

Отдел I. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из клиники Пропедевтики внутренних болезней СКГУ. (Директор проф. Б. А. Коган).

Перкуссия верхушек легких.

И. Д. Мишенина.

Диагностика начальных форм легочного туберкулеза еще не имеет постоянных и типичных клинических признаков, поэтому дополнительный симптом, который можно получить перкуссией, имеет значение в клинике раннего туберкулеза.

Обычно производимая сравнительная перкуссия давала бы постоянно точные результаты, если бы было полное анатомическое соответствие обеих половин грудной клетки при отсутствии индивидуальных различий в строении костного скелета и в развитии мышц той и другой стороны туловища. Укорочение одной из ключиц, асимметрическое выпячивание ребер, мало заметные искривления позвоночного столба, неравномерность в развитии мышц одной половины грудной клетки, рефлекторное напряжение мышц в зависимости иногда от неспецифического процесса (напр., *neuralgia intercostalis*)—вот главные моменты, нарушающие соответствие перкуторного звука при сравнительной перкуссии (Воробьев). У некоторых категорий рабочих (грузчика, токаря и др.) развитие мышц справа настолько резче, чем слева, что обычная сравнительная перкуссия над лопатками и ключицами является совершенно бессодельной. Kernig же считает нормой притупление перкуторного звука над *spina scapulae d.* Притупление в области легочной верхушки может зависеть от напряжения мышц вокруг шейных и подключичных лимфаденитов (Воробьев), в межлопаточном пространстве (Kramer) вследствие мышечного напряжения при остром бронхоадените, над лопаткой (Pottenger) при спастическом состоянии мышц верхушки при плевритах. Таким образом притупление перкуторного звука не всегда говорит об изменениях в подлежащей легочной ткани. Для получения точных данных при перкуссии необходимо, чтобы перкуторный удар производил легочный звук изолированно, не вызывая колебаний окружающей части грудной клетки.

Чтобы избежать влияния сокращенных мышц на данные перкуссии рекомендуют изменить положение верхних конечностей. Притупление в межлопаточном пространстве исчезает при выбрасывании рук вперед ладонями друг к другу или при помещении рук на голову; подключичное притупление исчезает при помещении рук позади спины (Воробьев). Хорошим приемом для перкуссии верхушек с целью избежать влияния мышц является метод *Wandperkussion*, при котором исследуемый ставится к стене спиной, чтобы лопатки и голова плотно прилежали к стене, тогда звук при перкуссии средней силы по ключицам делается более ясным, и улавливается даже небольшое приглушение. На высоте вдоха при перкуссии этим методом перкуторный звук здоровой верхушки

проявляется, инфльтрированная верхушка дает приглушение (Эйнис, Гофман).

Известные методы Goldscheider'a, Krönig'a, Jagic'a, дающие удовлетворительные результаты, относятся к методам тонким, где погрешность в перкуссии на 1 см. может иметь значение, при этом они отнимают при исследовании много времени. Несложный логически обоснованный метод перкуссии легочных верхушек предложил Plesch. Этот метод заключается в том, что при непосредственной перкуссии по *manubrium sterni* или по *vertebrum prominens* перкуторный звук распространяется по всему протяжению 1-х ребер и вступает в резонанс с легочными верхушками. Сравнение перкуторного звука достигается тем, что на одну из верхушек попеременно кладется кисть, вследствие чего резонанс в ней исчезает, в то время как другая свободная верхушка резонирует безпрепятственно (Plesch).

При работе в амбулаторной обстановке перкуссия должна удовлетворять, как точности данных, так и быть настолько несложной, чтоб на нее не затрачивалось много времени. Отвечающей этим требованиям является, по нашему мнению, перкуссия в аксиллярных ямках. Причины, влияющие на результаты обычной перкуссии (неравномерность развития мышц, асимметрия в высоте стояния лопаток и др.) при аксиллярной перкуссии не играют роли вследствие соответствующих анатомических условий аксиллярного пространства. Эта область грудной клетки является чрезвычайно удобной для перкуссии в целях выявления бронхоаденитов, плевральных сращений и поражений легочной ткани.

При бронхоаденитах у детей при сравнительной перкуссии в аксиллярных областях на 3—4 ребре находят притупление (Финкельштейн, Аркавин). Это притупление перкуторного звука появляется еще до реакции Pirquet или Mantoux и в 90% случаев подтверждается рентгеном (Аркавин). Лишневский применял перкуссию в аксиллярных пространствах для диагностики плевральных утолщений и сращений. Для этого он рекомендует палец, заменяющий плессиметр, вдавливать как можно глубже, перкутируя при этом менее отрывисто и коротко, чем это привычно. В таком случае перкуссивный удар распространяется не столько вглубь, сколько вширь. При наличии притупления заставляют больного глубоко вдохнуть, тогда плевральные спайки растягиваются и звук проявляется, между тем как притупленный звук, вызванный инфльтрированным или сморщенным участком легкого или пакетом бронхиальных желез, остается без изменения.

При исследовании больных наряду с обычными методами перкуссии верхушек легких (по Goldscheider'y, Krönig'y, сравнительно над ключицами и лопатками) мы производили перкуссию также и в аксиллярных пространствах.

Техника применяемой нами перкуссии заключается в следующем. Больному предлагается положить руки на голову, вследствие чего можно проникнуть в глубину аксиллярной ямки. Средний палец левой руки, заменяющий плессиметр, ставится как можно выше в аксиллярной ямке на 2 ребро, согнутым по Plesch'y под прямым углом в первом межфаланговом суставе, но выпрямленным в концевом суставе. Перкуссия средней силы производится по дистальному концу первой фаланги попеременно в обеих аксиллярных ямках.

При наличии патологических изменений в легочной верхушке получается укорочение перкуторного звука в соответствующей аксиллярной ямке.

Мы применили этот метод перкуссии на большом количестве (до 600) легочных больных, пользуясь материалом Пропедвентической терапевтической клиники СКГУ и Тубдиспансера ССЗД. Из нашего материала мы выделили истории болезни наиболее всесторонне обработанные, дополненные рентгенологическими и лабораторными исследованиями. Мы проверили 50 случаев легочных заболеваний без наличия уплотнений легочной ткани (бронхиты, эмфизема и т. п.) и 92 случаев с туберкулезными изменениями в легких.

У всех больных 1-й группы перкуссия в аксиллярных ямках не дала отклонений от нормы.

Исследованные нами 92 туберкулезных больных распределяются по стадиям (по Turban-Gerhardt'y) след. образ.: 1-ой стадии—72 б-х, II-й—20.

Распределение соотношений данных рентгена с данными обычно производимой и верхне-аксиллярной сравнительной перкуссии приведено в таблице.

Т А Б Л И Ц А.

С т а д и я	Число	Соответствие с данными рентгена		Несоответствие с рентгеном	
		Обыч. срав. перкус.	верх. аксил. перкус.	Обыч. перк.	Верх. аксил. перкус.
I стадия	72	40 (55%)	65 (90%)	32 (45%)	7 (10%)
II стадия	20	19 (95%)	20 (100%)	1 (5%)	—

Как видно из таблицы, при туберкулезе легких 1-й стадии верхне-аксиллярная перкуссия в 90% давала положительные результаты и в 10% отрицательные результаты, несоответствующие данным рентгена.

Это несоответствие с данными рентгена возможно объяснить тем, что в некоторых случаях легочный звук приобретает тимпанический оттенок, что зависит от изменения упругости легочной ткани, благодаря чему можно признать за пораженную здоровую сторону, т. к. звук там более тупой (Соколовский). При обычно производимой сравнительной перкуссии в этих случаях мы получили положительные результаты только в 55%, отрицательные в 45%.

При развитии процесса верхне-аксиллярная перкуссия дает результаты, совпадающие вполне с данными рентгена (на 100%).

В случаях первоначальных туберкулезных инфильтраций, при которых обычная перкуссия не дает никаких ясных данных (Assmann, Lydtin, Данилов и др.), верхне-аксиллярная перкуссия дает определенные результаты, что мы наблюдали в значительном количестве случаев.

Изменение перкуторного звука в пораженной верхушке при верхне-аксиллярной перкуссии происходит вследствие того, что ребро дейст-

вует на всем своем протяжении как плессиметр и производит резонанс в верхушке (Plessch). При этой перкуссии верхнего легочного поля на изменение перкуторного звука оказывает влияние понижение эластичности легочной ткани в области расположения специфического процесса, благодаря чему происходит уменьшение верхнего легочного поля. Очаговые специфические изменения должны быть достаточно велики, чтобы вызвать изменение перкуторного звука. Oestreich и de la Camp доказали на трунах, что очаг, даже лежащий непосредственно под плеврой, должен быть величиной с яйцо, чтобы быть обнаруженным. Таким образом этот метод определяет не отдельные очаги, а совокупность специфических изменений в легочной верхушке (инфильтрация, цирротические изменения, повреждение эластичности легочной ткани).

Данные наших наблюдений позволяют нам сделать вывод, что верхне-аксиллярная перкуссия дает в значительном проценте случаев положительные результаты, отличаясь при этом простотой техники. В виду доступности этого метода при всякой обстановке и в целях дальнейшей разработки его, мы предлагаем вниманию товарищей испытать верхне-аксиллярный метод перкуссии.

Влияние кумыса на отделительную работу печени и поджелудочной железы.

Доц. д-ра **В. С. Зимницкого**, ассистента клиники инфекционных болезней КМИ, и д-ра **М. Г. Мамиш**, ассистента факультетской терапевтической клиники Каз. Гос. Медицинского университета.

Гигиено-диететическое лечение туберкулезных больных является немаловажным фактором в терапии туберкулеза, и вполне понятно, что уже с давних пор кумысолечение привлекает к себе внимание широких врачебных кругов как могучий целительный метод.

Для нашего Союза, в частности для Башкирской, б. Самарской губ., Приуралья, а теперь и Татарской, вопросы, связанные с этим методом, представляются особенно важными, так как именно у нас имеется широкая сеть кумысных здравниц, где проводится массовое лечение больных кумысом.

Однако, к сожалению, приходится отметить, что несмотря на то, что терапия кумысом известна издавна, действие этого препарата на организм изучено далеко не полно.

Так, если мы коснемся влияния кумыса на пищеварительный тракт, то приходится согласиться с Крамовым, что детальных клинических работ в этом направлении почти нет. А это тем более странно, т. к. одно из основных значений кумыса не только как питательного, но и как укрепляющего организм средства („nutrit-robora“ — Постников), вдобавок употребляемого как питье per os, тесно связано очевидно с функцией желудочно-кишечного тракта и его главных пищеварительных желез.

Если мы коснемся отделительной работы желудочных желез под влиянием кумысолечения, то можно отметить исследования Удинцева,

Зарицына и Григорьевой относительно того, что кумыс является возбудителем желудочной секреции, усиливает количество выделяемого сока и увеличивает в нем содержание соляной кислоты. Длительное применение кумыса может вызвать усиление секреции порой до патологической степени, причем необходимо отметить, что крепкий кумыс сильнее возбуждает желудочные железы, чем слабый (Зарицына и Григорьева).

Однако этот эффект кумыса получается, по-видимому, не всегда. Приходится, очевидно, считаться с индивидуальной реакцией на него желудка у каждого больного. Так, Жебровский в 19 случаях с гипацидностью лишь в 9 из них получил увеличение секреции, в 10 же она осталась без перемены. На то же самое указывают Вишневский и Каров.

Более важными и интересными являются для нас исследования последних двух авторов о состоянии дуоденального сока под влиянием кумыса. Именно они отмечают при этом увеличение желчных пигментов в содержимом 12-перст. кишки и усиление расщепляющей способности сока, особенно по отношению к белкам и жирам. Вишневский же получал при вливании 10 куб. см. кумыса через зонд в дуоденум увеличенное содержание сока в кишке со значительным увеличением в нем (от 2 до 10 раз) желчных пигментов по сравнению с добытым натощак. Это дало ему право говорить относительно повышения секреторной реакции печени под влиянием кумыса. Что же касается до другого его положения об усилении при этом секреции поджелудочной железы, то последнее является ничем не доказанным, так как полученное им усиление ферментативной способности сока после вливания кумыса можно объяснить и более благоприятной концентрацией водородных ионов для ферментов в содержимом кишки вследствие увеличения в нем желчи (активация их этой последней).

Помимо этого в этих исследованиях совершенно незатронутым остается вопрос о влиянии количества и степени крепости кумыса на отделительную работу печени и поджелудочной железы, а также и на длительность пребывания кумыса в двенадцатиперстной кишке.

Это обстоятельство и побудило нас провести детальное исследование в этом направлении. Помимо указанных причин нас стимулировало еще и то, что кумыс по своему составу (казеин, молочный сахар, молочная кислота и спирт) до известной степени (за исключением последнего ингредиента) соответствует перекисленной молочной сыворотке, применявшейся нами как раздражитель для получения чистого панкреатического сока при ее введении через зонд в дуоденум и давшей нам прекрасные результаты (Зимницкий и Мамин).

Для разрешения интересующего нас вопроса о влиянии кумыса на секрецию печени и поджелудочной железы мы применяли следующую методику. В качестве опытного материала мы воспользовались больными Белебейского кумысного санатория имени Аксакова Балкирской областной страх-кассы. Таким образом главный контингент испытуемых лиц имел диагноз — легочной туберкулез. Больные получали определенный дневной санаторный паек из нормированного количества белков, жиров и углеводов с добавкой овощей и фруктов. Кроме того больные пили кумыс в количестве от 2 до 5 бутылок в сутки различной крепости

в зависимости от назначения врача. Всего нами было исследовано 40 больных. Исследования ставились в первые дни прибытия, а затем и повторно в конце пребывания больного в санатории. Исследование проводилось таким образом. Накануне до опыта больной с 8 час. вечера лишался пищи. Утром на другой день натошак ему вводился тонкий зонд Eilhorn'a обычным образом в дуоденум. Когда зонд попадал в двенадцатиперстную кишку, о чем мы убеждались по золотистому цвету откачиваемой жидкости и ее резко щелочной реакции, содержимое кишки выкачивалось до отказа (получалось приблизительно 25—35 куб. см. жидкости). Затем через зонд, соединенный со стеклянной воронкой, вливалось больному в дуоденум определенное количество подогретого до 37° кумыса определенной же крепости. Касаясь дозировки кумыса, необходимо отметить, что мы остановились на трех дозах, именно 60 куб. см., 100 к. с. и 200 к. с. кумыса на вливание. Мы остановились на таких дозах потому, что они приближаются к естественному количеству кумыса, выпиваемому больным обычно *per os* за раз (около стакана на прием). Кумыс применялся различной крепости именно: слабый (общая кислотность его 100 к. с. п/10NaOH на 100 к. с. кумыса), средний—(общей кислотностью до 150п/10NaOH), и крепкий кумыс (от 150п/10NaOH и выше). После введения кумыса больной оставался лежать спокойно на правом боку и шприцем у него брались через пять минут из зонда небольшие пробы для определения изменения содержимого дуоденума после введения раздражителя. Как видно из прилагаемых таблиц, время пребывания кумыса в двенадцатиперстной кишке было различно и находилось в прямой зависимости от введенной дозы. При одинаковой крепости кумыса большая доза задерживается на долгий срок. Однако и крепость кумыса имеет несомненное значение. Крепкий кумыс быстрее исчезает из дуоденума, чем средний, а этот последний быстрее, чем слабый. Пребывание кумыса средней крепости в дуоденуме: количество 60 к. с.—от 7 до 11 минут; 100 к. с.—от 12 до 15; 200 к. с. от 18 до 22; крепкого кумыса 60 к. с.—от 5 до 11 м., 100 к. с. от 8 до 11 мин. и 200 к. с. от 12 до 15 м. Первой пробой обычно является кумыс слегка окрашенный желчью, выпавший хлопьями, потом содержание кумыса в откачиваемом содержимом падает и затем кумыс в откачиваемой жидкости исчезнет. По исчезновении кумыса мы получаем прозрачную жидкость различного цвета в зависимости уже не от количества введенного раздражителя, но от его крепости. Если применялся средний кумыс, то откачиваемое содержимое дуоденума в течение очень долгого времени было в большинстве случаев темного, почти черного цвета, напоминавшего собой деготь, и лишь затем оно становилось светлее. При введении же крепкого кумыса откачивалась жидкость янтарно-желтого цвета, которая делалась все светлее и светлее по мере откачивания. Такого цвета жидкость откачивалась при среднем кумысе при 60 к. с. от 80 до 93', при 100 к. с. от 94 до 105', при 200 к. с.—117—120'. Крепкий кумыс: при 60 к. с.—в течение 95—103', при 100 к. с.—96—110', при 200 к. с. 109—113'.

Количество собираемой жидкости и тут находится в прямой зависимости от дозы кумыса и его крепости.

Количество этого бесцветного содержимого после крепкого кумыса, а также длительность его истечения при собирании находятся в прямой

пропорциональной зависимости от введенной дозы раздражителя. Так, если мы вводили 60 к. с., то получали 14—18 к. с. втечение 13—19 минут, если вводили 100 к. с., то 14—20 к. с. сока в 13—18 мин. и при 200 к. с. получали 20—31 к. с. секрета при длительности его собирания в 13—22 минуты. Затем истечение этого бесцветного и прозрачного как вода сока прекращалось и выкачиваемый из дуоденума сок снова начинал окрашиваться желчными пигментами, превращаясь в обычный дуоденальный сок, но, пожалуй, более светлый. Дальнейшее откачивание показывало, что через известный промежуток времени дуоденум освобождался от содержимого и становился пустым.

Что же касается до слабого кумыса, то введение его в дуоденум было очень неприятно больному; у последнего появлялись тошнота, усиленная перистальтика, урчание и иногда развивались поносы, почему и пришлось от применения слабого кумыса отказаться. Тем не менее необходимо отметить, что слабый кумыс в виде творожистой массы очень долго по сравнению со средним задерживается в кишке и затем дает появление отделяемого темно-желтого или черного как деготь цвета.

Помимо этого необходимо указать, что если применялся кумыс холодный, принесенный прямо с погреба, температурой в 14°—16°, то результат получался несколько иной. Именно, кумыс исчезал из кишки быстрее и при средней крепости откачиваемая после его исчезновения жидкость была светлее, чем при теплом кумысе. Холодный же крепкий кумыс после своего удаления из дуоденума давал более светлое содержимое в кишке по сравнению с теплым, и затем бесцветное как вода отделяемое появлялось скорее, собиралось втечение большего времени и в большем количестве.

Во всех собираемых нами пробах мы произвели исследование ферментов на трипсин по Fuld-Gross'y, на амилазу и на липазу по Wohlgemuth'y. Исследовалась первая проба дуоденальной жидкости, взятая до введения кумыса: затем через 15—20 м. после введения кумыса, когда он исчезал из кишки, бралась вторая проба и, наконец, при крепком кумысе исследовались ферменты в прозрачном, бесцветном как вода, отделяемом (третья проба).

Из прилагаемой таблицы (стр. 116—117) полученных данных видно, что после введения кумыса в дуоденальном соке повышается содержание всех упомянутых выше ферментов. Оно становится особенно высоко при крепком кумысе в прозрачном и бесцветном как вода отделяемом.

Переходя теперь к трактованию добытых данных, мы прежде всего задержимся на результатах первых проб дуоденальной жидкости, полученных после удаления из кишки влитого туда через зонд кумыса средней крепости.

Как мы выше отмечали, при этом получается жидкость темного почти черного как деготь цвета, окрашенная, пожалуй, более интенсивно, чем так называемая пузырьная желчь, извлекаемая после пробы Meltzer-Layon'a с сернокислой магнезией.

Естественно, что это свидетельствует о чрезвычайно сильной концентрации желчных пигментов в содержимом дуоденума после введения туда кумыса указанной крепости, однако все же возникает вопрос, откуда эти пигменты появляются в кишечнике и в таком значительном количестве — из печени или из желчного пузыря?

Мы не будем детально задерживаться на обширной имеющейся сейчас в литературе дискуссии относительно так называемого пузырного рефлекса—интересующихся этим вопросом отондем к специальным монографиям (напр. к обстоятельному труду проф. Левина—„Дуоденальный зонд и его применение“). Однако отметим, что целый ряд исследователей отрицают значение этого рефлекса при пробе Meltzer-Layon'a и полагают, что так наз. желчь В выделяется не желчным пузырем, а паренхимой печени. Другие же авторы в полной мере признают доминирующее значение пузыря в названном рефлексе. Не входя в обсуждение этого в высшей степени интересного вопроса, все же приходится указать, что в экспериментах противников теории пузырного происхождения желчи В имеется ряд крупных дефектов в том отношении, что сама техника опытов может отразиться на правильном течении рефлекторного механизма. Новидному, очень тонкого и нежного, и послужить источником неправильных выводов (Левин). Прямые же опыты, например Sachs'a, Lessner'a и Stepp'a, показали, что у собак (без наркоза) вырыскивание через зонд, введенный в дуоденум через разрез желудочной стенки, сернокислой магнeзии вызывает энергичное сокращение желчного пузыря с истечением темной желчи в кишку.

Stepp и Dutmann сравнивали физико-химические свойства этой желчи с желчью, взятой из самого пузыря, и убедились в их полнейшем тождестве. Однако достаточно поставить этот простой эксперимент под хлороформом (Krohn, Reiss, Raelin, Friedenwald, Martindale, Kearney и друг.), чтобы введение магнeзии не дало сокращения желчного пузыря.

Здесь, несомненно, на правильное течение рефлекса повлияло применение общего наркоза, на что совершенно правильно указывают Bainbridge и Dale. Таким образом в настоящее время не имеется достаточно веских данных отрицать за желчью В ее пузырное происхождение и приходится согласиться с выводом проф. Левина, который он сделал после обстоятельного анализа всех pro и contra: именно, что „для получения по возможности чистой пузырной желчи проба Meltzer-Layon'a остается наилучшим приемом“. А раз это так, то и полученные после вливания в дуоденум кумыса средней крепости наши пробы желчи, вдобавок, еще более темного цвета, чем желчь В, являются, очевидно, главным образом, пузырной желчью.

В дальнейших пробах цвет жидкости становится все светлее и светлее и дуоденальное содержимое превращается в так называемую желчь С—печеночного происхождения, по мнению Chiray и Lebon'a.

Таким образом мы видим, что кумыс средней крепости является при его введении в дуоденум могучим раздражителем (более даже сильным чем сернокислая магнeзия) на опорожнение желчного пузыря от желчи и на отделительную работу печени. Однако некоторые обстоятельства заставляют сделать предположение, что кумыс означенной крепости, наряду со значительным рефлекторным действием на желчный пузырь и печень, обладает усливающим свойством и на секреторную работу поджелудочной железы, правда выраженным еще не очень сильно.

В самом деле, после введения кумыса в дуоденум мы получали в его содержимом значительное увеличение ферментативной способности. Последнее можно объяснить двояко—либо активацией ферментов, уже

являющихся в двенадцатиперстной кишке, выделяющейся туда желчью, либо секретцией поджелудочной железы.

Однако первое объяснение менее вероятно. В самом деле, ферменты кипки, находившиеся в ней до введения туда кумыса, будут вымываться кумысным соком при вливании, и их в кишке останется очень мало, а извлекающаяся затем желчь разведет остатки их так сильно, что мы должны бы были скорее получить их понижение, чем повышение. Таким образом, приходится допустить объяснение увеличения расщепляющей способности содержимого дуоденума после кумыса за счет повышения секреции панкреаса. Это предположение станет еще более вероятным, если мы обратимся к результатам опытов с крепким кумысом. В самом деле, в этих опытах после введения крепкого кумыса мы получали жидкость янтарно-желтого цвета, с большим содержанием желчных пигментов, чем в обычной дуоденальной жидкости светлого золотисто-желтого цвета, взятой до вливания. Это свидетельствует о повышенной работе при этом печени, но не такой сильной, как при кумысе средней крепости. Однако затем откачиваемая жидкость становится все светлее и светлее. Затем через известный промежуток времени мы начинаем собирать зондом жидкость прозрачную и бесцветную, как вода, резко щелочной реакции (Рн 8,0—8,1). Как объяснить это явление и что это за бесцветная и прозрачная жидкость? Жидкость эта не может быть желудочным соком, так как она щелочной реакции; она не может быть и отделяемым печени, т. е. бесцветна, т. е. лишена желчных пигментов. Учитывая ее высокие ферментативные свойства и концентрацию водородных ионов в ней (Рн 8,0—8,1), мы должны считать ее чистым секретом поджелудочной железы. Таким образом крепкий кумыс, введенный в дуодenum, вызывает усиленную секрецию главным образом поджелудочной железы и значительно менее печени. Струя секрета поджелудочной железы сначала разводит все сильнее и сильнее содержимое дуоденума и, наконец, наступает такой момент, когда олива зонда омывается исключительно вытекающим панкреатическим соком, который мы и собираем в чистом виде. Далее секреция поджелудочной железы слабеет, и содержимое дуоденума вновь окрашивается желчью.

Из всего изложенного видно, что средний кумыс действует главным образом на секрецию желчи, менее на поджелудочную железу, крепкий же, наоборот, стимулирует преимущественно секрецию панкреатического сока.

И невольно возникает вопрос, чем объяснить такое различное действие кумыса в зависимости от его крепости?

Из анализов кумыса различной крепости (папр., Штанга, Гинзберга, и Рубинского) мы знаем, что в кумысе по мере его созревания количество жиров остается неизменным, а идет нарастающее увеличение содержания молочной кислоты, спирта и углекислоты за счет молочно-кислого и спиртового брожения молочного сахара кобыльего молока.

Жиры, как это известно, оказывают сильное желчегонное действие, и отсюда понятен эффект слабого и среднего кумыса на печень, что же касается до молочной кислоты, то она, по нашим наблюдениям (Зимницкий и Мамыш), с перекисленной молочной сывороткой обладает в зависимости от концентрации кислоты резким сокогонным эффектом на

№№ по пор.	П о л	Возраст	Фамилия	Диагноз	Кол-ч. дуоден. содерж. патоген.	Длительность собир. дуоден. сока в мин.	Ферменты	Средний кумыс	Длительность пребытия кумыса в дуоден. в мин.
Средний кумыс									
1	Жен.	37	С-зоната	И А.	28 п.с.	32'	128	80	11'
2	Муж.	42	Ф-дин	Пс. р. П А.	30	20'	128	320	8'
3	Муж.	37	А-тов	Пс. р. П Б.	0	18'	256	—	10'
4	Муж.	32	Ш-ков	П А.	22	25'	64	160	7'
5	Муж.	30	Н-ский	П А.	29	26'	128	160	10'
6	Жен.	20	А-ва	П А.	31	27'	128	80	11'
7	Жен.	25	И-нова	П А.	14	30'	128	160	8'
8	Муж.	30	Т-пов	П А.	30	31'	128	80	10'
Средний кумыс									
1	Жен.	37	С-нопа	Пс. р. П А.	28 п.с.	32'	128	80	11'
2	Муж.	42	Ф-дин	Пс. р. П А.	30	20'	128	320	8'
3	Муж.	37	А-тов	Пс. р. П Б.	0	18'	256	—	10'
4	Муж.	32	Ш-ков	П А.	22	25'	64	160	7'
5	Муж.	30	Н-ский	П А.	29	26'	128	160	10'
6	Жен.	20	А-ва	П А.	31	27'	128	80	11'
7	Жен.	25	И-нова	П А.	14	30'	128	160	8'
8	Муж.	30	Т-пов	П А.	30	31'	128	80	10'
Средний кумыс									
1	Жен.	37	С-ва	Пс. р. П А.	28 п.с.	32'	128	80	11'
2	Муж.	42	Ф-дин	Пс. р. П А.	30	20'	128	320	8'
3	Муж.	37	А-тов	Пс. р. П Б.	0	18'	256	—	10'
4	Муж.	32	Ш-ков	П А.	22	25'	64	160	7'
5	Муж.	30	Н-ский	П А.	29	26'	128	160	10'
6	Жен.	20	А-ва	П А.	31	27'	128	80	11'
7	Жен.	25	И-ова	П А.	14	30'	128	160	8'
8	Муж.	32	Т-ов	П А.	30	31'	128	80	10'
Средний кумыс									
1	Муж.	31	З-ров	Пс. р. П А.	35	29'	128	160	11'
2	Муж.	22	М-ов	Пс. р. П А.	27	22'	128	160	10'
3	Муж.	21	К-ов	Пс. р. П А.	20	35'	256	320	7'
4	Муж.	22	С-ов	П А.	34	30'	256	—	9'
5	Муж.	23	П-ев	П А.	30	21'	128	160	10'
6	Жен.	25	Ка-а	Пс. р. П А.	18	25'	128	160	8'
7	Жен.	30	И-ова	П А.	35	20'	256	—	9'
Средний кумыс									
1	Муж.	23	Т-ов	Пс. р. П А.	30 п.с.	27	128	160	20'
2	Муж.	30	Т-ров	Пс. р. П А.	35	25'	256	—	19'
3	Муж.	32	З-кий	Пс. р. П А.	28	18	256	320	21'
4	Муж.	29	М-ков	Пс. р. П А.	31	20	256	—	22'
5	Муж.	30	Т-сов	Пс. р. П А.	27	29	128	160	20'
6	Муж.	19	Т-нов	Пс. р. П А.	29	17	128	—	18'
7	Муж.	44	Ф-н	Пс. р. П А.	16	27	128	160	22'
8	Жен.	30	С-нова	Пс. р. П А.	21	25	—	—	19'
Крепкий кумыс									
1	Муж.	35	П А.	П А.	30 п.с.	20	128	160	15'
2	Муж.	36	П А.	П А.	31	21	128	160	16'
3	Муж.	37	П А.	П А.	32	22	128	160	17'
4	Муж.	38	П А.	П А.	33	23	128	160	18'
5	Муж.	39	П А.	П А.	34	24	128	160	19'
6	Муж.	40	П А.	П А.	35	25	128	160	20'
7	Муж.	41	П А.	П А.	36	26	128	160	21'
8	Муж.	42	П А.	П А.	37	27	128	160	22'
9	Муж.	43	П А.	П А.	38	28	128	160	23'
10	Муж.	44	П А.	П А.	39	29	128	160	24'
11	Муж.	45	П А.	П А.	40	30	128	160	25'
12	Муж.	46	П А.	П А.	41	31	128	160	26'
13	Муж.	47	П А.	П А.	42	32	128	160	27'
14	Муж.	48	П А.	П А.	43	33	128	160	28'
15	Муж.	49	П А.	П А.	44	34	128	160	29'
16	Муж.	50	П А.	П А.	45	35	128	160	30'
17	Муж.	51	П А.	П А.	46	36	128	160	31'
18	Муж.	52	П А.	П А.	47	37	128	160	32'
19	Муж.	53	П А.	П А.	48	38	128	160	33'
20	Муж.	54	П А.	П А.	49	39	128	160	34'
21	Муж.	55	П А.	П А.	50	40	128	160	35'
22	Муж.	56	П А.	П А.	51	41	128	160	36'
23	Муж.	57	П А.	П А.	52	42	128	160	37'
24	Муж.	58	П А.	П А.	53	43	128	160	38'
25	Муж.	59	П А.	П А.	54	44	128	160	39'
26	Муж.	60	П А.	П А.	55	45	128	160	40'
27	Муж.	61	П А.	П А.	56	46	128	160	41'
28	Муж.	62	П А.	П А.	57	47	128	160	42'
29	Муж.	63	П А.	П А.	58	48	128	160	43'
30	Муж.	64	П А.	П А.	59	49	128	160	44'
31	Муж.	65	П А.	П А.	60	50	128	160	45'
32	Муж.	66	П А.	П А.	61	51	128	160	46'
33	Муж.	67	П А.	П А.	62	52	128	160	47'
34	Муж.	68	П А.	П А.	63	53	128	160	48'
35	Муж.	69	П А.	П А.	64	54	128	160	49'
36	Муж.	70	П А.	П А.	65	55	128	160	50'
37	Муж.	71	П А.	П А.	66	56	128	160	51'
38	Муж.	72	П А.	П А.	67	57	128	160	52'
39	Муж.	73	П А.	П А.	68	58	128	160	53'
40	Муж.	74	П А.	П А.	69	59	128	160	54'
41	Муж.	75	П А.	П А.	70	60	128	160	55'
42	Муж.	76	П А.	П А.	71	61	128	160	56'
43	Муж.	77	П А.	П А.	72	62	128	160	57'
44	Муж.	78	П А.	П А.	73	63	128	160	58'
45	Муж.	79	П А.	П А.	74	64	128	160	59'
46	Муж.	80	П А.	П А.	75	65	128	160	60'
47	Муж.	81	П А.	П А.	76	66	128	160	61'
48	Муж.	82	П А.	П А.	77	67	128	160	62'
49	Муж.	83	П А.	П А.	78	68	128	160	63'
50	Муж.	84	П А.	П А.	79	69	128	160	64'
51	Муж.	85	П А.	П А.	80	70	128	160	65'
52	Муж.	86	П А.	П А.	81	71	128	160	66'
53	Муж.	87	П А.	П А.	82	72	128	160	67'
54	Муж.	88	П А.	П А.	83	73	128	160	68'
55	Муж.	89	П А.	П А.	84	74	128	160	69'
56	Муж.	90	П А.	П А.	85	75	128	160	70'
57	Муж.	91	П А.	П А.	86	76	128	160	71'
58	Муж.	92	П А.	П А.	87	77	128	160	72'
59	Муж.	93	П А.	П А.	88	78	128	160	73'
60	Муж.	94	П А.	П А.	89	79	128	160	74'
61	Муж.	95	П А.	П А.	90	80	128	160	75'
62	Муж.	96	П А.	П А.	91	81	128	160	76'
63	Муж.	97	П А.	П А.	92	82	128	160	77'
64	Муж.	98	П А.	П А.	93	83	128	160	78'
65	Муж.	99	П А.	П А.	94	84	128	160	79'
66	Муж.	100	П А.	П А.	95	85	128	160	80'
67	Муж.	101	П А.	П А.	96	86	128	160	81'
68	Муж.	102	П А.	П А.	97	87	128	160	82'
69	Муж.	103	П А.	П А.	98	88	128	160	83'
70	Муж.	104	П А.	П А.	99	89	128	160	84'
71	Муж.	105	П А.	П А.	100	90	128	160	85'
72	Муж.	106	П А.	П А.	101	91	128	160	86'
73	Муж.	107	П А.	П А.	102	92	128	160	87'
74	Муж.	108	П А.	П А.	103	93	128	160	88'
75	Муж.	109	П А.	П А.	104	94	128	160	89'
76	Муж.	110	П А.	П А.	105	95	128	160	90'
77	Муж.	111	П А.	П А.	106	96	128	160	91'
78	Муж.	112	П А.	П А.	107	97	128	160	92'
79	Муж.	113	П А.	П А.	108	98	128	160	93'
80	Муж.	114	П А.	П А.	109	99	128	160	94'
81	Муж.	115	П А.	П А.	110	100	128	160	95'
82	Муж.	116	П А.	П А.	111	101	128	160	96'
83	Муж.	117	П А.	П А.	112	102	128	160	97'
84	Муж.	118	П А.	П А.	113	103	128	160	98'
85	Муж.	119	П А.	П А.	114	104	128	160	99'
86	Муж.	120	П А.	П А.	115	105	128	160	100'
87	Муж.	121	П А.	П А.	116	106	128	160	101'
88	Муж.	122	П А.	П А.	117	107	128	160	102'
89	Муж.	123	П А.	П А.	118	108	128	160	103'
90	Муж.	124	П А.	П А.	119	109	128	160	104'
91	Муж.	125	П А.	П А.	120	110	128	160	105'
92	Муж.	126	П А.	П А.	121	111	128	160	106'
93	Муж.	127	П А.	П А.	122	112	128	160	107'
94	Муж.	128	П А.	П А.	123	113	128	160	108'
95	Муж.	129	П А.	П А.	124	114	128	160	109'
96	Муж.	130	П А.	П А.	125	115	128	160	110'
97	Муж.	131	П А.	П А.	126	116	128	160	111'
98	Муж.	132	П А.	П А.	127	117	128	160	112'
99	Муж.	133	П А.	П А.	128	118	128	160	113'
100	Муж.	134	П А.	П А.	129	119	128	160	114'
101	Муж.	135	П А.	П А.	130	120	128	160	115'
102	Муж.	136	П А.	П А.	131	121	128	160	116'
103	Муж.	137	П А.	П А.	132	122	128	160	117'
104	Муж.	138	П А.	П А.	133	123	128	160	118'
105	Муж.	139	П А.	П А.	134	124	128	160	119'
106	Муж.	140	П А.	П А.	135	125	128	160	120'
107	Муж.	141	П А.	П А.	136	126	128	160	121'

Кол. довлен. содерж. после исчисл. собр. до конца иссл.	Длит. собир. содер. до кон- ца исследова- ния	Цвет	Ферменты					Количество	Цвет	Ферменты				
			Трипси- но по Fuld- Gross'y	Амлаза по Wohl- gemuth'y	Амлаза по Wohl- gemuth'y	Время позн.- лен. пав.- крат. сока	Длит. собир. пикреат. сока в минутах			Трипси- но по Fuld- Gross'y	Амлаза по Wohl- gemuth'y	Амлаза по Wohl- gemuth'y		
количество 60 куб. сант.														
120к.с.	93'	ч. + ж.	256	160	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
101 »	75'	черн.	512	160	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
103 »	90'	ч. + ж.	512	320	0,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65 »	83'	черн.	128	320	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
91 »	81'	ч. + ж.	512	320	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
99 »	87'	»	512	160	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
97 »	90'	»	512	320	0,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85 »	91'	черн.	256	160	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
количество 60 куб. сант.														
130к.с.	95'	свет. ил. вода	256	160	0,7	53	16'	18 к.с.	—	512	640	0,8	—	—
115 »	98'		512	320	0,9	50'	14'	16 »	—	1024	640	1,0	—	—
110 »	100'		512	320	0,9	55'	15'	17 »	—	1024	640	1,0	—	—
95 »	103'		128	320	0,8	50'	13'	14 »	—	512	640	1,0	—	—
101 »	91'		512	—	0,9	59'	17'	18 »	—	1024	640	1,2	—	—
99 »	97'		512	160	0,9	63'	16'	17 »	—	1024	640	1,0	—	—
102 »	97'		—	—	—	63'	19'	18 »	—	1024	320	0,9	—	—
количество 100 куб. сант.														
120к.с.	105'	ч. + ж.	256	160	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
115 »	101'	»	512	160	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
120 »	105'	»	512	320	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
97 »	102'	черн.	128	—	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
105 »	97'	»	128	160	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
104 »	95'	черн.	512	160	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
101 »	94'	черн.	512	320	0,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
99 »	107'	ч. + ж.	256	160	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
количество 100 куб. сант.														
120к.с.	110'	свет.	—	—	—	53'	18'	20 к.с.	св. к. в.	512	640	1,7	—	—
112 »	102'	св. + ж.	256	320	0,8	55'	16'	18 »	»	512	640	2,0	—	—
120 »	90'	»	512	—	1,0	60'	17'	19 »	свет.	1024	640	1,8	—	—
105 »	109'	»	512	—	0,8	61'	15'	14 »	»	1024	640	1,7	—	—
109 »	98'	»	256	320	0,8	53'	14'	17 »	»	1024	640	1,4	—	—
112 »	95'	»	256	320	0,6	53'	13'	20 »	»	512	640	0,9	—	—
120 »	107'	»	256	320	0,7	57'	16'	17 »	»	512	640	1,2	—	—
количество 200 куб. сант.														
135к.с.	117'	ч. + ж.	256	320	0,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
140 »	120'	»	256	320	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
138 »	118'	черн.	512	640	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
136 »	119'	»	512	640	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
130 »	118'	»	256	320	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
128 »	117'	»	256	320	0,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
137 »	120'	»	256	640	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
130 »	122'	»	—	320	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
количество 200 куб. сант.														
115к.с.	112'	св. + ж.	256	320	0,7	53'	20'	23 »	св. к. в.	1024	640	1,5	—	—
118 »	113'	»	512	320	0,8	60'	19'	20 »	»	1024	—	1,4	—	—
116 »	110'	»	256	—	0,8	55'	20'	30 »	»	1024	640	1,8	—	—
114 »	112'	»	512	640	0,7	60'	17'	27 »	»	1024	1280	1,3	—	—
111 »	113'	»	512	—	0,9	59'	22'	31 »	»	1024	1280	1,2	—	—
112 »	109'	»	256	320	0,7	53'	20'	26 »	»	512	640	0,9	—	—
110 »	112'	»	256	320	0,7	57'	13'	23 »	»	512	640	0,9	—	—

панкреас. Этот эффект, очевидно, может усиливаться еще и се смесью со спиртом и углекислотой, и отсюда понятно, что крепкий кумыс будет в зависимости от указанных причин оказывать более сильное сокогонное влияние на поджелудочную железу, затушевывающее даже его действие на печень.

Таким образом, резюмируя все изложенное, мы должны сказать, что кумыс является могучим активатором секреторной деятельности печени и поджелудочной железы, причем в зависимости от его крепости он действует сильнее то на один из указанных органов, то на другой. А раз это так, то учитывая еще данные других исследователей о стимулирующем влиянии кумыса на желудочную секрецию, приходится говорить о кумысе как о могучем факторе, усиливающем ферментативную деятельность пищеварительного тракта вообще и отделительную работу его главных желез в частности. Отсюда становится понятным и то удивительное целебное действие, которое оказывает кумыс на больной организм. Усиливая работу пищеварительного тракта, он тем самым значительно повышает питание организма и ведет к усилению его защитных сил. Это значение кумыса должно рассматриваться как основное в его целебном действии. Однако в этом могучем стимулирующем действии кумыса на пищеварительный тракт может таиться и целый ряд неприятностей при его шаблонном назначении без учета индивидуального состояния желудка и кишечника, печени и панкреас у каждого больного, направляемого на кумыс. Нам кажется, что учет состояния упомянутых желез и желудочно-кишечного тракта должны лежать в основе назначения больных на кумыс и в этом направлении должны быть строго разработаны все показания и противопоказания. Однако именно здесь мы и не имеем достаточно четких данных. Так, Рубель противопоказанием для лечения кумысом считает желтухи и заболевания желчных путей, напр., холециститы. Однако нам пришлось наблюдать несколько больных с катарральной желтухой (5) и холециститами (2), которые, несмотря на эти противопоказания попали на кумыс, и быстро, в 2—3 недели, дали под влиянием кумысолечения прямо поразительное улучшение этих заболеваний. Если мы учтем то обстоятельство, что кумыс является, по нашим наблюдениям, прекрасным желчегонным, то целебный эффект его при названных заболеваниях становится совершенно понятным. Он действует как прекрасное средство для „нехирургического дренажа желчных путей“, вдобавок применяемое просто *per os* самим больным.

Таким образом на основании своих наблюдений мы можем сделать следующие выводы:

1) Кумыс является фактором, усиливающим пищеварительную работу желудочно-кишечного тракта вообще и его главных желез (печени и панкреас) в частности. Усиливая работу пищеварительного тракта, он тем самым значительно повышает питание организма—следствием чего получается усиление всех его защитных сил. Это значение кумыса должно рассматриваться как основное в его целебном действии.

2) Крепкий кумыс действует сильнее на секрецию поджелудочной железы, менее на секрецию печени и опорожнение желчного пузыря, средний же кумыс обладает обратным влиянием, т. е. действует сильнее на желчный пузырь и печень, слабее на панкреас.

3) Учет состояния печени, поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта у каждого больного должны лежать в основе назначения больных на кумыс, и в этом направлении должны быть разработаны все показания и противопоказания.

4) Катарральные желтухи и холециститы под влиянием кумысолечения, повидимому, могут давать резкое улучшение всех симптомов вплоть до полного излечения больного.

