

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Краевой медицинской ассоциации Татареспублики.

Орган Казанского медицинского института и Казанского института
для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—проф. И. С. Алуп, Акчурин
проф. В. Л. Боголюбов, З. Н. Блюмштейн (секретарь), проф. И. П. Васильев,
К. В. Волков, Гизатуллин, проф. И. К. Горяев, проф. М. М. Грав, С. Б. Ена-
лиев, Н. В. Ияюшкин, проф. Е. М. Лепский, А. Я. Плещицер, проф. В. А.
Энгельгардт.

1931 г.

(Год издания XXVII)

№ 8

А В Г У С Т



КАЗАНЬ.

Татглавлит № 6692.

Наряд № 9753.

Тираж 5000 экз.

Т

Татполиграф. Казань, ул. Миславского, 4. 1931

Отдел I. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из Физиологической лаборатории Кубанского мед. института.

Метод менингостомии и его применение при изучении головного мозга у животных.

Проф. А. И. Смирнова и д-ра П. Д. Олефиренко.

С 1 рис.

Все хирургические методы, применяемые при изучении головного мозга у животных, можно объединить в две группы: 1) методы прямого и косвенного выключения того или иного участка мозга и 2) методы непосредственного раздражения мозга электрическим током или путем механического, химического или термического воздействий. В руках разных экспериментаторов, в зависимости от целей и объектов исследования, эти основные методы варьировались в той или иной мере. Все модификации были направлены к тому, чтобы, с одной стороны, по возможности избежать травмы мозга во время трепанации, а с другой стороны, получить доступ к коре головного мозга без обнажения его в момент производства самого наблюдения. Как можно судить по литературе, собранной у E. Abderhalden'a в Handbuch der biolog. Arbeitsmethoden в известной мере это уже достигнуто.

Наиболее удачными следует признать методику мозговых электродов по Ewald'y и Baer'y, капсулу Trendelenburg'a для опытов с согреванием и охлаждением коры головного мозга, методику мозгового окна по Hauptmann'y, мозговые плетизмографы по Roy и Scherington'y, Gottlieb'y и Magnus'y и метод замораживания мозга CO₂ (Сперанский). Каждый из вышеуказанных способов ограничен определенными областями применения и не может быть использован для всех экспериментальных заданий.

По ходу наших исследований мы встретились с необходимостью изучить прямое действие морфия на кору головного мозга, при этом нас не удовлетворяла грубая методика аппликации лекарственных веществ на обнаженный мозг или наклейка на него кусочков смоченной фильтровальной бумаги, как это нередко практикуется. Мы решили провести свои наблюдения на здоровых животных в условиях многократной проверки результатов опытов и при применении различных дозировок морфия. В условиях острого опыта, когда животное еще не оправилось от операционной травмы и наркоза, трудно бывает рассчитывать на получение правильных соотношений. Исследования нашей лаборатории выяснили, что для получения правильного понимания о действии того или иного раздражителя необходимо знать „функциональную направленность“ организма, и в этом отношении только опыты на хронически оперированных животных дают возможность видеть действие фармакологического агента, в зависимости от реактивной установки органа.

Re meinger'ом описан простой способ перфорации черепной крышки у кролика с помощью чертёжной кнопки, но он требует всякий раз

обнажения кости, а, следовательно, и раневой травмы. Нам же хотелось избежать и этой, хотя и небольшой, но болезненной операции.

Поиски подходящей методики привели нас к разработке простого и доступного метода менингостомии, который позволяет в любой участок мозга и повторно инъецировать различные исследуемые вещества без вскрытия кожи и болезненности для животного. Мы полагаем, что этот метод может оказать большие услуги не только физиологам и фармакологам, но поможет и бактериологам в их повседневной практике заражения животных через мозг и для исследовательских целей.



Черепная крышка собаки (натуральн. величина).

мышцы сшиваются и рана закрывается асептически.

После операции животное не требует особого ухода и, обычно, уже на другой день ест и бегает. На 7-й день после снятия швов или несколько позже, если сохраняется отечность и болезненность тканей, животное готово к опытам. Для своих наблюдений мы пользовались собаками.

Техника введения растворов в субдуральное пространство или в кору мозга очень несложна. Животное удерживается служителем, а экспериментатор, смазав иодом кожу головы, прощупывает окошко на черепе собаки (это легко сделать, так как в данном месте легко ощущается впадина) и быстро через кожу и височные мышцы делает прокол твердой мозговой оболочки, в чем легко убедиться по некоторому сопротив-

Метод заключается в следующем: производится разрез кожи и височных мышц, рана расширяется крючками и после отделения надкостницы в требуемом участке черепной крышки делается трепаном круглое отверстие. Трепанация производится так, чтобы не поранить твердую мозговую оболочку. Когда одно или несколько окон сделаны, края отверстий очищаются препаральной иглой или маленьким острым долотом от остатков кости. Образовавшееся окошко закрывается соответствующего размера пластинкой с бортиком, продырявленной в нескольких местах и приготовленной из чистого серебра, во избежание образования ядовитых окислов металлов. Рвант пластинки, ввиду пластичности металла, легко прилаживается к неровностям черепа. Затем разрезанные височные

лению при введении иглы чрез отверстие наложенной на окно пластинки. При небольшой практике игла легко попадает в одно из отверстий серебряной пластинки. Можно вводить иглу шприца только в субдуральное пространство или погрузить на желательную глубину в кору мозга, а в случае особой задачи (применяя длинную иглу) и в глубокий участок головного мозга. Во время прокола субдурального пространства и инъекции раствора не отмечается заметного беспокойства животного.

Тотчас же после инъекции животное освобождается и предоставляется самому себе. Время инъекции и поведение животного точно регистрируется. Некоторые из оперированных нами собак получили до 30 инъекций в течение двух месяцев, оставались здоровыми, бодрыми и не отличались по внешнему виду от контрольных. В течение этого времени можно было свободно проникать иглой в субдуральное пространство, так как новообразование кости шло только по краям трепанационного отверстия. Несколько собак спустя 1—2 месяца после операции были убиты для патолого-анатомического обследования операционной раны и мозга. При вскрытии черепа серебряная пластинка оказывалась замурованной как сверху, так и снизу, соединительной тканью. По краям трепанационного отверстия с мозговой стороны обнаруживались новообразования новой кости с тенденцией охватить пластинку с краев. Твердая мозговая оболочка была совершенно свободна, на ее поверхности не обнаруживалось никаких следов воспалительного процесса. Поверхность мягкой мозговой оболочки также чиста и макроскопически не отличалась от других участков мозга. В тех случаях, когда раствор вводился в вещество мозга, на поверхности мозга соответственно числу уколов иглой отмечались точечные ранения. Ни в одном случае не было выхода cerebro-спинальной жидкости и кровотечения.

В наших опытах мы пользовались инъекцией морфия и других веществ в различные участки коры мозга; для этой цели мы делали окошко одновременно на обеих половинах черепной крышки или в разных местах одной и той же стороны. Зная топографию коры мозга у собаки, легко наложить окошко в желательном участке.

Кроме жидкости легко вводить в субдуральное пространство и газы, о чем можно судить по нашим контрольным наблюдениям.

Описываемый нами метод дает возможность производить безкровным путем временное выключение участков коры мозга, а также изучать действие различных фармакологических веществ на кору мозга и базальные ганглии.

Литература. 1) E. Abderhalden. Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Abt. V. Teil 5. H. 2. 1923. — 2) А. Сперанский. Нервная система в патологии. М.-Л. 1930. — 3) Romeinger. Цит. по Егolinскому Я. Операции и опыты в физиологии. Часть I. Томск 1929.

Из Экспериментальной лаборатории (зав. д-р Супоницкая) Сеченовского института физических методов лечения (дир. проф. А. Е. Щербак).

Влияние некоторых физико-терапевтических раздражителей на характер воспалительной реакции.

Д-ра Ф. М. Супоницкой.

Воспаление относится к тем главам патологии, которые, будучи хорошо изученными, подвергаются, однако, частому принципиальному пересмотру и вызывают глубокий интерес и внимание у патологов всех времен. Если для каждого врача любой специальности является необходимым ясное представление о сущности явлений, из которых складывается воспалительная реакция, то тем более необходимо это для физиотерапевта, поскольку результатом воздействия большинства физиотерапевтических раздражителей является реакция, приближающаяся по своему клиническому проявлению к типу воспалительной, а при усилении раздражителя прямо переходит в нее (ожог). Точное разграничение этих реакций и клиническое значение такой грани может быть выяснено только при знакомстве с динамической характеристикой организма или отдельного тканевого участка как в случаях воспаления, так и при воздействии физиотерапевтических раздражителей. Последнее положение и легло в основу настоящей работы.

Другой предпосылкой служило то обстоятельство, что целым рядом работ Сеченовского института (как клинических, так и экспериментальных) было подтверждено выдвинутое впервые проф. Щербак о „сегментарной территориальности“ в применении ряда физиотерапевтических раздражителей. Сущность этого положения сводится к тому, что в шейной части спинного мозга заложен вегетативный аппарат, и даже одностороннее раздражение, падающее на кожу данной территории, может рефлекторным путем возбудить весь шейный вегетативный аппарат со всеми его сложными связями. Это положение легло в основу сегментарной рефлекторно-вегетативной терапии, широко применяемой в Сеченовском институте в виде так называемых „воротников“—грязевых и гальванических.

Исходя из этого положения, можно было, применяя эту „сегментарную терапию“, ожидать и биохимического рефлекса со стороны соответствующих тканей и органов, т. е. изменения динамического status'a тех участков, которые по сегментарному расположению соответствуют месту приложения раздражителя. С другой стороны, рядом работ последнего времени, главным образом работами проф. Бриккера, широко изучена динамика воспаленной ткани, а также проведена грань в этом отношении между биохимическим status'ом ткани в состоянии воспаления и раздражения.

Учитывая все эти данные, нам представлялось интересным выяснить дальнейший этап: как протекает процесс и как меняются отношения при одновременном взаимодействии обоих факторов, обуславливающих оба типа реакции—состояния раздражения и воспаления.

Опыты проводились на кроликах. Всего 42 опыта. Схема опытов такова: кролик получал физиотерапевтический раздражитель и непосредственно после этого у него вызывалось воспаление. Критерием в наблюдении служил общий ход раз-

вития воспалительной реакции, а также картина углеводного обмена, газр. степень сгорания и интенсивность ассимиляции углеводов. В качестве раздражителя применялись: 1) „Гальванический воротник“, т. е. слабый гальванический ток густотой до 0,03 на 1 кв. см. в течение 8—10 минут, причем местом приложения его служила область шейного вегетативного аппарата, соответствующая $C_3-C_4-D_1-D_2$. Вся эта область охватывается при наложении электрода, большей частью анодного, выкроенного в форме откидного мехового воротника, откуда и самое название.

2) Другим раздражителем явился так называемый „грязевой воротник“, т. е. горячий грязевой компресс температурой 38—39°—10 минут на ту же область. В этом случае термический эффект суммировался с электрическим воздействием, так как физической лабораторией ин-та установлено, что при грязевом компрессе между кожей и грязью возникает колебательный ток напряжения до 1 вольта.

3) Наконец, в третьей серии опытов нами применялась диатермия шейной части позвоночника при поперечном расположении электродов и густоте тока 0,01 на 1 кв. см. (5 минут). В данном случае воздействие сводилось помимо раздражения соответствующего участка кожи к глубокому прогреванию и непосредственному влиянию на вегетативный шейный аппарат тока высокого напряжения большой частоты. Воспаление вызывалось на одном ухе кролика горячей водой (52—54°) 1—2 минуты, в другой серии—смазыванием уха 4-мя каплями кротонového масла. Второе ухо служило контрольным как в отношении развития воспалительной реакции, так и в смысле содержания сахара в крови. Воспаление вызывалось всегда одновременно у 2 кроликов: один из них получал тотчас же какой-либо из указанных раздражителей, а другой служил контрольным. Для определения сахара бралась кровь из краевой вены и из аг. саготis.

Полученные результаты представлены в сводных таблицах:

Воспаление+гальванический воротник (среднее из 15 опытов).

Таблица 1

Время от начала воспаления	Содержание сахара в крови оттекающ.			Примечание
	От здорового уха	От воспален- ного уха	Повышение в мгр. %о/о	
До воспаления . .	88	—	—	
Через 15 минут . .	88	95	7	
„ 1 час	85,6	101	14,4	Потепление, гиперемия
„ 2 часа	87,8	108	10,2	Гиперемия
„ 4 часа	90,5	107,7	17,2	Отек, резк. гиперемия
К о н т р о л ь				
До воспаления . .	95,5			
Через 15 минут . .	96	112	16	Явления, как в предыдущем случае
„ 1 час	96	119	23	
„ 2 часа	97,3	117	19,7	
„ 4 часа	96	123	26,2	

Обращаясь к 1-ой серии и сравнивая данные опыты с контрольными, мы видим, что в среднем применение гальванического воротника не отражается существенно на развитии воспалительной реакции; во всяком случае, если встречается улучшение, то трудно считать его закономерным. Чаще же всего почти одновременно развиваются процессы дистрофического характера, выявляются стойкие расстройства кровообраще-

ния, развивается цианоз, отек. При дальнейшем наблюдении оказывается, что воспаленное ухо или отваливалось или подвергалось обезображивающему рубцеванию. Картина углеводного обмена дает менее высокий процент повышения сахара в венозной крови, но все же он остался значительным.

Другие данные мы получили во второй серии опытов с грязевым воротником.

Воспаление+грязевой воротник (среднее из 10 опытов).

Таблица 2-ая.

Время от начала воспаления	Содержание сахара в крови			Примечание
	От здорового уха	От воспаленного уха	Потребление сахара в мгр. %	
До воспаления . .	113	104	9	
Через 15 минут .	115	102	13	Горячо на ощупь
„ 1 час . . .	115	99	16	Гиперемия
„ 2 часа . .	114	98	16	Тоже, отека нет
„ 4 часа . .	116	100,5	15,5	„ „
„ 24 часа . .				Небольшое сморщив.
<i>К о н т р о л ь</i>				
До воспаления . .	109	97	12	
Через 15 минут .	110	103	7	Ухо горячо
„ 1 час . . .	110	105	5	Гиперемия
„ 2 часа . .	110	106	4	Отек
„ 4 часа . .	110,5	126	15,5	Цианоз, отек

Здесь мы наблюдали прежде всего почти постоянный эффект в отношении клинических проявлений, которые можно характеризовать тем, что процессы регрессивные сводятся к минимуму и очень быстро наступает восстановление. Ретрогирующие процессы иллюстрируются небольшим сморщиванием, совершенно непохожим на обезображивающие рубцы, наблюдавшиеся в 1-ой серии.

Обращаясь к углеводному обмену мы видим, что в то время как в воспаленном ухе контрольного кролика задержка сахара тканью значительно понижена в сравнении с цифрами, приводимыми другими авторами (Каргер и Розенов, Кочнева, Бриккер), в воспаленном ухе кролика, получившего воротник, потребление сахара больше.

Этим количественным отличием энергетики ткани и обусловлена, повидимому, качественная разница в течении воспалительной реакции в обоих случаях. Это предположение еще более оправдывается 3-ей серией опытов, где применялась диатермия шейной части позвоночника.

Воспаление + диатермия (средняя из 16 опытов).

Таблица 3-я.

Время от начала воспаления	Содержание сахара в крови			Примечания
	От здорового уха	От воспали- ного уха	Потребление сахара в мгг. ‰	
До воспаления . .	105	91,5	13,5	
Через 15 минут . .	108	92	16	Без особ. измен.
„ 1 час	107	89	18	Повыш. темп., гипер.
„ 2 часа	108	87,5	20,5	Тоже, отека нет
„ 4 часа	106	86	20	„ „
„ 24 часа				Ухо имеет норм. вид
<i>К о н т р о л ь</i>				
До воспаления . .	118	108	10	
Через 15 минут . .	118	108	10	
„ 1 час	120	112	8	Повыш. темп., гипер.
„ 2 часа	120	115	5	Тоже
„ 4 часа	120	114,5	5,5	Тоже, отек, ухо отвис.
„ 24 часа				Ухо холодное, цианотично, резко отечно

Здесь можно говорить не только об ослаблении регрессивных процессов и связанных с ними симптомов в сравнении с контрольным животным, но прямо о выпадении, купировании их. Картина углеводного обмена также указывает на значительное усиление ассимиляторной фазы, превышающей в известные моменты контрольные цифры в 4 раза, т. е. на 200‰.

Факт этот представляется нам еще более заслуживающим внимания, если мы обратимся к литературным данным.

Работами проф. Бриккера установлено, что в ткани, находящейся в состоянии раздражения, повышены и ассимиляторная, и диссимиляторная фазы, тогда как ткань воспаленная почти совсем не ассимилирует и при этом резко диссимилирует. В отношении углеводного обмена работа того же автора и моя, относящаяся к 1927 году, показала, что воспаленная ткань почти не усваивает глюкозы, приносимой ей кровью, и в то же время в ней идет распад высокомолекулярных углеводов, нестарающих до конечных продуктов (углекислоты и воды), а доходящих только до стадии глюкозы.

Если мы сравним эти положения с нашими данными, то на первый взгляд они представляются несколько парадоксальными. В самом деле, воспаление, в основе которого лежит раздражение, подкрепленное новым раздражением, дает реакцию с превалированием симптомов прогрессивного характера. Повидимому, оптимально подобранный раздражитель, в нашем случае—диатермия, переводит ткань из состояния воспаления в состояние раздражения в отношении энергетики и это выявляется в клинической картине.

Полученные данные не являются, быть может, абсолютно новыми для физиотерапевтической клиники, располагающей уже значительным материалом в этом направлении. Однако, анализ приведенных фактов приближает нас к перспективе и возможности переводить воспалительную реакцию, являющуюся все-же тканевой травмой—в рамки физиологические.

Приведенные наблюдения позволяют наметить следующие выводы:

1) Некоторые физиотерапевтические раздражители, применяемые в области вегетативного шейного аппарата, оказывают определенное влияние на характер воспалительной реакции, меняя ее как в количественном, так и в качественном отношении.

2) Сущность изменений сводится к повышению ассимиляторной фазы, чем определяется в значительной мере характер ответной реакции со стороны ткани: стадий дистрофических явлений сводится к минимуму, а иногда совершенно выпадает.

3) Поскольку в применявшихся раздражителях воздействие зависит от ряда факторов (тепло, характер тока), ответный эффект приходится относить не только за счет сосудов, но и самой ткани.

4) Максимум эффекта наблюдается при максимальном напряжении тканевой энергетики.

5) В основе всякого воспаления лежит раздражение. Не всякое раздражение вызывает воспаление, в то же время некоторые виды раздражения могут изменить или предотвратить воспаление. Необходимым условием является выбор раздражителя, соответствующий данному субстрату в смысле характера и динамики ответной реакции.

Литература. 1) Известия Гос. ин-та физ. мет. леч. им. И. М. Сеченова, том II, 1928 г.—2) Днепрпетровск. мед. журн., № 7—12, 1929 г.—3) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. Bd. 129, 133, 137.—4) Klin. Wschr., 1927 г., № 42, 1928 г., № 16.—5) Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 218, H. 5/6.

Из Био-химической лаборатории Института хирургической невропатологии (зав. лаб. д-р Е. С. Манойлов).

Влияние невротомии на индиканемию при хронических незаживающих язвах.

Д-ра О. В. Шамириной (Ленинград).

Невротомия изменяет как характер отделяемого язвы, так и ее микрофлору. Желая выяснить химизм первого явления, я исследовала содержание индикана в крови у больных за сутки до невротомии и через 10 дней после нее, поскольку в появлении больших количеств индикана можно видеть указание на происходящее где-либо в организме сильное гниение белковых веществ.

Индикан исследован по способу Иолесса: к 1,5 см. сыворотки прибавляется 3,0 см. 20% ас. trichloroacetic и содержимое пробирки фильтруется сквозь маленький фильтр; фильтр и пробирка ополаскиваются 0,5 aq. destil. К фильтрату добавляют 7 капель 5% спиртного раствора тимола и столько реактива Обермейера, сколько было фильтрата. Через 2 часа прибавляют 2 кб. см. хлороформа. В нормальной челове-

ческой сыворотке получались у некоторых авторов ничтожные количества индикана 0,026—0,082 млгр.; при этом окраски хлороформа не получается, и реакция считается отрицательной. При увеличении количества индикана при различных заболеваниях хлороформ окрашивается от розово-фиолетового до темно-фиолетового цвета. Реакция считается положительной и отмечается в зависимости от интенсивности цвета одним, двумя, тремя или четырьмя крестами. Из двадцати исследованных мною больных до невротомии у 12 реакция Иолесса была положительной, у 8-ми—отрицательной. После невротомии все 20 больных дали отрицательный результат. В последнее время некоторые авторы указывали на значение наличия большого количества индикана в сыворотке крови, как на признак недостаточности почек, поэтому у всех исследованных на индикан больных исследовалась и моча, и отклонений от нормы не было обнаружено. Это дает право предположить, что невротомия оказывает влияние на содержание индикана в крови в сторону его понижения.

О дальнейших исследованиях в этой области будет сообщено в другой работе.

Из I-й Терапевтической клиники Воронежского медицинского института.
(Директор—проф. Н. А. Куршаков).

Метод щелочной нагрузки и его применения в клинике внутренних болезней.

М. С. Солнцевой.

Работы последних лет сясностью показали на то значение, которое щелочно-кислотное равновесие имеет в физиологии и патологии животного организма. Стремление поддержать это равновесие на определенной высоте происходит путем координирования работы целого ряда органов: легкие, выделяя CO_2 , печень, принимая участие в выработке аммиака, желудочно-кишечный тракт, секретируя кислые и щелочные секреты и, наконец, почки, давая мочу то с большим содержанием кислот и щелочей, то с меньшим—принимают участие в регуляции щелочно-кислотного равновесия. Вот почему естественно изучение функций различных органов, направленных к регулированию и поддержанию щелочно-кислотного равновесия, привлекало внимание клиницистов. Rehn и Günzburg, затем Pannewitz, Popescu, Inotesti. Sylla и, наконец, Rosenberg и Hellfors, изучая колебания концентрации водородных ионов в моче после нагрузки щелочами и кислотами, стремились получить представление о функции почек, направленной к поддержанию щелочно-кислотного равновесия, и вместе с тем применить этот способ к исследованию функционального состояния почек вообще. Однако, говорить об этом состоянии на основании определения pH мочи оказалось недостаточным. Колебания pH не всегда достаточно рельефны, как показывает просмотр полученных приведенными авторами данных, т. к. концентрация водородных ионов есть величина, зависящая от соотношения кислоты к щелочи (напряжения CO_2 и содержания бикарбонатов). Это заставило выдвинуть другую методику определения изменений функций тканей и почек на введение щелочи: Mainzer с сотрудниками, А. Гефтер подчеркнули значение определения бикарбонатов в моче и предложили пользоваться методом их определения газометрическим путем (по van Slyke'y), при-

давая этому определению значительно большее значение, чем исследованию только колебаний Ph.

Первые клинические работы указанных авторов при некоторых заболеваниях показали, что содержание бикарбонатов может быть различным у различных б-ых (почечных, со свинцовым отравлением и т. д.). Принимая во внимание ту практическую важность, на кот. в особенности указывали Rosenberg и Hellfors—о возможности использовать метод определения выделения щелочи в моче после нагрузки, мы и предприняли настоящее исследование у различных категорий б-ых.

Всего нами обследовано: 50 б-ых, из них—без резких патологических изменений (могущих влиять на изменение щелочи в моче)—7 чел., ревматиков—10, с сердечно-сосудист. заболеваниями—12, почечных—13, больных сахарным мочеизнурением—8.

Методика наших исследований заключалась в следующем:—у больного утром натощак собиралась под парафин моча и бралась кровь из вены локтевого сгиба. В первой определялось содержание бикарбонатов при помощи аппарата van Slyke, Ph определялось колориметрическим способом Michaelis'a. В крови же определялось аппаратом Barger's, видоизмененного Verga'om, содержание углекислоты. Собрав у больного мочу и взяв кровь, мы давали ему 5,0 соды в 200 куб. сан. воды. В последующее время моча собиралась в течение 3-х часов через каждые 30 мин. В полученном таким образом материале производились те же анализы, что и в материале, добытом натощак. Количество мочи измерялось. Считая недостаточным обращение внимания только на максимальную концентрацию бикарбонатов, мы вычислили и общую сумму выделяемых бикарбонатов (пересчитывая с объемным % на молекулярное их содержание и делая соответствующие вычисления в связи с тем или другим количеством мочи в работе А. И. Гефтер).

В начале приводим результаты наблюдений за практически здоровыми лицами, служащими для сравнения. Содержание CO_2 в крови натощак у них колебалось в пределах от 39,48 до 42,36 об. %/о. Изменения, наблюдавшиеся после введения соды, видны из таблицы № 1.

Таблица № 1.

№. № опытов	Клиническая оценка	Содержание CO_2 в крови натощак	Разница в содерж. CO_2 в крови после дачи 5,0 соды	Мак. концентр. бикарбон. мочи	Ph мочи		Разница в Ph мочи	Количество выведенной соды в граммах
					Min.	Max.		
7	Status postgripposus 1° N—7 дней	40,22	3,69	192,7	5,1	7,0	1,9	2,47
24	Gastritis chron. Subaciditas	—	—	168,2	5,0	7,2	2,2	1,90
30	Malaria chron., 1° N—13 дней	39,48	4,30	200,2	5,4	7,3	1,9	2,31
31	Gastritis chronica. Normaciditas	40,55	3,17	206,4	5,3	7,4	2,1	2,29
39	Вегетативный невроз	—	—	175,5	5,5	7,4	1,9	1,84
43	Status post pneum. cathar. 1° N—10 д.	42,36	4,03	149,6	5,0	7,2	2,2	2,26
45	t. b. c. pulm. apicis dextr. A II, 1° N	40,89	3,23	193,5	5,4	7,3	1,9	1,73

Содержание CO_2 в крови увеличивалось у них в среднем на 3,68 об. $\%$. Ph мочи повышалось на 1,9—2,2 (в среднем на 38,3 $\%$), максимальная концентрация бикарбонатов мочи достигала в среднем 187,3 об. $\%$, количество же выведенной за 3 часа мочи составляло в среднем 317 куб. сан. Содержание бикарбонатов в моче за 3 часа в среднем равнялось 2,11 грм.

Колебания концентрации бикарбонатов у отдельных б-ых очень отчетливые—от 168 до 208; Ph, если проследить по отдельным опытам, не идет строго параллельно содержанию бикарбонатов. Близкие все же между собой данные говорят за то, что при отсутствии нарушений щелоч.-кислот. равновесия и поражения почек, содержание бикарбонатов в моче после нагрузки щелочью представляет величину, колеблющуюся в относительно узких пределах.

У ревматиков содержание CO_2 в крови не выходило из пределов, принятых за норму. Правда, мы здесь же должны оговориться, что объектами для наших наблюдений служили преимущественно больные -ревматики с нормальной или слегка повышенной температурой. Реакция этой группы больных на введение соды видна из таблицы № 2. (См. стр. 830).

Содержание CO_2 в венозной крови у них, как видно из таблицы, увеличилось в среднем на 3,40 объемн. $\%$, прирост Ph мочи колеблется между 1,3 и 2,1. В среднем Ph мочи повышалось на 30,1 $\%$, а концентрация бикарбонатов в среднем 168,8 объемн. $\%$. Количество же выведенной за 3 часа мочи составляло в среднем 284 куб. сан. Содержание бикарбонатов в моче—1,90 грам. Правда, в крови эта разница мало выражена, но нужно иметь ввиду, что возможность только двух или трехкратного взятия крови для анализа на содерж. CO_2 в ней не позволяла быть уверенными в том, что мы вполне уловили нарастания щелочного резерва. Поэтому мы данному исследованию придаем лишь относительное значение.

Но выделение бикарбонатов с мочей ясно уже указывает на отличие некоторых ревматиков от 1-й группы б-ых. Достаточно хотя бы указать б-ых под №№ 6, 18 и 23, чтобы подтвердить указанный факт: количество выделенных бикарбонатов значительно меньше, чем у здоровых 1,63—1,70 (при 2,11 у первой группы б-ых). Максимальная концентрация бикарбонатов также меньше. Прирост Ph в одном случае в нормал. пределах, в двух других также меньший. Отчего зависит такая реакция?—Повидимому, не от почек, поскольку почки у них не представляются по клиническим данным патологически измененными. Температура может играть роль, но у части больных с плохим вывод. щелочи она нормальна. Остается предположить, что ткани более ацидотичны, чем в норме, они больше задерживают щелочи, и потому до почек доходит ее меньше. Это показатель сдвига щелочно-кислотного равновесия в тканях в сторону ацидоза, на что особенно указывали Balint и Гефтер в своих наблюдениях над щелочной нагрузкой. Следовательно, на основании полученных данных можно говорить об ацидотическом сдвиге у некоторых б-ных с суставным ревматизмом.

Переходя к группе сердечно-сосудистых больных, мы остановимся прежде всего на страдающих пороками сердца. Эта группа больных по состоянию щелочно-кислотного равновесия делится на две подгруппы. Одна подгруппа, у которой содержание CO_2 в венозной крови натошак.

Таблица № 2.

№№ опытов	Клинический status в день исследования	Содержание CO_2 в крови натощак	Разница в содерж. CO_2 в крови по- сле дачи соды	Мах. концентр. бикарб. мочи	Ph мочи		Разница в Ph мочи	Количество выве- денной соды в граммах
					Min.	Max.		
5	Сердце N. Суставы слегка опухли, t—37,8. Печень N; мо- ча—белка следы	39,99	2,97	133,7	5,3	6,6	1,3	1,83
6	Сердце N. Суставы слегка опухли, t—37,4. Печень N. Мо- ча N	42,50	3,18	150,6	5,1	7,0	1,9	1,64
9	Границы сердца N. 1-ый тон на верхушке нечист., t ⁰ —5 дней N. Моча N. Суставы слегка бо- лезненны. Печень N	—	—	189,5	5,0	7,1	2,1	2,18
10	Сердце, печень—N; t ⁰ —8 дней N; моча—белка следы. Суставы слегка болезненны	41,10	2,87	163,4	5,5	6,9	1,4	1,96
14	Границы сердца N. На вер- хушке систолический шум; t— 12 дней N; печень N, моча N. Суставы слегка болезненны . .	38,74	3,81	180,2	5,8	6,8	1,0	1,79
18	Границы сердца N; 1-ый тон на верхушке не чист., t—38,1; моча—следы белка. Суставы припухли	40,82	3,33	139,3	5,3	6,6	1,3	1,69
19	Недостаточность двухстворки. Печень N; t—6 дн. N. Моча— следы белка. Суставы безболез- ненны	—	—	192,6	5,4	7,3	1,9	2,23
23	Границы сердца N. На вер- хушке 1-ый тон не чист. Пе- чень N; t ⁰ —3 дня N; моча N. Суставы болезненны	39,65	3,75	175,5	5,5	7,0	1,5	1,70
26	Границы сердца N. На вер- хушке систолический шумок. Печень N; t ⁰ —37,8. Моча—сле- ды белка. Суставы опухшие . .	—	—	168,7	5,1	6,7	1,6	1,98
27	Сердце, печень N; t ⁰ —8-ой день N. Моча N. Суставы без- болезненны	41,71	3,86	184,4	5,2	7,2	2,0	2,06

находится в пределах нормы. Это—преимущественно компенсированные пороки сердца. Другая—у которой отмечается хотя и непостоянно, но ацидоз:—понижение содержания CO_2 в крови. Содержание последней падало в отдельных случаях до 30,4 объемн. $\%$. Данные о реакции этой группы больных на прием 5,0 соды видны из таблицы № 3.

№№ опытов	Клинический status в день исследования	Содержание CO ₂ в крови натощак	Разница в содерж. CO ₂ в крови после дачи соды	Max. концентр. бикарбон. мочи	Ph мочи		Разница в Ph мочи	Количество выведенной соды в граммах
					Min.	Max.		
3	Комбинирован. порок двухстворки. Недост. аорты. Границы сердца слегка увеличены. Печень N. Отеков нет. Белка нет	40,82	3,61	171,7	5,8	7,6	1,8	1,74
4	Недостат. клапанов аорты. Сердце, печень — увеличены. Анасарка, асцит. Белка следы	—	—	64,3	5,8	6,8	1,0	0,99
8	Комбинир. порок двухстворки. Границы сердца незнач. увеличены. Печень увеличена на 2 пальца. Отеков нет	42,37	3,42	164,4	5,2	7,2	2,0	1,92
11	Сужение левого венозного отверстия. Аритмия (perpetua). Сердце, печень увеличены. Отеков нет. Белка нет	39,75	2,74	170,6	5,6	7,4	1,8	1,84
17	Комбинир. порок двухстворки. Границы сердца увеличены. Печень увеличена на 2 пальца. Отеки +. Белка нет	—	—	127,4	5,5	7,0	1,5	1,49
20	Недостат. двухстворки. Границы сердца увеличены. Печень увелич. на 3 пальца. Отеки ++. Белка следы	33,88	1,13	80,7	5,3	6,7	1,4	1,11
22	Комбинир. порок двухстворки. Сердце, печень увеличены на 2 пальца. Отеки +. Белка нет	35,17	3,04	160,4	5,4	7,1	1,7	1,37
28	Сужение левого венозного отверстия. Границы сердца увеличены. Печень N. Отеков нет. Белка нет	41,36	3,71	190,7	5,3	7,5	2,2	1,89
32	Комбинир. порок двухстворки. Сердце, печень увеличены. Отеки ++++. Асцит. Белка следы	—	—	120,3	5,4	7,2	1,8	0,80
38	Недостаточность двухстворки. Границы сердца слегка увеличены. Печень N. Отеков нет. Белка нет	—	—	180,1	5,9	7,7	1,8	2,05
40	Недостат. клапанов аорты. Границы сердца увеличены. Печень перкуторно увеличена на 4 пальца. Отеки ++++. Асцит. Белка 0,06%	35,59	2,30	105,1	5,7	7,0	1,3	1,02
42	Комбинир. порок двухстворки. Сердце, печень увеличены. Отеки ++. Белка нет	—	—	143,2	5,6	7,3	1,7	1,26

*). Условные обозначения; отеки ладжек +, отеки до коленных суставов ++, отеки до тазобедренных суставов +++.

Если со стороны компенсированных сердечных б-ых мы получили реакцию близкую к той, которую дали практически здоровые, (содержание CO_2 в крови увеличилось в среднем на 3,37 объем. $\%$, Ph мочи повысилось в среднем на 30,9 $\%$, концентрация бикарбонатов ее достигла в среднем 175,5 объем. $\%$), количество же выведенной за 3 часа мочи и бикарбонатов составило в среднем для первой 303 куб. сан., а для вторых—1,89 гр., то подгруппа декомпенсированных сердечных больных дала нам совершенно другие данные. Так, содержание CO_2 в венозной крови увеличилось у них в среднем только на 2,16 объем. $\%$, Ph же мочи повысилось в среднем на 26,8 $\%$, а концентрация бикарбонатов достигла в среднем 114,5 объем. $\%$. Количество же выведенной за 3 ч. мочи и бикарбонатов составило в среднем для первой 76 куб. сан., а для вторых 1,14 грамм.

При анализе отдельных сердечных б-ых обращает на себя внимание следующее: хотя колебания Ph в общем также меньше, чем у здоровых, но в отдельных опытах б-ых совершенно различных по тяжести заболевания Ph изменяется почти также, например, случ. 32 и 38 дали прирост Ph в 1,8 в обоих случаях. А между тем у первого б-ного резкая декомпенсация, второй имеет компенсированный порок сердца. Со всем другим мы видим со стороны содержания бикарбонатов: в первом всего 0,80, во втором случае—как у нормал. лиц—2,05. Это доказывает лишний раз большее значение метода определения выведения бикарбонатов по сравнению с определением только изменения Ph.

Причину того, что при нарушениях кровообращения происходит недостаточное выделение щелочи, нам кажется легче объяснить не сопутствующим поражением почек, поскольку при застойной почке обычно ее функциональной недостаточности не бывает, а задержкой введенной щелочи в тканях.

Наличие ацидотического сдвига натошак мы должны отметить также у части почечных б-ных, причем указать наличие какого бы то ни было рельефного различия в состоянии щелочно-кислотного равновесия как по содержанию CO_2 в крови, так и по Ph мочи у лиц, страдающих нефритами или нефрозами наш материал нам не позволяет. Совершенно иная картина получается, когда мы начинаем просматривать данные (см. табл. № 4 на стр. 833) о реакции этой группы больных на введение соды.

В данном случае нам приходится рассматривать нефритиков и лиц, страдавших нефрозами, отдельно. Делать это приходится потому, что реакция у первых мало чем по сути дела отличается от подобной же реакции у группы практически здоровых (содержание CO_2 в крови увеличилось у них в среднем на 3,66 объем. $\%$, Ph же мочи повысилось в среднем на 24,1 $\%$, а количество бикарбонатов достигло в среднем 183,1 объем. $\%$. Количество выведенных бикарбонатов составило в среднем 2,02 гр., а мочи 330 куб. сан.) Другое дело, когда приходится подводить итоги реакции на введение соды со стороны лиц, страдавших нефрозами. У этой подгруппы—повышение как содержания CO_2 в крови, так и Ph мочи крайне незначительно. Концентрация бикарбонатов мочи достигает в среднем только 113,3 объем. $\%$. Выведение как мочи, так и бикарбонатов резко задержано. Эта подгруппа больных вывела в среднем 56 к. с. мочи с 0,99 грамм бикарбонатов.

Таблица № 4.

№№ опытов	Диагноз	Клинический status в день исследования	Содержание CO_2 в крови натощак	Разница в содерж. CO_2 в крови после дачи соды	Мах. концентр. бикарбонат. мочи	Ph мочи		Разница в Ph мочи		Колич. выведенной соды в граммах
						Min.	Max.			
12	Nrs *)	Отеки лица, ног, живота. Белка—4,5 ⁰ / ₁₀₀ . Сердце, печень увеличены. Кровян. давл. 100—60 .	36,22	1,83	82,5	5,0	6,1	1,1	1,04	
13	Nrs	Анасарка. Асцит. Белка 3 ⁰ / ₁₀₀ . Печень, сердце — увеличены. Кровь —. Кров. давл. 100—60 .	—	—	105,1	5,3	6,0	0,7	0,83	
15	Nrt	Отеков нет. Белка следы. Кровь +. Сердце, печень N. Кров. давл. 175—105	37,10	3,66	200,2	5,6	7,0	1,4	1,97	
21	Nrs	Отеки на лице и ногах. Асцит. Белка 6,6 ⁰ / ₁₀₀ . Крови нет. Сердце, печень—увелич. Кров. давл. 110—65	—	—	130,5	5,2	5,8	0,6	1,10	
29	Nrs	Отеки на лице, лодыжках. Белка 4,5 ⁰ / ₁₀₀ . Крови нет. Сердце N. Печень увел. Кров. давл. 100—55	—	—	152,7	5,0	5,6	0,6	1,38	
33	Nrt	Отеков нет. Белка 0,1 ⁰ / ₁₀₀ . Кровь +. Сердце, печень N. Кров. давл. 150—90	38,47	3,85	185,5	5,8	7,3	1,5	2,07	
34	Nrt	Отеков нет. Белка 1,6 ⁰ / ₁₀₀ . Кровь +. Сердце, печень увелич. Кров. давл. 130—70	36,92	3,21	160,3	5,8	7,0	1,2	1,78	
35	Nrs	Анасарка. Асцит. Белка 3,3 ⁰ / ₁₀₀ . Крови нет. Сердце, печень увеличены. Сistol. шумок. Кров. давл. 110—85.	—	—	95,6	5,3	6,4	1,1	0,61	
36	NrsNrt	Анасарка. Асцит. Белка 3,3 ⁰ / ₁₀₀ . Кровь +. Печень, сердце увел. Кров. давл. 220—100. RN—59. .	—	—	114,5	5,5	6,7	1,2	1,01	
44	Nrt	Отеков нет. Белка 0,66 ⁰ / ₁₀₀ . Кровь +. Сердце, печень N. Кров. давл. 160—80. RN—63 .	37,60	3,99	190,7	5,4	7,4	2,0	2,13	
46	NrsNrt	Анасарка. Асцит. Белка 4,6 ⁰ / ₁₀₀ . Кровь +. Сердце, печень увел. Сistol. шумок. Кров. давлен. 120—75	—	—	54,8	5,0	6,1	1,1	0,84	
48	Nrt	Незначит. отеки под веками. Белка 0,8 ⁰ / ₁₀₀ . Кровь +. Сердце, печень N. Кров. давл. 145—70. RN—52	38,81	3,72	187,6	5,6	7,4	1,8	1,99	
49	Nrt	Отеков нет. Белка 0,5 ⁰ / ₁₀₀ . Кровь +. Сердце, печень N. Кров. давл. 150—80. RN—46 .	37,50	3,50	174,5	5,8	7,2	1,4	2,16	

Условные обозначения: Nrs—nephrosis, Nrt—nephritis, Nrs-Nrt—nephrosonephritis.

По данным Гуревича и Чирейкина, совпадающим с наблюдениями Palmer'a, Salversen'a и Jackson'a, Palmer'a и van Slyke и др., однократный прием соды (15—20 грм.) вызывает у всех групп почечных больных повышение щелочных резервов крови и увеличение Ph мочи. Reimann и Santer объясняют это тем, что введенная сода быстро распределяется в тканевых жидкостях.

