИНИЧЕСКИ  
В ЛАБОРАТОРИЯХ И КЛИНИКАХ ИНСТИТУТАХ И В ЦЕЛОМ РЯДЕ  
УНИВЕРСИТЕТСКИХ И ДРУГИХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЮЗА.**

Для стандартизации препаратов институт применяет биологические  
и химические методы.

**ПРОДАЖА ВО ВСЕХ АПТЕКАХ и МАГАЗИНАХ САНГИГИЕНЫ СССР.**

**ЛИТЕРАТУРА И ПРОСПЕКТЫ—БЕСПЛАТНО.**

С запросами и за литературой обращаться в Главный  
Склад: г. Харьков, ул. Артема 12, Всеукраинскому Инсти-  
туту эндокринологии и органо-терапии.