Литература: 1) Bainbridge a. Dale. Journ. of physiol. Vol. XXXIII, 1905.—2) Chirayet Lebon. Le tubage duodénal. Paris, 1924.—3) Вишневский. Сибирский архив. клинич. и теорет. медиц. т. II, кн. 8—10, 1927.—4) Вишневский и Жаров. Курортное дело, № 5, 1928.—5) Зарницини Григорьева. Курортное дело, № 2—3, 1924.—6) Зимницкий и Мамиш. Терапевтический архив, т. VI, № 6, 1928 г., Труды X Съезда терапевтов СССР. Практич. медиц. 1929, Archiv f. Verdauungs-krankheiten Bd. XLVI, H. 1/2, 1929.—7) Крамов. Кумысолечение и кумысолечебница Тарловка, Казань, 1929.—8) Левин. Дуоденальный зонд и его применение. ГИЗ. 1929.—9) Рубель. Кумысолечение.—10) Stepp и Duttman. Klinische Wochenschr. I, 1923.—11) Штанге, Рубинский и Гинзберг. Цит. по Крамову.

Из клиники детских болезней МГМИ и 1-й Туберкулезной детской больницы.

К учению об абсолютном симптомокомплексе.

Проф. А. А. Киселя.

Распознавание болезней представляет очень большие затруднения. Уже столетия усилия врачей направляются в эту сторону и тем не менее и в настоящее время учение о распознавании болезней находится, можно смело сказать, в зачаточном состоянии. Нет никакой возможности перечислить все подходы, которые в этом отношении делались. Мне пришлось слышать на лекциях покойного проф. С. П. Боткина, что его предшественник по кафедре в Военно-Медицинской академии проф. Бессер уверял, что многие болезни можно распознавать по запаху, распространяемому больным, так напр., от больного натуральной оспой, в период нагноения, пахнет вспотевшим гусем. В последнее время очень много возлагалось надежд на бактериологию в смысле распознавания болезней. Она действительно очень много дала в этом направлении, ее успехов никто, я думаю, не станет оспаривать, но тем не менее следует, мне кажется, сказать, что она далеко не оправдала тех преувеличенных (правда, без основания) надежд, которые многими на нее возлагались. Мне всегда казалось, что клиника должна дать нам еще очень много в смысле распознавания болезней, а потому усилия практических врачей должны быть направлены в эту именно сторону. Пусть бактериологи успешно работают в своей области, мы обязаны очень внимательно следить за их работами, принимать даже в них участие, но мы не должны забывать чисто клинического подхода к распознаванию болезней, хорошо помня, что все наши знания в этой области приобретены у постели больных. Я постоянно звал молодых врачей к изучению клинических особенностей болезней, уверяя, что в этом направлении еще многое предстоит сделать. Мне очень приятно, что в последние годы (лет 10—15) чувствуется заметный перелом в этом направлении. Теперь уже многие при-

соединяются к той мысли, что пора увлечения клиницистов бактериологией уже начинает проходить и в настоящее время следует в этом отпошевши быть отбой. Жизнь всегда дает самые лучшие доказательства той или другой мысли. Например, вопрос о ревматизме в последнее время обратил на себя общее внимание, причем всем стало ясно, что наши сведения относительно клиники ревматических заболеваний более чем недостаточны, особенно же в области хронических поражений суставов. Смело можно сказать, что симптомо-патология ревматических поражений суставов требует полного, самого основательного пересмотра. А клиника хронических, очень медленно протекающих инфекций, которая также в настоящее время интересует очень многих клиницистов! Можно было бы назвать еще очень много болезней, клиника которых в настоящее время тщательно изучается.

Для большого успеха этого дела необходимо применить определенную методику, которая бы облегчила изучение симптомов болезни. Я давно уже рекомендую следующий прием: из каждой группы болезней прежде всего следует изучить наиболее типичную форму; считать ее стандартом, а затем остальные формы освещать клинически в смысле близости к этой типичной форме. Напр., легкая острая дизентерия может служить исходной формой для громадной группы колитов острых и хронических. Эти типические, как бы исходные формы наблюдаются, понятно, при всех заболеваниях, но они еще далеко неизвестны. Вот на это обстоятельство я и хочу теперь обратить внимание товарищей. Я хочу указать на то обстоятельство, что при некоторых болезнях мы наблюдаем такую группу симптомов, которая при других болезнях никогда не встречается. Такую группу симптомов я предлагаю называть *единственным* или *абсолютным* *симптомокомплексом* на том основании, что при других болезнях он никогда не встречается. Называясь „абсолютный“ я хочу выразить только исключительную характерность этих симптомов, которые в будущем могут, конечно, совершенно изменять свое значение, по мере углубления наших знаний по распознаванию болезней. Абсолютный симптомокомплекс следует отличать, разумеется, от абсолютного симптома, о котором недавно помещена моя статья в журнале „Врачебное Дело“ (№ 21, 1929 г.) Скажу только, что абсолютным симптомом я считаю такие отдельные симптомы, которые при других болезнях никогда не встречаются, напр. маленькие узелки на сухожилиях при ревматизме, прободающая гангренозная язва щеки при водяном раке, равномерный хронический периферический лимфаденит при хронической туберкулезной интоксикации у детей и т. п.

Переходя теперь к абсолютному симптомокомплексу, я должен сказать, что он несколько напоминает так наз. патогномонические признаки болезни, но дело в том, что учение о патогномонических признаках представляется не вполне ясным и четким. Ничуть не претендуя на оригинальность предложения, я хочу направить мысль товарищей в эту сторону, считая, что работа в этом направлении может оказаться очень полезной. Очень характерные симптомокомплексы наблюдаются при очень многих болезнях.

Первый пример. Например, нам рассказывают, что здоровый до того ребенок заболевает сразу очень сильным жаром, знобом, общими расстройствами, головной болью, иногда рвотой, постоянная температура

держится на 39—40° Ц., на 2-й или 3-й день болезни находят резкое бронхиальное дыхание в той или другой доле легкого, соответственно полную тупость. Немного очень мелких крепитирующих хрипов, слышны, нередко легкая катаральная ангина, иногда у старших детей боли в боку, соответственно притуплению, короткий кашель почти без мокроты. Что это за болезнь? Понятно, что всякий врач очень хорошо знает, что так протекает так наз. крупозное, или фибринозное воспаление легких. Может быть точно такая же картина болезни наблюдается при острой лобулярной пневмонии, при коревой, или гриппозной пневмонии? Нет, решительно нет. Напротив, можно сказать, что остальные формы пневмоний протекают с совершенно противоположными признаками, хотя, следует сказать, что клиническая картина коревой и гриппозной пневмонии уже далеко не отличается такой ясностью.

Второй пример. До того совершенно здоровый ребенок сразу заболевает очень сильным жаром, общие расстройства, на 2-й или 3-й день как бы неожиданно очень сильные боли в одном или двух суставах (нередко больной кричит от боли), затем в следующие дни такие же боли в других суставах, тогда как *вначале пораженные суставы через 2—3 дня приходят в норму, с полным восстановлением всех движений.* Иногда суставы слегка припухают и покрывающая их кожа немного отекает и краснеет. Кроме крупных суставов последовательно поражаются мелкие пальцы рук и ног, даже суставы позвоночника и грудины. Очень типично то, что во всех суставах совершенно одинаковые по течению изменения. Иногда уже в это время дети жалуются на неприятные ощущения в области сердца, а врач находит неправильную и усиленную деятельность и шумок или нечистые тоны. Через 7—14 дней все приходит в норму, и ребенок чувствует себя совершенно здоровым, но в сердце нередко остаются изменения. Какое это поражение суставов? Разве трудно догадаться, что это за болезнь, причем в настоящее время все более и более становится ясным, что при этой болезни поражение суставов играет второстепенную, если не более роль, что это характерное общее страдание и вся тяжесть болезни падает на сердце. Это — характерная ревматическая инфекция. Она протекает так типично, так характерно, что смешать ее с какой-нибудь другой болезнью нет никакой возможности. В данном случае мы имеем дело с отчетливо выраженным „абсолютным симптомокомплексом“. Очень важно то обстоятельство, что болезненных форм поражения суставов очень много и тем не менее ревматическое заболевание протекает настолько отлично, что оно тотчас выделяется клинически как вполне самостоятельная форма.

Кроме того, мы, детские врачи, встречаемся еще с одной формой артрита у детей, которая уже в настоящее время вполне заслуживает того, чтобы ее выделить из громадной группы хронических поражений суставов у детей. Вот она: *Третий пример.* Ребенок, 3—7 лет, сразу заболевает поражением суставов, большей частью крупных. Нередко температура немного повышена, редко бывает высокая, но непродолжительно. После этого суставы постепенно увеличиваются без острых явлений, без боли. Суставы захватываются один за другим, вовлекаются постепенно и мелкие суставы. Больные суставы увеличены, плотны, почти не болезненны, жидкости не содержат, кругловатой формы, резко ограничены в движениях. При просвечивании лучами в суставных конках

костей изменений не находят. В сердце изменений при этой болезни не бывает. Болезнь, начавшись в детском возрасте, всю жизнь идет вперед, иногда наблюдаются только небольшие временные улучшения. Болезнь эта известна давно и для нее уже неоднократно предлагались различные названия. Одно из удачных названий принадлежит немецкому ученому Schüller, который предлагал этот артрит называть хроническим инфекционным гиперпластическим артритом (arthritis chronica hyperplastica). Почти эта же форма артрита была описана Still'em. Я много раз наблюдал у детей эту форму артрита и считаю, что при ней наблюдается такой комплекс симптомов, который при других болезнях суставов никогда не встречается. Поэтому я считаю, что при этой болезни наблюдается абсолютный симптомокомплекс, никогда не встречающийся при других болезнях.

Четвертый пример. Ребенок, 11—12 лет, заболевает очень постепенно. Влещет, худеет, слабеет, жалоб нет, иногда умеренное повышение температуры, редко боли в боку, незначительный кашель. При осмотре груди тотчас бросается в глаза, что одна половина грудной клетки отстает при дыхании, вся эта сторона притушена, при выслушивании всюду на этой стороне ослабленный вдох, а внизу дыхательные шумы не передаются. Имея такую комбинацию симптомов, мы не сомневаемся в том, что ребенок болен серозным плевритом. Следовательно указанные признаки являются абсолютным симптомокомплексом для серозного или туберкулезного плеврита.

Пятый пример. Ребенок любого возраста сразу заболевает очень сильным жаром, общая слабость, рвота, даже судороги. В этот же день или только на следующий появляется слизистый понос. Испражнения очень часты (до 20—30), незначительны по объему, состоят почти из одной слизи, примесь крови, иногда в очень незначительном количестве, ребенок сильно натуживается при испражнении, жалуется на сильные боли живота. Очень быстро худеет. Высокая температура держится обыкновенно дня или два дня, а затем иногда небольшие повышения. Болезнь наступает почти исключительно в летние месяцы года, нередко в одной семье наблюдается почти одновременно два таких же заболевания. Поносы у детей наблюдаются очень часто, форм их также очень много, тем не менее описанная картина болезни так характерна, что распознавание ее не представляет никаких затруднений. В данном случае мы имеем дело с дизентерией или летним детским кровавым натужным поносом. Эту форму колита следует выделить из громадной массы всевозможных колитов и нам легко удастся это сделать благодаря наличию абсолютного симптомокомплекса. По отношению к колитам это особенно важно. Иногда, напр., крови в испражнениях совершенно нет, но вся остальная картина симптомов выражена настолько ярко, настолько характерно, что в этих случаях мы обязаны тоже причислить на основании клинических признаков к дизентерии. Во многих случаях очень легко убедиться, что это предположение совершенно верно.

Шестой пример. Среди полного здоровья ребенок заболевает вдруг сильным жаром, головная боль, иногда очень сильная, знобит, жар, и зноб через 3—4 часа сменяются потом и ребенок выздоравливает обыкновенно к вечеру ему становится лучше, почти всегда появляется аппетит и ребенок спокойно засыпает. На другой день он совершенно

здоров, от болезни не осталось никаких следов, но через 48 часов (редко через 46 или 50 часов) снова появляются те же симптомы, а главное в той же последовательности. Обыкновенно с первого же дня болезни отмечают увеличение селезенки, которая с каждым приступом становится все больше и больше. Ясно, что мы имеем дело с малярией трехдневного типа. Перечисленные симптомы являются абсолютным симптомокомплексом, который наблюдается только при трехдневной малярии.

Седьмой пример. Уже 2 недели ребенок (любого возраста) кашляет, причем последний все время постепенно усиливается. Кашель состоит из отдельных приступов с промежутками в 1—3 часа. Ночью кашель гораздо сильнее. Приступы состоят из отдельных, слегка судорожных кашлевых толчков, быстро следующих один за другим. При этих приступах лицо сильно краснеет, в слизистой оболочке глаза могут появиться кровоизлияния (иногда их очень много), продолженный вдох при кашле может сопровождаться особым звуком, напоминающим голос петуха, лицо иногда немного одутловато. Температура не дает повышений. На уздечке под языком часто небольшая язвочка. Очень характерно равномерное усиление всех симптомов болезни. На воздухе приступы сейчас же прекращаются. Это—симптомокомплекс, характерный для коклюша.

Восьмой пример. Ребенок болен уже 2—3 года. У него часто (1 раз в 1—4 недели) приступы затрудненного дыхания, наступающего без определенной причины. Вся картина болезни разыгрывается обыкновенно ночью. Ложится спать ребенок здоровым, а через 2—3 часа просыпается, жалуясь на то, что ему трудно дышать, очень беспокоится, возбужден, не находит для себя места, старшие дети указывают на стеснение в области грудины. Температура остается нормальной или немного повышенной. К утру ребенку становится легче и он засыпает. На другой день он просыпается, чувствуя себя почти совершенно здоровым, но кашель еще усилился, а при выслушивании в это время в обеих легких слышно очень много мелких хрипов и писков (они очень хорошо слышны и на расстоянии от больного). При перкуссии в это время очень легко убедиться, что края легких растянуты со всех сторон, в области сердца полной тупости нет, только незначительное притупление. Еще 1—2 дня остается незначительная слабость и влажный кашель, но болезнь уже вся в прошлом и ребенок рвется с постели. Через 1—3 недели наступает точно такой же припадок. Всем ясно, что это повторение прежней болезни. В промежутках между приступами ребенок чувствует себя совершенно здоровым. Расширение краев легких держится обыкновенно 1—2 недели. Картина болезни настолько типична, что распознавание не представляет никаких затруднений. Это нервная бронхиальная астма. Нахождение в крови и мокроте обилия эозинофилов, в мокроте спиралей Куршмана и кристаллов Лейдена только подтверждает распознавание. Таким образом и при этой болезни мы имеем абсолютный симптомокомплекс.

Я привел достаточно примеров в доказательство того, что, действительно, при многих болезнях существует абсолютный симптомокомплекс. Пожалуй мне скажут, что нового здесь решительно ничего нет, что и прежде было известно, что при многих болезнях существует патогномический симптомокомплекс, характерный для этого страдания и об-

легчающий распознавание. Я обращаю внимание на то, что абсолютный симптомокомплекс встречается только при одной болезни и при других болезнях никогда не встречается. Эта особенность имеет очень большое значение для распознавания. Но я хочу обратить внимание еще и на то обстоятельство, что абсолютный симптомокомплекс далеко еще не изучен по отношению к очень многим болезням и это часто ставит врача в очень затруднительное положение с смысле распознавания. Хотелось бы мне также указать на то незавидное положение, в котором находится классификация внутренних болезней. Всякий из нас хорошо знает, что она хромает, как говорят, на все четыре ноги. Мне кажется, что наилучший способ изучения болезней это установка исходных штампов для всякого рода болезней, исходя из которых уже легче будет разбираться в тех формах заболеваний, которые протекают не так типически. Если мы установим абсолютный симптомокомплекс для дизентерии (летний инфекционный слизисто-кровяной натужной понос), то нам легче будет разбираться в тех формах дизентерии, которые протекают менее типично, но тем не менее почти со всеми характерными признаками этого страдания.

Наконец, если, действительно, мы имеем в виду неуклонно проводить профилактический уклон, то тотчас возникает вопрос о более точном распознавании болезней. Ясно, что бороться можно только с тем врагом, которого мы хорошо изучили, которого мы очень хорошо знаем. Не можем же мы ждать, пока лаборатория найдет способы отличать одни болезни от других. Это наступит, очевидно, еще очень не скоро. А пока другого выхода нет, как приступить к очень внимательному изучению проявлений болезни у постели больного. Я не хочу подрывать значения лабораторных исследований, но я хочу только указать на то, что мы, практические врачи, не должны возлагать надежды на лаборанта. Нет, мы сейчас должны приняться за работу по профилактике болезней, а предварительно следует, конечно, проработать вопрос о классификации болезней.

Выводы: 1) Классификация болезней очень плохо разработана и находится до сих пор в хаотическом состоянии.

2) Бактериологический подход применим только к очень немногим болезням и потому в основу классификации болезней должна быть поставлена клиника, тщательное изучение всех проявлений болезни.

3) Вся существующая классификация болезней основана (это следует всегда помнить) исключительно на клиническом подходе. Только при нескольких болезнях удалось выделить возбудителя.

4) Выделять можно только те болезни, которые имеют абсолютный симптомокомплекс.

5) В прошлом лечебный уклон занимал совершенно не соответствующее ему место. Возлагавшиеся на него надежды не оправдались или в очень незначительных размерах. Сама жизнь очень ясно и определенно указывает, что дальше идти по этому пути никак нельзя. Нельзя мириться с тем, что болезни наносят населению громаднейший вред, обесценивают его и, главное, постепенно ведут к вырождению народных масс.

6) Следует поставить лозунгом активную и напряженную борьбу с наиболее распространенными и наиболее губительными для трудящихся болезнями.

7) Для этого ударной задачей следует поставить самое тщательное изучение особенностей этих болезней. Бороться с врагом, рассчитывая на успех, можно только тогда, когда мы изучили его главные свойства и особенности.

8) Это изучение должно вестись всеми врачами, которые являются наиболее заинтересованными в этом деле. В особенности должны быть привлечены к этой работе амбулатории, больницы, единые диспансеры, ясли, санатории, колонии, площадки, дома отдыха и проч., в особенности же специальные терапевтические и педиатрические институты для глубокого изучения причин болезней, которые обязательно должны возникнуть в ближайшее время.

Из Госпитальной хирургической клиники Днепропетровского мединститута
(Директор проф. Я. О. Гальперн).

О ранней операции при остром аппендиците¹⁾.

Д-ра В. А. Рабиновича.

Не останавливаясь на историческом развитии вопроса о лечении острого аппендицита, следует отметить, что в последние годы, когда принцип ранней операции стал широко применяться, смертность от аппендицита значительно снизилась, имея тенденцию приближаться к нулю. Если общая смертность от аппендицита раньше при выжидательно-оперативном методе лечения у Koter'a достигала 12%, то с переходом на раннюю операцию общая смертность снизилась до 2%. У Kümme'l'я в 1904 г. смертность была 12,9%, с широким применением ранней операции, начиная с 1905 г., процент смертности постепенно падает, достигнув в 1910 г. 2,2%. У Болярекого общая смертность от аппендицита, достигая в период с 1905 г. по 1908 г. 38,4%, с переходом на широкое применение ранней операции с 1909 г. по 1912 г. падает больше чем на половину, достигнув 15,9%. Ранняя операция в первые 48 часов заболевания дала у него 1,5% смертности. Статистика целого ряда других авторов, указывающая на значительное снижение смертности от аппендицита с переходом на раннюю операцию, побуждала к тому, что последняя приобретала все больше и больше сторонников и в настоящее время получила повсеместно полные права гражданства.

Чем же может быть оправдано оперативное вмешательство в раннем периоде?

Клинический симптомокомплекс, каковым может сопровождаться острый аппендицит в раннем периоде заболевания, не всегда дает возможность судить о тех изменениях, какие происходят в брюшной поло-

¹⁾ Доложено объединенному заседанию Днепропетровских хирургического и терапевтического обществ 14 апреля 1930 г.

етп. и зачастую мы имеем случаи, когда у больных при довольно слабо выраженных клинических явлениях на операционном столе обнаруживаются перфоративные, гангренозные аппендициты с гноем в брюшной полости. Для примера приведу случай из нашего материала:

1. *Ист. бол. № 574.* Б-ая В., 24 л., 7. V. 28 г. доставлена К. С. П. Перенесла два приступа. Последний, третий, начался накануне в 9 часов вечера болями в правой подвздошной области и рвотой. При поступлении—живот мягкий, незначительная болезненность при пальпации в прав. подвздош. области, t^0 37,2 0 , P.—72 в 1 мин., хорошего наполнения. Экстр. операция через 13 часов от начала приступа. Слепая кишка извлекается с трудом. В аппендиксе на поперечный разрез от основания перфоративное отверстие, через которое выделяется содержимое—кал. Аппендикс удален. Выписалась на 21-й день.

2. *Ист. бол. № 929.* Б-ой Т., 22 л., 23. IX. 29 г. доставлен К. С. П. в 2 ч. ночи. Заболел накануне в 10 ч. вечера, появились режущие боли во всем животе, которые сосредоточились затем в прав. подвздош. области. Дважды рвота. Приступ 2-й. При поступлении в клинику б-ой самостоятельно вынул из кареты, t^0 36,7 0 , P.—72 в 1 мин., хорошего наполнения. Живот мягкий. Точка М.-В. болезненна, симптом Rovsing'a положительный. Через минут 20 б-го сильно знобит, головная боль, боль в животе слабее. Экстренная операция через 4½ часа от начала заболевания. Апп. верхушкой припаян к задней стенке паравт. брюшины, с трудом выделяется. При выведении в рану выделилась гнойная жидкость, вытекавшая из перфоратив. отверстия у основания отростка. Апп. удален. Рана залита пагучо. Выписался на 19-й день.

3. Случай, наблюдавшийся в последние дни. Б-ой поступает в клинику к концу первых суток заболевания. Заболевает впервые. Началось болями внизу живота, рвотой. При поступлении в клинику t^0 P. в пределах нормы, живот мягкий, переская болезненность внизу справа. Явления настолько слабо выражены, что дежурн. врач (б-ной поступил ночью) считает возможным оставить б-го без экстр. оператив. вмешательства. Утром самочувствие б-го хорошее, t^0 —N. Болей в животе нет, живот мягкий. Заставляет на себя обратить внимание учащенный пульс. P.—100, 104 в мин. Операция (в начале 2-х сут. заболел.): аппендикс в рыхлых спайках, резко утолщен, гангренозный, с намечающейся перфорацией у основания.

Данные случаи являются примерами аналогичных чрезвычайно часто наблюдающихся случаев, которые должны заставлять при острых заболеваниях брюшной полости всегда иметь в виду коварность остр. аппендицита. Не имея „объективного мерила для суждения о тяжести процесса в брюшной полости“ (Волкович) в ранние часы заболевания мы лишены возможности предвидеть дальнейшее течение процесса. Bergard и Vignard по этому поводу пишут: „Мы видели, что приступы аппендицита, вначале легкие, кончались через 3 дня общим перитонитом, и, наоборот, тяжелые с повышенной t^0 до 39,5 0 —40 0 проходили через сутки при покойном положении в постели подо льдом и с соблюдением диеты“.

Данное положение может быть подтверждено следующим случаем.

Ист. бол. № 552. Б-ой Р., 29 л. 18. III. 28 г. доставлен К. С. П. с явлениями начинающегося перитонита. В анамнезе приступов аппендицита не отмечал. Заболел 2 дня т. н. болями в нижнем отделе живота. Изредка боль переходила в правую часть. t^0 36,8—37,1, P.—76—78 в 1 м. Рвоты не было. Стул после клизмы. Живот мягкий, слегка вздут. На следующий день состояние ухудшилось, болезненность локализуется справа. Стула нет. Газы отходят. Живот нерезко напряжен. На 3-й день к вечеру рвота с примесью желчи. Ночью внезапная, резкая схваткообразная боль в нижнем отделе живота. Живот напряжен., t^0 37,2, P.—112 в 1 м. В таком состоянии б-ой доставлен в клинику. Экстренная операция (через 54 ч. от начала заболевания). В брюшной полости серозно-гнойная жидкость. Аппендикс в спайках, сильно утолщен, темно-красного цвета. У основания его намечающаяся перфорация. Апп. удален. Брюшная рана залита

наглухо. Под кожу тампон. В послеоперационном периоде на 18-й день рег. гестии. вскрыт абсцесс Дугласа и на 25-й день поддиафрагмальный абсцесс. На 30-й день смерть при явлениях упадка сердеч. деятельности.

Таким образом в этом случае при слабо выраженных явлениях с t^0 36,8—37,1 и нормальном пульсе в первые сутки заболевания мы в начале 3-х суток имели уже явления перитонита, причем инфекция распространялась настолько, что и операция уже не предотвратила печального конца.

Острые ап., оставленные без оператив. вмешательства в ранние часы заболевания, в последующем могут дать целый ряд тяжчайших осложнений, из них на первом месте стоят перитониты, которые дают большой процент смертности. Бо-ярский указывает, что до введения ранней операции с 1905 г. по 1908 г. в Обуховской б-це перитониты составляли 46,1% всего числа аппендицитов, с широким же применением ранней операции с 1909 г. по 15/V 12 г. процент перитонитов снизился до 14,8%.

Из других довольно частых осложнений нужно отметить еще поддиафрагмальный абсцесс, встречающийся по указанию Рубашева в 2% всех остр. ап. и затем абсцесс Дугласа. Нередко о. а. осложняется еще кишечной непроходимостью, которая может наблюдаться и в начале приступа, когда она большей частью бывает динамической, зависящей от воспалительного паралича кишек, или же она может наблюдаться уже в поздние периоды заболевания, являясь следствием механической причины—сращений, сдавлений и т. д. На нашем материале мы наблюдали 2 случая о. а., осложненных в позднем периоде кишечной непроходимостью.

Ист. бол. № 211. Б-ой К., 21 г., 31. VIII. 25 г. доставлен с явлениями непроходимости на 10-й день заболевания. Заболевание началось запорами и болями справа в животе. На 4-й день принял слабительное. 1. IX. Р. 86 в 1 мин., t^0 37°. 2. IX. Операция: в брюшной полости большое количество гнойной жидкости (с каловым запахом). Толстые кишки в спайках. В брюш. полость дренаж. На следующий день смерть. На аутопсии: гангренозно-перфоратив. апп., окруженный салывком, припаянным к нему. Сальник образует петлю, которая я послужила перетяжкой для кишечных петель.

Ист. бол. № 124. Б-ой Х. 26 л., 8. XII. 24 г. доставлен на 12-е сутки заболевания с явлениями непроходимости, t^0 —N. Р. 90 в 1 мин. В начале заболел боли в животе, рвота и повышенная t^0 . Операция: периферич. ковед аппендикса разрушен, весь в спайках. Appendectomy. При осмотре лев. подвздошн. впадины между кишками показан густой зловонный гной в большом количестве. Дренаж. Выздоровление.

Таким образом, в первом случае условия для непроходимости создали спайки, образовавшиеся вокруг воспалит. очага, а в другом—гнойник. Остр. ап. могут сопровождаться и целым рядом других неприятных осложнений, как-то: абсцессы печени, паранефриты и т. д.

Если приступ о. а. и проходит благополучно, то этим не исключается возможность его повторения, причем последующие приступы, как указывают некоторые авторы и как это мы могли убедиться на нашем материале, в большинстве случаев бывают тяжелее предыдущих и каждый из приступов чреват неприятными последствиями.

На нашем материале мы имели в 53,2% случаев повторные приступы (1 приступ наблюдался в 27,2%, 2 пр.—в 22,2%, 3 пр.—в 17,8%, 4 и больше в 13,2%, в 19,6% количество приступов не ука-

зано). Даже наиболее тяжелые приступы с образованием огранич. абсцесса не исключают возможности повторного приступа не менее тяжелой формы. Вгляд, что ап., осложненные абсцессом, редко дают рецидивы (якобы вследствие того, что аппендиксы, дающие абсцессы разрушаются), отвергается целым рядом авторов. Так Фомме указывает на 20% рецидивов у таких больных. У Попперта рецидивы наблюдались в 20,7%, у Pels-Leusden'a в 43,2% (Юкельсон). Юкельсон приводит материал в 32 сл., перенесших аппендикулярный абсцесс и повторно оперированных, из них у 17 отросток сохранился целиком, у 9 отросток сохранился частично и только в 6 случ. отросток был разрушен. Нам пришлось в одном случае повторно оперировать в холодной стадии после перенесенного аппендикулярного абсцесса и в этом случае аппендикс был найден целиком без спаек.

Наконец, основным моментом, говорящим в пользу ранней операции, является низкий % смертности при ней. На нашем материале мы имели на 171 операн. в раннем периоде (первые 48 часов) один смертный случай—0,58%. У других авторов % смертности в раннем периоде равен 0% (Греков, Назаров, Милостанов и др.).

Таким образом, принимая во внимание все вышеизложенное, становится несомненным, что ранняя операция имеет все преимущества перед другим методом лечения, т. к. ею мы приближаем % смертности к 0 и тем самым почти приближаемся к идеалу: „на одной смерти от аппендицита“ (Dieu-la-fait), к которому стремится хирургическая мысль.

Осуществлению же принципа широкого применения ранней операции в значительной степени мешает позднее поступление б-ых. В этом отношении все же следует отметить, что в последние годы намечается перелом в отношении поступления больных в клинику по времени заболевания.

ТАБЛ. № 1.

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Ранние поступления	11%	13,5%	40,7%	22,6%	57%	63%	76%	80,5%
Поздние „	89%	87,5%	59,3%	77,4%	43%	37%	24%	19,5%

Если за период времени с 1923 г. по 1926 г., как видно из табл. № 1, больший % падает на поздние поступления, то с 1927 г. постепенно начинает увеличиваться % поступлений в ранние часы заболевания: это обстоятельство можно объяснить, с одной стороны, тем, что врачебная масса постепенно начинает осознавать все преимущества ранней операции, а с другой, и тем, что и среди населения уж много хорошо осведомленных о данном заболевании и о тех опасностях, какими чревато оно. Мы зачастую уже отмечаем у нас случаи непосредственного обращения в клинику б-ых без предварительного осмотра амбулаторным врачом с самостоятельно поставленным диагнозом „аппендицит“. Но % поздних поступлений в клинику все же еще остается большим, а этим и увеличивается % смертности от ап. На нашем материале мы имели возможность убедиться, что все еще имеются врачи, которые считают возможным воздержаться от оперативного вмешательства в раннем периоде заболевания. Желательно было бы присутствие консервативно-настроенных врачей на операции остр. ап., чтобы они, увидев „картину толстого, набухшего, грязно-коричнево-зеленовато-красноватого гангре-

возного отторжка при еще незначительных симптомах болезни" (Гра-зер), могли понять всю опасность промедления с ранней операцией.

Если ранняя операция имеет все преимущества и должна быть обязательна в отношении всех больных ост. ап., ибо „грозный призрак обманчивой клинической картины, ее несоответствие с тем, что происходит в брюшной полости, всегда стоит перед хирургом" (Цейдлер), что должно быть отнесено к раннему периоду заболевания, когда по клинической картине никак невозможно судить о тех изменениях, подчас коварных, каковые происходят в брюшной полости, то этого нельзя отнести к межлуточному и позднему периодам, когда картина заболевания в громадном большинстве случаев уже ясно определяется.

Мы возражаем против систематической операции в межлуточном и позднем периодах, ибо, с одной стороны, при благоприятном течении процесса в межлуточном периоде все клинические явления начинают регрессировать и, с другой, потому что в межлуточ. периоде в большинстве случаев мы имеем ограничение воспалительного очага от здоровой брюшной полости с последующим рассасыванием инфильтрата.

Случаи же, сопровождающиеся улучшением состояния, должны быть оперированы в холодном периоде, ибо последний дает значительно меньший % смертности. Замечательным в том отношении, следует ли систематически вмешиваться в межлуточ. и позднем периодах, является материал Reschke (из клиники Pels-Leusden'a), которому, по его собственному выражению, представилась счастливая возможность сравнить результаты вмешательства и выжидания в межлуточном и позднем периодах при ост. ап. Из материала в 431 сл. (без разлитых перитонитов), поступивших в межлуточном и поздн. периодах, им прооперировано 200 сл. с 7 смерт. исходами и консервативно проведено 231 сл. с 1 смертностью. Для доказательства целесообразности выжидания в межлуточн. периоде Reschke отобрал совершенно аналогичные по клиническому течению случаи с местным перитонитом, из которых в 62 сл. было произведено оператив. вмешат. с 7 смерт. исходами; в 120 консервативно проведенных случаях наблюдалась 1 смерт. В 6 оперированных случаях причину смерти Reschke приписывает оператив. вмешательству, так как во всех этих случаях с огранич. перитонитом вслед за оператив. вмешательством наступали общие прогрессирующие перитониты.

Возражая против систематич. вмешательства в межлуточ. и позднем периодах, мы не можем также согласиться и с предложением Jungbluth'a—оперировать только в первые 8—12 часов от начала заболевания, в последующие же часы выжидать. Вышеприведенные случаи из нашего материала говорят против этого предложения.

В Госпитальной хир. клинике Днепропетровского мединститута принципом является обязательная операция в отношении всех больных, поступающих в первые 48 часов от начала заболевания, что же касается 6-ых, поступающих после этого срока, то в отношении их, как я уже сказал, проводится выжидательно-консерватив. метод.

Через клинику за период с 1923 г. по май 1930 г. прошло 342 чел. с ост. ап., из них подвергнулось оперативному лечению—189 чел., консерватив.—153 чел. По годам наш материал распределяется следующим образом (табл. № 2).

ТАБЛ. № 2.

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930 по май	Итого
Операр.	1	2	3	6	11	56	75	35	189
Консерват.	8	6	24	25	19	41	24	6	153
Всего	9	8	27	31	30	97	99	41	342

В таблице № 2 интересно отметить увеличение с каждым годом количества б-ых, поступающих с остр. ап. и одновременно, начиная с 1927 г., увеличение количества больных подвергнутых оперативному лечению.

По полу наш материал распределяется так: мужчин — 196, женщин — 146. По возрасту наш материал не представляет отклонений от других статистик, подтверждающих преобладание заболеваний аппендицитом в третьем десятилетии, а именно: до 10 л.—6 сл., от 11 до 20—92, от 21 до 30—162, от 31 до 40—48, от 41 до 50—22, от 51 и старше—7, возр. не указ. в 5 случ.

Из табл. № 3 мы видим, что оперированные случаи по дням заболевания распределяются следующим образом: в 1-е сутки заболевания оперировано 130 б-ых без смертных случаев, на 2-е сутки—оперировано 41 б-ой с одним смертным исходом, что составляет 2,43% смертности по отношению к оперированным на 2-е сутки и 0,58% по отношению ко всему количеству оперированных в раннем периоде.

ТАБЛ. № 3.

Периоды	Количество случ.	Распределение по формам					Laparotomia	Смерт. случ.
		App. simp- lex.	App. gang- renos.	App. perfor- at.	Empy- ema.	Аппен- дэкул. абсцессы		
1-ые сутки . .	130	101	14	7	8	—	—	—
2 с.	41	18	10	11	2	—	—	1
3 с.	6	1	2	3	—	—	—	3
4 с.	3	—	1	—	—	—	2	1
5 с.	1	—	—	—	—	—	1	1
6 с.	1	—	—	—	—	—	1	—
11 с.	1	—	—	—	—	1	—	—
12 с.	4	1	—	1	—	1	1	1
13 с.	1	—	1	—	—	—	—	1
32 с.	1	—	—	—	—	1	—	—

Оставляя в стороне распределение наших б-ых по формам заболевания, что ясно видно из таб. № 3, хочу только отметить, что в 2-х случаях, оперированных через 4—4½ часа от начала приступа, мы имели дело уже с перфоративными аппендицитами. Другие авторы указывают на случаи перфорации уже через 2—3 часа от начала приступа (Аляпов, Милостанов).

Придерживаясь принципа выжидательно-консервативного метода лечения в межт. и позднем периодах, мы вынуждены были из всего ко-

личества 137 б-ых, поступивш. в эти периоды, прибегнуть к оператив. вмешательству только в 18 случаях, из них, как видно из таблицы, на 3-и сут. оперировано 6 б-ных с 3-мя смертными исходами, 3 б-ых на 4-е сутки с одним смертным исходом, на 5-е сутки—1 б-ой со смертным исходом, на 7-е сутки—1 б-ой, выздоровление, на 11-е сутки—1 б-ой, выздоровление, на 12-е сутки оперировано 4 б-ых с 1-м смерт. исходом, на 13-е сутки—1 б-ой со смертным исходом и на 32-е сутки оперирован 1 б-ой, выздоровление.

Показация к оператив. вмешательству в межтотч. и позднем периодах, мы ставили только в тех случаях, когда мы имели дело с явлениями разлитого перитонита или если наблюдалось нагноение ограниченного инфильтрата, причем в последних случаях мы ограничивались лишь вскрытием гнояника.

Показателем того, что не следует систематически вмешиваться в межтотч. и позднем периодах при наличии инфильтрата, может послужить то обстоятельство, что на нашем материале из 39 б-ых, поступивших с инфильтратами, к вскрытию абсцесса пришлось прибегнуть в 3-х случаях с последующим выздоровлением во всех случаях. У Reschke из 107 случаев, поступивших с инфильтратами, нагноение с последующим вскрытием абсцесса наблюдалось в 32-х случаях. Во всех случаях выздоровление.

Petrén приводит материал — 132 случая острого аппендицита с инфильтратами, из них в 38 случаях было проведено консервативное лечение без смертных исходов, в 41 случае был произведен разрез и в 53 случаях—аппендэктомия. Последние дали 3 смерти.

Для того, чтобы проанализировать наши смертные случаи, приведу кратко историю болезни.

Ист. бол. № 995. Б-ой А., 19 л., 29/XII 29 г. доставлен в Клинику КСП к концу 2-х суток от начала заболевания. Заболел впервые, боли по всему животу, рвота. При поступлении в клинику состояние тяжелое, язык сухой. Живот напряжен. При пальпации резкая болезненность, особенно в прав. подвздош. области, т° 38,4°. Р. 128 в 1 м. Экстр. операция: в брюшной полости много гнойной жидкости. Соедин. артерий покрыты фибриновым налетом, у основания последнего—перфоративное отверстие. Остаток удален. Под кожу тампон. Смерть на 5-й день при явлениях упадка сердечной деятельности.

Ист. бол. № 884. Б-ой М., 22 л., 19/VII 29 г. доставлен КСП с явлениями общего перитонита. Заболел 17/VII, боли в животе, рвота. В тот же день—слабительное, после чего боли усилились, локализуются в пр. подвздош. области. 18/VII состояние ухудшилось, подкожное вскрывание (врачом). Вечером снова боли, вторичная инъекция. 19/VII с утра рвота, боли по всему животу. В 3 ч. дня доставлен в Клинику—т° 38,8°, Р. 140—150 в 1 м. Живот резко напряжен, болезнен. Язык сухой. Экстр. операция (через 52 часа от начала заболевания): в брюшной полости много гнойной (зловонной) жидкости. Петли кишок покрыты фибринов. налетом. Арр. в спайках, гангренозный, у основания перфоратив. отверстия. Апп. удален. В брюш. полость дренаж. Смерть на 3-й день после операции при упадке сердечной деятельности.

Ист. бол. № 277. Б-ая Н., 27 л., 28/VI 26 г. доставлена вечером на 4-й день заболевания. Живот вздут, напряжен, резкая болезненность в нижнем отделе (больше справа), т° 38,5°. Р. 140 в 1 м. Язык слегка влажный. 29/VI операция: в брюш. полости много гнойной жидкости. Петли кишок покрыты фибринов. налетом. Сохранилась лишь проксимальная часть аппендикса (в 3 смт. длиной) с узким просветом, дистальный отдел не обнаружен. Арр. удален. Резецированы омертвевшие участки салыника. В брюшную полость дренаж. Смерть вечером того же дня.

Ист. бол. № 647. Б-ой В., 14 л., 21/IV 28 г. в час ночи доставлен КСП по поводу резких болей в животе и рвоты. Заболел 18/IV, впервые, боли в нижней

правой половине живота, рвота. Врач назначил слабительное, клизму и под кожу морфий (?). 19/IV боли меньше, рвота частая, газы отходили. 20/IV боли, рвота, живот раздуло. Снова морфий. К ночи резкое ухудшение и б-ой доставлен в клинику. При поступлении: живот вздут, напряжен, болезнен Р. 112—120 в 1 м., $^{\circ}$ 38,4°. В 5 часов операции: в брюш. полости много гнойной жидкости. Апп. гангренозный, в средней части его перфорация. Апп. удален. Дренаж. На другой день смерть.

Ист. бол. № 279. Б-ой М. 5/III 26 г. доставлен на 5-е сутки заболевания с явлениями перитонита, $^{\circ}$ 38,9°. Р. 98 в 1 м. Живот вздут, язык сухой. Экстр. операция: в брюш. полости гнойная жидкость. Апп. замурован (снайки не тронуты). Дренаж. Умер. 8/III.

Ист. бол. № 726. Б-ой П. 20/XII 28 г. доставлен на 13-е сутки заболевания с явлениями разлитого перитонита. Экстр. операция: в брюшной полости много зловонной гнойной жидкости. Апп. гангренозный у верхушки, Appendecostomia. Дренаж. 31/XII умер при упадке сердечной деятельности.

Две истории болезни приведены выше.

Из приведенных историй болезней мы видим, что причиной смерти больного, оперированного к концу 2-х суток, был перитонит, который развился уже до операции и прогрессировал несмотря на последнюю. Что касается причины смерти б-ых, оперированных в межут. и позднем периодах, то в одном случае, оперированном на 3-и сутки, причиной был развившийся в послеоперационном периоде абсцесс Дугласа и вслед за тем—поддиафрагмальный абсцесс. в другом случае, оперированном на 12-е сутки, причиной была непроходимость с последующим перитонитом, и во всех остальных случаях причиной был перитонит.

Все эти случаи лишний раз подчеркивают всю целесообразность, всю необходимость ранней операции, ибо только ею мы можем предотвратить такие осложнения, дающие огромный % смертности. А из этого следует сделать вывод, что все больные с острым заболеванием брюшной полости где может быть заподозрен острый аппендицит, должны быть направляемы в хирургические отделения, где, наблюдая б-ого из часа в час, может быть вырешен вопрос о необходимости хирургического вмешательства.

Из 120 б-ых, поступивших в межуточн. и позднем периодах и проведенных исключительно консервативно, наблюдалось 2 смертных случая. В 1-м случае ребенок 4½ л. и в другом б-ая 19 л. доставлены с явлениями разлитого перитонита с общим тяжелым состоянием, почему и оставлены были без оператив. вмешательства.

Нужно отметить совпадение, что во всех тех случаях, где предварительным терапевтическим мероприятием было слабительное, мы имели дело с тяжелыми формами аппендицита.

Осложнения в послеоперационном периоде были отмечены следующие: в одном случае абсцесс Дугласа и поддиафрагмальный абсцесс с последующей смертью (ист. бол. приведена), в одном случае абсцесс Дугласа на 2-й неделе после операции, вскрыт per rectum (выздоровление). Со стороны грудной клетки наблюдался в одном случае гнойный плеврит, развившийся на 27-й день после операции у больного, оперированного к концу 2-х суток, с явлениями разлитого перитонита (подтверждено операцией).

В 13 случаях наблюдались пневмонии, все закончились выздоровлением. Что касается осложнений со стороны операционной раны, то таковые наблюдались в виде нагноений в 31 случае. По формам заболевания случаи, давшие нагноения, распределяются след. образом: простые

аппендициты (при наличии серозно-гнойной жидкости в брюш. полости) дали нагноение в 17 случаях, перфоративные—в 6 случаях, гангренозные в 7 случаях и в 1-м случае при эмпиеме отростка.

Наличие в брюшной полости серозно-гнойной жидкости и резко-деструктивных изменений со стороны отростка в раннем периоде заболевания не должно служить противопоказанием к зашиванию брюшной полости наглухо.

Из всего количества б-ых, подвергнувшихся оперативному вмешательству, appendix не был удален в 8-ми случаях; в 3-х случаях, ограничившихся только вскрытием аппендикулярного абсцесса и в 5-ти случаях, оперированных в межтотч. и позднем периодах с разлитыми перитонитами. Это обстоятельство тоже нужно отнести к минусам оперативного лечения б-ных в межтотч. и позднем периодах.