Анализируя полученные данные у группы почечных б-ных, приходится отметить разницу в изменениях Ph и количестве бикарбонатов в моче. В группе нефритов, которая дала почти во всех случаях почти нормальное содержание общего количества бикарбонатов, увеличение Ph было относительно небольшим. Так, в случаях 15, 33, 34 и 39 у б-ных с диффузным гломеруло-нефритом прирост Ph колебался 1,2—1,5 вместо 1,9—2,2 у здоровых. Правда, наибольшая концентрация бикарбонатов по сравнению с первой группой б-ных также стояла на низших границах полученных там цифр. Следовательно по существу и в этой группе лиц, страдающих нефритом, мы получали замедленную реакцию в выделении щелочи. Поскольку из экстраренальных факторов мы наблюдаем у них лишь повышенное кровяное давление при отсутствии отеков, постольку легче считать причиной плохого отделения щелочи недостаточную функциональную способность самих почек и связанный с этой недостаточностью тканевой ацидоз. Этим подтверждаются те данные, которые получили Beckmann, Rosenberg и Hellfors, а затем Schneider с определением Ph и Mainzer с методом определения бикарбонатов в моче. Однако высказываться о том, что этот метод позволяет говорить об общей функциональной недостаточности едва ли можно, поскольку нет строгого параллелизма между задержкой щелочи и содержанием RN в крови и с результатами концентрационной пробы. Но это и понятно: Beckmann и Meier достаточно отчетливо показали, что нарушение щелочно-кислотного равновесия при почечных изменениях—признак почечной недостаточности, но функция выделения щелочей и кислот может страдать и независимо от других функций почки. Следовательно, это важный метод определения функциональной недостаточности почек, но не заменяющий, а дополняющий другие.

Несколько другие соображения приходится высказать при анализе задержки щелочи при нефрозах. При нефрозе задержка воды и солей происходит вследствие не недостаточности почек, а вследствие нарушения нормальной деятельности тканей. Вода и соли задерживаются, не доходя до почек. Очевидно, получается то, что мы видели у б-ных с нарушением кровообращения. Следовательно, резкая задержка в выделении бикарбонатов имеет своим источником поражение тканей (предпочек по Volhard'y) и не говорит о недостаточности почек. Действительно, там где имеются резко выраженные экстраренальные факторы в виде больших отеков, там мы видим и небольшой прирост Ph, и недостаточное выведение щелочи. Следовательно, выведение щелочи может быть нарушено и при нефритах, и в особенности при нефрозах,—но механизм задержки ее при этих двух заболеваниях различный.

Еще более глубокие отклонения от нормальной реакции организма на введение соды мы получили у больных, страдающих сахарным мочеизнурением. Если мы просмотрим таблицу № 5, то убедимся, что большинство из них неспособно выводить даже части бикарбонатов в ближай-

Таблица № 5.

№№ опытов	Клинический status в день исследования							Разница в содерж. CO_2 в крови после дачи соды	Max. концетр. бикарбонатов мочи	Ph мочи		Разница в Ph мочи	Количество выведенной соды в граммах
	Суточное колич. мочи	Наличие отеков	% содержания сахара		Наличие ацетона	Количество NH_3	Сколько получил инсулина накануне исслед.			Min.	Max.		
			в крови	в моче									
1	2.100	—	0.122	1.2	+	1.90	10 ед.	0.44	0	5.2	5.2	0	0
2	1.800	+	0.270	3.8	+	2.31	25 ед.	—	0	5.0	5.2	+0.2	0
16	2.600	—	0.223	2.0	+	2.72	15 ед.	1.28	0	5.6	5.4	-0.2	0
25	2.300	—	0.117	0.6	—	1.66	10 ед.	2.0	38.5	5.3	5.8	+0.5	1.13
37	2.700	+	0.202	4.7	+	3.67	35 ед.	—	0	5.8	5.6	-0.2	0
41	1.500	—	0.126	1.2	—	1.38	10 ед.	1.59	61.4	5.5	6.0	+0.5	0.88
47	3.200	—	0.195	2.5	+	3.13	20 ед.	0.63	0	5.8	5.6	-0.2	0
50	1.900	+	0.182	2.1	+	2.83	30 ед.	—	0	5.3	5.3	0	0

шие 3 часа, следующие за ее приемом. А те, которые сохранили все-таки эту способность, выводят ее в крайне незначительных количествах (оп. 25 и 41). Это наблюдается при нормальном, а часто даже повышенном выведении мочи. Повышение содержания CO_2 в крови у них также в большинстве случаев не велико. Очень демонстративны и данные колебаний Ph мочи. Ph мочи только в трех случаях изменился всего с 0,2 до 0,5, в то время как в других случаях получилось не только повышение, но даже понижение Ph (опыты 16, 37 и 47). Причина этого ясна: поскольку ни в одном случае мы не видели ясно выраженного поражения почек, но зато имели ацетонурию (за исключением случаев 25 и 41), естественно было связать неспособность выводить щелочь с ацидозом тканей, жадно поглощающих введенную щелочь. Подтверждающий пример — 6-й оп. под № 25 и 50: первый раз он обследовался при отсутствии ацетона в моче и почти с нормальным содержанием аммиака, дав незначительную, но все же ясную реакцию выведения щелочи (прирост Ph на 0,5 и количество бикарбонатов на 1,13), при обследовании же во время ацетонурии никаких сдвигов в Ph и никакого выделения щелочи он не показал.

Изложенное позволяет считать правильным применение метода нагрузки щелочью с последующим определением Ph и бикарбонатов в моче для суждения о состоянии ацидоза тканей (Balint и А. Гефтер), поскольку, как мы видели, анализ наших данных позволяет сделать это заключение.

На основании вышеизложенного позволяем себе высказать следующие положения:

1. У лиц без резких патологических нарушений выделения и щелочно-кислотного равновесия прирост Ph после нагрузки щелочью (5,0 соды) колеблется между 1,9 и 2,2. Содержание бикарбонатов в моче колеблется в широких, но все же определенных границах.

2. У ревматиков часто наблюдается замедленное выведение щелочи.
3. У б-ных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации отмечается резкое падение содержания бикарбонатов в моче.

4. У больных с поражением почек может также отмечаться недостаточный прирост Ph мочи после щелочной нагрузки и уменьшенное содержание бикарбонатов, причем в основе нефритического поражения выделения щелочи лежат, повидимому, функциональная недостаточность почек и связанный с этой недостаточностью ацидоз, в основе же нефритической задержки щелочи поражение тканей, но не почечной функции.

5. При сахарном мочеизнурении, и особенно в случаях ацетонурии, наблюдается резкая задержка в выведении щелочи.

6. Метод определения выделения бикарбонатов в моче дает возможность суждения как о функциональной достаточности почек, так и о нарушениях тканевого щелочно-кислотного равновесия.

В заключение считаю приятным долгом выразить глубокую благодарность приват-доценту А. И. Гефтер за данную тему и руководство при ее разработке.

Литература: 1) Mainzer. Bioch. Zeit. 207, 159, 1929, Zeit f. klin. Med. Bd. III, 1929.—2) Mainzer u. Joffe. Bioch. Zeit. 203, 50, 1928 и Zeit. f. exper. Med. 59, 492, 1928.—3) Mainzer u. Shen. Pflüger's. Arch. 222, 1, 1929.—4) Gamble. Journ. of biol. Chem. 51, 295, 1922.—5) Rehn u. Günzburg. Klin. Woch. 2, 19, 1923.—6) Detering. Pflüger's. Arch. 214, 744, 1926.—7) Rosenberg u. Hellfors. Münch. med. Woch. 74, 926, 1927 и Klin. Woch. 7, 16, 1928, Deut. med. Woch. 29, 1929.—8) Beckmann u. Meier. Zeit. f. exper. Med. 29, 596, 1922.—9) Beckmann. Ibid.—10) Palmer, Salversen and Jackson. Jour. of biol. Chem. v. 45, 1920.—11) Reimann and Sauter. Там же, v. 46, 1921.—12) А. И. Гефтер, С. Е. Айзенберг и А. Б. Балч. Доклад на заседании Бальнеолова в Пятигорске в августе 1929 г.—13) Гуревич и Чирейкин. Русская клиника, 1930, № 70.—14) Sylla. Deut. med. Woch. 1929, № 19.—15) Капланский и Толкачевская. Терап. архив, 1929, т. VII, вып. 3.

Из терапевтической клиники Гос. ин-та для усов. врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Дир. доцент Г. И. Лепская).

Два случая туберкулеза легких.

М. И. Мастбаума.

Чем более врач углубляется в изучение клиники туберкулеза, чем более увлекательным становится этот труд, тем более интересного и загадочного он встречает на своем пути. W. Neumann в предисловии к своей книге пишет, что 15 лет, которые он отдал изучению туберкулеза, вовсе небольшой срок для того, чтобы знать клинику туберкулеза. Многогранны проявления туберкулезной инфекции, извилисты пути ее развития.

2 случая из клиники легочного туберкулеза.

1-й случай. Б-ой М., 30 лет. Поступил в клинику 9/X 30 г. по поводу кровохаркания, которое началось у него накануне. Вечером 8/X у него появилось своеобразное ощущение „хрипения“ в горле и он выделил около блюдечка крови. В июне 30 года он был помещен в Военный госпиталь по поводу кровотечения, сопровождающегося высокой температурой. По словам б-го врачи предполагали у него гриппозную пневмонию верхней доли правого легкого. В течение 10 дней у него держалась кровь в мокроте, а затем ¹⁰ упала, кровь исчезла. С июня по октябрь он чувствовал недомогание, по временам слабость. Лечился на курорте, попра-

вился, но все же испытывал быструю утомляемость и боль в груди. Припоминает, что в 1926 году в течение нескольких дней была примесь крови в мокроте. С этого времени у него установился кашель по утрам с выделением комочка, двух—мокроты.

Б-ой хорошо сложен, упитан. Расширенные вены корня языка, расширение вен *funiculus spermaticus*, геморрой.

Исследование легких выявило при нормальных перкуторных данных небольшое количество влажных хрипов по краю правого легкого. Левая граница сердца—по линии *mamillaris*. У больного небольшое повышение t^0 до 37,4 в первые дни пребывания в клинике, в дальнейшем устанавливается в пределах нормы. Мокрота БК—эл. вол.—Rs 19. Картина крови: St 3, Seg 62, Eos 1, Mп 8, L 26. Кр. давление 120/80. Рентгеноскопия: в среднем поле правого легкого хорошо ограниченная продолговатая тень. Расширенные *hilus*'ы с обеих сторон. Диафрагма подвижна. Сердце—умеренное расширение сердца влево и закругление верхушки. Рентгеновский снимок показал следующее: в среднем поле правого легкого латерально отчетливо контурированная тень, у нижнего края которой хорошо видны 3 ячеистых просветления (расширенные бронхи). Единичные очажки в верхнем и нижнем поле правого легкого.

Руководящим симптомом у б-ого М. является кровохаркание. Едва ли следует искать внелегочных причин *haemoptoe* при тех объективных показателях со стороны рентгеновского снимка, которые мы имеем. Кроме того, анамнез, кровохаркание с 26 года, летний „грипп“ и осеннее обострение, сопровождавшееся повышением t^0 и усиленной реакцией оседания с большой вероятностью указывают на верхнюю долю правого легкого как на причину *haemoptoe*. Локализация очага, его контуры, три ячеистых просветления утверждают нас в мысли, что мы имеем дело со старым ограниченным фиброзным процессом с образованием небольших бронхоэктазий. Мы склонны думать, что кровотечения у б-ого как раз и происходят из этих бронхоэктазий, ибо почти как правило в стенках расширенных бронхов имеются растянутые вены, которые и являются причиной кровохаркания у б-ных, страдающих бронхоэктазиями. К этому следует еще прибавить, что у б-ого имеется конституциональная склонность к расширению вен, ясно выраженная в расширении вен корня языка, *funiculus spermaticus*, геморрой. Указания б-ого, что в течение ряда лет он отхаркивает по утрам „комочки“, заставляет предполагать его мокроту бронхоэктатического происхождения. Несмотря на доброкачественное течение, в какой-то части очага процесс не был ликвидирован, и обострение летом 30 года следует рассматривать как перифокальную реакцию вокруг старого очага. Таким образом, наш диагноз сводится к специфическому ограниченному пневмосклерозу верхней доли правого легкого с образованием ограниченной сетки бронхоэктазий (*Pneumoscлерosis the circumscripta lobi super. dex. cum bronchoectasia*).

2-й случай. Крестьянин С-ов, 36 лет. Поступил в клинику с жалобами на одышку, кашель с мокротой, временами колющие боли в правой подлопаточной области. Одышка и кашель развились у б-ого постепенно в течение ряда лет, причем одышка усиливается при ходьбе и работе. Весной этого года у б-ого было небольшое кровохаркание. В 23 и 26 году, по словам б-ого, он перенес правостороннюю пневмонию. За последнее время б-ой отмечает явления со стороны желудка, выражающиеся в тошноте, изжоге, а иногда и рвоте.

Б-ой с пониженным питанием. На коже грудной клетки разбросанные сетки венозных расширений. Лицо одутловато, губы слегка цианотичны. При первом исследовании бросается в глаза одышка. Определяются резко опущенные и неподвижные границы легких при коробочном перкуторном тоне, небольшое укорочение перкуторного звука справа на 4 пальца от края легкого вверх. Верхушки втянуты. Поля *Krönig's*—не больше одного сантиметра с обеих сторон. Границы сердца прикрыты. На всем протяжении легких выслушивается ослабленное дыха-

ние, много сухих и влажных хрипов, преимущественно в нижних долях. Тоны сердца глухи. 2-ой тон на *art. pulmonalis* усилен. Пульс малого наполнения. Печень увеличена на 3 пальца, болезненна при пальпации.

После нескольких дней покоя и лечения, аускультативная картина изменилась. Хрипы в нижних долях исчезли, за исключением участка притупления, в верхних долях хрипы оставались во все время пребывания б-ого в клинику. Печень уменьшилась. Температура б-ого давала по временам небольшие повышения до 37,4—37,1. При неоднократном исследовании мокроты ВК и эл. волокна не найдены. Мокроты в среднем 60—70 см. Картина крови *Eg.* 4.400.000, *Hb* 83%, *L.* 10.050, *St.* 1,5, *Seg* 71,5, *E.* 4, *Mon* 8, *Lymph.* 15,0, *RW*—.

Рентген (снимок) От правого *hilus'a* к подключичной зоне идет ряд тяжей без дихотомического деления, сохраняя поперечное направление (тяги типа соединительной ткани), между I и II ребром они вливаются в пучок тяжей, имеющих звездчатый рисунок (цирротический участок), в центре которого отчетливы 2—3 инкапсулированных просветления — величиной больше горошины (распиренные бронхи). В верхнем отделе легкого справа — единичные полиморфные очаги туберкулеза. Распиренные, просветленные межреберья, густой дихотомический набухший рисунок легкого (застой). Сердце не погружено в тень диафрагмы. Среди тяжей с отчетливо дихотомическим рисунком удастся отметить тяжи, имеющие поперечное направление, которые возможно трактовать как соединительную ткань.

При первом исследовании диагноз был неясен. Одно можно сказать, что у сравнительно молодого эмфизематика имеются явления недостаточности сердечной мышцы. Обратное развитие застойных явлений в легких, уменьшение печени вернули б-ому его постоянный вид. Одышка у б-ого значительно уменьшилась, но все же осталась даже при покое.

Громадная эмфизема объясняет нам одышку, но отчего у него такая эмфизема? У него нет никаких профессиональных вредностей, у него нет пневмокониоза, нет данных за бронхиальную астму — медленное и постепенное нарастание одышки в течение ряда лет. Нет у б-ого и *люэса*. Но у него имеются сращения плевры справа в подлопаточной области, у него сморщены и втянуты верхушки за счет верхушечных сращений, аускультативные явления после нескольких дней покоя собрались в верхних отделах легких, у него небольшое повышение t° , и несколько раз было *haemoptoe*. 2 раза в анамнезе какие-то пневмонии. Словом, мы имеем хроническое легочное страдание, медленно, годами, нарастающее. О каком процессе здесь может идти речь? Здесь нет оснований для *tuberculosis fibrosa densa*, при котором на фоне индуративного процесса в верхних долях постепенно развивается эмфизема нижних долей, здесь нет и старого хронического туберкулеза с полостью и сопутствующим бронхитом и эмфиземой. Нельзя здесь думать о рецидивирующем бронхите молодых людей, который часто сопровождается *tbc* желез и не дает такой громадной эмфиземы. Мы здесь имеем основание предполагать *tuberculosis fibrosa diffusa*. При этой форме разбросанные в интерстициальной ткани гематогенно диссеминированные очажки иногда настолько малы, что совершенно прикрываются быстро нарастающей компенсаторной эмфиземой. Понятно, что эти точки не улавливаются при рентгеноскопии. Только на хорошем снимке можно видеть эти высыпания. Реакцией на высыпание со стороны интерстициальной ткани является развитие тяжей, последние могут вести к облитерации и к растягиванию мелких бронхиальных ходов и еще большей компенсаторной эмфиземе соседних участков. Когда такие высыпания ограничиваются подплевральными участками легкого, они дают картину сухого плеврита с последующей облитерацией плевры. Нередко вокруг этих участков развиваются конгестивно пневмонические фокусы.

Многие годы тянется это страдание. Обострения у этих больных обычно протекают по типу конгестивных пневмоний вокруг старых очагов, иногда путем повторных высыпаний.

Через много лет б-ые приходят ко 2-му периоду своей болезни, когда усталое сердце начинает обнаруживать явления декомпенсации. Они кончают свою жизнь как сердечные б-ые.

Почему я привел рядом оба эти случая? Что их объединяет? Их объединяет доброкачественное течение, выражающееся в реакции организма—разрастании соединительной ткани. Только у М. фиброз на ограниченном участке легочной паренхимы, у С. фиброз диффузно разлит. Последствием сморщивания у первого б-ого является образование бронхоэктазий, у второго громадная эмфизема. У первого клинически почти ничего не определяется, зато рентгеновский снимок решает диагноз; у второго обилие клинических явлений при скудных рентгенологических данных. Одному угрожают кровотечения, другому декомпенсация. М. работоспособен, С. на грани инвалидности. Мы видим одну и ту же реакцию организма, но в зависимости от патоморфологических последствий мы имеем принципиально различную клиническую картину. Этот различный исход приводит второго б-ого к новой болезни—сердечной недостаточности. Б-ой задыхается от избытка реакции самозащиты. Здесь организм стреляет дальше той цели, которую он преследует. На старую клиническую картину своеобразного туберкулеза напластывается новый рисунок сердечного страдания, недостаточность сердца постепенно выдвигается вперед и предопределяет исход борьбы организма на два фронта.

Оба эти случая объединены еще и тем, что оба они абациллярны. И невольно припоминаются слова Calmette: „Не пора ли в аналогичных случаях врачам искать ультравирус, не пора ли в „упорно“ закрытых формах искать не туберкулезную палочку Koch'a, а ее предтечу—ультравирус“.

Гор. Кулебаки—Районная больница.

Глистные инвазии среди рабочих (и служащих) Кулебацкого металлургического завода в связи с их общей заболеваемостью.

Врача М. Н. Тумановского.

Относительно распространения глистных инвазий, их роли в патологии человека имеется большая литература как за границей, так и у нас, и все же практическими врачами мало учитывается этот важный фактор в общей патологии, а также и хозяйственно-экономический эффект противоглистных мероприятий среди населения и особенно среди активно застрахованных. Многочисленные неврастеники, малокровные больные с хроническими страданиями желудочно-кишечного тракта наводняют наши амбулатории; ставятся различные, подчас разноречивые диагнозы, нередко им даются листы нетрудоспособности, а между тем в значительном проценте указанные больные могли бы сохранить трудоспособность простыми антигельминтологическими мероприятиями, а страховые органы сэкономили бы на этом значительные средства.

На металлургическом заводе гор. Кулебак мною в клинической лаборатории за 8 месяцев обследовано 600 человек на предмет выявления в кале яиц глист с последующей дегельминтизацией. Обследованы, главным образом, амбулаторные больные с неясными диагнозами, длительно и часто болеющие, малокровные, неврастеники. Анализы каловых масс производились по методу Фюллеборна и нативного мазка; некоторые исследования производились повторно.

Результаты были таковы, что у 354 человек, т. е. в 59%, были обнаружены яйца глист, из них 216 рабочих металлургического завода и 138 человек служащих и семей застрахованных. Значительного преобладания инвазий среди рабочих по отношению ко второй группе (в процентах) не отмечается, точно также профессиональных влияний на данный фактор установить не удалось. Среди глистных инвазий главное место занимает аскаридоз—312 случаев, далее *Trichuris trichiura*—26; *Tenia solium*—18; *Enterobius vermicularis*—13; *Diphyllobotrium latum*—1; В одном случае дуоденального содержимого больного с холециститом найдены яйца *Fasciola hepatica*?

Двойная инвазия была у 17 человек: аскариды с *Tenia solium*—8; с *Enterobius vermicularis*—4; с *Trichuris trichiura*—4; с *Diphyllobotrium latum*—однажды. Амбулаторные диагнозы посланных на исследование каловых масс были таковы (см. таб. № 1).

Таблица № 1.

Д и а г н о з ы	К-во случаев
Гастроэнтериты острые, рецид.	70
Функциональные заболевания нервной сист.	54
Катарры желудка	48
Малокровие	37
Под диагнозом „глисты“	35
Колиты хронические и подострые	32
Туберкулез легких	25
Острые инфекционные заболевания	17
Кожные заболевания	11
Холециститы, желтуха	10
Язвы желудка	8
Катарры дыхательных путей	7

Таким образом только в 10% всех случаев диагноз лечащего врача был „глистные инвазии“, причем сюда, главным образом, относятся больные с *Tenia solium*. Последние направлялись на излечение в больницу, остальные лечились амбулаторно; применялись, главным образом, *santoninum* и *thymolum*.

В результате лечения аскаридоза множественное отхождение глист было в 137 случаях; единичное—в 53; без результата—в 37; неизвестно—в 85. Отрицательный результат около 9% может быть увеличен за счет последней группы. Следует отметить, что даже множественное отхождение глист не давало гарантии в полной стерилизации желудочно-кишечного тракта: 22 человека были подвергнуты троекратному исследованию кала на протяжении трех месяцев и, несмотря на повторный глистогонный эффект сантонина, в 8 случаях всякий раз были обнаруживаемы яйца аскарид.

Относительно влияния противоглистных мероприятий на ход основной болезни у хроников указывается в таблице № 2.

Таблица № 2.

Диагнозы	Выздо- рвление	Улучше- ние	Безрезул.	Примечание
Функциональное заболев. нервной системы	8	11	10	Полное выздо- рвление несом- ненно было в слу- чаях с диагно- зом «глисты».
Малокровие	8	9	15	
Колеб. хронические, подострые	6	12	14	
Заболевание желчных путей	2	4	4	
Язвы желудка	0	2	6	
Кожные заболевания	0	3	2	
Катарры желудка	12	10	8	
Разлитой бронхит (астма?)	1	0	2	

На таблице № 2 не отмечены многие больные, которые после дегельминтизации не посещали амбулаторию, и те, у которых результаты не отмечены в амбулаторных картах.

Под рубрикой „выздоровление“ в таб. № 2 числятся те больные, у которых после применения глистогонных средств получалось множественное отхождение глист, а в ближайшие 2—10 дней прекращались с их стороны жалобы на основное страдание, быстро восстанавливалась работоспособность и наблюдался резкий сдвиг в сторону улучшения включительно до нормы со стороны объективных данных. Под рубрикой „улучшение“ имеются в виду больные, у которых антигельминтологический результат приводил к уменьшению субъективных жалоб и к очевидному изменению объективных данных в ближайшее время.

В качестве иллюстраций привожу несколько историй болезней.

1) *В-ой З.* поступил в стационар 6-цы 1-го января под диагнозом хронический колит. Жалобы на частый стул с тенезмами в течение 5 месяцев, несколько раз получал лист нетрудоспособности. *Объективно:* сердце—левая гр. на соске, тоны приглушены; легкие—сухие рассеянные хрипы; печень выходит из под ребер, край неровный малобользненный; участки col. transversi et descend. вздуты, резкая болезненность при пальпации в области sigmoideae, здесь же стмечается резистентная припухлость; кал с примесью крови; моча—N; кровь—лейкоцитов 8500, из них: палочковидных—80%, сегмент.—660%, эозиноф.—20%, лимфоцитов—20%, моноцитов—40%.

После обычного лечения без значительного результата дан был сантонин—0,08 3 раза в день; за 3 дня вышло с калом 39 аскарид. С 18-го по 20-е января—незначительные боли в животе, стул 1 раз в сутки, оформлен. 21-го выписан на работу; здоров в течение 3½—4 месяцев.

2) *В-ой Г.* поступил в 6-цу с диагнозом хронический колит, болен 2 года, несколько раз получал листы нетрудоспособности. Жалобы на частый стул с примесью слизи и крови. *Объективно:* сердце—размеры N, тоны глуховаты; легкие—N; болезненность при пальпации по ходу толстых кишек, особенно в области ang. hepatic.; ° 36,6—37,2; в кале—яйца аскарид 15/XII дан сантонин—отхождение 17-ти аскарид. 19/XII стул 2 раза со слизью; 26/XII стул N; кал оформлен, без примесей; с 28/XII—на работу; здоров в течение 5 месяцев.

3) *В-ой Ч.* поступил в больницу с диагнозом миокардит, рассеянный бронхит, болен 2 месяца. Не работоспособен. *Объективно:* сердце—левая гр. на соске, правая—середина грудины; тоны приглушены, небольшая акцентуация II-го тона на art. pulm.; пульс 78—84; легкие—обильные рассеянные сухие хрипы, дыхание—20—22 в 1'; временами приступы одышки респираторного порядка; живот: печень выходит из-под ребер на 1 п.п., плотная, малобользненная, селезенка не прощупывается; сухожильные рефлексы повышены; на сгибах рук и плечах везикулезная, местами сильная сыпь. Р-скопия гр. клетки—перибронхит, расширение глистных зон, вялая подвижность диафрагмы, поперечник сердца расширен, более вправо. Мокрота слизистого порядка; кровь—Hb 700%, эритроцитов

4.500.000, лейкоцитов—7.000, формула: палочковидных 7⁰%, сегментированных 52⁰%, эозинофилов—6⁰%, лимфоцитов—30⁰%, моноцитов—5⁰%; моча—N; в кале яйца аскариды.

Постельное содержание, сердечные, отхаркивающие и отвлекающие средства не давали результатов. Дан сантонин в обычном порядке; с калом отхождение 21 экз. аскарид, через день—еще 6. Явления зуда и кожных высыпаний быстро стали уменьшаться без применения наружных средств. Через неделю:—pulm. редкие сухие хрипы, дыхание 14—16 в 1', астмоподобных приступов не отмечалось; оставались жалобы на одышку при физическом напряжении. Наблюдение 4 месяца; работоспособен.

4) *Б-ан В.* страдает часто повторяющимися гастроэнтеритами в течение последних 3 месяцев. Обострения выражаются поносами, рвотой, резкими болями в животе и общим угнетенным состоянием. В один из приступов в б-це с калом вышла одна аскарида. Дан сантонин—отхождение 14 глист. Болезненные явления совершенно исчезли на 3-й же день после отхождения глист. Повторное исследование кала через 10 дней дало вновь положительный результат. Применен тимол—отхождение еще 10 аскарид. В дальнейшем—3 месяца здорова, работоспособна.

Нужно указать, что у всех четырех больных в анамнезе отсутствовали жалобы на тошноту, „сосание под ложечкой“, сердцебиение, слюнотечение и т. д., что обычно для трафаретных случаев глистных инвазий.

На основании нашего материала можно установить наличие большого количества глистных инвазий среди амбулаторных больных в г. Кулебаках—59⁰%, причем на первом месте—аскаридоз.

Глистные инвазии далеко не всегда вызывают типичный для них симптомокомплекс, чем, очевидно, и объясняется значительно редкая диагностика „глистной болезни“.

Среди больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, функциональными заболеваниями нервной системы антигельминтологические мероприятия иногда явно отражаются на улучшении общего состояния здоровья, вплоть до полного выздоровления.

Труд по обследованию больных с неясными диагнозами, часто и длительно болеющих, на предмет глистных инвазий и дальнейшее антигельминтологическое мероприятие вполне оправдывает себя как с лечебно-профилактической стороны (уточнение и выяснение диагноза, правильное лечение), так и с хозяйственно экономической, имея ввиду уменьшение дней нетрудоспособности трудящихся.

Из рабочей поликлиники Заречья в Казани.

Лейкоцитарная формула крови при глистных инвазиях.

Зав. лабораторией Ш. И. Ратнера и зав. Гельминтологическим кабинетом Н. В. Розова.

Картина крови при глистных инвазиях и значение ее в клинике этих заболеваний уже достаточно освещены в печати. Тем не менее наш материал, нам кажется, представляет некоторый интерес благодаря тому, что мы изучали картину крови у тех больных ¹⁾ которым производилось, помимо копрологического исследования, также изгнание глист *per duodenum*. Таким образом, наши результаты касаются определенного вида глист,

¹⁾ Свободных от других заболеваний.

точно установленного. Мазки крови мы брали за несколько дней или накануне изгнания глист. Всего кровь исследовалась у 117 инвазированных, которые по роду глист распределяются следующим образом:

Таблица № 1.

Trichocephal. dispar	T. solium	T. saginata	Ascarides	T. sol. + sagin.	T. sol. + trichoceph. dispar	Ascarid. + trichoc. dispar	Всего
4	36	57	16	1	1	2	117

Возраст больных находился в пределах от 11 до 69 лет. Чаще всего встречались лица в возрасте 20—40 лет. Имели место единичные случаи инвазии в возрасте 11—14 лет. Выше 60 лет были тоже только единичные случаи. Женщин среди наших больных было около 70%.

Контингент больных: преимущественно рабочие фабрик №№ 5 и 6 и Кожев. завода № 1. Значительный % дают рабочие пищевых предприятий и столовых.

Формула белой крови выводилась по методу Шиллинга на 200 клетках. Следующая таблица рисует движение нейтрофилов на нашем материале. За норму приняты цифры, указанные Шиллингом (58—72%).

Таблица № 2.

Нейтрофилы	Ниже 40%	41—50%	51—57%	58—72%	Выше 72%	Всего
Количество б-ых . . .	2	9	22	79	5	117
%	2%	8%	19%	67%	4%	100%

Из этой таблицы видно, что в $\frac{2}{3}$ всех случаев количество нейтрофилов было в пределах нормы и в 29% случаев ниже нормы. Таким образом, можно говорить о незначительной нейтропении. Посмотрим теперь, как распределяются нейтрофилы на нашем материале. Следующая таблица показывает движение сегментир. нейтрофилов. За норму принята цифра в 58—66%.

Таблица № 3.

Сегм. нейтроф.	Ниже 30%	31—40%	41—50%	51—57%	58—66%	Выше 66%	Всего
Кол. б-ых . . .	9	24	59	18	7	—	117
%	8%	21%	50%	15%	6%	—	100%

Количество сегментир. нейтрофилов было в пределах нормы лишь в 6% всех случаев и ниже нормы во всех остальных случаях (94%), причем 50% всех случаев падает на довольно низкую для сегм. нейтр. цифру, именно на 41—50. Эта таблица таким образом показывает резкое падение количества сегментированных нейтрофилов.

Движение палочкоядерных нейтрофилов видно из таблицы № 4.

Таблица № 4.

Палочкоядер. нейтрофил.	Ниже нормы	Норма 4—8%	9—12%	13—20%	21—30%	Выше 30%	Всего
Кол. б-ых .	4	26	31	36	12	8	117
%	4%	22%	27%	30%	10%	7%	100%

Только в 22% всех случаев количество палочкоядерных нейтрофилов было в пределах нормы и в 4% случаев ниже нормы. В остальных же 74% случаев оно было выше нормы. Особенно заслуживает внимания то обстоятельство, что в 47% случаев количество палочк. нейтр. держалось на цифрах от 13—20%. Таким образом, есть все основания говорить о выраженном сдвиге нейтрофилов на нашем материале.

Количество юных нейтрофилов только в единичных случаях превышало 1%. В остальных случаях юные нейтр. или отсутствовали, или были в пределах нормы. Миелоциты не были обнаружены ни в одном случае.

Нормальные границы для лимфоцитов колеблются в очень широких пределах. Некоторые авторы считают, что за последние годы лимфоцитоз у людей вообще повысился благодаря переживаниям, войнам, инфекциям, разным вакцинациям и т. д. Некоторые склонны доводить нормальную границу до 40 и выше %. Это обстоятельство делает результаты в отношении определения количества лимфоцитов еще более относительными. Мы будем исходить из цифр, указанных Шиллингом (21—35%).

Таблица № 5.

Лимфоциты	Ниже 21%	21—35%	36—40%	41—50%	Выше 50%	Всего
Колич. больных . . .	6	82	17	10	2	117
%	5%	70%	15%	8,5%	1,5%	100%

Нормальное количество лимфоцитов согласно этой таблицы имело место в 70% случаев, но все же в 25% случаев определялся лимфоцитоз, причем в 10% этот лимфоцитоз держался на цифрах выше 41%. Количество моноцитов в абсолютном большинстве случаев держалось на нормальных цифрах (4—8%). Только в единичных случаях оно было выше или ниже нормы. В единичных случаях были обнаружены атипичные по структуре ядра и протоплазмы моноциты. Базофилы отмечались в пределах нормы (0,5%—1%) в 40% случаев. В единичных случаях количество их превышало 1%. В остальных случаях базофилы не были обнаружены вовсе. Клетки раздражения Türk'a были обнаружены в 9 случаях из 117.

Несколько больший интерес, естественно, представляет картина крови в отношении эозинофилов. Нормальные границы для эозинофилов еще и в настоящее время не установлены окончательно. Большинство авторов считает нормальной для верхней границы цифру в 4%: Schleip—2-4%, Nägeli—2-4%, Türk—0,5-4% (и выше), Шиллинг—2-4%, Аринкин—2-4%. Однако, многие считают цифры в 5—6% переход-

ными. Рагоза считает нормой 2—4%, но склонен считать цифру 5% переходной, если эта цифра встречается меньше, чем в 12% всех случаев. Мы будем считать цифру 5% тоже переходной. Нижнюю же границу нормы, нам кажется, можно вполне снизить с 2 до 1%, т. к. мы имели возможность неоднократно убеждаться, что 1% эозинофилов не является эозинопенией. Таким образом для нормальной границы эоз. мы установим цифру 1—4%, причем цифру в 5% будем считать переходной.

Таблица № 6.

Эозинофилы	Ниже нормы	1—4%	5%	6—7%	8—10%	11—15%	Выше 15%
Кол. б-ых	—	72	8	14	11	6	6%
%	—	62%	7%	12%	9%	5%	5%

Из этой таблицы видно, что нормальное количество эозинофилов имело место в 62% случаев. Если сюда присоединить и случаи с 5% эоз., то получим нормальное количество эозинофилов в 69% всех случаев. Количество эозинофилов выше нормы было отмечено в 31% случаев.

Многими авторами уже доказано сейчас, что при глистной инвазии не всегда и не так часто встречается эозинофилия. Рагоза в своей диссертации показал, что эозинофилия при глистных инвазиях имеет место лишь в 25% случаев. Таким образом и наши данные лишней раз подтверждают, что эозинофилия при указанных заболеваниях встречается приблизительно только в 1/3 случаев. Анализируя наши данные, мы можем сказать, что на нашем материале встречаются выраженные изменения со стороны палочкоядерных нейтрофилов и эозинофилов. Что касается сдвига, то нужно полагать, что он носит одновременно и дегенеративный характер. Такой сдвиг только до палочкоядерных встречается при многих хронических инфекционных заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией организма. В частности, очень сходную с вышеизложенной картину крови одному из нас приходилось наблюдать при обработке кровяного материала экспедиции по исследованию зоофауны в Мариуполи.

Представляет, разумеется, интерес выяснить, не зависит ли картина крови от рода глист. Тщательный просмотр нашего материала дает нам основание сказать, что такой зависимости не наблюдается.

На основании изложенного выше мы считаем возможным сделать следующие выводы: 1. Главные изменения со стороны картины крови при глистных инвазиях касаются палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов и отчасти лимфоцитов.

2. Количество палочкоядерных нейтрофилов по нашему материалу увеличено в 74% случаев, количество сегментир. нейтрофилов, наоборот, понижено в 94% случаев.

3. Эозинофилия имела место в 31% случаев.

4. Повышенный лимфоцитоз отмечался лишь в 25% случаев.

5. Какойнибудь зависимости между изменениями со стороны белой крови и видом глист не отмечается.

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

Одномоментная через один разрез операция на почке, желчном пузыре и слепой кишке под местной анестезией.

Проф. А. В. Вишневского.

С 5 рис.

Мысль о возможности доступа из поясничного разреза к области печени, желчному пузырю и протокам не нова; в литературе на это имеются многочисленные указания (Frank, Mears, Tuffier, Wright, Reboul, Тринклер и др.). Frank, напр., даже указывает на выгоды поясничного разреза для операций на желчных путях в смысле удобства послеоперационного лечения, удобства дренажа и меньшей опасности возникновения послеоперационных грыж. В самое последнее время Härtel¹⁾ останавливает внимание хирургов на люмбальных разрезах для операций не только на забрюшинных органах, но и для операций брюшной полости (селезенка, pancreas, duodenum, толстые кишки и т. п.). Не касаясь здесь всего вопроса в целом, я должен сказать, что в клинике имеется достаточно поводов для желанного получить оперативный доступ одновременно к правой почке и желчному пузырю. Первым поводом к этому в обычных условиях могут быть диагностические затруднения. Известны случаи, когда хирург, обнажив почку, одновременно ощупывал камни в желчном пузыре и принужден был продолжать операцию на желчных путях из этого же разреза.

На этом пути я не сталкивался в клинике с необходимостью из поясничного разреза оперировать на желчной системе. Но в последнее время произвожу эту операцию вполне планомерно, по заранее принятому определенному решению. Это решение возникло у меня в связи с окрепшей в моей клинике концепцией о совместных, связанных между собой и зависящих друг от друга заболеваниях нескольких органов брюшной полости на почве лимфогенной инфекции их.

В 1926 году в работе своей об инфекции смещенной почки я высказал взгляд, что легкое возникновение заражения правой смещенной почки происходит, вероятно, из толстых кишок путем переноса в нее микробов по лимфатическим сосудам, и предлагал в клинике выделять нефриты при нефроптозе по их патогенезу как нефриты лимфогенного характера. К этому предположению меня подвели постоянные наблюдения течения таких нефритов, которые обычно бывают или односторонними (с правой стороны) или, если—двухсторонними, то с преимущественным поражением правой стороны и с едва заметным поражением левой. Обстоятельство это хорошо вяжется с характером соединений лимфатической системы на правой и левой сторонах. Связь эта хорошо выражена на правой стороне и очень слабо—на левой (Frankе).

Но еще задолго до этого я заинтересовался одновременным заболеванием правой смещенной почкой и хроническим аппендицитом—комплекс, который впервые был отмечен американским хирургом Edebohl's-

¹⁾ Härtel. 55 Tagung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Цит. по Zentralbl. für Chirurgie № 22, 1931.

ом, и по поводу чего им и была предложена операция—люмбальная аппендектомия с пришиванием правой почки. Как известно, эта операция в Германии была встречена весьма холодно, во Франции же она нашла своих защитников в лице крупных хирургов (Leguen и др.). В СССР она впервые была освещена мной в 1922 году на XV Съезде русских хирургов в Ленинграде.

К настоящему времени моя клиника в отношении этой операции располагает материалом в 150 случаев, большинство из которых прослежены на достаточно продолжительном сроке (имеются наблюдения до 15 лет). Эту операцию я принял вначале без подробной интерпретации имеющегося комплекса. Но по мере продолжающихся наблюдений я заметил, что среди больных, страдающих одновременно хроническим аппендицитом и правой смещенной почкой, имеется много таких, у которых смещенная почка, кроме того, и инфицирована. При этих условиях являлось возможным допустить, что инфекция эта могла возникнуть не только из кишек, но и в зависимости от самого аппендикита. в свою очередь, быть может, связанного со смещением правой правой почки (тифлоколиты механического происхождения от сдавления кишек смещенной почкой или аппендикит от венозного застоя в отрезке по толкованию Edebohl's'a и пр.).

Всматриваясь, далее, более подробно и глубже в свой материал, я заметил, что в нем приходится выделить еще одну группу больных, преимущественно из того же разряда астенических женщин, у которых, кроме инфицированной правой смещенной почки и хронического аппендикита, имеются еще и болезненные явления со стороны желчного пузыря в форме упорного, рецидивирующего, не уступающего медикаментозному лечению хронического холецистита. Группа эта немногочисленна в составе страдающих правой смещенной почкой и аппендицитом, но она есть и с ней постоянно приходится иметь дело. Так как в моем материале нефроптоз подвергался оперативному лечению, главным образом, по показаниям имеющейся инфекции почки и притом очень часто в связи с хроническим аппендицитом, и результаты этого лечения были в огромном большинстве случаев прекрасными, я и решил испытать одновременное оперативное воздействие и на желчном пузыре, считая его заблевание в некоторых случаях также в причинной связи с остальными двумя (лимфогенная инфекция!).

Вот на какой почве возникла у меня мысль о той операции, которую я имею в виду здесь описать.

Подготовка к анестезии. Больной укладывается в положении на левом боку, как для операции на правой почке. Первый ассистент стоит на противоположной стороне стола против оператора, второй—у головного конца больного на стороне оператора. Малый инструментальный столик помещается над больным на уровне таза или верхнего отдела бедер.

Среди обычного инструментария на столе заготовлен специальный инструментарий для производства анестезии: 1) сосуд с раствором для анестезии, 2) три сорта шприцев Resord'a (три двухграммовых, три пятиграммовых и три десятиграммовых—всего девять с соответствующими иглами) и 3) одна игла 10—12 см.

Анестезия кожи и мышц ведется одновременно оператором и первым ассистентом с двух противоположных сторон операционного поля. Второй ассистент держит туалет поля. Для анестезии— $1\frac{1}{4}\%$ раствор новокаина на Ringer'e с прибавлением 3 капель адреналина на 100 ч. раствора. Ассистенту сестра подает наполненные шприцы, оператор набирает раствор из сосуда сам. Раствор желательно вводить теплый.

Анестезия и операция. Линия кожного разреза намечена полосою *linct. jodi*, она идет полукругом из costo-вертебрального угла к концу 12-го ребра, откуда по боковой части живота поднимается вверх по реберной дуге и на животе оканчивается у наружного края *m. recti* правой стороны. Эта линия инфильтрируется отдельным желваком кожи и тугой, широкой инфильтрацией подкожной клетчатки до апоневроза (рис. 1). После разреза кожи и подкожной клетчатки, перед тем как начать прощупывание мышечного слоя, длинная игла (12 см.) 10-граммового шприца вкалывается в мышцы в углу, образуемом 12-м ребром и *m. erector trunci*. Осторожно иглу продвигаем в глубину, не меняя ее прямого передне-заднего направления, стараемся проколоть весь мышечный слой. При этом в определенный момент рука получает ощущение пройденных иглой плотных структур, и раствор свободно идет в окологречное пространство. Сюда вводим при свободном поступлении раствора около 120—150 к. с. его с расчетом наполнить им *вместилище fasciae propriae renis*. Затем идет инфильтрация мышц на всем протяжении раны при вертикальном направлении иглы с оставлением в каждом мышечном слое возможно широкого, тугого ползучего инфильтрата (рис. 2). После разреза мышц в брюшинном отделе виден инфильтрат *fasciae propriae renis*. Его мы увеличиваем добавочными инъекциями раствора, стараемся сделать его также напряженным. Для этого потребуется еще от 60—100 к. с. раствора (рис. 3). Инфильтрат резко выделяется и обособляет брюшину. Теперь вскрываем брюшину и стараемся рассмотреть со стороны брюшной полости передние отделы инфильтрата *fasciae propriae renis*. Он чрез брюшину отлично просвечивает в виде массивного водяного желвака (рис. 4). Увеличивая повторными впрыскиваниями раствора этот отдел инфильтрата, стараемся направить его как ползучий инфильтрат к средней линии тела. Теперь он движется уже покрытый перед ним листком *fasciae propriae* и брюшиной, как настоящий ретроперитонеальный инфильтрат, фатально проникая в ретроперитонеальное пространство позади *duodeni*. В этот момент *duodenum* оказывается плавающей в растворе. Сделав 3—4 инъекции 5-ти или 10-тиграммовым шприцем под *duodenum* в разные места омывающего ее инфильтрата, мы получаем прекрасную экспозицию того отдела *duodeni*, где придется в дальнейшем манипулировать с печеночными протоками. Однако эта экспозиция, равно как и вся анестезия в целом, будут еще полнее и лучше, если до начала получения описанного ползучего инфильтрата со стороны брюшной полости мы впрыснули 20—30 к. с. раствора еще и в нижнюю поверхность брыжжейки *fl. coli hepaticae*, которая обычно предлежит в поле операции с тем, чтобы и этот раствор послать в состав образуемого забрюшинного инфильтрата в верхнем этаже, в целом предназначенного блокировать спланхниковую область (рис. 5). В огромном большинстве случаев в результате полученного таким способом большого забрюшинного инфильтрата под печенью, раствор проник автоматически в *lig. he-*



Рис. 1. Кожный желвак по линии предполагаемого разреза и вырыскивание в подкожную клетчатку до апоневроза.

Казанский мед. журн., № 8, 1931 г.



Рис. 2. Прокол мышечного слоя под 12 ребром для наполнения fasciae propr. genis и пропитывание мышц по всему протяжению раны.

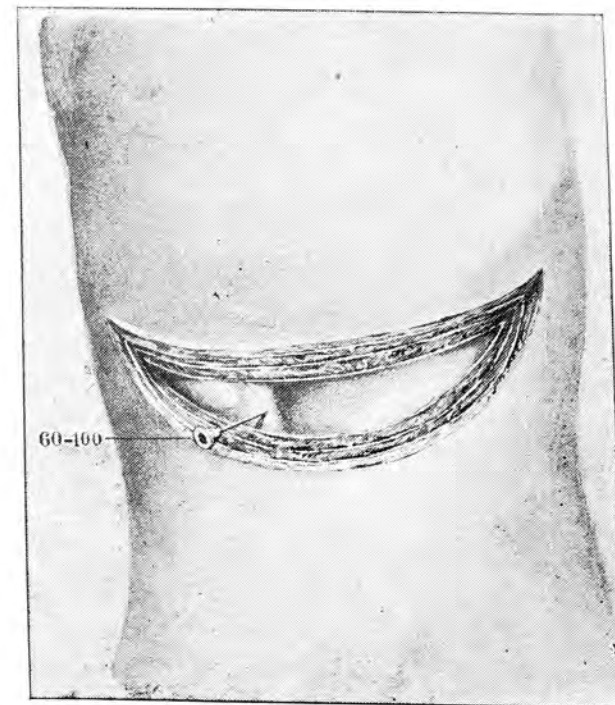


Рис. 3. Обнаружение в забрюшинном пространстве инфильтрата fasciae propr. genis и усиление его дополнительными инъекциями до появления заметного напряжения в нем.

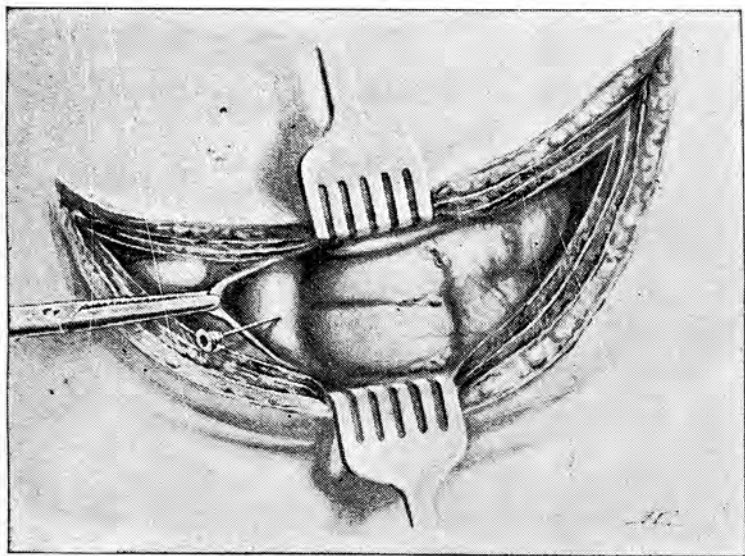


Рис. 4. Инфильтрат fasciae propr. genis виден при вскрытой брюшине. Начало усиления его с целью сообщить ему ползучесть по направлению к средней линии тела.

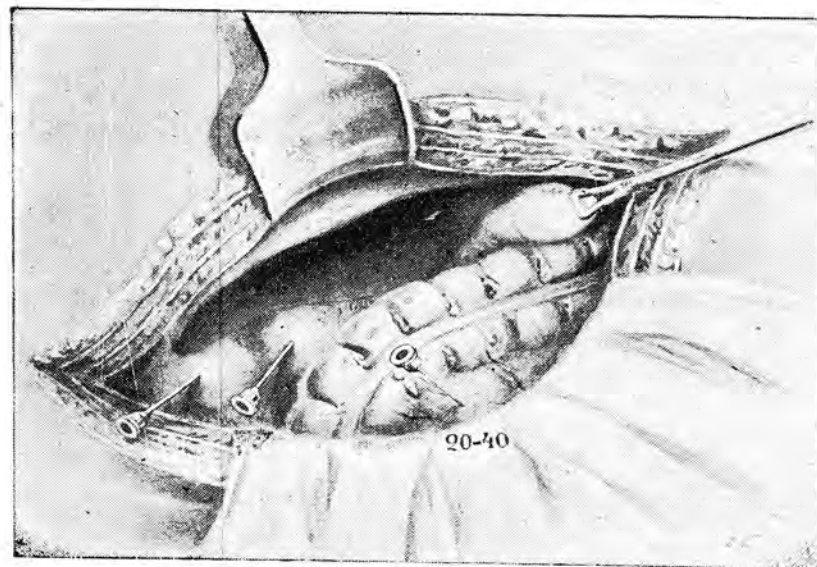


Рис. 5. Ползучий инфильтрат передвигается к средней линии. Инъекции в нижнюю поверхность брыжжейки fl. coli heraticae с целью направить раствор к основному инфильтрату.

pato-duodenale. Иногда же *lig. hepato-duodenale* может потребовать отдельного пропихивания, которое я и произвожу, направляя его отсюда (с протоков) по всему желчному пузырю. При возможном подсерозном пропихивании пузыря, в особенности туго стараясь инфильтрировать верхнюю стенку его, чтобы сильнее отслоить его здесь раствором от поверхности печени.

Теперь, прикрыв отверстие в брюшине большим марлевым компрессом, я ухожу на время из брюшной полости и обращаюсь к ретроперитонеальному пространству у почки. Разрезав заднюю пластинку собственного апоневроза почки, я тем самым вскрываю заложенный здесь мной инфильтрат *fasciae propr. renis*, убираю из него почти весь раствор и изолирую почку для любой операции на ней и мочеточнике во всем поясничном отделе последнего. Покончив с почкой, снова вхожу в брюшную полость. Здесь все подготовлено для безболезненного производства операции на желчном пузыре.

При подлежащей ретракции раны оттягиваю книзу *flex. hepaticam coli* и получаю доступ к нижней поверхности печени. Захватив желчный пузырь клеммом, манипулирую над ним, как нужно в данном случае. При подсерозном удалении желчного пузыря никогда не накладываю клемма на *d. cysticus*. Вместо этого скручиваю его несколько раз по спирали и осторожно кладу первый одиночный узел лигатуры у центрального отдела протока, стараясь не затягивать его туго. Этой же лигатурой накладываю еще ряд одиночных узлов, передвигаясь с ними к периферии скрученного протока (к пузырю) и стараясь каждый следующий узел затягивать туго и туго с тем, чтобы закончить закрытие культи *d. cystici* последним достаточно тугим и прочным двойным узлом. После этого отсекаю пузырь.

Эта методика закрытия культи *d. cystici* совершенно исключает возможность последующего желчеистечения в зависимости от соскальзывания лигатуры, прорезывания ее или некроза перевязанной культи протока. Чтобы гарантировать себя совершенно и от возможности желчеистечения из ложа пузыря (подсерозные мелкие желчные протока!), я пересаживаю в ложе свободный кусок сальника и перитонизирую его оставленной в избытке серозной оболочкой пузыря. Конечно, там, где подсерозное удаление пузыря, вообще, невозможно, там и не выполняема в полной мере только что описанная мной техника. Но там, вероятно, в большинстве случаев и невозможно будет закрытие брюшной раны наглухо и по другим соображениям.

По окончании операции на желчных путях, переходим к удалению червеобразного отростка. Бывший здесь тугой инфильтрат *fasciae propr. renis* давно уже подготовил анестезию *coli ascendentis et coeci*, а потому манипуляции на соесит, как правило, не требуют в этом моменте операции дополнительной анестезии. Оттянув нижний край раны вниз, мы вытягиваем в рану соесит в случае ее подвижности и заканчиваем манипуляции в брюшной полости удалением червеобразного отростка. Если же соесит неподвижна, червеобразный отросток имеет сращения, тогда необходима в этот момент операции дополнительная инъекция анестезирующего раствора в ретроцекальную клетчатку в достаточном количестве, с целью не только получить здесь анестезию соответствующего отдела кишки, брыжжеек и париетальной брюшины, но и с целью получить

экспозицию неподвижной слепой кишки и выявить положение червеобразного отростка, что в моей методике массивного ползучего инфильтрата входит в систему и что, по моему мнению, так выгодно отличает мой метод от банального пропитывания тканей малым количеством концентрированных растворов. Эти инъекции можно сделать как со стороны брюшной полости, так и со стороны забрюшинного пространства. Можно их и комбинировать.

По окончании всех трех операций брюшная рана закрывается наглухо, забрюшинная же клетчатка дренируется небольшим марлевым выпускником, подведенным к почке.

Заключение. Приводя настоящее описание тройной операции почки, желчного пузыря и червеобразного отростка, я имею ввиду еще раз обратить внимание на значение в местной анестезии метода ползучего инфильтрата. В этом описании видно, как основной заложенный в листках fasciae prorg. genis массивный инфильтрат, в зависимости от необходимости, может быть развит дальше и направлен по определенным анатомическим путям в желательном для нас направлении не только с целью обезболивания нужных нам органов, но иногда и с целью необходимой их экспозиции при посредстве его же.

В этой методике, покоящейся на строгих анатомических данных, ясна тенденция осуществить непосредственный контакт вещества с нервами и отойти от принципа анестезии по отдельным полям действия с расчетом на диффузию вещества, анестезии всегда дефектной и связанной со многими случайностями.

В моей методике, если и делается дополнительная анестезия соседних областей, то всегда с тенденцией или получить ответвление основного инфильтрата, или же повести к слиянию с ним нового, соседнего.

Таким образом, в конечном счете обычно имеется всегда один массивный инфильтрат, который с началом оперативных манипуляций на органах или сразу опорожняется почти на цело, или частями, ибо из отдельных мест его вскрытия он не перестает в течение всей операции так или иначе отдавать свой раствор в рану. При этих условиях количество раствора, взятое для анестезии, иногда не соответствует тому, какое остается в тканях для окончательного его всасывания.

Описанная при этой операции методика анестезии лишней раз демонстрирует объем, силу и гибкость метода ползучего инфильтрата, как он описывается в моих работах и работах моих учеников. Здесь можно видеть, как этот метод анестезии справляется с такими оперативными техническими задачами, где вся операция в целом, представляет собой довольно сложную оперативную процедуру даже в обычных условиях общего наркоза. Если описанная методика анестезии будет отнесена к левой стороне, то при небольшой ее модификации необычайно гладко производится splenectomy.

Обращаю внимание, что наиболее трудный момент—безболезненное отделение диафрагмальных сращений мало подвижной селезенки при ее удалении предусматривается здесь полностью с самого начала.

Другие операции в брюшной полости, в особенности на восходящем и нисходящем отделах толстых кишок независимо от длины их брыжеек также прекрасно выполняются с этой методикой анестезии. В описании она может показаться требующей большего периода времени, чем

операция в наркозе. Но время, какое тратит хирург на операцию, прежде всего есть результат его общей темповой технической установки и той или иной рационализации отдельных ее моментов.

Эта операция произведена мной пока 4 раза. Во всех случаях я получил безукоризненный непосредственный оперативный исход и отличный терапевтический эффект на ближайшем и более отдаленном сроках наблюдения.

Выводы: 1) Одновременные заболевания правой смещенной почкой, хроническим аппендицитом и хроническим холециститом, часто наблюдающиеся у женщин астенического типа, происходящие, вероятно, на почве лимфогенной инфекции органов, должны рассматриваться как стоящие в причинной связи друг с другом.

2) Хирургическое лечение этих заболеваний может быть проведено посредством одномоментной через один разрез операции на всех трех больных органах.

3) Эта довольно сложная хирургическая операция легко может быть выполнена под местной анестезией по способу тугой инфильтрации тканей с образованием ползучего инфильтрата.

4) Способ ползучего инфильтрата представляет собой такую гибкую методику обезболивания, что ею можно пользоваться в различных сложных и нетипичных операциях, всюду легко приспособляя ее к данной модификации.

5) Массивный ползучий инфильтрат служит не только целям обезболивания данной области, но и создает выгодную для оператора экспозицию оперативного поля, выявляя органы, делая их более доступными для манипуляций, иногда значительно мобилизуя их.

6) Хотя ползучий инфильтрат и требует для своего образования порядочного количества обезболивающего раствора, однако, будучи вскрыт во время операции в одном или нескольких местах, он позволяет унести из тканей большую часть последнего, благодаря чему он и не представляет опасности интоксикации больного.

Литература: 1) Frank. Wien. klin. Wochensh. 1901, № 18.—2) Mears. Annals of Surgery. Vol., X p. 241—245.—3) Tuffier. Société de chir. 15 mai, 1895.—4) Wright. The Lancet. 1885. March, 28 p. 563.—5) Reboul. Société de chir. de Paris. 22 mai, 1895.—6) Тринклер. Практический врач, 1910 г.—7) K. Franke. Arch. f. An. u. Phys. 1910. 5. 6.

Из хирургич. отделения Астрах. судоходной больницы.

К вопросу о саркомах тощей кишки¹⁾.

Прив.-доцента Е. В. Смирнова.

Саркома кишечника относительно редкое заболевание. Она встречается значительно реже рака. По Микуличу, например, на 100 случаев рака кишечника (кроме recti) было всего 5 сарком. Кишечник по сравнению с другими органами поражается саркомой тоже не часто. По Нотнагелю на 247 сл. сарком саркомы кишечника наблюдались в 3-х случаях ($1\frac{1}{2}\%$). Хирургическая литература не богата работами, посвященными саркомам кишечника. Корнер и Фербанк до 1907 г. собрали 175 сл. сарком пищеварительного тракта, из них в 65 сл. опухоль локализовалась в тонких кишках. Speese в 1914 г. смог собрать 99 сл. саркомы кишечника. Русская литература по вопросу о саркоме кишечника имеет работы Бондарева, Фаворского, Миротворцева и Пунина. Чаще саркома кишек встречается у мужчин (по Ноордену в 80%). Преимущественно заболевание это наблюдается в молодом возрасте, от 20 до 30 лет (Миротворцев, Бондарев), 30—40 (Корнер, Маделунг). Встречаются однако саркомы и в более старшем возрасте. Из всех отделов кишечника саркома чаще всего встречается в тонких кишках. Так Корнер и Фербанк отмечают на 65 сарком тонкой кишки 20 сарком слепой и 11 друг. отделов толстой кишки. По Либману из 50 случаев в 15 сл. локализация была в 12-перстной, в 18 в тощей, в 14 в подвздошной и остальные в других отделах пищеварительного тракта. По Staemmler'у (1924) на 184 сл. сарком тонких кишек указано на локализации в тощей кишке в 44 сл.

Этиология сарком, как и вообще злокачественных новообразований, неизвестна. Указывают на некоторые моменты, которые могут создавать почву для возникновения саркомы, как, например, травма (Мунк), туберкулез, особенно для лимфосарком (Риккер, Франко), другие инфекции кишечника (Кадьян, Петров). Чаще других встречаются кругло-клеточковые саркомы. По Дювалю и Госсее на 43 сл. саркомы кишечника были 22 круглоклеточковые, 5 веретенноклеточковые, 1 альвеолярная 15 лимфосарком.

Гистологически саркомы кишек имеют вид ограниченных подвижных узлов или реже диффузных инфильтратов (Пожарисский). Опухоль обычно исходит из мусcosa или submucosa (Гото, Миротворцев, Пожарисский). Иногда исходным пунктом бывает мышечный слой кишки и реже серозная оболочка. Опухоль обычно имеет циркулярное расположение. Чаще просвет кишки в области опухоли бывает расширен, ввиду поражения мышечного слоя и наступающей вследствие этого потери эластичности кишки это расширение увеличивается при распаде опухоли со стороны слизистой (Браун и Вортман, Кадьян, Нотнагель, Пожарисский, Маделунг, Крауз и др.) Считается это даже характерным для саркомы кишечника. Но это бывает не всегда. Некоторые авторы (Микулич, Рейнвальд) более чем в 50% находили, наоборот, сужение просвета и резкое расширение приводящего

¹⁾ Сообщение на 3 Поволжск. съезде врачей в Астрахани. Июнь 1930 г.

отрезка кишки. Готовое явление сужения имел в $\frac{1}{3}$ всех своих случаев. А Фроман стеноз кишки наблюдал даже у 75% всех больных саркомой кишечника. В обоих наших случаях мы наблюдали сужение просвета кишки, в первом незначительное, во втором резкое с сильно гипертрофированным приводящим отделом кишечника. Величина опухоли бывает различна, от небольших узлов не шире диаметра кишки до огромных опухолей величиною с голову взрослого человека. В нашем втором случае опухоль была величиною не более грецкого ореха, тогда как в первом она была размерами с голову новорожденного ребенка. Опухоль не всегда изъязвляется в просвет кишки, следовательно, не всегда можно обнаружить кровь в кале (Гото, Мунк и др.). Однако в ряде случаев явления распада имеются. Это мы наблюдали в наших обоих случаях.

Саркомы кишечника чрезвычайно злокачественны, рано поражаются лимфатические железы брыжжейки, быстро дают метастазы. Особенно злокачественна круглоклеточковая саркома. Метастазы опухоли рано появляются в мезентериальных и ретроперитонеальных железах, наблюдаются метастазы иногда и в самых разнообразных органах—в почке, печени, легких, плевре, поджелудочной железе (по Руфанову и Янишевскому).

Касаясь симптоматиологии сарком тощей кишки, нужно сказать, что каких-либо характерных, типичных признаков заболевания до сего времени не установлено. Часто больных беспокоят боли в верхних отделах живота без определенной точной локализации. Иногда боли связываются с приемом пищи, боли наступают через тот или иной промежуток времени после еды. Обычно понижен или отсутствует аппетит, наблюдается тошнота и рвота. При высоко сидящих саркомах наблюдается рвота желчью. Встречаются диспептические явления, поносы, чередующиеся запорами. Испражнения иногда содержат кровь. Некоторыми авторами отмечаются небольшие повышения температуры (Гото), зависящие от всасывания инфицированных продуктов распада опухоли. Отмечается иногда лейкоцитоз. В ряде случаев удается прощупать опухоль, которая иногда достигает больших размеров. Опухоль обычно подвижна, форма различна. Для лимфосарком характерна бугристость опухоли. Сама опухоль обычно не болезненна, при давлении на те или иные органы брюшной полости могут быть различные явления—отеки, желтуха. Явлений непроходимости кишок обычно не наблюдается. На основании наших двух случаев мы могли бы добавить к симптоматиологии интересующего нас страдания следующее. В нашем первом случае сильнейшие боли в верхних отделах живота при стоянии при опущении подвижной опухоли книзу. Больная, руками поддерживая опухоль, несколько уменьшала боли. При лежании боли были значительно меньше. Резко бледная окраска кожи лица и слизистых. Во втором случае—тошнота, рвота желчью, два раза обильная кофейного цвета рвота. Боли по ночам. Чувство тяжести после еды, резкая кахексия. Кровь в кале.

Диагностика сарком тощей кишки затруднительна. По Руфанову и Янишевскому вообще точно поставить диагноз невозможно. Лишь единичные случаи описаны в литературе, когда распознавание было правильно до операции. Характерным для с. т. к. (саркомы тощей кишки) нужно считать—быстрое резкое похудание с резкой общей слабостью

бледными слизистыми и кожей, быстрый рост опухоли, если ее удастся прощупать, диспептические явления—отсутствие аппетита, тошнота, рвота иногда с кровью. Боли в верхних отделах живота, или самостоятельные, или связанные с приемом пищи. Рентген обычно мало дает, тем не менее при тщательном исследовании возможно, нам кажется, получить ценные данные. В запущенных случаях при метастазах в другие органы, когда поражение этих органов выявляется той или иной клинической картиной, диагностика становится еще более трудной. Дифференцировать опухоль, исходящую из тонких кишек, от опухоли толстых кишек, подвижной почки, селезенки не представляет особенных затруднений. Когда опухоль нельзя прощупать, приходится дифференцировать саркому толстой кишки с язвой 12-ти перстной кишки. Диагностика в таких случаях довольно затруднительна, т. к., как показал наш второй случай, иногда при саркоме тощей кишки может иметься клиническая картина язвы 12-типерстной, особенно когда опухоль находится в верхних отделах тощей кишки. Быстро прогрессирующая кахексия при саркоме должна направить внимание врача в сторону злокачественного новообразования.

Лечение сарком кишечника чрезвычайно неутешительно. Лишь обширная резекция кишки на значительном расстоянии от опухоли, с тщательным удалением обычно увеличенных желез брыжжейки—вот пока единственное средство лечения. Да и то часто наступает рецидив через сравнительно короткий промежуток времени. Известны лишь единичные случаи, когда радикальная операция—резекция кишки с опухолью,—дала хорошие отдаленные результаты: в случае Микулича отсутствие рецидива в течение десяти лет и случае Гана восьми лет. Послеоперационная смертность сравнительно высока. По Кадьяну она достигает до 40%. Лучистая энергия при современном положении вещей бессильна принести лучшие результаты, чем оперативное вмешательство. Лишь как вспомогательное средство после радикальной операции некоторыми авторами (Шмиден) лечение лучами Рентгена настоятельно рекомендуется.

Приведу два случая, прошедших через хирургическое отделение Астр. судходной больницы.

1. Б-ая П-ова, 20 лет, поступила в мое отделение 7 апреля 1927 г. Жалобы на сильные боли в верхнем отделе живота особенно при ходьбе, резкий упадок сил, полное отсутствие аппетита, временами тошноту и вздутие живота. Считает себя больной 6 месяцев, вскоре после родов. Сначала стала замечать, что сильно худеет, падают силы, затем появились боли в животе, не постоянные, особенно после продолжительной ходьбы. За два месяца до поступления обнаружила у себя в брюшной полости опухоль, которая быстро увеличивалась. По мере увеличения опухоли увеличивались и боли. Временами повышалась температура. Б-ая обратилась к врачам, где опухоль была, по ее словам, принята за увеличенную селезенку, и предложено было лечиться от малярии. Б-ная получила более 15 инъекций хинопирина под кожу. Силы падали, боли увеличивались, пропал аппетит. Б-ая поступила сначала в терапевт. отд., а затем переведена в хирург. отд. Астр. судход. больницы. Б-ая среднего роста, крайне истощенная, с резко бледными слизистыми и кожей. Жалуется на сильные боли в животе, ходит согнувшись, поддерживает живот обеими руками. Через брюшную стенку прощупывается подвижная, плотная опухоль, с гладкой поверхностью, величиною с голову новорожденного ребенка. В желудочном соке повышенная общая кислотность. При рентгеноскопии желудка ничего особенного. Исследование крови—эритроцитов 3,200,000, лейкоцитов 7,200, незначительный лимфоцитоз. Локализация опухоли в левом подреберье ниже реберного края. В вертикальном положении опухоль располагается в левом подреберье, верхний край пальца на три ниже реберного края, нижний край заходит ниже пупка. При положении б-ой на правом боку опухоль смещается за

среднюю линию, на левом боку опухоль уходит под левое подреберье. Тщательной пальпацией обнаружен выше опухоли острый край селезенки. Цистоскопия и катетеризация левого мочеточника патологии со стороны мочи не обнаружила. Индигокарминовая проба разницы функции правой и левой почек не обнаружила. Краска появилась из отверстий мочеточников в срок. При безмясной диете обнаружена в кале кровь.

Остановившись на диагнозе злокач. опухоль тонких кишок, я 14 апреля 1927 г. произвел операцию под общим эфирным наркозом. Левый параректальный разрез от реберного края до пупка. В рану извлечена опухоль тощей кишки, проросшая до корня брыжейки, окутанная воспалительно измененным салником. Сальник от опухоли отделен и резецирован. Опухоль локализовалась в начале тощей кишки. На значительном отдалении от опухоли произведена резекция кишки вместе с опухолью на протяжении 65 см. вместе со значительным участком брыжейки. Тщательно удалены все обнаруженные железы. Кишка зашита конец в конец трехэтажным швом. Опухоль величиною с голову новорожденного ребенка. Просвет кишки в области опухоли несколько сужен, со стороны слизистой имеется распад опухоли. Микроскопически опухоль представляется круглоклеточковой саркомой (проф. Непряхин). Послеоперационное течение гладкое. На 12-й день после операции б-ая выписалась. Через месяц б-ая показалась, она значительно прибавилась в весе, порозовела, избавилась от боли и не предъявляла никаких жалоб (в Аст мед. науч. о-ве б-ая была демонстрирована д-ром Тихомировым). Б-ой дан был совет подвергнуться рентгенотерапии, что она и проделала в одном из местных Р. кабинетов. Однако через 8 месяцев б-ая вновь явилась в отделение с жалобами на возвратившиеся боли. Тщательным исследованием прощупать опухоль не удалось. Занедоверя рецидив. Б-ая пожелала направиться в Москву, куда и была направлена. В Москве подвергалась операции, сделан был по имеющимся справкам энтероанастомоз. Я увидел ее уже с большой неподвижной опухолью, занимавшей все левое подреберье и простиравшуюся ниже пупка. Через 4 месяца б-ая погибла.

2. Во втором случае мы имели 6-го Гр-ва, рабочего одного из местных заводов, 33 лет, переведенного в наше отделение из терапевтического 21 февраля 1930 г. Б-ным считает себя около 6 месяцев, когда впервые стал замечать у себя боли под ложечкой, изжогу, дурной вкус во рту. Начало заболевания связывает с тем, что воел много каши с постным маслом, после чего сильно засорился, по его словам, желудок. Ни принимаемые слабительные, ни голодная последующая диета не избавляли 6-го от ощущения тяжести и болей. Появились запоры. С тех пор кишечник так и не приходил в норму. Аппетит исчез. Появилась тошнота и боли после еды. Временами бывала рвота. Б-ой худел. 20 в 29 декабря 1929 г. была обильная рвота коричневого цвета и понос. Прет испражнений был очень темный. Б-ой резко ослабел и слег в постель. С этого времени боли и тошнота 6-го не покидали. Лечился некоторое время внутренними средствами. Ввиду полной безуспешности лекарственного лечения переведен в хирург. отделение для оперативного пособия. При поступлении б-ой резко анемичен, истощен. Жалуется на общую слабость, боли после еды, особенно ночью, тошноту, рвоту, запоры, чередующиеся поносами. Рентгеноскопия желудка обнаружила увеличенный и опущенный желудок, проходимый привратник. В желудочном соке повышенная общ. кислотность, кровь положительная. При тщательной пальпации опухоли брюшной полости прощупать не удалось. Исследование крови—эритроцитов 3,800000, лейкоцитов 6,800, незначительный лимфоцитоз. В моче ничего особенного. Кровь в кале. Предположена язва 12-ти перстной кишки. 1 марта 1930 г. мною под общим эфирным наркозом произведена операция. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. При вскрытии брюшной полости в рану выпирает сильно расширенный желудок. При ревизии желудка и 12-ти перстной кишки язвы не обнаружено. Область пилоруса и начальной части duodeni спаяна нежными спайками с печенью и желчным пузырем. Спайки разделены тупым путем. После отщипывания поперечной ободочной кишки кверху обнаружена резко расширенная часть тощей кишки, начиная от Трейтцовой связки на протяжении 20 см., вслед за которой расположена опухоль величиною с грецкий орех, значительно суживающая просвет кишки (вследствие этого центральное компенсаторное расширение). Далее за опухолью диаметр кишки нормален. В брыжейке увеличенные многочисленные плотные железы. Резекция расширенной части кишки вместе с опухолью и значительного участка за опухолью на протяжении 50 см. вместе со значительным участ-

ком брыжжейки. Тщательно удалены все замеченные увеличенные лимфатические железы. Шов кишки конец в конец двухэтажным швом. Опухоль плотная суживающая просвет кишки. Со стороны кишки распад опухоли. *Микроскопическое исследование:* „Слизистая отсутствует, все слои вплоть до серозы пронизаны опухолевой массой. Клетки опухоли мелкие и круглые с небольшим ободком протоплазмы, с темным пикнотическим ядром. Кое-где внизу серозы заметны сдавленные остатки мышечного слоя в виде островков, окруженных опухолевым инфильтратом. Клеточные массивы опухоли лежат густо, почти без интерстициальных прослоек. В отдельных местах среди опухолевых клеток заметны фигуры деления. Круглоклеточковая саркома“ (проф. Неприхин).

Послеоперационное течение гладкое. На 15-й день больной выписан из больницы. В настоящее время сильно поправился, избавился от всяких болей, ест обычную пищу, несет тяжелый физический труд. Регулярно показывается (демонстрирован на засед. ПОК больницы д-ром Потемкиной). Конечно в прогностическом отношении случай представляется очень серьезным. Нельзя быть уверенным в том, что рецидива не будет. Тщательное наблюдение за больным, лечение лучистой энергией—вот все что можем мы сделать с больным после произведенной операции.

Из акушерского отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
(Завед. д-р В. А. Хатунцев).

К изучению легального и подпольного аборта.

Д-ра М. Магид и д-ра М. Венцовского.

(С 8 табл.).

Проблема аборта продолжает оставаться жгучим вопросом современности. Хотя проекты законодательств некоторых стран и предусматривают возможность ненаказуемости аборта при некоторых условиях и по социальным показаниям, фактически единственным государством, где аборт по социальным показаниям уже легализован,—является СССР. Естественно поэтому, что русские работы вместо бесконечных споров за и против легализации занимаются, главным образом, изучением вопроса о последствиях легализации.

Нужно признать, что вопрос о легальном аборте достаточно изучен. Государственная статистика абортот, проводимая с 1924 года, и обширные статистические исследования, в первую очередь ЦСУ СССР и УССР, а также многочисленные работы других авторов почти полностью исчерпали этот вопрос. Однако, есть и другая сторона этой проблемы, которая до последнего времени оставалась в загоне,—что-же произошло с подпольным абортот? Насколько он до настоящего времени распространен, какие источники его питают, каковы его взаимоотношения с легальным абортот? Далее, как протекал процесс замещения подпольного аборта—абортот легальным?

Каких-либо точных исследований в этом отношении почти нет, и неудивительно, так как подпольный аборт скрывается; женщины, поступающие с подпольным абортот, нередко отрицают вмешательство; наконец, далеко не все подпольные аборты попадают под врачебное наблюдение.

Многочисленные казуистические сообщения об обнаружении у абортотрующих в полости матки различных инородных предметов ничего не дают для статистического изучения этого вопроса. Существуют, правда, многочисленные работы авторов, стремящихся сделать те или иные выводы на основании распространения *неполного* аборта и полагающих,

что, яко-бы, почти все случаи неполного аборта—это подпольные аборт. Однако, как показал один из нас (Магид, Казанск. мед. ж. 1930, № 10), в условиях легализации $\%$ подпольных аборт среди неполных резко снизился. За это говорит также и наблюдающееся за последние годы резкое падение заболеваемости и смертности после неполного аборт. Итак, и этот метод почти ничего не дает для изучения распространения подпольного аборт. Все авторы сходятся лишь на одном: число случаев подпольного аборт резко пало; однако, он еще продолжает существовать; насколько он распространен, ответить весьма трудно. Соответствующие цифровые данные представлены в литературе весьма скудно. Ольшевский (1928), при распросе около 100 стационарных и амбулаторных больных, выяснил, что делали аборт в больнице—42 $\%$, па-дому у больной—23 $\%$, не врач и вне больницы—35 $\%$. Сорока (1927 г.), при опросе 2.710 гинекологических больных, установил, что аборт делал врач в 1.670 случ., не врач—в 272 случ., сама больная—88 раз и аборт был спонтанным—618 раз. Из обоих этих работ не видно, не была ли часть этих аборт произведена до легализации. Рессия, при обследовании крестьянок, установил, что у 1040 женщин было 3.998 родов, 369 спонтанных и 952 искусственных аборт. Искусственно беременность была прервана 333 раза врачом, 416 раз—бабкою и 203 раза—„своими средствами“, т. е. самой беременной. Тер-Габриелян обследовал 1.120 женщины, абортировавших в 1923—1924 году. У 844 из них аборт был вызван искусственно, путем операции—выскабливания; в 79 случаях—аборт был спонтанным и в 197 случ.—имело место какое-либо иное внутриматочное вмешательство или применение плодогонных веществ per os. По Синябрюхову соотношение между легальным и подпольным аборт было в 1920 году таково: сама больная—7,0 $\%$, у бабки—10,0 $\%$, у акушерки—35,0 $\%$, у врача вне больницы—30,0 $\%$, в больнице—18,0 $\%$. В 1926 году соответствующие цифры были равны: сама больная 4,0 $\%$, у бабки—6,0 $\%$, у акушерки—8,4 $\%$, у врача вне больницы—30,3 $\%$, в больнице—51,3 $\%$. Абсолютные цифры автор не приводит. Таким образом, врачебный внебольничный аборт за это время оставался стабильным, но резко упали в числе аборт, вызванные бабками, акушерками и самой больной.

Интересуясь вопросом о распространении подпольного аборт и взаимоотношением между ним и легальным аборт, мы в нашей работе прибегли к следующей методике собирания материала. Для того, чтобы избежать случайностей, зависящих от особенностей больничного материала, мы пользовались *анамнестическим* методом. При этом последняя беременность (роды, аборт), с которой, или по поводу осложнения которой больная обращалась в больницу,—*никогда не учитывалась*. Материал собирался одновременно в 5-ти отделениях: 1) в нормальном родильном, 2) в послеродовом инфекционном, 3) в поликлинике, 4) в гинекологическом отделении нашей больницы (зав. проф. Ф. А. Соколов), 5) в родильном отделении 2-й рабочей больницы (зав. д-р П. М. Юфа). Женщины опрашивались всегда нами лично, при соблюдении одной и той-же методики опроса.

Нас интересовало выяснить динамику аборт у женщин, систематически прибегающих к плодонизгнанию. С этой целью мы учитывали лишь те случаи, где в анамнезе имелось 3 и более аборт, так как,

помимо всего, на этом материале мы могли изучить взаимное чередование легального и подпольного аборта, если бы таковое имело место. Кроме того, у многоабортировавших женщин часть абортотворений приходилась на время до легализации, и мы, таким образом, могли учесть, как женщины реагировали на представившуюся им возможность производить аборт в больнице.

При опросе отмечались: 1) возраст, 2) продолжительность половой жизни, 3) на каком месяце был произведен аборт, 4) кем и как он был вызван, 5) попала ли потом больная непосредственно или в течение ближайших дней в больницу или под врачебное наблюдение, 6) подвергалась ли после аборта выскабливанию, 7) когда был произведен аборт (до или после 1924 года).

Правда, аборт был легализован уже в ноябре 1920 года. Однако, в первые годы легализации, совпавшие с гражданской войной, лечебная сеть была разрушена и фактически больницы могли пропустить, особенно в провинции, лишь небольшую часть абортотворящих. Остальная масса была принуждена делать аборт вне больницы. К 1924 году лечебная сеть была восстановлена, были созданы абортные комиссии, введена плата за аборт для более обеспеченных групп населения, создана государственная абортная статистика и, более или менее, урегулирован прием женщин для производства искусственного аборта. Все это дает нам право считать 1924 год своего рода переломным.

Всего нами были опрошены 891 женщина, имевшая в анамнезе не менее 3-х абортотворений. Общее количество родов у них было равно 2.092, абортотворений—4.264.

По возрасту они распределялись следующим образом: до 19 лет—1 человек (0,1%), 20—29 лет—392 чел. (44,0%), 30—39 лет—434 чел. (48,0%), 40—49 лет—60 чел. (6,7%), 50 лет и выше—4 чел. (0,4%). По продолжительности половой жизни—0—5 л. 102 чел. (11,4%), 6—10 лет—349 чел. (39,2%), 11—15 лет—225 чел. (25,3%), 16 лет и выше—185 чел. (20,8%).

Аборты были произведены: легально в 1.578 случ. (37,0%), врачом вне больницы в 1.524 случ. (35,7%), акушеркой в 308 случ. (7,2%), бабкой и проч. в 114 случ. (2,7%), самой беременной в 133 случ. (3,1%), спонтанно произошли в 607 случ. (14,3%). Так как мы пользовались анамнестическим методом, то смертные случаи из анамнеза не могли быть учтены. Ввиду того, что наибольшая смертность после аборта падает на аборты, произведенные акушеркой, бабкой и самой больной, то, очевидно, число последних является несколько преуменьшенным.

Нас интересовал вопрос, насколько подпольный и спонтанный аборт могут быть учтены официальной абортной статистикой. Следует при этом заметить, что у нас обязательная абортная статистика распространяется, как известно, лишь на больницы, а не на частных врачей. Однако, в виду бесплатности больничной врачебной помощи, количество больных, обращающихся к частным врачам по поводу *неполного* аборта, невелико и этой ошибкой, как мы увидим ниже, можно пренебречь.

Как указал один из нас (Магид-Гинек. 1930, № 1), аборт в статистическом отношении можно разбить на 5 групп: 1) легальный аборт, который на больничном материале легко поддается учету; 2) подпольный неполный аборт и ближайшие его осложнения, учитываемый

больницами, как *abortus incomplexus*; 3) подпольный полный аборт, который целиком ускользает от учета, так как женщины, благодаря отсутствию каких-либо осложнений, вообще не обращаются к врачу; 4) спонтанный неполный аборт, который учитывается так же, как и аборт 2-й группы, под видом *abortus incomplexus*, и 5) спонтанный полный аборт, относительно которого имеет силу сказанное в пункте 3-м.

Итак, спонтанный и подпольный аборт могут быть учтены статистикой лишь при обращении в больницу. Те же случаи, когда плодное яйцо выделяется полностью без обращения к врачу, очевидно, статистически не могут быть учтены.

Таблица 1.

Последующая обращаемость к больничной и врачебной внебольничной помощи после различных видов аборта.