Переходя к вопросу о диагностике, нужно сказать, что она в большинстве случаев бывает не трудна. Диагностические ошибки при распознавании остр. апп. по K ü t m e l l'ю определяются в 3,3%. У De Quervain'a на 1723 сл. ранней операции в первые 24 часа диагностические ошибки наблюдались в 5,5% случаев. Очки и указывает, что в Боткинской б-це на 328 операций остр. апп. ошибочный диагноз был в 3-х случаях. В клинике Миротворцева (Минх) на 319 случаев было 8 ошибок. Милостанов приводит 4 ошибочных диагноза на 250 случаев. На нашем материале мы отметили 5 ошибочных диагнозов, из них в одном случае обнаружен перфоратив. холецистит, в 2-х случаях перфоративная язва желудка и в 1-м случае диагноз колебался между аппендицитом и внематочной беременностью. Операция обнаружила последнее. Такие ошибки возможны, ибо дифференцировать данные заболевания от острого аппендицита зачастую не представляется возможным. Оправданием такого характера ошибок является то обстоятельство, что все они требуют немедленного хирургического вмешательства.

Что касается случаев, которые не требуют хирургического вмешательства, то таковые, как показывают и литературные данные, как в этом мы убеждаемся и на нашем материале, бывают чрезвычайно редко. Мы на нашем материале (на 189 операций ост. апп.) имели один случай, когда оперативное вмешательство было излишне. Привожу данный случай.

Б-ая В., 18 л. доставлена КСП по поводу приступа остр. апп. Заболела накануне: после обеда у больной внезапно появились острые боли в прав. подвздош. области, через некоторое время рвота, t° 38°. При поступлении в клинику t° 37,4°, Р. 124 в 1 м., жалобы на острую боль в прав. нижней половине живота. Б-ая все время стонет. Пальпация вызывает резкую болезненность в прав. подвздош. области. Точка МВ болезненна. Симптом Rovsing'a положительный. Живот мягкий. Гинекологом со стороны половой сферы ничего патологического не обнаружено. Б-ая—virgo. Анализ крови: лейкоцитов—18500. Картина заболевания как будто ясна. 3 IV—операция (к концу 1-х суток заболевания): в брюшной полости никаких изменений. Appendix нормален. 4 IV t° —38,2°. Р. 120 в 1 м. Жалоба на боли в правом ухе, на правой щеке покраснение с маленькими пузырьками (erysipelas). Боли в животе отсутствуют. 5 IV t° —38,7°. Из правого уха вытекает гнойная жидкость. Осмотр отоларингологом—*otitis externa purulenta*. На 7-й день сняты швы, заживление *prima intentia*. На 10-й день выписалась из клиники.

Таким образом в данном случае t° , Р и лейкоцитоз могут быть объяснены *erysipelas* и *otit*'ом. Что же касается болей в животе, то та-

ковые не имеют под собой видимой анатомической подкладки. Возможно, что здесь имели место явления психогенного характера, как об этом можно было предположить на основании отдельных восклицаний бой.

Клиническая картина острого аппендицита может быть чрезвычайно разнообразна и зачастую мы не имеем всех ярких симптомов данного заболевания. Картина крови также не всегда может дать нам представление о характере процесса, происходящего в брюшной полости. Во всяком случае неполный симптомокомплекс не должен останавливать операции в ранние часы заболевания. „Лучше удалить здоровый червеобразный отросток“, говорит Дивер, „я излечить больного, чем удалить тяжело пораженный отросток и потерять больного“. Проявив это положение, мы и подойдем к намеченному идеалу.

Выводы: 1. Все больные остр. апп., как правило, должны подвергаться оперативному лечению в первые 48 часов, ибо только таким образом можно предотвратить тяжчайшие осложнения и тем самым приблизить % смертности к 0.

2. В межд. и позднем периодах больные должны проводиться консервативно, подвергая их оперативному лечению в этих периодах лишь при прогрессирующих явлениях.

3. При наличии абсцесса оперативное вмешательство должно быть ограничено только вскрытием его.

Литература: 1) Н. М. Волкович Аппендицит, желчнокам. б., туберкул. перитонит. 1926 г. — 2) Н. А. Вельяминов. Русский врач, 1910, № 43. — 3) Г. В. Алипов Новая хирургия, 1926 г., т. II. — 4) Н. В. Соколов. Казан. мед. жур., 1928 г., № 7. — 5) М. П. Шаткинский. Каз. мед. журн., № 7—8, 1929 г. — 6) Н. Н. Боляровский. Русский врач, № 45, 1912 г., № 34, 1913 г. — 7) Г. В. Алипов. Нов. хир. арх., т. II, кн. 3. — 8) А. Д. Очкин. Русская клиника, 1924 г. — 9) Труды I и II Всеукраинск. съездов хирургов в 1926, 1927 гг. — 10) Труды IX, XII съездов Российских хирургов в 1909, 1912 гг. — 11) С. М. Рубашев. Аппенд. и его влияние на заболел. орган. брюш. полости. 1928 г. — 12) Н. Н. Назаров. Нов. хир. арх., т. III, кн. 2, 1923 г. — 13) М. Б. Юкельсон. Ibid., т. XI, кн. 4, 1927. — 14) Н. Н. Милостанов. Вест. хир. и погр. обл. 1928 г., № 41. — 15) Драчинская. Ibid., № 43—44, 1928. — 16) Минк. Ibid., № 52, 1929. — 17) Брегадзе. Нов. хир. арх., № 75, 1929 г. — 18) Petrócn. Иор. реф. во Врач. газ. № 2, 1930 г. — 19) Бир, Браун, Кюммель 1929 г., т. III (русский перевод). — 20) Reschke. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1926, Bd. 197, № 1—6. — 21) Jungbluth. Zentralblatt f. Chir. 1930, № 11.

Из Хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

К технике операций при ущемленных грыжах.

Ассистента **Б. Е. Панкратьева.**

(С 2 рис.)

Различные формы ущемленных грыж—это одно из самых частых заболеваний, когда приходится прибегать к немедленному оперативному вмешательству. При огромном количестве производящихся в этих случаях грыжесечений, где оперативная техника разрабатывается с древних времен, на первый взгляд кажется, что здесь уже сделаны все усовершенствования, какие только возможны.

Я не буду здесь касаться критики того или иного способа оперативного вмешательства, вообще, а остановлюсь только на одной детали этой операции, а именно: на вопросе о наиболее безопасном способе операции при ущемленных грыжах вне зависимости от той или иной их патолого-анатомической формы—паховые, бедренные, пупочные и др. грыжи. В данном случае вопрос о рассечении ущемляющего грыжевого кольца имеет большое практическое значение и, как известно, Ронх предложил свой герниотом, представляющий собою попытку облегчить основную задачу хирурга—рассечение ущемляющего грыжевого кольца, которое сдавливает выпавшие внутренности—петли кишек, сальник и т. д.

Однако, необходимо отметить, что до сего времени эта задача не разрешена, и ценность герниотома Ронх оказалась не очень высокой. При всей видимой целесообразности этого инструмента, применение его сопряжено с огромными опасностями, которые иногда могут стоить жизни больному. Введение герниотома в грыжевое кольцо при ущемленной паховой, бедренной, пупочной и др. грыжах в то время, когда все ущемленные в нем внутренности напряжены и часто воспалены, представляет известную опасность в виду возможного ранения этих внутренностей. Эта опасность еще более увеличивается, когда герниотом приходится поворачивать для рассечения самого грыжевого кольца. В этом случае легко произвести случайное ранение кишки или сальника и т. д. Опасность здесь вполне реальна, и иногда наблюдаются в результате ранения выпавших внутренностей роковые последствия вплоть до острого гнойного перитонита и смерти. Мне известны случаи, когда герниотом в руках достаточно опытного хирурга два раза привел к смертельному исходу у больных, оперированных по поводу ущемленных грыж. Ранение кишки часто, несмотря на все принятые необходимые меры, приводит к загрязнению каловыми массами операционного поля и брюшной полости, что нередко ведет к гнойному перитониту и к смерти. Конечно, это уже крайние случаи, но ранение кишки при применении герниотома всегда надо предвидеть и надо быть крайне осторожным при пользовании им. Его отрицательное его свойство, очевидно, и служит причиной того, что применение его не пользуется широким распространением.

Рассечение же грыжевого кольца ножницами различной формы или скальпелем даже, если какой-либо из этих инструментов подводится к грыжевому кольцу по зонду Кохера или по иному какому-нибудь зонду, по пальцу и т. д., также иногда встречает известное неудобство не только при малых грыжах, но и при больших, когда внутренности резко выпячиваются из вскрытого грыжевого мешка и препятствуют безопасной работе. Большие опасности встречаются при операции у тучных лиц, особенно при ущемлении толстых кишек, обильно покрытых жиром—*appendices epiploici*, которые еще более затрудняют рассечение грыжевого кольца. Всегда имеется опасность ранения выпавших внутренностей, что является, как отмечено выше, неприятным, а подчас и тяжелым осложнением. В таких случаях все зависит от того, что зонд Кохера или другой какой-либо подобный ему инструмент анатомически не приспособлен к условиям, имеющимся при наличии ущемленной грыжи, и это обстоятельство побудило меня к данной работе, направленной к рационализации техники производства операции при ущемленной грыже.

На основании всего вышесказанного для устранения неизбежных опасностей при операции по поводу ущемленных грыж и для упрощения оперативной техники мною сконструирован особый инструмент—*грыжевой предохранитель* (рис. № 1 и № 2). Этот инстру-

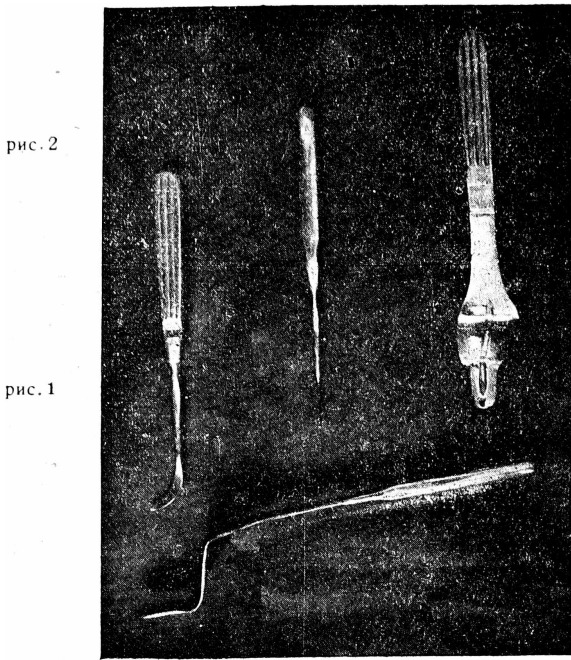


Рис. 1—вид герниотома сбоку. Рис. 2—вид герниотома спереди. Рис. 3—грыжевой предохранитель № 1 (вид спереди). Рис. 4—грыжевой предохранитель № 2 (вид сбоку). Рис. (1-4) представляют $\frac{1}{6}$ норм. величины оригинал. инструментов).

рис.

рис. 4

мент мною сконструирован на основе строгого учета анатомических особенностей строения грыжевого кольца, а также на основе учета и того обстоятельства, что мы при ущемленной грыже имеем дело с выпавшими внутренностями, которые при операции должны нами тщательно оберегаться от возможных случайных ранений и которые, поэтому, должны быть тщательно защищены при производстве наиболее опасной части операции— во время рассечения ущемляющего грыжевого кольца. Как видно из рисунка, грыжевой предохранитель предстает

собой металлическую пластинку, изогнутую в виде буквы „S“, причем один ее конец укреплен на ручке, а другой конец—свободен; он—

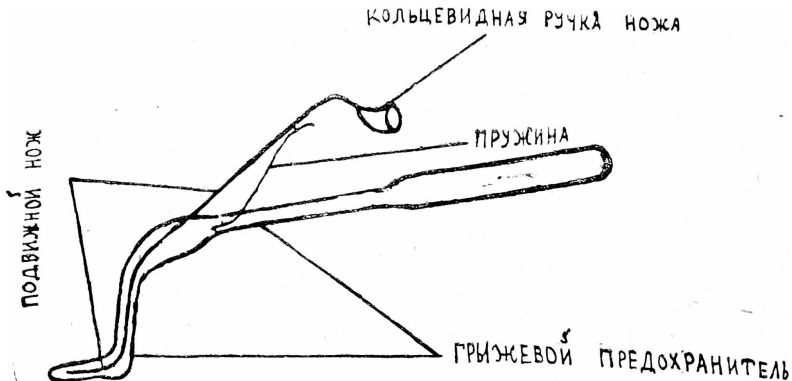


Рис. № 5. Автоматический герниотом. (Схема представляет $\frac{1}{6}$ норм. величины оригинал. инструмента).

узок. Свободная часть грыжевого предохранителя вводится в грыжевое кольцо. По передней поверхности грыжевого предохранителя проложен

желобок, не достигающий до его конца, как это видно на рисунке. По этому желобку, после того как инструмент введен в грыжевое кольцо, проводится сконструированный мною специальный *герниотом* (рис. № 3 и № 4), который представляет собой длинный крючковидный нож, острый на вогнутой стороне и тупой на выпуклой. Этот герниотом проводится по желобку предохранителя и совершенно безопасно при его помощи производится до желаемого предела разрез грыжевого кольца.

Придавая различные углы изгибу свободного конца грыжевого предохранителя по отношению к углу изгиба режущей части герниотома, я достигаю того, что при проведении герниотома по желобку грыжевого предохранителя он как бы автоматически уже производит рассечение грыжевого кольца. Дальнейшее же его расширение можно при помощи этих же инструментов увеличить до размеров, необходимых в каждом конкретном случае, в зависимости от желания и необходимости.

Грыжевой предохранитель, после того как он плотно вставлен в грыжевое ущемляющее кольцо, своим свободным концом, находящимся в грыжевом канале, абсолютно предохраняет ущемленные в нем внутренности от возможного их ранения, так как мой герниотом во время рассечения грыжевого кольца идет все время строго по сделанному для него желобку. Широкий же конец предохранителя, идущий к ручке и имеющий вогнутость на своей внутренней поверхности, удерживает выпавшие из брюшной полости внутренности, которые всегда надо предварительно прикрывать марлевой салфеткой, под подъемником, что создает полную ясность картины грыжевого канала. ввиду того что ущемленные внутренности будут располагаться под подъемником. Узкий же свободный конец грыжевого предохранителя также имеет выпуклость снаружи, соответствующую форме грыжевого кольца, и вогнутость на нижней поверхности, под которой находятся внутренности, ущемленные в самом грыжевом кольце. Как отмечено выше, при рассечении грыжевого кольца узкая свободная часть грыжевого предохранителя должна плотно прилегать к грыжевому кольцу.

В зависимости от размеров грыжи и ущемляющего грыжевого кольца применяется грыжевой предохранитель разных размеров. Для этого мною сконструировано два предохранителя, где малый—это № 1, а № 2—большой предохранитель. Конечно, можно изготовить и другие номера инструмента по его величине, но для обычной работы этих двух инструментов-предохранителей при наличии одного-двух моих герниотомов вполне достаточно для операции при грыжах всяких видов и размеров. Необходимо отметить, что грыжевой предохранитель № 1 обычно применяется при небольших бедренных, паховых грыжах и др., а предохранитель № 2 применяется при больших грыжах.

При отсутствии моего герниотома для рассечения грыжевого кольца можно совершенно безопасно, хотя и не так удобно, пользоваться ножницами или обычным скальпелем, устанавливая один из этих режущих инструментов в желобок предохранителя, и рассекая по нему грыжевое кольцо.

Как видно теперь из описания предлагаемых мною инструментов, техника применения их очень проста. Производится по общеизвестным правилам тот или иной кожный разрез над ущемившейся грыжей; затем вскрывается грыжевой мешок и осматривается его содержимое. Под пе-

редний отрезок грыжевого кольца левой рукой осторожно подводится со стороны вскрытого грыжевого мешка грыжевой предохранитель, которым захватывается сразу вся толща кольца, причем ущемленные внутренности не травмируются ввиду того, что свободный конец грыжевого предохранителя приспособлен к анатомическим условиям данной области. Ущемленные же внутренности будут находиться под грыжевым предохранителем, покрытые марлевой салфеткой; грыжевой предохранитель должен быть плотно вставлен в грыжевое кольцо. После этого по его желобку под грыжевое кольцо правой рукой подводится мой герниотом и им рассекается это кольцо, насколько это необходимо.

К моему грыжевому предохранителю можно присоединить, вместо вышеописанного герниотома моей конструкции, подвижной изогнутый нож на шарнире, как это изображено на рис. № 5. Этот нож должен помещаться в желобке вышеописанного грыжевого предохранителя и удерживаться при помощи пружины в закрытом состоянии. Это будет наиболее усовершенствованный прибор—*автоматический герниотом*. При закрытом ноже после вскрытия грыжевого мешка этот автоматический инструмент вводится в грыжевое кольцо и плотно в нем устанавливается. После того как он своим свободным узким концом надлежащим образом фиксирован в грыжевом кольце, большим пальцем руки, удерживающей этот инструмент, надо нажать на подвижной нож и, благодаря этому, будет получено автоматически рассечение ущемляющего грыжевого кольца. Вся техника операции проводится обычным путем. По желанию хирурга можно регулировать величину и направление разреза, придавая то или иное положение этому автомату и изменяя, по мере надобности, силу давления на подвижной нож, укрепленный на этом инструменте.

В заключение я должен отметить, что пользование этими моими инструментами—грыжевым предохранителем и герниотомом или автоматическим герниотомом—дает полную возможность быстро и безопасно производить операцию при различных формах ущемленных грыж. Эти инструменты облегчают работу хирурга и значительно ускоряют время производства самой операции и, таким образом, содействуют делу рационализации в области хирургии.

Из Днепропетровского областного института охраны материнства и детства (Директор д-р. А. А. Г а б и н о в, научный руководитель проф. А. В. Х о х л о в).

Опыт обезболивания момента прорезывания головки— —„Durchtrittsnaeuse“¹⁾.

(Предварительное сообщение).

Д-ра Р. М. Гуртовой.

Обезболивание родового акта, несмотря на значительную литературу по этому вопросу и обилие экспериментальных и клинических наблюдений, представляет собою еще далеко неразрешенную задачу, которая тем не менее настоятельно требует разрешения, ибо современная

¹⁾ Доложено в засед. Днепр. акуш. гинеколог. об-ва 14/IV 1930 года.

женщина гораздо сильнее страдает духовно и физически от физиологических родовых болей, чем женщина более отдаленных времен (Rankow). Многообразие методов и медикаментозных средств, предлагаемых для этой цели, является лучшим доказательством того, что надежных способов обезболивания родов мы все еще не имеем. К тому же те или иные методы не могут считаться абсолютно безвредными, как для матери, так и для плода,—и в этом, конечно, их самый существенный недостаток.

Поэтому заслуживает большого внимания предложение проф. Labhardt'a по крайней мере облегчать наиболее болезненный момент родов—прорезывание головки легким наркозом, который, не оказывая вредного действия ни на мать, ни на плод, создает временное исключение чувствительности, чрезвычайно благодетельное для роженицы. Следует учесть, что в этом периоде родового акта боль от сокращения матки суммируется с болезненными ощущениями, вызываемыми как давлением подлежащей головки на *plexus sacralis* и прямую кишку, так и растяжением чувствительных мягких частей тазового дна (Bumt). Груздев, присоединяясь к мнению Bumt'a, отмечает резкую болезненность момента прорезывания, усиливающуюся еще от сдавления головкой проходящих в тазовой клетчатке нервов. Вот почему синергетический способ Gwathmey'a, давая достаточное понижение чувствительности до начала прорезывания, часто оказывается недостаточным в процессе прорезывания головки. Halauey, предложившему еще в 1909 году свой метод нарко-типпноза, приходилось во время прорезывания головки прибегать к местной анестезии промежности (Гринберг). Гиршман при проведении родов под скололами-морфийным наркозом рекомендует при прорезывании головки для уничтожения „островов воспоминания“ применить хлороформный наркоз. Все это в достаточной мере подчеркивает необходимость создания нового метода обезболивания момента прорезывания. Таким методом и является *Durchtrittsnarcose*.

Метод этот имеет много общего с так называемым наркозом à la Reip, правда, с той только разницей, что последний начинают гораздо раньше прорезывания головки, и хлороформ дается при каждой схватке, иногда в течение нескольких часов. Это обстоятельство создает опасность вредного действия хлороформа на мать и на плод; кроме того роды несколько затягиваются, причем увеличивается частота послеродовых кровотечений.

Точно также метод, предложенный Martin'ом, отличается от *Durchtrittsnarcose* тем, что Martin начинает свое обезболивание уже с завершением полного раскрытия. Способ Martin'a начинается внутримышечным введением 0,5 куб. см. питуитрина. Когда появляются усиленные схватки, приступают к легкому хлороформному наркозу. Анестезия достигается не при отсутствии, а уже при понижении зрачкового рефлекса, на каковой стадии и поддерживается наркоз. Наркоз дается по каплям в течение каждой схватки. Вначале схватки бывают очень сильные, затем под постепенно возрастающим влиянием хлороформа интенсивность родовой деятельности начинает падать, обычно, к концу получаса. Тогда вновь вводят питуитрин, продолжая поддерживать такой же легкий хлороформный наркоз. Обычно Martin вводил 2,0 питуитрина

в течение 2-х часов, в некоторых случаях 3,0 в продолжение 3-х часов, но не больше. Наибольшая доза хлороформа, при которой удавалось ему достигнуть удовлетворительной анестезии, равнялась 11,25 гр. в час. Labhardt же предложил начинать наркоз только с момента врезывания головки, ибо при таком методе можно быть уверенным, что небольшое количество наркотического вещества не окажет вредного влияния ни на мать, ни на плод. Свой метод он подверг проверке в 500 случаях.

Методика его следующая: каждые 5, 10, 15 сек. на маску капают по 10 капель хлороформа, в среднем до наступления спокойного сна приходится употребить 50—80, редко до 100 капель. Понижение чувствительности наступает уже через 1—1½ мин. Прорезывание головки происходит легче, чем обычно; реже наблюдаются разрывы промежности. После немедленной перевязки пуповины больную стараются разбудить.

Никакого побочного действия хлороформа Labhardt не наблюдал. Не было рвоты, не было также никаких нарушений сердечной деятельности и дыхания. Женщины после пробуждения чувствуют себя хорошо. Они ничего не помнят о родах, и только некоторые смутно создавали себе впечатление, что они что-то чувствовали. Что касается новорожденных, то во всех случаях они рождались без каких-либо явлений вредного воздействия хлороформа—ни одной асфиксии. Labhardt считает Durchtrittsnarcose чрезвычайно простым и безопасным методом для облегчения родов, который он и рекомендует, как для клиницистов, так и для врачей практиков.

Такие же хорошие результаты с этим методом получал и Ненгард. Последний, независимо от Labhardt'a, проводил при родах обезболивание в течение 4-х лет. За это время у него накопилось около 200 случаев. Методика та же, что и у Labhardt'a. Результаты в отношении детей—хорошие. Что же касается матерей, то Ненгард отмечает некоторые отрицательные стороны: 1) более обильная потеря крови, почему он рекомендует женщинам, перенесших когда-либо атоническое кровотечение, не подвергаться обезболиванию; 2) возбуждение, наступающее под влиянием наркоза, часто требует особого персонала и в значительной степени затрудняет защиту промежности. Все же Ненгард считает, что Durchtrittsnarcose безусловно целесообразен и имеет практическое значение, т. к., пользуясь этим методом, мы в состоянии достигнуть обезболивания наиболее мучительного момента родов—прорезывания головки.

Kuhl применял Durchtrittsnarcose, пользуясь для этой цели этилхлоридом, в течение последних 2-х лет в 600 случаях. Наркоз начинался у первородящих по каплям. Когда скуловые кости ощущались под промежностью, то обычно выведение головки сопровождалось помощью акушера. Особенно хорошие результаты достигаются, если предварительно рождение в периоде изгнания всыпать морфия 0,1—0,15 куб. см. Наступающая при этом слабость схваток легко устраняется препаратами питуитрина. У повторнородящих наркоз достигается гораздо легче, причем выведение головки особых затруднений не представляет. Ни для матерей, ни для плодов не отмечалось вредных последствий. Точно также не наблюдалось усиления кровопотерь, на что особенно указывает Ненгард. К сожалению, в работе Kuhl'a не отмечено: 1) сколько уходило наркотического вещества, 2) как долго продолжался наркоз и, наконец,

3) состояние роженицы в наркозе и после него. Вот почему по работе Кунг'я трудно сделать заключение о целесообразности замены хлороформа этилхлоридом.

Нами Durchtrittsnarcose был проверен в 80 случаях, из них на первородящих—в 51 сл. и на повторнородящих—в 29 сл. В отношении методики мы придерживались схемы, предложенной Labhard't'ом. Наркоз начинался с момента врезывания у первобеременных. У повторнобеременных с момента выпячивания промежности или зияния вульвы, ибо, если и у повторнобеременных начинать наркоз с момента врезывания головки, то эффект будет слишком кратковременным. Хлороформа давалось не больше, чем 7—7½ гр. в час. Длительность наркоза у первобеременных—от 25 мин. до 1 ч. 40 м., у повторнобеременных—от 10 м. до 40 мин. Здесь весьма интересно подчеркнуть, что некоторые роженицы засыпали буквально после первых же 20—30 капель хлороформа. Объяснение этому факту необходимо искать в биологическом средстве наркотиков к липоидам вообще. Наблюдающиеся во время беременности гиперлипидемия и холестеринемия благоприятствуют наступлению этого сравнительно быстрого и легкого наркотизирующего эффекта (Kehrer).

В отношении новорожденных следует подчеркнуть абсолютную безопасность этого метода, ибо во всех наших случаях дети рождались без каких-либо явлений асфиксии, причем последующее наблюдение за детьми показало, что дальнейшее развитие их протекает совершенно нормально. Такое хорошее состояние детей объясняется, возможно, более тщательным наблюдением за сердцебиениями плода, чем при обычных родах (Siegel). Aschoff объясняет меньшую смертность детей, рождающихся под наркозом, уменьшением частоты преждевременных дыхательных движений, благодаря угнетающему действию наркоза на дыхательный центр.

Что касается матерей, то для последних Durchtrittsnarcose, несомненно, является весьма ценным методом, ибо роженицы не только не испытывают болей, но наркоз вызывал еще весьма стойкую амнезию, так что у больных совершенно не оставалось так называемых „островов воспоминаний“ о перенесенных болях. Потуги, хотя и становились иногда несколько реже (паузы удлинялись на 2—3 м.), зато они бывали более длительными и интенсивными. Лишь в 2-х случаях, вследствие резкого ослабления потужной деятельности—как следствие либо наркоза, либо вторичной слабости родовой деятельности (роды длились больше 24 час.), пришлось прибегнуть к впрыскиванию питуитрина, после чего роды очень быстро закончились. Точно также нам не удалось установить особого влияния Durchtrittsnarcose на степень кровопотерь. Даже в тех случаях, где в анамнезе рожениц были указания на значительные кровопотери при предшествовавших родах, мы не наблюдали кровопотерь, выходящих за пределы нормы.

Совершенно правильно замечание Neugard'a, что этот метод вызывает потребность в добавочном персонале. Нам также приходилось прибегать к вспомогательному персоналу, ибо под влиянием возбуждения некоторые роженицы становились резко беспокойными. Из наших 80 рожениц—8 первобеременных и 3 повторнобеременных нуждались в доба-

ночном персонале. Разрывы промежности наблюдались два раза у первородящих, что составляет 2,5⁰/о.

Особенно целесообразным оказался наркоз у рожениц с повышенной чувствительностью и психической лабильностью. Эти больные после первых 10—15 капель совершенно успокаивались и засыпали. С другой стороны, в отдельных случаях проявлялось и вредное действие хлороформа. У двух больных после первых капель наркоза появился резкий цианоз лица и падение сердечной деятельности, в виду чего наркоз был прекращен. В 3-х случаях—пришлось прекратить наркоз вследствие падения сердечной деятельности плода. Роды закончились нормально; дети родились в легкой асфиксии. Таким образом мы имели на 80 случаев 5 неудач, т. е. 6,2⁰/о.

В виду малочисленности наших наблюдений, мы пока воздерживаемся от окончательных выводов. Мы не можем также сказать, насколько наблюдавшиеся нами отдельные неудачи являются серьезным возражением против широкого применения метода Labhard's. Это покажут только дальнейшие наблюдения на более обширном материале. Тем не менее мы все же считаем этот метод весьма целесообразным и достойным массового применения. Он дает хорошее и вполне достаточное обезболивание, избавляя женщину от мучительных болей в самый чувствительный момент родового акта и не оказывая при этом вредного воздействия ни на мать, ни на плод. В этом основное достоинство метода.

Из Зугдидской уездной больницы (Грузия).

К вопросу о разрывах матки во время искусственного прерывания беременности.

Н. В. Антелава.

Вопрос о самопроизвольных разрывах матки при искусственном прерывании беременности заслуживает внимания и интереса как с казуистической стороны, так и с судебно-медицинской точки зрения.

Обыкновенно самопроизвольный разрыв матки наступает во время родов. Частота таких разрывов при родах выражается в следующих цифрах: 1 на 4000 (Jugiahn), 1 на 1318 (Smith), 1 на 2606 (Tat), 2 на 4466 (Кузьмина). При производстве же искусственного аборта нарушение целостности стенки матки и ее повреждение обычно наблюдается, как следствие инструментального вмешательства. Такое осложнение рассматривается, как перфорация матки. Насколько часто происходит это осложнение при производстве абортов, явствует из данных русских и зарубежных авторов, у которых процент перфорации матки равен 4—8 pro mille (Брауде, Якобсон, Петрова, Lausen, Strasman и друг.).

За последнее время производство абортов получило стихийно-широкое распространение, а в связи с этим и число перфораций еще больше увеличилось. Чтобы улучшить технику безопасности аборта, разные авторы стали предлагать различные способы и приемы для прерывания

беременности. Несмотря на это, все же строго выработанных и общепризнанных безопасных методов для ликвидации беременности в любой ее срок еще не имеется, а пока их нет возможность перфорации и ее наступление не изжиты. Если во время производства аборта, вследствие недостатков техники и методики, может произойти перфорация матки, то бывают и такие случаи, где при соблюдении всех мер предосторожности может наступить самопроизвольный разрыв матки. Случаев самопроизвольного разрыва матки во время производства аборта в литературе описано немного.

Установить частоту их представляется трудным, т. к. они попадают в общее число перфораций матки. Часто разрывы матки диагностируются, как перфорации, и включаются в число последних. Поэтому разбор случая, который наблюдался в нашей больнице, не лишен интереса и практического значения.

7/IV 1929 г., поздно вечером, я был вызван на квартиру одного врача. Придя к нему, я застал на кровати мертвенно-бледную больную, которая корчилась от болей и стонала. Пригласивший меня врач передал следующее: 3 дня тому назад к нему на частный амбулаторный прием пришла больная с жалобой на кровотечение из полости матки, которое уже несколько месяцев периодически повторялось. Больная три месяца перед тем обратилась к другому врачу для производства аборта. Тот ей сделал выскабливание. Первое время после выскабливания больная чувствовала себя прилично, но затем пошли крови, которые, как было раньше отмечено, периодически все время показывались. По временам кровотечение из матки было настолько сильно, что из влагалища выпадали целые сгустки крови.

Врач при осмотре нашел следующее: больная среднего роста, правильного сложения и умеренного питания. Видимые слизистые оболочки и кожа бледны. Легкие — нормальны. Тоны сердца — глухие, пульс 100, малого наполнения. Матка выходит из полости малого таза и увеличена до размеров 5-ти месячной беременности. Влагалище заполнено сгустками крови. Шейка разрыхлена. Зев раскрыт, свободно пропускает один палец. Своды свободны. Врач, определив беременность, сопровождающуюся кровотечением, предложил больной искусственно прервать ее. Больная согласилась. Ей была сделана 2 раза тампонация шейки матки, на которую последняя очень вяло реагировала. Во время третьей тампонации шейки предварительно была расширена Негар'овскими расширителями. Спустя несколько минут после последней тампонации, больная почувствовала резкую схваткообразную боль внизу живота, ей стало дурно и она потеряла сознание. В таком состоянии я и застал больную.

При исследовании мне удалось обнаружить следующее:

Больная вся бледная, конечности холодные, лицо осунувшееся. Пульс слабого наполнения, ускоренный (110 в минуту). Больная вяло реагирует на вопросы. При бимануальном исследовании во влагалище найден тампон, который ведет в полость матки. Тампон удален. Шейка раскрыта, из полости матки кровь выделяется в незначительном количестве. Дойти до дна матки сверху рукой не представляется возможным, т. к. брюшные покровы сильно болезненны и напряжены. Из расспросов родных больной удалось выяснить, что больная за последнее время сильно похудела, ослабела и потеряла много крови. Кровотечение у нее бывало и раньше после производства аборта, поэтому на этот раз она не сразу обратилась к врачебной помощи. Раньше ей сделано было 5 раз выскабливание по поводу беременности.

На основании анамнеза, расспроса родных, данных объективного исследования и общего состояния больной можно было предположить, что имеется перфорация матки и, как следствие ее, внутреннее кровотечение. Однако, врач, производивший манипуляции в последний раз, был опытным гинекологом и к тому же он категорически отрицал какое-либо инструментальное вмешательство. Так как характер пульса за все время не изменился, то было решено с оперативным вмешательством подождать до утра. В тот момент у нас, врачей, мысль о самопроизвольном разрыве матки не возникала. Больная была переведена в больницу. Ей были назначены средства для поднятия сердечной деятельности. На следующее

утро положение больной немного улучшилось, но признаки внутреннего кровотечения стали очевидными. Больная была взята на операционный стол.

Под эфирным наркозом разрез по средней линии. По вскрытии брюшной полости малого таза найдена заполненной сгустками крови. В правой подвздошной области над кишками находилось целое плодное яйцо, внутри которого плавал плод возрастом около пяти месяцев. При осмотре матки обнаружен разрыв, идущий от одного угла матки до другого, с неровными краями. Мышца матки дряблая беловатого цвета, очень напоминала сваренное мясо. Плодное яйцо удалено. Матка зашита в два ряда и линия шва перитонизирована. Швы на брюшную стенку и кожу. К концу операции, пульс у больной стал постепенно слабеть и, несмотря на все принятые меры, больная погибла от острого упадка сердечной деятельности.

Таким образом при операции выяснилось, что 1) произошел разрыв матки, причем плодное яйцо целиком оказалось выброшенным в свободную брюшную полость и 2) стенка матки была патологически изменена.

Механизм разрыва матки в данном случае можно представить следующим образом. Мышца матки в нашем случае оказалась патологически измененной. Она потеряла эластичность и упругость. Консистенцию стенки такой матки O'rlhman сравнивает с консистенцией сливочного масла, Graser же — гусиного сала. В нашем случае мышца матки была похожа на сваренное мясо. Клинически изменения миометрия выразились при этом в вялой реакции матки на первые две тампонации. Третья же тампонация, которой предшествовало расширение матки, вызвала схватки. Но т. к. существовало известное механическое препятствие в виде тампона в шейке, то матка в один из моментов схватки разорвалась на месте наименьшего сопротивления.

Такое повреждение стенки матки, которое наблюдается без одностороннего растяжения стенки и без предвестников, Випп определяет, как „лопанье“ матки. Schröder разрыв дна матки ставит в связь с ненормальным растяжением части стенки ее между маточными концами Фаллопиевых труб, в особенности, если в этом месте прикреплялась плацента. По мнению Александра, если при предыдущих беременностях вместо места приращения плаценты, то в этом сегменте матки происходит развитие соединительной ткани, которая в дальнейшем может обусловить разрыв матки. К числу способствующих разрыву моментов нужно отнести также сильные и частые сокращения матки, которые увеличивают опасность разрыва вследствие внезапного повышения внутриматочного давления (Smohl).

Итак, в нашем случае изменения маточной стенки не могут быть рассматриваемы, как единственный этиологический момент для наступления разрыва. Они являются скорее одним из составляющих компонентов. Изменения миометрия вызывают предрасположение к разрыву, сам же разрыв обуславливается факторами, происходящими извне. К последним нужно отнести имевшие место в нашем случае акт расширения шейки, ее тампонация, а также наступление схваток.

В вопросе о предупреждении самопроизвольных разрывов матки при беременности свыше 3-х месяцев, консервативные методы прерывания беременности постепенно уступают свои позиции хирургическим методам. К последним относится малое кесарское сечение. Статистические данные многих акушерско-гинекологических клиник за последнее время доказывают преимущество влагалищного и брюшно-стеночного кесарского сечения перед консервативными методами производства аборта.

Наш случай интересен не только с клинической стороны. Он заслуживает внимания и с судебно-медицинской точки зрения. В условиях участковой работы врачу много приходится пережить при наступлении такого разрыва. Ему часто в подобных случаях инкриминируется производство прободения матки инструментами, в то время как в действительности разрыв матки происходит вне действия и воли оператора, в силу изменений, происходящих в самих тканях матки. Наш случай оказался одним из тех, когда самопроизвольный разрыв матки, повидимому, нельзя поставить в вину оперирующему врачу. Наличие указанных выше изменений мускулатуры матки сделали возможным наступление этого грозного осложнения. При таких изменениях даже незначительное вмешательство в виде расширения шейки и ее тампонации является достаточным, чтобы произошел разрыв стенки матки. Заранее предугадать и предусмотреть наступление разрыва бывает невозможно.

Амбулаторный аборт.

Д-ра мед. **А. М. Холодковского** (Новоросвийск).

В литературе уже имеется Gellert'овский способ амбулаторного лечения выкидыша. У проф. W. Lahm имеются указания на работы Heimann'a и Arndt'a, разъясняющие способ Gellert'a. Стало быть я не буду одиноким в своем стремлении выяснить вопрос об амбулаторном аборте, сказать о нем то, к чему я пришел путем многолетней работы и наблюдения.

Когда на 2-м Съезде о-ва Рос. акуш. и гинек. я выступил с докладом „О раннем вставании после больших брюшных операций“ и на ту же тему сделал доклад д-р Казанский, Съезд вынес определенную резолюцию: „с судебно-медицинской точки зрения раннее вставание следует считать за научно обоснованную систему ухода за оперированными“. Таковая система проведена мною через тысячи чревосечений, и польза ее для меня несомненна. В этой же плоскости должен, по-моему, стоять и вопрос о раннем вставании после родов, которое проводится мною в жизнь уже более 15 лет, и я не сомневаюсь, что изменение послеродового режима в сторону активного движения необходимо. Активная работа мышечной системы, несомненно, способствует более быстрому восстановлению сил родильницы и более быстрому вывозу накопившихся во время беременности и непущих более тканевых элементов. Инволюция всего организма идет более правильно при движении, чем при покое, каковой нужен лишь тогда, когда произошла инфекция, когда имеется воспалительный очаг.

Теперь я перехожу к вопросу о раннем вставании после операции аборта.

Не сознательно, но вынужденно я пользовался этим режимом уже давно — более 30 лет. Это были юные годы моей врачебной деятельности, когда я был участковым земским врачом. На 110 тысяч жителей моего участка, где я был единственным врачом, в моем распоряжении была лечебница на 15 кроватей. И вот тогда еще я производил много операций амбулаторно в лечебнице или в хатах. В хатах мною произво-

двлись акушерские операции: эмбриотомия, перфорация, поворот, щипцы, ручное отделение последа, зашивание промежности и выскабливание при абортах. Амбулаторно в лечебнице удалял атеромы, липомы, из женских—операция по Нурсу, ампутация шейки и абразю. Эти операции не могли претендовать на стационарное место. Эти оперированные могли лежать, буде хотели, не более 1—2 часов тут же в амбулатории за ширмочкой и затем отправлялись домой—местные обычно пешком, приезжие—на лошади. Так вести дело я был вынужден силой обстоятельств и за 8 лет своей службь участкового врача не видал никакого вреда от такого послеоперационного режима. Успешные после абразю снова беременели и правильно рожали; я их видел, я их знал почти 8 лет, ибо я был у них единственным врачом. Затем я переехал в город гинекологом губернской больницы. И здесь время от времени приходилось делать абразю, так сказать, на ходу, и я не слыхал жалоб, стоящих в какой-либо зависимости от послеоперационного режима. Для меня и тогда было ясно, что все наши страхи (перед отпуском больной сейчас же после выскабливания не имеют прочного основания.

Но вот пришел 1905-й год, который резко повысил количество выскабливаний. Эксперимент вырос до большого масштаба, который после 1917 года сделался колоссальным. И здесь явилось широкое поле для наблюдения: гинекологические и родильные отделения заполнились abortирующими женщинами, около больниц образовались очереди, бесконечные там, где оперированные оставались пару и больше дней. И здесь-то совершенно выяснилась необходимость пересмотреть послеоперационный режим abortивных, каковой не получил ясности и определенности от проведения „Врачебным делом“ дискуссии. „Оперированная остается в покое несколько часов, приблизительно до суток“—пишет проф. Губарев. „Больная после аборта выписывается из моей клиники на 7-ой день“ заявляет проф. Сердюков. Разница уже получается громадная, а если таковую разницу суметь учесть с точки зрения материальных затрат, да еще во всесоюзном масштабе, то мы получим громадные суммы, ощутимые суммы, которые мы должны истратить только потому, что мы выступим в данном вопросе на путь проф. Сердюкова, а не проф. Губарева. Все остальные участники дискуссии „Врачебного дела“ в этом же вопросе пришли к традиционной, символической цифре три.— Но оснований ни у кого не указано. А между тем жизнь, дав нам, врачам, громадный материал для наблюдения, позволяет сделать новые выводы.

В чем состоит операция аборта? Расширяется шейный канал и извлекается поселившееся в матке яйцо. Проф. Брауде говорит: „При начальной беременности достаточно несколько движений кюретки, чтобы извлечь все яйцо, после чего матка, быстро сократившись, становится плотной и устойчивой.“ Проф. Какушкин там же пишет: „В самый ранний срок распознавания беременности операция немногим отличается от обычной операции выскабливания небеременной матки. Нарушение эндокринового равновесия не может быть еще чувствительным, ибо мобилизация защитительных желез не зашла еще далеко“. Если это так, как пишет проф. Брауде и заявляет проф. Какушкин, а с этим нельзя не согласиться, то зачем так остро относиться к этой операции? Почему такие жесткие требования к послеоперационному режиму? Почему жен-

щина непременно должна лежать, когда и после родов и после больших брюшных операций проповедуется раннее вставание? Нужно признать, что оснований для держания женщины после операции аборта в постели не только семь дней, но и сутки не имеется. Нужно признать, что трата средств на продолжительное пребывание в больнице в первые два месяца их беременности не оправдывается никакими рассуждениями, ибо ведь не в лежании спасение женщины и ее здоровья, а в движении, которое дает больший стимул к правильной и быстрой инволюции матки. Я наблюдаю уже тысячи абортов, после которых я разрешаю и ходить, и гулять, и не имею ни одного случая, где я бы пожалел о разрешении активных движений. Это относится к беременности 8—10 недель, но более поздние беременности я считаю не подлежащими выскабливанию и делаю только малое кесарево сечение через влагалище с разрезом шейки выше *orificii externi*. Таковая операция требует больничного содержания, таковые больные садятся на следующий день и встают на 3-й день. Выписываются таковые больные на 10-ый, 12-ый день, после снятия швов. Кесарево сечение мною производится по медицинским показаниям, а по социальным не считаю возможным делать.