Число случаев Вид аборта	Общее число случаев	Поступило в связи с абортom в боль- ницу для:		Всего поступило в больницу:		Произведено после аборта абразий, ре- абразий вра- чем вне боль- ницы
		абразии, реабра- зии	консер- вативн. лечения	абс.	в ‰	
1	2	3	4	5	6	7
Легальный	1578	20	10	30	1,9	2
Врач вне б-цы. . .	1524	10	2	12	0,8	9
Акушерка.	308	36	7	43	14,0	10
Бабка и проч. . . .	114	16	1	17	14,9	2
Сама.	133	24	1	25	18,8	2
Самопроизвольн. .	607	294	35	329	54,2	26
Всего	4264	400	56	456	10,7	51

Как показывает наша таб. 1, самая совершенная абортная статистика может учесть лишь 0,8‰ абортom, произведенных врачом вне больницы, и 14,0‰—18,8‰ абортom, произведенных акушерками, бабками и самой больной. Спонтанные аборты могли быть на нашем материале учтены в количестве 54,2‰, причем, как показали наши специальные наблюдения, степень обращаемости и ‰ „неполности“ спонтанных абортom все время растет.

Интересные выводы получаются из сопоставления граф 3 и 7. Мы видим, что те случаи, где имело место осложнение (кровотечение) после легального аборта, возвращаются обратно в больницу; там, где врач делал аборт вне больницы, и последующее лечение в случае осложнения обыкновенно проводится на дому; после осложнений, имевших место при абортom, вызванных акушерками, относительно часто наблюдается обращение к небольничному врачу; после же бабок и плодонизгнаний, вызванных самой беременной, больная чаще всего обращается непосредственно в больницу.

Итак, наша таблица ясно говорит, что текущая абортная статистика ничего почти не может дать для изучения подпольного аборта

и для его изучения есть лишь одна возможность — *анамнестический метод*.

Указанная таблица интересна и с другой точки зрения. Чем объяснить, что после относительно невинного спонтанного аборта женщины поступают в больницы в значительно большем % случаев, чем после опасного подпольного? С точки зрения осложнения и тяжести заболевания следовало бы, казалось, ожидать противоположного. Относительно врачебных внебольничных абортс это объясняется тем, что при этом почти всегда имеет место выскабливание. Но как это объяснить в отношении абортс, вызванных акушерками, бабками и самой больной, с помощью таких манипуляций, как впрыскивание йода, мыла, введение бу-жей и т. д.? Так как сама больная наказанию никогда не подлежит и при желании всегда может скрыть вмешательство, то боязнь судебного преследования, очевидно, отпадает.

Как одно из возможных объяснений можно было бы предположить, что тут известную роль играет метод плодизгнания и что разнородные предметы и жидкости, вводимые в матку, заставляют мускулатуру матки быстрее и энергичнее изгонять плодное яйцо, чем это имеет место при спонтанном аборте.

Предполагая, что критерием сократительной способности матки является длительность послеабортного кровотечения, мы пытались выяснить, сколько времени кровят женщины, если полное изгнание плодного яйца предоставляется силам природы (таб. 2).

Таблица 2.

Продолжительность кровотечения при различных видах полного аборта (спонтанное излечение).

Продолжительность кровотечения Вид аборта	Несколь- ко дней	Около одной недели	Около 2-х не- дель	Около 3-х не- дель и свыше
Спонтанный:				
абс.	35	75	77	175
в %/о/о . . .	9,6	20,7	21,3	48,4
Искусственный, вызванный всеми ме- тодами, кроме выскабливания:				
абс.	33	73	107	153
в %/о/о . . .	9,0	20,0	29,2	41,8

Следует иметь в виду, что соответствующая таблица 2 была состав-лена на основании анамнеза и данные ее поэтому лишь приблизительны. Однако, будучи собраны по одинаковой методике, они все же хорошо сравнимы. К тому же, чисто случайно, число случаев аборта в обеих группах оказалось почти одинаковым—362 спонтанных и 366—под-польных.

Как показывает эта таблица, продолжительность кровотечения при спонтанном аборте вполне совпадает с таковою при подпольном. Несколько дней кровят—9,6%, resp. 9,0%; около недели—20,7%, resp. 20,0%;

около 2-х недель—21,3%, гесп. 29,2% и около 3-х недель и выше—48,4%, гесп. 41,8%. Таким образом, подпольный аборт помимо непосредственной опасности для жизни не представляет никаких преимуществ, по сравнению со спонтанным, в смысле продолжительности кровотечения.

Почему же, в таком случае, женщины обращаются после него в больницу реже, чем после спонтанного?

Таблица 3.

Обращаемость к врачу для искусственного прерывания беременности и % неполных спонтанных аборт.

У женщин, которые для искусственного прерывания беременности:	Число женщин	Общее число спонтанных аборт	Число неполн. спонт. аборт	% неполн. спонтанных аборт
а) обращались к врачу во всех случаях . . .	198	314	215	68,5
б) обращались к врачу в некоторых случаях	56	83	45	54,2
в) к врачу не обращались	26	68	32	47,1

Повидимому, причина лежит в социально-культурном уровне женщины и в ее отношении к кровотечению в том и другом случае. Действительно, когда мы (таб. 3-я) разбили наших женщин на 3 группы: 1) тех, которые беременность *всегда* прерывали у врача, 2) тех, которые обращались к врачу за прерыванием беременности лишь в *некоторых* случаях и 3) тех, которые прерывали беременность *у не врача*, то выяснилось, что 1-я группа обращалась к врачу по поводу кровотечения в 68,5% всех случаев спонтанного аборта, 2-я—в 54,2% и 3-я—в 47,1%, т. е., чем выше социально-культурное положение женщины, чем лучше она сознает повышенные опасности подпольного аборта, тем раньше она обращается за врачебной помощью, даже при спонтанном аборте (как и при всяком заболевании).

Таблица 4.

Обращаемость к врачу по поводу спонтанного аборта и % неполных подпольных неврачебных аборт.

У женщин, которые по поводу спонтанного аборта:	Число женщин	Общее число искусствен. неврачебн. аборт	Число неполн. искусств. неврачебных аборт	% неполных искусствен. неврачебных аборт
а) обращались к врачу во всех случаях . . .	30	82	24	29,3
б) обращались к врачу в некоторых случаях.	10	36	8	22,2
в) к врачу не обращались	32	74	7	9,5

То же самое, в еще более яркой степени, показывает таб. 4. В этой таблице помещены лишь те женщины, которые частично или полностью вызывали аборт у акушеров, бабок и самостоятельно (т. е. группа „б“ и „в“ из таб. 3). Из этих женщин те, которые обращались к врачу во всех случаях *спонтанного* аборта, обратились к врачу по поводу кровотечения после подпольного аборта в 29,3% случаев; те, у которых часть спонтанных абортов закончилась самоизлечением без врачебной помощи, обратились к врачу с неполным подпольным абортом в 22,2% случаев, и те, у которых *все* спонтанные аборты закончились без врачебной помощи, обратились с неполным подпольным абортом к врачу лишь в 9,5% случаев.

Итак, причина повышенной обращаемости со спонтанным неполным абортом по сравнению с подпольным неполным абортом лежит в следующем. Подавляющая масса женщин прерывает беременность в больнице или, по крайней мере, у врача, хотя бы и внебольнично. Эта же подавляющая масса в случае кровотечения после спонтанного аборта немедленно обращается к врачу, т. е. спонтанный аборт у них почти всегда „неполный“. С другой стороны, есть очень немногочисленная группа женщин, которые так мало обращают внимания на свое здоровье, что при спонтанном аборте кровоточат неделями, не обращаясь к врачу. Эта же группа не обращается поэтому к врачу и с неполным подпольным абортом и *в этой-то маленькой группе продолжают до настоящего времени существовать самые некультурные виды подпольного аборта*. Так как эта группа мала и имеет тенденцию к дальнейшему падению, то процент спонтанных неполных абортов, заканчивающихся самоизлечением без врачебной помощи, продолжает падать. Равным образом продолжает падать % нелегальных неврачебных абортов, но так как все подпольные неврачебные аборты приходится на эту группу, то именно тут, в этой абсолютно маленькой группе, % полных подпольных абортов велик. Культурная женщина не доверит свое здоровье бабке, а малокультурная—и после бабки будет неделями ходить с кровотечением, не обращаясь к врачу. К этой группе относятся, главным образом, крестьянки и наименее культурные слои городского населения.

Таким образом, один из методов борьбы с подпольным абортом лежит в борьбе с общей санитарной некультурностью. И действительно, как показывает таб. 1, на нашем материале—3.102 аборта были произведены врачом (в больнице и вне больницы) и лишь 555 абортов—не врачом. Если взять это же соотношение за период времени 1925—1930 г.г., то эта разница выступает еще более ярко—2.218 врачебных и 196—неврачебных абортов (таб. 6).

Материальные факторы играют в смысле различной обращаемости после спонтанного и подпольного аборта меньшую роль, так как больничная помощь при неполном аборте оказывается бесплатно всему населению, к тому же менее обеспеченное население принимается в больницу для прерывания беременности бесплатно.

С другой стороны, было бы неправильно относить пониженную обращаемость после подпольного аборта среди известных групп населения *исключительно* за счет социально-культурных причин. Некоторое объ-

яснение можно было бы, вероятно, найти, изучая *мотивы* подпольных абортов.

Мы постарались также выяснить вопрос о том, при каком сроке беременности производится подпольные аборты. Этот вопрос в литературе почти не освещен, и мы нередко встречаемся с самыми противоречивыми мнениями. При опросе мы убедились, что женщины, как правило, хорошо помнят срок бывших абортов.

Таблица 5.

Вид аборта и срок прерванной беременности.

Срок беременности	До 2-х мес. вкл.	До 3-х мес. вкл.	До 4-х мес. вкл.	До 5-ти мес. вкл.	До 6-ти мес. вкл.	До 7-ми мес. вкл.	Срок неизвест.	Внезапч. берем.	Беремен. отсут.	Соотношен. между абор- том: 4—7 м. 2—3 м.
Вид аборта	До 2-х мес. вкл.	До 3-х мес. вкл.	До 4-х мес. вкл.	До 5-ти мес. вкл.	До 6-ти мес. вкл.	До 7-ми мес. вкл.	Срок неизвест.	Внезапч. берем.	Беремен. отсут.	
Легальный	1266	251	24	6	—	1	28	—	2	1 : 48,9
Врач вне больницы . . .	1206	261	32	3	3	—	18	1	—	1 : 37,7
Акушерка	217	58	11	9	—	1	12	—	—	1 : 13,1
Бабка и проч.	68	34	3	2	—	—	7	—	—	1 : 20,4
Сама	101	25	4	—	1	—	2	—	—	1 : 25,2
Самопроизвольн.	269	149	46	41	38	30	34	—	—	1 : 2,7
Всего	3127	778	120	61	42	32	101	1	2	1 : 15,3

Как показывает таб. 5, легальные аборты делаются почти исключительно при сроке беременности до 3-х месяцев, т. е. в рамках декрета. Среди немногочисленных абортов сроком выше 3-х месяцев, главная масса приходится на 4-х месячные. По словам больных, некоторые из этих абортов (главным образом в 5 мес. и выше) были произведены по строго медицинским показаниям; в некоторых случаях врач сознательно прерывал беременность при сроке лишь незначительно превышавшем (1—1½ недели) 3 месяца; в некоторых же случаях врач приступал к операции, считая, что беременность 3-х месячная, и лишь *sub operatione* выяснял, что она несколько превышала этот срок.

Врачебный внебольничный аборт точно так же, как мы видим, чаще всего производится при сроке до 3-х месяцев, однако число абортов свыше этого срока в этой группе несколько больше.

Что же касается абортов, вызываемых акушеркой, бабкой и самой больной, то там количество поздних абортов еще выше. Однако, и среди этих категорий большинство приходится на ранние сроки аборта. Таким образом, совершенно неправильно предположение, что подпольные аборты производятся при поздних сроках беременности; наоборот, подавляющая масса абортов, независимо от того, легальны они или нет, производится до 3-х месяцев.

Некоторые авторы представляют вопрос так, что женщина делает подпольно аборт лишь тогда, когда срок беременности превышает 3 ме-

сяца и когда ей поэтому отказывают в легальном аборте. Однако, когда мы взяли случаи подпольного аборта, вызванные акушеркой, бабкой и самой больной, за промежуток 1925—1930 г.г., то и тогда ранние аборты значительно превалировали над поздними и отношение между ними было равно 16,8 : 1. Таким образом, женщины обращаются к подпольному аборту не только потому, что им отказывают в приеме в больницу из-за позднего срока беременности, но и по другим мотивам.

Совершенно иначе (таб. 5) распределяется срок беременности при спонтанном аборте: до 2-х месяцев (вкл.)—47%, до 3-х—26%, до 4-х—8%, до 5—7%, до 6—7%, до 7—5%.

Поэтому, если взять отношение абортов сроком от 4-х месяцев и выше к числу абортов сроком до 3-х месяцев включительно, то для каждой группы мы получим различное соотношение: для легального—1 : 48,9, для врачебного внебольничного—1 : 37,7; для аборта вызванного акушеркой—1 : 13,1, бабкой—1 : 20,4; самой беременной—1 : 25,2, а для спонтанного 1 : 2,7 и для общей массы наших абортов—1 : 15,3.

Отсюда можно сделать вывод, что чем больше отношение 1 : 2,7 меняется в сторону увеличения второго члена, т. е. увеличения числа абортов ранних сроков, тем более на данном материале преобладает искусственный аборт. Этот вывод касается, впрочем, лишь данных, полученных анамнестическим путем. Мы высчитали, что на клиническом материале спонтанный аборт дал бы отношение 1 : 2,4 (ввиду того, что спонтанные аборты поздних сроков попадают в больницу чаще), а весь наш материал—1 : 3,0.

Переходим дальше к вопросу о том, что произошло с подпольным абортом и как он стал замещаться легальным абортом. Как показывает таб. 6, на материале до 1924 г., легальный аборт составлял 21,9%,

Таблица 6.

Соотношение между легальным и подпольным абортом до и после 1924 г.

Число случаев Вид аборта	Общее число случаев	До 1924 г. вкл.		1925—1930 г.	
		абс.	в %/о/о	абс.	в %/о/о
Легальный	1436	225	21,9	1211	50,2
Врач вне больницы	1524	517	50,2	1007	41,7
Акушерка	260	162	15,8	98	4,1
Бабка и проч.	99	62	6,0	37	1,5
Сама больная	124	63	6,1	61	2,5
Всего	3443	1029	100,0	2414	100,0

врачебный внебольничный—50,2%, аборт, вызванный акушеркой—15,8% и т. д. Следует при этом иметь в виду, что в эту группу включен ряд абортов, имевших место еще до легализации. За промежуток 1925—30 г. с абортом наступили следующие изменения. Аборт, вызванный акушеркой и бабкой, т. е. наиболее опасный, уменьшился в 4 раза (с 15,8% и

6,0% до 4,1% и 1,5%), аборт, вызванный самой больной—в $2\frac{1}{2}$ раза (с 6,1% до 2,5%); врачебный внебольничный аборт пал на 20%. Все это уменьшение шло за счет увеличения легального аборта, поднявшегося с 21,9% до 50,2%, т. е. легализация благоприятствовала исчезновению, в первую очередь, наиболее опасных форм подпольного аборта.

Мы коснулись также вопроса о взаимном чередовании легального и подпольного аборта. При этом перед нами стал вопрос, к какой же группе отнести врачебные внебольничные аборт? Декрет 1920 г. санкционировал аборт лишь в больничной обстановке и с этой точки зрения их следовало бы считать подпольными. Однако, У. К. 1922 г. и последующих редакций говорит о запрещении врачу производить аборт в „ненадлежащих условиях“ или в „противосанитарной обстановке“. Пленум Верх. Суда в 1926 г. разъяснил, что „производство аборта в противосанитарной обстановке понимается в смысле отсутствия условий, допускающих производство хирургических операций с надлежащей подготовкой пациентки до операции и соответствующим послеоперационным уходом. При наличии этих и прочих условий производство аборта врачом не подпадает под соответствующую статью У. К.“.

Суд для выяснения вопроса о „надлежащих условиях“, как правило, запрашивает мнение экспертов. Однако, и взгляды экспертов в этом отношении сильно расходятся. Так, Аврутин считает, что надлежащие условия возможны не только в больнице. Вроблевский и Утевский считают, что врач может производить аборт и на-дому у больной: „ненадлежащей обстановкой следует считать такую домашнюю обстановку, при которой была занесена или могла быть занесена внешняя инфекция“. Глебов, приводя несколько случаев осуждения врачей за производство аборт, указывает на неточность понятия „санитарная обстановка“ и на необходимость конкретизации того минимума требований, который совместим с понятием „надлежащих условий“. Для того, чтобы условия были „надлежащими“, необходимо, по Глебову, наличие приспособленного помещения, ассистент, соответствующая регистрация в органах здравоохранения и т. д. Наоборот, Гусев толкует понятие „санитарной обстановки“ несколько шире и приводит случай, когда на суде мнения экспертов по этому поводу разошлись. Он приводит также казуистическое сообщение, где в результате аборта, произведенного врачом на-дому, у больной наступила смерть от сепсиса. В первой инстанции врач был осужден, но У. К. К. Верховсуда признала, что в данном случае обстановка была надлежащей и прекратила дело. Павлов понимает под надлежащими условиями только больничные, хотя и признает, что надлежащие условия можно создать на-дому. По Бычкову под „санитарной“ обстановкой следует понимать условия близкие к больничным. Лейбович считает, что производство аборта на-дому не удовлетворяет требованию „надлежащих условий“; если же эти условия есть, то квартира представляет нечто вроде лечебного заведения, и аборт может быть выполнен. По Мионову—соответственную обстановку можно создать в любой чистой комнате; однако, в клинической обстановке производство аборта всегда менее рискованно.

Поскольку „надлежащие условия“ есть вопрос факта, вопрос о них разрешается применительно к данному случаю, путем изучения всех сопутствующих обстоятельств. К легальному абарту врачебный внебольнич-

ный приближается по методу прерывания беременности (как правило, выскабливание), по соблюдению во многих случаях основных требований асептики; с нелегальным его роднит в статистическом отношении то, что он ускользает от учета и что асептика и послеоперационный уход нередко заставляют желать лучшего. Врачебный внебольничный аборт стоит на границе легального, он *факультативно легальный*.

Так как мы от наших больных узнавали лишь *кто* делал аборт, но, разумеется, они ничего не могли сказать о том, были ли условия „надлежащими“, то можно лишь полагать, что какую-то часть врачебных внебольничных аборт следует отнести к нелегальным. Изучая чередование легальных и нелегальных аборт, мы поэтому поступили так, что один раз противопоставили все больничные аборты внебольничным (таб. 7), другой раз — все врачебные аборты — неврачебным (таб. 8).

Всех женщин мы разбили на 3 группы: тех, которые абортiroвали лишь до 1924 года; тех, которые абортiroвали до и после 1924 года, и тех, которые абортiroвали лишь после 1924 года. Период 1925—30 г.г. мы рассматривали, как однородное целое, хотя, конечно, внутри этой группы происходили более тонкие процессы дифференциации. Например, % подпольных аборт был для 1925 г. выше, а для 1930 г. ниже наших данных, являющихся средними за весь этот промежуток времени. Случаи одного лишь спонтанного аборта мы отсюда исключили. Так как мы брали женщин с числом аборт не менее 3-х, то во всех случаях мы могли установить то или иное чередование искусственных аборт.

Таблица 7.

Чередование больничных и небольничных аборт.

В и д а р т а	Число женщин, абортiroвавших искусственно:					
	Лишь до 1924 г. вкл.		До и после 1924 г.		Лишь с 1925 г.	
	абс.	в %/о	абс.	в %/о	абс.	в %/о
Только небольничный	31	57,4	124	35,8	87	23,0
Только больничный	10	18,5	55	15,9	156	41,1
Раньше небольничный, потом больничный	7	13,0	98	28,3	82	21,6
Раньше больничный, потом небольничный	4	7,4	12	3,5	28	7,3
Беспорядочное чередование небольничных и больничных	2	3,7	57	16,5	26	7,0
Всего	54	100,0	346	100,0	379	100,0

В таб. 7, где врачебный небольничный аборт рассматривается вместе с нелегальным, мы видим, что % женщин, применяющих лишь небольничный аборт, пал с 57,4% до 23,0%; только больничный аборт с 18,5% в начале несколько упал — до 15,9%, чтобы затем резко повы-

ситься до 41,1%. Это временное падение зависит от того, что в этот момент рост абортсмен шел не столько за счет увеличения абсолютного числа абортирующих женщин, сколько за счет перехода аборта из вне-больничного состояния в больницу. Действительно, для этого периода аборт „раньше не-больничный—потом больничный“ составлял значительную величину—в 28,3%, затем павшую до 21,6%, когда дальнейший рост числа абортов продолжался уже за счет тех женщин, которые раньше, вообще, к аборту не прибегали, а затем стали сразу прибегать к больничному аборту. Рецидив к не-больничному аборту составлял до 1924 г. 7,4%, пал затем до 3,5% и снова поднялся за период 1925—1930 г. до 7,3%. На причинах этого повышения мы остановимся ниже. Наконец, беспорядочное чередование больничных и не-больничных абортов составляло 3,7%—16,5%—7,0%.

Таблица 8.

Чередование врачебных и неврачебных абортов.

В и д а б о р т а	Число женщин, абортировавших искусственно:					
	Лишь до 1924 г. вкл.		До и после 1924 г.		Лишь с 1925 г.	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Только неврачебный.	11	20,4	16	4,6	11	3,0
Только врачебный	32	59,2	225	65,0	339	89,4
Раньше неврачебный, потом врачебный	4	7,4	61	17,6	16	4,2
Раньше врачебный, потом неврачебный	3	5,6	6	1,8	4	1,0
Беспорядочное чередование врачебных и неврачебных.	4	7,4	38	11,0	9	2,4
Всего.	54	100,0	346	100,0	379	100,0

Из таб. 8, где врачебный не-больничный аборт рассматривается вместе с легальным, мы видим, что при только неврачебном аборте осталось вконец 20,4% лишь 3% женщин; только врачебный рос непрерывно с 59,2% до 65,0% и, наконец, дошел до 89,4%. Любопытно отметить, что в этой группе мы не наблюдаем временного падения „только врачебных“ абортов. Объясняется это тем, что в первое время падал, главным образом, неврачебный аборт с 20,4 до 4,6%. Далее, в этом периоде наблюдался усиленный переход от неврачебного аборта к врачебному (от 7,4% до 17,6%, падающий в 3-м периоде, когда подавляющая масса неврачебных абортов была уже ликвидирована до 4,2%).

Рецидивы от врачебного аборта обратно к неврачебному, составлявшие до 1924 г. 5,6%, упали после 1925 г. до 1,0%. Отсюда понятно, чем объясняется вышеприведенное повышение % перехода от больничного аборта к не-больничному, доходящего до 7,3%. Следует

иметь в виду, что мы опрашивали женщин, имеющих в анамнезе не менее 3-х аборт. Так как женщины, имевшие за 1925—30 г. не менее 3-х аборт, относятся к многоабортирующим, то им консультации стремятся не выдавать разрешений на аборт, что влечет обращение к небольничному, но уже врачебному аборту. Это, в частности, подкрепляет тот взгляд, что борьба с абортом должна проводиться не путем голого отказа в выдаче ордера на аборт, а в рекомендации одновременно с выдачей разрешения на аборт контрацептивов, имеющих целью предупредить аборт в будущем.

И, наконец, беспорядочное чередование врачебных и неврачебных аборт, наблюдавшееся довольно часто в первое время легализации — 11,0%, пало затем до скромной величины в 2,4%.

Выводы. 1) Переход аборта из подпольного состояния в легальное представлял собою довольно длительный процесс, лишь теперь, поведомому, приближающийся к своему концу. В первую очередь, после легализации стали резко уменьшаться аборты, вызываемые акушерками и бабками. Аборты, вызванные самой беременной, точно также сильно упали, однако, в силу легкой доступности в несколько меньшей степени. Врачебный внебольничный аборт, который оставался в первые годы после легализации стабильным, в последующем точно также обнаружил значительную тенденцию к падению.

2) Женщины, начавшие прибегать к аборту после 1925 года, обращаются к неврачебному аборту лишь в редких случаях. Количество женщин, оставшихся при неврачебном аборте, перешедших от врачебного к неврачебному или применяющих их взаимное чередование, составляло для 1925—30 г.г.—6,4%.

3) Неврачебный аборт продолжает гнездиться в самых отсталых в культурно-бытовом отношении слоях населения. К подпольному неврачебному аборту прибегают те женщины, которые и при спонтанном часто обходятся без врачебной помощи.

4) За время 1925—30 г.г. врачебный аборт составлял 91,9% всех аборт, в том числе проведенный в больнице—50,2%, неврачебный аборт составлял 8,1%.

5) Подпольный, как и легальный аборт, чаще всего производится при беременности сроком до 3-х месяцев.

6) Известная часть роста числа легальных аборт является мнимой и зависит лишь от перехода аборта в легальное состояние.

По поводу статьи д-ра мед. Н. М. Холодковского „Амбулаторный аборт“¹⁾.

Проф. С. А. Селицкого (Москва).

Несмотря на многолетний опыт и наблюдения А. М. Холодковского, на которых основывается его статья „амбулаторный аборт“, едва ли можно разделить его принципиальную установку в этом вопросе и едва ли можно согласиться с обоснованиями этой установки и отдельными выставляемыми положениями.

¹⁾ Казанский мед. журн. 1931, № 2.

Основным и самым существенным вопросом, подлежащим разрешению, является вопрос о том, действительно ли возможно на основании данных и наблюдений А. М. Холодковского считать, что *аборт можно производить в массовом масштабе в амбулаторных условиях при создании соответствующей санитарной обстановки.*

Действительно ли справедливо также мнение о том, что это не только безвредно, но даже более полезно для женщины и что в силу этого *постельное содержание в громадном большинстве случаев не требуется!* Справедливы ли и последующие категорические заключения А. М. о том, что пребывание в стационаре после операции аборта совершенно не нужно и что связанная с ним затрата материальных средств *„не вызывается необходимостью“ „и не оправдывается никакими рассуждениями, ибо, ведь, не в лежании спасение женщины и ее здоровья, а в движении“.*

На все эти вопросы, по нашему глубокому убеждению, может быть только один ответ—отрицательный; в практической жизни надо придерживаться совершенно противоположной установки и считать, что *амбулаторно аборт производится не должен, так как это не вызывается необходимостью и не оправдывается никакими рассуждениями.* Амбулаторный аборт ни с какой точки зрения не выдерживает критики; затрачиваемые органами здравоохранения суммы на этот предмет (как и на другие аналогичные профилактические статьи) расходуются совершенно правильно, рационально, так как в постельном режиме преследуется и проводится *определенная профилактическая цель избежать как непосредственных и ближайших осложнений, так и отдаленных,* возможных при самых высоких качествах хирурга и при самой идеальной „санитарной личной обстановке“. Не говоря про то, что „массовое“ (даже, пожалуй, можно сказать „кустарно-хирургическое“) амбулаторное производство аборта в корне подрывает тот прочный профилактический фундамент, те основные принципы профилактики в отношении женщины и особенно женщины-работницы, которые насаждались в последние годы и которые неустанно углубляются в связи с изменяемыми условиями жизни и реконструкцией здравоохранения—оно чревато своими серьезными последствиями и отдаленными результатами. И с экономической точки зрения эти амбулаторные экскурсии и „несколько движений кюрокки при начальной беременности“ обходятся государству значительно дороже. Нет оснований выделять искусственный аборт в какую-то рубрику каких-то особых операций—операций, которые возможно производить „на ходу“. Гораздо правильнее считать, что операция эта, фактически производящаяся „в темную“, представляет собой, и не так редко, операцию более сложную, чем обычное чревосечение. Упрощенный же подход к искусственному аборту, массовое его амбулаторное производство, вульгаризация самой операции будут иметь своим прямым и логическим следствием вполне реальный большой % осложнений, большой % заболеваемости и неизбежно связанную с этим не меньшую, а большую оторванность женщины от производства, пониженную работоспособность. И в конечном итоге будет не экономия средств, а перерасход, так как полученная при „амбулаторном методе“ экономия ведомствами здравоохранения сторичей будет переплачена стра-

ховыми ведомствами перманентными взносами на ликвидацию возникших хронических заболеваний „на экономической базе“.

Едва ли правильны и предпосылки А. М., стремящиеся путем сравнения обосновать и защитить новую „реформу“ в терапии искусственного аборта.

Прежде всего по поводу раннего вставания.

Высказываемый д-ром Холодковским взгляд на раннее вставание как после чревосечений, так и после родов, и проведение аналогии между ним и „амбулаторным абортom“ с обязательным отдыхом в течение 1—2 часов, является в корне неправильным, не отвечает совершенно смыслу и самому понятию раннего вставания и даже является как бы профанацией идеи, доктрины и научно-обоснованной системы реформированного ухода за оперированными и за родильницами. Я также являюсь большим сторонником раннего вставания (особенно после родов) уже в течение многих лет, считаю его на основании долговременных наблюдений (с учетом отдаленных результатов) большим шагом вперед, но под понятием „раннее вставание“ разумею нечто совсем иное. Целесообразны и проводимые попутно с ним активные движения, особенно отдельные гимнастические приемы для укрепления мышц тазового дна, брюшной стенки, но и они достигают цели только при известных, определенных условиях и при соответствующей обстановке. И если вполне справедливы заключения А. М. Холодковского, разделяемые всеми сторонниками раннего вставания, о его пользе, профилактическом значении, о рациональности ранних активных движений (конечно, в известной последовательности), то настолько же неправильно проведение А. М. аналогии между „ранним вставанием“ и „амбулаторным абортom“. Конечно, амбулаторный аборт не есть раннее вставание и даже не „ранняя выписка“ родильницы или больной после чревосечения, с которой так единодушно и неуклонно борются сторонники раннего вставания, а просто амбулаторное проведение определенной операции, производство ее „на ходу“. С ранним вставанием это ничего общего не имеет и не может иметь — и думаю, что это понятно без дальнейших объяснений особенно для тех авторов, к-ые не только проводили в жизнь раннее вставание, но и принимали участие в его научной разработке.

Не совсем убедительными (в качестве доказательства целесообразности амбулаторного аборта) представляются и воспоминания А. М. об юных годах врачебной деятельности и участковой работе более 30 лет тому назад. Если, понятно, раньше в силу необходимости, вынужденно и приходилось производить абразию, ампутацию шейки матки и другие операции амбулаторно, то едва ли в этом есть необходимость в данное время при улучшении организации здравоохранения и при расширенной сети стационарных коек. И такие операции лучше производить стационарно, амбулаторное же их проведение вряд ли может служить доказательством рациональности и целесообразности амбулаторного производства аборта. Аргументом для этой же цели не являются и акушерские случаи в хате, чревосечения на дому. Если же и в настоящее время в отдельных местностях (особенно на отдаленных окраинах) с недостаточным охватом стационарной акушерской помощи и приходится проводить поликлиническое родовспоможение, то во всяком случае эта акушерская помощь ни в какой мере не может быть приравнена к амбула-

торному аборту. В хате и многими другими проводились серьезные акушерские вмешательства вплоть до влагалищного кесарева сечения с вполне успешными результатами, но едва ли между этими операциями (в указанных условиях) и абортом может быть проведена какая-либо аналогия.

Не демонстративен в дальнейшем приводимый „для демонстрации“ и для подтверждения высказываемого взгляда на проведение аборта и личный материал д-ра Холодковского. Уже отмеченные две перфорации, конечно возможные всегда и везде, совершенно определенным и категорическим образом говорят против амбулаторного метода. Отмечен, кроме того, на 4000 абортов, проведенных лично А. М. (амбулаторно), определенный % повторных выскабливаний, последующих кровотечений (число не указано), обострений „латентной“ гонорреи, рецидивов малярии.... Признать, хотя бы даже в некоторой степени, этот материал убедительным для доказательства „полезности“ для женщины „амбулаторного аборта“, конечно, нельзя. Остается не выясненным, все ли случаи попадали в дальнейшем под наблюдение автора, все ли показывались, проводилась ли диспансеризация, были ли кроме „латентной“ гонорреи и другие осложнения воспалительными заболеваниями (которые, конечно, имеют большее значение, чем рецидивы малярии). Наконец, нет никаких указаний о менструальной функции и не указано, как продолжительны были осложнения и каковы же конечные результаты! А ведь эти данные имеют для здоровья и для работоспособности женщины не меньшее значение, чем первичный успех операции и наблюдения в течение 1—2 часов после нее!

Не затронутым совершенно остался вопрос и об условиях производства самой операции. Все ограничивается только „личной санитарной обстановкой“, но этого еще совершенно недостаточно. Выдвигая вопрос весьма серьезный, разрешая его уже окончательно в положительном смысле, автор обошел молчанием ряд приходящих, весьма существенных факторов. Проводится ли аборт в стационаре, но только „амбулаторно“ или же производство его возможно и в обычной амбулатории при больнице или даже, наконец, в амбулатории и без больницы. Все эти вопросы совершенно естественно возникают, так как автор усиленно подчеркивает „что есть санитарная обстановка помещения и есть санитарная обстановка самой больной и поля операции“ и что „последняя самая важная и необходимая принадлежность операции“. Но вопросы эти не разрешаются автором, а между тем пропагандируя „новый режим“ и тем более весьма и весьма спорный, надо было учесть, что понятие „амбулаторный аборт“, принимая во внимание „личную санитарную обстановку“—есть понятие весьма растяжимое. Это может дать повод к различным толкованиям, а между тем при отрицательном отношении вообще к „амбулаторному аборту“, надо считать абсолютно недопустимым без всяких рассуждений производство аборта в амбулатории без больницы, так как при вполне возможных осложнениях это естественно может вести и к дальнейшим осложнениям.

Но, повидимому, этим вопросам, как и некоторым другим А. М. Холодковский не придавал особого значения, точно также и не коснулся некоторых необходимых деталей, входящих в понятие и „санитарной обстановки помещения“ и „личной санитарной обстановки“, так как считает аборт операцией простой и приравнивает ее даже к вылушению

лиомы или атеромы. С взглядом А. М. на операцию аборта ни в коем случае согласиться нельзя, нельзя разделить и его описания самой операции. Едва ли можно согласиться и с приведенными цитатами и, считать, что будто бы в ранние сроки беременности операция немногим отличается от выскабливания небеременной матки.

Никакие рассуждения, нам думается, не могут изменить тот вполне установленный уже взгляд, что аборт есть операция серьезная и, как всякая другая операция, требует определенной предоперационной подготовки и послеоперационного ухода. Совершенно неправильно, если не сказать больше, женщину прямо чуть ли не от ставка, или во всяком случае из бытовых условий, класть на гинекологическое кресло, „расширять шейный канал“ и „извлекать поселившееся в матке яйцо“, оставлять после на кушетке на 1—2 часа и снова возвращать сейчас же в домашнюю обстановку..... Не уверен, чтобы в этом заключалось бы „спасение женщины и ее здоровья“.... Конечно, не в этом, а в более покойном, стационарном положении после операции и в соответствующих активных движениях в зависимости от каждого отдельного случая. И поэтому установленный (хотя бы и „традиционный“, „символический“) органами здравоохранения (при неоднократном обсуждении и с видными специалистами) срок пребывания женщины после аборта в 3 дня является совершенно правильным и нет абсолютно никаких данных, необходимости уменьшать их или сводить к 1—2 часовому отдыху. Я лично полагаю, что женщина должна быть подготовлена к операции, должна отдохнуть перед операцией и таковая должна производиться на следующий день по поступлении беременной в учреждение. Практика и жизнь вполне оправдали значение этого профилактического предоперационного дня, который во всех отношениях способствует лучшему проведению операции и гарантирует от многих реальных осложнений.

Принять „амбулаторный аборт“ ни в коем случае нельзя, он не должен иметь места и не только в массовом масштабе, но и в единичных случаях. Для многих и, думаю, для большинства это бесспорно. Но в виду высказанного А. М. взгляда, может быть, действительно желательна была бы дискуссия с широким привлечением врачебной общественности, представительниц женотделов, заведующих отделами охраны материнства и младенчества для окончательного обсуждения этого ненужного и вредного метода.

Из акушерско-гинекологической клиники Государственного ин-та для усовершенств. врачей им. В. И. Ленина (консультант проф. В. С. Груздев).

К вопросу о самоизлечении хорио-эпителиомы.

Ассистентов клиники М. А. Дыхно и Б. С. Тарло.

С тех пор как Sängner в 1889 году обратил внимание на свою образную опухоль—хорио-эпителиому, отличающуюся крайней злокачественностью и некоторыми ей одной присущими особенностями, вопрос о данном заболевании сделался предметом многочисленных сообщений и горячих споров. Однако и до сего времени генез данного заболевания остается невыясненным. Известно только, что хорио-эпителиома развивается у женщин главным образом в чадородном возрасте и находится

в тесной зависимости от беременности, в частности от беременности пузырным заносом. „Без беременности“, говорит Veit, „нет хорио-эпителиомы“. Впрочем описаны случаи этой опухоли, несвязанные с беременностью и даже с женской половой сферой. Так Volkmann, Dilman, Власов, Schlagenhauser, Васильев наблюдали хорио-эпителиому у мужчин. Большинство авторов считают подобные образования имеющим тератогидно-эмбрионный характер. Многие авторы еще до Sänger'a, Küstner'a и Maier'a описывали подобное же заболевание, относя его то к саркомам (Gottschalk), то к карциномам. При этом все внимание исследователей было обращено на истолого-анатомическую сторону данного заболевания. К этому времени относится вся масса названий, присвоенных данной опухоли: deciduoma malignum, placentoma, deciduo-sarcoma.

Sänger первый указал на хорио-эпителиому как на особое, самостоятельное заболевание. Fränkel и Marchand в 1895 году, а у нас Никифоров определенно указали на плодовое происхождение разбиаемой опухоли, в образовании которой участвуют исключительно элементы эпителиального покрова ворсин, т. е. syncytiotrophoblastы и клетки Langhans'a, и дали опухоли наиболее распространенное теперь название chorio-epithelioma malignum. Первично х.-э. чаще всего поражает внутреннюю поверхность матки на месте прикрепления последа. Реже новообразование появляется в фаллопиевых трубах, стенках влагалища, в мозгу, легких, печени. Такие опухоли большинством авторов трактуются как метастазы, хотя есть указания, что т. наз. эктопические х.-э. могут встретиться и первично в различных органах (Schmorl).

Макроскопически хорио-эпителиома представляет собою опухоль мягкой консистенции, кровоточивую, с неровной, распадающеюся поверхностью, серо-красного или темно-красного цвета; в иных случаях опухоль представляет собой как бы одно сплошное кровоизлияние.

Вопрос о ближайшем этиологическом моменте возникновения хорио-эпителиомы еще до сих пор не решен. По мнению Marchand'a, Kiseľ'a, Veit'a и др., после смерти плода изменяются условия обмена веществ; клетки экзохорiona, теряя связь с плодом, получают больше питания, происходит даже чрезмерное питание (Überernährung) их и отсюда способность их к усиленной пролиферации. Pick и Faife усматривают причину развития х.-э. в увеличенной продукции лютеиновой ткани в яичниках. Düngeг высказывает обратное предположение, считая, что это изменение в яичниках является не причиной, а следствием хорио-эпителиомы. По мнению Kaltenbach'a, немаловажную роль в этиологии х.-э. играет происхождение яйца из патологически измененного фолликула. Veit, Liepmann и Weichhart большое значение в этом вопросе придают сопротивляемости материнского организма, экспериментально доказавши присутствие в крови здоровой беременной женщины syncytiotrophoblastов, благодаря которым организм беременной и защищает себя от вторжения элементов плода. Fränkel установил экспериментально, что сыворотка больной х.-э. неспособна растворять клеток плацентарной ткани, в чем автор и видит причину образования данной опухоли.

Обычная клиническая картина этого заболевания такова: после выкидыша, родов, чаще же после беременности пузырным заносом у жен-

щины наступает кровотечение из матки без определенных промежутков, как при рецидивирующем плацентарном полипе. В дальнейшем кровотечение это принимает затяжной характер. Зачастую потом к первичному очагу новообразования присоединяются метастазы во влагалище, на больших губах и шейке матки, — в виде туго-эластических образований темносинего цвета, — а также в легких, печени, мозгу и др. внутренних органах. Процесс развивается очень быстро. Общее течение его измеряется неделями, много месяцами, причем больные в большинстве случаев погибают при явлениях истощения и кахексии. В отдельных случаях, однако, больные иногда даже без всякого вмешательства, несмотря на запущенность случая, при множественных метастазах, выздоравливают, такое обстоятельство еще больше подчеркивает своеобразный характер опухоли. Risk еще в 1897 г. наблюдал случай такого самоизлечения х.-э. с метастазами во влагалище и это наблюдение послужило поворотным пунктом в учении о злокачественности х.-э. С этого времени было выдвинуто понятие о т. наз. „доброкачественной“ х.-э. В дальнейшем подобные же случаи самоизлечения х.-э. были описаны и другими авторами, напр. Hirschmann'ом, Christofoleti, Hörmann'ом, Polosson'ом, Langhans'ом, Dunger'ом. Приведем вкратце данные об этих случаях, найденные нами в литературе.

1-й случай. (Hirschmann'a-Christofoleti). Больная 32 лет. Узлы во влагалище, матка увеличена, тазовая клетчатка уплотнена в виде опухоли. Микроскопический диагноз узлов — хордо-эпителиома. Сделана попытка удалить матку через влагалище. При отслойке мочевого пузыря нарушена его целостность, пузырь зашит. Случай принят за неоперабельный. Выскабливание дало только некротические массы. Больная считалась безнадежной. Через 4 недели, однако, наступило выздоровление. В данном случае важную роль в излечении процесса сыграл, по мнению авторов, тромбоз тазовой клетчатки, который повел к некротизации опухоли и рассасыванию ее.