Теперь еще вопрос: какая должна быть обстановка для производства данной операции? Когда-то я писал вообще „о хирургической помощи в земстве“ (Мед. Беседа 1900 г.). Еще тогда я убеждал в том, что хирург должен при каждой данной обстановке суметь создать такие условия, которые могли бы обезопасить исход операции. Поставить хирургическую помощь в зависимость от обстановки—значит не быть хирургом. Я произвел чревосечение при внематоч. беременности в квартире больной, причем не позволил трогать и убирать ни одной вещи, и я получил выздоровление и *primam intentionem* брюшной раны. Я участвовал в операции на дому при завороте кишок, я делал выскабливание матки беременной и небеременной в амбулатории, на квартирах и в хатах, и ни разу не сожалел о содеянном. Есть санитарная обстановка помещения и есть санитарная обстановка самой больной и поля операции. Вот эта последняя и представляет самую важную и необходимую принадлежность операции. Без этой обстановки никакая другая обстановка, самая блестящая, белая или черная, не может спасти дела. Ни белая мебель, ни крашенные стены обезопасят операцию, а только техника операционная с соблюдением „личной санитарной обстановки“: руки, белье, материал, инструменты и смазывание *t-ra jodi* наружных половых органов, влагалища и шейки матки—вот те элементы, которые вместе с хорошей техникой и составляют санитарную обстановку, дающую определенные результаты независимо от окружающей обстановки. Не надо забывать, что в воздухе операционной по исследованию *de Ryutjev'a* и *Buchholz'a* патогенных бактерий и родственных им оказалось более, чем в секционной зале, и операционная больницы не даст желанных результатов, если выпадет один из элементов—я сказал бы—„личной санитарной обстановки“. Таким образом успех операции заключается только в соблюдении „личной санитарной обстановки“, каковую может хирург провести в любом помещении, и ставить успех операции в зависимость от комнаты и мебели нет никаких оснований. Проф. *Ségon*d демонстрировал чревосечение в той же аудитории, где мы только что занимались по акушерству на трупиках (см. „Научная поездка

в Париж" — Мед. Беседа, 1902 г.). Было время, когда хирурги боялись воздушной инфекции и сооружали остроумные, дорогостоящие операционные с стерилизацией самого воздуха; например, известна попытка в этом направлении проф. Рейна в Киеве. Но все это прошло и нет смысла возвращаться обратно.

Теперь еще вопрос: нужен ли наркоз при операции аборта. Здесь на основании своего опыта я могу сказать так: у нерожавших операция без наркоза может быть только в исключительных случаях, у рожавших операция должна производиться почти всегда без наркоза. Здесь наркоз излишнее осложнение операции.

Для демонстрации результатов операции аборта при проведении вышеуказанного режима укажу, что мною таким образом проведено более 4000 аборт, из них 2 случая перфорации матки с последующей лапаротомией и выздоровлением. Осложнения в виде повторных выскабливаний наблюдались менее, чем в 1% всех случаев, причем кровотечения останавливались обычно после употребления кровоостанавливающих (чаще Ext. fluid Polygon. hydriper.). На весь материал наблюдалось менее 1/2% обострений заболевания придатков на почве латентной гонорреи и менее 1/2% репидива матэрий. Смертност и септических заболеваний не было ни разу.

Мои выводы таковы: 1) Амбулаторный аборт может быть проведен без вреда для здоровья женщины с обязательным отдыхом, непосредственно следующим после операции, в течение 1—2 часов.

2) Постельное содержание после операции аборта от 1 до 7 дней в громадном большинстве случаев не требуется.

3) Активные движения оперированных вызывают более быстрое сокращение матки и способствуют нормальной инволюции всего организма.

4) Затрата материальных средств на постельное содержание от 1 до 7 дней оперированных абортивных не вызывается необходимостью.

5) Относительно санитарной обстановки при операции важнейшее значение, если не единственное, имеет лишь „личная санитарная обстановка“.

6) В каждой данной обстановке хирург может создать „санитарную личную обстановку“, обеспечивающую нормальный исход операции.

7) Наркоз почти всегда необходим у нерожавших беременных и почти всегда излишен у рожавших.

8) Индивидуализация и здесь необходима, как везде.

9) Выскабливание может не оказать вредного влияния на организм женщины, если оно производится при беременности не более 8—10 недель.

10) Более поздняя беременность может быть только оперирована либо *per vaginam*, либо *per abdomen*.

11) Малое кесарево сечение, влагалищное или брюшное, возможно только при медицинских показаниях.

Из нервно-хирургич. отд. (завед. проф. Э. Р. Гессе) и рентгенологич. отд. (зав. д-р Н. Н. Антонов) Клинич. б-цы для нервно-больных им. В. М. Бехтерева в Ленинграде.

Случай истинной порэнцефалии, прижизненно диагностированной¹⁾.

А. С. Южелевского и Н. Н. Антонова.

С 6 рисунками.

Хотя порэнцефалия, как болезнь с определенным патолого-анатомическим субстратом, известна уже более ста лет и в мировой литературе описано более 200 случаев этой болезни, но все эти случаи могли быть распознанными только *post mortem* на основании патолого-анатомических вскрытий. Прижизненная диагностика этой сравнительно редкой болезни до последнего времени считалась невозможной. Поэтому должен представить исключительный интерес ниже описываемый случай, где с несомненной достоверностью прижизненно установлена истинная порэнцефалия.

19/II 1930 г. нам был представлен (прив.-доц. Я. А. Ратнером) больной 15 лет, страдавший периодически повторяющимися судорожными приступами в правой руке, которые временами переходят в общие судороги и заканчиваются большим припадком с глубокой комой, а иногда и прикусыванием языка. Больной нами был помещен 20/II 1930 в нейро-хирург. отд. нашей больницы для обследования.

Анамнез. Отец больного, убитый на германском фронте в 1915 г. вскоре после рождения больного, был физически здоровым, высокого роста, статного вида человеком. О родне его ничего неизвестно, но сам отец при внешне здоровом виде был вспыльчивым, раздражительным и легко теряющим душевное равновесие. Один раз на глазах у матери больного с ним сделалось нечто вроде истерического припадка. О перенесенных им каких-либо болезнях ничего неизвестно. Мать больного «вообще нервная» (т. е. впечатлительная, эмоционально лабильная), никакими болезнями не страдала. Сестра больного на 3 года старше его, физически здорова, обладает суетливым темпераментом, подвижна, неусидчива. После рождения сестры и до появления на свет самого больного у матери были 2 самопроизвольных выкидыша 6 и 8 недель. В семье среди близких родственников душевных и нервных больных нет. Больной родился доношенным, но при рождении весил меньше 5 фунтов. Роды были тяжелые (ягодичное положение плода). После родов у матери не оказалось молока. Пришлось вскармливать ребенка искусственно. На 5-ый день жизни у ребенка развилось тяжелое желудочно-кишечное заболевание с высокой температурой, отчего он едва не умер; после этого заболевания у него на всю жизнь остался тяжелый хронический колит. Затем, когда к больному наняли кормилицу, он стал понемногу поправляться. Ходить начал с одного года, говорить начал в те же сроки, как и другие дети. В дальнейшем больной рос и развивался нормально. В раннем детстве перенес корь и свинку. В возрасте 7 лет начал учиться; по своим способностям не отставал от товарищей. В возрасте 8 ми лет был уже во 2-ой группе (втором классе) советской школы, где был, как ученик, на хорошем счету. В возрасте около 9 лет при катании на льду упал навзничь и ударился затылком (ближе к левой стороне?) об лед. Сознания больной при этом не потерял, но после этого заснул и проснулся час. Приблизительно через 1—1½ месяца у больного начались в дальнейшем периодически повторявшиеся судорожные приступы в правой руке. Первый приступ заключался в незначительном дрожании правой руки в течение ½ минуты. На следующий день вновь повторилось кратковременное дрожание правой руки и одновременно перекасило голову в левую сто-

¹⁾ Доложено на заседании Ленинградского о-ва невропатологов 24 апреля 1930 г. и заседании Ленинградского о-ва рентгенологов 5 мая 1930 г.

рону. Через неделю произошел припадок, начавшийся с судорожного сведения правой руки, затем всей головы влево, судороги мышц тонически-клонического характера распространились по всему телу, но сознания больной не потерял. Припадок длился около 2-х минут. Остаток припадков наступают 2—3 раза в месяц. Иногда бывает в один день серия припадков (до восьми). Ввиду часто наступавших припадков больной принужден был в девятилетнем еще возрасте занятия в школе прекратить, выступив оттуда из 3 группы (класса). Продолжал учиться дома и в возрасте 13-ти лет поступил в 5-ую группу (класс). В виду частых припадков и невозможности аккуратно посещать занятия остался в том же классе на 2-й год. Именно в это время припадки стали особенно сильными и тяжелыми. Очень часто местные судороги переходили в общие и заканчивались потерей сознания, а иногда и прикусыванием языка. Непроизвольного мочеиспускания, впрочем, ни разу не было. Однако, наступала такая глубокая кома, что, если никого не оказывалось поблизости, то больной сильно унижался до крови и обильных кровоподтеков. В конце 1929 года он вынужден был снова прервать занятия, выступив из шестой группы сонныколы.

Вскоре после того как у больного начались припадки, еще в возрасте 9-ти лет, в детской клинике обнаружили у него положительную реакцию Вассермана (+) в крови, ввиду чего его начали усиленно лечить ртутными втираниями, но без всякого результата. Последующие исследования крови по Вассерману дали отрицательный результат. Больного усиленно лечили бромом и луминалом, однако без стойкого эффекта.

Больной почти всегда предчувствует близость наступления припадков минуты за две до его начала в виде неприятных ощущений в правой руке и неопределенного тошнотного состояния. Часто, но не всегда, больному удается купировать начинающийся припадок или предотвратить его наступление тем, что сам больной или кто-нибудь другой с силой сжимает ему правое плечо. Запах керосина, по словам больного, вызывает у него точно такое же тошнотное состояние, какое у него бывает перед самым припадком, однако это тошнотное состояние (от запаха керосина) припадком никогда не кончается. После припадков, особенно когда он заканчивается коматозным состоянием, больной испытывает общее недомогание, впрочем, несколько часов и часто при этом засыпает. За последний год припадки значительно участились: 7—8 припадочных дней в месяц с числом припадков до 8-ми в день. Припадки случаются как днем, так и ночью. При утомлении и волнении (когда расстраивается, нервничает) припадки учащаются. Точно также на частоту припадков имеет влияние его хронический колит, которым страдает с младенчества. При ухудшении колита (тогда бывают длительные запоры) припадки возникают чаще, наоборот при хорошем стуле число и сила припадков заметно уменьшаются.

Status praesens. Больной высокого для своего возраста роста, умеренного питания. Рост 172 см., вес 59,5 кгр. Небольшая асимметрия лица скелетного происхождения. Голова долихоцефалического типа, нормальных размеров и без каких-либо деформаций. Никаких дефектов и рубцов на костях и покровах головы и лица нельзя обнаружить. Мускулатура туловища и конечностей хорошо развита и обладает достаточной силой. Мышечная сила сжатия по динамометру правой руки 40 кгр., левой—35 кгр. То же последовательное трехкратное исследование в другой раз дало для правой руки: 48, 46, 45 кгр., для левой—45, 43, 40 кгр.

Больной пишет правой рукой и считает себя правой, но своими руками он действует по-разному, причем некоторые действия и приемы ему лучше удаются левой рукой, как напр., ловить на лету брошенный мяч или самому камнем попасть в цель. С другой стороны, левой рукой не может себе остричь ногти на правой руке, в то время как он это хорошо делает наоборот. Застегивает пуговицы одинаково ловко как левой, так и правой рукой. Выясняется из расспросов матери, что до 8-летнего возраста больной был левшой, хватал все левой рукой, ел левой рукой и т. д., но так как в это время он стал учиться писать, его начали заставлять все делать только правой рукой.

Тонус мышц нормальный. Движения во всех суставах обладают полным своим объемом. Никаких расстройств в темпе движений и их координированности нет. Механическая (идиомишечная) возбудимость мышц не усилена (валика нет). Первые столбы и мышечные массы неболезненны при давлении. Точно также не болезненно давление и постукивание по костям (черепу, позвоночнику, диафизам костей конечностей).

Рефлексы конъюнктивальный, корнеальный, носовой и глоточный сохранены, хорошо и одинаково выражены с обеих сторон. Рефлексы брюшные равномерны, слабо выражены, подошвенные нормальны, флексивного типа. Также нормально выражены рефлексы с cremaster'a. Рефлексы сухожильные на верхних и нижних конечностях незначительно усилены, равномерны на обеих сторонах. Надкостничные (radialis и ulnaris) не усилены и равномерны на обеих сторонах. Никаких патологических и извращенных рефлексов не обнаруживается.

Чувствительность кожная простая: прикосновение, укол, шипок и другие болевые одиночные раздражения своевременно и правильно воспринимает и точно локализует. Точно также не представляет расстройств волосковая и термическая чувствительность. Чувствительность глубоких тканей и аппаратов движения также вполне сохранена (суставно-мышечное чувство, вибрационная чувствительность, чувство давления, смещения кожи). Чувствительность кожная составная, именно дискриминационная, на правой половине тела хуже развита, чем на левой согласно следующей таблице:

Порог различения двух точек (круг Вебера) в миллиметрах.

	Лицо	Плечо	Предплечье	Кисть	Пальцы	Грудь	Живот	Спина	Поясница	Бедро	Голенка	Стопа
Справа . . .	20	70	40	10	2	40	27	60	35	30	30	12
Слева . . .	12	45	20	9	2	23	20	42	13	20	12	7

Интересно здесь обратить внимание на то, что большая разница в порогах справа и слева наблюдается на тех участках кожи, которые мало упражняются в тонком различении предметов, на тех же участках кожи, которые специально этим занимаются (кисть и пальцы) разницы в дискриминационной чувствительности справа и слева почти нет.

Стереогностическое чувство сохранено в обеих верхних конечностях. Точно также все сложные восприятия с поверхности кожи в полной мере сохранены на обеих сторонах.

Черепная иннервация: Обоняние хорошо и одинаково развито с обеих воздрей.

В отношении зрения обнаружился в процессе исследования интересный момент. Сам больной и его близкие не подозревали, что у него правосторонняя гемиянопия, и были чрезвычайно поражены, когда впервые об этом узнали в результате исследования. Принимая во внимание этот факт, а также и то, что больной не замечал у себя течение жизни каких-либо перемен в зрении, надо полагать, что правосторонняя гемиянопия у него врожденная или же с раннего детства. Специальное обследование зрительного аппарата окулистом (прив.-доц. Е. Ж. Трон) дало следующее: поле зрения левого глаза в левой половине норма (до 90°), в правой половине сужение до 15°; поле зрения правого глаза в левой половине норма (до 60°), в правой половине сужение до 10°. Центральные скотом на белый цвет нет. Периметрия на красный цвет дает те же показания, как и на белый цвет. Глазное дно в норме. Правый глаз с детства косит наружу (около 15°). Vis. o. d.—0,9. Vis. o. s.—1,0.

Движения глазных яблок во все стороны совершаются свободно и в полной мере. При конвергенции глазных яблок отхождение наружу правого яблока. Нистагмов спонтанных, как при спокойном зреть так и при фиксации его вперед и во все стороны, нет.

Интересно исследование оптомоторного нистагма: (при фиксации движущейся ленты с чередующимися черными и белыми полосами) вправо нистагм мелкий, неравномерный (при движении ленты влево), влево крупный, равномерный (при движении ленты вправо).

Правая глазная щель и правый зрачок несколько шире левых.

Реакция зрачков на свет и при установке вблизи нормальная. Также имеется реакция зрачков на боль и другие неприятные раздражения. Со стороны остальных черепных нервов отклонений от нормы нет. Исследование вкуса, слуха и лабиринта никаких отклонений от нормы не обнаружило.

Со стороны трофики тканей никаких нарушений нет.

Со стороны внутренних органов явления хронического колита. Кровяное давление макс. 115, миним. 65. Пульс 75. A s c h n e r 66.

Хорошо развиты половые органы и волосы на лобке. Эрекция и эякуляции с 13-ти лет. В последнее время частые эрекции и больной иногда прибегает к онанизму.

Состояние психики: больной по развитию вполне отвечает своему возрасту. Будучи вынужденным вследствие частых припадков оставить школу, больной тем не менее сохранил в памяти все усвоенное в ней до последнего времени. В школе больной занимался удовлетворительно, успевал по всем предметам в одинаковой степени, питал интерес к математическим предметам и единственно не любил немецкого языка. Запас сведений у больного довольно большой. Решает легко сложные задачи арифметические и начальной алгебры. Пачитан. В ручной работе (выпиливание, деревянные конструкции) сообразителен. Вообще трудолюбив, но обладает темпераментом нестойким, неусидчивым и подвижным. В поступках и мыслях непосредствен, правдив и искренен. Иногда любит немного в манерах рисоваться. Хотя формально у него память на ранее некогда усвоенное хорошая, однако сам больной жалуется, что замечает у себя за последнее время ослабление памяти. Последнее сказывается в том, что из того, что ему скажут, или что он сам имеет в виду сказать, либо сделать, тут же забывает (недостаток сосредоточения?). Каких-либо изменений в характере близкие к больному лица у него не замечают.

Исследование мочи: ничего патологического.

Исследование кала: яиц глист не обнаружено.

Содержания кальция в крови 0.010%.

Исследование крови: RW и Kahn'a отрицательные.

Исследование спинномозговой жидкости. RW—отрицательная. Число форменных элементов 12/3, т. е. норма. патологических белковых фракций не обнаружено; реакция L a n g e: 0'0'0', 0'00, 000, т. е. норма.

21. II 30 г. Больному была сделана энцефалография. Субокципитальная пункция. Давление в cisterna magna в сидячем положении больного, резко отрицательное. Выпущено (частично отсосано шприцем) около 37 куб. жидкости. Внушено приблизительно столько же воздуха.

На энцефалограммах было видно следующее: Боковые желудочки не наполнены воздухом не видны. Субарахноидальное пространство развито хорошо, местами несколько расширено. Очень хорошо выражены cisternae chiasmatis и pontis. Таким образом, мы имели вентрикулярный субарахноидальный блок, возможно временный, как это при энцефалографии иногда наблюдается. Поэтому через 5 дней ему была произведена повторная энцефалография.

26. II 30 г. Лумбальная пункция. Выпущено 110 куб. спинномозговой жидкости и внушено 100 куб. воздуха. Снимки были сделаны как при вертикальном положении больного (горизонтальный ход лучей), так и при горизонтальном (заключное, лобное, правое боковое и левое боковое) положении его.

Рис. № 1 представляет собою энцефалограмму, полученную сразу после вдувания воздуха при вертикальном (сидячем) положении больного и при горизонтальном и сагиттальном ходе рентген. лучей. На ней мы видим слева в самой верхней части и непосредственно рядом со срединной линией (falx cerebri) большую воздушную полость с резко очерченными границами. Медиальная ее граница есть очевидно falx cerebri, верхнюю границу представляют оболочки мозга и костный покров и нижнюю горизонтальную линию—свободный уровень оставшейся в полости

*) Все представленные здесь рисунки представляют собою позитивные энцефалограммы.



Рис. № 1. Фас. Вертикальное положение больного. Горизонтально-сагиттальный ход рентген. лучей.



Рис. № 2. Профиль. Вертикальное положение больного. Право-левый ход рентгеновских лучей.

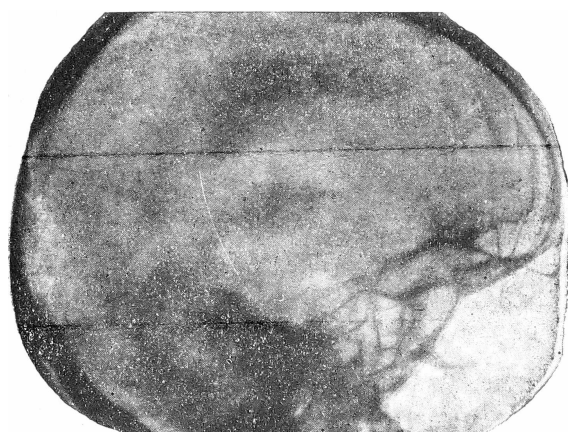


Рис. № 3. Профиль. Горизонтальное боковое положение больного.

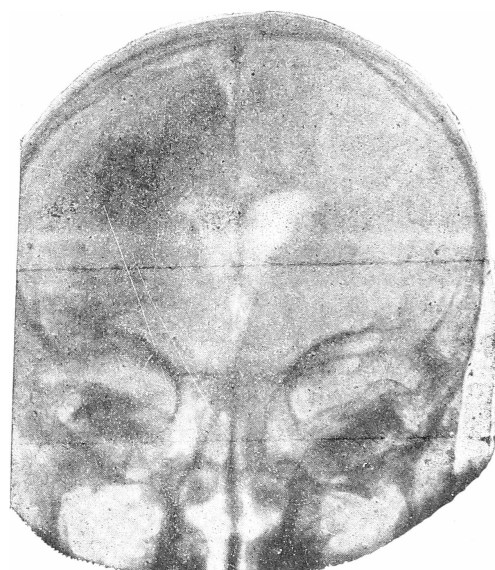


Рис. № 4. Фас. Горизонтальное положение больного на затылке. «Форма бабочки». Фронтально-окципитальный ход рентген. лучей.

Пр.

Л.

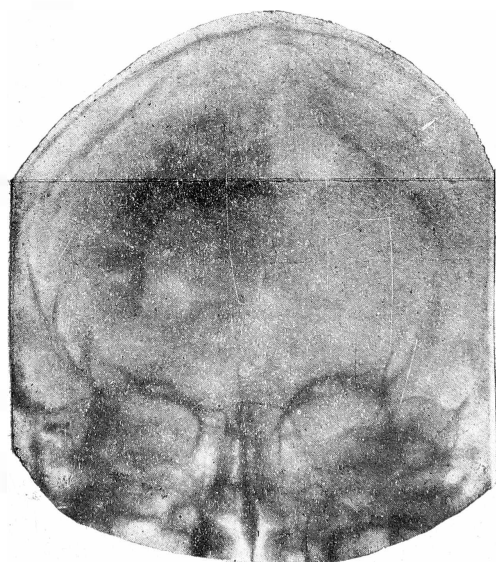


Рис. № 5. Фас. Горизонтальное положение больного на лбу. Окципито-фронтальный ход лучей.



Рис. № 6. Вентрикулограмма—профиль. Вертикальное положение б-го. Горизонтальный ход лучей.

жидкости (остаточной жидкости). Несколько ниже мы видим два симметрично расположенных по обеим сторонам от срединной линии пятна с ровным нижним краем. Это представляет собою наполненные воздухом куполы боковых желудочков с горизонтальным уровнем остаточной жидкости. Рисунок субарахноидального пространства по всей поверхности энцефалограммы светлый, пятнистый (субарахноидальное пространство расширено).

На следующей энцефалограмме (рис. № 2), снятой тогда же в том же вертикальном положении больного, но при право-левом ходе лучей, мы видим на границе между теменной и затылочной областью соответствующую большую воздушную полость с тем же горизонтальным уровнем остаточной жидкости (нижняя горизонтальная линия). Несколько пониже и правее мы видим горизонтально расположенное узкое и удлинненное светлое пятно, которое представляет собою профильный контур куполов обоих боковых желудочков (наложенных друг на друга), наполненных воздухом, а под ними горизонтальный уровень жидкости в обоих желудочках (нижняя прямая линия). Что касается субарахноидального пространства, то и здесь, как и на предыдущей энцефалограмме, оно представляется равномерно расширенным.

О состоянии самых желудочков свидетельствуют энцефалограммы, сделанные в лежачем положении больного: на затылке (фронтально-окципитальный ход лучей), на лбу (окципито-фронтальный ход лучей) и на боку (право-левый и лево-правый ход лучей).

На энцефалограмме, что на рис. № 3, при боковом горизонтальном положении больного виден хорошо дугообразный контур расширенных боковых желудочков. Субарахноидальное пространство распространено расширено, особенно в теменно-затылочной области, но четких контуров полости, как на энцефалограммах при вертикальном положении больного, здесь не видно.

На рис. № 4 представлена энцефалограмма, полученная при лежачем положении больного на затылке. Воздух скопился в передних (лобных) отделах желудочковой системы, в передних рогах боковых желудочков и в третьем желудочке. Здесь видна классическая „форма бабочки“. Боковые желудочки расширены и несколько деформированы, расположены симметрично по обеим сторонам от срединной линии. Третий желудочек расширен. Субарахноидальное пространство равномерно и значительно расширено. Полости не видно.

На рис. № 5 представлена энцефалограмма-фае при горизонтальном положении больного на лбу. Воздух скопился в задних (ближе к затылку) отделах желудочков и субарахноидального пространства. На ней мы видим расширенный и деформированный правый боковой желудочек, едва заметный в виде небольшого пятна левый желудочек. Выше него слева от *falx cerebri* имеется большое неравномерно светлое пятно, постепенно спускающееся книзу, проливанное пятнами субарахноидальных пространств и с отчетливой границей только на медиальной его стороне.

Анализируя три последние энцефалограммы (рис. 3, 4 и 5) в горизонтальном положении больного, мы приходим к выводу, что в двух первых из них (рис. 3 и 4) контуры полости потому не видны, что больной лежал при снимках на левом боку и на затылке. При таких положениях жидкость, занимая наинизшее положение, заполнила полость, располо-

женную более кзади в левом полушарии, воздух же, скопившийся сверху (вследствие более низкого уд. веса), дал лишь картину соответственных отделов субарахноидального пространства его правого полушария и передней части мозга. Зато на последней энцефалограмме (рис. № 5), снятой при горизонтальном положении больного на лбу, воздух, скопившийся поверх жидкости в задней части мозга, попал в полость, расположенную в задней части левой гемисферы и дал ее контрастные очертания. Еще более ясные очертания полости получились на снимках при вертикальном положении больного (рис. № 1 и 2), когда воздух вследствие большей, чем жидкость легкости поднялся кверху и занял положение над жидкостью, освободившей (на 110 куб. см.) части желудочков и полости над ними. Предстоит еще решить вопрос, с чем находится указанная полость в сообщении, с субарахноидальным ли пространством или с желудочками мозга, т. е. представляет ли из себя обнаруженная энцефалографией полость арахноидальную кисту или же полость внутри самого вещества головного мозга, имеющую сообщение с левым желудочком. Вопрос этот легко решается в пользу второго допущения. Действительно, при первой энцефалограмме, когда воздух почему-то в желудочек не попал, он ни в одном положении больного при просвечивании и снимках не дал и контуров полости, хотя субарахноидальное пространство оказалось хорошо выполненным. Только при второй энцефалографии, когда воздух попал не только в субарахноидальное пространство, но и в желудочки, выявилась полость. Заполнение остаточной жидкостью левого желудочка при положении больного на левом боку (р. № 3) или задних рогов обоих желудочков при положении больного на затылке (рис. № 4) сопровождалось заполнением жидкостью и патологической полости. Только при отливе всей остаточной жидкости в передние отделы желудочков при положении больного на лбу (см. рис. № 5) давалась возможность воздуху собраться в патологической полости, находящейся в задней части черепа. Но лучше всего подтверждают факт сообщения полости с левым желудочком энцефалограммы, произведенные в сидячем положении больного непосредственно после вдвухания воздуха (произведенного также в сидячем положении больного), прежде чем больной успел лечь и переместить воздух, который в процессе вдвухания по физическим законам поднимается в наивысшие точки. То обстоятельство, что воздух (рис. 1 и 2) в полостях находится над свободным уровнем жидкости, лежащей на некоторой глубине под сводом черепа, говорит о том, что он мог там накопиться только проникнув из желудочка, притом левого (см. рис. № 1). Соотношения воздуха к жидкости в левом желудочке и полости при вертикальном положении тела (на рис. 1 и 2) такие же, как в двух сообщающихся снизу и закрытых сверху сосудах, где сообщение между сосудами находится ниже уровня жидкости, а свободный уровень жидкости в каждом сосуде может быть на разной высоте, смотря по количеству воздуха, скопившегося над жидкостью.

Кроме того, на основании предыдущих энцефалограмм можно вполне точно определять местоположение и приблизительное протяжение полости. Последняя должна представлять собою кисту, наполненную спинномозговой жидкостью и лежащую в веществе самого мозга, занимая заднюю часть теменной и переднюю часть затылочной доли левого полушария. В глубине полушария она должна дойти до задней части левого боко-

вого желудочка и иметь с ним сообщение, хотя бы в виде узкого канала. Верхняя стенка (свод) кисты доходит почти до самых оболочек мозга, но все же с субарахноидальным пространством не сообщается, а должна быть отделена от него очень тонкой перепонкой, состоящей из мягкой мозговой оболочки и возможно еще элементов мозгового вещества.

Чтобы окончательно проверить только что высказанное положение и заодно непосредственно исследовать кисту нами была предпринята вентрикулография.

14. III 30 г. Непосредственная пункция кисты. Небольшой кожный разрез и трепанационное отверстие сразу над *sutura lambdoidea* и отступя на 2 пальца влево от средней линии. Уже на глубине 1—2 мм. под твердой мозговой оболочкой обнаружена жидкость, вытекающая под сильным давлением. Игла, будучи продвинутой на глубину до 3 см., не могла нащупать два кисты. Точно также можно было вращать иглу во все стороны, не встречая нигде препятствий. Дробными порциями выпущено было 135 куб. см. жидкости и введено 100 куб. см. воздуха.

При последующих вслед за этим просвечиваниях больного перед экраном и на снимках в сидячем положении больного все ранее высказанное относительно кисты подтвердилось. За недостатком места приводим только одну профильную вентрикулограмму, одну из полученных в сидячем положении больного.

Вентрикулограмма (рис. № 6), полученная в вертикальном положении больного непосредственно после введения воздуха, показывает нам, что воздух заполнил не только кисту, но и боковые желудочки, причем свободный уровень жидкости в обоих желудочках стоит на разной высоте, но он же (свободный уровень жидкости) стоит на одной и той же высоте в кисте и левом боковом желудочке, с которым киста сообщается. На их пятках накладывается продолговатое пятно от правого бокового желудочка. То обстоятельство, что уровень жидкости в нем стоит выше, объясняется тем, что в то время, как воздух из кисты попал непосредственно в задний рог (или желудочковый треугольник) левого бокового желудочка, он в правый желудочек может попасть только через *foramen Monro*, находящееся в переднем роге бокового желудочка и на более низком уровне, следовательно, количество попавшего в правый желудочек воздуха оказалось меньшим, а потому он вытеснил оттуда меньше жидкости (см. выше аналогию с сообщающимися закрытыми сосудами, где поверх жидкости воздух).

На вентрикулограмме, полученной при горизонтальном положении больного на правом боку, были видны те же соотношения между кистой и желудочками; при этом видно значительное расширение боковых желудочков.

Таким образом энцефало-вентрикулографией в три этапа с несомненной достоверностью установлено, что мы в данном нашем случае имеем дело с огромной мозговой кистой, заполненной спинномозговой жидкостью¹⁾, занимающей от четверти до трети всего левого полушария и расположенной частью в теменной, частью в затылочной его доле. Эта киста находится в сообщении с левым боковым желудочком и доходит

¹⁾ Исследование жидкости, полученной непосредственно из кисты, показало ее полную идентичность со спинномозговой жидкостью.

с другой стороны до самой поверхности мозга, отделяясь от субарахноидального пространства тончайшим слоем мозгового вещества и мягкой мозговой оболочкой, т. е. мы имеем дело с заболеванием, которому со времени Нeschl'я присвоено название истинной порэнцефалии.

В самом деле, представление о том, что при истинной порэнцефалии дефект мозгового вещества находится не только в сообщении с желудочком, но и доходит до самой поверхности коры головного мозга и сливается с субарахноидальным пространством, утратило ныне свою правдоподобность и относится к тем временам, когда оставлялась без микроскопического исследования та тончайшая оболочка на поверхности дефекта, которая при патолого-анатомическом вскрытии под тяжестью жидкости из кисты разрывается, оставляя после себя мало заметные остатки, слипающиеся с мягкими мозговыми оболочками. При тщательных микроскопических исследованиях своих случаев порэнцефалии Гилляровский всегда находил присутствие такой отделяющей кисты от субарахноидального пространства тончайшей пленки, в составе которой были элементы мягкой мозговой оболочки и нервные элементы из мозговой коры. Указанный автор полагает, что порэнцефалический дефект, как правило, отделяется от оболочек тончайшим слоем мозгового вещества¹⁾. Что касается расширенных мозговых желудочков, то их также находим почти во всех случаях порэнцефалии.

Прежде чем сопоставить представленный случай с другими известными из литературы случаями, закончим с его историей болезни, дав краткое описание дальнейшего течения болезни.

Decursus morbi. 21/II 30. В день первой энцефалографии с больным случился большой припадок. Как и всегда, он начался с тонически-клонических судорог в правой верхней конечности, меньше чем через одну минуту судороги охватили все мышцы туловища и конечностей и больной тут же потерял на несколько минут сознание. В то время зрачки больного были расширены и на свет не реагировали. Язык не прикусил.

Самую энцефалографию перенес хорошо. Ни рвоты, ни резкого нарушения пульсовой и дыхательной деятельности не было.

22/II 30. Снова большой припадок, такой же как и накануне. В последующие дни самочувствие вполне хорошее.

26/II 30. После произведенных энцефалографий самочувствие удовлетворительное. Умеренная головная боль и повышение температуры до 37,5. Рвоты и резкого нарушения пульсового ритма не было.

27/II 30. Самочувствие лучше. Ест и пьет с аппетитом и к вечеру стал вставать с кровати.

28/II 30. Состояние вполне удовлетворительное.

1/III 30. Отмечены два обычных для больного припадка. Затем следуют 12 «светлых» дней.

13/III 30. В один день 4 припадка.

14/III. 30. Перенес вентрикулографию настолько хорошо, что непосредственно после введения воздуха свободно поворачивался самостоятельно в сидячем положении перед экраном при его просвечивании и в отличие от предшествовавшей

26/II 30 энцефалографии даже не жаловался на головную боль. Хорошее самочувствие не нарушалось и в последующие дни.

18/III 30. Снова два припадка.

¹⁾ Также Deganello (1900 г.) при тщательном микроскопическом исследовании верхней оболочки порэнцефалического дефекта мозга собаки нашел внутри от мягкой мозговой оболочки слой тончайших волоконцев глии, переплетающихся в виде сети, далее слой тонких волокон и еще далее слой нервных клеток, соответствующих серому веществу мозга.

Затем припадков не наблюдалось до 3/IV 30, когда с больным сделался особенно жестокий припадок, во время которого он упал и сильно расшибс.

В отличие от предыдущих энцефалографий через субарахноидальное пространство в последний раз при непосредственном наполнении воздухом кисты и через нее желудочков воздух долгое время не рассасывался и его присутствие в мозговых полостях можно было ощущать по характерному шуму плеска (нечто вроде *succussio Hippocratis*), которое слышно было на расстоянии при встряхивании головы больного. Такой шум плеска, одновременно в ощущение самым больным переливающейся в мозгу жидкости, имеет почти всегда место у гидроцефалов с большими желудочками после введения туда воздуха до того момента, пока воздух не рассосется, т. е. иногда на протяжении 5—6 недель. Следы воздуха в кисте у нашего больного мы могли обнаружить просвечиванием перед рентгеновским экраном еще 2/IV 30, т. е. спустя 3 недели после выведения туда воздуха.

4/IV 30. Больной выписался при общем хорошем самочувствии. После этого до сдачи настоящей статьи у больного дома наблюдался еще один тяжелый припадок в начале мая.

В объективном статусе за время пребывания больного в отделении ничего не изменилось. Никаких новых симптомов не появилось, а прежние стойко держались. Точно также не изменился и характер припадков после трехкратного пневмэнцефалоп.

Как мы уже указали в самом начале статьи, все до сих пор опубликованные сообщения о порэнцефалии основаны исключительно на патолого-анатомическом материале. Клиническая картина порэнцефалии вообще полиморфна и, конечно, зависит от того, какой участок головного мозга дефект поражает. С другой стороны, определив на основании клинических явлений точный очаг поражения, мы не можем свести его к порэнцефалическому дефекту мозгового вещества, так как возможны и другие, самые разнообразные процессы. В большинстве случаев (там где дело идет о конгенитальной порэнцефалии) в клинической картине болезни помимо физических недостатков, как параличи и контрактуры конечностей, общая деформация тела, эвентуальная Джексон'овская эпилепсия, резко выступает перед глазами значительная психическая отсталость, доходящая до идиотии. В руководствах по нервным болезням (см. Oppenheim) порэнцефалия чаще всего рассматривается вместе с группой конгенитальных заболеваний головного мозга, дающих картину детского церебрального паралича (*zerebrale Kinderlähmung*). Поэтому ни одному автору не приходилось решаться на прижизненную диагностику порэнцефалии¹⁾. Правда, Sommer считал возможным диагностировать порэнцефалию и при жизни на основании картины слабумия в сочетании с парезами и судорожными припадками. Но если в подобных случаях и решаться на такую (а не иную, как детский энцефалит и т. п.) диагностику, то все же в тех случаях, когда такой тяжелой картины не наблюдаем, мы диагностировать порэнцефалию клинически лабораторным путем, очевидно, не в состоянии. Только совсем недавно в 1928 г. появилась работа Salmon'a, в которой дается описание одного случая порэнцефалии, где найденная энцефалографическая картина через несколько дней была подтверждена на аутопсии. Речь идет о мало жизнеспособном новорожденном, которому на 4-й день от рождения была применена энцефалография. На энцефалограммах, представленных

¹⁾ Гиларовский считает, что порэнцефалия не есть болезнь *sui generis*, а что это есть анатомическое название для обозначения известных фокусных поражений неодинакового происхождения. И далее, изучение порэнцефалии должно идти параллельно с изучением разных форм идиотии.

автором, оказалась картина весьма сходная с той, которая оказалась на наших энцефалограммах. Спустя восемь дней ребенок умер, и автор имел возможность увидеть на аутопсии картину порэнцефалии, которая в точности соответствовала тому представлению, которое автор составил себе на основании энцефалографии. Также Reiche и Dappenbaum на 40-м съезде Германского общества детских врачей в Висбадене в 1929 г. дали описание энцефалографии восьми случаев врожденных мозговых аномалий у младенцев, подтвержденных аутопсией, среди которых имеется один случай порэнцефалии. В только что упомянутых из литературы случаях отсутствует, однако, их клиническое описание. Последнее, впрочем, оказалось в состоянии и в возрасте больных недоступным. Случай диагностирования методом энцефалографии порэнцефалии у взрослых и вообще у лиц с определенной клинической картиной болезни до сих пор места в доступной нам литературе не имеют и наш случай представляется, по видимому, пока единственным.

Как видим, у нашего больного психическая отсталость вовсе не наблюдается. Наоборот, больной интеллектуально и морально вполне развит. Впрочем, психическая отсталость вовсе не является обязательной даже при больших порэнцефалических дефектах мозга. Ponsset (1880 г.) описал случай порэнцефалии у мужчины 20 лет, у которого при жизни ни параличей (левина), ни ослабления интеллекта не наблюдалось. На вскрытии оказался дефект в средней и верхней лобных извилинах и атрофия средней височной половины левого полушария.

Что касается этиологии нашего случая, то почти всеми авторами признаются наряду с врожденной и случаи травматической порэнцефалии, возникших на почве травмы черепа и мозга, как во время родового акта, так и при разных жизненных обстоятельствах (случаи Roger, Boetger, Herfer, Frigario, Monakow, Kahlden, Beyer, Amberger¹⁾). У нашего больного в анамнезе отмечается травма черепа, после которой спустя 1—1½ месяца и начались припадки. Тем не менее мы не склонны считать порэнцефалию у нашего больного результатом полученной в 9 летнем возрасте травмы. Во всех известных из литературы случаях травма была более значительной и сопровождалась проломом костей черепа и механическим повреждением мозга. В нашем же случае травма сводилась к простому ушибу, после которого никаких следов повреждений на голове не осталось. Возможно лишь, что травма способствовала проявлению нового симптома в его болезни—Джексоновским припадкам. У нас есть все основания считать, что другие симптомы болезни: гемипарезия и патологическая леворукость уже существовали с ранних лет, а потому возможно, что они врожденные.

Как известно, существует много теорий происхождения порэнцефалии (Kundrat, Richter, Kahlden, Obersteiner, Kreuser и Hebner, Roger, Limbeck и Hüsel, Cotard и Sperling). Гилларовский, обстоятельно занимавшийся вопросом о порэнцефалии, на основании критического разбора литературного материала и своих собственных макро- и микроисследований приходит к выводу, что врожденный порэнцефалический дефект есть результат целого ряда сосудистых

¹⁾ Гилларовский насчитывает в литературе на 205 случаев порэнцефалии не меньше 14 травматического происхождения.

изменений в мозгу внутриутробного плода и что причиной этих изменений является сифилис родителей. Литературные описания последних лет (Рабинович, Смирнов и Савенко) также подтверждают люэс родителей, как причину конгенитальной порэнцефалии.

В нашем случае подобная этиология не исключена. Об отце больного (убитом на войне офицере) мы, правда, мало знаем. У матери, как будто бы, люэса не было. Однако, у матери между рождением больного и старшей сестрой было 2 произвольных выкидыша, ребенок родился меньше 5 фунтов весом и в возрасте 9 лет у больного оказалась положительная реакция Вассермана в крови. Но какова бы ни была этиология и первопричина его заболевания, весь интерес данного случая в том, что отныне со введением в клинику цепного диагностического метода энцефалографии порэнцефалия, как патолого-анатомическая основа некоего клинического синдрома, может быть клинически распознаваема, а эта прижизненная диагностика порэнцефалии даст дальнейший толчок к изучению этой пока еще темной болезни. Надо полагать, что дальнейшие подобные сообщения не заставят себя долго ждать.

Литература: 1) Гиляровский. К вопросу о патологической анатомии и патогенезе порэнцефалии. Диссерт. Москва. 1909 г.—2) Zingerle. Arch. f. Psych. u. Neur. Bd. 36. 1903.—3) Рабинович. Журн. невропат. им. Корсакова. № 5—6. 1928 г.—4) Смирнов и Савенков. Труды клин. нервн. бол. Киевск. и-та усов. врачей. Киев. 1928 г.—5) Salomon. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 83. 1928.—6) Reiche u. Dappenbaum. Zbl. f. N. u. P. Bd. 53. H. 8/9. 1929.

Из Каинского физиатрического кабинета и фил. Омской Пастеровской станции.

К вопросу применения антирабических прививок (по Ферри) при функциональных неврозах.

Д-ра П. Рабина и лаборанта Н. И. Шарапова.

Наш век, характеризуемый потрясениями со стороны нервной системы (империалистическая война, гражданская, голод) и повышенными требованиями умственной работы, дает большой процент умственного переутомления и функционального расстройства центр. нервной системы. Если ко всему этому прибавить функциональные расстройства нервной системы, возникшие при расстройствах эндокринно-железистого аппарата, получим довольно внушительный процент функциональных неврозиков (истерия, психастения, нейрастения), для терапии которых были предложены многочисленные методы: гипнотизм (Braid, Burnewill, Féfé, Binet, Azam, Bernheim и, наконец, Charcot), металло-терапия (Burg), и, наконец, современная психотерапия Freud, Kretschmer, Raymond, Beard, Vigouraux, Broq, Hirt, Nogier, Kowarschik и др.).

Гидротерапия и фармакологические препараты, покой, воздушные ванны (Мезерницкий), изоляция (Charcot, Bloq, G. de la Tou-

rette), хирургическое вмешательство (кастрация, Polaiillon, Hegar, Friedrich). Таковы этапы и пути изыскания в области лечения невротиков.

Не опровергая современной терапии, позволим себе предложить еще одну модификацию лечения этой наипраспостраненнейшей болезни нашего века.

Наш способ лечения не претендует на звание специфика, но у нас сложилось впечатление, что он оправдал себя и достоин внимания и, безусловно, еще целого ряда наблюдений и проверочных работ.

При производстве антибрабических прививок у большого % лиц с неуравновешенной нервной системой появлялся ряд симптомов, говорящих о действии их на нервную систему ободряющим и укрепляющим образом. Больные отмечали улучшение сна, аппетита, заметную прибавку в весе, появление силы воли, исчезновение слезливости, горловых спазмов при волнении, исчезновение резких смен настроения, исчезновение апатии, удрученного состояния, выпадения волос, исчезновение гиперэстетических зон, исчезновение кошмаров, прекращение перебоев сердца, исчезновение дрожжания пальцев и т. д. Чтобы не быть голословными, обратимся к имеющемуся в нашем распоряжении ряду историй болезни.

1) Б-ная Ряз-ва А. Г. 31 года, вст. бол. № 243, дом. хоз., поступила в фил. Омск. Паст. станцию при Бараб. окр. сан.-бак. лаборат. (Канск) по поводу укуса бешеной собаки. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, довольно упитанная (вес 49,300), перенесла корь, scarlatina, брюшной тиф. Развивалась нормально, с детства задушная, менструации с 17 лет, замужем с 19 лет, беременностей не было. Первый соитиэ вызвал отвращение, последующие чувство тошноты, а затем апатию и безразличие. Малейшее волнение доводило до потери сознания. Слезливость. Музыка приводит к плачу, а затем к истерическим припадкам. Горловая спазма. После волнения онемение конечностей и невозможность активных движений левыми конечностями. Учащение сердечного ритма, гиперэстетическое участка по сегментальному типу, сухожильная гиперрефлексия, отсутствие глоточного, конъюнктивального рефлексов, дермографизм (красный) «заревной» по Эпштейну. Диагноз: *Hysteria gravis reactiva (fixata)*.

В настоящее время, после проведенного курса инъекций (40 инъекций), вес 52 кил., настроение бодрое, жизнерадостное. Сухожильные рефлексы несколько повышены, дермографизм розовый, сон хороший, кошмары исчезли, прекрасно переносит музыку, аппетит хороший, бывшие запоры прекратились, быстрая утомляемость сменялась бодростью. Динамометрия до лечения d—38, s—34, после лечения d—41, s—38. Спирометрия до лечения 2100, после лечения 2950. Тоны сердца, давшие замедления по *Aschnegey* на 7 ударов, теперь без изменения по *Aschnegey*. Сердечные припадки исчезли, и мысли о больном сердце исчезли.

Следующая история болезни не менее эффектна по результатам:

2) Б-ная Р-ва И. С. 47 л., вст. бол. № 74 являлась в физиатрический кабинет 12 VI из кабинета уха, горла, носа (д-ра А. И. Чеботарева), куда обратилась по поводу горловых спазмов и частой потери голоса. 2 года лечилась у отоларингологов, уклонений от нормы со стороны носоглотки нет. Больная довольно упитана—вес 79 к., жировой слой развит, покровы тела розовые, тургор хороший, легкие, печень—N. Сердце: незначительное увеличение размеров выравно (на 1/2 пальца), тоны ясны, пульс 72, после физических упражнений 131. При клиностатич. и при ортостатической реакции учащение на 8 ударов (по Денилюпоуло и Превалю учащение на 7 ударов) Гальванизация сердечной области электродом в 10×15 см. втечение 2' силой тока в 0,5 МА, учащение сердечного ритма, пульс 80. Д'арсонвализация (сердечным электродом) вакуум элект. втечение 1' учащение пульса (81). Стат душ втечение 2' (пульс 82).

Со стороны нервной системы: анестезия (участковая), гиперэстезия, hyperhidrosis, отсутствие глоточного и понижение конъюнктивального рефлексов, сухожильная и пателлярная гиперрефлексия, повышение брюшного рефлекса. Стойкий белый дермографизм (18"), переходящий в разлитой красный («заревной» по Эпштейну 20"), зрачковый N, libido понижено, menses не регулярны (через 2—3

месяца, по 3—4 дня, довольно обильные). *Субъективно*: упорная головная боль, нарушение сна, кошмары, сон не приносит чувства отдыха. Приливы к голове, чувство жара, сменяющегося обильным потом на лбу, кистях, конечностях и внутренней стороны бедер. Чувство озноба, онемение в пальцах конечностей. Раздражительность, частые горловые спазмы (после волнений) и потеря голоса после волнений и испуга: динамометрия: d—39, s—25, сирометрия—2280. Диагноз: *Neurosis cor., Hysteria climacterica*. 24/VI. Сделано 10 инъекций эмульсии по (Ферри), головные боли исчезли, спазмы прекратились, но отмечает перемещение их в область грудины, но не с характером прежних спазм, а скорее как «боли глухие». Самочувствие хорошее, бодрое. «За пять дней один раз всплакнула». Перебоев не отмечает. Пульс 89, после физических упражнений 101. *Aschnege* замедленно на 3 удара. По Денилопулло учащение на 4 удара (клиностатическая реакция). *Оростатическая по Превалю* учащение на три удара. При пробах д'Арсонваля, стат. душем и гальванизацией сердечной области учащение пульса на 3—5 ударов, стат. душ не вызвал учащения пульса. Дермографизм красивый.

3) Б-ая К-ва, 32 лет, лет. б. № 87, д. х., вес 35 кило, бледность лица и слизистых, головокружения, мелькание черных мушек в глазах, раздражительность, слезливость, повышение пателлярного рефлекса, ослабление глоточного. Красный дермографизм. Идиомускулярная возбудимость (мышечный валик). Диагноз: *Neurastenia reactiva (anaemia)*. Проведено 7 инъекций. Вес (через 8 дней) 38 кг. Бодр, сон хороший, аппетит («ела за троих»). Раздражительность исчезла, головная боль прекратилась.

Наш материал охватывает лишь 7 случаев, проверенных и всесторонне исследованных, но эти случаи до того демонстративны, что следует в дальнейшем продолжать наблюдение. Улучшения со стороны нервной системы у наших больных вполне показательны и реальны.

Не найдя указаний в литературе о применении антирабических прививок в терапии нервно-больных, мы эмпирически выработали свой метод.

Мы пользовались антирабической эмульсией, приготовленной по способу Ферри, изготавливаемой Омской сан.-бак. ст., и инъекции проводили по способу Ферри (итальянский способ). Методика: 2 инъекции в день с 6-часовым перерывом, начинали с 0,1 инприца Record. Первые два дня по 0,1, затем 3 дня по 0,3 (2 раза в день), затем 6 дней по 0,5, а остальные утром 1,0, через 6 часов 1,5, соблюдая все правила асептики.

Заканчивая свое предварительное сообщение, обратимся к методике исследований и выводам, причем остановимся на действии антирабических прививок не только на цент. нерв. сист., но и на вегетативную н. с. Исследования велись в следующих направлениях: субъективные наблюдения больного, взвешивание, глазо-сердечный рефлекс *Aschnege*'a, клиностатический. Денилопулло, дермографическая реакция, оростатическая реакция Превалю, кров. давление.

Анализ наших случаев сводится к следующему: субъективные улучшения имеются у всех больных, наблюдаемых нами. Прибыль в весе имеется у 90% больных. Со стороны глазо-сердечного рефлекса *Aschnege*'a изменение (отрицательный рефлекс) получено у 2-х больных. Со стороны клиностатического рефлекса Денилопулло у 2-х больных найдено ослабление реакций, т. е. понижение деятельности блуждающего нерва, что говорит о приближении реакций блуждающего нерва к норме. Со стороны кожной реакции находим опять-таки приближение к норме.

Выводы: 1. Антирабическая инъекция по Ферри дает хорошие результаты при функциональных заболеваниях цент. нервной системы.

2. Антирабическая прививка дает хороший эффект со стороны вегет. нервной системы.

3. Положительные результаты лечения, исчезновение ряда симптомов расстройства центральной и вегетат. нерв. систем объясняются укреплением и тонизацией нервной системы в сторону нормализации ее.

4. Необходимы добавочные наблюдения над действием антирабич. прививок по Ферри со стороны нервной системы.

[Из Свердловского сан.-бакт. института.]

Эпидемиологическое значение сибирской язвы для маслоделия.

Г. И. Зархи.

I.

Обширные эпизоотии сибирской язвы, периодически посещающие Сибирь и Урал, ставят перед органами здравоохранения с большою остротою вопрос об опасности сибирской язвы для маслоделия и о способах стерилизации масла из неблагополучных районов.

Задача уничтожения жаром спор сибирской язвы в коровьем масле связана с большим вопросом о стерилизации в не водной среде. Действие высокой температуры на бактерии сводится к коагуляции белка (Williams); последняя же наступает тем скорее, чем богаче водою белок: белок, содержащий 6% воды, свертывается при 145°, безводный же — при 170° (Levith). Кипячение в воде потому действует на споры сильнее сухого жара, что при этом происходят их набухание¹⁾. Стерилизация же в не водной среде представляет совершенно иные условия. Жир может пропитать бактериальную массу, как вода резиновую губку, но набухания не получится; для этого нужна вода, так же как для набухания резины необходим серпистый углерод или хлороформ. Для превращения сухого вещества в гель требуется совершенно определенный растворитель. Поскольку при стерилизации в не водной среде выпадает момент набухания, здесь потребуются та же температура, что и при действии сухого жара, разумеется при условии, что среда нейтральна в смысле бактерицидности.

Druet и Walker показали, что споры в глицерине выдерживают иногда нагревание в течение 2 часов при 1½ атмосферах и 1½ часа при двух атмосферах. Barlett и Kinne экспериментировали со спорами сибирской язвы *b. subtilis*, которые погибали в кипящей воде минуты через 3 или несколько позже, а в автоклаве при 2½ атмосферах выживали не больше 5 минут, в глицерине же выдерживали температуру кипящей воды в течение 75 мин. (в автоклаве — 15 мин.). Buttlock испытывал устойчивость при нагревании в безводном глицерине и оливковом масле спор *b. subtilis*, высушенных на покровных стеклах; споры погибали при той же температуре, что в сухом жару (1½ ч. при 170° и 10—15 мин. при 150°). По Dickson's споры *b. bo-*

¹⁾ Lesomnie de Noüy и др. считают, что для коагуляции белка даже необходима гидратация его молекулы. С этой точки зрения дегенерация безводного белка под влиянием жара не должна называться коагуляцией.

tulini значительно устойчивее в масле, наслоенном на культуру, чем в питательной среде без масла.

Я исследовал термоустойчивость спор сибирской язвы как в топленом масле, так и в осадке, который выпадает на дно сосуда при перетопке сливочного масла. Для опытов бралась смесь трех штаммов, чтобы избежать случайного экспериментирования неустойчивой расой; споры эти выдерживали пятиминутное нагревание при 100° в физ. растворе, но всегда погибали через 10 минут. Двухсуточная агаровая культура намазывалась тонким слоем на дне пробирки, подсушивалась двое суток в термостате; после этого пробирка заполнялась маслом и нагревалась в автоклаве или водяной бане. Охладивши пробирки под струей воды, я вводил на дно пробирки 2—3 куб. см. бульона и, оставив пастеровскую пипетку в пробирке для доступа кислорода в слой бульона, помещал пробирки в термостат на 24 часа, после чего заражал свинок и производил посевы. Убедившись, что опыт заражения дает лучшие результаты, я в позднейших своих опытах посева не делал. Исследование погибших животных производилось обычным путем (бактериоскопия мазков, выделение и изучение культуры из селезенки и крови). Всего проделано 63 опыта.

В топленом масле споры сибирской язвы выдерживали нагревание при 100° ¹⁾ в течение $3\frac{1}{2}$ часов в водяной бане. Более длительные опыты при этой t° не производились. Максимальная граница термоустойчивости данных спор в топленом масле—1 час при 110° в автоклаве (+ 40 мин. от 100° до 110° при нагревании и охлаждении автоклава). Если добавочное нагревание продолжалось больше 40 минут, споры обычно погибали. Нагревание в автоклаве 1 ч. 30 мин. при 110° или 10 мин. при 120° всегда убивало их.

В чистом жире масла, полученном путем извлечения эфиром в аппарате Сокслета, споры выдерживали более продолжительное нагревание: 1 ч. 30 мин. при 110° в автоклаве + 50 мин. добавочного нагревания от 100° до 110° . Объясняется это, вероятно, безводностью данной среды. Несколько неожиданные результаты дало исследование термоустойчивых спор, выращенных на агаре Heider'a, которые выжили в течение 40 минут при 100° в физ. растворе, в то время как исходный штамм не выдерживал и десятиминутного нагревания. При исследовании действия высоких t° на споры в масле столь значительной разницы между Heider'овскими и обыкновенными спорами не обнаружилось; они выдерживали нагревание в автоклаве при 110° в течение 1 ч. 15 мин. и всегда гибли через $1\frac{1}{2}$ часа. Может быть, причина повышенной резистентности этих спор заключается не в трудной коагулируемости протоплазматического белка, а в пониженной способности адсорбировать воду (непроницаемость оболочки?).

В осадке, получающемся при перетопливании сливочного масла (водный раствор солей со сгустками творога и каплями жира), споры сибирской язвы погибали почти в тот же срок, что в физиологическом растворе.

Для исследования термоустойчивости в масляной среде вегетативных форм сибиреязвенной палочки выращена была бесспорная культура по

¹⁾ Допускались колебания менее 1 градуса в ту или другую сторону.

способу Selter-Eisenberg (пересев каждые 12 ч. на глицериновый агар в течение 10 дней). Культура эта погибала через 5 мин. при 65° в физиологическом растворе. Испытание ее в интересующем нас направлении представило некоторые трудности: высушивание на стекле в продолжение 12 ч. при 37° оказалось для нее небезразличным (высушивание в течение 12 ч. при 42° всегда убивало ее). С другой стороны, сочная, богатая водой культура по понятным причинам не годилась для исследования условий стерилизации в почти безводной среде. Поэтому мы подсушивали мазки суточной агаровой культуры на стекле в течение 4 час. при 37°. В топленном масле бактерии выживали 20 мин. при 65°, т. е. в 4 раза дольше, чем в физ. р-ств. Влияние среды на продолжительность стерилизации здесь значительно меньше, чем в опытах со спорами, так как бесспорный материал был гораздо богаче влагой.

При оценке наших данных нельзя забывать о влиянии электролитов на коагуляцию коллоидов: ион Cl в физиологическом растворе способствует набуханию белка.

Из приведенных опытов следует, что споры сибирской язвы обнаруживают выдающуюся термоустойчивость в коровьем масле. Если бы имелось достаточно оснований считать партию масла зараженной сибирской язвой, то обесцвечивание его представляло бы немалые трудности как по технике стерилизации, так и вследствие понижения его товарной ценности.

Но велика ли реальная опасность заражения сибирской язвой через молочные продукты? По Heusinger'у (1850) в Америке и России наблюдаются многочисленные случаи заражения сибирской язвой через молоко и масло; получающееся при этом кишечное заболевание носит в Америке название *milksickness*. Это утверждение было принято на веру и повторялось рядом авторов (Bollinger, Petersen, Степанов, Неклюдов). Между тем сообщение Heusinger'a не подтверждено ни одним точным наблюдением. Данные этого автора, считавшего сибирскую язву малярийным неврозом, очень устарели и не могут считаться убедительными. Действительно, все позднейшие исследователи оценивают данный эпидемиологический фактор весьма невысоко (Судаков, Дубровинский и др.). Один из наиболее авторитетных молоковедов проф. Fleischmann считает перенос сибирской язвы через молоко вообще недоказанным. Случай Karlinsk'ого, обычно цитируемый и, повидимому, единственный в мировой литературе, небезупречен в эпидемиологическом отношении. Дело идет о брюшнотифозном больном, у которого обнаружены на вскрытии тифозные и сибиреязвенные патологоанатомические изменения; заражение сибирской язвой автор относит на 20-й день брюшного тифа, когда пациент, при наличии язв в кишечнике,пил молоко от больной коровы.

Заражение молока вирусом сибирской язвы может произойти как эндогенным, так и экзогенным путем. В первом случае для инфицирования потребителя потребуется совокупность следующих условий: 1) чтобы лактация у больного животного не прекращалась, как это бывает в большинстве случаев; 2) чтобы вирус переходил в молоко не *in extremis*, как обычно, а несколько раньше, и 3) чтобы владелец коровы проявил злую волю, сбывая молоко заведомо больного животного. Но даже осуществление этого трудно выполнимого комплекса может не дать заболе-

вания потребителя. Детеныши морской свинки, зараженной сибирской язвой, сосали молоко, содержащее сибиреязвенные палочки, и остались здоровы (Кубасов). Аналогичный опыт проделал Feser на овцах; при подкожном введении молоко вызывало заболевание сибирской язвой.

Вторая возможность заражения молока путем занесения спор извне кажется, как будто, более вероятной. Действительно, зараженность скотных дворов сибиреязвенным вирусом достигает огромных размеров (Озол); к тому же, здоровые животные могут переносить на своей шерсти споры сибирской язвы, не заражаясь сами, и эксперимент показал, что такое носительство действительно возможно (Gegenbauer). Но и эти находки не имеют эпидемиологического значения для нашего вопроса. Минимальные количества сибиреязвенных спор попадают в молоко, может быть, чаще, чем мы это предполагаем, но далеко не всегда присутствие спор сибирской язвы должно вызвать заболевание. На московских текстильных фабриках, где каждые $\frac{1}{4}$ грамма пыли содержали смертельную для морской свинки дозу сибиреязвенных спор, заболевания среди рабочих оставались все же единичными (Биргер, Коробякина и Набоков). Эпидемиологические и экспериментальные данные показывают, что неповрежденные слизистые оболочки представляют обычно непреодолимый барьер для малых количеств сибиреязвенных спор. Это справедливо даже в отношении экспериментальных, весьма восприимчивых к сибирской язве животных. Так, напр., для заражения кролика *per os* требуется не менее 33,000 спор (Oppermann). Такие же результаты дали опыты Enderlen'a на овцах, Buchner'a—на мышах, Hofman и Fernisch—на морских свинках. Споры сибирской язвы, случайно загрязняющие молоко, повидимому, слишком малочисленны, чтобы вызвать заболевание у потребителя.

Можно, конечно, допустить, что при известных обстоятельствах споры в молоке начнут вегетировать и получится обильная культура сибирской язвы. Но и эта опасность скорее теоретического характера: при комнатной температуре (18°) для прорастания сибиреязвенных спор требуется около 70 часов, т. е. значительно больше обычного срока хранения молока; при температуре же погреба (ниже 12°) сибиреязвенные споры вообще не прорастают.

Не касаясь принципиального вопроса о восприимчивости слизистой кишечника к вирусу сибирской язвы (Безредка), надо признать, что невысокие шансы на заражение через слизистую рта еще уменьшаются в последующих отделах пищеварительного тракта. Здесь присоединяется вредное действие желудочного сока на вегетативные формы (Курлов и Вагнер), антагонизм со стороны *b. coli* (Gundel) и большое содержание углекислоты в кишечнике (Fränkel и Scola).

Итак, если бы масло оказалось подозрительным по сибирской язве, то при стерилизации его пришлось бы принять во внимание замечательную термоустойчивость спор в масляной среде; но по общесанитарным, эпидемиологическим и бактериологическим данным опасность заражения сибирской язвой через молочные продукты должна считаться весьма незначительной¹⁾.

¹⁾ Разумеется, при фальсифицировании масла говяжьим жиром опасность эта становится вполне реальной: Scala и Alessi обнаружили в маргарине вирус сибирской язвы.

Литература: 1) Williams. J. of. inf. dis. 44. 1929.—2) Lewith. Arch. f. experiment. Pathol. u. Phar. 26, 1890. — 3) Dryer и Walker, цитир. по Barlett и Kinne.—4) Barlett and Kinne. Zbl. f. Bakt. I. Ref. 59, 1914.—5) Bullock. J. of Hyg. 13, 1913; Zbl. f. Bakt. I. Ref. 60, 1914.—6) Dickson, цитир. по Williams'y.—7) Poppe. Ergeb. der Hygiene. V. 1922.—8) Eisenberg. Zbl. f. Bakt. I. O. 63, 1912.—9) Heusinger. Die Milzbrand-krankheiten. d. Tiere u. d. Menschen. Erlangen. 1850.—10) Bollinger. Сибирская язва. Частная патология и терапия Цимсена. Т. III.—11) Petersen. Учен. записки Казанск. вет. инст. VII. 1890.—12) Степанов. Учен. записки Казанск. вет. инст. XVII, 1900. — 13) Неклюдов. Вестн. общ. ветеринарии. № 11, 1905.—14) Судаков. Вестн. суд. мед. и общ. гиг. II, 1883.—15) Дубровинский. Сборник „Гигиена молока и молочных продуктов“. 1929.—16) Флейшман. Молоко и молочное дело. Русск. пер. Вологда-Москва. 1927.—17) Karlinski. Berl. kl. W. № 43, 1888. Реф. Zbl. f. Bakt. 5. 1889.—18) Кубасов. Вестн. общ. гиг. суд. и практ. мед. I. 1889. — 19) Feser, цитир. по Степанову.—20) Озол. Журнал микробиол. и иммунологии. VII. 1930.—21) Gegenbauer, цитир. по Poppe.—22) Биргер, Коробицына и Набоков. Гигиена и эпидемиол. № 4. 1927.—23) Enderlen. D. Z. f. Thiermedizin. XV. 1889. Реф. Zbl. f. Bakt. 6. 1889. — 24) Buchner. Arch. f. Hyg. VIII. Реф. Zbl. f. Bakt. 4. 1888.—25) Holman и Fernisch. Amer. J. of Hyg. 3. 1923. Реф. Zbl. f. Bakt. I. Ref. 76. 1924.—26) Курлов и Вагнер. Врач. №№ 42—43. 1889.—27) Gundel. Zbl. f. Bakt. I. O. 104. 1927.—28) Fränkel и Scala, цитир. по Коршуну. Основы мед. микробиол. I. 1930.—29) Scala и Alessi, цитир. по Лоренц. Фармац. жур. 1901.

Отдел II. Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

Кафедра социальной гигиены Казанского мединститута. (Директор проф. М. М. Гран).

Санитарная статистика и диалектика ¹⁾.

Доцента С. М. Шварца.

М. Смит в одной из своих статей пишет: „Никогда еще не было такого спроса на цифры всякого рода и никогда еще фабрикация цифр не производилась в таких грандиозных размерах. Никогда еще от правильности статистической методологии не зависела так сильно судьба нашего хозяйства, как теперь“.

Это утверждение М. Смита, как нельзя лучше, оправдывается нашей повседневной практикой.

Но если верно утверждение, что „от правильности статистической методологии сильно зависит судьба нашего хозяйства“—то это, в не меньшей степени, может быть сказано и в отношении нашего здравоохранения. Действительно, значительная часть социально-гигиенических мероприятий, лежащих в основе нашей системы здравоохранения, базируется всецело на статистических данных.

Вот почему для нас представляется чрезвычайно важным выяснить, насколько статистический метод,—которым так широко пользуется социальная гигиена, как в своей описательной, так и в нормативной части,—является надежным. Мы хотели бы ответить на вопрос, имеется ли действительно основание для скептического отношения к статистическому методу? Верно ли утверждение Карлейля, что „статистикой можно доказать все, что угодно“, что „статистика — это карета, которая везет, куда прикажут“ ²⁾.

Попытаемся выяснить, чем объясняется недоверчивое отношение к статистике? Имеет ли этот скептицизм какие-либо основания? На этот вопрос мы отвечаем утвердительно—да. То скептическое отношение к статистике, которое столь распространено, имеет под собой основание в том, что статистическим методом пользуются чрезвычайно широко сплошь и рядом люди, совершенно незнакомые с ним. Нам приходится встречать сотни и тысячи статистических работ, выпускаемых людьми, являющимися полными профанами в вопросах статистики. И, несомненно, что эти работы и создали столь плохую репутацию статистическому методу. Но я думаю, что не это обстоятельство должно быть поставлено в упрек статистическому методу, как не ставится в упрек хирургии то, что хирургический нож берут в свои руки иной раз такие врачи, которым нужно бы рекомендовать в целях безопасности их пациентов лучше взять в руки метлу.

¹⁾ Лекция, читанная на заседании учебного совета Казанского медфака в ноябре 1929 г.

²⁾ Цитировано по Уинплю и Новосельском

К сожалению, не только эти случайно манипулирующие статистическим методом люди способствовали дискредитации его! Довольно часто можно встретить статистические работы, выходящие из-под пера лиц, знакомых со статистическим методом, имеющих опыт в работе, и тем не менее приходится констатировать, что те выводы, которые делаются ими, являются сплошь и рядом не только неубедительными, но нередко и совершенно ошибочными. Чем это объяснить? Вина ли в этом метод? Должны ли мы посему относиться скептически к статистике? Ни в коем случае! Ошибочность выводов, которые нам приходится встречать в работах даже опытных статистиков, является иногда результатом недобросовестности авторов, которые соответствующей подтасовкой цифр стараются доказать заранее намеченные ими положения. Но это ведь касается авторов, а не метода! Чаше же всего ошибочность выводов результат того, что статистики, знакомые с техникой статистического исследования, правильно собравшие материал и технически безупречно его разработавшие, не умеют правильно его проанализировать, так как они подходят к изучаемому социальному явлению метафизически, что и приводит неминуемо даже опытных статистиков к ложным выводам, если только они не рассуждают диалектически стихийно.

Проялюстрируем это наше положение несколькими примерами.

Возьмем пример из области английской статистики профессиональной смертности и посмотрим, что может дать метафизический подход при анализе данных смертности. Сравним смертность от туберкулеза духовенства, горняков (в большинстве своем углеколов), кожевников, каменотесов, портных, сапожников, парикмахеров, трактирщиков, переплетчиков, печатников и поденных рабочих.

Таблица № 1.
Профессиональная смертность в Англии.

(Смертность мужчин принята за тысячу).

	Смертность от всех при- чин	Смертность от туберку- леза
Духовенство	524	55
Сельско-хоз. рабочие	621	90
Железнодорожники	740	95
Горнорабочие	894	100
Кожевники	764	126
Каменотесы	939	190
Портные	1027	248
Сапожники	984	271
Переплетчики	934	275
Печатники	994	300
Поденщики	2235	491
Трактирщики	1883	543
Все мужчины в среднем	1000	186

Как видно из таблицы, при средней смертности (от всех причин) мужского населения Англии, принятой за тысячу, смертность от туберкулеза легких составляет в среднем 186. Если мы сравним смертность от туберкулеза вышеупомянутых групп со средней смертностью (186),

¹⁾ С. П. Каплун. Санитарная статистика труда, стр. 134.

то оказывается, что ниже средней—дают духовенство (55), население, занятое сельским хозяйством (90), горняки (100), кожевники (126), железнодорожники (95); на много выше средней дают сапожники (271), портные (248), парикмахеры (258), переплетчики (275), печатники (300), поденщики (491) и трактирщики (543). Каменотесы дают цифру, близкую к средней (190).

Чем объяснить эту далеко неодинаковую смертность от туберкулеза различных профессиональных групп?

В статистической литературе мы очень часто встречаем попытки объяснить неодинаковую смертность (в частности от туберкулеза) различных профессиональных групп, исходя из следующего положения, принимаемого за истину при всех случаях. Отмечаемая при анализе статистических данных повышенная заболеваемость и смертность от туберкулеза в той или иной профессиональной группе—есть результат того, что условия труда и быта этой группы менее благоприятны, чем аналогичные условия других профессиональных групп, с которыми данная профессия сравнивается. И наоборот, если зарегистрированная заболеваемость и смертность от туберкулеза данной профессиональной группы на много меньше, чем в остальных группах, то, очевидно, в условиях быта и труда этой группы имеются какие то благоприятные бытовые профессиональные факторы, противодействующие заболеванию туберкулезом или способствующие его благоприятному течению. И вот, исходя из вышеупомянутой абстрактной истины, и даются многими статистиками такого рода объяснения неодинаковой смертности от туберкулеза в разных профессиональных группах. Указывается, что духовенство дает столь низкую цифру смертности от туберкулеза легких потому, что условия его быта и „труда“ чрезвычайно благоприятны в гигиеническом отношении. Население, занятое сельским хозяйством, тоже находится в благоприятных условиях быта и труда и потому дает столь низкую смертность. Сапожники дают высокую смертность от туберкулеза, т. к. они работают в согнутом положении, вентиляция легких у них ослаблена, да и работа протекает в закрытом помещении. Повышенная смертность парикмахеров результат работы в замкнутом помещении, близкое общение с большим количеством клиентов, вдыхание органической пыли и т. п. Печатники (главным образом наборщики) подвергаются постоянному воздействию свинцовой пыли, влияющей очень вредно на организм, ослабляющей защитные реакции его и потому способствующей повышенной смертности наборщиков от туберкулеза. Поденщики дают особо высокую смертность от туберкулеза потому, что им приходится очень часто менять свою работу: не успев „привыкнуть“ к одной вредности и к ней приспособиться, они уже подвергаются воздействию новой вредности. Естественно учитывается также и то, что и условия их быта чрезвычайно неблагоприятны. У трактирщиков (служащих) исключительно виноват значительно распространенный среди них алкоголизм.

Стремясь подогнать под вышеупомянутое положение, принятое за истину, якобы действительную при всех условиях, многие, игнорируя все разнообразие, характеризующее профессиональную смертность пытаются объяснить парадоксально низкую смертность от туберкулеза легких углекопов (условия быта и труда которых чрезвычайно неблагоприятны) тем, что в условиях труда углекопов имеется один благоприятный фактор—вдыха-

ние угольной пыли¹⁾). Вот эта-то пыль и способствует, по их мнению, благоприятному течению туберкулеза, почему и неудивительно, что углекопы дают столь низкую смертность. Аналогичные попытки объяснить ту или иную высоту смертности отдельных профессиональных групп мы встречаем очень часто.

Но можем ли мы согласиться с таким подходом к анализу данных статистики смертности? Правильны ли те объяснения, которые даны выше в отношении неодинаковой смертности различных групп? Несомненно, что в ряде случаев эти объяснения правильны. Но далеко не всегда.

Действительно, можем ли мы согласиться с тем, что углекопы дают столь низкую заболеваемость туберкулезом потому, что они вдыхают благотворно влияющую на течение туберкулезного процесса пыль? Ни в коем случае. Данные той же английской статистики говорят о том, что выгрузчики угля, которые, как и углекопы, подвергаются столь же „благоприятному“ воздействию угольной пыли—дают, однако, смертность от туберкулеза легких в два с лишним раза превышающую таковую у углекопов (а именно 213 у первых, и 89 у последних). И это несмотря на то, что они работают над землей при гораздо более благоприятных метеорологических условиях, чем углекопы. Да и работа у первых гораздо более легкая.

Столь же неправильно очень часто встречающееся утверждение, что печатники дают высокую смертность от туберкулеза только потому, что они подвергаются вредному воздействию свинца. Мы знаем ряд профессий, рабочие которых подвергаются в гораздо большей степени воздействию свинца, чем печатники и тем не менее они дают гораздо меньшую смертность от туберкулеза легких. Так, проф. Вигдорчик²⁾ отмечает, что в то время как наборщики дают, по данным английской статистики, показатель смертности в 300, рабочие свинцовых производств дают всего 165, а маляры—213 для смертности от туберкулеза легких. И это несмотря на то, что последние две профессиональные группы подвергаются воздействию свинца в гораздо большей степени, чем наборщики. Что не свинцовая пыль играет решающую роль в высокой смертности наборщиков от туберкулеза легких, можно видеть из того, что и переплетчики (см. таблицу № 1), которые совершенно не подвергаются токсическому воздействию свинца, также дают высокую смертность от туберкулеза, на много превышающую (275) среднюю смертность (186) и мало отличающуюся от показателя смертности печатников (300).

Нельзя согласиться также с попыткой объяснить сравнительно невысокую смертность от туберкулеза легких каменотесов (190) тем, „что в виду работы на открытом воздухе и большого количества движений при работе, у них туберкулезные процессы развиваются медленнее и протекают более доброкачественно, чем хотя бы у печатников или переплетчиков“³⁾. Такие же противоречия мы можем отметить в попытках объяснить повышенную смертность от туберкулеза легких сапожников, парикмахеров, портных и низкую смертность железнодорожников и кожевников.

¹⁾ Rodenacker, Wolfen, Holzmann und Harms, Wolf, Böhme и др. Цитировано по Вигдорчику, «Естественный профес. отбор».

²⁾ Вигдорчик. «Естественный профессиональный отбор».

³⁾ С. Н. Канун. «Самый трудная работа».

Уже из тех немногих приведенных мною примеров из области статистической практики профессиональной смертности (число этих примеров можно бы увеличить бесконечно), мы видим, к каким ошибочным выводам приводит нередко анализ даже самых доброкачественных статистических данных и притом анализ, сделанный людьми достаточно искушенными в области статистики. Где же здесь корень ошибок? Да в том, что при вышеупомянутых попытках анализировать статистический материал профессиональной смертности мы имеем метафизический подход к изучаемому социальному явлению. А метафизическое мышление вот как характеризуется Энгельсом¹⁾: „Для метафизика вещи и их отражение в уме—понятия, представляют собою отдельные, прочные, неподвижные, раз навсегда данные объекты исследования. Его мышление вращается исключительно в непосредственных противоположениях: да—да; нет—нет, а что сверх того, то от лукавого. Для него данная вещь либо существует, либо не существует, данная вещь точно также не может быть сама собой и в то же время иной. Положительное и отрицательное абсолютно исключают друг друга; причина и следствие находятся в таком же постоянном противоречии между собой“. Метафизик оперирует с логическими абстракциями, он имеет дело лишь с застывшими, окостеневшими неизменными понятиями. Дialeктик всегда помнит, что действительность текуча и старается постичь ее таковой, как она есть—во всем многообразии ее реального содержания, со всеми ее противоречиями и различиями. Дialeктик берет факт во всем многообразии его окружающем и, считаясь с этим многообразием, его трактует. Дialeктике чужды отвлеченные изречения, она утверждает, что отвлеченной истины нет, истина конкретна, в ней все зависит от обстоятельств времени и места“.

Исходя из абстрактной истины, что неблагоприятные условия труда могут влиять *только в одну сторону*,—а именно, в сторону увеличения регистрируемой смертности от туберкулеза легких—формально-логически мыслящие статистики этим пытаются объяснить все выведенные ими статистические показатели. Показатели смертности отдельных профессиональных групп рассматриваются ими абстрактно. Они смотрят на эти показатели, как на выражение какого-то законченного процесса вне изучения его динамики, без установления связи его с другими взаимодействующими с ним процессами. Они забывают, что действительность текуча, многообразна, что каждое изучаемое социальное явление—не мертвый предмет, а подвергающийся постоянному изменению процесс. Вот почему они либо сталкиваются с противоречиями, которые они не могут объяснить, базирясь только на законах формально-логического мышления, либо, что часто бывает, даже не замечают этих противоречий, а потому приходят к грубым, ошибочным выводам.

Подойдем к анализу вышеупомянутых показателей смертности диалектически и нам удастся избежать ошибочных выводов и разрешить, указанные выше, противоречия.

Диалектика, по выражению Энгельса, „берет вещи и их умственные отражения, главным образом, в их взаимной связи, в их сцеплении, в их движении, в их возникновении и исчезновении“. Посему посмотрим на вышеупомянутые коэффициенты смертности не как на нечто закон-

¹⁾ Энгельс—Анти-Дюринг.

ченное, мертвое, не связанное со всей предшествующей динамикой этого социального явления в целом, а как на внешнее только выражение результатов динамических изменений, которые претерпело изучаемое нами социальное явление, и мы найдем правильное объяснение тем парадоксальным фактам, которые мы обнаруживаем при анализе таблицы профессиональной смертности Англии.

Почему углекопы, кожевники, каменотесы дают столь низкие коэффициенты смертности от туберкулеза, несмотря на чрезвычайно неблагоприятные условия их труда? Да потому, что неблагоприятные условия труда углекопов, кожевников и каменотесов действуют в двух противоположных направлениях. С одной стороны эти условия труда, несомненно, оказывают неблагоприятное действие на здоровье лиц, занятых в этих профессиях, и способствуют их повышенной заболеваемости вообще и туберкулезом в частности. Но с другой стороны, именно неблагоприятные условия труда и чрезвычайно тяжелая физическая работа, характерные для этих профессий, приводят к тому, что все заболевшие туберкулезом лица вскоре по заболевании уходят из этих профессий даже тогда, когда туберкулезный процесс у них еще не далеко зашел. В первые же недели работы уходят (отсеиваются) все те, которые по своему физическому развитию оказываются неполноценными работниками, неспособными удовлетворять повышенные требования, которые предъявляет профессия к их физическому статусу. Остаются на работе только те, которые могут справиться с тяжелой работой при неблагоприятных условиях среды. И наконец, в эти профессии идут с самого начала наиболее физически крепкие индивидуумы. Вот эти то обстоятельства, а не „благоприятное“ влияние угольной пыли сказываются на низких показателях смертности углекопов от туберкулеза легких!

Те же моменты очевидно в значительной степени обуславливают низкий коэффициент смертности (от туберкулеза) кожевников (126), и сравнительно невысокий показатель смертности каменотесов (190). Изучение динамики этого социального явления объяснит нам также, почему портные, парикмахеры, печатники, переплетчики, сапожники—условия труда которых, несомненно, более благоприятны, чем таковые углекопов и кожевников дают, однако, в два, три раза большую смертность, чем последние две группы. Понять это парадоксальное явление мы сумеем только тогда, когда учтем, что не требующие большого физического напряжения и более благоприятные (по сравнению с углекопами и кожевниками) условия труда портных, сапожников, переплетчиков, наборщиков, парикмахеров—привлекают в эти профессии большой процент людей с ослабленным физическим развитием, предрасположенных к заболеванию туберкулезом. Иногда в эти профессии устремляются люди, заболевшие туберкулезом в другой профессии с тяжелыми условиями труда и вынужденные благодаря своему заболеванию перейти на более легкую работу. А так как работа в этих профессиях сравнительно легкая, то туберкулезные больные, даже с далеко зашедшим процессом, могут долго оставаться на работе (нередко до наступления полной инвалидности).

Несомненно, что варяду с только что указанными мною моментами естественного профессионального отбора на повышенной смертности от туберкулеза представителей этих профессий сказывается и то, что отдельные, характерные для вышеупомянутых профессий, вредности особенно

резко влияют на здоровье физически ослабленных представителей данных профессий.

В свете такого подхода нам станет ясным и исключительно высокая смертность от туберкулеза поденщиков. Их смертность почти в 5 раз превышает среднюю смертность горнорабочих. Мы сумеем правильно объяснить этот факт только тогда, когда изучим профессиональную динамику поденщиков. Данные профессионального анамнеза английских поденных рабочих показывают, что наряду с значительным процентом молодых, неквалифицированных людей, эта группа заполняется в большом количестве людьми, бывшими на профессиональной работе, но потерявшими свою квалификацию благодаря разным заболеваниям и, в первую голову, туберкулезу, вынудившему их уйти с постоянной работы либо по своему почину, либо потому, что они увольнялись фабрикантами, как неудовлетворявшие предъявленным требованиям. Потеряв квалификацию, они попадают в отряд поденных рабочих и влияют в значительной степени на повышение процента смертности от туберкулеза этой группы.

Из приведенных примеров ясно, что только диалектический метод гарантирует нас от тех больших ошибок, которые допускаются при анализе данных профессиональной заболеваемости и смертности. Особенно это важно теперь, когда вопросы профпатологии так энергично изучаются, когда в Союзе у нас выпускаются сотни работ по профпатологии, из которых большинство базируется на статистическом материале. И нужно признаться, что часть этих работ грешит в отношении статистического анализа. Выводы авторов нередко бывают ошибочны потому, что они довольно часто мыслят формально-логически и благодаря этому делают совершенно ложные заключения.

Возьмем еще пример. Предположим, мы поставили перед собой задачу выяснить распространение туберкулеза в Татарской Республике в довоенный период и за последние годы. Если взять, как это часто делают, два года—1913 и 1927, то получится следующее; 1913 год дает 49,7 заболеваний туберкулезом на 10.000 населения ТР; 1927 год—175,0⁰/₀₀₀. Если подойти к анализу этих цифр формально, то можно сделать такой вывод—туберкулез дал колоссальный рост (в 3¹/₂ раза), и прийти к заключению, что это резкое увеличение заболеваемости туберкулезом является результатом пережитой войны, голода, а, возможно, и ухудшений условий питания и медицинского обслуживания населения.

Такие выводы нам приходится встречать при анализе заболеваемости довоенной и по-октябрьской. Имеется ли у нас основание предполагать, что эти факторы (пережитая война и голод) обусловили столь значительное нарастание туберкулеза? На этот вопрос мы сумеем ответить только тогда, когда проанализируем динамику заболеваемости туберкулезом за значительный отрезок времени и постараемся выяснить все факторы, влиявшие на повышение цифр, характеризующих заболеваемость туберкулезом.

Что показывает нам кривая заболеваемости туберкулезом в довоенное время? С 1906 года вплоть до 1914 туберкулез дал нарастание почти на 80⁰/₀; 1919 год дал для туберкулеза цифры более низкие—(40⁰/₀₀₀), чем 1914 год. В 1920 г. дальнейшее снижение (до 33,2⁰/₀₀₀) и только с 1922 года начинается нарастание туберкулеза, дающего в следующие годы чрезвычайно большой подъем. Иными словами: кривая туберкулеза

дает сначала (до войны)—нарастание, годы войны, разрухи и голода дают снижение tbc и только с 1923 года начинается вновь его резкое нарастание. Получается какая-то совершенно непонятная для нас картина. Мирные, довоенные годы—давали подъем кривой туберкулеза, послевоенные годы, годы разрухи и голода—падение; наконец, период повышения экономического благосостояния трудящихся ТР¹ показывает опять его резкое нарастание. А ведь мы привыкли думать, что улучшение экономического благосостояния должно обязательно действовать снижающе на количество туберкулезных заболеваний и наоборот!

Этот парадоксальный ход кривой возможно объяснить только при диалектическом анализе изучаемого социального явления.

Действительно, верно ли будет, если мы примем, что улучшение экономического и санитарного состояния населения обязательно должно всегда, при всех условиях влиять только снижающим образом на регистрируемую заболеваемость туберкулезом, о котором мы судим, главным образом, по амбулаторной посещаемости туберкулезных больных. Это положение будет казаться логически верным только при формальном подходе к данной проблеме. На деле это не так. Рост экономического благосостояния, способствующий улучшению жилищных условий и питания населения—приводит к снижению числа вновь заболевающих туберкулезом и тем самым уменьшает обращение последних в леч. заведения. Но те же факторы влияют и в обратном направлении. Туберкулезные больные, которые при неблагоприятных условиях быстро вымирают, при улучшении этих условий, при соответствующей социальной помощи, дольше живут и увеличивают число больных, обращающихся в лечебные учреждения. Улучшение экономического благосостояния сказывается на росте городского населения и, в первую голову,—городского пролетариата.

Сельское население усиленно мигрирует в города и это дает толчок значительному росту туберкулезных больных, но одновременно с этим повышается культурный уровень населения, что действует снижающим образом на заболеваемость.

С улучшением экономического благосостояния страны расширяется сеть лечебных заведений и диспансеров, что способствует значительному повышению регистрируемого туберкулеза. Одновременно с этим противотуберкулезная пропаганда, проводимая этими учреждениями, внедрение ими в сознание широких масс населения сведений о туберкулезе и об его профилактике, привитие здоровых гигиенических навыков—способствуют снижению заболеваемости туберкулезом. Мы видим, следовательно, как повышение экономического благосостояния населения и действующие одновременно с ним другие факторы, влияют на регистрируемый туберкулез в двух противоположных направлениях в—сторону уменьшения регистрируемого туберкулеза и увеличения его. В зависимости от того, что преобладает в количественном отношении—первое или второе, мы и будем иметь уменьшение или увеличение туберкулеза. На определенном отрезке времени преобладают, скажем, вторые факторы, тогда мы будем иметь увеличение регистрируемого tbc, что и имеет место в нашем примере относительно ТР с 1906 по 1914 г. и с 1923 по 1927 годы.