2-й случай (Hörmann'a). Больная 36 лет. Матка увеличена, сдавлена инфильтратами в тазовой клетчатке. Метастазы во влагалище. Случай признан за неоперабельный. Вмешательство ограничено выскабливанием матки и удалением узлов, исследование которых обнаружило злокачественную х.-э. Больная резко изменилась (кахексия). Новые узлы во влагалище. Повторное выскабливание матки и удаление узлов. Через три месяца выздоровление. Через год снова нормальная беременность.

3-й случай. (Polosson'a). Подобен второму случаю.

4-ый случай. (Langhans'a). После нормальных родов, появление узла во влагалище. Выскабливание полости матки; узел прижжен. Через 14 дней рецидив. В дальнейшем излечение.

Случай х.-э., закончившийся излечением после выскабливания, описаны также Kaufmann'ом, Thaler'ом и Sunde.

5-ый случай (Dunger'a). Больная подверглась операции extirpatio uteri по поводу х.-э.. Через два месяца метастазы во влагалище. От новой операции больная отказалась. 4½ месяца спустя — полное излечение.

6-ой случай (проф. А. И. Тимофеев). Случай самоизлечения х.-э., причем первичное гнездо разрастаний, находившееся в матке, подверглось обратному развитию. В удаленном же из стенки рукава метастатическом фокусе оказалась типичная х.-э.

В настоящее время имеется ряд теорий, объясняющих самоизлечение данной опухоли. Так, Hirschmann объясняет данное явление нарушением питания опухоли в связи с тромбозом сосудов. Marchand в борьбе с опухолью придает значение защитным силам организма. Вблизи к мысли Marchand'a стоит теория Fränkel'a о синцитиолизинах. Проф. В. С. Груздев также видит причину самоизлечения х.-э.

в общих условиях, сводящихся к усилению защитных сил организма беременной, к повышению сопротивляемости его. Velits объясняет раз-
личное течение х.-э. пониженной жизнеспособностью слоя Langhans'a
и появлением блуждающих клеток (Wanderzellen), растворяющих
клетки синцития.

В виду редкости случаев самоизлечения х.-э., мы позволим себе
описать один подобный случай, наблюдавшийся в гинекологической кли-
нике Казанского ин-та для усоверш. врачей и прослеженный нами ги-
стологически.

Больная Я., 48 лет, крестьянка, поступила в клинику 10/X—1929 г., будучи
направлена врачом из кантона с подозрением на х.-э. Менструации начались на
17-м году, приходили через три недели и длились по 4—5 дней. Замуж вышла
20-ти лет, имела 10 беременностей, закончавшихся срочными родами с нормаль-
ными послеродовыми периодами; последние роды 2½ года тому назад. 11/VIII
с. г. больная поступила в местную участковую больницу с жалобами на общую
слабость и сильную рвоту. Вследствие задержки кровей течение 4-х месяцев. она
считала себя беременной. 23/VIII появилось кровотечение из половых органов без
схваток. При исследовании влагалищными зеркалами установлено, что источником
кровотечения является узел темносинего цвета, расположенный на задней стенке
влагалища. Через два дня (25/VIII) у больной начались схватки, и, по словам
врача, родился пузырьный занос. В виду продолжавшегося кровотечения произве-
дено ручное обследование полости матки и удаление остатков пузырьного заноса.
Кровотечение после этого прекратилось, самочувствие больной заметно улучши-
лось, узел во влагалище начал отторгаться и через пять дней почти исчез, но
появились еще несколько новых узлов такого же характера, что и заставило врача
предположить наличие х.-э.

Больная правильного телосложения, вышесреднего роста, весом 48 кило.
Кожа и слизистые оболочки бледны. Со стороны внутренних органов отклонений
от нормы не отмечается. Выделения кровянистые. Промежность цела, наружные
половые органы нормальны. На передней стенке рукава, на сантиметр ниже oñi-
cii externi urethrae, имеются два узелка величиною с лесной орех, темносинего
цвета; один из них с изъязвленной поверхностью. На задней стенке рукава,
в нижней трети ее, имеется такой же узелок темносинего цвета, рядом с которым
находится участок в ½ сант. с дефектом поверхностной ткани (узел в стадии
закивления). Тело матки несколько увеличено, размягчено. Своды свободны.

12/X сделана биопсия из узелков для микроскопического исследования (ре-
зультаты последнего изложены ниже), после чего больная оставлена для дальней-
шего наблюдения.

19/X общее состояние больной значительно лучше. Оставшиеся части узел-
ков постепенно отторгаются; нетронутый биопсией узелок заустевает. Новых
узелков нет. Матка сократилась хорошо, кровянистые выделения прекратились.

30/X. На месте бывших узелков ткань находится в стадии заживления,
покрываясь эпителием.

11/XI. Узлы исчезли, места дефектов ткани покрыты эпителием.

17/XI. Новых метастазов нет. Матка плотная, хорошо сокращена, своды
свободны. Больная выписывается в хорошем состоянии. Прибыла в весе на 4 кило.

Если патологическая анатомия и гистология хорно-эпителиомы со
времени Fränkel'я и Marchand'a детально разработаны, то в био-
логии данного заболевания имеется еще много невыясненного. Как из-
вестно, у большинства больных с хорно-эпителиомой находят гиперпро-
дукцию лютеиновой ткани в яичниках. Нередко в последних встречаются
лютеиновые кисты. Большинство авторов рассматривает подобные изме-
нения как результат раздражения яичников продуктами жизнедеятель-
ности самой опухоли. Интересным при этом представляется то обстоя-
тельство, что Zondeck и Aschheim при пересадке передней доли
гипофиза животным получали подобного же рода изменения в яичниках.
С другой стороны, Aschheim при пересадке неполовозрелым мышам

частиц х.-э. получал у них положительную реакцию на гипофизарный гормон. Результаты этих опытов привели Aschheim'a к мысли о какой-то, пока еще невыясненной взаимной связи между хорио-эпителимой и гипофизарным гормоном и о влиянии последнего на вышеуказанные изменения в яичниках. Он же, наблюдая больную с пузырным заносом и выпрыскивая в подкожную клетчатку неполовозрелым мышам сыворотку крови, мочу данной больной и жидкость пузырьков, получал у мышей также положительную реакцию на гормон передней доли гипофиза, т. е. чешуйки во влагалищном секрете, на вскрытии—увеличение матки и кровоизлияние в фолликулах яичника. Подобные же результаты он получал при пересадке кусочков хорио-эпителимы и при выпрыскивании неполовозрелым мышам мочи женщины, находящейся в первых месяцах беременности. Fels получал то же, выпрыскивая неполовозрелым мышам как сыворотку, так и мочу больных х.-э. Следовательно, и в моче подобного рода больных обнаруживался гормон передней доли гипофиза.

Данные вышеуказанных авторов побудили и нас провести наблюдения с выпрыскиванием мочи нашей больной неполовозрелым мышам, дабы выяснить присутствие в ней гормона передней доли гипофиза. Для этого, по выработанной Aschheim'ом и др. авторами технике, мы брали катетером утреннюю порцию мочи нашей больной, стерильно фильтровали ее и выпрыскивали мышам под кожу ежедневно в количестве 0,5 см. Через 100 часов от начала опыта мыши убивались, причем предварительно исследовались мазки из влагалищного секрета на наличие безъядерных ороговевших чешуек (Schollen), а внутренние половые органы животных изучались как макро-, так и микроскопически. Опыты эти установили отсутствие в моче нашей больной гормона передней доли гипофиза, что может быть поставлено в связь с излечением пациентки. Интересно, что Fels также получал отрицательные результаты на гормон передней доли гипофиза при пересадке неполовозрелым мышам кусочков хорио-эпителимы в состоянии распада, что он объясняет обратным развитием опухоли.

Приведенные опыты и исследования позволяют нам высказать предположение, что наличие положительной или отрицательной реакции на присутствие гормона передней доли гипофиза в моче или сыворотке крови больных с хорио-эпителимой может помочь нам в установке прогноза данного заболевания.

Микроскопическое исследование подозрительных на х.-э. кусочков опухоли дало следующую картину. Многослойный плоский эпителий, покрывающий ткань, хорошо выражен; подэпителиальный соединительнотканый слой состоит из набухших волокон с умеренным количеством соединительнотканых клеток; непосредственно под многослойным плоским эпителием, тесно прилегая к нему, заметны расширенные вены, из которых многие набиты кровяными элементами. Уже под эпителиальным слоем имеются очаги кровоизлияний и некроза, вокруг которых соединительнотканная основа, слабо воспринимающая окраску, инфильтрирована крупными, местами гигантскими клетками, расположенными то по одиночке, то небольшими группами. Среди очагов некротической ткани, фибрина и свернувшейся крови встречаются скопления клеток с резкими границами, разной величины и формы,—круглой, овальной, вытянутой, но преимущественно круглой, с прозрачной протоплазмой и большим ядром, слабо воспринимающим окраску. Ядро большей частью занимает почти всю клетку, оставляя свободным лишь тонкий ободок протоплазмы. В некоторых клетках ядро занимает эксцентрическое положение. Часто встречаются неправильные фигуры деления. Среди очагов этих клеток нередко попадаются гигантские клетки с несколькими ядрами, резко окра-

шенными гематоксилином. Вышеописанные клетки по характеру своему принадлежат к клеткам слоя *Langhans's*. Независимо от последних в опухоли беспорядочными массами тянутся протоплазматические ленты с ядрами, богатыми хроматином, расположенными в один или несколько рядов, местами кучками — типичный синцитий. Среди описанных элементов попадаются, далее, ворсинки хорiona с набухшей соединительной основой, состоящей из звездообразных клеток типа эмбриональных. Вся гистологическая картина является характерной для хорео-эпителиомы.

Микроскопическое исследование узелка с изъязвленной поверхностью показало, что эпителиальный слой здесь слабее выражен, — местами в шесть-семь рядов, местами же его совсем нет; *stratum germinativum* также плохо выражен, его клетки смешиваются с клетками из *stratum mucosum*. Подэпителиальный слой сильно инфильтрирован мелкими круглыми элементами. В тех местах, где имеется дефект поверхности многослойного эпителия или неправильное разрастание его, непосредственно под ним видны разрозненные как гигантские клетки, так и клетки *Langhans's*. Основная ткань узелка пронизана также синцитиальными элементами. Встречаются здесь очаги кровоизлияний, расширенные кровеносные сосуды, окруженные клетками *Langhans's* и синцития. Во многих местах стенки сосудов проедены элементами новообразования; фетальные элементы внедряются в их просвет. Характер отдельных клеток таков же, что и в первом препарате.

Совершенно иную картину видим мы в кусочке, взятом из места отторгнувшегося узелка. Здесь резко различаются все слои; *stratum germinativum* представлен в несколько рядов, особенно же сильно развит *stratum mucosum*. Сосочки удлинены. Соединительнотканная строма богата клеточными элементами, среди которых немало мелких круглых клеток. Небольшие кровеносные сосуды сдавлены окружающей тканью, лимфатические щели — узки. Плоский многослойный эпителий нарастает со всех сторон, как бы сдавливая соединительнотканную строму, в которой остались только отдельные дегенерированные фетальные элементы с нерезко выраженной протоплазмой и сморщенным ядром.

Особенный интерес представляет гистологическая картина одного из препаратов, где с очевидной ясностью удается проследить, как окружающая злокачественные элементы, соединительная ткань и плоский многослойный эпителий, реактивно усиленно разрастаются, а соединительная ткань становится богатой молодыми клетками, которые вытесняют хориальные элементы; тут же имеются негигабирующие клетки новообразования.

Таким образом гистологическое исследование биопсированных кусочков дало типичную картину злокачественной х.-э., находящейся в стадии самоизлечения.

Из Клиники глазных болезней Казанского госуд. медиц. ин-та и Казанского трахоматозного ин-та (директор проф. В. Е. Адамюк).

Лечение трахомы препаратом *ol. chaulmoograe*.

Ассистентов Р. А. Батарчукова, А. Н. Круглова и интерна А. Б. Коленько.

Лечение трахомы и в настоящее время в основе своей базируется на применении препаратов меди, целебные свойства которой при этом страдании знали еще древние египтяне. Поэтому вполне понятен тот живой интерес, который проявили офтальмологи разных стран к предложению нашей соотечественницы д-ра Delapoe лечить трахому *ol. chaulmoograe*.

Ol. chaulmoograe было известно очень давно в Азии, где оно применялось для лечения проказы. В Европе оно появилось приблизительно в 1904 г. и нашло себе широкое применение при лечении сифилиса и проказы. По исследованию проф. Warburg'a *ol. chaul.* может быть

добыто из семян различных растений, лучшие же сорта из растения *Taractogenes Kurzii*, в семенах которого его содержится до 51%. Обилием растений, из которых добывается *ol. ch.*, объясняется то, что единого мнения о химическом составе *ol. ch.* в настоящее время нет.

Средние данные, которые приводят авторы для *ol. ch.* из *Gynocardia odorata*, которое применяли и мы, таковы: 1) удельный вес—0,957, 2) ¹⁰ застывания 14,17, 3) число омыления 204/232, 4) число Рейхерта Мейса 3,6, 5) подное число 90,4/104,4, 6) % жира в семенах—31. Формула хольмогровой кислоты— $C_{17}H_{31}COOH$, имеет циклическое строение и правое вращение. Действующее начало в *ol. ch.* гинокардиовая кислота (Меркадо) или ее натровые соли (Валькер и Свиней). *Ol. chaulm.* при обычной ¹⁰ представляет из себя крупнозернистую массу, грязно-желтого цвета, с характерным слабым запахом, оно частично растворяется в алкоголе, эфире, хлороформе. Плавится при 42°.

Прежде *ol. ch.* втирали в лепромы или давали внутрь по 5—20 к. несколько раз в день в желатиновых капсулах (до 200—300 капель в день). В последнее время вводили *ol. ch.* парентерально по 0,2 до 5,0; метод давал хорошие результаты на течение лепры, но вызывал абсцессы. Wagran предложил *chaulmoogra injectable*, кот. применяли внутривенно по 0,25—2,0 2—3 раза в неделю. По единодушнй оценке всех авторов, применявших *ol. ch.* при лепре, результат лечения был вполне удовлетворителен и наблюдался ряд полных излечений. В 1926 г. появилась работа д-ри Delapoe из Мадгана (Марокко), которая чисто интуитивно решила испытать это средство при лечении трахомы. В течение 4 лет она применяла это средство на 25.000 больных. Хотя она и не пишет о полном излечении, но отзывается об этом средстве как о лучшем из предложенных до сего времени.

Методика ее такова: после предварительного 2-кратного закапывания кокаина в адrenaльном она терла энергично конъюнктиву хряща вывернутого века и свобод конком стеклянной палочки, обмотанной ватой и смоченной маслом. Втирание она производила настолько энергично, что под палочкой был слышен хрящ. Всего она делала около 50 втираний (1—2 мин.). Обычно появлялась кровавистая пена (результат омыления жирных кислот щелочью слез), которая тщательно удалялась, т. к. эта пена действовала раздражающе на глаз. Вообще же, отмечает Delapoe, раздражение незначительное и втирание можно повторять до 3 раз в день. В целом ряде случаев, для того, чтобы проверить действие массажа с различными медикаментами, Delapoe второй контрольный глаз массировала подом в азелиновом масле, раствором *succi sulfuris* в глицерине, 5% раствором *Methylenblau*, 1% раств. *argent. nitric.* и получала положительный эффект, но от массажа с *ol. ch.* результат был лучше (цитир. по Беляеву¹).

В Европе первым, применившим лечение по Delapoe, повидимому, был Могач²), который дал об этом новом средстве благоприятный отзыв. *Ol. ch.* в 1926 году при трахоме было впервые применено у нас в Союзе проф. Орловым³); который видел после 1—2 втираний *ol. ch.* исчезание фолликул, уменьшение инфильтрации. При трахоме II результаты получались „не очень быстрые“. Хорошо поддавались терапии несложные случаи. Преимуществ от *chaulmartin'a* (английский препарат—эфирная вытяжка *ol. ch.*) проф. Орлов не видел.

Foa⁴) сообщает о своих 50 случ., которые он наблюдал до 10 м. Отмечает быстрый успех, особенно в случаях зерен, которые уже через 8—10 дней уплощались и рассасывались. Благоприятное действие на роговичные осложнения; даже язвы роговицы не служат противопоказанием к массажу. В свободные дни растворы цинка, цианистой ртути, желтая мазь. *Espildora Luque* и *Verdaguer*⁵) сообщают об одном трахомном случае, осложненном сифилезом. Предварительное лечение ртутью,

серно-кислой медью было безуспешно. Через 2 дня после сильного массажа с *ol. ch.* значительно уменьшились субъективные жалобы, истончился *rappus*, поднялся *visus*. Gubbaу⁶⁾ на основании 2-летних наблюдений пишет, что средство дает ободряющий результат. Раздражение скоро проходит. Проводили сеансы ежедневно или через день, в количестве 10—15 сеансов. Bozzoli⁷⁾ в своем докладе на Итальянском съезде офтальмологов (22/X 1928 г.) сообщил о 100 трахманных случаях, которые он ежедневно массировал по Delanoë. В отдельных случаях давая масло и внутрь вначале с хорошим успехом. Отмечает отличный успех: секрция исчезла, папиллярные разрастания уплощались, фолликулы исчезали (проверено патолого-анатомически). Улучшение отмечалось уже через 5—6 сеансов. Автор отмечает, что хотя *ol. ch.* и не специфично против трахомы, но превосходит другие средства. Ponaïtescu и Dîpulescu⁸⁾ применяли в 12 случаях в Бухарестском воен. госпитале массаж *ol. ch.* с последующим промыванием цинкистой ртутью. Результат хороший, рецидивов нет.

Наилучшие результаты были достигнуты применением массажа с *ol. ch.* в комбинации с другими средствами. Botteri и Spornie⁹⁾ считают *ol. ch.* „одним из лучших средств против трахомы“. Наилучший результат после 4—5 сеансов с промежутком в 2 дня, после переходили на комбинированное лечение—*surg. sulf.* и т. п. (авторы обычно применяли предварительную экспрессию фолликулов). Leplat¹⁰⁾ на основании 2-годовых наблюдений считает, что лечение трахомы *ol. ch.* „несомненно заслуживает внимания и дальнейшего испытания“. Массировал он 2 раза в неделю. После второй недели прибавлял обычную противотрахоматозную терапию. Такие же благоприятные отзывы дают Rode¹¹⁾, Vittadini¹²⁾, Jo Vecchio¹³⁾, Tarducci¹⁴⁾.

Более сдержанные, но также благоприятные отзывы дает Bureus¹⁵⁾, который на основании 40 своих случаев приходит к выводу, что массаж с *ol. ch.* несколько уступает другим классическим средствам. Sagnelli¹⁶⁾ не видел хороших результатов ни от применения 20—30% хольмогр. мази, ни от парентального введения 10% *ol. chaul.* (на стерильном оливковом масле). В некоторых случаях он сюда прибавлял и фосфор. Хорошие результаты получил от массажа по Delanoë, хотя в отдельных случаях отмечает даже ухудшение. Мурзин¹⁷⁾ отмечает быстрое исчезновение фолликул, уменьшение инфильтрации. Считает, что „*ol. ch.* является полезным средством при лечении трахомы. Применение его в комбинации с обычными средствами, а также хирургическими методами может дать хороший результат“. Галеев¹⁸⁾ применял массаж одного глаза с *ol. ch.* по Delanoë, а второй, контрольный, глаз массировал с *Ung. flav.* 3—4—5%. Наблюдал заметное улучшение, но оно было одинаково с обеих сторон. Он полагает, что: „говорить о специфичности *ol. ch.* на трахоматозный процесс едва ли представляется возможным“. Купряшина¹⁹⁾ на основании 11 случаев массажа с *ol. gypocard.* приходит к выводам, что хотя этот массаж и уменьшает инфильтрацию, но „не оказывает резко благотворного действия на болезненный очаг“. Кузнецкая²⁰⁾ на основании своего опыта предполагает, что *ol. ch.*, хотя и не является специфическим средством, но м. б. применено с успехом при всех стадиях трахомы.

Наряду с отзывом о благотворном действии массажа с ol. ch. на трахоматозный процесс встречаются в литературе и отдельные авторы, которые высказываются отрицательно об этом способе. Так, Regapatj²¹⁾ из 104 приведенных им случаев в 55 случаях с неосложненной трахомой видел только кратковременное улучшение, а в 30 случаях с большим отделяемым наблюдал даже ухудшение. Замковский²²⁾ в 22 случаях лечил один глаз возможно сильным массажем с ol. chaulm., второй, контрольный, глаз массировал с индифферентным вазелиновым маслом или же закапывал раствор борной кислоты. Разницы не видел. Приходит к выводу, что результат зависит от интенсивности, продолжительности и частоты втираний.

Мы применяли для массажа ol. gynocard., хотя на основании литературных данных нам было известно, что этот препарат наименее действителен, но другого препарата мы не имели.

Техника массажа была следующая: после предварительного 2—3-х кратного закапывания 3% раствора кокаина выворачивались веки (особенно своды, для чего иногда веко выворачивалось над подъемником Демара). Вывернутую конъюнктиву энергично массировали в течение 1—2 мин. ватным тампонином, намотанным на стеклянную палочку (все стерильное). Палочку с маслом перед употреблением ставили в теплую воду.

Не безинтересным является вопрос, как и в каком направлении надо массировать. К сожалению, единодушия в этом вопросе у окулистов все еще нет. Regenstschel²³⁾, который, повидимому, первый опубликовал свои наблюдения над действием медикаментозного массажа на конъюнктиву, рекомендует массировать в радиарном направлении (в центростремительном). Проф. Штанге пишет, что это правило справедливо только для главных венозных стволов века, почему советует производить массаж „в направлении лимфатических сосудов—содействовать оттоку негодной отработанной лимфы“. Повидимому, лучше производить массаж от внутреннего угла к наружному и несколько движений снизу вверх для содействия опорожнению вен назад в орбиту (Бакрылов²⁴⁾). Последней методики мы и придерживались.

Лечение ol. chaulmoogr. наблюдалось нами на 55 больных (38 стад. и 17 амб.); 40 мужчин и 15 женщин.

Распределение больных по возрасту: до 15 л.—7 чел., до 20 л.—9 ч., до 30 л.—15 ч. и свыше 30 л.—24 ч. Распределение по национальности: татар 24 ч., русских 20 ч., чуваш 8 ч., вотяков 1 ч., армян 1 ч. и украинцев 1 ч.

Распределение больных по стадиям трахомы и ее осложнениям.

		Число б-ных без роговичных ослож- нений	Число б-ных с ослож- нениями со стор. рого- виц (pannus, ulcus)
Trachoma	I . .	12	—
„	II . .	5	14
„	III . .	—	24

Роговичные осложнения у больных носили настолько тяжелый характер, что у 26 больных острота зрения была резко понижена и достигала несколько сотых нормального зрения, а у 5 чел. была равна светопощущению. Кроме того, у 5 человек в 3 периоде был заворот верхних и нижних век, который был оперирован перед началом лечения.

Непосредственные результаты лечения холмогровым маслом можно представить в следующей таблице:

Результат лечения	Трахома I		Трахома II		Трахома III	
	Без ос-ложн.	С ослож.	Без ос-ложн.	С ослож.	Без ос-ложн.	С ослож.
Резко положит. . . .	8	—	2	—	—	—
Положительн. . . .	4	—	3	11	—	18
Слабо положит. . . .	—	—	—	3	—	6

К резко положительному результату были отнесены случаи с полным исчезновением фолликулов и почти полным исчезновением инфильтрации; к положительному—значительное уменьшение зерен, инфильтрации и сильное просветление роговой оболочки при наличии поражения ее паннусом и язвами.

У большинства больных на обоих глазах проводилось лечение холмогровым маслом, только у 12 человек проведено сравнительное лечение: на одном глазу—массаж с холм. маслом, на другом применялись обычные противотрахоматозные средства; в 4 случаях на контрольном глазу проводилось лечение Рентгеном. Продолжительность лечения у восемнадцати б-ных равнялось 3—5 неделям, у двадцати—6—10, у пятнадцати—11—15 недель. Срок наблюдения большинства больных=4—6 м-цев, у 10 человек 1—3 года.

У больных тут же после массажа появлялось чувство жжения, жара и инородного тела под веками с явлениями незначительного слезотечения. Эти явления постепенно стихали и полностью проходили в течение ближайших двух часов, уступая место субъективному улучшению. Гиперемия конъюнктивы, вызванная массажем, держалась в течение двух дней.

Лечение давало наилучшие результаты при трахоме в первом периоде. Здесь исчезновение фолликулов можно было отметить после 2—3 сеансов, а оставшиеся уменьшались в размере, уплощались и исчезали с последующими сеансами. Заметное уменьшение инфильтрации отмечалось после 8—10 сеанса. Благоприятное влияние массажа с ол. маслом на трахоматозный процесс в I периоде настолько действовал подкупаяще, что в холм. масле хотелось видеть специфическое средство, но дальнейшие наблюдения показали, что благоприятное действие этого препарата можно отметить только при длительном его применении и в ряде случаев оно превосходило наши обычные противотрахоматозные средства. Трудно поддавались лечению случаи с резкой инфильтрацией конъюнктивы, студенистой формой трахомы и обильными сосочковыми разращениями, и здесь только длительное применение холм. масла, не менее 20—25 втираний (сеансов), давало благоприятные результаты.

Благоприятное действие этого средства на паннозное поражение роговицы несомненно. Просветление роговой оболочки шло интенсивно при массаже одной только конъюнктивы, когда другие средства, просветляющие роговицу, были исключены. Уступал действию этого препарата и pannus crassus, который у нас наблюдался в 4-х случаях, правда не с той быстротой, как pannus vasculosus. Эксориации и мелкие инфильтраты, которые у нас наблюдались в 12 случаях, не служили противо-

показанием к применению масла. Только при глубоких инфильтратах с явлениями сильного раздражения глаза это средство не применялось.

В 9 случаях эффект от хольмогрового масла был слабо положительный: дело касалось больных с тяжелым течением трахомы — распространенной инфильтрацией всего конъюнктивального мешка с поражением *conjunct. bulbi*.

Ol. chaulmoogr. не предохраняло от рецидивов, когда на конъюнктиве после лечения оставалась инфильтрация в той или иной степени.

В этом отношении интересен один случай, который наблюдался длительное время. Б-ной Смирнов А., 24 л., поступил в Трахоматозный ин-тут 14/1 1928 г. с диагнозом *trachoma II et pannus vascul. oc. utr.* Со стороны конъюнктивы *tagi* и переходы складки резкая инфильтрация, разрастание папиллярных тел и фолликулы в стадии перерождения. Роговая оболочка диффузно мутна с большим количеством поверхностных сосудов, особенно в правом глазу. *Vis. oc. dex.* = 0.02; *vis. oc. sin.* = 0.2. Правый глаз получал массаж с *ol. chaulmoogr.* в количестве 20 втираний, левый — 15 сеансов. Рентгена 1 1/2 Al. 2H. Выписался больной 14/VI со значительным улучшением как со стороны конъюнктивы, так и со стороны роговой оболочки. *Vis. oc. dextr.* = 0.5, *vis. oc. sin.* = 0.2. Через 2 1/2 месяца больной был вынужден вновь обратиться в Трах. ин-тут, куда и вновь был принят 5/IX 1928 г. Инфильтрация со стороны соединит. оболочки хряща и переходы складки усилились, помутнение роговой резко увеличилось; острота зрения прав. глаза = 0.005, лев. глаза = 0.01. Только после длительного и энергичного смешанного лечения (массаж с *ol. chaulmoogr.*, аутогемотерапия, смазыв. *surg. sulf.* и др.) острота зрения в прав. глазу поднялась до 0.4; в левом до 0.2.

Несмотря на это, в *ol. chaulmoogr.* мы имеем неспецифическое, но ценное средство; по благоприятному действию на трахоматозный процесс его можно поставить баряну с другими, а в ряде случаев и выше некоторых противотрахоматозных средств. При массаже хольмогровым маслом мы имеем не только механическое действие, которому целый ряд исследователей отводит главный момент, но, повидимому, действие и на самый трахоматозный процесс. Это видно из того, что мы в ряде случаев почти полностью исключали массаж и проводили поглаживание конъюнктивы ватным тампончиком, смоченным в хольм. масле, и при этом отмечали уменьшение инфильтрации, а главное — резкое благотворное действие на роговичные осложнения (*pannus*, язвы).

Как мы уже отмечали выше, масла, подобные *ol. chaulmoogr.*, могут быть добыты из целого ряда растений. Химический состав их, а следовательно, и терапевтическое действие их не одинаково. Ряд торговых фирм примешивают к хорошим сортам *ol. ch.* плохие сорта, выпускают терапевтически малоценные сорта. Никогда нельзя быть уверенным в составе масла, пишет ряд авторов. *Ol. chaul.* относительно трудно консервировать, оно, как и всякое растительное масло, под влиянием света и времени портится, разлагается (прогоркает). Такое испорченное масло сильно раздражает глаз. Кроме того, применение *ol. ch.* несколько кропотливо. Как мы уже упоминали, *ol. ch.* при обыкновенной *t^o* представляет из себя мазеподобную массу, консистенции сливочного масла. Такая консистенция неудобна для применения (плохо смачивает ватный тампон) и масло приходится ставить в теплую воду, в которой оно растапливается. Кроме того, *ol. ch.* наряду с действующим началом содержит в себе ряд побочных продуктов, которые сильно раздражают ткани и не имеют никакой терапевтической ценности. Поэтому, по совету Egelbey'a, было выделено из *ol. gypsocard.* действующее начало — жирные кислоты. Эти жирные кислоты в соединении с этиловой группой в виде эфира и были

выпущены в 1908 г. в продажу под именем Antileprol²⁴). Подобные же препараты появились в Англии—Chaulmartin, в Америке—Chaulmestrol, во Франции—Moogrol.

Антилепроль в оригинальной упаковке был для наших наблюдений предоставлен также фирмой Игерусско и почти был лишен всех тех незначительных неудобств, о которых мы упоминали при рассмотрении ol. ch.

Он представляет из себя безцветную, слегка маслянистую жидкость, приятного вкуса, со слабым специфическим запахом, имеющим отдаленное сходство с запахом цветка подсолнуха. Антилепроль нейтральной реакции (в то время как ol. ch. кислой), удельный вес 0.905—0.915 при 15°C, он нерастворим в воде, но легко смешивается с алкоголем и эфиром. Не застывает при обыкновенной t°.

Благоприятное действие антилепроля на проказу отмечали все применявшие его. Этиловый эфир ol. ch. (английский препарат chaulmartin) при трахоме применял проф. Орлов²⁵), но никакого преимущества перед маслом отметить не мог. Галеев¹⁸) привел наблюдение над действием антилепроля на трахоматозный процесс. Применял он не чистый препарат, а 50% мазь из него. На основании своих случаев, леченных от 3 недель до 3 месяцев, автор считает, что хотя антилепроль не излечивает трахому окончательно, но он „является хорошим подспорьем в терапии трахомы и широкое применение его следует приветствовать“, так как антилепроль имеет преимущества перед другими подобными средствами.

При применении антилепроля перед нами прежде всего встал вопрос о способе его применения. Все авторы, применявшие ol. ch. и его препараты, единодушно утверждают, что для получения терапевтического эффекта необходимо, чтобы масло вошло в тесный контакт с пораженной тканью, для чего и производили предварительную скарификацию, эксцессию; все массировали до появления кровянистой пены (разрушался поверхностный слой клеток) и т. п.

Для того, чтобы проследить действие инъекций антилепроля на слезистую глаза мы поставили опыты на кроликах, выдержки из протокольных данных которых мы и приводим.

Кролик № 1 (альбинос). 2-кратная инстилляция 5% кокаина в конъюнктивальный мешок обоих глаз. Под конъюнктиву на границе перехода третьего века, конъюнктивы верхнего века и верхней переходной складки впрыснуто по 0.1 антилепроля в каждый глаз. Через 1 час—легкая гиперемия, отечность. Эксцизия этой части конъюнктивы. Кусочек положен в формалин, срезы на замораживающем микротоме. Через 6 часов (на втором глазу)—гиперемия и отечность больше. Эксцизия.

Кролик № 2 (серый). Таким же образом произведена инъекция 0.1 антилепроля. Через 1 и 6 часов такие же явления раздражения как и у кролика № 1. Через 12 часов держится заметный отек. Верхнее веко слегка припухнуло, его удается вывернуть с трудом. Гиперемия. Эксцизия части конъюнктивы в месте инъекции. Через 24 часа—положение такое же (на втором глазу). Эксцизия конъюнктивы.

Кролик № 3 (серебристый), подобная же инъекция 0.1 антилепроля. Через 1, 6, 12 и 24 часа состояние конъюнктивы век такое же как и у кроликов № 1 и № 2. Через 48 часов состояние без перемен, на 3-и сутки отек несколько меньше, веко выворачивается легче, гиперемия. Через 5 дней имеется еще небольшая отечность. Все явления раздражения прошли только на 9-й день. Глаз ничем не отличается от второго. Эксцизия соответствующей части конъюнктивы через 7 месяцев.

Произведенные патолого-анатомические исследования показали, что ткань конъюнктивы даже после пребывания антилепроля в продолжение 7 месяцев резко не реагировала на присутствие масла.

В большинстве случаев, желая продлить действие на трахоматозный процесс, мы пользовались методикой De la poë. После 2-кратной инстилляций 3—5% кокаина веки выворачивались (иногда над Демаром) и антилепроль втирался в конъюнктиву ватным тампоном на стеклянной палочке. Мы делали достаточно энергичный массаж, после которого нередко отмечалось значительное раздражение, но потом перешли на более нежный, причем избыток антилепроля и пену, образующуюся при этом, тщательно удаляли влажным тампоном. Всего с антилепролем у нас прошло 96 случаев, из них 39 случаев получали массаж на оба глаза, а 42 больных получали массаж с антилепролем как правило, только в худшем глазу, второй же глаз массировался подобным же образом и с такой же интенсивностью ватным тампоном, смоченным в дистиллированной воде, либо в физиологическом растворе NaCl в дицианистой ртути (1:1000). В этих случаях мы хотели проследить действие чистого массажа на трахоматозный процесс. У 15 человек перед началом лечения производилась экспрессия фолликулов. После экспрессии производился массаж с антилепролем. За веки закладывали 10% ксероформенную мазь, на дом давали раствор цианистой ртути 1:5.000. Следующий раз массировали через 2—3 дня, когда значительно стихали явления раздражения, вызванные экспрессией. В эти дни больные получали только за веки 10% ксероформенную мазь и цианист. примочку. В остальных случаях, именно 81, нами сознательно, дабы проследить изолир. действие препарата, были проведены исключительно только с антилепролем без назначения других средств для пользования больными на дому. 15 наблюдений были произведены в глазном отряде при чрезвычайной перегруженности всего персонала—это было сделано для того, чтобы проследить возможность применения массажа с антилепролем в условиях напряженной практической работы.

Здесь сейчас же уместно отметить, что 15 последних случаев мы массировали не чистым антилепролем, но смешанным с циклоформом (изобутиловый кислотный эфир пара-амидо-бензойной кислоты, по химическому строению стоит близко к анестезину). Это белый кристаллический или в чешуйках порошок, легко растворяется в алкоhole, эфире, трудно в воде. При 17° его растворяется приблизительно 0.02 грм. и этого раствора уже достаточно, чтобы сделать совершенно нечувствительной роговицу кролика на 10 минут. Трудная растворимость его в воде имеет большое значение для его действия, т. е. он не всасывается, не вводит, не раздражает, распространяется лишь по поверхности, не идет в глубину²⁶). Антилепроль с циклоформом мы тоже получали в оригинальной упаковке от фирмы Игерусско.

Несмотря на то, что методика применения массажа с антилепролем была не всегда одинакова и что в ряде случаев мы применяли не чистый антилепроль, а с циклоформом и нам приходилось широко варьировать силу массажа, его продолжительность и промежутки между сеансами, полученные результаты приблизительно одинаковы и мы их суммируем вместе, не желая дробить и без того наш относительно небольшой материал.

Всего из 96 больных, на которых мы наблюдали действие антилепроля, было 15 человек стационарных и 81 чел. амбулаторных. Мужчин было 37, женщин 18 и детей до 16 л. 41. Всего с трахомой I стад. было 41 чел., из них с осложнениями 1 чел. (учитываются здесь нами только роговничные осложнения); раньше никогда и ничем не леченных 29, лечившихся раньше (сирг. sulf, сирг. citr., ol. chaul. и т. п.) было 12 ч.

С трахомой II-й стадии было 44 чел., из них с осложнениями 14, без осложнений 30 ч.; не лечивших раньше трахомы было 15 ч., лечивших 29. С трахомой в III периоде было 11 чел. Подавляющее большинство было татар и только 23 ч. русских. Каждый из лечившихся получал от 6 до 27 сеансов массажа—в среднем 10,3 сеанса на человека.

Сеансы были почти безболезненны и легко переносились даже детьми 9—12 л. Сейчас же после сеанса отмечалась небольшая гиперемия конъюнктивы век и еле заметная отечность. Часа через 2 появлялось в глазах чувство неловкости, которое вскоре проходило. Явления раздражения держались день-два, после чего они прес-

ходили, и больной получал следующий сеанс массажа. В ряде случаев через 5—8 сеансов наблюдались остро конъюнктивиты, которые быстро исчезали от нашей обычной терапии. После массажа неоднократно приходилось отмечать образование на конъюнктиве хряща и переходной складки беловато-сероватых пленок. Массаж отменялся, через 1—2 дня обычной терапии пленки исчезали—и мы возвращались вновь к массажу. У нас создалось впечатление, как будто наиболее действительны первые 4—6 сеансов массажа, когда особенно заметно обратное развитие процесса (заметно уплощались зерна, уменьшалась инфильтрация, значительное субъективное улучшение). Последующие сеансы, хотя и влияли благоприятно на процесс и роговичные осложнения, но как бы значительно меньше (не имеем ли мы здесь явления привыкания слизистой к медикаменту? Факт, требующий дальнейших наблюдений). Как будто массаж антилепролем с циклоформом переносится лучше, чем с чистым антилепролем.

В 4 случаях производились систематические наблюдения над найденными до лечения Провачек-Гальбердштеттеровскими включениями. Через 5 и 10 сеансов их еще можно было обнаружить. Они исчезли после 13, 16, 17 и 20 сеансов. Во втором контрольном глазу, получавшем такой же массаж, но с дистиллированной водой или физиологическим раствором Провачекские включения можно было обнаружить еще после 17 сеанса.

Результаты лечения антилепролем видны из след. таблицы:

Результаты лечения		Trachoma I		Trachoma II		Trachoma III	
		Без осложн.	С ослож.	Без осложн.	С ослож.	Без осложн.	С ослож.
Леч. раньше	Резко положит.	8	—	1			
	Положит. . . .	8		11	10	1	6
	Сл. положит. .	4		5	2		4
Не лечен. раньше	Резко полож. .	1					
	Положит. . . .	20		7			
	Сл. положит. .	7	1	6	2		
Всего . . .		48	1	30	14	1	10

Под резко положительные случаи мы подводили случаи, закончившиеся выздоровлением, т. е. исчезли фолликулы, прошла инфильтрация. Под рубрикой «положительные» мы относили случаи, где все эти явления значительно подвинулись вперед по пути исчезновения. Под рубрику слабо положительных отнесены нами случаи, где лечение давало едва заметный эффект.

Анализируя приведенную таблицу, мы не видим, чтобы какая-либо стадия особенно хорошо или плохо поддавалась бы антилепрольной терапии. На нашем небольшом материале трудно составить представление, имеет ли значение для последующей терапии с антилепролем предыдущее лечение. Повидимому, на случаи с осложнениями антилепроль действует более слабо, чем в случаях неосложненной трахомы (большинство дали только слабо положительный эффект), да это и понятно, т. к. эти случаи отличались тяжестью протекавшего процесса. В целом ряде случаев мы все же могли отметить благотворное действие на паянус, сосуды кото-

рого становились тоньше, местами заустевали (исследование со щелевой лампой): единичные инфильтраты, осложнявшие наблюдаемые нами случаи, под действием массажа с антилепролем рассасывались быстрее, чем в случаях обычной терапии. Почти во всех случаях мы отмечали повышение зрения на 2—5 десятых.

Таков, в общем, благоприятный, непосредственный эффект нашей терапии. Некоторые из наших больных исчезли после проведенного лечения и дальность расстояния не дала нам возможности проследить их более продолжительное время, подавляющее же большинство наблюдалось нами от 2 мес. до 1 года. К сожалению, мы могли отметить целый ряд рецидивов. Хочется особенно отметить 2-х мальчиков, один из которых получил 8 сеансов в течение 23 дней, а второй—10 сеансов в течение 15 недель. Выписались они (один был стационарный) с полным исчезновением фолликул и еле заметной инфильтрацией конъюнктивы сводов. В их историях болезни стоит „выздоровление“. Появились они первый через 2 мес., а второй через 8 мес. с новой обильной сыпкой фолликул. Подобные, хотя и менее разительные случаи, отмечались нередко.

Наши наблюдения, конечно, незначительны по количеству, но все же полученные результаты позволяют нам высказать следующие предположения:

1. Ol. chaulmoog. и его препараты, не являясь специфическим средством против трахомы, наряду с другими испытанными способами может служить хорошим подсобным средством.

2. В начальных стадиях трахомы ol. chaulm. и его препараты, по-видимому, действуют лучше, чем в случаях далеко зашедших, запущенных.

3. Массаж с ol. ch. и его препаратами не уступает в ряде случаев по своему терапевтическому эффекту целому ряду противотрахоматозных мероприятий перед массажем с индифферентными средствами.

4. Отмечалось благотворное действие массажа с ol. ch. на раны и инфильтраты роговицы.