Но это не значит, что так будет всегда. В дальнейшем наступит момент, когда эти факторы станут друг друга уравновешивать, тогда

кривая туберкулеза пойдет равномерно, а потом паступит, при все улучшающихся экономических условиях, такой момент, когда влияния первых факторов (уменьшающих новую заболеваемость *tbc*) превысят увеличившуюся регистрацию заболевших и начнется снижение кривой. Это мы уже видим на кривой развития регистрируемого *tbc* по г. Казани, где с 1926 г. началось снижение кривой. При формально-логическом подходе к изучаемому нами социальному явлению будет также совершенно непонятно, почему в годы резкого ухудшения экономического и санитарного благосостояния населения (1919—1921 г.) мы отмечаем не увеличение числа туберкулезных больных, а, наоборот, значительное падение кривой туберкулеза. Но достаточно рассмотреть это явление во всем его многообразии и взаимодействии с другими социальными явлениями и процессами и парадоксальный ход кривой туберкулеза в эти годы найдет свое объяснение. Действительно, ухудшение экономического и санитарного благосостояния страны способствует увеличению патологической пораженности населения *tbc*, но одновременно с этим эти же неблагоприятные причины способствуют усилению вымирания туберкулезных больных, благодаря чему уменьшается в ближайшие послевоенные годы их число. Но годы войны и разрухи, увеличивая, с одной стороны, патологическую пораженность населения *tbc*, с другой стороны, влияют очень сильно на регистрируемую заболеваемость: а именно, сокращается сеть обслуживающих население леч. учреждений, на первый план выступает обслуживание остро-заразных больных. Леч. учреждения максимум внимания уделяют в своей деятельности группе остро-заразных больных, а обслуживание туберкулезных больных отстывает на задний план, да и туберкулезные больные начинают в такие годы реже обращаться за помощью в леч. учреждения. Вот почему одна причина—ухудшение экономического и санитарного состояния населения в годы войны—может в конечном счете на определенном отрезке времени вызвать не увеличение регистрируемой заболеваемости *tbc*, а наоборот, его уменьшение. На этом примере мы видим, что формально-логически мыслящий человек, воспитанный на законах тождества и противоречий, не может понять, как одна и та же причина—скажем, улучшение экономического и санитарного благосостояния населения—может влиять сразу в двух различных направлениях в сторону как уменьшения, так и увеличения регистрируемой заболеваемости *tbc*. Для него парадоксальный ход кривой либо останется непонятным, либо он сделает ложный вывод, что, судя по ходу кривой, санитарное состояние населения ухудшилось. При диалектическом подходе динамика кривой может быть объяснена, вскрываются все факторы, влияющие на нее и делаются соответствующие действительному положению вещей выводы.

Кстати, должен указать, что приведенные мною примеры в отношении *tbc* является достаточно яркими примерами, иллюстрирующими второй закон диалектики—закон взаимного проникновения противоположностей.

Укажем еще на один пример: изучение статистики смертности Швейцарии за 1879—1900 годы показало, что общий коэффициент смертности в сельском хозяйстве равняется 21, 2 на 1.000 населения. Смертность населения, занятого производством часов (кустарная промышленность), дала гораздо более низкие цифры—18,2 на тысячу. Так как

высота смертности является чутким показателем санитарного благосостояния населения, то отсюда как бы вытекало, что санитарные условия быта и труда кустарей, занятых производством часов, более благоприятны, чем таковые же у сельского населения. Но этот вывод (а такие выводы очень часто делаются в статистической практике при анализе показателей смертности разных групп населения) неправилен, ибо находится в противоречии с тем, что нам известно относительно положения кустарей и населения, занятого сельским хозяйством в Швейцарии. У первых условия быта и труда менее благоприятны, чем у вторых.

Чем же объясняется ошибочность делаемого вывода? Нам думается, что корень ошибки лежит в том, что не выполнены требования диалектики: изучать действительность во всей ее полноте, во всем ее многообразии, учитывая все детали, принимая во внимание всю совокупность явлений в помня о всеобщей связи. Выведенные средние показатели смертности кустарей и сельского населения Швейцарии абстрагированы от их материального субстрата. А это и приводит к неизбежным ошибкам! На недопустимость часто практикуемого статистиками, мыслящими формально-логически, выведения только средних показателей, оторванных от конкретной действительности, указывал и В. И. Ленин в книге „Развитие капитализма в России“. Он обращает внимание на то, что пользование только средними арифметическими приводит к грубым ошибкам. На ряде примеров он показывает „что сравнимость достижима единственно при разделении крестьянства на группы, тогда как общие и обгульные „средние“ имеют совершенно фиктивное значение¹⁾. Он высмеивает тех, которые „вместо изучения типов крестьянского хозяйства (поденщики, средние крестьяне, предприниматели) изучают, как любители, бесконечные столбцы цифр, точно задавшись целью удивить мир своим „арифметическим“ усердием“²⁾.

И в нашем примере—сельск. население и кустари, занятые производством часов, взяты, как совершенно однородная масса. Выведены коэффициенты смертности этих статистических совокупностей без учета того, что они состоят из ряда неоднородных (в отношении показателей смертности), частных совокупностей. Население, как сельское, так и сравниваемые с ним кустари, рассматривается абстрактно, как однородные по своему составу группы. А на деле оказывается, что возрастной состав первой и второй групп сильно различен. В первой (сельское население) преобладающим является детский возраст и старики, во второй группе эти два возраста представлены слабо и преобладающим уже является средний возраст. И хотя все возрастные группы кустарей дают по сравнению с соответствующими группами сельского населения более высокую смертность, тем не менее средний коэффициент смертности, вычисленный для всего населения, дает для часового дела меньшие цифры, так как группы, дающие наибольшую смертность (дети и старики), в нем представлены слабо.

Но постараемся устранить влияние возрастного состава. Применим метод штандартизации. И вот оказывается, что применяя метод штандартизации, в связи с чем влияние на смертность различного возрастного

¹⁾ Ленин—Развитие капитализма в России, стр. 108.

²⁾ Там же, стр. 107.

состава устраняется—мы получаем уже совсем другие коэффициенты смертности, а именно: сельско-хозяйственное население дает 19,82 смертей на 1000 штандартизированного населения, а часовщики 26,36, т. е. картину, обратную той, что мы получили, когда рассматривали как сельское население, так и население, занятое в часовом производстве, как абстрактные совокупности.

Тоже получается и при изучении смертности в отдельных отраслях труда в Пруссии в 1906 и 1908 г.г. Коэффициент смертности для сельского хоз. равнялся 14,00 на 1000 живущих, для промышленности 11,5 на 1000. Применение метода штандартизации (если взять за штандарт возрастное распределение сельского населения) показывает, что промышленность дает большую смертность, чем сельское хозяйство, а именно: 19,87 на 1000 штандартного населения, т. е. на много более высокую смертность чем у населения, занятого сельским хозяйством.

На приведенных конкретных примерах мы показали, что формальное мышление оказывается недостаточным для того, чтобы можно было разобраться в очень сложных вопросах нашей статистической практики и приводит нередко к ошибочным выводам. Мы убедились в том, что то скептическое отношение, которое мы видим к статистике со стороны очень многих—есть либо следствие того, что за статистику берутся часто люди, мало знакомые с этим методом, либо это результат того, что очень многие, пользующиеся статистическим методом для изучения тех или иных социальных процессов—подходят к анализу их формально, метафизически. Отсюда—неизбежные ошибки и противоречия, что и дискредитирует метод.

Но такие ошибки не присущи статистике как таковой, это—ошибки тех, которые указанным методом пользуются неправильно, а именно—метафизически. Люди, воспитанные на формально-логическом мышлении, не могут понять и разобраться в тех противоречиях, которые характеризуют каждый сложный социальный процесс. Они оказываются несостоятельными перед сложностью изучаемого социального явления, констатируют только факты, внешним выражением которых являются многочисленные статистические коэффициенты и средние, и отказываются от какого бы то ни было анализа этих статистических показателей и каких-либо выводов. Таких работ бесконечное множество. Они являются статистическим балластом, перегружающим наши библиотеки, и хотя они стоили многих лет работы, цена им, однако, очень низка. А когда такого рода статистики пытаются анализировать материалы и делать на основании этого анализа выводы, то последние часто оказываются таковыми, что они совершенно не вскрывают сущность проблемы и нередко являются ошибочными. Правда, есть такой сорт статистиков, которые не будучи знакомы с диалектикой—мыслят, однако, стихийно диалектически. Они дают более ценные результаты, но не владея диалектическим методом они то и дело соскальзывают с правильного пути и допускают те или иные ошибки. Только те, которые владеют во всеоружии диалектическим методом, способны разобраться в сложных комплексах социальных явлений, проанализировать все статистические показатели, являющиеся внешним выражением качественных и количественных изменений социальных процессов. Только они гарантированы от ошибок при анализе статистического материала и его обобщении. Статистический метод диалектичен по

своей сущности. Он не может быть уложен в рамки формально-логического мышления. А что „статистический метод имеет право—как говорит М. Смит¹⁾—стать наряду с химией в качестве науки, где Гегелевский закон может праздновать свои величайшие триумфы“,—можно видеть уже из тех примеров, которые мы смогли привести выше.

В целях иллюстрации положения, что диалектика находит свое прекрасное подтверждение в статистической практике, позволю себе привести еще несколько примеров, которые целиком и полностью подтверждают отдельные законы диалектики. Мы делаем это потому, что нередко приходится слышать, что когда говорят о диалектических законах, почему то всегда приводят в подтверждение их правильности только всем известные примеры Маркса и Энгельса из области химии, истории и политической экономии. Мы не имеем возможности привести их в достаточном количестве за ограниченностью места, почему удовлетворимся только двумя примерами.

Проиллюстрируем первый закон диалектики о переходе количества в качество. Энгельс так определяет этот закон: „в природе могут происходить качественные изменения точно определенным для каждого отдельного случая способом лишь путем количественного прибавления, либо количественного убавления материи или движения (так называемой энергии)“ (Энгельс—Диалектика природы).

Статистическая практика этот закон вполне подтверждает. Действительно; возьмем вариационный ряд показателей Пинье, характеризующих физическое развитие определенной группы населения. Сверху вариационного ряда представлены все случаи с наибольшими числовыми обозначениями для Пинье, внизу наименьшие числовые обозначения. Как известно, показатель Пинье характеризует физическое развитие обследованных таким образом: физическое развитие индивидуума тем хуже, чем больше числовое выражение показателя Пинье и наоборот. Причем эмпирически установлено следующее: если показатель Пинье $[P - (O + B)]$ больше 35, то обследованный индивидуум очень плохого физического развития. Количественное изменение индекса Пинье в сторону его уменьшения, что является отражением соответствующих количественных изменений веса, окружности груди в роста, показывает изменения качества физического развития обследуемого в лучшую сторону. Эмпирически установлено, что при показателях Пинье 25—30 развитие обследованных слабое, 20—среднее, 14—15—хорошее. Ниже 10—очень хорошее. Здесь мы видим, как изменение числового выражения показателя меняет и качественное выражение физического развития. Каждое количественное изменение дает новое качество. Правда, оно не всегда сразу уловимо при любом количественном изменении. Тут мы не имеем тех резких качественных изменений, которые характерны при количественном изменении в химии, но они существуют. Они только становятся более резко заметными при значительных количественных изменениях, когда качественные изменения бросаются в глаза.

Кстати сказать, на этом же примере мы можем видеть также, как качество путем количественных изменений переходит в свою противоположность, ибо, если крайние варианты ряда Пинье сверху обозначают

¹⁾ М. Смит. Вестник Комкадемии, № 20, 1927 г.

очень плохое физическое развитие и непригодность к военной службе представителей этих индивидуумов, средние варианты—показывают удовлетворительное и хорошее физическое развитие, то самые крайние нижние варианты показывают прямую противоположность, когда Пинье выражается отрицательной величиной—это тоже люди с очень неблагоприятным физическим развитием.

О втором законе диалектики, законе взаимного проникновения противоположностей, Энгельс говорит: „Каждое явление воздействует на другое и обратно, и в забвении факта этого всестороннего движения и взаимодействия и кроется в большинстве случаев то, что мешает нашим естествоиспытателям видеть ясно самые простые вещи“. Примеры из статистической практики, достаточно хорошо иллюстрирующие этот закон и последствия его игнорирования, мы привели в начале статьи, когда говорили о статистике заболеваемости и смертности от различных профессиональных групп.

Для иллюстрации третьего закона диалектики—закона отрицания отрицания—возьмем статистическую кривую развития эпидемии кори. В начале эпидемии подавляющее большинство детского населения не обладает иммунитетом в отношении коревой инфекции. Развивающаяся эпидемия с возрастающей силой захватывает одну группу детского населения за другой—заболевание корью отрицает все больше и больше здоровых детей. Но по мере роста эпидемии и использования основной части горючего детского материала—нарастает и стойкий иммунитет детского населения. Т. е. мы имеем здесь яркое выражение взаимного проникновения противоположностей, взаимодействий инфекций и иммунитета и перехода количества в новые качества. В результате этого взаимодействия кривая кори идет на убыль. Эпидемия в своем развитии отрицает самое себя.

Этот же пример, как и приведенный выше, показывает, что „все законы диалектики находятся в тесной связи. Отрицание отрицания обуславливается в своем действии законами перехода количества в качество и взаимным проникновением противоположностей“.

Наконец, использование законов диалектики в статистической практике дает нам возможность не только правильно изучать социальное явление и его динамику в прошлом, устанавливать взаимозависимость отдельных социальных процессов, объяснять те или иные обнаруженные при статистическом анализе противоречия,—но использовать также статистический анализ для предвидения того, как будет развиваться социальное явление в дальнейшем. Возьмем анализ данных заболеваемости населения. Диалектический подход дает нам возможность не только установить статику процесса, но и его динамику в прошлом. Можно дать ответ, почему кривая развивалась так, а не иначе, отчего был тот, а не иной ход кривой, какие факторы влияли на отдельные изменения хода этой кривой и т. д. Мы в состоянии часто не только объяснить ход проделанной эпидемией кривой, но и предсказать, с тем или иным приближением к истине, как будет развиваться ход кривой в дальнейшем и каковы те общественные мероприятия, которые могут повлиять на ход кривой в желательную для нас сторону. Так, например, изучение динамики кори дает в наши руки достаточно оснований не только объяснить закономерность, отмечаемую в ходе кривой, но и предсказать с достаточной степенью вероятности дальнейший ход этой кривой, как и кривой многих других

инфекционных заболеваний при тех или иных социально-экономических условиях. В зависимости от этого следует намечать и те или иные общественно необходимые мероприятия.

Можем ли мы предсказать движение кривой рождаемости, смертности и прироста населения? Конечно, да. Особенно нам важно знать при определении социальных мероприятий прирост населения. Дает ли нам статистика возможность это сделать. Несомненно, да! Выведенные на основании изучения динамики кривые роста населения путем методов интерполяции и экстраполяции позволяют нам вычислять количество населения в промежутке между переписями и в ближайшие после переписи годы с достаточной для практических целей точностью. Возьмем для примера приводимые Принципом¹⁾ данные о численности населения в Германии. Мы видим, что вычисленные путем интерполяции данные совпадают почти с действительно полученными во время переписи 1905 г. Было вычислено путем интерполяции, что численность населения в Германии на 1905 год должна быть 60.647.000, перепись же дала 60.649.000.

В заключение мы позволим себе дать ответ на поставленный вопрос: является ли статистический метод достаточно надежным, чтобы можно было, базруясь на нем, делать соответствующие теоретические и практические выводы? Может ли социальная гигиена опираться на этот метод не только в своей описательной, но и нормативной части? Мы отвечаем на эти вопросы утвердительно, но при одном непременном условии, *если в основу статистического метода будут положены законы материалистической диалектики*. Только тогда, когда статистики будут сознательно пользоваться основными законами диалектики, мы сможем добиться устранения существующего в настоящий момент положения, очень ярко изображенного следующими словами М. С м и т²⁾: „Получаемые статистиками числа часто, увы, являются „количественными комбинациями“, которые могут удовлетворять праздное любопытство и не имеют ни практического, ни теоретического значения. Чем скорее мы покончим с этой диспропорцией бытия и сознания статистиков, тем скорее решим мы две задачи: 1) построение такой статистической теории, которая необходима для нужд статистической практики, 2) организация такой статистической практики, которая явится одним из важнейших орудий сознательного контроля человека над стихией социально-экономических процессов“.

Внедрение диалектического мышления в статистическую практику дает нам возможность не только познать, по образному выражению Кауфмана, как управляется мир, но добавим, и показать, как следует его перестраивать на новых социалистических началах.

Сифилис в башкирской деревне³⁾.

(Опыт обследования).

А. Д. Целищевой.

В последние годы намечается тенденция органов здравоохранения к свертыванию противовенерической сети на селе, между тем данные

¹⁾ Принципиум. Медицинская статистика.

²⁾ М. С м и т. Вестник Комкадемии, № 20, 1927 г.

³⁾ Доложено на 2-ой Областной научной конференции врачей Татарской Республики 17/1—1930 года.

обследований все еще выявляют большое количество свежих форм сифилиса на селе. Медучастки совершенно не подготовлены к лечению сифилиса на местах. Отсутствие медикаментов, неподготовленность медперсонала к лечению, все это ставит борьбу с сифилисом в деревне в очень тяжелые условия. Данная работа является опытом обследования банкирской деревни и выпукло выделяет степень распространения сифилиса на селе.

Наш опыт изучения распространения сифилиса в башкирской деревне базировался на данных 6-месячного обследования (3 месяца летом 1928 года и 3 месяца в 1929 г.) горно-лесного района Тамьяно-Катайского кантона Башпеспублики, а именно: Тунгатаровской, Катайской и Кагинской волостей.

Тунгатаровская волость расположена в отрогах Южного Урала, в стороне от водных и железнодорожных путей. Ближайшая железнодорожная станция Миасс в 55 км., до кантонального города Белорецка 140 км. Хотя эта местность принадлежит к горно-лесному району, но лесов здесь мало, жители занимаются земледелием и разработкой естественных богатств края, как-то: добыча золота, талька, хрома, а также отхожими промыслами в ближайшие города: Златоуст, Миасс, Белорецк. Всего жителей 10.070 человек, из них 5.841 башкир и 4.229 русских. Русское население сосредоточено в 2-х больших селах: Вознесенском и Поляковском, где, в особенности в последнем, сосредоточена вся торговля волости. Башкирское население живет в 24-х селениях, в одном из них на расстоянии 12 верст от базы отряда располагался В. П. К.

Катайская волость расположена в 22—60 км. от Белорецка. Узкоколейка, проходящая от Белорецка до Инзера и Тукана, проходит приблизительно посредине волости, но население все же редко пользуется этим видом сообщения и ездит на лошадях,—почти исключительно верхом, так как вся волость представляет собой горную местность, покрытую лесами, и населенные пункты обычно соединяются между собой лишь тропами. Населения 9.720 человек, из них: башкир 6.818 ч. и русских 2.902 ч. Главное занятие жителей-башкир—обслуживание прилегающих заводов: Белорецкого, Инзерского, Тукана, выражающееся в рубке леса, обжигании дерева, возке руды и угля. Земледелием башкиры не занимаются. В виде опыта с 1928 года организованы 3 огородные артели. Летом все население (кроме сторожей) выезжает в кочевки (коши), причем коши одной деревни не всегда расположены в одном месте, а разбросаны в 2—3—4 местах на расстоянии нескольких верст друг от друга. За лето вся деревня перекочевывает с места на место обычно 2 раза.

Село Узян (прежде—завод), Кагинской волости расположено в горах в 50 км. от Белорецка. В гражданскую войну—место военных действий Урала. Население русское, 5.601 ч.

Грамотность. Тунгатаровская волость: грамотных башкир—мужчин 60%, женщин 27%, русских—мужчин 58%, женщин 40%. Катайская волость: грамотных 27%, малограмотных 10%. С. Узян, Кагинской волости: грамотных 35%.

Медпомощь. На всю Тунгатаровскую волость 2 лечебных пункта: один фельдшерский, другой врачебный, в обоих ротные фельдшера. Один из пунктов, расположенный в дер. Ильчегулове, помещается в бывшей бане. В селе Тунгатарове начата постройка больницы. На пункте в селе Воз-

Таблица № 2.

Распространение сифилиса по стадиям:

	Lues II recens	Lues II recidiva	Lues II lat.	Всего Lues II	Lues III gummosa	Lues III lat.	Всего Lues III	Lues cong.
Башкир . . .	1	48	54	103	11	8	19	18
Русских . . .	6	30	37	73	11	17	28	2
	7	78	91	176	22	25	47	20

Таблица № 3.

Распространение сифилиса по возрасту.

	Lues II recens		Lues II recidiva		Lues II lat.		Lues III gum.		Lues III lat.		Lues cong.		Итого
	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	
1—5	1	1	12	11	5	9	—	—	—	—	17	2	58
5—15	—	1	6	5	18	8	1	—	—	—	1	—	40
15—20	—	1	10	2	5	3	4	1	—	1	—	—	27
20—40	—	2	15	6	19	14	5	1	5	8	—	—	75
40—60	—	1	5	6	7	3	1	9	3	8	—	—	43
	1	6	48	30	54	37	11	11	8	17	18	2	243

Больных в возрасте от 15 до 20 лет обнаружено 11,1%; от 20 до 40 лет—30,8% и старше 40 лет—17,3%.

Таким образом, все эти цифры (большой % заболеваемости в раннем возрасте) указывают на венеро-характер распространения сифилиса в обследованном районе.

Таблица № 4.

Распространение сифилиса по полу.

	Lues II recens		Lues II recid.		Lues II lat.		Lues III gum.		Lues III lat.		Lues congen.		Итого		Всего
	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	
Мужчин .	1	3	19	13	28	15	4	6	4	9	8	2	64	48	112
Женщин .	—	3	29	17	26	22	7	5	4	8	10	—	76	55	131

Таблица распространения сифилиса по полу показывает, что из общего количества больных башкир (140 чел.) 45,7% падает на мужчин и 54,3% на женщин. Мужчин башкир во вторичном периоде 73%, во вторичном заражном—29,9%. Женщин-башкирок во вторичном периоде—72,3%, во вторичном заражном 35,5%.

Из общего количества больных русских (103 чел.) 46% падает на мужчин и 54% на женщин. Во вторичном периоде русских мужчин—65%, во вторичном заразном периоде—33%.

Русских женщин во вторичном периоде—76%, во вторичном заразном периоде—36%.

По характеру заражения преобладает бытовой тип распространения сифилиса как среди русского, так и, особенно, среди башкирского населения. В то время, как половой сифилис среди башкир составляет 17%, среди русских—33%,—внеполовой сифилис среди башкир—55%, среди русских—40%; степень распространения бытового сифилиса, по данным обследования, зависит от состояния культурного уровня деревни. Весьма важен источник инфекции у лиц, заразившихся половым путем. В то время как большинство мужчин заразилось от проституток и случайных связей, заражение женщин произошло исключительно вследствие внесения инфекции мужем.

Недостаточность медпомощи, отдаленность селений от венпунктов ведет к тому, что лечение зачастую совсем не проводится, либо проводится неаккуратно. Относительно аккуратно лечились 2, неаккуратно—30 (8 башкир и 22 русских) и совсем не лечились 201 чел. (132 башкира и 79 русских). О характере своей болезни большинство не знает.

В задачи отряда входила не только обследовательская, но и лечебная работа. Всего было 2345 посещений, первичных 932, повторных—1413. Лечилось больных сифилисом—125 человек.

Выводы: 1. В некоторых районах Башкирской республики мы обнаружили большое распространение свежих форм сифилиса (процент больных в некоторых пораженных районах колебался от 7 до 29%). Из общего количества больных—процент вторичных форм—72%. Средний процент поражения сифилисом 2,6, несколько ниже данных обследования крестьянского населения по Р.С.Ф.С.Р.

2. Большой радиус медучастков выдвигает необходимость посылки венотрядов в наиболее пораженные районы для ликвидации свежих очагов.

3. Бытовой характер сифилиса до сих пор преобладает как среди башкирского, так и среди русского деревенского населения.

4. Новый быт деревни—организация колхозов и совхозов выдвигает задачу усиления борьбы с сифилисом на селе, так как ослабление темпа противовенерической борьбы при данных условиях может, благодаря наличию свежих форм сифилиса, создать опасность распространения сифилиса в обобщественном секторе.

5. Основной задачей ближайшего периода является: 1) широкое вовлечение всей участковой сети в борьбу с венболезнями; 2) достаточное обеспечение медучастков Novosalvarsan'ом; 3) обеспечение коечной помощью заразных форм; 4) усиление учета заболеваемости и контроля за правильным лечением; 5) дальнейшая разработка статистического материала в национальном разрезе.

III-я Сессия ГУС'а.

(27/XII—30 г.—3/1-31 г.).

Проф. М. М. Гран.

Означенная сессия ГУС'а должна быть особо отмечена, как сессия реформированного ГУС'а реконструктивного периода, периода строительства социализма, 5-летки в 4 года. Работа сессии была целиком посвящена вопросу создания новых научных кадров, новой смены кадров для строительства социализма, для осуществления 5-летки в 4 года, для закрепления достижений этой пятилетки. Последние годы с необычайной остротой поставили проблему о научных кадрах во всех отраслях народного хозяйства. Бурное—с необычайным успехом— социалистическое строительство в условиях обостренной классовой борьбы сделало вопрос о кадрах необычайно острым и актуальным; процесс промартин и выявленное „плановое“ вредительство злостных врагов социализма и пятилетки, при соучастии империалистических держав—особенно заострило вопрос о кадрах. Под этим знаком и собралась III-я сессия ГУС'а. Этим объясняется и реформа ГУС'а. Эта реформа отражена в новых „Положениях о Государственном Ученом Совете Народного Комиссариата Просвещения РСФСР“, розданных на сессии членам ГУС'а. Сущность реформы главным образом относится к составу ГУС'а: состав его значительно расширен, главным образом, привлечением, помимо выдающихся теоретиков и практиков, различных представителей народного хозяйства и социально-культурного строительства: представителей Народных Комиссариатов, представителей хозяйственных объединений, ЦБ Секции научных работников, ЦБ пролетариата, представителей рабочих и административно-технического персонала фабрично-заводских предприятий, совхозов, крупных колхозов. Обновленный ГУС широко пролетаризирован и получил широкое общественное, хозяйственное, производственно-техническое представительство. Задачи обновленного ГУС'а значительно углублены и расширены, особенно в области научно-методической, на него возложены непрерывные задачи методического характера в периферии, а сам ГУС сделался центральным штабом, руководящим этой большой государственно-общественной работой.

Данная сессия длительно и несколько затяжно подготавливалась, но зато собравшимся был представлен значительный печатный или гектографированный материал в виде подробных положений по целому ряду докладов, представленных сессии. На этих докладах лежит печать углубленной коллективной проработки: это видно из того, что ряд докладов имел изменения и дополнения—видимо следы дискуссионной коллективной проработки.

Работа сессии протекала в пленарных и секционных заседаниях; секций было пять: 1) социально-экономическая, 2) научно-техническая с сельско-хозяйственной подсекцией, 3) научно-педагогическая с художественной подсекцией, 4) медико-биологическая, 5) секция просвещения национальностей. Пленарные заседания сессии протекали в большой аудитории Педагогического института (здание 2 МГУ), заключительный пленум состоялся в помещении НКПроса, а заключительное торжественное общее собрание состоялось на заводе „Динамо“. Всего на пленар-

ных и секционных собраниях было заслушано 26 докладов; было выделено несколько комиссий для проработки специальных вопросов. Перед открытием сессии тов. Вышинский сделал интересный доклад о процессе „Промпартии“, а в конце сессии членам ГУС'а была продемонстрирована звуковая фильма, посвященная процессу—только что законченная; членам ГУС'а она была показана перед выпуском ее для публичного пользования.

Открытие сессии носило торжественный характер; громадная аудитория не могла вместить желающих послушать начало работ сессии; собралось больше 1000 чел., хотя официальных членов ГУС'а было около 200 (с решающим голосом), а с особо приглашенными гостями около 600¹⁾. Эту особенность данной сессии ГУС'а в своем выступлении отметил председатель сессии М. Н. Покровский; в дальнейших пленумах большая аудитория была также переполнена; высокой посещаемостью отличались и секционные заседания. Вообще общественный интерес к сессии был очень большой и напряженный. Пленум заслушал целый ряд приветствий; особенно интересны и значительны были приветствия ряда рабочих организаций (заводов Динамо, Электрозавод, Электропровод, Амо и др.). Сессия заслушала и приветствие Германской коммунистической партии.

Открылась сессия интересным и большим докладом Наркома т. А. С. Бубнова. Это был богатый, содержательный программный доклад, в котором вопрос о задачах культурной революции в период нашей социалистической стройки получил широкое идеологическое освещение; в связи с этим была развернута проблема кадров в самом широком масштабе; в этом докладе получили глубокое освещение все узловые вопросы этой проблемы; это было исчерпывающее идеологическое и плановое, структурно организационное введение ко всей программе сессии ГУС'а, ко всем докладам и вопросам, стоявшим в повестке дня.

С большим интересом были заслушаны краткие доклады председателя сессии М. Н. Покровского и Н. К. Крупской. После этого пленум заслушал основной программный доклад сессии тов. А. Я. Вышинского на тему „Основные программно-методические вопросы подготовки кадров“. Действительно, затрагивая почти все основные кардинальные вопросы проблемы кадров, доклад имел пять разделов: 1) идеологические предпосылки проблемы кадров в социалистическом периоде в условиях напряженной классовой борьбы; 2) вопрос о *профиле* научного специалиста и профиле специальных ВУЗ'ов и ВТУЗ'ов в наш период напряженной социалистической стройки; в связи с этим стоял важнейший вопрос, о методах учебы и подготовки кадров (активные методы преподавания, производственная практика и проч.); этому был посвящен наибольший раздел доклада; 3) доклад посвятил особое внимание вопросу о новом социалистическом типе высшей школы—предприятию-школе; 4) следующий раздел доклада был посвящен аспирантуре; 5) наконец, заключительная часть доклада была посвящена синтезу проблемы и выявлению важности единства программно-методического руководства. Этому докладу было посвящено центральное внимание

¹⁾ Казанцев на сессии ГУС'а было 8 чел.: т.т. Гран, Боль, Крючков, Атнагулов, Бурнашев, Жилинский, Вольфович, К. В. Волков.

сессии; прения по этому докладу развернулись особенно широко и заняли время двух заседаний.

После этих основных руководящих докладов начались работы секций. И мы здесь фиксируем внимание главным образом на работе *медико-биологической секции* и частью на работах секции просвещения национальностей, имеющих для ТР особый интерес и значение.

Медико-биологическая секция имела лишь два доклада: председателя секции В. М. Броннера, — члена Научно-методического бюро НКПроса, — „Принципы построения учебных планов и основ программ медицинских ВУЗ'ов в связи с вопросом специализации“ и тов. В. М. Баищикова, — представителя НКЗдрава РСФСР, — на тему „Содержание производственного стажу в медицинских ВУЗ'ах“.

Доклад тов. В. М. Броннера освещал проблему медицинских кадров в основном в тех же разрезах и этапах, какие затрагивал и тов. Вышинский: идеологическое обоснование применительно к периоду социалистической стройки, стройке социалистического здравоохранения, обеспечение диалектически-материалистической базы, марксистско-ленинской линии в деле подготовки врачебных кадров, профиль врача современного периода, активные методы преподавания, производственная линия учебной и пр.

Но доклад т. Броннера пытался осветить все эти вопросы в организационно-плановых предположениях. Он устанавливал, что в основу построения новых учебных планов кладутся следующие положения: 1) удлинение учебного года до 32 недель; 2) замена лекционной системы занятий лабораторно-семинарской проработкой материала, по возможности небольшими группами, под непосредственным руководством профессоров и преподавателей; 3) решительное сближение теоретического обучения с производственной практикой; 4) сохранение объема теоретических предметов в размерах, обеспечивающих достаточную теоретическую подготовку врача; 5) включение в учебные планы общественно-политических дисциплин, обеспечивающих четкую марксистско-ленинскую линию в деле подготовки врачебных кадров; 6) обеспечение в учебных планах синтеза лечебной и профилактической медицины; 7) возможно максимальное сокращение числа одновременно преподаваемых предметов.

Основными недочетами выработанных учебных планов докладчик устанавливал: 1) недостаточная ясность в установке профилей медицинских специалистов, что отразилось на четкости учебных планов и задержало разработку учебных планов санитарно-профилактического факультета с дифференцированными специальностями; 2) сохранение многопредметности, вызванное необходимостью уложить обширное число существенных для прохождения предметов в относительно короткие сроки обучения; 3) недостаточность времени, выделенного для непрерывной производственной практики, вызванная той же причиной; 4) механическое включение в учебные планы только сроков непрерывной производственной практики, благодаря чему учебные планы не являются учебно-производственными планами, отражают только внутривузовскую работу студентов и не дают должной увязки практики с теоретической подготовкой; 5) отсутствие проработанного учебного плана *медицинского предприятия-школы* (больницы-медшколы); 6) отсутствие соответствующих учебников.

Из этих положений и вытекали задачи ГУС'а, его медико-биологической секции; освещение всех этих вопросов и должно было составлять содержание работ секции.

Вслед за докладом т. Броннера был заслушан доклад т. Банникова—представителя НКЗдрава. Доклад касался очень важного вопроса: об удлинении практического, производственного обучения врачей одним годом практического стажа на работе в периферии; по этому проекту врач получает звание врача и диплом лишь по окончании этого пятого „производственного стажевого года обучения“; доклад-проект организационно был очень четким, но далеко не уточненным в целом ряде практических вопросов и положений; вызывало некоторое недоумение (запрос проф. М. М. Гран), что этот проект относился лишь к врачам-лечебникам, но не касался врачей, оканчивающих санитарно-профилактический факультет.

Доклады т.т. Броннера и Банникова вызвали большой живой обмен мнениями; записалось до 50 ораторов; прения заняли 3 дня. Итоги прений были даны на проработку трем комиссиям; принятые резолюции явятся богатым и ценным материалом для дальнейшей проработки вопросов в полном объеме на местах в намеченных периферических методических комиссиях.

Здесь мы хотели бы подчеркнуть дискуссию на секции по идеологическому фронту. Мы уже отмечали, что этому вопросу на сессии ГУС'а было посвящено вообще исключительное внимание. Не подлежит сомнению, что марксистско-ленинская диалектически материалистическая идеология должна сопровождать всю научно-теоретическую базу всех научных дисциплин; она должна пропитывать готовящихся кадры (профессоров и преподавателей), чтобы пропитать той же идеологией подготавливаемые молодые кадры. В этой области по общему фронту у нас обстоят далеко не благополучно. Острая и широкая философско-идеологическая дискуссия,—ныне протекающая у нас в Союзе,—отражает это неблагоприятное положение. Естественно эта дискуссия широко захватила все научные круги—и прежде всего, естественно, биологические и в частности медицинские сферы и научно-исследовательские институты. Комкадемия, в частности ячейка ИКП философии и естествознания, возглавляет эту дискуссию, но она является центром внимания и Института красной профессуры и ряда медицинских институтов и организаций (Московское об-во врачей-материалистов, Институт здравоохранения и социальной гигиены, Институт им. Обуха и др.). Естественно, эта дискуссия нашла свое отражение на сессии ГУС'а во всех ее секциях, в частности медико-биологической.

Данная секция заслушала очень интересное выступление молодого представителя Института красной профессуры, т. Колбановского, который выявил неблагоприятное по этому фронту в области естествознания и медицины. Он констатировал неблагоприятное на этот счет там, где ответственными руководителями организаций являются старые коммунисты—(ВСЭ, МСЭ), Общество врачей-материалистов, Институт им. Обуха и др.—что же говорить о беспартийной массе научных руководителей, готовящих и долженствующих готовить молодые социалистические научные кадры. И на пленуме ГУС'а, и в медико-биологической секции представлялся на этот счет ряд фактов большого неблагопо-

чия. Выступление т. Колбановского и других на этот счет звучали весьма убедительно. И отсюда вытекал вывод, что в области диалектически-материалистической, марксистско-ленинской идеологической базы старая профессура требует 100% „переучебы“, но и средние возрасты, и даже молодые нуждаются в большой и настоятельной дополнительной общей политече и в частности научно-методологической учебе.

Мы лишены возможности в этом кратком отчете о сессии ГУС'а углубляться в интересные детали по всем вопросам, затронутым хотя бы в медико-биологической секции. Выступавшими по этой секции от Казани были М. М. Гран и К. В. Волков.

Нам в заключение необходимо кратко коснуться работ секции по просвещению национальностей, ибо эта секция близко затрагивала интересы Татареспублики, прежде всего по линии научно-исследовательской работы¹⁾. Основным программным вопросом на этой секции был вопрос: „Состояние и постановка научно-исследовательской работы среди национальностей РСФСР“; докладчиком по этому вопросу выступал Г. К. Костенко; содокладами были: „Очередные задачи Советского краеведения в национальных районах“ (В. Ф. Карпыч) и „Работа Северо-Кавказского краевого Горского научно-исследовательского института“ (т. Буркин); по Татареспублике от ТИИПроса и Татарского научно-исследовательского экономического института с характеристикой деятельности этого молодого научного Института выступали с докладами тт. Бурнашев и Атнагулов на тему: „Научно-исследовательская работа в ТССР за 10 лет, ее задачи и перспективы в разрезе 5-летки“. Доклад т. Г. В. Гасилова касался специально вопроса о „Подготовке (национальных) научно-исследовательских кадров“. На повестке секции стоял доклад академика Н. Я. Марра на тему „О работе Института народов Советского Востока при ЦИК'е СССР“.

Секции в общем был представлен интересный материал, устанавливавший не только значительные достижения в национальных институтах в данной области, с одной стороны, но и существенные дефекты, пробелы и прорывы — с другой. Доклад Казани на сессии вызвал к себе особое внимание и по нему была принята резолюция, очень положительно расценивающая идею ТИИЭИ, план и методы его работы в *комплексном разрезе* в помощь „пятилетке в 4 года“; резолюция отмечала данный Институт, как „прототип“ желательных национальных научно-исследовательских институтов. Принятые резолюции данной секции вообще, и в частности для Казанского края, представляют большой интерес и значение.

Наконец, данная сессия ГУС'а по другим секциям и подсекциям имела большой ряд интересных и важных докладов; все они касались проблемы кадров и основных путей и методов ее разрешения. По социально-экономической секции доклады Цехера, Левина, Смушкова, Удадьцова; по научно-технической секции с ее подсекциями — индустриальной и сельскохозяйственной — доклады Хинчина, Абиндера, Хитрика, Молчанова, Левенберга, Каирова, Мир-

¹⁾ Отчетные доклады о деятельности ГУС'а т. Бурнашева, директора Татарского научно-исследовательского экономического института, и проф. Гран — состоялись в общем собрании научных сотрудников этого Института.

това; по научно-педагогической секции с ее художественной подсекцией—доклады Н. К. Крупской, Шацкого, Крупенина, Фридман, Огородникова, Иоанисиани, Пшебышевского. Все эти доклады касались активных методов преподавания, производственной практики, они затрагивали и освещали „систему проектов в высшей педагогической школе“, принципы политехнизма в школе, идею предприятия-школы.

Наконец, по всем докладам красной нитью проходила идея социалистического соревнования и ударничества, как метода социалистического осуществления количественных и качественных темпов новых форм высшего образования. Особенный интерес в этом смысле представлял доклад представителя ЦКПроса М. П. Феофанова под заглавием „Социалистическое соревнование и ударничество, как метод коммунистического воспитания“. Доклад этот проходил по научно-педагогической секции; он ставит ряд вопросов в научно-исследовательском смысле с точки зрения марксистской педагогики; но безусловно этот доклад представляет большой интерес в общем смысле—в частности именно в научном смысле, долженствующий на себе фиксировать внимание всех научных дисциплин: метод соц. соревнования и ударничества, как метод поднятия количественной и качественной эффективности труда—дает широкий простор для приложения научно-исследовательских путей к закреплению этого метода социалистического труда.

Как мы должны в итоге расценивать труды и работы III-й сессии ГУС'а? В высокой мере положительно и продуктивно. Данную сессию ГУС'а мы должны расценивать действительно, как сессию реформированного революционного ГУС'а, взявшего на себя задачу определить пути и методы наиболее успешного и совершенного разрешения наиболее актуальной проблемы современного исторического момента—создания новых научных кадров, способных осуществить международно-историческую задачу построить социализм на строго научной базе. В этом смысле минувшая сессия ГУС'а дала необычайно ценные материалы; сессия наметила все основные узловые пункты и этапы, по которым должна в ближайшее время развиваться эта проблема; намечены новые формы и пути, по которым жизненно и практически должна разрешаться проблема; тесная органическая увязка научно-теоретической и производственной базы, диалектико-материалистический подход в разрешении всех вопросов—должны быть путеводными линиями в разрешении проблемы. Сессия ГУС'а не дала еще конкретных ответов на все поставленные вопросы, но она мудро поступила: она установила положение, что дать ответы на все эти вопросы должна углубленная научно-методическая проработка на местах, в периферии, в конкретных условиях места и времени. Ключ к правильному разрешению поставленных вопросов дан ГУС'ом; методические комиссии на местах углубленной проработкой должны дать конкретные ответы на поставленные вопросы.

ОТДЕЛ III. ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Хирургич. отделения Златоустовской городской больницы им. Октябрьской революции.

Резекция толстых кишек по поводу непроходимости и суб- тотальная резекция желудка по поводу рака у одного и того же больного.

Ю. Б. Багрова.

Больная Луз-а, вдова, 51 года, мать рабочего Квалимских печей, поступила в терапевтическое отделение Златоустовской городской больницы им. Октябрьской революции 17 апреля 1930 г. (ист. бол. № 2695). Направлена по поводу семидневной задержки стула и газов. До этого часто бывали боли в подложечной области и чувство тяжести после еды. Настоящее заболевание развилось сразу.

Больная правильного телосложения, очень истощена, цвет кожи имеет несколько землистый оттенок. Тоны сердца глухи, границы не распирены, пульс 76 уд. в 1'. Выражение лица страдальческое. Живот резко вздут, брюшное дыхание отсутствует, видимой перистальтики нет. При ощупывании живот сильно, равномерно напряжен, болезнен. Перкуторный тон всюду тиманический.

Предложена экстренная операция, на которую больная сразу согласилась. *Операция:* Прямой разрез, заходящий выше пупка. Петли тонких кишек синюшны, раздуты, невероятно раздута слепая кишка: извлеченная сразу из брюшной полости, она представилась в виде шара величиной по крайней мере с голову. Раздута и восходящая кишка и поперечная до селезеночной кривизны, которая перетянута прочной спайкой, идущей от верхнего отдела большой кривизны желудка. Желудок поражен раковой опухолью, занимающей тело, но переходящей на дно и кард. часть. В 6-ом салышке много увеличенных плотных желез.

Ввиду наличия значительных изменений в раздутых толстых кишках (сероза во многих местах лопнула, имеются желтые пятна)—произведена резекция на протяжении от конеч. части подвздошной кишки до начала нисходящей. Весь большой салышник и мезосолон также иссечены. Культи нисходящей ободочной закрыты, рассеченная подвздошная кишка вшита в S-образную кривизну. Состояние больной, ослабленной длительной непроходимостью, не позволило одновременно произвести иссечение желудка. Брюшная полость закрыта, в клетчатку дренажи. Операция длилась 45 мин.

Послеоперационный период без осложнений. Рвоты не было. Стул—на третий день. Села—на шестой день. Больная выписана 28 апреля, через одиннадцать дней после операции, с зажившей раной. Предложено явиться для осмотра.

17 мая больная принята в хирургическое отделение для операции по поводу рака желудка (ист. бол. № 800). *Операция 20 мая.* Разрез Бивена левый. Желудок только в прецилиарической части свободен от опухоли. Он представляется почти несдвигаемым благодаря обширным спайкам с петлями тонких кишек и поджелудочной железой. Разделение этих спаек представляло довольно значительные трудности. Однако желудок все же удалось мобилизовать. После пересечения нач. части двенадцатиперстной кишки культи ее закрыты. Желудок приподнят вверх и уже без особых затруднений выделен весь, причем вместе с ним уносится и малый салышник. Оказалось возможным оставить у входа в желудок часть его стенки шириной в $\frac{1}{2}$ сит. и небольшой участок в левом квадранте в виде языка шириной до полутора сит. Пищевод с этой частью желудочной стенки вшит в боковой разрез стенки петли толщей кишки. Между коленами подтянутой к пищеводу петли—анастомоз по Брауну. Операция длилась 2 ч. 30 мин.

Послеоперационный период осложнился повышением t^0 с третьего по пятый день при явлениях очаговой индурации нижней доли левого легкого. В дальнейшем протекал хорошо. Рвоты не было. В первые дни—якота. На завтра после операции начала пить небольшими глотками воду и чай. Солевые вливания и клизмы отменены по истечении 3 суток. Больная села через семь и встала через десять дней после операции. Рана зажила.

Все время у б-ой жидкий стул три-четыре раза в сутки и чаще. Если ей удается удерживать каловые массы 10—11 часов—они оформлены.