5. Наибольший терапевтический эффект, дают первые 5—6 сеансов массажа, когда особенно заметно уплощение фолликул, уменьшение инфильтрации. Последующие сеансы, хотя и действительны, но менее.

6. Предварительно произведенная экспрессия фолликул заметно ускоряет благотворное действие последующего массажа.

7. Желательно в применении ol. ch. и его препаратов не пользоваться шаблоном, строго индивидуализируя как силу, так и время и промежутки между сеансами.

8. По-видимому, наиболее действительна комбинация ol. chaulm. с другими антитрахоматозными средствами и эти последние, примененные в случаях последовательного их применения за втираниями препаратов ol. chaulmoogae, являются более эффективными.

Литература. 1) Беляев И. А. Арх. Офт., т. V. стр. 5.—2) Morax. Rev. intern. du trachom. № 3, 1927.—3) Орлов. 1927 г., Арх. Офт. т. VI.—4) Foa. Zentral. f. d. ges. Opht. Bd. 20, H. 11.—5) Espildora Luque und Verdaguer. Ibid. Bd. 22, H. 6.—6) Gubbay. Ibid. Bd. 22, H. 6.—7) Bozzoli. Ibid. Bd. 22, H. 15.—8) Ponaitecu und Dinulescu. Revista Sanit. milit. № 1, 1927.—9) Botteri A. und Sponie A. Medicinski Pregled, № 2, 1928.—10) Leplat Georges. Liège Medical, № 13, 1928.—11) Rode. Revista de Medicina e cirurgia № 114, 1928.—12) Io Vecchio. Zentr. f. die g. Opht. Bd. 19.—13) Vittadini Angelo. Zentr. f. a. O. Bd. 19.—14) Tarducci. Zentr. f. a. O. Bd. 19.—15) Burcus. Ibid. Bd. 21.—16) Sarnelli. Pens. Medico, 1928, № 8.—17) Мур-

зи в. Клини. журн. Саратов. ун-та, т. V, № 3, 1928 г.—18) Галеев. Р. О. Ж., т. XI.—19) Купряшина. Ibid.—20) Кузнецкая. Ibid.—21) Reganati. Р. О. Ж., т. X.—22) Замковский. Арх. Офт., т. V.—23) Бакрылов. Массаж при лечении хронических заболеваний соединительной оболочки глаза, СПб. Диссерт.—24) Бакрылов. Обзор новейших лекарственных и секретных средств. Вып. IV, 1912.—25) Kupffer. Deut.-russ. med. Zeit. № 5, 1928.—26) Клинге. Новейшие лекарственные и секретные средства. 5-е доп. 1912 г.

Из глазного отделения Златоустовской горбольницы им. Октябр. революции.

О преимуществах операции Lagleyze при трахоматозном завороте *)

Д-ра И. Э. Барбель.

Способ Lagleyze, являющийся модификацией операции Рапаса, опубликован в 1892 году ¹⁾. В последующих сообщениях (1904 ²⁾ и 1905 г. ³⁾ L. отмечает, что, проводя в течение 10 лет эту операцию (300 раз), он ни разу не видел рецидивов. За исключением наблюдений Lapotti ²⁾ (85 случаев в течение 4-х лет), получившего наилучшие результаты, и безлого упоминания у Löhlein'a ¹⁾, мне не удалось найти больше в иностранной литературе работ, посвященных этой операции. В русской литературе насчитывается их также немного (Садовникова ⁴⁾, Шеффер ⁵⁾, Крылов ⁶⁾ и Смолянинов ⁷⁾). Описание операции включено также в „Курс глазных болезней“ Крюкова и Одинцова ⁸⁾. Мне кажется не будет ошибкой утверждение, что способу L. уделено немного места не только в литературе, но и в практике—способ этот мало распространен. А между тем он имеет ряд достоинств, благодаря которым он заслуживает большего внимания и интереса.

Несколько слов о *технике операции*. Я провожу ее так, как она описана у L., с незначительными изменениями: 1) вывернутое веко удерживается лигатурой, проведенной у ресничного края и укрепленной на пластинке Рабяникова ⁹⁾; 2) проводится не одна лигатура с рядом швов, а 3 с двумя иглами на каждой, что значительно облегчает и упрощает проведение швов; 3) не накладывается валик из марли.

По способу L. было проведено в Глазном отделении Златоустовской горбольницы 104 операции *) (на верхних веках 67, на нижних — 37). В одном случае был неудачный результат и в 2-х случаях наблюдались рецидивы. Я не склонен приписать эти неудачи недостатку самого способа, скорее следует признать, что виной были некоторые погрешности техники, напр., слишком раннее снятие швов—на 3-й день—из-за боязни чрезмерного гиперэфекта; недоведение разреза до углов век. Во всех остальных случаях результат получился хороший.

Садовникова, на основании большого опыта (1000 операций в течение 22 лет), утверждает, что результаты способа L. в смысле эффекта и отсутствия рецидивов не оставляют желать лучшего.

В эффективности способа и я смог убедиться, но, в виду небольшого срока наблюдения (1 год) и незначительного количества случаев, я, конечно, не могу высказаться по важнейшему вопросу—насколько

*) Доклад на научной конференции Глазной клиники 1. Л. М. И. 3/IV 31 г.

*) В это число входит 11 операций, сделанных под моим руководством студентами Перм. у-та, проходивших в Злат. больн. производственную практику

этот способ гарантирует от рецидивов. Тем более я не могу взять на себя смелость решать вопрос, превосходит ли способ Л. другие общеизвестные способы, как по эффективности, так и по стойкости результатов.

Цель моей заметки гораздо скромнее—указать на ряд мелких преимуществ этой операции.

1) Простота способа: операция состоит, собственно, всего из 2-х моментов—проведения 3-х швов и разреза хряща.

2) Легкость техники: а) не производится отсепаровки тканей века; в) проведение швов, свободно скользящих за хрящем, особенно удобно; с) разрез хряща со стороны конъюнктивы и точнее, и удобнее.

1 и 2 обуславливают в свою очередь: 3) Быстроту операции; из всех, проводимых мною операций при завороте, способ Л. я считаю самым быстрым; сама операция занимает 4—5 минут. Это имеет немалое значение и для врача, когда приходится в операционный день проделывать значительное количество операций, и, с другой стороны, делает операцию почти незаметной для больного.

Отсутствие кожно-мышечного разреза обуславливает ряд преимуществ (4—8):

4) Исключается всякая возможность омертвления края века, что наблюдается иногда после операции Рапаса (Meller¹⁰) Одинцов¹¹), так как надрезанной полоске хряща при наличии неповрежденного кожно-мышечного слоя не может угрожать нарушение питания.

5) Кровотечение (как во время операции, так и после нее) очень незначительное, чаще отсутствует.

6) Не наблюдается отека века, что при других способах мною отмечалось нередко. А это способствует, в свою очередь, более гладкому и быстрому заживлению.

7) Возможность раннего снятия повязки (на 2-й, реже 3-й день): больного не пугает вид века—нет ни отека, ни кровотечения, нет кожной раны; отсутствие последней позволяет врачу не бояться, что больной сможет травмировать рану (касание руки, платка и проч.).

8) Полное отсутствие рубцов на коже обуславливает идеальный косметический эффект.

9) Несмотря на простоту операции, возможны некоторые вариации степени ее воздействия;

Для усиления эффекта: а) укрепление швов пластырем, благодаря чему сильнее ретрагируются края раны и для заполнения ее потребуется больший слой рубцовой ткани; в) того же можно достигнуть тем, что кроме разреза хряща, отсепаровать его несколько кверху и книзу; с) удлинение срока снятия швов (на 9—10 день) для создания рубцовых каналов.

Для ослабления эффекта можно оставлять конъюнктивальный или конъюнктивно-хрящевой мостик (подобно тому как это иногда делается при операции Рапаса с модифик. Thillez¹²). Прием этот особенно удобен при чистом завороте, без трихиаза.

10) Операцию с одинаковым успехом можно применять и на верхнем и на нижнем веке (я не могу согласиться с указанием Крылова, что проведение швов на нижнем веке затруднительно).

Каждое из перечисленных преимуществ операции Lagleyze является сравнительно мелким, но общая совокупность их составляет, как мне кажется, уже нечто ценное.

Что касается недостатков способа I., я могу отметить пока 2: 1) операция не оказывает никакого воздействия на *m. orbicularis* и поэтому не может применяться в тех случаях, где желательно ослабить чрезмерное действие этой мышцы.

2) Об иглы сравнительно быстро тупятся ножи, но при умении точить скальпеля, этот недостаток становится ничтожным и не может служить возражением против применения этой операции.

Литература: 1) Elschnig. „Augenärztliche Operationslehre“. 1922.— 2) Lagleyze. Arch. d'ophthalm. 12, 1904.— 3) Lagleyze. Arch. hisp.-amer. d'ophthalm. 1905. Рефер. В. Офт. 1906 г. т. 23.— 4) Садовникова. „Врач. газета“ 1926 г., № 10.— 5) Шеффер. РОЖ, т. VI, № 8—9, 1927 г.— 6) Крылов. РОЖ, т. VII, № 2, 1928 г.— 7) Смолянинов. РОЖ, т. XI, № 4, 1930 г.— 8) Крюков и Одинцов. „Курс глазных болезней“ 1930.— 9) Рабинович. РОЖ, т. V, № 5, 1925 г.— 10) Meller. Глазная хирургия. 1912 г.— 11) Одинцов В. П. РОЖ, 1926 г. т. V.— 12) Thillez. Clin. ophthalm. 1903. Реф. Arch. d'ophthalm. 1904.

Из Канашской глазной лечебницы Чув. А. С. С. Р. (Завед. д-р Т. Крылов).

О „наилучшем“ способе операции при трахоматозном завороте век.

Д-ра Т. Крылова.

В статье проф. Очаповского: „О лучшем способе устранения заворота век при трахоме“ (Р. О. Ж., 1929 г. № 6) есть вопрос: „А вы как лечите, как оперируете?“. Практическим врачам, работающим в глухой провинции, освещение подобных вопросов на страницах печати весьма ценно и полезно. Работая в темной глуши, где море трахомы, пропускаемая ежегодно тысячи больных через стационар и больше 30 тысяч через амбулаторию, представляется полная возможность проводить порою весьма интересные наблюдения и делать соответствующие выводы. Из статьи проф. Очаповского видно, что операций против трахоматозного заворота в его клинике за 19 лет сделано всего—2055. Почти ту же цифру в нашей лечебнице мы делаем в один год. Так, за последний 1929 год нами сделано в лечебнице операций против заворота—1767. Моей целью было всесторонне изучить способ Lagleyze'a. Поэтому из 1767 операций на долю этого способа падает 1331, остальные 436 операций—другие способы.

Впервые способ Lagleyze'a я стал применять в 1927 г. (Р. О. Ж. 1928 г., № 2), и он на меня произвел весьма благоприятное впечатление. Решив всесторонне изучить этот способ, я всячески его видоизменял и, в конце концов, у меня выработалась определенная техника этого способа с некоторыми изменениями его.

Описание оригинального способа Lagleyze'a можно найти в статье д-ра С. Д. Садовниковой (Врач. газ., 1926 г., № 10) и П. А. Шеффера (Р. О. Ж. 1927 г., № 8—9), здесь же я приведу в том виде, как я его делаю.

После обычного приготовления и соответствующей анестезии выворачиваю веко, подводя под него пластинку Jaeger'a, как при extirp. tarsi.

Приготавливаются три лигатуры с двумя иглами (№ 8—10) на концах и начиная с внутреннего угла вкалывается игла поочередно на одинаковом расстоянии друг от друга в области переходной складки, задевая верхний край хряща и проходя по передней поверхности хряща (между кожей и хрящем), выкалывается у основания ресниц, иглы не протергиваются. Скапелем производится горизонтальный разрез по sulcus subtarsal, или несколько ближе к ресничному краю через всю толщу слизистой оболочки и хряща до игол так, чтобы вся рана зияла как можно шире. Затем иглы протергиваются, пластинка Jaeger'a удаляется, веко опускается и нитки попарно туго завязываются хирургическим узлом. Концы ниток, отступая на 1 сант. от узда, перерезываются. Накладывается повязка с ung. collargoli. Швы снимаются на 8—9 день.

Как видно из описания, этот способ по технике производства является чрезвычайно простым.

При наличии огромного количества разнообразий картин в изменениях века и хряща при трахоматозном процессе нам трудно думать о каком-нибудь одном способе операции, могущем явиться радикальным во всех отношениях и всевозможных случаях. Все же поиски способа, охватывающего наибольшее количество показаний, для нас будут всегда интересны. Уже одно то, что для исправления трахоматозного заворота существует большое количество способов, говорит об их несовершенстве и что вопрос этот еще не получил удовлетворительного разрешения. Если считать, что основным моментом при образовании заворота является рубцовое стяжение конъюнктивы, то и сама операция должна сделать свой основной удар именно на рубцово измененную конъюнктиву и потому уже на искривление хряща, которое явилось следствием укорочения конъюнктивы. Все те способы (Snellen'a, Chronis'a и др.), которые оставляют в стороне от своего внимания конъюнктиву, обычно дают не совсем достаточный эффект и меньше всего гарантируют от рецидивов. Теоретические рассуждения вполне совпадают с практическим опытом. Действительно, если мы знаем, что в образовании заворота хрящ играет преимущественно пассивную роль (ибо он сам по себе не может искривиться без действия рубцующейся конъюнктивы), то операции, затрагивающие главным образом хрящ, оставляя в стороне основную виновницу заворота—конъюнктиву, не могут считаться более или менее радикальными. Некоторые хирурги, не совсем веря в конечный и отдаленный результат вышеуказанных способов, при операции вырезают параллельно разрезу по длине века часть кожи. Подобный прием, ничем неоправдываемый по существу, конечно, ничуть не упрочивает результат операции. Вследствие способности большой растяжимости кожи века достигнутый указанным путем временный эффект через несколько месяцев и даже недель, особенно у пожилых лиц, сводится к нулю, оставляя безобразные рубцы, а подчас и lagophthalmus—у молодых людей.

Что же касается действия m. orbicularis и m. Riolani, то оно, являясь как бы „вторично-причинной“ (как следствие искривления хряща на почве стяжения конъюнкты), вряд ли играет существенную роль в механизме заворота, как это обычно принято думать. Поэтому операции, намеренно затрагивающие указанные мышцы, наносят глазу излишнюю травму, не имея на то достаточных оснований.

Производя ту или иную операцию, мы стараемся веку придать прежнее нормальное положение, следовательно, тем самым мы лишаем воз-

возможности, если таковая на самом деле существует, круговой мышце участвовать своим действием в механизме образования заворота. Участие круговой мышцы в завороте мы обычно представляем только с того момента, когда хрящ искривлен, передняя поверхность его выпукла, так что мышца опустилась вниз, и толстым круглым пучком огибает нижний край века, затягивая его внутрь.

К числу операций, исключительно обращающих свое внимание на хрящ, нужно отнести из общеупотребительных способов — переворачивание хряща по Blascovich's'y и полное удаление хряща по Kuhnt'y. Если согласиться с возможностью полного удаления части органа без особого вреда для функции всего органа, то в известных случаях при соответствующих показаниях (вполне законченный рубцовый процесс конъюнктивы, корытообразно искривленный и сильно утолщенный хрящ), указанные операции дают вполне удовлетворительный результат. Но в данном случае, видимо, успех операции в основном зависит не от факта удаления самого хряща, а вследствие того, что при данной операции освобождается конъюнктива, если можно выразиться, — „из запасного фонда“ переходной складки и передвигается к свободному краю века, уничтожая натяжение рубцовой конъюнктивы. Там, где мало или совсем нет „запасного фонда“, эти операции не дают стойкого результата и уже повторная попытка исправить заворот бывает слишком затруднительна.

Совершенно обособленно стоит по своей оригинальности способ пересадки слезистой в интрамаргинальное пространство по Сапеевко. Являясь наиболее верным, без осечки и своеобразно бьющим в цель способом, он все же не может охватить то огромное количество показаний, которое мы имеем в многообразии картин трахоматозного заворота. Не говоря уже о том, что способ Сапеевко по технике выполнения является довольно кропотливой и сравнительно тонкой операцией, он во многих случаях значительно страдает в косметическом отношении. Большим минусом этого способа является также наносимая травма губы, что тяжело отражается на психике больного и заставляет его зачастую отказываться от подобной операции на другом глазу.

При трахоматозном завороте особого внимания должны заслуживать те способы операций, которые направлены на удлинение укороченной конъюнктивы на почве рубцового сужения ее, которое является основным моментом всякого заворота, и исправление патологически искривленного хряща. К таким операциям относятся: общеупотребительный способ Рапаса, Lagleyze'a и др. Последний из них, способ Lagleyze'a, видимо, еще не получил достаточно широкого распространения, чего он вполне заслуживает. Достоинство указанных способов, особенно Lagleyze'a, заключается именно в том, что при них исправляется не только искривленный хрящ, но удлиняется в своем размере конъюнктива за счет той грануляционной ткани, которая образуется на месте разреза конъюнктивы с хрящем, что уничтожает всякую возможность повторного заворота.

С 1927 г. мною и моими сотрудниками всего сделано операций по способу Lagleyze'a—1520, из них с рецидивом явились только 6 человек, которым была операция произведена при trachoma II, дающей и при других способах, как правило, рецидив.

В основном весьма сходный со способом Рапаса способ все же многим отличается от последнего. Прежде всего, способ Lagleyze'a дает полную возможность дозировать и точно локализовать разрез конъюнктивы с хрящом, что имеет большое значение в смысле лучшего выравнивания искривленного и обычно утолщенного хряща. Наложение швов при способе Lagleyze'a коренным образом отличается от способа Рапаса, ход швов при первом случае дает возможность сильнее вывернуть перерезанную часть нижнего края хряща и тем самым удлинить в большем размере укороченную конъюнктиву за счет грануляционной ткани, образующейся на месте разреза. Последнему моменту также способствует долгое держание швов до снятия их (9—10 дней), т. к. за это время грануляционная ткань достаточно успевает заполнить зияющую рану, препятствуя обратному (внутри) движению перерезанной части хряща. Способ Lagleyze'a, оставляя совершенно не затронутой кожу века, выигрывает не только в косметическом отношении, но и предохраняет от возможного некроза перерезанной части века, что иногда случается при способе Рапаса у малоопытных хирургов.

Перед другими методами операций способ Lagleyze'a также имеет несомненные преимущества. Не говоря уже о том, что идея этого способа является наиболее верной в достижении цели, сама техника его настолько проста, что ее может выполнить любой врач на участке, даже мало опытный в хирургии, не боясь никаких осложнений, неудач и т. д. Длительность производства операции при способе Lagleyze'a совершенно ничтожна (2—3 минуты), между тем другие способы требуют не менее 8—15 мин. и даже больше (Сапезко, удаление хряща). Указанное обстоятельство, между прочим, весьма ценно для больного. Операцию Lagleyze'a можно назвать почти бескровной в противовес Рапаса, *extirpat. tarsi* и т. д. В косметическом отношении операция Lagleyze'a—безукоризненна, что тоже весьма важно при операциях в области лица, особенно глаз. В способе Lagleyze'a нет излишних разрезов и травм. Относительно операции Lagleyze'a именно можно сказать, что она проста, легка, красива, гуманна и наиболее эффективна.

Здесь же мне хочется указать, что на нижнем веке, особенно в тяжелых случаях заворота, где обычные способы операций почти не дают стойкого и длительного результата, — способ Lagleyze'a является, можно сказать, радикальным и даже приходится следить за тем, чтобы у больного не остался послеоперационный *ectropion*.

На основании своих наблюдений над способом Lagleyze'a я видоизменяю его в следующих моментах:

1) Нитку для швов я беру не одну в 1 метр длиною, а три нитки длиною по 4—5 вершков, и на каждую нитку вдвояю на обоих концах по игле. При одной нитке получается непрерывный шов, что ослабляет питание перерезанной части хряща и может дать некроз, что мне иногда приходилось наблюдать. При трех же швах между швами остается пространство свободной кожи, что достаточно предохраняет от возможного некроза, и быстрее идет процесс заживления раны.

2) Иглы выкалываю не выше ресниц, а у основания между ресницами.

3) Разрез конъюнктивы с хрящом я делаю не по *sulc. subtarsal*, а несколько ниже, ближе к ресничному краю.

Второе и третье видоизменения дают возможность сильнее вывернуть перерезанную часть хряща и шире развернуть рану, которая, заполняясь грануляционной тканью, может в большей степени удлинить укороченную рубцовым процессом конъюнктиву.

4) На нижнем веке накладываю только два шва (вместо трех), в противном случае может получиться есгорион, который может остаться стационарным.

Нужно добавить: чем позже снимаются швы, тем лучше эффект (в некоторых случаях я снимаю на 10—12-й день).

Выводы: 1) Способ Lagleyze'a избирает наиболее правильный и верный путь к достижению цели при исправлении трахоматозного заворота век.

2) В способе Lagleyze'a нет излишних разрезов и травм

3) По простоте и быстроте выполнения способ Lagleyze'a не имеет себе конкурентов.

4) В косметическом отношении операция Lagleyze'a абсолютно безукоризненна.

5) На нижнем веке способ Lagleyze'a незаменим никакими другими способами.

6) Показаниями для операции Lagleyze'a могут служить все виды и случаи трахоматозного заворота (при законченном рубцовом процессе), а также многие случаи трихиазиса.

Из Глазного отделения Пензенской советской больницы.

К вопросу о лечении трахоматозного паннуса.

Заведующего отделением А. Л. Канкова.

Паннозное воспаление роговицы, как одно из ранних и опасных осложнений трахомы, по своей тяжести, течению и значению для зрения больного далеко не всегда находится в том или ином соотношении с силой или продолжительностью трахоматозного процесса в слизистой оболочке глаз. Если в одних случаях паннус скоро и бесследно исчезает, так сказать, сам по себе или исключительно под влиянием соответствующего лечения одной только конъюнктивы сводов и век, то в других случаях, чаще всего встречающихся в практике глазного врача, несмотря на самую энергичную терапию трахомы, паннус не только не проявляет склонности к обратному развитию, но, переходя, постепенно или скачками, от начальных, более легких степеней (*pannus incipiens*, *p. levis*) в более тяжелые и упорные формы (*p. crassus*, *p. sarcomatosus*), часто при том же изъязвляясь и заканчиваясь рубцовым перерождением роговицы (*p. membranaceus*), приводит трахоматика к полной неспособности на все его последующее существование. А так как в сильно затрахомленных местностях главному врачу ежедневно приходится сталкиваться с самыми жестокими формами этой болезни и самыми разнообразными ее осложнениями, из которых паннус роговицы составляет более трети всех их, и последствиями, то естественно, что вопрос о непосредственном лечении паннуса становится настоящим и требует практических мероприятий специального характера.

Из мероприятий, издавна применявшихся и применяющихся до настоящего времени, иногда с хорошими результатами, при лечении тяжелых форм паннуса следует указать в первую голову на терапевтические методы, как на самые простые и доступные. Сюда относятся: тепло, массаж с применением всевозможных мазей и капель, покрытие паннуса пластинкой из оболочек свежего куриного яйца (Г. П.

Суров) или из тонкого прозрачного целлюлозного листа (Р. Канц), лечение jequirity и jequiritol'em, прививка бленноррея, инъекции в толщу паннуса раствора сернистой меди (Санкров) и проч. С большим успехом, однако, глазные врачи применяют хирургические способы лечения упорных паннусов. Чаще других применялась перитомия, известная еще арабам, введенная в практику Вресхтом¹⁾ а потом Graefe, срезывание паннуса, соскабливание его острой ложкой (Адамюк²⁾, (Сегмак³⁾, сдирание паннуса ватным шариком или специальным расщепителем (Фрост⁴⁾, проколы паннуса пучком тонких игл (Санкров⁵⁾, гальванокаутеризация сосудов (Менде⁶⁾). Лучшие результаты дает периектомия по Fourmarty (Адамюк²⁾, Воескманну⁷⁾, Desmarres'y и Scott'y (Долганов⁸⁾). Перечисленные способы простой перитомии, со включением гальванокаутеризации лимба, и простой периектомии часто давали только временный успех, не предохраняя от рецидивов паннуса или вели к быстрому его рубцеванию.

В 1910 году Denig⁹⁾ опубликовал свой метод, состоящий из периектомии с пересадкой на место иссеченной конъюнктивы слизистой с губы, со склеры другого глаза и кожи, взятой с задней поверхности ушной раковины. В 1913 году Mende⁶⁾ также стал применять периектомии с пересадкой слизистой с губы при краевых язвах роговицы трахоматозного характера, причем один из 3-х оперированных им случаев был с паннусом. В отличие от Denig'a, Mende советует надвигать трансплантат на край роговицы. По словам Kerschman'a из Белостока¹⁰⁾, д-р Пенис начал применять операцию Denig'a еще с 1913 г., а сам Kerschman—с половины 1921 года. На основании своих 185 случаев он полагает, что в операции Denig'a найдено средство против трахоматозных паннусов, не поддающихся лечению обычными средствами. Русские глазные клиники и провинциальные окулисты, однако, сдержанно отнеслись к операции Denig'a. По сообщению Будель¹¹⁾ только в 1925 г. проф. В. П. Филатовым впервые сделано две таких операции. В 1926 г. д-р Ульяницкий¹²⁾ совместно с д-ром Капциновской произвел 19 операций по Denig'y. На 2-м Поволжском Съезде врачей в Саратове в июне 1927 года¹³⁾ были сделаны сообщения об этой операции П. М. Батраченко и Малкиным (Саратовская клиника) и мной (Пенза). В 1928 году Копп¹⁴⁾ опубликовала свои 5 случаев операции Denig'a, в 1929 году д-р Глезер¹⁵⁾ сообщил о 15-ти сделанных им по этому способу операциях. Наконец, д-ром Ульянским¹⁶⁾ сделано сообщение о 35-ти новых случаях операции по Denig'y, сделанных им в глазном отряде в 1927 году, и Чичкановой о 25 случаях (Архив Офт. 1930. Т. VII, ч. 6—7) и др. Это, повидимому, все, что появилось в русской офтальмологической литературе по поводу применения операции Denig'a для лечения затяжных трахоматозных паннусов, принцип которой обоснован еще К. П. Сапежко¹⁷⁾ в 1892 г., указавшим в своей диссертации на обратное развитие паннусных инфильтратов и сосудов после сделанных пересадок слизистой с губы. Ноншевский (1904 г.) и Kuhnt (1897 г.) делали пересадку слизистой с губы при трахеме.

Несмотря на усиленную рекомендацию своего способа лечения трахоматозного паннуса в немецкой и американской печати, Denig всетаки должен был из 42-х случаев повторить свою пересадку 13 раз, а в не-

которых случаях пересаженную кожу заменить лоскутом из слизистой губы. Уже одно это обстоятельство говорит против мнения Kerschmann'a, что в операции Denig'a найдено чуть ли не единственное радикальное средство лечения упорных трахоматозных паннусов. И хотя Похисов¹⁸⁾ из клиники проф. В. П. Одинцова полагает, что операция Denig'a оправдывает себя при трахоматозном паннусе, еще в 1927 году П. М. Батраченко и мной было высказано мнение о ненадежности этой операции в смысле терапевтическом и непригодности ее в косметическом отношении. Я начал оперировать по Denig'u еще в 1914 году и после 3-х первых десятков случаев совершенно отказался от этого способа по соображениям косметического характера. Последовавшая в том же году мобилизация почти на три с половиной года лишила меня возможности продолжать свои опыты и наблюдения, а по возвращении с фронта больные, которым я сделал пересадку, убедили меня не только в косметическом недостатке этой операции, но и в непрочности ее терапевтического эффекта: у некоторых больных пересаженные лоскуты совершенно рассосались и паннус рецидивировал, у других от слизистой остались на лимбе ключья в виде петушиных гребешков, а у остальных над роговицей красовались красноватые наросты, которые я должен был удалить по просьбе больных. Прodelав с таким же успехом операцию Mende, я поставил и на ней крест, довольствуясь операцией Voeskmann'a, применяемой мною с 1904 г., инъекциями раствора медного купороса, а с 1922 г. проколами паннуса пучком игол. Потом и Глезер указал, что „лоскут косметически неприятен, вид колбасы“, а несколько позже Уляницкий также высказывается против операции Denig'a, сообщая о претензиях больных по поводу „красного мяса“ в глазу вплоть до просьбы „снять обратно“. По совести говоря, надо только удивляться нетребовательности и скромности больных, если они остаются довольными или, в крайнем случае, мирятся с таким украшением, как довольно мясистый вал над или вокруг всей роговицы после операций по Denig'u и Mende, иногда мешающий движению век и, ко всему тому, резко бросающийся в глаза своим колбасно красным цветом.

Таким образом перизктомия с пересадкой лоскутов, если и ценна, то скорее всего не при лечении трахоматозного паннуса, а при потере роговичной или конъюнктивальной тканей при разного рода ожогах, где с косметикой считаться приходится меньше всего. Для лечения паннуса наиболее пригодным из оперативных способов остается операция Voeskmann'a.

Исходя из современного учения, что трахоматозный процесс захватывает не только слизистую сводов и век, но и склеральную конъюнктиву (на что я указывал еще в 1925 году. Р. О. Ж., 1925, № 7), что патолого-анатомические изменения в конъюнктиве склеры и в роговице при ее панниозном воспалении говорят за непрерывность и тождество процесса в обеих этих тканях, что, наконец, рано появляющийся паннус (спонтанная форма)—результат проникновения трахоматозного вируса в роговицу *per continuitatem* преимущественно (А. И. Покровский¹⁹⁾), так как в это время слизистая век еще не настолько изменена, чтобы механически нарушать целостность Баумановского эпителия и тем способствовать заражению роговицы *per continuitatem*, что, наверное, имеет

место при заворотах и трикпазах при поздних паннуссах (механическая форма), надо полагать, что хотя паннус, как правило, всегда появляется в верхней части роговицы, должен рецидивировать как после операций Denig'a и Mende, так и Воесктапп'а, если они производятся в пределах имеющегося уже паннуса (частичная, полукруговая трансплантация и периектомия), так как через оставшуюся незатронутую часть склеральной конъюнктивы трахоматозный вирус может свободно проникать в роговицу и вызывать новую вспышку паннуса, что и наблюдалось мной не раз. Только круговая (кольцевая) периектомия по Воесктапп'у в той или иной мере гарантирует на продолжительный срок от рецидива паннуса. Если же применять во всех случаях кольцевую пересадку по Denig'у, то не всегда можно поручиться, что лоскут целиком прирастет и таким образом вокруг всей роговицы создаст непреодолимый барьер для трахоматозного вируса, как полагает сам Denig и приверженцы его метода лечения паннуса. Теоретически полное приращение кольцевого трансплантата вполне допустимо, но практически осуществить это чрезвычайно трудно. Не говоря уже об этом, косметическое безобразие будет еще большим, чем при частичной пересадке.

При выборе операции методу Воесктапп'а нужно отдать предпочтение уже в силу того, что при кольцевой периектомии создается рубцовый барьер, без косметических недостатков операции Denig'a, ослабляющий питание паннуса и препятствующий проникновению новых порций вируса *per continuitatem*. Если Royales²⁰⁾ утверждает, что трансплантат ставит барьер между больной склеральной конъюнктивой и роговицей в виде чужой, не воспринимающей трахоматозного вируса слизистой губы, то, ведь, и рубец после операции Воесктапп'а является таким же барьером, как и трансплантат, а исключить проникновение вируса *per continuitatem* никакой рубец или трансплантат не могут. С другой стороны, мы еще не знаем, как проникает в роговицу трахоматозный вирус по продолжению—непосредственно ли от клетки к клетке (самый законный и естественный путь), вдоль ли кровеносных и лимфатических сосудов, или через кровь и лимфу, не знаем также достоверно, в какой степени роговица получает свое питание от конъюнктивальных и склеральных (эписклеральных) сосудов. Утверждения Denig'a, что пересаженный лоскут доставляет роговице лучший питательный материал, и Аркина²¹⁾, что быстро васкуляризирующийся лоскут заменяет подвергшийся дегенерации лимб тканью богатой сосудами, кажутся странными. Если рассматривать трансплантат в качестве фильтра для вируса, то не он, а образующийся под ним рубец служит этой преградой, что достигается и операцией Воесктапп'а, при положении, что вирус переходит от клетки к клетке одного и того же вида. Если лоскут глубоко дает „лучший питательный материал“ роговице, то выходит, что он служит фильтром для вируса, находящегося в сосудах¹⁾. Наконец, паннус, столь богатый сосудами, едва ли заставляет голодать роговичную ткань. По самой своей идее перитомия и периектомия—операции, обрывающие васкуляризацию паннуса и тем самым препятствующие питанию гнездящегося в роговице трахоматозного вируса, ставящие преграду проника-

¹⁾ Случай Seefelder'a (Kl. Monatsbl. f. A. 1928) и Чичкановой констатируют трахоматозное поражение трансплантата.

тию вируса с помощью рубцовой ткани. Чем этот рубец массивнее, тем больше препятствий к развитию паннуса, и если мы видим рецидивы его после периаэтомии без пересадки лоскута и с последней, то, как мне кажется, это явление зависит от малой величины (ширины) и толщины рубца. Периаэтомия по Воесктаппу дает более прочные результаты, чем периаэтомия по Desmarres'y, и Scott'y потому именно, что выскабливание эписклеры способствует образованию более плотного рубца, надолго задерживает новую васкуляризацию, необходимую для питания вируса, заставляя его голодать и замирать. Операции с пересадкой, м. б., создают еще более плотный рубец между роговицей и склеральной конъюнктивой, способный на более продолжительное время вызвать и поддержать неблагоприятные условия для роста паннуса.

Лечить исключительно только паннус, в крайнем случае, перенести центр тяжести на него, разумеется, ни один глазной врач не будет, а потому чем энергичнее будет лечение слизистой сводов и век, тем меньше шансов на возможность рецидива паннуса, если роговица изолирована от склеральной конъюнктивы широким и плотным рубцом. Как показал опыт, ни операция Denig'a, ни Воесктапп'a не могут дать такого рубца, не в состоянии „заморить“ на долгое время проникший уже в роговицу трахоматозный вирус, так как узкий и тонкий рубец довольно быстро васкуляризируется, что ведет к оживлению вируса или даже проникновению новых порций его вдоль образовавшейся в рубце сосудистой сети, а в результате—рецидив паннуса задолго до полного излечения трахоматозного процесса или рубцевания слизистой сводов и век.

С целью получить широкий и более прочный рубец без иссечения столь дорогой при трахоме конъюнктивальной ткани, необходимой при всякой периаэтомии, и без кропотливой пересадки лоскутов, с 1928 года я стал применять следующий способ лечения упорных трахоматозных паннусов.

Конъюнктивальный мешок перед операцией обильно орошается теплым физиологическим раствором и анестезируется капельным путем раствором кокаина (2—3%). При сильноном блефарофимозе предварительная кантопластика. На веки накладывается векодержатель. Широком зубчатым пинцетом склеральная конъюнктива захватывается в большую вертикальную складку выше паннуса, возможно ближе к верхней переходной складке, и рассекается ножницами до эписклеры в виде большого полулунного лоскута, как при операции Эллиота, с тем только различием, что боковые края лоскута заходят за горизонтальный меридиан роговицы и разрез, стало быть, охватывает больше половины окружности последней. Лоскут отсекается до лимба и откидывается на роговицу. Вся внутренняя поверхность лоскута и обнаженная часть эписклеры тщательно выскабливается скарификатором Графе, а острой ложкой очищается ткань около и вдоль лимба на всем протяжении лоскута. По остановке кровотечения, иногда довольно обильного, перекисью водорода или иным способом, лоскут укладывается на прежнее место и разглаживается, конъюнктивальный мешок промывается стерильным физиологическим раствором, за веки закладывается кероформенная, колларголовая или цинксткая мазь (я предпочитаю мазь на цинксткой ртути (1:1000) в виду ее сильного дезинфицирующего действия и прозрачности). На оперированный глаз кладется влажная повязка на сутки. При очень обширных паннусах, захватывающих всю или почти всю роговицу, я делаю круговую перитомию, проводя кольцевой разрез склеральной конъюнктивы не менее 1 см. от лимба. Для более удобного добавочными разрезами, перпендикулярными к лимбу, между прямыми мышцами квадранты и каждый из них обрабатываю скарификатором поочередно. Абразия лимба и эписклеры производится как и при частичной перитомии. Квадранты

конъюнктивы укладываются на свое место, орошение операционного поля, мазь и влажная повязка на оперированный глаз на сутки.

Через 24 часа после операции обыкновенно наблюдается следующее. Полулунный или круговой конъюнктивальный лоскут смотря по тому, была ли сделана частичная или кольцевая перитомия, отечен и бледен, иногда с частичными кровоподтеками, остальная склеральная конъюнктива также отечна и почти сплошь в кровоподтеках. Рана, вследствие сокращения тканей, как и разрезы между квадрантами, широко зияет, поверхность ее имеет салыный вид. Роговица мутновата, паннозный ее участок бледен, студенистого вида, эпителий над паннусом шероховат, над остальными частями роговицы ровный, блестящий. Чувствительность роговицы понижена. Зрачок узок, реакция его медленная. Острота зрения сравнительно с дооперационной понижена. Новая порция мази, атропин, влажная повязка.

Через 48 часов обычно картина резко меняется. Роговица прозрачна, паннозная ее часть еще мутна, но без видимых простым глазом сосудов, роговичный эпителий блестящий, гладкий, зрачок широко раскрыт. Конъюнктивальный лоскут еще отечен, стекловидный, рана узка, мелка, с блеском. Лоскут плотно склеен с эписклерой. Мазь, влажная повязка.

По истечении 3-х суток повязка снимается. В последующие дни паннус заметно исчезает, как бы тает, и в самых упорных случаях течение недели или двух исчезает совершенно, подчас не оставляя после себя даже легкой мути или только небольшое утолщение в лимбе. При круговом лоскуте отек держится около 10 дней, при полулунном от 5-ти дней до недели. Раны быстро эпителизируются и до месяца остаются заметными в виде беловатых тяжей, а спустя месяц—полтора не остается после операции никаких следов. Лоскут плотно прирастает к эписклере, так что его с большим трудом можно захватить в небольшую складку, и почти лишен видимых невооруженным глазом сосудов.

Сначала я проделывал эту операцию только стационарным больным, но потом, убедившись в полной ее безопасности, стал применять ее амбулаторно во всех случаях, где паннус не проявлял склонности к обратному развитию под влиянием обычно практикуемых мною способов лечения трахомы.

Всего до настоящего времени мною проделано за 2 последних года свыше 250 таких операций и только около десятка из них дали слабые рецидивы паннуса. Операция была повторена у этих больных спустя около полугода после первой лоскутной в виде полной кольцевой перитомии. Полагаю, что причиной этих рецидивов была недостаточно энергичная и тщательная скарификация и абразия или лоскута, или эписклеры, или обеих этих тканей. Допустима, впрочем, и особая жизнеспособность вызвавшего первоначальный паннус вируса. Теперь на выскабливание конъюнктивального лоскута и эписклеры я обращаю самое строгое внимание и вот уже свыше года не видел у своих больных, подвергшихся перитомии по описанному способу, рецидивов бывших у них паннусов.

При частичных перитомиях, с целью не допустить проникания вируса в роговицу через незатронутую операцией склеральную конъюнктиву, я применял инъекции раствора серно-кислой меди (0,25%) около лимба.

Что касается воздействия практикуемой мною перитомии на остроту зрения больных, то в 40% она с 0,01—0,05, повысилась после операции до 0,5, в 55% от 0,1 до 0,8—0,9 и в 5% от 0,1 до 1,0.

Относительно употребления инъекций серно-кислой меди в склеральную конъюнктиву в качестве профилактической меры после частичной лоскутной перитомии, равно и в переходные складки, как один из методов лечения трахомы вообще, должен заметить, что этот способ, применяемый мною уже свыше полутора десятка лет, до сих пор дает отличные результаты и никаких неприятностей больным, даже детям, приме-

нение его не доставляет, на остроту зрения также не оказывает никакого вредного влияния. Правда, исследования Sallmann'a²²⁾ с помощью щелевой лампы трахоматиков, долгое время подвергавшихся лечению медным купоросом, обнаружили у 26 из 40 помутнения роговицы вследствие пропитывания солями меди в виде серо-зеленых нежных точек и красноватых частиц цвета меди, но, по словам автора, помутнения эти начинают обнаруживаться не ранее 6-го месяца после начала лечения медными солями и на зрение они влияют мало, так как процесс отложения происходит на периферии роговицы. Эти исследования касаются случаев, леченных медными солями в виде карандаша, мазей и капель, исследований же щелевой лампой случаев, леченных инъекциями медного купороса, насколько мне известно, произведено не было. Во всяком случае клинически никаких помутнений на роговице даже при наружном и продолжительном применении медных солей обнаружить не удается, лечение же трахомы инъекционным путем обыкновенно производится в течение только нескольких недель и никогда не месяцами.

На основании своих наблюдений над результатами после применяемого мною способа лечения хронического паннуса должен сказать, что после перитомии такого рода между конъюнктивной и склерой образуется широкий и плотный рубец, слабо васкуляризирующийся, а по линии разреза получается слой еще более плотной рубцовой ткани, благодаря чему устанавливается действительно надежный барьер для инфекции per conjunctivam, почему рецидивов паннуса и не наблюдается и исчезает он скорее, чем после операций Воескманн'a, Denig'a и Mende.

Технически практикуемая мной перитомия немногим труднее перитомии Воескманн'a, несравненно проще, целесообразнее способов Denig'a и Mende, вполне безопасна, при случае может быть повторена, а в косметическом отношении безупречна.