Малейшая погрешность в диете в смысле более обильной еды сразу влечет за собой сильные боли и чувство тяжести под ложечкой. Сухари, каши ест с десятих суток.

В настоящий момент—через три недели после операции больная совершает прогулки до полукилометра. 8 июня продемонстрирована на заседании научной ассоциации Златоустовского округа.

(Дегтянская больница, Козловского округа Ц. Ч. С.)

Случай хронической прогрессирующей инвагинации слепой кишки.

Врача Путилина.

Инвагинация кишек вследствие опухоли встречается нередко (особенно часто инвагинируется слепая кишка), но случаи хронической прогрессирующей инвагинации, мне кажется, есть явление далеко не частое, а поэтому я считаю возможным написать о наблюдавшейся мною хронической инвагинации на почве опухоли слепой кишки. В нашем случае дело идет о 66-летней больной, гр-ке с. Дмитриевская Челновая, Тамбовско-Пригородного района, Ков-е вой Е. (Ист. болезни № 137), поступившей к нам в больницу 24 апреля 1930 г. по поводу изнуряющих не прекращающихся поносов.

Внезапно, без видимых причин, полгода назад у больной появились схваткообразные колющие боли в правой подвздошной области. До этого момента К. была здорова. Приступ болей продолжался три дня и сопровождался поносом и рвотой. Одновременно с приступом болей в правой подвздошной области образовалась болезненная опухоль, которую больная легко сама прощупывала. После трехдневного пребывания в постели острота болей стихла, рвота прекратилась, а опухоль в правой подвздошной области осталась, хотя стала менее болезненной, и понос продолжался. В дальнейшем приступы болей стали через неопределенные промежутки времени повторяться, и больная заметила, что эти приступы сопровождаются продвижением образовавшейся опухоли вверх. Опухоль, продвигаясь выше, сзади себя оставляла свободное место. Спусти два-три месяца опухоль доползла до правого подреберья, а затем стала ползти поперек живота. Больная отмечает, что опухоль вначале была круглая, болезненная и лежала в правой подвздошной области, теперь же превратилась в безболезненный длинный «вал», легший поперек живота. Интересно отметить, что чем сильнее были приступы болей, тем заметнее для больной было продвижение опухоли. Все последующие, кроме первого, приступы болей рвотой не сопровождалась, а понос, начавшийся при первом приступе, продолжается непрерывно до сего дня. Больная все время безрезультатно лечилась амбулаторно в своей участковой больнице.

Общий анамнез без особенностей. Больная среднего роста, очень истощена. Подкожный жировой слой почти отсутствует. Видимые слизистые очень бледны. В легких непостоянные бронхиальные хрипы. Тоны сердца глуховаты.

Status specialis: Брюшная стенка очень дряблая. Через брюшные покровы видны контуры валовидной опухоли, которая лежит поперек живота, на уровне пупка. Иногда видно движение опухоли, подобное перистальтике кишечника. Опухоль имеет мягко-эластическую консистенцию, мало болезненна, хорошо подвижна, идет от правого до левого подреберья по ходу поперечной ободочной кишки, причем левый ее конец более плотен и прощупывается в форме круглой опухоли. Опухоль хорошо подвижна вверх и вниз; вырва левый конец опухоли продвигается на значительное расстояние и дает впечатление движения поршня в цилиндре. Влево опухоль мало подвижна и дает при продвижении ее влево болезненность в правом подреберье. Исследование мочи уклонений от нормы не дало. Раздувание желудка и исследование желудка дало возможность сделать заключение, что опухоль лежит вне желудка. Больная имеет три-пять раз в день стул. Каловые массы жидки, имеют массу слизи и неизменных частичек пищи. Иногда стул состоял из одной слизи и не имел калового запаха.

28/V. Операция под эфирным наркозом. При вскрытии брюшной полости обнаружена инвагинация всей восходящей толстой кишки с частью тонкой в поперечную ободочную кишку. Инвагинацию с большим трудом удалось расправить, после чего в слепой кишке ясно стала прощупываться плотная круглая опухоль. Интересно отметить, что стояло только выпустить из рук слепую кишку, как она, на глазах, вновь начинала инвагинироваться. Большой сделана илео-цекальная резекция, причем толстая кишка удалена до печеночного угла, с последующим наложением бокового кишечного соустья. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационный период без особенностей.

Микроскопическое исследование опухоли, произведенное Тамбовским бактериологическим институтом, дало картину *sarcoma colloidae*.

Больная в настоящее время поправилась, исполняет домашние работы, недавно являлась в амбулаторию для осмотра.

Итак, интерес нашего случая заключается в том, что мы имеем хроническую, в течение полугода прогрессирующую, илео-цекальную инвагинацию.

Из практики применения марганцево-кислого калия при ожогах.

В. В. Гольмберг.

Исходя из указаний моего глубокоуважаемого учителя проф. Г. Я. Гуревича на благотворное действие 5% раствора марганцево-кислого калия при ожогах, пролежнях и некоторых других глубоких поражениях кожи, я еще студентом во время летней практики в 1927 г. начал систематически применять это средство среди рабочих кирпичного завода, где больные с ожогами встречались чаще, чем в других амбулаториях.

14 больных с ожогами, бывших под моим наблюдением, можно разбить на две группы, резко отличающиеся по характеру поражений, в связи с примененным способом лечения. К первой группе, из 7 человек, относятся больные, обратившиеся в амбулаторию через некоторый, иногда весьма значительный срок после ожога. Некоторые из них не лечились вовсе или лечились собственными средствами, другие были лечены моей предшественницей — фельдшершей, третьи посещали соседнюю участковую больницу. Все они поступили под мое наблюдение с мокнущими изъязвлениями, обильно смазанными ксероформной мазью или Лассаровой пастой. Такою изъязвленные ожоги заживали не раньше 10 дней, а иногда тянулись до 4-х с лишним месяцев. Помимо длительного течения и очень вялой склонности к заживлению, эти изъязвленные ожоги причиняли больным постоянное беспомощство, вынуждали их часто прибегать к медицинской помощи, а в некоторых случаях, в силу особенностей локализации, надолго отрывали от работы, что для рабочих, а равно и страховых органов, имеет, конечно, громадное значение. Так напр., в одном случае ожог стопы был осложнен развившейся в окружности экземой, которая лишила больного целого рабочего сезона и довела его до крайне тяжелого морального состояния. Все эти случаи вследствие своей запущенности не могли быть лечены раствором перекиси марганца и подвергались и далее обычному лечению мазями, результаты которого, как видно из приведенных случаев, оставляют желать лучшего. Эти случаи, являясь обычными, могут быть противопоставлены леченым перекисью марганца.

1) Ист. бол. № 5. Ар-н А. Е. обратилась в амбулаторию 5/V через 6—7 дней после ожога, с мокнущим изъязвлением в области левого предплечья, величиной в медный пятак, развившимся на месте пузыря. Ожог горячим металлом, второй степени, был вначале смазан постным маслом. Развившееся на месте его гноящееся изъязвление промыто раствором перекиси водорода и наложена повязка с Лассаровой пастой. Последняя перевязка через 19 дней после ожога.

2) Ист. бол. № 9. Мар-н В. Н. Обратился в амбулаторию через 3 дня после ожога 2-й степени кирпичем, с мокнущим изъязвлением в области левого предплечья. Повязка с Лассаровой пастой; последняя перевязка на 17 день после ожога.

3) Ист. бол. № 79. Игн-в Е. И. 10/V больной опрокинул себе на ногу чайник с кипятком. Немедленно был отравлен в больницу, где ему была наложена повязка с ксероформной мазью. Ожог 2-й степени по всей тыльной поверхности

правой стопы и нижней трети передней поверхности голени. 23/VII больной обратился в амбулаторию с картиной мокнущих изъязвлений, покрывших всю поверхность ожога и даже сползающих на части, по подвергшиеся ожогу. 26/VIII экзематозное поражение почти всей нижней конечности до колена. 13/IX, когда я встретил больного в ВВК, на мой вопрос о состоянии его ноги, он только безнадежно махнул рукой.

4) Ист. бол. № 166. Чеч-и В. И. Обратился за помощью 9/VIII с обширным мокнущим изъязвлением кисти правой руки, развившимся на месте ожога кирпичем около 10 дней назад. Был лечен ксероформенной мазью. Последние перевязки через 3 недели после ожога.

Другая группа, состоящая также из 7 человек, отличается от предыдущей прежде всего тем, что больные обратились в амбулаторию или непосредственно, или в течение ближайших часов после ожога. Это обстоятельство отразилось как на характере терапии, так, повидному, и на течении ожогов и продолжительности лечения. Во всех этих случаях было применено смазывание обожженных мест концентрированным раствором марганцево-кислого калия при помощи ватного тампона. Смазывание производилось до тех пор, пока пораженные места не приобретали интенсивно-коричневую, почти черную окраску. При более сильных степенях ожога больные снабжались приготовленным раствором и им предлагалось повторять смазывание 3—4 раза в день. Уже в самый момент смазывания больные отмечали ослабление боли и чувства напряжения, свойственного обожженным местам. На основании данных, сообщенных проф. Г. Я. Гуревичем, немедленное применение этого способа лечения предотвращает образование пузырей, а пузыри, уже образовавшиеся, после смазываний исчезают. Интересным обстоятельством является зависимость интенсивности окраски от интенсивности ожога; места, обожженные сильнее, окрашены почти в черный цвет, обожженные слабее—окрашены светлее. Обожженная кожа держит окраску гораздо дольше, чем здоровая. Повидному, данное обстоятельство зависит от большей восстановительной способности обожженной ткани по сравнению с нормальной. Через несколько дней места, подвергшиеся ожогу и смазанные раствором марганцево-кислого калия, теряют свою окраску, и кожа выглядит здоровой, причем на ней происходит шелушение. Места, на которых были пузыри, на 7—8 день теряют омертвевший эпителий небольшими пластами, под которыми обнаруживается совершенно здоровая молодая кожа. Ни разу мною не наблюдалось случаев затяжного, осложненного течения, как в первой группе. Ни одного случая изъязвления, ни одного случая, превышающего в своем течении неделю, а обычно меньше. Примеры:

1) Ист. бол. № 50. Бук-в Г. А. 18/VII больной обжег себе правую ладонь кирпичем. Ожог 1-й степени. Немедленно обратился в амбулаторию и был подвергнут лечению концентр. раствором марганцево-кислого калия. Больные в амбулаторию не являлся. Впоследствии сообщил, что выздоровление было быстрое и гладкое.

2) Ист. бол. № 78. Сок-ва Д. И. 22/VII больная обожгла правое предплечье паром. Ожог 2-й степени, пузырь величиной с медный пятак. Немедленно обратилась в амбулаторию и была лечена концентр. раствором марганцево-кислого калия. Через 2 дня явления воспаления утихли; пузырь нет; отмечает небольшой зуд. Смазывание повторено. Гладкое заживление.

3) Ист. бол. № 97. Кр-ов И. Г. 28/VII обратился в амбулаторию непосредственно вслед за ожогом горячим воздухом значительной части спины, плеч, шеи. Рубашка в нескольких местах прогорела, ломается и легко рвется. Между лопатками и ниже несколько пузырей, величиной от серебряного гривенника до рубля, один пузырь величиной в ладонь больного. Немедленно вся обожженная поверхность вымазана концентр. раствором марганцево-кислого калия, причем больной тут же отметил уменьшение болезненных ощущений. Больному дан готовый раствор с наставлением мазать 3—4 раза в день. Больше в амбулаторию не являлся. Через несколько дней был розыскан на работе; пузыри всосались, жалоб нет.

4) Ист. бол. № 176. Мис-в П. П. 10/VIII опрокинул себе на ногу миску с горячим супом. Ожог тыла стопы 1 и 2 степени. Немедленно обратился в амбулаторию и подвергся тому же способу лечения; боли прекратились, пузыри исчезли. Через 5 дней посетил амбулаторию с просьбой обрезать отслоившиеся лоскуты эпидермиса на месте бывших пузырей.

Повидному, результаты говорят сами за себя; нужно только добавить, что лечению раствором марганцево-кислого калия с одинаковым успехом поддаются случаи ожогов: раскаленными металлами, горячим воздухом, паром, горячими жидкостями и т. п. Ожоги не только первой и второй, но и третьей степени излечи-

наются с неизменным успехом, если на обожженной поверхности нет потеря вещества. При дефектах эпителиального покрова растворы сильной концентрации действуют уже прижигающе и вызывают значительную боль, а потому лучше применять более слабые растворы, напр., 0,5%—1%, которые вызывают скоротечное ощущение жжения, а затем содействуют образованию безболезненного прочного струпа. Кристаллы же марганцево-кислого калия, по наблюдению проф. Г. Я. Гуревича, попадая случайно на кожу, особенно лишённую рогового слоя, производят уже некроз и язвы. В общем полученные мною результаты вполне соответствуют данным, приведенным в статье проф. Г. Я. Гуревича¹⁾, я, как мне известно, совпадают с тем, что получали товарищи, применявшие тот же способ лечения ожогов. Резюмируя имеющиеся наблюдения, нужно признать, что концентрированный раствор марганцево-кислого калия, по достигаемому им эффекту в быстроте излечения, бесспорно является, в случаях незапущенных и неосложнённых ожогов, чрезвычайно радикальным средством, наиболее доступным в любой обстановке.

Из физиотерапевтического отделения и невропсихо-диспансера Брянской поликлиники.

Опыт применения лампы Jesionek'a при лечении эпилепсии.

В. А. Лукашева.

Тяжелое положение эпилептика и отсутствие до сих пор надежных средств для его лечения побуждала меня применять при эпилепсии физиометоды, из которых мое внимание остановилось на облучении лампой Jesionek'a. Под моим наблюдением было 25 больных, из них 10 человек находятся под моим наблюдением в течение двух лет; они совершенно не имеют припадков, чувствуют себя хорошо. Остальные 15 б-ых имеют припадки, но несравненно слабее и реже, чем раньше. Все они работоспособны.

Техника: больные получали общее облучение ртутно-кварцевой лампой Jesionek'a, работающей от переменного тока в 220 вольт. Курс облучения состоял из 20 сеансов, производившихся через день. Глаза больного от сильно раздражающего действия кварцевого света защищались очками. Освещение производилось попеременно спереди и сзади, дозировка производилась по расстоянию горелки от кожи и по времени: начальное освещение с расстояния одного метра в продолжение 5 минут, а затем постепенно расстояние уменьшалось до 50 см., а продолжительность до 20 минут.

Всем б-ым как перед началом курса лечения, так посредине его и в конце производились анализы крови по WR, общий морфологический состав крови, оседание эритроцитов и анализ мочи. Режим больного обычный.

Приведем вкратце истории болезней некоторых б-ых.

Наблюдение 1-ое. Б-ой В-ин С. Т., 16 лет, учащийся, и. б. № 6158. Припадки с судорогами, прикусыванием языка, пеной у рта. Первый припадок 6 лет тому назад, припадки повторяются 1—2 раза в месяц.

В 10 летнем возрасте был перелом левого бедра, после которого развился остеомиелит. Питание понижено. В верхушках легких удлиненные выдохи. Моча N. WR отрицательна. Параличей, парезов нет. Психика: рассеян, апатичен, капризен.

¹⁾ Медицинская газета. 1922, № 1.

После курса облучения припадков нет, находится под наблюдением 2 года.

Анализ крови	До лечения	После 10 с. облуч.	После 20 с.
Гемоглобин	75 ⁰ / ₀	65 ⁰ / ₀	85 ⁰ / ₀
Эритроциты	5.100.000	4.700.000	5.600.000
Лейкоциты	7.400	6.700	8.000
Нейтрофилы	53 ⁰ / ₀	48 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀
Эозинофилы	6,5 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀
Лимфоциты	31 ⁰ / ₀	36 ⁰ / ₀	35 ⁰ / ₀
Скорость оседания эритроцит. по Панченкову	1 ч.—15 м/м 24 ч.—50 м/м	1 ч.—12 м/м 24 ч.—48 м/м	1 ч.—10 м/м 24 ч.—40 м/м

Наблюдение 2-ое. Б-ая Р-ва А. В., 11 лет, учащаяся, в. б. № 888. Припадки с потерей сознания, судорогами, недержанием мочи, прикусом языка. Больна 2 года. Перенесла корь, скарлатину 2 г. т. н., после чего и развились припадки, 3—5 раз в день. Внутренние органы и носоглотка в норме. Нервная система: кожные и сухожильные рефлексы повышены. Romberg. Стойкий красный дермографизм. Моча N. **WR** отрицательна. Психика в пределах нормы. После облучения припадков нет.

Анализ крови	До лечения	После 10 с. облуч.	После 20 с.
Гемоглобин	72 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀
Эритроциты	4.820.000	4.000.000	5.100.000
Лейкоциты	7.500	6.000	8.000
Нейтрофилы	52 ⁰ / ₀	53 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀
Эозинофилы	8 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀
Лимфоциты	35 ⁰ / ₀	33 ⁰ / ₀	30 ⁰ / ₀
Моноциты	5 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀
Оседание эритроц.	1 ч.—12 м/м 24—50 м/м	1 ч.—10 м/м 24—40 м/м	1 ч.—8 м/м 24—40 м/м

Наблюдение 3-ье. Б-ая Я-ич Е. Л., 25 лет, служащая, в. б. № 863. Жалобы на эпилептические припадки раз в неделю, а также на припадки характера petit mal ежедневно. Больна 3 года. Со стороны внутренних органов норма. Нервная система: кожные и сухожильные рефлексы резко повышены. Тремор рук и век. Romberg. Разлитой красный дермографизм. **WR** отрицательный. Моча N. Психика: резкая эмоциональная возбудимость.

Анализ крови	До лечения	После 10 с. облуч.	После 20 с.
Гемоглобин	74 ⁰ / ₀	64 ⁰ / ₀	88 ⁰ / ₀
Эритроциты	4.150.000	3.440.000	4.800.000
Лейкоциты	8.000	7.500	8.000
Нейтрофилы	75 ⁰ / ₀	75 ⁰ / ₀	67 ⁰ / ₀
Эозинофилы	3 ⁰ / ₀	нет	нет
Лимфоциты	18 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	21 ⁰ / ₀
Моноциты	5 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀
Оседание эритроц. по Панченкову	1 ч.—13 м/м 24—65 м/м	1 ч.—12 м/м 24—50 м/м	1 ч.—8 м/м 20—42 м/м

После 10 с. облучения припадки характера petit mal исчезли, а после 20 с. исчезли и эпилептические, но через $1\frac{1}{2}$ года снова возобновились. Повторный курс облучения, припадков нет.

Наблюдение 4-е. В-ой Р-нд О. Ф., 38 лет, рабочий, и. б. № 4242. Жалуются на припадки с потерей сознания, судорогами, прикусыванием языка и недержанием мочи. Припадки 1—2 раза в месяц. Болен 8 лет. Перенес сыпной, брюшной тифы. Выпивает и курит. Внутренние органы за исключением незначительного миокардита в пределах нормы. Параличей, парезов нет. WR отрицательна. Моча Н. Психика: раздражителей, угрюм.

Анализ крови	До лечения	После 10 с. облуч.	После 20 с.
Гемоглобин	75%	70%	85%
Эритроциты	4.360.000	4.100.000	4.800.000
Лейкоциты	6.800	6.200	7.000
Эозинофилы	7%	3%	1%
Нейтрофилы	54%	53%	54%
Лимфоциты	35%	31%	31%
Моноциты	9%	4%	4%
Оседание эритроцитов	1 ч.—8 м/м 24—48 м/м	1 ч.—8 м/м 24—48 м/м	1 ч.—8 м/м 24—48 м/м

После курса облучения припадки редки и в очень легкой форме. В виду отъезда больного повторный курс был невозможен.

Наблюдение 5-ое. В-ан Е-ва Е. Ф., 20 лет, служащая, и. б. № 596. Жалобы на припадки с потерей сознания, судорогами, прикусом языка и недержанием мочи; ежедневно несколько припадков; больна 5 лет. В детстве перенесла дифтерию и скарлатину. Внутренние органы и нервная система особых отклонений от нормы не представляют. WR отрицательна. Моча Н. Психика: эмоциональная возбудимость.

Анализ крови	До лечения	После 10 с. облуч.	После 20 с.
Гемоглобин	71%	68%	80%
Эритроциты	3.540.000	3.200.000	4.200.000
Лейкоциты	87.000	8.000	7.200
Эозинофилы	6%	4%	2%
Нейтрофилы	60%	60%	60%
Лимфоциты	21%	21%	21%
Моноциты	5%	3%	3%
Оседание эрит.	1 ч. 18%	1 ч.—12 м/м	1 ч.—12 м/м
	24—68%	24—52 м/м	24—52 м/м

Лечение результатов не дало в смысле частоты припадков, но сила их уменьшилась. Повторный курс безуспешен.

От дальнейших описаний я воздерживаюсь ввиду их шаблонности, тем более что в упомянутых мною случаях я указал благоприятные и неблагоприятные результаты лечения.

Хороший эффект лечения, повидимому, надо объяснить улучшением состава крови после облучения, что видно из таблиц, кроме того надо иметь в виду влияние света на вегетативную нервную систему: как известно Jesionek вместе со своими ассистентами Rothmann'ом и Gallenberg'ом свидетельствуют об изменении равновесия в вегетативной нервной системе в сторону преобладания парасимпатической, а отсюда изменение в деятельности эндокринных желез, что, конечно, оказывает огромное влияние на состояние всего организма.

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из клиники Кожно-венерических болезней Казанского государственного медицинского института.

Значение гонорреи в ряду инфекционных болезней ¹⁾.

Док. М. П. Батунина.

Инфекционные болезни принято делить на общие, где на внедрение микроорганизмов человек отвечает общей реакцией со стороны организма, выражающейся высокой лихорадкой и изменениями во многих внутренних органах, каковы: тифы, дифтерия, инфлюэнца, скарлатина, чума, холера и многие другие, — и местные, при которых общее состояние организма и здоровые органы или совершенно не реагируют на поступление инфекционного начала, или же подобная реакция выражается, протекает мало заметно и не всегда имеется налицо. К числу таких местных микробного происхождения болезней относятся некоторые инфекционные болезни кожи, например, риносклерома, волчанка, первичная бугорчатка кожи, актиномикоз, — и половых органов, как-то: мягкий шанкр и гоноррея или триппер.

Подобный взгляд на гоноррею, как на чисто местное и к тому же невинное заболевание, распространенный с легкой руки Ricord'a еще и до сих пор не только среди публики, но и среди врачей, далеко не правилен и глубоко ошибочен. Гоноррея половых органов и в частности мочеиспускательного канала является заболеванием весьма серьезным, требующим к себе со стороны больного и лечащего врача глубокого внимания и серьезного отношения, так как она может быть источником поражения многих весьма разнообразных органов и не так-то редко приводит к тяжелым и даже роковым для заболевшего и в особенности для заболевшей последствиям.

Возбудитель гонорреи поражает по преимуществу слизистые оболочки, из которых наиболее часто поражается и наиболее восприимчива слизистая мочеиспускательного канала и половых органов, а особенно с цилиндрическим эпителием. При остром триппере уретры, в особенности когда процесс переходит на окружающие ее органы мочеполового аппарата, приходится видеть, что заражение не ограничивается только местными явлениями, но нередко сопровождается реакцией со стороны всего организма. Больных лихорадит, причем ¹⁰ у них повышается иногда до 39° С. и даже выше. Кроме этого причиняемые процессом болезненные ощущения достигают, в особенности по ночам, наивысшей степени, появляются частые болезненные эрекции и поллюции, которые в связи с болезненным и мучительным мочеиспусканием, угнетенным душевным состоянием часто лишают больных покоя и сна; аппетит пропадает, появляются запоры, больной падает в весе, а иногда обнаруживаются признаки малокровия, словом получается впечатление тяжелого заболевания. Такие случаи, правда, редки. Когда же болезнь переходит на половые железы, а в особенности на предстательную железу, вызывая в них острый воспалительный процесс, в этих случаях картина общего заболевания становится уже несомненной: здесь, не говоря уже о весьма резких местных явлениях, причиняющих больному много страданий, ясно выступает симптомокомплекс, свидетельствующий о заболевании всего организма и заключающийся иногда в общей слабости, разбитости, головной боли и т. д. И действительно, при вскрытии лиц, умерших от общей гоноррейной инфекции, нередко находили нарывы в предстательной железе, а иногда и гнойное воспаление перипростатического венозного сплетения или семявыносящих протоков (с присутствием в гною гонококков), послужившие источником общего заражения организма.

Как выяснено патолого-гистологическими исследованиями, гонококки, поражая слизистую оболочку того или иного органа, располагается не только между эпителиальными клетками, но и проникает в подслизистую ткань и может внед-

рится в строму самого органа. Далее, описано не мало случаев, где при гоноррее слизистых оболочек наблюдались воспаление и нагноение ближайших к месту поражения и даже удаленных от первоначального очага лимфатических сосудов и желез с обнаружением в гною гонококков. Кроме этого гонококки, как показали гистологические исследования, могут встречаться в кровеносных сосудах и в частности в венах слизистой уретры и мочевого пузыря. Этим, однако, не ограничивается участие кровеносной системы в трипперном процессе, и в настоящее время многочисленными исследованиями с помощью получения культур гонококка из крови больных при жизни и отчасти *post mortem* с несомненностью установлена возможность перехода последнего в общий поток кровообращения с образованием, в большинстве случаев, метастазов в различных органах тела, т. е. те же явления, которые представляют клиническую картину, известную под именем пиемии.

Из многих относящихся сюда случаев, опубликованных в различных медицинских журналах, я приведу только один случай, наглядно показывающий, как иногда тяжело протекает гонококковая инфекция, и описанный д-ром Д. Д. Вершининым.

Случай относится к больному 28 лет, крепкого телосложения, с атлетической мускулатурой, у которого в конце 2-й недели после заражения гонорреей мочеиспускательного канала осложнилась острым гнойным воспалением предстательной железы с образованием в ней абсцесса. Больной был доставлен в больницу в тифозном состоянии с t^0 39^0 C., с учащенным пульсом и поразительной бледностью лица, вообще в очень тяжелом состоянии. При осмотре со стороны органов брюшной полости было найдено увеличение и болезненность при пальпации печени, увеличение селезенки и огромный, сильно выпячивающийся в просвет прямой кишки нарыв предстательной железы; кроме этого, такие же абсцессы находились в верхней трети правого предплечья, на левом локте соответственно локтевой слизистой сумке и гнойный периостит плюсневых костей мизинца и безымянного пальца на тыле левой стопы. Абсцессы были вскрыты и в гною каждого из них оказались характерные гонококки. В дальнейшем течения болезни быстро развились абсцессы обеих околоушных желез, подкожные абсцессы той и другой подмышечной впадины и общий перитонит со скоплением в полости живота экссудата. Состояние больного с каждым днем, несмотря на принятые меры, ухудшалось и на 13-й день поступления в больницу, приблизительно через месяц по заболеванию триппером, больной скончался. Вскрытия не было, но в гною из разрезов, взятом в день смерти, найдены типичные гонококки.

Этот и подобные же случаи, которых в текущей медицинской литературе накопилось уже не малое число, с несомненностью убеждают, что гонорройный уретрит не такое невинное и легкое местное заболевание, к которому можно относиться легкомысленно.

Иногда, проникая в циркулирующую кровь, гонококк вызывает такую же тяжелую картину септического процесса, однако без ясных фокусных осложнений при жизни, но с различными изменениями во внутренних органах при аутопсии, до острой атрофии печени, как это наблюдалось в случаях Weitz'a. Что это действительно гонококки, доказывают исследования Welande'r'a, Ahmann'a, Colombini, Bordon-i-Uffreduzzi, Rendu и Hallé, Wasserman'n'a, которые не только выращивали гонококков из крови больных и метастатических очагов при общей гонорройной инфекции в чистой культуре, но и путем прививок последней в уретру здорового человека получали гоноррею со всеми ее характерными явлениями и даже метастазами, как это наблюдали Welande'r и Ahmann.

Осложнения гонорреи, наблюдающиеся в других удаленных от первоначального очага органах, довольно многочисленны и разнообразны. Наиболее частым из них является воспаление суставов, причем ни один сустав не взят из возможности заболевания: описаны случаи воспаления грудиноключичного сочленения, сочленений позвоночника и суставов гортани. Наблюдались случаи, где гонорройный артрит с последующим анкилозом и тугоподвижностью заболевших суставов распространялся почти на все суставы и равным образом случаев, в которых поражение захватывало множество суставов (до 17) в наблюдениях Sobotk'a. Связь этих артритов, или так называемого трипперного ревматизма, с гонорреей была установлена нахождением гонококков не только в воспалительном выпоте и разращениях синовиальных оболочек заболевших суставов под микроскопом и с помощью культур, но и обнаружением их путем посевов в циркулирующей крови.

Гонорройному полиартриту сопутствуют: воспаление сухожильных влагалищ, сухожилий, слизистых сумок и внутренней оболочки сердца—*endocarditis*. В настоящее время случаев эндокардита, где в разрывах и изъязвлениях сердечных клапанов рост гоней, а также в крови больных при жизни, найдены с помощью культур гонококки,— опубликовано довольно значительное число. Реже, но также могут наблюдаться поражения сердечной мышцы—миокардит и околосердечной оболочки—перикардит. Помимо центрального органа кровообращения—сердца—гонорройные метастазы локализуются иногда и в кровеносных сосудах, вызывая при этом заболевание много чаще вен, дающих в этих случаях картину флебита. Что касается поражения артерий, то наблюдения подобного рода единичны и являются исключительными. Из них я приведу случай, описанный английским врачом Моого, где вскоре после заражения острым триппером развились омертвение нижних конечностей, сведение больного в могилу. При аутопсии оказалась тромбоз брюшной аорты тотчас же ниже отхождения от нее почечных артерий, а также тромбоз и ниже лежащих артерий. При микроскопическом исследовании в тромбах оказались гонококки, а со стороны сосудистой стенки значительные изменения янтны, почему автор объясняет заболевание, как острый эндоартериит с последующим тромбозом.

Помимо воспаления суставов гонорройная инфекция поражает иногда мышцы и кости.

В мышцах наблюдаются или воспалительные явления—*myositis gonorrhoeica*—или же атрофия их, последняя обычно сопровождается гонорройным артрит. Что же касается костного скелета, то наблюдаются поражения как надкостницы, так и вещества кости. Гонококков находили в гною периостальных абсцессов, а Уиллиамс доказал путем микроскопического исследования гноя и посевами крови, что его случай—*osteomyelitis purulenta acuta*—был исключительно гонорройного происхождения. Кроме этого, Самуэлл обнаружил гонококков в гною осложненного перелома, а Баркер опубликовал случай переносного гонорройного перихондрита шиловидного и кольцевидного хрящей гортани; Нолт в одном случае, окончившемся смертью, нашел абсцессы в стенках трахеи с гонококками в гною.

Не остается, в некоторых случаях, заражение гонорреей без влияния и на органы дыхания. Здесь чаще наблюдалось воспаление плевры—*pleuritis gonorrhoeica*—с несомненным присутствием гонококков в плевральном экссудате. В случаях же Вигослака культура гонококка получилась не только из плеврального выпота, но и при посеве крови, взятой из вены руки. Участие в процессе легких выразилось, как показывают опубликованные наблюдения, развитием пневмонии и инфарктов с присутствием гонококков в мокроте и в циркулирующей крови.

Интересную страницу в патологии гонорреи представляют заболевания нервной системы, органов чувств, в особенности глаза и кожи. Патогенетическая связь указанных страданий с гонорреей основывается, как показывает относящаяся сюда весьма обширная литература, главным образом на клинической картине, так как случаев, где гонококковая природа страдания была установлена бактериологически, опубликовано гораздо меньше, чем это наблюдается при изучении осложнений гонорреи со стороны других систем человеческого организма. Но и этих немногих случаев, где с несомненностью было констатировано присутствие гонококков, вполне достаточно, чтобы подкрепить, что и названные органы могут быть вовлечены в процесс при гоноррее почечной системы.

Как показывает богатый литературный материал, касающийся нервных заболеваний при триппере мужчин и женщин, гонорройные поражения нервной системы весьма обширны и разнообразны. Здесь наблюдаются не только органические поражения центральной и периферической нервной системы, но и функциональные неврозы до полного расстройства психической деятельности. Так, описано не мало случаев невралгий различных периферических нервных стволов, из которых особенно часто поражается п. *ischiadicus*. Далее опубликовано много случаев гонорройных полиневритов. Также довольно богата казуистика поражений спинного мозга и его оболочек, *myelitis* и *meningo-myelitis*, зависимость которых от гонококков доказана нахождением последних в менингеальных очагах, спинномозговой жидкости, а также и в общем потоке кровообращения. Заболевание головного мозга, его оболочек и головных нервов равным образом отмечались неоднократно. Имеются наблюдения, где участие в процессе головного мозга выражалось развитием апоплексических инсультов, гемиплегий, афазии. Из головных нервов наблюдались поражения п. *optici*, п. *trigemini*, п. *acustici* и п. *facialis*. Русский автор Бик наблюдал церебральный менингит с гонококками

в сывороточно-гнойном экссудате между паутиной и мягкой оболочками головного мозга. Описаны случаи функциональных неврозов, неврастений, истерии, иппохондрии, а также случаи chorea gonorrhoeica и психозов на почве гонорреи—*psychopathia gonorrhoeica*.

Гонорройные заболевания глаза в зависимости от перехода гококков в кровяное русло также многочисленны и разнообразны. Наибольшее число подобных поражений принадлежит метастатическому конъюнктивиту и ириду. Совместно с последним наблюдали поражение цилиарного тела и сосудистой оболочки. Имеются также указания на возможность метастатическим путем поражения роговой оболочки, сетчатки, зрительного нерва и слезной железы.

Упомянув еще о единичных наблюдениях, свидетельствующих, что гококки могут вызвать и заболевание среднего уха в форме гнойного воспаления, я остаюсь теперь на заболеваниях кожи и подкожной клетчатки гонорройного происхождения. В дерматологической литературе в настоящее время опубликован целый ряд кожных поражений, которые наблюдались одновременно с гонорреей мочеполовой сферы. Хотя зависимость их от гококков и основывается почти исключительно на клинической картине без доказательства ее, за весьма малыми исключениями, бактериологическим путем, однако, исчезновение сыпи с излечением гонорреи и новое ее появление с рецидивом или обострением последней, а также нередкое присутствие других осложнений гонорреи, главным образом артритов, давали достаточный клинический критерий, чтобы заболевание кожи поставить в связь с заражением гонорреей. Этим, однако, не ограничиваются данные в пользу гонорройного происхождения кожных сыпей в некоторых случаях, здесь имеются и соответствующие бактериологические исследования. Так Gouton, Paulsen нашли гококков в пузырьках herpes, Scholtz в кожных абсцессах, образовавшихся из эфлоресценций сыпи, похожей на erythema nodosum, Audry—в нагноившейся папуле сыпи, аналогично erythema multiforme в гною и в срезах, Baudouin и Gaston—в гною пустул под кожей на бедре. Но особенно показательным является случай Podaga и Chevkiei, которые нашли гококков в мазках и посевах крови из эритематозных очагов в одном случае распространенной и сопровождающейся высокой лихорадкой сыпи, напоминавшей сначала erythema exudativum, а затем превратившейся в пузырьчатую с гнойным и геморрагическим содержимым пузырей. Описаны также абсцессы и флегмоны кожи метастатического характера, где присутствие гококков было обнаружено микроскопически и в культурах.

Но помимо сказанного существуют довольно многочисленные наблюдения, где на половых органах при одновременной гоноррее их или без нее развивались язвы, весьма похожие в некоторых случаях на мягкий шанкр. Подобные гонорройные язвы представляют, по словам Julien'a, редкое явление, достигают иногда больших размеров и имеют серпигинозный характер, вызывая обширные разрушения. Такие же изъязвления кожи и слизистых оболочек наблюдались и в других, помимо половых органов, местах. Интересный в этом отношении случай сообщает Baginsky: у мальчика 3½ недель от рождения наблюдались изъязвления на границе мягкого и твердого неба, на наружном листке препуция и большая язва в области пупка. Совершенно для себя неожиданно автор при микроскопическом исследовании гноя язв обнаружил гококков, что подтвердилось и при посевах.

Но что особенно важно для патологии гонорреи и что я считаю особенно необходимым отметить, это возможность заражения гонорреей половым путем, причем слизистая мочеиспускательного канала и вообще половых органов остается здоровой. Так, кроме язв гококкового характера без каких либо других явлений триппера описаны абсцессы кожи на penis при отсутствии одновременного поражения уретры; далее наблюдались случаи метастазов, где слизистая половых органов была свободной от болезни, а источником переноса инфекции являлось воспаление лимфатического сосуда dorsi penis или язвы в препуциальном мешке. Наконец, Kimball, Holt описывают случаи гонорройных артритов у детей, по преимуществу мальчиков, у которых conjunctiva и genitalia были здоровы, а местом первоначальной локализации заразы была, повидимому, слизистая оболочка полости рта.

Для полноты своего очерка мне остается еще упомянуть, что кроме мочеполовых органов первоначальным местом заболевания могут быть и другие слизистые оболочки, как-то: соединительная оболочка глаза, слизистая прямой кишки, полости рта и носа, которые в свою очередь иногда служат источником распространения гококков по организму. Так, в случае Ham'a у ребенка 6 дней

от рождения развилась первоначально бленоррея левого глаза, за которой вскоре последовал гнойный артрит, тендовагинит и подкожный абсцесс; гонококковая природа страдания была доказана посевами гноя как из глаза, так и метастатических очагов.

В последнее время почти всеми авторами гоноррея рассматривается как местная инфекция с общей интоксикацией. Гонококковый токсин большинством биологов (Bassergman, Jotten, Scholtz) относится к эндотоксинам, накапливающимся в питательной среде в процессе распада отмирающих форм (аутолиз). Torrey и Burke впервые удалось получить экзотоксин фильтрацией молодых культур, выращенных на бульоне с декстрозой. Негрольд путем эксперимента и кожной реакцией доказывает наличие у гоноррeйных больных антитоксина, способного связывать введенный токсин. Таким образом, возникает предположение о сложной природе гонотоксина, состоящего из экзо- и эндотоксинов, особенно в многодневных жидких культурах. Извращение кожной реакции, как аллергического феномена при интрадермальной инъекции специфической вакцины, многими авторами объясняется как результат нейтрализации ее антитоксином. С клинической точки зрения значение этой реакции определяется не только диагностической ценностью, но главным образом создает новые перспективы для изучения токсинной иммунотерапии.

С вопросом токсичности и вирулентности связывается, с одной стороны, учение о мутационных формах, с другой — роль конституции, как основного фактора, объясняющего различные вариации в течении гонорреи.

Старое учение Neisser'a — „гонококк никогда и ни при каких условиях не меняет своей вирулентности“ — теперь опровергнуто. Вильш первый указал на яволюционные формы, отмечая, что параллельно такой метаморфозе идет и уменьшение вирулентности. Caspari объясняет различное течение гонорреи различной вирулентностью гонококка. „Есть virus острой гонорреи, есть virus хронической гонорреи“ — говорит Martin — второй более опасен для женщин“. Вильш говорит о теории равновесия или привыкания слизистой канала. Jadaszon научно обосновывает эту теорию путем патолого-анатомических исследований: воздействием инфекции эпителий очагово метастазирует, и гонококки на этом эпителии уже не вирулентны. Wertheim, Finger, Cohn и др. считают вирулентность при гоноррее явлением второстепенной важности, а выдвигают конституцию и индивидуальную резистентность в разнообразном течении гонорреи. Это мнение в настоящее время является господствующим в клинике.

В русской литературе вопросу о конституции посвящена работа Закса и Шилова, заслуживающая большого внимания.

Все вышеуказанное дает полное право смотреть на гоноррею во многих случаях как на общее инфекционное заболевание. Если к этому присоединить исследования Lantier, Lapaго, Rey, которые находили гонококков в крови даже в тех случаях гонорреи уретры и ее предатков, где не было никаких метастазов, далее, исследования многих авторов, обнаруживших при гоноррее, ограничивающейся только мочеполовой системой, с помощью реакции отклонения комплемента, присутствие специфических антител, то принадлежность ее к общим инфекционным заболеваниям станет еще более очевидной.

Чумоподобные заболевания в Барабинском округе.

Завед. Каинской гор. амбулаторией д-ра Л. Рабина.

(Предварительное сообщение).

Вопрос о зоонозах — болезнях, свойственных животным и людям одновременно, — имеет огромное значение для местностей, где население в своей массе преимущественно занимается скотоводством и охотничеством. Вышший Барабинский округ Сибиряк относится к таковым местностям, да к тому же и болотистым.

С 23 VI 1930 д-ром В. И. Каманиным на амбулаторных приемах впервые мне Каинской гор. амбулатории начало отмечаться усиленное появление острых лимфаденитов с той характерной особенностью, что в большинстве случаев у заболевших людей нельзя было обнаружить входных ворот для инфекции; лимфангоиты отсутствовали. В тех же случаях, где входные ворота инфекции можно

было заподозрить, местные воспалительные явления (воротные) не соответствовали по своей тяжести воспалительному процессу в регионарных лимфатических железах, где он всегда бывал резко выражен.

Судя по этим местным кожным явлениям в области предполагаемых ворот инфекции, пришлось прийти к заключению, что неизвестная инфекция передается укусами насекомых, преимущественно летом, в голень, в открытые части тела, так как бубоны чаще всего наблюдались на бедрах под Пупартовой связкой в Скарповском треугольнике. Более редко локализовались бубоны в подмышечной ямке, на шее, в подчелюстной области и впереди уха.

Вначале эти массовые заболевания бубонами протекали относительно легко и рассасывались довольно быстро под влиянием местного применения влажного тепла. Сопутствующие же бубонам общее недомогание и высокая ^т° легко поддавались внутренним приемам салицилового натра. При более тяжелых случаях встречалось увеличение и болезненность селезенки и иногда печени, а также малокровие с особой характерной лимонно-желтой окраской наружных покровов. Только что отмеченные проявления болезни наблюдались нами одновременно, не только при наличии бубонов, но и без них, а равно и после исчезновения бубонов.

Появление этих массовых заболеваний невольно наводило на мысль, не имеем ли мы дело с какой-то инфекцией, способной распространяться эпидемически. По клинической картине данные заболевания могли быть отнесены к чумоподобным, по аналогии с легкими формами бубонной чумы и чумоподобного сепсиса.

На совещании д-ра В. И. Каманина с врачами О. П. Лепенен (зав. сангиглабораторией) и ветврачом Ляшкевичем (зав. ветотделом) было решено для выяснения этиологии этих эпидемических лимфаденитов пригласить на помощь научные силы Омского бактериологического института, а мною была послана краткая информация в Казанский мед. журн. (напечатана в хронике в № 9 за 1930 г.). На наш призыв откликнулся и прибыл в Казанск директор Омбактинститута д-р А. Я. Кроль и д-р А. Д. Щербакова. Д-р Кроль 12/X сделал доклад в клубе МСТ о проделанной работе.

Исследованиями д-ра Крoля выяснено, что чумоподобные бубонные заболевания в Барабинском округе зависят от заражения людей микробом, сходным с *Bact. tularaense*, что переносчиком этой инфекции является водяная крыса, переносчиком же, повидимому, эктопаразиты водяных крыс — кровососущие насекомые, причем не исключена, помимо укусов насекомых, возможность заражения для человека и другим путем: напр. ранение при снятии шкурок с зараженных животных; есть основание предполагать передачу инфекции и чрез дыхание, как при легочной форме чумы.

По поводу легких форм общего сепсиса, для которых д-р Каманин предполагал ту же причину, что и при бубонной форме заболевания, д-р Крoль допускал еще и возможность наличия в нашем округе заражений, обусловленных *B. abortus* Вап'га, сходных с мальтийской лихорадкой, микроб которой был открыт Вигсом и которая имеет большое распространение по берегам Средиземного моря и передается при употреблении в пищу молочных продуктов в сыром виде от животных, болеющих эпидемическим выкидышем.