Литература. 1) Вресхт. Arch. f. O 1874. Bd. 20.—2) Адамюк. Практическое руководство по изучению болезней глаза. 1884.—3) Сзегмак. Die augenärztlichen Operationen. 1908. Bd. II.—4) Фрост. Вестник Офтальмологии. 1908, стр. 193—194.—5) Канкров. Русский офтальм. журн. 1924, № 7.—6) Менде. Kl. M. f. A. 1913. Bd. 51.—7) Воескманн. Ztschr. f. A. 1889. Beilage.—8) Долганов. Атлас наиболее употребительных глазных операций. 1908.—9) Denig: 1) Ztschr. f. A. 1911. Bd. 25. 2) Jahresber. d. Ophth. 1911, S. 386. 3) Münch. med. W. 1912, № 11. 4) Kl. M. f. A. 1913. Bd. 51, S. 589. 5) Ztschr. f. A. 1914. Bd. 31.—10) Kerschman. Kl. M. f. A. 1926. Bd. 77.—11) Бударь. Р. О. Ж. 1927, Т. VI, № 2.—12) Уляницкий. Р. О. Ж. 1927, Т. VI, № 8—9.—13) Труды 2-го Поволжского Съезда врачей. 1928.—14) Копп. Арх. офтальм. 1928, Т. V, ч. I.—15) Глезер. Р. О. Ж. 1929, Т. IX, № 2.—16) Уляницкий. Р. О. Ж. 1930, Т. XI, № 4.—17) Сапежко. Дисс. „Клинический материал к вопросу о пересадке слизистой оболочки“. 1892.—18) Похисов. Р. О. Ж. 1930, Т. XI, № 4. 19) Покровский. Р. О. Ж. 1928, Т. VII, № 4.—20) Royales. Jahresber. d. Ophth. 1913.—21) Аркин. Zentralbl. f. ges. Ophth. 1926.—22) Sallmann. Ztschr. f. A. 1925. Bd. 57.

Итоги философской дискуссии и реконструкция науки.

(РЕФЕРАТЫ).

И. Новинский. К итогам дискуссии на фронте медицины и проблемы реконструкции науки „За марксистско-ленинское естествознание“ 1931 г. № 1.

Итоги дискуссии по вопросам философии и естествознания вскрыли анти-ленинский смысл взглядов в естествознании и дали конкретные данные к обоснованию неизбежности и необходимости борьбы на два фронта в защите партийных позиций в науке. Фронт медицины не занимает исключительного положения. В области теоретических основ медицины, здравоохранения вообще и в области практики социалистического здравоохранения мы имеем ожесточенную борьбу против наступления партии. Мы имеем извращение марксистско-ленинских позиций в медицинской теории, мы имеем также и оппортунистическую практику.

Несмотря на это, налицо значительные достижения в деле подготовки медицинских кадров и все больший охват их пропагандой марксизма-ленинизма, а по линии практич. здравоохранения все больший охват обслуживанием широких рабоче-крестьянских кадров и ведущих его отраслей в первую очередь. Несомненно, однако, и то, что общее отставание теории от практики социалистического строительства наблюдается и на фронте медицины.

Слова т. Сталина, что большевики должны стать специалистами в науку и технике, требуют не только того, чтобы мы охватили, изучили науку, но требуют, чтобы мы могли *реконструировать* науку, поднять ее на высшую ступень, помочь осуществить стоящую перед наукой задачу сознательного овладения марксизмом-ленинизмом, сознательного его применения и конкретизации в отдельных областях знания.

Прежде всего необходим решительный поворот науки в сторону действительного участия ее в социалистическом строительстве, а это требует в первую очередь, чтобы разворачивание и реорганизация фронта здравоохранения были проведены классово.

Существует целый ряд установок, идеологами которых являлись различные представители Московского здравоохранения, в частности Кац, Замуховский и др., которые извращают принципы классовой, и структуру организации медицинской помощи переводят на оппортунистические рельсы. Проблема единого диспансера ими рассматривается, как *советская* система здравоохранения, причем эта система по существу оказывается лишенной классового содержания, из нее выхолощено классовое существо. Подходят к проблеме учета населения *вообще*, говоря о создании территориальных комиссий, говоря о том, что здравоохранение должно служить для оздоровления труда и быта по единому плану на основе изучения физического состояния *населения вообще*. Такая постановка отрывает единый диспансер от производственной базы и представляет собой уход от основного лозунга здравоохранения, что единый диспансер должен быть связан с *ведущими отраслями* нашего хозяйства, а пункты первой помощи прежде всего должны делаться *цехами предприятий*. С другой стороны у Харьковского т. Генесы, напр., вопрос о путях медицины в свете диалектического материализма вылился в одностороннее толкование проблемы соотношения диалектического материализма и медицины, проблем, связанных с общей патологией. Здесь мы имеем отрыв от конкретной базы, от вопросов социальной гигиены, вопросов социалистического здравоохранения, которые *в первую очередь* должны сейчас занимать наше внимание.

При разрешении проблемы реконструкции науки, опираясь на три основных момента: активное, решительное участие в социалистическом строительстве, переоценка всех и всяких чуждых марксизму-ленинизму теоретических основ в науке и преодоление на основах марксизма-ленинизма самой научной практики, мы не должны видеть в этих трех моментах разрозненные элементы. Только понимание их неразрывной внутренней связи, их взаимозависимости является правильным пониманием. Здесь мы имеем *одну линию, одну постановку* общего вопроса, выдвигаемого на отдельных конкретных исторических этапах. Одновременно нужно

учитывать, что участие науки в строительстве социализма представляет не просто так сказать, общественную «нагрузку» для науки, принижение ее «чисто» научных задач, как заявляют научные реакционеры вроде проф. А д л е р а (антрополог), но что участие теории в социалистической стройке, сознательное руководство марксизма-ленинизма в деле реконструкции науки одновременно обуславливают рост науки в наших условиях, подъем ее на высшую ступень.

Вопросы соотношения политики, философии и естествознания, соотношение теории и практики, правильного понимания значения естественно-научных взглядов М а р к с а, Э н г е л ь с а, правильного уяснения смысла и значения ленинизма, как нового этапа в развитии диалектико-материалистической философии и естествознания, вопросы понимания и значения Л е н и н а в оценке им нового этапа в развитии естествознания, партийное разрешение борьбы на два фронта, большевистское понимание самокритики, правильное понимание смысла кризиса современного естествознания на Западе, четкое представление о состоянии естествознания и основных задачах, стоящих сейчас перед нами в нашей стране—вот коренные проблемы, которые служили предметом обсуждения и длительной дискуссии в коллективе естественного и философского отделения ИКПФ и Е, в ассоциации естествознания по докладу т. Ш м и д т а, на президиуме Комкадемии, на заседаниях редакции «БСЭ» совместно с бригадой естественного отделения ИКПФ и Е. Особо были выдвинуты вопросы медицины на дискуссии в Обществе врачей-марксистов по докладу т. Л е в и т а о работе Общества, где в основном борьба была направлена против механистических позиций группы О б у х а, но также дискуссией была выявлена и антимарксистская сущность взглядов прежнего естественно-научного руководства, как представляющего собой меньшевистствующий идеализм (А г о л, Л е в и т, Л е в и т, Г е с с е н, и также поддерживавшие их т. Кап л у н и др.). Общая оценка положения на естественно-научном фронте наша свое отражение в резолюции ячейки ИКПФЕ от 29/XII 30 г. и в резолюции президиума Комкадемии ¹⁾.

Было выяснено, что прежнюю работу О-ва врачей-материалистов характеризует апологизм, полный отрыв от практики социалистического строительства. Занимаясь схоластическими рассуждениями, подменяя действительную методологию марксизма-ленинизма игрой в понятия, т. Л е в и т, вслед за группой Д е б о р и н а и вместе с нею извращая диалектический материализм, отрывался от действительности. Он не видел, как подилась практика социалистического строительства в области здравоохранения, на основе и вместе с успехами строительства социализма в целом. Поэтому он извратил указания т. С т а л и н а об отставании теории от практики, заявляя в противовес этому, что в вопросах соц. здравоохранения теория идет вперед практики. Для т. Л е в и т а нет ничего непоследовательного в том, что он противопоставляет капитализм социализму, перескакивает через весь переходный период, заявляя, что «социализм (и только он) делает действительно *положительными* все мероприятия по оздоровлению трудящихся». В этой «левацкой» форме перескока к социализму скрыто оппортунистическое «зерно» противодействия решительным шагам по пути перерастания на данном этапе развития нашего здравоохранения в социалистическое здравоохранение. Это представление о социализме, появляющемся сразу и целиком, характеризует мелкобуржуазное понимание диалектики развития. Вместе с тем в процессе дискуссии выявились попытки научного обоснования взглядов право-«левацких» оппортунистов в их оценке социалистического соревнования и ударничества, социалистической реконструкции. Взгляды эти развивались по линии того, что соц. соревнование, ударничество, условия труда и т. д., влекут за собой измощенность трудящихся, что имеется повышенная заболеваемость и т. д. и т. п. Причем к услугам этих «теоретиков» готова и «статистика» и готовящиеся к печати специальные работы. Эти работы знаменуют собой отражение реакционных сил в нашей стране, наводят портфели редакций и подчас успевают даже показываться на «свет божий», почему все наше внимание должно быть обращено на четкое понимание и последовательное проведение партийности в науке.

В статье Л е в и т а в № 5 «Под зн. Марксизма» имеется также полное игнорирование значения Л е н и н а. Когда мы обратим внимание на положение этого вопроса в Харькове, то и там оказывается, что сборник «Философия и политика», заключающий в себе ряд статей товарищей, руководящих естественно-

¹⁾ См. Каз. мед. ж. № 3.

научным фронтом — т.т. Семевского, Финкельштейна, Полякова и Генесса, — также не содержит упоминания об особом внимании, которое должно быть уделено марксистами-естественниками изучению Маркса, Энгельса, Ленина. Поэтому важным звеном работы должна быть *действительная* разработка и овладение, изучение *в первую очередь* всего того, что дают Ленин, Маркс, Энгельс по линии диалектического материализма вообще, по линии естествознания в особенности, по линии здравоохранения в частности.

Критическое и революционное существо марксизма-ленинизма требует решительной борьбы за чистоту марксистско-ленинской методологии со всякими извращениями. Мы знаем, что основным, коренным врагом здесь является открытая противоположность марксизму-ленинизму — идеализм. Но вопрос о двух фронтах борьбы внутри марксизма — этот вопрос недостаточно четко и ясно до сих пор ставился: марксисты в естествознании должны бороться с механицизмом, с одной стороны, и витализмом — с другой. Постановка этих вопросов, которая давалась т. Аголом и т. Пахомычевым (Моск. мед. ж. 1928 г. № 10—11), не дают нам правильной перспективы в борьбе на два фронта, они не ориентируют нас в борьбе против механистов, как главной опасности, и одновременно с этим в борьбе против меньшевистствующего идеализма. Если механистический материализм является отражением классовых сил, сопротивляющихся социалистическому наступлению, имеет более глубокие классовые корни и выступает более обособленно против марксизма-ленинизма, открыто ревизуя его, то меньшевистствующий идеализм представляет собой выражение мелко-буржуазной классовой основы, более искусно внешне прикрывается марксистско-ленинской формой, скрывая свою идеалистическую сущность.

На дискуссии, в связи с позицией, которую заняли с одной стороны представитель меньшевистствующего идеализма т. Левит, с другой — механист т. Обух, был поднят вопрос об отношении к буржуазной науке. Тов. Левит ставил вопрос таким образом, что если ты за марксизм, то будь и за современное естествознание, недвусмысленно отождествляя марксизм с новейшими достижениями современной теоретической биологии, что означало по сути повторение установок механистов, полный хвостизм, выхолащивание критической и революционной сущности марксизма-ленинизма. Некритическое отношение т. Левита выразилось в фетишизации современной генетики. Нужно определенно сказать, что вряд ли кто может обвинять нас в обскурантизме, в том, что мы боремся против генетики вообще, что мы недооцениваем генетику, как науку и метод, частный в медицине, но в то же время пониманию генетики т. Левитом должен быть и был дан самый жестокий отпор, так как Левит генетикой подменял диалектический материализм, вместе с т. Аголом и Серебровским превратил проблему развития в автогенез, что в конечном счете несомненно должно было сводиться на признание внутренней целесообразности организма, на признание телеологических основ.

Теоретическая установка группы т. Обука являлась, с другой стороны, механистической. Для нас в области биологии основными путями являются пути Ламарка и Дарвина. Если в связи с этой постановкой вопроса мы обратимся к тому, как относятся группы представителей медицинского фронта к оценке ламаркизма и дарвинизма, то, с одной стороны, мы встретимся с т. Левитом, стоящим на позициях скатывания к автогенезу, а с другой — мы имеем группу т. Обука, которая дает по этому вопросу четкий ответ в духе механицизма. Общество «Ленинизм в медицине» в своей декларации в 1930 г. определенно писало, что оно исходит из учения Ламарка и Лесгафта. Далее т. Обух ставит в заслугу П. Ф. Лесгафту смелую и последовательную критику дарвинизма и уклонение в витализм его последователей. Эта критика дарвинизма ясно показывается, с кем идет Лесгафт и на что ориентируется т. Обух. Ясно, что ламаркистские взгляды т. Обука и т. Боголеповой резко расходятся с тем, что указано Марксом, Энгельсом, Лениным. Более провинциальные сторонники этой установки учитывают, что они этой установкой противопоставляют себя высказываниям Маркса, Энгельса и Ленина и поэтому с помощью некоторых «комбинаций», свидетельствующих по крайней мере о ловкости пера, объявляют борьбу с ламаркизмом — уделом механистов, а потому на основе этой силлогистики выступают с Ламарком против механистов (т. Бауэр). В извращении основного, в непонимании конкретного революционного духа метода Маркса-Ленина механисты разделяют общие позиции с меньшевистствующим идеализмом группы т. Деборина.

В процессе дискуссии было уделено много внимания вопросам биологии. Однако нам кажется, что особое выпячивание биологических моментов представляет собой по существу нездоровое явление. Медицине необходима тесная связь с биологией, нужно от нее отталкиваться, однако, по отношению к человеку, к биологическим, физиологическим, патологическим процессам в человеческом организме нужен особый подход, нужно подняться на высшую ступень. Человеческий организм является результатом всего исторического процесса, *особого общественного существования*. Труд создал человека, и при оценке человеческого организма мы должны иметь в виду труд как „основное условие человеческого существования“ (Энгельс); с другой стороны, мы имеем у человека дело с психикой, причем психические процессы не являются просто реактивными процессами, а представляют взаимодействие физиологического и общественного на основе физиологических процессов. Человеческий организм на основе указанного представляет собой наличие таких специфических, трансформированных процессов, что они не могут быть исчерпаны экспериментальной работой над животными, почему мы должны ставить проблему не только *особого изучения человеческой психики*, но считаться с тем, что и биологические процессы, и проблемы физиологических связей и закономерностей в человеческом организме выступают в *особой специфической форме*. Поэтому мы должны поставить перед собой проблему *особой биологии, физиологии и патологии человека*, мы должны покончить с тем, чтобы, работая с кроликами, думать, что мы поднимаем медицинскую теорию на более высокую степень. Это не значит, что кролик будет освобожден от подопытных мучений, однако, основная задача заключается в том, чтобы поставить и разрешить проблему *изучения специфичности биологического процесса в человеческом организме*. В этом лежит в известной мере ключ к преодолению споров вокруг проблемы внутреннего и внешнего и т. д. Уже по сути дела биологическое и социальное представляли собой какие-то два сцепленных звена: не было понимания того, что это *био* есть особое человеческое био, что оно есть результат общественной жизни и кроме того особенностей самого человека, как существа, обладающего психикой.

Реконструкция медицины, имеющая в качестве своего объекта общественного человека, требует коренной переделки старых методов экспериментирования, ценко державших медицину в тисках метафизики. Только в непримиримой последовательной борьбе на два фронта против механицизма, как главной опасности внутри марксизма, и меньшевистствующего идеализма медицина сможет обеспечить перестройку своих теоретических основ в соответствии с задачами, стоящими перед социалистическим здравоохранением, и стать полноценным, активным участником в деле социалистического переустройства нашей страны.

Между тем ряд данных говорит, что эта проблема извращается. Характерно, что программа по общей биологии для медиков I Мед. института в Москве, напр., содержит в себе все: и витализм, и механицизм, и проблему эволюции и т. д., но отсутствует совершенно проблема труда, проблема специфичности человека. И это, очевидно, не в одном Московском мед. институте.

Проблема методологии клинического исследования и ее реконструкция должны являться одной из основных проблем съездов терапевтов, всех медицинских обществ, широких кадров работников клиник и научно-исследовательских институтов. Только общими силами работающих в различных областях частной патологии, вместе с силами общих патологов и социал-гигиенистов могут быть найдены конкретные пути подступа к действительному изучению человеческого организма.

Пршедшая дискуссия с развернутой самокритикой, борьбой за торжество самодиктатуры во имя интересов партии, борьбой за партийность на фронте медицины помогла сплотить и воспитать широкие партийные кадры научных работников и захватила в свою орбиту широкие массы беспартийных работников. Животворное дыхание практики, творческого дела тронули лед. Но необходимо, чтобы в дискуссиях конкретные вопросы практики являлись все более конкретными в своем содержании. Если мы в борьбе с бухаринским ламаркизмом и левицкой автогенетикой не остановимся вовремя и решение основных проблем социалистического здравоохранения и медицинской теории подменим спорами о Дарвине и Ламарке, то мы и тут уйдем от действительности. Нужно бороться со всякими попытками сведения дискуссии к дискуссиям на холостом ходу, со всяким

неумением решать большие теоретические проблемы основными вопросами нашей практики, нужно бороться со всякой схоластикой, хотя она и может выступать под маской борьбы с меньшевистствующим идеализмом.

Научная общественность должна уделять значительное внимание этому вопросу. Состояние подготовки студенчества, кадров для кадров, изучение программ, усиление значения и роли кафедр по диалектическому материализму, развертывание их в вузах на периферии, все более конкретный характер преподавания диалектического материализма в связи с медициной — все эти вопросы должны стать в центре нашего внимания. Вместе с тем необходимо решительно обратить внимание на литературную продукцию, на переоценку имеющегося готового к печати материала. Должна быть разрешена проблема хорошего учебника, нужно засадить людей за это дело, освобождая их от ряда нагрузок, сосредоточивая внимание в первую очередь на учебниках по диалектическому материализму. Большая Мед. Энциклопедия должна стать орудием пропаганды марксизма-ленинизма, необходима скорейшая проверка ее содержания. Необходимо усилить внимание к научным съездам, связать их с разрешением задач планирования медицинской науки. Необходимо укрепить научную общественность на фронте медицины рабочим активом, получая от него помощь и участие в решении вопросов здравоохранения и подвергая критике производственников-рабочих содержание, формы и методы работы медицинской научной общественности. Нужно сигнализировать о необходимости значительного повышения внимания к вопросам обороны страны и использования в этом смысле достижений медицинской науки. Нужно усилить работу на периферии, вовлекая научно-исслед. институты периферии в изучение отдельных проблем. Необходимо добиться стопроцентного охвата коммунистов Обществом врачей-марксистов, нужна значительная работа по дальнейшему развертыванию сети филиалов, групп, ячеек О-ва на периферии.

На основе ленинского понимания партийности в науке, на основе осознания значения ленинизма в развитии научной мысли, на основе изучения всего наследия Маркса, Энгельса, Ленина, в борьбе за генеральную линию партии, отмечая всякую ревизию марксизма-ленинизма в теории и всякого рода оппортунизм на практике, в борьбе за дальнейшую реализацию строительства социализма будет разрешение проблемы реконструкции медицинской науки.

И. Сапир. Институт высшей нервной деятельности на новом этапе. — Вестник ком. акад. 1931 г. № 4.

Успешная борьба за завершение фундамента социалистической экономики в третьем году пятилетки связана не только с технической реконструкцией и рационализацией трудового процесса, но и с работой по еще большему повышению классовой сознательности, культурного уровня и *нерво-психического здоровья участников соц. строительства*. Эта работа, естественно, должна опереться на изучение глубоких сдвигов, уже происшедших и происходящих на базе развития социалистических форм труда в психологии рабочих и колхозников. Однако, разрешение этих исследовательских и практических политических задач встречает существенные препятствия в современной психоневрологии, разрабатываемой по преимуществу буржуазными учеными на основе враждебных марксизму теорий и методов. Наиболее влиятельные из буржуазных психо-неврологических теорий представляет собой более или менее осознанное обоснование того взгляда, что психика и поведение человека по самой их природе консервативны и не поддаются воздействию социально-экономического процесса, а если и поддаются, то в порядке поверхностных, кратковременных, малозначительных изменений.

Вошло в обычай с легкой руки некоторых „увлекающихся“ марксистов психо-неврологов подчеркивать революционность учения И. П. Павлова на том основании, что оно будто бы провозглашает безграничную пластичность поведения. Но разнообразие приобретенных форм поведения сводится у Павлова к разнообразию сочетания условных и безусловных рефлексов без учета тех качественно новых возможностей, которые возникают на базе усложнения условно-рефлекторной деятельности. А кроме того — и это самое главное — внешняя среда является для Павлова независимой от ее истории и сложности, не более чем сочетанием физических раздражителей, способных привести лишь к смене рефлекторных комбинаций, но отнюдь не к подлинному развитию форм поведения в ходе общественно-исторического процесса. Павловская пластичность ни в коей мере не соответствует всему богатству социально-исторических форм и не подвластна, по Павлову, законам этих форм и движущей их классовой борьбе.

Такого рода учение находится в резком противоречии с задачей марксистско-ленинского обоснования социалистической переделки поведения. То обстоятельство, что из-под пера некоторых последователей именно этой школы вышли наиболее реакционные по своей установке и выводам работы (Савич, Иванов-Смоленский) и что в самом ИВНД защита механицизма Павловского учения находила себе место (т. Залмансон), облызывает ИВНД на новом этапе его деятельности заострить внимание против механицизма в области психоневрологии (теории Павлова, Бехтерева, Корнилова, Беритова, Чучмарева).

Идеалистические и виталистические учения в психо-неврологии—теории Фрейда, Адлера, структурной психологии, этнической психологии Турнвальда и т. д.—по существу резко враждебны нашим взглядам и подлежат суровой критике. Они либо придают психологическим законам самодавящее значение, отрывая их от общественно-исторического процесса, с одной стороны, и от неврологии, с другой, либо абстрактно сводит социальную обусловленность поведения к влияниям культурно-исторического развития, взятого вне органической его связи с экономическим его базисом и с процессом классовой борьбы, либо, наконец, эти теории обосновывают минимую консервативность «человеческой природы» теорией биологической обусловленности поведения вплоть до таких его сторон, как форма мышления или идеологическая направленность (конституционализм Кречмера, биогенетизм Фрейда, учение об инстинктах американских авторов). Даже неврологический раздел науки о поведении подвергается на Западе открытому виталистическому пересмотру (К. Монаков).

С другой стороны, в области морфологии высшие функции н. с. объявляются непосредственным результатом ее морфологического строения и столь же мало изменяющимися у человека, как и эти последние. Этой теорией пытаются обосновать два реакционных вывода: о примате биологического фактора в процессе поведения и о неизбежности вечных расовых различий в психике. Эти реакционные идеи, в которых причудливо переплелись естественно-научный механицизм и философско-исторический идеализм, провикли и в неврологию (мозговая архитектоника Фогта и Экономо). Этими теориями питаются и ложно-научный пессимизм невро-психологической патологии и оппортунистические дела в практике здравоохранения. Неблагополучно обстоит дело и с советской психо-техникой, руководители которой до последнего времени находились в плену у реакционных учений В. Штерна.

Ни про одну из отраслей советской психо-неврологии нельзя сказать, что она не нуждается в решительной проверке под углом зрения принципа партийности в науке, актуализации ее проблем, в переработке ее на основе марксистско-ленинской теории.

Достижения Всесоюзного поведенческого съезда также совершенно не соответствовали огромным запросам социалистического строительства к психо-неврологии, ибо чисто декларативные, лишенные политической заостренности, абстрактные резолюции съезда являются образцом отрыва теории от практики, а руководство съездом (т. Залкинд, Карев, Сапир и др.) по существу проводило линию меньшевистствующего идеализма.

Этот анализ показывает, что для марксистов-психоневрологов одной из важнейших проблем в данное время является *проблема пластичности поведения в условиях реконструктивного труда*, проблема обнаружения и содействия реализации огромных психо-физиологических возможностей, характерных для психики и поведения борца за социализм и развертывающегося на основе этого социостроительства.

Задачей ИВНД является стать активным в разрешении этой проблемы. Разработка этой основной проблемы приводит к постановке следующих частных проблем и тем.

1. *Проблема локализации мозговых функций.* Разработка ее в ИВНД имеет целью: а) подойти к раскрытию анатомо-физиологической структуры высших форм психики и поведения (борьба с идеализмом и попсовщиной); б) показать в борьбе с механицизмом, что функции человеческого мозга являются в конечном и решающем счете результатом и выражением социально-экономического бытия конкретного исторического человека; в) вскрыть органическую сторону наиболее сложных форм так называемых душевных заболеваний (например шизофрении).

В связи с тем, что отличительной чертой разработки этой темы является комбинированное исследование с различных сторон, разработкой этой проблемы

запаты все отделения института: морфологическое, неврохимическое, физиологии животных, физиологии и поведения человека (нервная и психиатрическая клиника), причем ведущую роль играет последнее из перечисленных отделений, в тематике которого поставлены темы: «Морфолого-физиологическое обоснование психических автоматизмов и деперсонализации (распадов личности)»; «Психомоторика, конституция и психоз», «Психо-физиологическая связь между мышлением и речью», «Процесс преодоления мозговой недостаточности и его социально-трудовая основа» и т. д. С другой стороны, значительная часть задачи выпадает на долю морфологического отделения, наиболее важной из тем которого является цитоархитектоника нижней теменной и третьей лобной доли, т. е. областей особо характерных для человеческого мозга. В связи с этой темой стоит и другие темы: по эмбриогенезу нервной системы, по изменчивости ряда областей коры, а также по архитектонике коры животных различных видов.

II. *Разработка проблемы утомления в условиях социалистических форм труда* имеет задачу показать в борьбе с выступающими от имени психофизиологии противниками темпов реконструктивного периода, что социалистические формы труда и строй диктатуры пролетариата в целом являются мощным фактором оздоровления и повышения работоспособности трудящихся, в частности предупреждающими утомление и отрицательные последствия для работоспособности и здоровья, что на пути между утомлением, коль скоро оно возникло на почве отдельных организационных дефектов на предприятии, и необратимыми патологическими изменениями, как его возможным результатом, находится ряд весьма трудно реализуемых условий. Новое социалистическое отношение к труду выступает как могучий оздоровляющий фактор не только потому, что оно неразрывно связано с новой психо-физиологической структурой ударника, с энтузиазмом борьбы за промфинплан, но и потому, что оно приводит к перестройке труда и быта, к развертыванию новых форм здравоохранения, к психо-гигиене и т. д., предполагающими классово-социалистическую самостоятельность рабочих и колхозников. В определении этих мероприятий, и прежде всего в обработке основных принципов психо-гигиенического минимума, и должна состоять разработка указанной выше проблемы в ее политической части. В разрешении проблемы утомления важную вспомогательную роль будет играть Физиологическое отделение ИВНД, в тематике которого стоит тема: «Электрофизиология нервной ткани в условиях утомления». Кроме того отделение физиологии животных работает над рядом вопросов функциональной пластичности и компенсации.

III. *Проблема социального в психозе* имеет целью обосновать в борьбе с механицизмом и реакционным конституционализмом положение об исторической и социально-классовой изменчивости важнейших психозов; вскрыть теоретическую несостоятельность и практическую беспомощность даже и тех буржуазных психиатров, которые признают за социальным моментом известное значение для психоза (идеалистическое и бесклассовое понимание среды, взгляд на соц. среду как на исключительно внешнее человеку). Каждая из этих тем, на которые разбивается эта проблема (классовое в психо-терапии, структура психоза в свете социально-классовой сущности личности, психоз и развитие личности) имеет актуальное значение для практики советского здравоохранения. Дело идет о реорганизации психопомощи, о разработке новой классификации психозов (номенклатурная комиссия при Госплане).

В тесной связи с разработкой основных проблем ИВНД в экспериментальном разрезе находится постановка ряда методологических тем: Идеализм и механицизм в современной психиатрии, Против механицизма и идеализма в современных течениях рефлексологии, Условные рефлексы и поведение, Витализм в неврологии, Основные проблемы архитектоники мозга, Психо-физиологический момент в процессе труда и т. д.

Кроме того ИВНД примет участие в работах: по линии НКЗ—вхождение в плановое совещание при Наркомате, помощь Институтам охраны здоровья детей и подростков и нерво-псих. профилактики; по линии НКТ—вхождение в научный совет НКТ, методологическая помощь Институту охраны труда; по линии НКП—вхождение в научный методологич. совет, участие в дефектологической комиссии, составление наглядных пособий по нервной системе для уч. заведений, различных типов; издание антирелигиозных брошюр, редакторство и авторство психо-неврологич. отдела Б. Мед. Энцикл., проверка руководств и учебников, организация Всесоюзного совещания по психо-неврологическому образованию в Медвузах.

ОТДЕЛ III. ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Чебоксарской советской больницы (Завед. д-р И. В. Данилов).

Случай прободения матки гусиным пером с выходением его в брюшную полость.

Врача И. В. Данилова.

10/VII 1930 г. в Чебоксарскую больницу поступила крестьянка-чувашка К., 24 лет, по поводу сильного маточного кровотечения.

Менструировать К. начала с 16 лет; крови приходили через 4 недели, по 3—4 дня, без болей. Последние крови были в первых числах апреля. Больная замужняя, многорожавшая.

При опросе К. выяснилось, что 5/VII, с согласия мужа, она пригласила к себе старуху И. А. и просила освободить ее от беременности. Гр-ка И. А. с целью прерывания беременности ввела К. в матку гусиное перо. Вставление пера долго продолжалось и было очень болезненно. Наконец операция была закончена и прикрепленная к перу суровая нитка была привязана к правому бедру больной. Вскоре после этого начались схваткообразные боли и появилось кровотечение, которое на другой день прекратилось, и К. продолжала обычную работу по хозяйству. На четвертый день больную знобило и опять открылись сильные крови. Она обратилась в местную больницу, откуда ее препроводили в г. Чебоксары на операцию.

При исследовании больной обнаружено: t^0 39,6, пульс около 120, хорошего наполнения. Самочувствие больной удовлетворительное. Живот напряжен и болезнен. Из половых путей—обильное кровотечение. От правого бедра тянутся во влагалище две нитки, направляющиеся, как показало исследование зеркалами, в полость матки. Наружный зев приоткрыт, и цервикальный канал пропускает палец. При легком потягивании нитка не вытаскивается из полости матки. При бимануальном исследовании из-за болезненности прощупать как следует тело матки не удается. При исследовании per rectum в заднем Дугласе ясно прощупывается твердое тело, в виде палки, толщиной с мизинец.

В виду сильного кровотечения, без расширения цервикального канала плодное яйцо удалено абортангом. После удаления плода и его частей по ходу нитки обнаружено перфорационное отверстие в задней стенке матки.

Имся в анамнезе больной определенные указания на вставление пера в матку и при объективном исследовании—перфорационное отверстие в задней стенке матки и данные исследования per rectum, я остановился на диагнозе: прободение стенки матки гусиным пером с выходением его в брюшную полость.

С целью удаления пера из полости живота, закрытия перфорационного отверстия в стенке матки и осмотра состояния стенок кишок, больной предложено было чревосечение, на что она и согласилась.

В 8 час. вечера под хлороформным наркозом приступлено к экстренной операции. Разрез продольный. По вскрытии брюшной полости обнаружено в заднем Дугласе гусиное перо, расположенное по длиннику тела матки и упирающееся одним концом в прямую кишку. Тело матки по величине соответствует приблизительно 3-месячной беременности, маточная стенка дряблая. На задней стенке матки, в нижней ее трети, немного отступя от внутреннего зева, имеется зияющее отверстие, с неровными краями, пропускающее палец. Со стороны придатков особых изменений нет. Кишки целы. В заднем Дугласе имеется незначительное количество крови.

После осторожного удаления через влагалище гусиного пера, длиной в 9 1/2 سانت. с ниткой в 70 сантим. длины, перфорационное отверстие закрыто двумя слоями шелковых швов. Брюшная рана закрыта наглухо.

На второй день после операции температура пала до 36,8, а вечером опять поднялась до 38,6 и до 7-го дня оставалась субфебрильной. На 7-й день сняты серфины; нагноение в ране. В дальнейшем лечение гнойной раны перевязками, и через 41 день больная выписана здоровой.

Имея ввиду сравнительную редкость осложнения подпольного искусственного выкидыша прободением стенки матки гусиным пером и бытовое значение для специалистов метода, к которому прибегают «специалистки» по преступным выкидышам, я решил опубликовать данный случай в печати.

Из Советской б-цы г. Бологое.

К вопросу об инородных телах брюшной полости.

Врача Б. Куликова.

13 января 1931 г. в Бологовскую совбольницу поступила кр-ка Меланья А.-на, 39 лет, с жалобами на боли и опухоль в подложечной области.

Больная бледна, питание понижено; замужем 12 лет, 6 раз родила, послед. раз 2 года тому назад. Роды были благополучные; венерические болезни отрицает. Больная поступает в б-цу 2-й раз. Из предыдущих данных мы узнаем, что больная дома, будучи беременной около 2-х месяцев, ввела себе в матку шелковый буж, оставив свободный конец, ок. 5 см. длиной, торчать из половой щели. Боли при введении бужа не ощущала. Ночью 2 раза ходила в уборную, наутро бужа около себя не нашла.

На другой день появились боли внизу живота и кровотечение. С этими явлениями и с повышенной температурой до 37,5° больная поступила в б-цу — на 3-й день после введения бужа — 5 XI — 30 г. Так как больная температурела — выскабливание сделано было на 11-й день, после операции 1° стала нормальной, больная чувствовала только небольшие боли в животе и 23-XI ушла домой.

Недели через две после выписки из б-цы больная почувствовала боль под ложечкой и стала замечать опухоль, к-ая быстро увеличивалась. Лечащими врачами, к-ые предполагали развитие злокачественной опухоли, б-ная была направлена к рентгенологу, который отметил теньное изображение (в животе), в норме не встречающееся. 15 января 1931 г. больная обратилась ко мне и, после того как проб-ной пункцией был получен гной, я разрезал опухоль, которая оказалась абсцессом; получено ок. 30 куб. см. гнойно-кровянистой жидкости. Б-ной стало легче, живот сделался мягче. Через 4 дни при прощупывании живота отмечается твердый тяж, идущий от мечевидного отростка к лобку, где ясность его теряется. Невольно явилась мысль, что это тот злоплучный буж, к-ым больная сделала себе аборт. Полость абсцесса обследована тщательно с целью возможности извлечь буж, но безуспешно. Тогда через разрез, сделанный около пупка, по средней линии, после вскрытия брюшины, легко можно было прощупать буж, (он был окутан салынком) к-ый удалось немного протолкнуть к прежней ране, к мечевидному отростку.

Разрез брюшной раны послойно зашит и закрыт липким пластырем. Край абсцесса раздвинуты крючками, неощущено инородное тело и извлечено. Это был шелковый буж, длиной в 30 см., толщиной в 4 мм., с проволокой в середине, почти на 1/3 ок. 12 см.; каудальная часть бужа проволоки не имеет.

Интересным является вопрос: как же весь буж очутился в бр. полости? Я предполагаю, что буж, перфорировав стенку матки своей б. тяжелой половиной, очутился в полости брюшины, в силу чего с помощью перистальтики ушел туда весь, а впоследствии приwallлся к передней бр. стенке в области мечевидного отростка и дал абсцесс.

Средне-Волжский институт охраны мат. и младенчества. (Самара). Зав. женским отделением А. К. Софотерова.

Случай врожденной грыжи 1°).

Ординатора С. М. Гальперина.

Присоединяясь к взгляду Н. М. Николаева, что каждый встречающийся случай уродства должен изучаться в пределах современной возможности, мы решили опубликовать наш случай врожденной грыжи с содержимым в грыжевом

1°) Доложено на общегор. конф. НАВ секц. охр. м.-мл. 3/XII 30 г.

мешке печени, селезенки и кишечника, как уродство, встречающееся, судя по доступной нам литературе, нечасто.

Ночью 10 октября 1930 г., в Ин-т. охр. м.-мл. была доставлена гражданка В., 23 лет, история родов № 3775, которая в 24 часа родила по дороге в Ин-т. У В. 4-я беременность, 1-я беременность — срочные роды, 2-я искусственный выкидыш, 3-я произвольный выкидыш 3-х месяцев и 4-я настоящая беременность. Большая среднего роста, хорошо унитана по конституциональному облику соответствует нормальной женщине в описании Stratz'a. Посещала районную женскую консультацию — 6 раз, противозачаточных мер не принимала. Из объективных данных и из анамнеза сифилис отрицается. Последняя менструация 28 декабря, роды срочные.

Родившаяся девочка весила 3100,0, длиной 48 сантиметров, окружность головки в прямом размере 33, прямой размер 11, большой косой 13, малый косой 9, большой поперечный 9, малый попереч. 7, плечики 10, окружность груди 31, ягодич. 7. Крик громкий. Детское место с оболочками отошло самостоятельно в больнице, весом 520,0; пуповина сочная, извилистая, 36 сантиметров длиной с боковым прикреплением. При осмотре ребенка найдено: на брюшной стенке образование величиной с головку новорожденного, покрытое пленкообразной прозрачной оболочкой, эластической консистенции. Оболочка на всем протяжении плотно сращена с кожей. Сквозь оболочку просвечивают органы: справа печень, занимавшая $\frac{1}{2}$ пространства слева и сверху селезенка, посредине бегли кишок с желудком. Грибовое отверстие имело в ширину 6 сан., длину 7 сант. с утолщенными краями. Пуповина отходила от нижнего края этого образования на $2\frac{1}{2}$ сан. от лобка. Описанное образование — пупочная грыжа — была покрыта салфетками, смоченными физиологическим раствором. Через 10 часов после рождения, оболочка грыжи начала мутнеть и стала более напряженной, чем в момент рождения. В отлогах местах появился экссудат, просвечивающийся через оболочку. Одиннадцатого октября после демонстрации ребенка педиатрам и ex consilio с ними решено произвести операцию. Через 16 часов после рождения ребенка под легким хлороформным наркозом операция (А. Софотерова и Гальперина): циркулярным разрезом оболочка грыжевого мешка отделена на всем протяжении от кожи; удаленная оболочка около 4 м/м. толщины имела прочные плоскостные сращения в двух местах на передней поверхности печени и в одном месте с салынником близ мечевидного отростка, в силу чего пришлось резецировать небольшой кусок салынника, а на печени, в виду невозможности ее отделения, оставить в виде двух островков величиной с 10-коп. монету. При последующей затем попытке вправить внутренности в брюшную полость сделать это не удалось. Пространство вмещало в себе или весь кишечник, или только печень. Во время операции было установлено, что имеется еще декстро-кардия. Ребенок не перенес операционной травмы и через 10 часов после нее умер.

Данные вскрытия (И. И. КукOLEB): Питание удовлетворительное, тургор тканей хорошо выражен. При вскрытии грудной клетки ткань легких нормальная, содержит воздух; границы легких справа по реберному краю, слева 11 ребро. Сердце находится справа от средней линии на один палец, верхняя граница сердца на уровне 5-го ребра, сердечная сумка нормальная. Конус диафрагмальный смещен и выпячен кверху и вправо, границы прикрепления диафрагмы слева 10-е 11-е ребро, справа на один сант. ниже реберного края. Брюшная полость: печень полушаровидной формы длиной 9 сант., шириной 8, высота 5, в двух местах поверхность печени витально спаяна с оболочкой грыжевого мешка. Серповидная связка печени отсутствует, желчный пузырь нормален. Желудок имеет косое положение, малой кривизной тесно прилегает к воротам печени. Foramen Winslowii пропускает $1\frac{1}{2}$ — 2 пальца. Селезенка: толщиной 4 сан., ширина 2 сан. расположена по большой кривизне желудка и своей капсулой тесно спаяна с восходящей частью ободочной кишки. Слепая кишка и восходящая часть ободочной кишки длинная и сильно растянута; почки, поджелудочная железа и внутренние половые органы без изменений.

Гистологическое исследование (И. И. КукOLEB, консультация проф. Е. Л. Кавецкий и А. Б. Софотерова): Фиксаж формалином, окраска гематоксилином с эозином и по (Van-Gieson). Препарат оболочки: самый поверхностный слой представляет из себя различной толщины пластинку в различной степени орогования, местами непосредственно подлегает к подлежащей рыхлой соединительной ткани, местами между ними и последней имеется прослойка в 2—3

ряда плоских, местами кубических клеток. Более глубокие слои оболочки построены из более плотной соединительной ткани с большим количеством местами расширенных кровеносных сосудов. Имеются отдельные места с резко выраженной круглоклеточной инфильтрацией. Препарат печени: со сросшейся частью оболочки отмечается разрастание соединительной ткани по ходу сосудов и частичная атрофия клеточных элементов, капилляры печеночных долек резко расширены и переполнены кровью. Глиссонова капсула утолщена, а в периферических слоях разволокнилась, резко инфильтрирована лейкоцитами и непосредственно переходит в вышеописанную оболочку. Местами волокна глиссоновой капсулы набухли, ядра выражены плохо. Препарат из кожи в месте перехода ее в стенку грыжевого мешка: в нормальной коже типичный плоский многослойный эпителий с ясно выраженным ороговым слоем. Strat. germinat. местами резко утолщен, местами имеет вид частокола. На месте перехода кожи в грыжевой мешок эпителий истончается и постепенно переходит в однородную ороговую пластинку, имеющую различную толщину.