Болезнь Вап'га, вследствие того, что патогенность *B. abortus* только в 1928 г. была установлена и для людей, у нас мало известна врачамому миру, тогда как в Америке ее уже начинают рассматривать, как угрозу общественному здоровью и называют ундулирующей лихорадкой. У нас же в СССР подобные заболевания, особенно в болотистых местностях, каков наш Барабинский округ, по видимому, всегда относили за счет хронической затыжной малярии.

В настоящее время в Казанской сангиглаборатории работой врачей О. Н. Лепенен и С. И. Гривцова, путем агглютинация бактерий Вап'га и туляремии с сывороткой больных удалось установить, что среди населения б. Барабинского округа встречаются случаи инфекции как того, так и другого происхождения, таяущейся неопределенно долгое время, сопровождающейся лихорадочными приступами с особым видом малокровия, — инфекции, не сходной с малярией, с триппом, паратифами.

Наконец, несомненно также, что указанные легкие формы сепсиса (*resomptus* Вап'га) и бубонная туляремия грозят эпидемиями, возможно во всем Сибире, а не только в Барабинском округе, где они впервые были зарегистрированы.

Р. С. Директор Омского бак. инст. А. Я. Крoль, заразившись туляремией в нашем (Барабинском) округе, при изучении новых для округа болезней, умер в г. Омске чрез 3 недели после приезда из Казанска.

1-ое Всесоюзное совещание комитетов по борьбе с ревматизмом и борьба с ним в СССР.

Прив.-доц. Л. И. Виленского и М. И. Ойфебаха.

Громадное экономическое значение ревматизма, давнее основание причислять его к социальным болезням и называть «бичем для индустрии», вызвало большой интерес к борьбе с ним как в странах Западной Европы, так и в СССР. По данным Arnold'a, Zimmer'a на один случай туберкулеза «ревматические» болезни дают местами 3,2 заболеваний; длительность их в среднем в 3—4 раза больше, чем при туберкулезе. По данным Hoffbauer'a инвалидность, вызванная «ревматизмом», составляет для Германии 7%, для Швейцарии 9%, для Дании 12%, а для Англии до 18% общей инвалидности. По данным Данишевского заболеваемость ревматизмом составляет по г. Москве 33,1, по Твери 61,1 на 1000 чел., тогда как заболеваемость туберкулезом дает соответственно 24,7 для Москвы и 21,3 для Твери. Таким образом, в Твери мы имеем почти втрое более высокую заболеваемость ревматизмом, чем туберкулезом. Москва дает отношение 1,2:1. Рост поражаемости ревматизмом особенно падает на молодой возраст—15—40 лет. Исключительно большую роль играют профессиональные факторы. Так, разработка материала по временной нетрудоспособности показывает, что в некоторых группах (подземная добыча угля, торфоразработки) число случаев нетрудоспособности от ревматических заболеваний превышает втрое и даже в 10 раз число случаев нетрудоспособности от туберкулеза (Данишевский). Наиболее часто поражаются профессии, основную вредность которых составляет термический фактор, как-то: рабочие металлургических заводов (горячих цехов) и паровозный персонал.

Затрата по временной нетрудоспособности от ревматизма составляет за 1925 г. по ценовой промышленности 1.282.000 дней, а по железно-дорожному транспорту—1.042.500 дней. За это время выплачено пособий 5.636.000 р. По данным Курортного управления за 1925 г. на курортах РСФСР ревматика составляли 16,9% всех больных и стоимость их лечения составляла около 6.000.000 р. Если принять во внимание, что временная потеря нетрудоспособности приводит к недопроизводке продукции на предприятии, что ревматизмом болеют рабочие важнейших отраслей промышленности, что реконструктивный период нашего социалистического хозяйства требует величайшего напряжения сил и рационального использования всей рабочей массы для проведения намеченного партией промфинплана, то станет ясным, что борьба с ревматизмом—это борьба за выполнение 5-летки в 4 года, борьба за здоровые кадры посетителей и строителей социалистического общества. Вот почему заседавшее 25—26 января 1-е Всесоюзное совещание по борьбе с ревматизмом на своем знамени начертало: «борьба с ревматизмом—борьба за пятилетку». Конструкция Совещания отличалась от обычных наших научных съездов. В состав президиума съезда вошли представители от рабочих из производств, наиболее поражаемых ревматизмом, от рабочих трамвайного парка, от союза металлистов и др. На Совещание прибыл Генеральный секретарь Международной лиги борьбы с ревматизмом д-р Ван-Бремени. С приветствием выступил старый рабочий трампарка с 35-летним стажем, указавший на большой процент заболеваний ревматизмом среди трамвайщиков, и что только тесный союз науки и труда даст возможность правильно бороться с этим недугом, в значительной степени являющимся результатом санитарной неграмотности рабочих. То же самое подтвердил представитель ЦК Союза коммунальников. Присутствовавший на Совещании Генеральный секретарь Международной лиги борьбы с ревматизмом отметил, что он считает метод работы советских организаций самым правильным, когда люди науки совместно с теми, кто больше всего страдает от болезни, обсуждают способы их предупреждения.

За недостатком места мы остановимся только на основных докладах, имеющих большое общественное значение.

Прив.-доц. Данишевский (Москва). Со времени организации Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним проделана значительная работа, в результате которой проблема антиревматической борьбы поставлена в СССР во всем ее социальном и народно-хозяйственном значении. К числу достижений можно отнести: а) пропаганду борьбы с ревматизмом, как с социальным злом, среди

научно-врачебных кругов и создание ряда комитетов в Союзных Республиках (Харьков, Минск) и в крупных центрах (Ленинград, Томск и др.); б) втягивание в разработку проблем «ревматизма» многочисленных обществ, институтов пропатологии, курортологии, клиник и больниц различных специальностей; в) Комитет от замкнутой кабинетной работы перешел в рабочую аудиторию, занявшись изучением условий труда трамвайщиков и железнодорожников, и намечал конкретные формы борьбы за снижение ревматических заболеваний среди этих групп рабочих. Однако, работа тормозится вследствие недостаточного внимания органов здравоохранения на местах и недооценки значения ревматизма со стороны страховых и профессиональных организаций, вследствие чего дело изучения и борьбы с ревматизмом крайне отстает по своему объему и темпам от той нужды, которая вызывается распространением ревматизма и его народно-хозяйственным значением. Крайне слабо распространены среди широкой врачебной массы необходимые сведения о современных методах профилактики и диагностики и эффективной терапии ревматических заболеваний. Отмечается слабая втянутость в работу комитетов низовой рабочей общественности, не вовлечен здравоохранительский актив заводов, фабрик. Исходя из изложенного, докладчик предлагает коренную перестройку работы комитетов в отношении организационных форм для приближения их к массам и наибольшего втягивания трудящихся в дело борьбы с ревматизмом. Основным установкам плана борьбы с ревматизмом в СССР должны иметь целью максимально приблизить ее к важнейшим задачам социалистического строительства, обслуживанию пролетариата в ведущих отраслях промышленности и социалистического сектора сельского хозяйства, борьбе за снижение заболеваемости, широкое проведение массовых оздоровительных мероприятий.

В области организационной—способствовать учреждению комитетов в крупных промышленных аграрно-индустриальных районах и на железно-дорожном и водном транспорте, оживить работу секций комитетов, привлекая к ней широкую врачебную, профессиональную и страховую общественность, мобилизовав внимание широких трудящихся масс через общую печать, радио, кино на проблему борьбы с ревматизмом под лозунгом «борьба с ревматизмом—борьба за 5-летку».

В области научно-исследовательской—развернуть широкую работу специальных учреждений для подготовки серии докладов на тему «Ревматизм и профессиональный труд», принять, по предложению Советской делегации, на Съезде в Будапеште в качестве программной для предстоящего международного Конгресса кроме того выдвинуть в качестве программных тем: 1) «Ранняя диагностика ревматических заболеваний», 2) «Эффективная терапия при определенных ревматических заболеваниях».

В деле профилактики и практической борьбы считать важнейшей задачей—борьбу за реальное и скорейшее осуществление «антиревматического минимума» в наиболее поражаемых участках ведущих отраслей промышленности (металл, уголь, транспорт). Начать аналогичную работу в крупных совхозах, колхозах и МТС.

Прив.-доц. Чапкин и проф. Черняков. «Отчет о работе Укр. ревматического комитета». При Укрреме создано деловое бюро и четыре секции: 1) номенклатурная под председательством проф. Файншмидта, которая разработала свою номенклатуру в двух формах—клиническую и рабочую, 2) клиническая (проф. Черняков), 3) учетная (Альперович) и 4) санитарно-профилактическая (Марасев). Установлена связь с учреждениями Украинской периферии. Привлечен к участию в работе ряд научных ин-тов в 6 главных центрах Украины. В мае 1930 г. состоялся 1-й Всеукраинский пленум комитетов. В Харькове учрежден 1-й Ревматический диспансер при Центральной поликлинике. Клиническая секция (доклад проф. Чернякова) проработала общий план научно-исследовательской работы по изучению ревматизма, который был разослан всем более или менее крупным учреждениям Украины. Проведен ряд работ по изучению этиологии, патогенеза и терапии «ревматических заболеваний».

Прив.-доц. Марков (БССР, Минск). Минской научной ассоциацией была организована конференция с рядом научных докладов по ревматизму. Конференция состояла из 5 заседаний, на которых были заслушаны доклады прив. доц. Талалаева—«Острый ревматизм», Хазанова—«Ревматизм, как социальное зло», проф. Гаусмана Ф. О.—«Клиника ревматизма», доц. Шапиро—«Классификация артритов», доц. Мангойма—«Физико-патология суставных заболеваний», доц. Дворжана—«Ревматизм и глаз», проф. Кроля «Ревматические заболевания нервной системы», доц. Маркова—«О физио-терапии ревматических заболеваний».

В докладе проф. С. А. Бруштейна (Москва) «О Всесоюзной организации по изучению ревматизма и борьбе с ним» было указано о необходимости организации Всесоюзного комитета по борьбе с ревматизмом, как объединения комитетов отдельных республик, ставящих себе задачей организационно-плановое руководство, связь с Международной антиревматической лигой. Такая схема антиревматической организации в СССР создаст условия, благоприятствующие вовлечению всех активных работников как медицины, так и широкой общественности в дело изучения ревматизма и борьбы с ним.

Проф. Стерипуло — «О борьбе с ревматизмом среди трамвайщиков». Президиум Ревматического комитета, с целью перенесения своей работы непосредственно на производство, устроил заседание в клубе Апаковского парка (в Москве), где были заслушаны доклады проф. Кончаловского «О сущности ревматизма и задачах Комитета по борьбе с ним» и Данишевского на тему «Борьба с ревматизмом — борьба за 5-летку». С сообщением о распространении ревматизма среди трамвайщиков выступил д-р Микаэлян.

В результате совещания была организована бригада для выяснения условий работы на предприятиях и выяснения профессиональных вредностей, способствующих развитию ревматических заболеваний и подлежащих устранению. Доклад проф. Стерипуло представлял собой материал работы бригады. К сожалению, бригада начала работать слишком поздно — за 3 недели до начала Всесоюзного совещания, а потому доклад не мог претендовать даже на характер предварительного сообщения. Однако, опыт работы бригадным методом с участием самих рабочих трампарка говорит с определенностью, что это один из наиболее важных путей, по которому должна быть направлена работа комитетов по борьбе с ревматизмом на предприятиях. В краткий срок бригаде удалось, помимо «мелочей», мною которых годами проходили местные организации, отметить ряд вредностей, легко устранимых на месте без особых затрат. Далее бригадой были даны указания о необходимых изменениях в конструкции трамвайных вагонов, что уменьшит частую простужаемость вагоновожатых и кондукторов.

Практическое значение предложений бригады было оценено рабочими, которые высказали пожелания о необходимости в ближайшее время перенести работу бригады и на другие трампарки Москвы.

Из других докладов следует отметить работу Харьковского ревматического диспансера, осветившего свою работу.

В приемах была отмечено, что организация специальных ревмодиспансеров в настоящее время, когда взят курс на единый диспансер, вряд ли целесообразна. Однако, методы и полученные результаты работы диспансера за сравнительно короткий срок должны привлечь наше внимание и требуют дальнейшего изучения.

Вышесказанные доклады осветили работу антиревматической организации в СССР. В порядке самокритики был вскрыт ряд недостатков в работе Комитетов. Несмотря на некоторые связи с периферией, установленные на Украине, отмечается недостаточная четкость структуры комитета, слабая организационная связь с местными комитетами и общественными организациями, не было углубленной работы на предприятиях; с другой стороны, комитет сумел установить связи с Международной лигой, в результате чего наши представители принимали участие на Международном пленуме по ревматизму в Вудапепите и в Льеже-Амстердаме, где принято предложение о созыве одного из ближайших международных пленумов в Москве.

Доклад д-ра Ван-Бреме — Генерального секретаря Международной лиги — «О международной работе по изучению ревматизма». Начало организации Международного комитета по борьбе с ревматизмом было положено в 1912 г. в Париже на Конгрессе Международного общества медицинской гидрологии. В 1917 г. предполагался Конгресс в б. Петербурге по ревматизму, но война прервала эту работу до 1926 г., когда было организовано первоначальное рабочее бюро Комитета по ревматизму, преобразованное в 1928 г. в Международную лигу борьбы с ревматизмом, которая поставила себе задачей установление связи с международными органами здравоохранения в вопросах ревматизма, постановку исследований по ревматизму в различных странах, выработку единой номенклатуры ревматических заболеваний.

Международной лигой выработаны положения, которые она предлагает вниманию всех желающих заниматься научным изучением проблемы ревматизма. В этиологии ревматизма рассматриваются четыре причинных фактора: 1) Local

infection, 2) ревматический диатез или аномалии конституции, 3) отклонения от нормы в кожной циркуляции, 4) внешние условия (космические, социальные и др.). Обращено внимание, что каждая страна имеет свой ревматизм, отличающий его от других стран. В некоторых местах (Мадагаскар) ревматизм вообще не наблюдается. Лига пользуется номенклатурой, выработанной Британским Министерством Здравоохранения, имеет свой печатный орган «Asia Rheumatologica».

В заключение Ван-Бремен высказал свою радость по поводу того, что он имеет честь выступать на Всесоюзном совещании, где намечаются правильные пути борьбы с ревматизмом, как с социальным злом.

Следующая серия докладов касается этиологии, классификации и лечения ревматических заболеваний.

Проф. Валединский И. Н. (Москва)—«К вопросу о сущности ревматизма». Современные бактериологические, патолого-анатомические и клинические данные дают основание отнести «острый ревматизм» к септическим процессам; хронического суставного ревматизма нет. Рациональнее при классификации пользоваться терминами хронического заболевания органов движения, напр., суставов. Из профилактических мероприятий в борьбе с острым ревматизмом необходимо поставить санацию полости рта и глотки на первое место, диспансеризацию детей вообще с широким применением физкультуры и т. д. Профилактика хронических суставных заболеваний должна идти по линии устранения профвредностей (простуды, интоксикации), улучшения жилых помещений, рационализация одежды, правильного питания, физкультуры, оздоровляющего режима в дни отдыха, равного лечения острых случаев и длительной выдержки их с применением терапии раздражения.

Проф. Корицкий (Днепропетровск)—«О скрытой очаговой инфекции в зеве ревматиков». Область зева в выраженных формах ревматических заболеваний таит в себе скрытые очаги инфекции приблизительно в 72% случаев. Первичный инфекционный очаг в зеве определяется следующей триадой признаков: 1) обнаружением шейного лимфатического или лимфожелудистого валика, 2) увеличением и чувствительностью рото-мандибулярных желез, 3) наличием нагноительных процессов в области тонзил.

Прив.-доц. Чаплин (Харьков)—«К патологической анатомии и клинике туберкулезного ревматизма». Среди неясных форм хронических «ревматических» полиартритов имеется определенный процент случаев с туберкулезной этиологией. Возможность такого рода артритов вполне доказана им совместно с проф. Еленевским при патолого-анатомическом вскрытии случая, наблюдавшегося длительно клинически; в области метафизов трубчатых костей микроскопически найдены туберкулезные поздние изменения, которые не обнаружались рентгенографически. С диагностической стороны заслуживает внимания то обстоятельство, что в таких случаях прививка суставного выпота свинке и даже пробная экцизия синовиальной оболочки дают отрицательный результат, потому что в полости суставов наступают лишь вторичные токсические изменения, первоисточник же находится в глубине метафизов и существованием его объясняются клинические симптомы. Понятие «туберкулезный ревматизм» (Rouset) в настоящее время имеет патолого-анатомическую базу, и следует строго дифференцировать этот вид полиартрита от хронических артритов *alia causa*.

Д-р Щеглова—«Влияние серной ионизации на ревматические заболевания». Ионизация серы при местном применении и при применении 4-х камерных ванн дает благоприятный клинический результат в большом проценте случаев при ревматизме и невралгиях. Ионизация серы вызывает изменение реакции оседания эритроцитов при ревматических и невралгических заболеваниях.

Проф. А. А. Кисель (Москва)—«О классификации хронических артритов у детей». Ревматизм у детей не оставляет после себя хронических артритов; хронические артриты у детей имеют различную этиологию. У детей наблюдаются самостоятельные хронические прогрессирующие артриты инфекционного происхождения, которые не имеют никакой связи с ревматизмом.

Проф. Файшмидт (Харьков)—«Номенклатура ревматических заболеваний». Укрревма предлагает две номенклатурные схемы, которые имеют в виду следующие задачи: 1) дать единую номенклатуру «ревматических» заболеваний, которая служила бы целям научного изучения их в соответствующих учреждениях; 2) дать краткую номенклатуру для практических целей и в том числе для статистической обработки.

Д-р Сорокин (Москва)—от Комиссии Комитета представил доклад «о единой номенклатуре и классификации ревматических заболеваний».

Проф. М. М. Дятчиха в своем докладе также остановился на вопросе классификации ревматических заболеваний, причем им было отмечено, что и предложенная им классификация, так же как и другие, является далеко еще несовершенной.

Нужно, однако, отметить, что предложенные Московским и Украинским Комитетами классификации далеки от совершенства, сложны в условиях практической работы и требуют углубленного изучения и согласования. Совещание постановило передать разрешение этого вопроса на совместное обсуждение с XI-м Всесоюзным терапевт. съездом, где одним из программных вопросов поставлен «ревматизм».

Сложность создания единой классификации видна из заявления Ван-Бремеса, что в Международной лиге имеется около 100 классификаций, предложенных в разных странах. Врачи не только разных стран, но одной и той же больницы (Лондон) говорят на разных, порой непонятных друг другу языках.

Для нас, в СССР, создание единой обязательной номенклатуры необходимо в ближайшее время. Пусть она страдает рядом дефектов, но все же она будет способствовать научению, учету и борьбе с ревматизмом, как социальной болезнью в нашем Союзе.

Совещание в резолютивной части согласилось в основном с предложениями докладчиков о необходимости создания Комитетов на местах и объединения всей противоревматической работы в едином, регулирующем центре.

В заключение мы считаем необходимым отметить, что I-е Совещание заложило фундамент делу большой общественно-практической важности. Врачебная общественность на местах должна быть инициатором борьбы с ревматизмом. Оправдывая на местные организации, фабричный, заводский и колхозный актив, мы в условиях СССР, в единственной стране, где нет социально-политических препятствий к постановке этой проблемы во всю ее ширь, можем достигнуть огромных результатов, а последние будут нашим вкладом в невиданное до сих пор своим темпам и масштабам социалистическое строительство и выполнение 5-лети в 4 года.

Библиография и рецензии.

Е. В. Гурьянов, А. А. Смирнов, М. В. Соколов, П. А. Шеварев. *Скала Бинэ-Термена для измерения умственного развития детей*. 116 стр., с приложениями. «Работник Просвещения», 1930.

Книжка, появлению которой должны радоваться все, имеющие дело с исследованием умственного развития детей и взрослых. В настоящее время русские издания скалы Бинэ-Симона в применимом для практических целей виде—в редакциях А. М. Шуберт и П. П. Соколова—являются уже почти библиографической редкостью, в практическим работникам в этой области оставалось заниматься переписыванием и перерисовыванием тестов. Новое издание, однако, не только выполняет этот пробел в литературе. Оно дает русскому читателю Стэнфордскую редакцию Л. Термена, в значительной мере исправляющую недостатки прежних редакций скалы. Особенно полезными для практического работника являются точные указания общей методики исследования и инструкции к отдельным тестам, а также образцы оценки ответов; в последнем пункте всегда было слабое место исследований по Бинэ и некоторая стандартизация ответов является большим шагом вперед. Что касается изменений основной скалы по существу, то внесенные редакцией Термена изменения, повидимому, еще нуждаются в проверке, и особенно в русских условиях. По крайней мере, впечатление от первых проведенных по этой скале исследований у нас, в Казани, как будто бы говорит за чрезмерную трудность Стэнфордской редакции; в соответствии с этим сдвигается в своем диагностическом значении IQ для разных групп нормы и отсталости. Этого и следует ожидать при том перемещении тестов—преимущественно в сторону снижения,—которое имеется в этой редакции: на 1 год снижено 18 (!) тестов, на 2 года 4 теста, на 3 года 2 теста и на 6 (!) лет 1 тест (тогда как повышения почти незаметны). Из вновь введенных тестов являются, повидимому, слишком трудными запоминание цифр в обратном порядке и тест поля

с мячом (часто решается неправильно по отношению к стандарту, вследствие трудности для ребенка представить *большое* поле по маленькому чертежу).

Издана книга хорошо. Редакция перевода выполнена тщательно. К сожалению, эта тщательность и стремление авторов русской редакции „принять все меры к тому, чтобы воспроизвести эту скалу возможно ближе к оригиналу“ иногда приводило к нежелательным последствиям. Так, в вопросе о сходстве между дровами и углем редкий русский ребенок — разве за исключением живущих в крупных центрах — может указать на применение их как топлива (уголь обычно связывается с самоваром), а на вопрос о различии между *деревом* и стеклом приходится слышать стереотипные ответы: «дерево с ветками и листочками, а стекло вставляют в окна» (не лучше ли — доска и стекло?).

Эти мелкие минусы — вполне понятные при таком сложном деле, как приспособление скалы к русским условиям — не могут идти в сравнение с крупными достоинствами книги. Интересно было бы услышать о впечатлениях от применения скалы, в плоскости оценки ее по существу, с точки зрения симпатичности тестов. Это, конечно, требует времени. Доцент М. Андреев.

Rindfleisch-Unger. *Praktische Differentialdiagnostik für Aerzte und Studierende. Neurologie.* Verlag Teodor Steinkopff. Dresden & Leipzig, 1928. Preis, geheftet Rm. 18,— geb. Rm. —20.

Книга состоит из двух частей. Первая, обработанная проф. Риндфлейшем, охватывает органические заболевания нервной системы, вторую часть — психоневрозы, функциональные неврозы и состояния истощения — составил д-р Унгер. Если о первой части можно сказать, что она представляет собой сжатый, но тем не менее в достаточной степени выполняющий свою задачу дифференциально-диагностического пособия очерк, то вторая часть, которая лишь немного меньше первой, вполне справляется со своей задачей. Может быть особенная важность различения функционального нервного заболевания от органического заставила авторов обратить особенное внимание на функциональные нервные болезни.

В книге нашли свое отражение все новые завоевания невропатологии а также новые психопатологические течения, поскольку они имеют отношение к психоневрозам и функциональным неврозам (напр. теория Адлера и т. д.) Книгу Риндфлейш-Унгера можно поэтому рекомендовать как книгу, которая при своем сравнительно малом объеме — всего 291 стр. — исчерпывающе представляет дифференциальную диагностику органических и функциональных нервных болезней. Ив. Галакти. (Москва).

Рефераты.

Биологическая химия.

1) *Новые данные о строении белков.* Работы Kossel'я и Schenck'a по статьям Schenck'a. (Naturwissensch. Hf. 39, 824, 1930. и Arch. f. exp. Path. 150, 160, 1930).

Работы интересны как с точки зрения стихийного проникновения диалектических установок в науку, так и с точки зрения изменения наших представлений о белках, как о веществах, имеющих течение жизненного цикла определенную формулу строения. Определенная формула строения характеризует только определенные жизненные проявления. Отсюда вытекает, что изменения свойства белка определенного вида зависят не только от изменений физико-химического и коллоидного порядка, а и от изменения количества и качества входящих в данный белок аминокислот.

А. приводит схему развития белкового компонента нуклеопротеина спермы карпа (см. стр. 212).

В недостижном половой зрелости семеннике существует три основных пептопа, очень богатых гексоновыми основаниями. I и II содержат в разных соотношениях аргинин и лизин, в III много гистидина, мало аргинина и лизина. Перед наступлением половой зрелости I и II пептопы соединяются с последующим выделением части лизила. С присоединением к этому комплексу III-го пептона



белковый компонент приобретает характер гистона. Обычно на этой стадии процесс не останавливается, идет дальше—выделяются моноаминокислоты, и соединенные приобретает характер протамин — трипротамин, который через дипротамин (при выделении лизина или гистидина) переходит (соответственно уходит гистидин или лизин), наконец, в монопотамин, состоящий почти целиком из аргинина. В ту же схему укладывается развитие белкового компонента спермы и других видов рыб, только отдельные промежуточные стадии не одинаково выражены.

Наличие двух основных пептонов обнаружено и в белковом компоненте гемоглобина—глобине. Один из них (I) содержит меньше моноаминокислот и в нем отсутствует аргинин, второй содержит больше моноаминокислот и все три гексоновых основания. У взрослого эти пептоны в глобине относятся как 7:3.

Содержание моноаминокислот и аргинина в глобине падает с возрастом. При гипохромной анемии глобин по составу очень близок к глобину новорожденных. При гиперхромной—к глобину стариков.

Чем меньше аргинина входит в глобин, тем он менее устойчив по отношению к воздействию пепсина, соляной к-ты и, следовательно, аутолитических процессов.

М. Любимова.

Внутренние болезни.

2) *Липонидный гистиоцитоз* (Journ. Med. Ass. 1930, s. 1102) или болезнь Niemann'a состоит в том, что имеется большое количество «пенистых» пронизанных холестерином гистиоцитов в селезенке, печени, лимф. узлах, костном мозге, легких, надпочечниках и в лимф. ткани кишечника и нервной системы. Клинически л. г. сопровождается прогрессирующим истощением, увеличением селезенки и печени и наступлением смерти не позже 2-летнего возраста пациента. Физическое и умственное развитие этих больных замедлено. Причиной этого довольно редкого заболевания (по предположению Baty, описавшего 16 случаев) является глубокое нарушение обмена веществ вследствие диететических изменений в связи с цивилизацией.

Н. Крамов.

3) *Лечение легочных нагноений*. R. Mignot. (Presse méd. № 23, 1930). Острые формы легочных абсцессов в 20—40% излечиваются в течение 1—2 мес., но излечение коварно поздними рецидивами даже спустя ряд лет видимого здоровья. Lienthalов, что 80% больных легочными нагноениями умирают в течение 3-х лет. Лег. абсцессы, вызываемые пневмококком и стрептококком, обычно более легко поддаются излечению, чем нагноения от b. Friedländera, которые дают более тяжелое течение и более часто ведут к смерти. Профилактика по Sergeant и Bordet состоит в тщательном наблюдении за ротовой и носоглоточной полостями. Из многих методов лечения (обзор которых а. делает) а. выделяет igratorin внутривенно. Перечисляя т. наз. специфические методы, а. особенно подчеркивает необходимость использования эметина не только в случаях амёбных абсцессов, но и во всех остальных. Эметин вводится в количестве 0,04—0,06 под кожу в течение 5—6—10 дней в месяц.

Попутно а. сообщает об успешном лечении легочных нагноений «жаждой», т. е. резким ограничением воды и NaCl. Все случаи хронических нагноений в легких, равно как и случаи рецидивов должны лечиться хирургически.

Н. Крамов.

4) *Отношение селезенки к желтухе*. (Paupe, J. Amer. M. Ass. № 15, 1930). Гемолитическая желтуха—болезнь всей гематопоетической системы, и источник желтухи лежит не только в селезенке, но во всей ретикуло-эндотел. систе-

ме. Особенную роль в возникновении желтухи играет печень; гепатит (при котором недостаточна деятельность печеночных клеток) ведет к недостаточному фильтру желчных пигментов, т. о. попадающих в общий круг кровообращения.

Улучшение при гемолитической желтухе от спленэктомии зависит от того, что печень освобождается от прямого перегрузения пигментами, шедшими от *lien* коротким путем, а теперь, после спленэктомии, поступающими из отдаленных очагов длинным и медленным путем и в менее концентрированной форме.

Н. Крамов.

Хирургия.

5) О болезни *Perthes'a*. D-r Gangele (Zentralbl. f. Chir. 1931. № 2) указывает, что обычно под болезнью *Perthes'a* описываются лишь поражения головки бедра. Автор наблюдал случаи поражения вертлужной впадины одной, или одновременно с головкой бедра.

И. Цимхес.

6) Случай оперативного лечения повреждения сердца. D-r E. Kiszy (Zentralbl. f. Chir. 1931. № 2) описывает случай, оперированный им через $\frac{3}{4}$ часа после нанесения колотой раны сердца с хорошим результатом. И. Цимхес.

7) Результат применения нового местно-обезболивающего средства. (Препарат—2593—*Pantokain*). D-r Th. Kiess (Zentralbl. f. Chir. 1930. № 50) применял Р. при 507 инфльтрационных и проводниковых анестезиях. При инфльтрациях, обкалываниях и обезболивании небольших нервов (367 сл.) достаточен $\frac{1}{2}\%$ раствор, при проводниковых же анестезиях (140 сл.) в зависимости от рода анестезии от $\frac{1}{2}\%$ до 5% раствора. Новый препарат соответствует в 10 раз более сильной концентрации новокаина. Применение Р. с прибавлением половинного, против обычного при новокаине, количества *syringenin'a*, даже в крупных дозах, безопасно, не вызывает раздражения и повреждения тканей. Прибавлением же полного количества *syringenin'a* вызывается анестезия тканей и тромбоз подкожных вен. Побочных, неблагоприятных явлений Р. не вызывает. Исключение составляет люмбальная анестезия 5 процентным раствором с добавлением *syringenin'a*, где встречались случаи коллапса и побочных явлений в виде головных болей, тошноты и рвоты. Вообще же Р. не более ядовит, чем новокаин. Сила действия его почти одинакова с последним, срок же действия более длителен (от 4 до 10 час.); последующая боль незначительна или совершенно отсутствует, кроме того он может быть комбинирован с меньшим количеством контрагирующих сосудов сред, чем новокаин. Для поверхностной анестезии автор его не применял.

И. Цимхес.

8) Травма и аппендицит. D-r F. Eicken (Zentralblatt f. Chir. 1930. № 50) рекомендует быть осторожным, ставя диагноз аппендицита в зависимости от травмы. Это явление вообще крайне редкое. В каждом отдельном случае, имея в анамнезе травму, оператору следует обращать внимание не только на брюшной покров и червеобразный отросток, но и исследовать этот отросток микроскопически. А. приводит случай, где травма правой нижней части живота, несмотря на клиническую картину аппендицита, его все же не вызвала, а дала лишь изолированный, частичный разрыв прямой мышцы живота. В виду этого а. рекомендует в случаях, подобных указанному, вскрывать влагалище прямой мышцы. Естественно, для точности выяснения процесса должно присоединяться и вскрытие брюшины.

И. Цимхес.

9) Относительная частота рака грудной железы у незамужних и незамужних женщин. D-r O. Pikkariinen (Zentralblatt f. Chir. 1930. № 50), основываясь на своем материале в 505 сл. и на материале проф. Kalima в 600 сл., приходит к заключению, что рак грудной железы, после 35 лет, встречается относительно чаще у незамужних женщин, чем у замужних. Отсюда лактацию и являющееся ее следствием воспаление грудной железы не следует ставить в причинную зависимость с раком груди. Этиологической причиной рака груди можно считать инактивность грудной железы у незамужних женщин (Kalima) и различные происходящие в яичниках процессы, влекущие за собой секреторное отступление от нормы, закупорку и гипертрофию (Moszkowicz u. Dieckmann).

И. Цимхес.

10) Редкий случай излечения тромбоза воротной вены. D-r med. P. Rupprecht (Zentralbl. f. Chir. 1930. № 50) стремится показать возможность длительного излечения тромбоза воротной вены неоперативным путем. А. приводит случай сильного асцита с ясно выраженным расширением коллатерального круга

кровообращения после удара левой нижней части живота. Излечение произошло от (срок около 4 лет) применения световых ванн и повторными пункциями асцита. Вообще же, как правило, в случаях тяжелых контузий живота, следует прибегать к лапаротомии, а при тромбозе воротной вены—к операции Talm a. *И. Цимхес.*

11) *Послеоперационные легочные осложнения.* C. de Ferro (Arch. ital. Chir. 26, II, 2 (1930) реф.—Zentralbl. f. Chir. 1930, № 50), коснувшись опубликованной в литературе статистики послеоперационных легочных осложнений, сообщает о своем собственном материале—535 операций с 19 легочными осложнениями, которые особенно часты после брюшных вмешательств, особенно в надчревной области (5,22% при 306 лапаротомиях). Наиболее часты такие осложнения после операций на желчных путях (18,1%), в то время как гинекологические операции дают лишь 6,2% легочных осложнений. Мозговые операции дают 3,3% легочных осложнений; операции на почках—4,1% и на щитовидной железе—4%. Большое количество осложнений на легких вызывает эфирный наркоз. При местном обезболивании насчитывается лишь 2,8%, при спинномозговой анестезии—1,7%. Возраст в данном случае, видимо, не играет роли; в общем женщины склонны к легочным осложнениям более, чем мужчины. Отмечается, что лица, раньше хворавшие легочными заболеваниями, чаще заболевают послеоперационным воспалением легких. При общей смертности в 1,1% смертность от брюшных операций равна 1,2%, от прочих операций—0,87. Смертность же от легочных осложнений равнялась 31,5% всей смертности. Большею частью при легочных осложнениях после операций заболевают бронхопневмонией (79%), лобарные пневмонии наблюдались лишь в 21% случаев. В 13% сл. локализация воспаления была справа. В 6% сл. процессом были охвачены обе стороны. У 210 6-ных до операции функционально исследовался дыхательный аппарат. В 60% сл. после операции легочные осложнения появлялись у тех лиц, легкие которых показали недостаточность при предварительном исследовании. Больные с повреждениями автономной нервной системы дают более частые легочные осложнения, причем более тяжелые явления наблюдаются у вегетоников. *И. Цимхес.*

Невропатология и психиатрия.

12) Bauer (Psychotherapie in der medizinischen Poliklinik) и Wenger, P. (Ueber Erfolge der Psychotherapie in Rahmen einer Poliklinik für interne Kranken) горячо рекомендуют применение в известных случаях психотерапии, главным образом рациональной психотерапии, в *терапевтической поликлинике*. Венгер приводит ряд случаев из своей поликлинической практики терапевта, где он мог достигнуть успеха только при помощи рациональной психотерапии (Klinische Wochenschrift № 49, 1930). *Ив. Галлант (Ленинград).*

13) Stemplinger имел хорошие успехи при лечении *постэнцефалитического паркинсонизма* хирсауеровским методом лечения атропином (Hirsauer Atropinkur)—ежедневно 3 раза по одной капле 1% раствора, повышая каждый день дозу на одну каплю до 20 капель 3 раза в день (Münch. med. Wochenschrift № 45, 1930). *Ив. Галлант (Ленинград).*

14) Eyrich обращает особенное внимание психоневрологов на «раннее лечение» (Frühbehandlung) *травматических неврозов*, подчеркивая, что то, что психотерапевтически просрочено или упущено в начале лечения травматика, того уж потом никакими другими средствами не вернуть. С самого начала должен быть отрезан путь к возможному образованию реинтного невроза (Reintenneurose). К сожалению, эта по Eyrich'у сама по себе легкая задача в условиях практики врачей страхкасы в Германии непреодолима. (Deutsche med. Wochenschrift № 50, 1930). *Ив. Галлант (Ленинград).*

15) В Берлинском медич. о-ве (21 янв. 1931 г.) Мадридский проф. Horteга говорил об *открытом им третьем элементе центральной нервной системы*, который он сам называет *микроглией*, но который теперь делается известным под именем клеток Horteга. Функции этих клеток подобна функции ретикуло-эндотелиального аппарата в соматической системе. Клетки Horteга обладают амебной и фагоцитарной способностью, они могут воспринимать всевозможные клетки, продукты распада, кровяные тельца. Выделение их достигается особым методом фиксации и окраски серебряными и золотыми растворами. В дискуссии Goldscheider и C. Benda говорили о большом значении открытия Horteга и о больших перспективах, открываемых им, т. к. благодаря ему найдут

свое анатомическое объяснение многие мозговые болезни, для которых до сих пор не находилось органических изменений, почему необходимо исследовать состояние элементов Нортгеа при эпилепсии, мигрени, пизофрении и т. д. Ю.

16) Prof. J. Lange и priv. doz. E. Guttmann (München) (M. m. W. 1930, № 32) могли установить в некоторых случаях *взаимозависимость между невротическим состоянием и анатомическими аномалиями центр. н. сист.*, которые авторы называют «dystrophische Anomalien, Status dystrophicus» и которые в большинстве случаев обнаруж. в виде spina bifida. В исслед. авторами случаях spina bifida обнаруживалась рентгенологическим исследованием и служила, по их мнению, органическим показателем конституциональной готовности к невротическому заболел., толчком к которому являлся обычно психический толк или другое повреждение. Ю.

17) Зеелерт (Archiv f. Psychiatrie, Bd. 88, II. 2) сводит богатое разнообразие экзогенных психических форм реакций Бонгефера (exogene psychische Reaktionsformen (Bonhöffer) к трем основным формам симптомообразования: амнестическое состояние, делириантное состояние и состояние пониженного сознания (Minderung des Bewusstseins). Смешение этих трех основных форм дает весьма различные и богатые в своем разнообразии экзогенные психические реакции. Амнестическое и делириантное состояние имеют свою основу в определенных типах повреждения мозга, понижение сознания обуславливается определенной локализацией повреждения. Амнестическое состояние имеет свою причину в диффузном повреждении тканей, ведущем к погашению функции известных элементов мозга—характер травматического воздействия на ткани мозга не имеет при этом значения. Основа делириантного состояния—токсические процессы в элементах мозга. Понижение сознания имеет свою причину в локализации повреждения в основании мозга (Hirnstamm). Вид повреждения не играет и здесь никакой роли.

Надо сказать, что взгляд Зеелерта на проблему экзогенных психических форм реакции в значительной степени облегчает понимание большого разнообразия и изменчивость картин состояний при этих Бонгеферовских формах реакции. Ив. Галант (Ленинград).

18) Франк (Archiv f. Psychiatrie Bd. 90, II. 1, 1930) приводит казуистику (6 случаев) к вопросу экзогенной или симптоматической пизофрении. По Франку пизофренический тип реакции (Шоппер, Кан) следует рассматривать, как особый вид экзогенной психической формы реакции в смысле Бонгефера, отсюда и предлагаемое им наименование «симптоматической пизофрении». Некоторые из случаев Франка мало убедительны (отсутствие инфекции и вообще неясность этиологии), другие вообще не могут рассматриваться как «симптоматическая пизофрения». Вся попытка Франка расширить учение Бонгефера об экзогенных психических формах реакции за счет пизофрении должна считаться неудачной. Она никак не совпадает с тонким анализом Зеелерта этих самых психических форм реакции. Ив. Галант (Ленинград).

19) Hoskins и Sleeper (The thyroid factor in dementia praecox. The American Journal of Psychiatry, vol. 87, № 3. November 1930) лечили пизофреников в тех случаях, когда у них была установлена выраженная недостаточность щитовидной железы, препаратами этой железы. Результат этого лечения удовлетворил авторов, т. к. при удачном подборе больных и при соответствующей дозировке препаратов щитовидной железы течение длительного периода времени лечение давало случаи полного выздоровления. (Среди 130 пизофреников у 18 была установлена недостаточность щитовидной железы; 16 были подвержены «thyroid medication» (лечению препаратами щитовидной железы) и 14 случаев или 88% хорошо поправились в умственном отношении, так что 5 из этих 14 были выпущены домой. С другой стороны авторы предостерегают от огульного, безразборчивого лечения пизофреников препаратами щитовидной железы, т. к. успех в таком случае сравнительно незначителен (34% случаев улучшения).

Ив. Галант (Ленинград).

Хроника.

11) 16-го февраля с. г. в заседании акушерско-гинекологической секции Казанского о-ва врачей был отпразднован 40-летний юбилей научно-преподавательской деятельности проф. В. С. Груздева.

12) На заседании рус. Хирург. о-ва Пирогова в Ленинграде 1 янв. 1930 г. постановили *передать музей Пирогова* в ведение Военно-мед. академии, согласно предложения начальника Военно-мед. академии.

13) В Мацесте, около Сочи, организова *Дом отдыха для врачей* с пропускной способностью в 300 чел.

14) Д-р экономики Л. Ашнер в Мюнхене публикует интересные сведения о числе лиц с высшим образованием в Германии. Число это в круглых цифрах возросло с 330.000 в 1926 году до 350.000 в настоящее время, т. е. на 6%, тогда как население вообще возросло на 2%. Также растет и число студентов: с 1925 по 1930 число студентов вообще возросло на 35%, а студентов-медиков на 135%. Все это ведет к перепроизводству лиц интеллигентного труда вообще, и врачей в частности. Ашнер приводит следующую таблицу, показывающую число безработных лиц в высшем образовании, и число освобождающихся мест.

1930 г. свободных мест 6000, безработных 16000, вновь оканчивающих 23000—перепроизводство 33000 чел.

1931 г.: своб. мест 6100, безработных 33000, вновь оканчивающих 25000—перепроизводство 51900 чел. (Deutsch. Korrespond. f. Gesundheitswesen u. Sozialversicherung 1931, № 3).

15) XII *всесоюзный съезд санитарных врачей*. Оргбюро по созыву XII всесоюзного съезда санитарных врачей и эпидемиологов предполагает созыв съезда в апреле. Местом съезда намечен Ленинград. В программу пленарных заседаний съезда внесены вопросы: задачи здравоохранения в реконструктивный период; эпидемиологическое состояние СССР; новые задачи санитарных врачей в общественном питании и т. д.

16) Оргкомитет VII-го *Всесоюзного съезда по курортному делу* извещает, что ввиду созыва в конце февраля и начале марта с/года Съездов Советов, близости начала курортного сезона и перенесения Научно-Планского курортного съезда, созываемого Госпланом—VII-й Всесоюзный научно-организационный съезд Наркомздравов *откладывается до осени*. О точном сроке созыва Съезда будет сообщено дополнительно.

17) Согласно постановлению Глазной секции Ученого медицинского совета Н. К. З. *Первое Всеукраинское трахомное совещание* переносится на лето 1932 г. и состоится в Киеве после 2-го Всесоюзного офтальмологического съезда при участии делегатов Всесоюзного съезда офтальмологов. Программа Трахомного совещания остается без изменений.

18) 5-го января 1930 г. в Ташкенте в клинике имени Полторацкого умер врач М. С. Ефремов, 31 года, от перитонита, после операции передней гастро-энтеростомии. М. С. Ефремов кончил медфак Казанского университета в 1924-м году и все 5 лет работал в участковых больницах: первое время в Спаском кантоне Татарской республики, где жили и его родители, ведя бедняцкое крестьянское хозяйство. Затем он решил поехать в Узбекистан, но болезнь работать ему не дала, и он вынужден был лечь на операцию, которая для него и окончилась роковым образом. Зная его по студенческим годам, как энергичного общественно-го, и всегда жизнерадостного товарища, как-то не верится, что так рано прервалась его молодая жизнь.

Врач Чуриков.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

2) Где можно ознакомиться с принципом устройства педальной иглы (aiguille à pédale), рекомендуемой проф. Фором при производстве гинекологических операций, или откуда ее можно выписать, и изготавливаются ли они у нас в Союзе?

Подписчик № 1473.

Ответ. Рисунок такой иглы имеется в книге Фора „Рак матки“, изд. 1928 г., стр. 120. Насколько мне известно, у нас в Союзе эти иглы не изготавливаются.

Н. Маненков.