На месте истончения эпителия волокнистость выражена слабее, ядра красятся плохо. Соединительнотканый слой (собств. кожи) под эпителием развит хорошо, в более глубоких частях волокнистость выражена слабее и клетки имеют звездчатый характер. Все препараты из оболочки грыжевого мешка пронизаны большими сегментированными лейкоцитами, местами группирующимися в виде гнезд.

Из всего вышеизложенного вытекает, что перед нами имеется уродство — врожденная грыжа, по принятой терминологии — врожденная грыжа пуповины: *Perit. umbilica embryon.* Что касается вопроса о времени происхождения данного уродства, то мы его относим к периоду бластогенеза (беря в основу стадии эмбриогенеза по Меркелю), а по отношению к механизму, т. е. формальному генезу, мы склонны присоединяться к взгляду Окен'а, подтвержденному работами Крайнег'а и Тудичин'а (цит. по Елкину), что недостаточное впячивание внутрь кишечных петель, расположенных первично в пуповине из-за наличия сравнительно способствует образованию грыжи. Отсутствие мускулатуры брюшной стенки и декстро-кардия мы считаем явлением вторичного порядка. В каузальном генезе по Schwalbe играют роль внутренние и внешние причины. Данные нашего случая исключают роль внешнего фактора, а внутренние, т. е. механические, термические, психические, химические воздействия не представляется нам возможным определить.

Что касается самой оболочки грыжевого мешка, то до гистологического ее исследования ее толщина, прозрачность давала нам право толковать ее как амнионную и поставить предварительный диагноз нашего случая как пупочной грыжи, но на основании гистологического исследования, мы видим, что это есть очень толстый слой недоразвитой кожи и полагаем, что грыжа в случае Duglacher'a, который приводится М. Елкиным в его работе также была покрыта истонченной кожей, почему она и покрылась эпидермисом на 3-м году жизни ребенка, что дает нам право говорить не о пупочной грыже, а как о грыже брюшной стенки.

Выводы: 1) Наш случай, окончившийся летально как у Бокенгеймера вследствие операционной травмы и невозможности выправить внутренности, при уясненном теперь строении грыжевого мешка, заставляет нас делать вывод, что лучше в этих случаях не оперировать очень рано после родов.

2) Точный диагноз врожденных грыж пупка или брюшной стенки может быть поставлен лишь на основании гистологического исследования, без которого до сих пор грыжи брюшной стенки в большинстве случаев рассматривались как врожденные пупочные грыжи.

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Сердце и физический труд.

Доц. В. В. Парина (Пермь).

Экспериментальный метод, применение которого в физиологии превратило ее из случайных наблюдений над людьми и окружающими человека животными в действительную науку, имел вместе с тем для развития нашей науки и некоторые неблагоприятные последствия.

Прежде всего, стремление проникнуть в тайны работы ряда жизненно-важных органов, большей частью скрытых глубоко внутри организма, привело к вивисекции—дерзновенному и бесцеремонному рассечению живого организма. Такие методы физиологии были, поныне, совершенно неприложимы для исследований на человеке, и наша наука надолго ограничила свое поле деятельности животными, выводя заключение о работе соответствующих органов человека лишь по аналогии.

Второе важное последствие экспериментального метода заключается в логически неизбежном стремлении исследователей возможно более упростить условия опыта, доводя до минимума число переменных факторов для более точной оценки значения каждого из них.

Идеальным с этой точки зрения является получивший в физиологии огромное распространение метод изучения работы изолированных органов, где все условия опыта поддаются точному контролю. Ясно, однако, что такой чисто аналитический метод таит в себе опасность превращения изучения работы вырезанных органов в самоцель и отсюда опасность недооценки тех факторов, которые обуславливаются в целом организме сложным взаимодействием различных органов и систем органов.

При современном состоянии физиологии, накопившей огромное обилие фактов и обладающей богатым арсеналом способов исследования, даваемых ей техникой, она, наконец, отходит с этого пути чисто аналитического изучения работы отдельных органов, стремится к изучению их деятельности в условиях возможно более близких к жизненным, становится более обобщающей наукой. Целый ряд новых остроумных методов исследования дает ей, наконец, возможность повернуться „лицом к человеку“.

Все сказанное особенно ярко видно на примере превращения главы физиологии о работе мышц в новую самостоятельную науку—физиологию труда.

Изучение работы изолированной мышцы, бывшее до последнего времени классическим приемом физиологии, дало очень много ценных фактов в отношении химизма мышечного сокращения, протекания его во времени, энергетики мышцы, но вместе с тем не дало еще ни малейшего представления о работе всего организма, как живого источника механической энергии, о работе, во время которой происходит целый ряд изменений почти во всех системах органов. Чисто практическая необходимость изучения работы человека, как социальной энергетической единицы, заставила обратиться к более внимательному исследованию всех изменений в работающем организме, и в результате бурного роста физиологии труда за последние десятилетия мы имеем целый ряд крупнейших новых данных. В настоящем обзоре мы предлагаем вниманию читателей некоторые основные факты в отношении изменений сердечной деятельности во время работы.

Как известно из химии мышечной деятельности, работающие мышцы более всего нуждаются в кислороде, необходимом для постоянного окисления возникающей в них молочной кислоты и для восстановления их работоспособности. Исследования Chauveau и Kaufmann'a, Verzar'a, Hill and Nabarr и др. показали, что работающие мышцы потребляют в 6—8 раз больше кислорода, чем находящиеся в покое. Потребление кислорода организмом в целом во время работы также увеличивается от 300 куб. см. в покое до 3—4 литров в минуту¹⁾.

¹⁾ Особенно высокие цифры потребления кислорода во время работы получали на спортсменах Hill and Lubton.

Между производимой внешней работой и количеством поглощенного кислорода существует до некоторых пределов простая линейная зависимость. Эти данные уже а priori указывают, что изменения, которыми организм обеспечивает боеспособность своих мышц, должны заключаться прежде всего в увеличении подвоза кислорода к мышцам, т. е. в увеличенной работе органов дыхания и кровообращения.

Легко доступные исследования изменения в дыхании—увеличение глубины и частоты дыхательных движений, имеющие следствием увеличение легочной вентиляции от 5—6 литров воздуха в покое до 50 и даже 100 литров в минуту во время работы—изучены достаточно подробно. Однако, одно усиление легочной вентиляции не может прибавить организму сколько-нибудь заметных количеств кислорода, так как коэффициент диффузии кислорода в легких, его парциальное давление в альвеолярном воздухе и легкость соединения с гемоглобином дают всегда практически полное насыщение кислородом крови, проходящей через легочные капилляры.

Кислородный приход организма может, таким образом, возрасти лишь при условии одновременного увеличения количества крови, протекающей через легкие в единицу времени, т. е. при соответственных изменениях в работе сердца.

Изучение количественных изменений в кровообращении во время работы потребовало от физиологов многих десятилетий упорного труда. Трудности этой проблемы понятны, и история вопроса с чрезвычайной четкостью подчеркивает то огромное значение, какое в экспериментальной науке имеют отравные идеи и технические средства, служащие для решения вопроса.

Пока экспериментальная техника не давала в руки исследователей других методов определения количества крови, выбрасываемой сердцем, кроме непосредственного собирания ее в измерительные сосуды, куда кровь вытекала из перерезанных артерий, или измерения при помощи различных приборов, как напр. кровяные часы Ludwig'a, Hürthle, Стольников и др., вставляемых в кровеносные сосуды по пути течения крови, до тех пор эти исследования были по необходимости ограничены только животными и вопрос казался не имеющим практического значения¹⁾. Лишь после того как в результате длительных поисков окольных путей удалось удовлетворительно разрешить проблему изучения этого явления без оперативного вмешательства, стало возможным перенести работу на человека.

В настоящее время в наших руках имеется ряд способов, дающих возможность более или менее быстро определять на человеке количество крови, пропускаемой сердцем в единицу времени в состоянии покоя и во время работы. Эти способы можно разделить на 2 группы. К первой группе принадлежат способы, основанные на т. наз. принципе Fick'a. Если нам известны: 1) % количество кислорода в артериальной крови, 2) % количество этого газа в смешанной венозной крови правого сердца и 3) количество кислорода, поглощенное в легких в единицу времени, то мы можем легко вычислить количество крови, прошедшей за это время через легкие для поглощения данного количества кислорода. Все эти величины легко поддаются определению на опыте, причем газовый состав крови определяется косвенно по составу альвеолярного воздуха, находящегося обычно в газовом равновесии с артериальной, а при особых несложных приемах и с венозной кровью.

Вторую группу образуют способы, основанные на определении количественного поглощения каких-либо индифферентных газов, чисто физически растворяющихся в крови. Исследуемый субъект дышит из какого-либо замкнутого пространства, содержащего газовую смесь с данным индифферентным газом (запись азота в способах Zuntz'a, Krogh and Lindhard и водистый этил в способе Henderson'a and Haggard). Коэффициент растворимости данного газа в крови определяется заранее; парциальное давление его в легких, определяющее истинное количество газа, растворимое кровью, находится по анализу альвеолярного воздуха, количество поглощенного газа определяется анализом порций газовой смеси до и после опыта. Вычисления во многом подобны таковым для способов первой группы.

¹⁾ Интересно отметить, что уже Гарвей в своей *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* прибегает к вычислениям количества крови, выбрасываемой сердцем в качестве подтверждения своей теории кругооборота крови.

Получаемые таким образом цифры дают сразу же представление о работе сердца за данный период времени. По этим экспериментальным результатам принято обычно вычислять т. наз. минутный объем, т. е. количество крови, выбрасываемое одним желудочком¹⁾, в продолжение одной минуты и т. наз. пульсовый объем (Stroke volume англ.)—количество крови, выбрасываемое желудочком за одно сокращение. И минутный, и пульсовый объем являются действительными показателями сердечной деятельности, характеризующими интенсивность кровообращения.

Многочисленные определения минутного и пульсового объема на человека, произведенные указанными выше способами рядом авторов, дают для минутного объема в покое и в лежащем положении величины порядка 3—5 литров, а в среднем 3,5—4 л.

Величина пульсового объема по определениям тех же авторов колеблется у различных лиц от 35 до 160 куб. см. (см. таблицу).

Таблица Tigerstedt'a, дополненная Kisch'ем.

Автор	Величина пульсового объема.
Lohewy и Schroetter (1905)	33— 55—139
Glesch (1909)	40— 78
Schapals (1912)	43— 84
Zuntz, Müller, Markoff (1911)	48— 97
Krogn и Lindhardt (1912)	39— 95
Lindhardt (1915)	51—117
Boothly (1915)	58
Lundsgaard	50,5— 76
Bornstein	43— 70
Eppinger, Papp, Schwarz	33— 87
Collett и Liljestrand	38—103
Barcroft и Marshal	51—116
A. Loewy и Lewandowsky (1917)	35,5—99,6
Liljestrand и Stenström (1925)	мужч. 61— 84
Mobitz (1926)	жен. 51— 63
„ „	мужч. 100—163
„ „	жен. 75—100

Tigerstedt считает средним пульсовым объемом в состоянии покоя 50—60 куб. см. или несколько больше, т. е. величину значительно меньше принимавшейся для сердца человека раньше.

При усиленной мышечной работе минутный объем значительно возрастает, достигая до 20 литров и выше. Увеличение минутного объема идет в линейной зависимости от тяжести производимой работы и пропорционально усилению потребления кислорода. Очевидно, что увеличение минутного объема есть главный способ, при помощи которого организм удовлетворяет свои усиленные запросы в кислороде.

Увеличение минутного объема может быть результатом учащения сердцебиений, увеличение пульсового объема и комбинации этих двух факторов.

Изменения частоты пульса во время работы уже давно известны. Частота сердечбиений увеличивается в самом начале работы; после работы сердечный ритм довольно быстро возвращается к исходному уровню, так что спустя 10—15 минут после прекращения работы умеренной тяжести учащения обычно уже не заметно. Частота сердечных сокращений даже при очень тяжелой работе редко превышает 150—180 сокращений в минуту. Учащение пульса происходит за счет укорочения диастолы и сердечной паузы, что имеет для организма двойное последствие: во первых, период времени между двумя систолами является временем отдыха сердечной мышцы и укорочение периода может, таким образом, нарушить равновесие в физико-химических процессах, происходящих в мышечных волокнах сердца во время рабочей и восстановительной фазы, что в свою очередь может

¹⁾ Данные, полученные путем методов газового анализа, понятно, относятся к количеству крови, проходящей по малому кругу, являясь, таким образом, мерой работы правого желудочка. Так как, однако, правый и левый желудочки выбрасывают одинаковое количество крови, то эти данные можно перенести и на левый желудочек.

привести к утомлению сердца. Во вторых, во время диастолы желудочки наполняются кровью. При слишком большом укорочении этого периода, этого времени при данной скорости венозного притока будет недостаточно для совершенного наполнения, и желудочки могут начать выбрасывать меньшее количество крови.

Таким образом, увеличению работы сердца за счет частоты его сокращений кладется предел с одной стороны физиологическими свойствами сердечной мышцы, а с другой стороны скоростью его наполнения кровью.

Эти соображения указывают нам, что при самых благоприятных условиях одно только увеличение частоты пульса не может повысить минутный объем более чем в 2—3 раза, между тем это повышение часто достигает 5—6 и более раз по сравнению с покоем. Очевидно, что такое большое увеличение минутного объема может зависеть только от одновременного увеличения пульсового объема. Действительно, результаты многих исследователей указывают на увеличение пульсового объема с 60—70 куб. см. в покое до 150 и даже 200 куб. см. во время работы.

Для понимания причин этого увеличения пульсового объема чрезвычайно много дал т. наз. сердечно-легочный препарат, предложенный в 1912 г. известным английским физиологом Starling'ом.

Препарат удобен тем, что на нем легко можно изучать влияние ряда факторов на производительность сердца. Понятно, что недостатки, свойственные методам изучения функции изолированных органов, присущи и этому препарату, почему заключения, полученные при работе с ним, должны приниматься лишь как дающие некоторое представление об относительном значении отдельных факторов.

Важнейшими моментами, определяющими пульсовый объем являются скорость наполнения желудочков, зависящая от венозного притока, величина сопротивления артериального русла и состояние сердечной мышцы. Влияние первых двух факторов поддается точному количественному изучению на препарате Starling'a.

В отношении артериального давления оказалось, что, в общем, при повышении давления объем уменьшается, при понижении увеличивается, но вместе с тем существует известный *optimum* его, выше и ниже которого сердце дает меньшую производительность. Нужно иметь в виду, что в некоторых пределах повышение давления улучшает кровоснабжение самого сердца, находящегося в препарате Стэрлинга в условиях, хотя и близких к жизненным, но все же отличающихся от них. В целомом организме по Straub'у изменения артериального давления в обычных пределах не оказывают сколько-нибудь длительного большого влияния на пульсовый объем, так как наряду с изменением артериального давления всегда происходит целый ряд других компенсирующих изменений. Мы должны вполне согласиться с Kisch'ем, который пишет: „in vivo отношения слишком сложны, чтобы действительно мог меняться только один фактор—артериальное сопротивление“.

Гораздо большее значение для пульсового объема, оказалось, имеет изменение венозного притока. Все исследователи согласно нашли, что повышение венозного давления вызывает значительное увеличение пульсового объема. Schmitt показал, что решающим фактором является не повышение венозного давления, а обуславливаемая им скорость венозного притока к сердцу. По Хендерсону венозное давление, необходимое для нормальной работы сердца, не должно быть ниже 3 мм. ртутного столба.

Значение венозного притока, кроме опытов на сердечно-легочном препарате, ярко выступает при рентгеновском наблюдении за величиной тени сердца человека во время так наз. опыта Вальсальва, заключающегося в сильном выдыхательном напряжении при замкнутой голосовой щели. В этих условиях сильное повышение давления в окололегочном пространстве значительно затрудняет венозный приток к сердцу, и тень сердца, как показали Zuntz und Schunburg, Kraus, Moritz, Dietlen, уменьшается. Это уменьшение может достигать до 40%, свидетельствуя об уменьшенном наполнении сердца и уменьшении пульсового объема.

Обратные изменения наблюдаются во время опыта Иоганнеса Мюллера (отрицательный опыт Вальсальва)—сильного вдыхания при закрытой голосовой щели; условия притока к сердцу, при имеющем место во время такого опыта понижении давления в окололегочном пространстве, улучшаются, и диастолическая тень сердца увеличивается. Целый ряд различных наблюдений других

авторов отчетливо указывает на то значение, какое имеет венозный приток для работы сердца.

Во время мышечной работы скорость венозного притока усиливается с самых начальных моментов. Причиной этого начального увеличения вкратце таковы: прежде всего, огромное значение имеет сама работа мышц. Ритмическое сдавливание сокращающимися мышцами заключенных в их толще вен, благодаря наличию венозных клапанов, проталкивает кровь по направлению к сердцу, ускоряя таким образом, ее возврат.

Усиление дыхания и часто имеющая место во время работы перемена типа дыхательных движений—преобладание брюшного дыхания—создает такие благоприятные условия для венозного притока как вследствие увеличения просачивающей способности грудной клетки, так и благодаря выдавливанию крови мышцами брюшного пресса из вен брюшной полости.

Происходящее в самом начале работы перераспределение крови в организме—сокращение сосудов брюшных внутренностей и сокращение селезенки—точно также увеличивают венозный приток. Во время дальнейшей работы венозный приток поддерживается на большой высоте благодаря установлению нового увеличенного режима работы сердца. Увеличение венозного притока не только механически увеличивает количество крови, вливающейся в желудочек во время диастолы, но вместе с тем это увеличенное наполнение меняет и самую силу сокращений сердечной мышцы. Так, Kiesel нашел, что увеличение венозного притока вызывает не только увеличение пульсового объема, но что при этом уменьшается и количество крови, остающееся в желудочке к концу систолы (т. наз. систолический residuum), что свидетельствует о большей силе сокращения. На основании анализа многочисленных опытов Стерлинг пришел к выводу, что сила сокращения сердечной мышцы в значительной степени зависит от ее длины к моменту начала систолы, т. е. от диастолического наполнения сердца: чем больше растянут желудочек кровью, влившейся в него во время диастолы, чем больше длина его мышечных волокон, тем большую силу развивает мускулатура желудочка во время систолы. Это положение, вошедшее в физиологию под именем «закона сердца» Стерлинга, показывает удивительную автоматическую приспособляемость сердца к повышенной работе. Увеличение венозного притока, изменяя длину волокон сердечной мышцы, тем самым обеспечивает и большую силу сердечных сокращений, позволяя сердцу тотчас же установить новый режим работы и сохранить равновесие между притоком и оттоком.

Понятно, что этот закон верен лишь в определенных границах и предполагает нормальное состояние сердечной мышцы.

Опыты (Socin'a) с отравлением сердца хлороформом показали, что в таких случаях при увеличении венозного давления увеличение пульсового объема вовсе не происходит в такой степени и так пропорционально венозному давлению, как при нормальном состоянии сердечной мышцы. Клинические случаи расширения сердца на почве его мышечной недостаточности с установленным экспериментально уменьшением пульсового объема также наглядно показывают значение биологического состояния мускулатуры сердца.

Вместе с тем, имеющее место во время работы расширение диастолического объема сердца¹⁾, мы должны считать явлением, не заключающим в себе ничего патологического, а свидетельствующим лишь о приспособлении сердца к изменившимся условиям венозного притока.

Длительное увеличение сердца, наблюдающееся часто у спортсменов и диагностируемое обычно как „расширение“ сердца, или, „гипертрофия“ его, точно также не должно быть каким-то жупелом, а должно рассматриваться, как пример истинной полезной рабочей гипертрофии мускулатуры этого органа, возникающей в результате тренировок. Ряд экспериментальных наблюдений показывает, что увеличенное сердце спортсменов и легко-атлетов действительно может совершать гораздо большую работу, доводя минутный объем до таких цифр, какие никогда не встречаются у лиц нетренированных.

¹⁾ Несмотря на имеющиеся в этом отношении разногласия, расширение сердца во время работы, по мнению Вейбриджа, следует признать вполне реальным фактом.

Одно из главных значений тренировки и заключается именно в том, что развиваются запасные силы сердца, позволяющие ему лучше справляться с увеличенными потребностями организма в кислороде. Самый механизм приспособления сердца к повышенной работе у лиц тренированных и нетренированных различен (Sindhar): мощное сердце тренированных людей увеличивает минутный объем в большей мере за счет увеличения пульсового объема, а не обладающее большими запасными силами сердце нетренированных субъектов может увеличить свою работу почти исключительно за счет учащения своего ритма. Это показывает, между прочим, большую важность выбора субъектов для опытов для получения сравнимых результатов.

Вообще, понятие о нормальной величине и весе сердца пока еще совершенно неопределенно. Сравнительно физиологические наблюдения показывают, что вес сердца вовсе не является какой-то константой, абсолютно неизменной для данного вида живых существ, а зависит от целого ряда условий существования. «Каждое усиление потребления питательных веществ и кислорода, всякое повышение количества экскретов требуют увеличенного кровоснабжения и, следовательно, усиления сердечной деятельности...» пишет R. Nessel.

Эта функциональная приспособляемость сердца делает совершенно понятной найденную рядом авторов зависимость величины сердца от обмена веществ и мышечной деятельности. Так, например, известно, что у равной величины животных одного и того же вида, у маленьких животных показатель отношения веса сердца к весу тела больше, чем у крупных животных. Оказалось, что так же как и интенсивность обмена веществ, этот показатель более пропорционален единице поверхности тела, чем единице его веса. Далее, у животных одного и того же вида, но живущих в различных климатических условиях, соответственно большему обмену веществ, у северных экземпляров сердечный показатель (отношение веса сердца к весу тела в %) больше, чем у более южных индивидуумов (см. табл.).

Особенно сильно сказывается на весе сердца влияние степени развития мускулатуры и мышечной работы. Так, по данным Külb's'a, сердечный показатель рабочих собак, служащих в Германии для передвижения тележек с грузом, и контрольных собак того же веса дал следующие цифры: (см. табл.).

Табл. 2. Зависимость отношения веса сердца к весу тела (в %) от некоторых условий (составлена по данным Nessel).

К р о л и к.		У т к а.	
Дикий	Домашний	Дикая	Домашняя
3,1	2,3	10,0	7,4
В о р о б е й		С о б а к и	
Местность	Серд. показат. в %	Рабочие Вес тела	Контрольные Серд. показат. в % Вес тела
Ю. Германия . .	13,1	15 кгр.	10,0
Сев. Германия . .	14,0	19 кгр.	8,9
Ленинград	15,7		15 кгр.
			20 кгр.
			6,0
			5,5

Те же данные наблюдаются при сравнении сердечного показателя диких и домашних животных. Сравнительно мало двигающиеся по сравнению с своими дикими собратьями домашние кролики и утка имеют и меньший сердечный показатель (см. ту же таблицу).

Все эти факты указывают, что установление понятия о нормальном весе сердца довольно затруднительно и каждому конституциональному типу людей должен соответствовать свой групповой нормальный сердечный показатель.

Изменения в кровообращении во время физической работы не ограничиваются, понятно, одними изменениями в деятельности сердца. Повышение кровяного давления, зависящее от сокращения больших сосудистых областей и сопровождающееся перераспределением крови в организме, еще более увеличивающим количество подвозимой к мышцам крови, увеличение количества циркулирующей крови, изменения в составе самой крови—большее количество гемоглобина и красных

кровенных телец, более легкая диссоциация гемоглобина, больший коэффициент отдачи кислорода тканям—все эти изменения, имеющие место во время работы, показывают, насколько глубоко организм приспосабливается к потребностям работающих мышц. В рамках краткого обзора на этих изменениях нет возможности подробно остановиться.

Интересным и имеющим практическое значение является вопрос о возможных пределах, развиваемой человеком энергии. Если иметь в виду, что потребление человеческого организмом 1 литра кислорода соответствует освобождению около 5 больших калорий энергии, а обычные максимальные цифры потребления кислорода не превышают 3—4 литров в минуту, или 15—20 калорий, из которых при коэффициенте полезного действия в 20% 3—4 калории могут перейти целиком в механическую работу, то, очевидно, что эта величина является границей мощности человеческой машины.

Исследования обмена веществ во время напряженной работы, могущей, однако, длиться довольно долгое время, показали, что валовой расход энергии не превышает указанных выше цифр.

Эта максимальная работа зависит именно от количества кислорода, которое может быть освоено организмом, а следовательно, от возможностей кровоснабжения, от минутного объема крови, определяемого запасными силами сердца. Непосредственные эксперименты и вычисления показывают, что легкие могли бы дать нам еще большие количества кислорода при условии увеличения количества протекающей через них крови, а мышцы могли бы длительно совершать работу, если бы подвозимое к ним количество кислорода было достаточным для совершенного окисления образующейся в них молочной кислоты. Таким образом, пределы работы кладутся, в конце концов, не самими мышцами, а сердцем, и из двух людей с одинаково развитой мускулатурой более работоспособным окажется тот, сердце которого более тренировано и сможет развить большие запасные силы.

Каковы же те факторы, которые обуславливают максимальные пределы работы самого сердца? Значение степени развития мускулатуры сердца и ее нормального биоэнергетического состояния ясно без особых пояснений. В остальном, нужно прежде всего иметь в виду, что сердце само является мышцей, потребность которой в кислороде при усиленной работе увеличивается в 6—7 раз по сравнению с обычной работой. Эта потребность сердца в кислороде может быть учтена по Evans'у.

Наблюдения и вычисления показывают, что повышение артериального давления и изменение тонуса коронарных артерий во время тяжелой физической работы как раз дают возможность сердцу увеличить количество питающей его крови приблизительно в такой степени. Более сильная работа сердца невозможна, таким образом, вследствие достижения пределов пропускной способности собственной сосудистой системы сердца.

Вторым фактором, ограничивающим работу сердца, по мнению Марии Крэг и др., является емкость сердечной сумки. При максимальном пульсовом объеме в 200 куб. см., что соответствует 400 куб. см. в обоих желудочках, сердце, повидимому, целиком заполняет перикардальный мешок и дальнейшее увеличение невозможно уже в силу чисто физических причин—достижения пределов растяжимости перикарда.

Исследованиями работы такой напряженности, что она могла продолжаться всего лишь несколько секунд, доводя организм до полного истощения (быстрый подъем по лестнице с тяжелым грузом, бег с максимальной скоростью и т. д.), найдены такие высокие цифры расхода энергии, как 1 калория в секунду (60 калорий в минуту), если бы работа могла длиться такое время. Эти цифры значительно превосходят возможности снабжения кислородом¹⁾.

Поразительная способность организма животного и человека производить короткое время работу, во много раз превышающую кислородный приход, объяс-

¹⁾ Насколько велико количество развиваемой во время кратковременной работы энергии видно хотя бы из данных Н. Geritz'a, вычислившего, что мощность, соответствующая развитию кинетической энергии, затрачиваемой во время бега на 100 метров со скоростью близкой к мировым рекордам (меньше 11 секунд) равна для бегуна в 75 кгр. весом 3—5 лошадиным силам, а общее количество работы, выполняемой мускулатурой в момент достижения максимальной скорости, соответствует в 8—12 лошадиных сил.

няется, как известно, тем, что кислород нужен мышцам не для самого сокращения, так как фаза сокращения есть процесс вполне анаэробный, идущий без потребления кислорода, а для последующего разрушения молочной кислоты и восстановления работоспособности мышц.

Такая возможность кратковременного увеличения мощности организма за счет образования кислородного долга, за счет работы в кредит, имеет огромное биологическое значение в борьбе за существование и резко отличает живую машину от созданных техникой.

Библиография и рецензии.

Проф. М. С. Малиновский и проф. М. Г. Кушнер. *Руководство по оперативному акушерству*. Гос. мед. издат. 1931 г., стр. 480, ц. 5 р.

После выхода в свет последнего издания «Оперативного акушерства» проф. Феноменова прошло много лет, и тем самым образовался крупный дефект в снабжении занимающегося практическим акушерством врача руководством по оперативному акушерству, которое более или менее удовлетворяло бы запросы акушерской врачебной практики. Этот дефект в настоящее время становится еще более ощутимым по двум причинам: 1) почти полному отсутствию в продаже солидных руководств по акушерству вообще, каковым, напр., следует в полной мере считать «Акушерство» проф. В. С. Груздева и 2) значительному прогрессивному росту кадров врачей, которым приходится уделять большое или исключительное внимание этому виду врачебной помощи (врачи специальных акушерских отделений, консультаций, врачи-специалисты в крупных больницах на фабриках, заводах, в совхозах, колхозах, участковые врачи). Отсутствие руководств и учебников по акушерству особенно остро дает о себе знать в медресах, где освоение студентами дисциплины зачастую происходит лишь «со слов» преподавателя и где, т. е., активизация методов преподавания сводится к замене лекций групповыми репетиторскими беседами. Вот почему нельзя не приветствовать выпуск рецензируемого «Руководства». Однако, нам думается, что появившийся труд следует приветствовать еще и потому, что сам по себе он представляет большую ценность и не только для студента, — «будущего участкового врача», как думали при составлении «Руководства» авторы, — но и для практического врача в его повседневной акушерской работе, и для усовершенствующегося врача по акушерству в Институтах по усовершенствованию врачей, и для преподавателя.

Разбираемый труд состоит из двух частей: 1) вводной, так сказать, в оперативное акушерство и 2) самого оперативного акушерства. Первая часть, по объему занимающая половину «Руководства», имеет ввиду напомнить студенту механизм родов при различных видах головных предлежаний у женщин с нормальным тазом и особенности этого механизма при узких тазах. Однако, в этой части дело сводится не только к изложению механизма родов в тесном смысле слова, т. е. к описанию механических движений тела плода, главным образом его головки, при прохождении его через родовый канал, но этому предпосылаются и данные, касающиеся родового процесса в целом. Здесь мы имеем: течение родов при головных предлежаниях, поперечных и косых положениях, главным образом, с механической точки зрения, диагностику и прогностику указанных родов, ведение этих родов и акушерскую помощь при них, сведения о ручном отделении последа, главу о кровотечениях в последовом периоде и мерах борьбы с ними. Изложению течения родов предпосылаются анатомические данные о строении и размерах нормального таза с акушерской точки зрения (деление таза, плоскости его и размеры), краткие анатомические данные о тазовом дне, об особенностях строения головки плода и ее размерах; здесь же кратко напоминаются виды положений плода в матке.

Во второй части описываются собственно акушерские операции: поворот и извлечение плода за тазовый конец, наложение щипцов, плодоразрушающие и кесарское сечение, расширение шейки матки, производство выкидыша и преждевременных родов. Здесь же имеется глава о нарушениях целостности промежности и половых частей и меры борьбы с этими нарушениями. Описанию операций предшествует глава о подготовке к ним акушера, обстановки и больной.

Прежде всего — целесообразно ли допущение в «Руководстве» указанной вводной части? Для нас кажется несомненным только положительный ответ. Помимо того, что *repetitio est mater studiorum*, — в этой части дается, так сказать, квинт-эссенция понимания и усвоемости родового акта и при том в определенной, ясной и легко понятной, как нам кажется, форме. С другой стороны, данные анатомии, о которых упоминалось выше, данные физиологии маточных схваток и другие данные, не касающиеся непосредственно акушерских операций, приведены в точной дозировке с потребностью дать упомянутую квинт-эссенцию. Наконец, основное желание авторов дать полное представление о механизме родов подкреплено исчерпывающими данными по этому вопросу.

Что касается второй части, то здесь затронуто лишь то, что относится к правильному выполнению подготовительных и родоразрешающих акушерских операций, как с точки зрения условий и показаний к ним, так и с технической стороны. Правда, здесь мы имеем некоторую скудость авторов в отношении, напр., полноты изложения операции кесарева сечения, экстирпации матки при происшедшем ее разрыве и некоторых др. операций, но эта неполнота целеустремлена, так как авторы имели в виду дать «Руководство» для «студента, будущего участкового врача».

Продуманность «Руководства», полнота его изложения в пределах, задуманных авторами, масса практических сведений в области определения условий для производства операций и техники их выполнения (напр., техники наложения щипцов), четкость в определении показаний, осторожность в выводах при подходе к определению условий производства операций, — все это и является ценным само по себе в разбираемом труде.

Вместе с тем нельзя обойти молчанием и многих, порой существенных недостатков, которые, — можно смело надеяться, — будут устранены в последующих изданиях. Прежде всего бросается в глаза некоторая неряшливость языка, напр., в предисловии, указывая на область «малого» акушерства, авторы перечисляют случаи, подлежащие его ведению — нормальные роды, большинство тазовых предлежаний, незапущенное поперечное положение и т. д., где нет ни одного слова о видах оперативного при них вмешательства, а между тем следующая же фраза, долженствующая определять область «большого» акушерства, начинается со слов «Все же прочие операции» и т. д. Кроме того, местами допущено многословие (стр. 256, абзац «Показания»), не устранены встречающиеся опечатки (стр. 248, строка 21 — вместо слова «основательные» должно быть, вероятно, «основные», на стр. 237, строка 5, слово «важная» следует исправить). Далее, с некоторыми положениями трудно согласиться: напр., на стр. 249, четвертое условие для наложения щипцов является, по нашему мнению, излишним, так как оно поглощается условием третьим, в условии пятом излишне указывается чрезмерно большая головка, ибо при этом условии отпадает условие третье. Само условие 3, в противоположность обычному правилу авторов давать четкие определения, страдает расплывчатостью. В этом отношении совет Липмана об определенном стоянии головки по отношению к плоскостям таза, как условие для наложения щипцов, является более точным. На стр. 255 разъясняется условие: «Таз не должен быть слишком узким». Одно из двух: или признать безусловно возможным наложение щипцов на головку, стоящую над входом в таз (щипцы Киланда), тогда совет о соблюдении условия определенных размеров таза (истинная конъюгата не ниже 8—8½ см.) будет уместен, а, стало быть, уместна и рекомендация щипцов на высоко стоящую головку, что авторами не делается, или, наоборот, если считать ее с определенным стоянием головки (большим сегментом во входе и т. д.), как неизменным условием для наложения щипцов, то условие об определенных размерах таза (Соп. v. не ниже 8—8½ см.) само собой устраняется. Наконец, нельзя не пожалеть, что русским акушерам уделено мало внимания.

Указанные недостатки, однако, не умаляют ценности книги, почему ее смело можно рекомендовать не только в качестве «пособия» для студентов, но и в качестве «Руководства» по оперативному акушерству широким кругам врачей, имеющих дело с практическим акушерством. Проф. И. Козлов.

Prof. E. Redwitz. *Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs*. Str. 43. München, O. Gmelin, RM. 1—80.

Redwitz подводит итоги хирургическому лечению язвы желудка. Он разбирает различные способы оперирования и приходит к выводу, что шаблонной операции при язве желудка нет, что она должна быть строго индивидуализируема

и что операция есть лишь эпизод лечения наряду с применением внутренних средств и диеты.

Проф. М. Я. Брейтман.

J. R. Levy. *Les anomalies du complexe ventriculaire électrique, leur importance en clinique, essai d'electrocardio-pronostic.* Стр. 202, Paris, Masson et C-іe. Ц. фр. 30.

На основании 900 собственных наблюдений автор стремится дать практический очерк диагностического и прогностического значения различных аномалий желудочковой кардиограммы. Он сначала описывает нормальный желудочковый комплекс, его главные разновидности, а затем различные ненормальные формы с указанием на их значение в каждом отдельном случае. В заключение он дает сопоставление о всех данных в виде 14 основных положений. В литературном указателе, составляющем 417 названий, мы находим ссылки на Губергрица и Ускова.

Проф. М. Я. Брейтман.

Prof. G. Guillaín. *Etudes neurologiques.* 3-я серия. Стр. 453, рис. 119 Masson et C-іe. Ц. фр. 70.

В этом томе проф. Guillaín собрал последние труды заведомой им. клиники Сальпетриера; он разделил их на 7 отделов: мозговые опухоли, патология головного мозга, патология ножек Варолиева моста, продолговатого мозга, мозжечка, патология спинного мозга, патология черепных и спинномозговых нервов, мышечные атрофии и разное, а затем дана глава по истории неврологии, посвященная трудам известного Буловского невропатолога Duchenne. Прекрасно изданная книга представляет отражение интенсивной работы, производимой в настоящее время в Сальпетриере.

Проф. М. Я. Брейтман.

Prinzhorn, Hans. *Psychotherapie.* Voraussetzungen, Wesen, Grenzen. Verlag Georg Thieme. Leipzig. 1929. Seite 334. Preis geh. RM. 14.—, geb. RM. 15.75.

В своей объемистой книге о психотерапии, ее предпосылках, сущности, границах Принцихорн ничего нового не дает. Трудно также согласиться с основным взглядом автора на психотерапию. Автор защищает 14 тезисов, и ни один из них не только не может считаться доказанным, но многие вызывают прямое недоумение. Так, напр., автор считает заблуждением, что психотерапию можно обосновать научно, она „церковно-религиозное дело или знахарство“ (eine kirchlich religiöse Angelegenheit oder aber Puschertum). Собственная функция психотерапии такая же, как всякой религиозной общины: религия (Die eigentliche Funktion der Psychotherapie ist die gleiche, wie die jeder religiösen Gemeinschaft: Religio...)...

Для русской психоневрологии книга Принцихорна совершенно не нужна. Знакомство же с ней советского читателя назидательно, т. к. здесь легко получить наглядное представление о том, что представляет собой мистическое направление в немецкой психиатрии.

Ив. Галант (Москва).

Впечатления с VI Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов в Москве 2-VII—6-VII-31 года.

Р. Я. Гасуль.

VI Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов после длительного перерыва собрал сравнительно большое число участников¹⁾, среди которых находилось очень много молодых рентгенологов, «конфирмованных» за последние 2 года усиленной подготовки в наших институтах и кафедрах рентгенологии. Некоторые из них работают в промышленных районах и в совместной работе с хирургом, терапевтом или же биологом сумели поставить и научное исследование и также эксперимент, с данными которых они делились на Съезде. Это касалось главным образом вопроса промышленного травматизма у рабочих горной металлургии, уголь-

¹⁾ В президиуме были представители Москвы (6), Ленинграда (3), Харькова (2), Киева (1), Казани (1), Саратова (1), Сталино (1), Нижнего-Новгорода (1), Тифлиса (1), Смоленска (1) и Минска (1).

ной промышленности и др. отраслей и вопроса селекции в сельском хозяйстве с помощью освещения.

Первый день съезда был посвящен вопросам организации и развития рентгеновского дела в Союзе, (Шехтман Я. Л., Антонов, Михайловский), вопросам преподавания и подготовки кадров рентгенологов, кадров для кадров, техперсонала, (Гиндин Г. Я., Гасуль Р. Я., Архангельский В. А., Богачевский). Сюда же были включены задачи планирования научно-исследовательской работы (Рейнберг С. А., Лемберг А. И.) и заочное обучение (Гиндин Г. А., Гасуль Р. Я.). В конце заседания были заслушаны сообщения, вернее извинения, со стороны органов Гослаборснабжения и Госмедторгпрома — за неудовлетворительное и недостаточное ни по количеству, ни по качеству снабжение рентгеновских кабинетов республиками аппаратами, химикатами и принадлежностями; ими было обещано в ближайшем будущем наладить снабжение и организовать новые отрасли рентгенопромышленности — как производство хороших пленок, усиливающих и просвечивающих экранов и т. п.

В речи, произнесенной наркомом здравоохранения тов. Владимирским на пленарном заседании, достаточно ярко было отмечено то огромное значение, которое приобретает теперь, в эпоху социалистической рационализации здравоохранения, как рентгенодиагностика, так и рентгенотерапия. НКЗ считает широкое развитие производства рентгеноаппаратуры на собственных заводах и плановое снабжение, особенно промышленных центров и периферии, усиленную подготовку рентгенологов в специальных учреждениях (рентгеноинститутах, при кафедрах рентгенологии институтов усовершенствования врачей и в рентгенологических отделениях крупных клиник у высококвалифицированных рентгенологов), наряду с приближением квалифицированной помощи населению — неотложными задачами всех органов здравоохранения. Квалифицированный врач-рентгенолог содействует более ускоренному распознаванию болезненного процесса и делает часто излишними и более длительные исследования в клинике или амбулатории для установки диагноза. НКЗ еще раз подчеркнул необходимость поручить подготовку кадров рентгенологов высоко и всесторонне квалифицированным специалистам-рентгенологам с не менее чем 10 летним стажем по специальности. Только этим путем можно будет предотвратить опасность подготовки плохо осведомленных и путающих как рентгенодиагностику, так и рентгенотерапию врачей-рентгенологов.

В остальных заседаниях подвергались разработке следующие вопросы: *травматизм* (Афанасьев М. К. и содоклады Штерн Н. Е., Лемберг А. И., Шавинин и Формозов, Депутович А. Ю.) и *профпатология легких* (Бодиноцкий Д. и Абрамичев) (у рабочих в тяжелых условиях труда) и *сердца* (у лиц тяжелого труда) (Гольст Л. Л., С. Левина, Чернов и Филаткин). Особое внимание привлек доклад о *классовой установке буржуазно-медицинской науки в области профпатологии* (Гамбургер — Москва), в котором докладчик метко очертил роль буржуазного врача и ученого, сознательно или бессознательно защищающего интересы своего класса. В виде примера были приведены «труды» германских и американских ученых, доказывающих, что угольная и каменная пыль очень благотворно действует на туберкулез легких. Выходило, по их мнению, что каменоломни и угольные копи являются чуть ли не санаториями для туберкулезных рабочих. Практическое и политическое значение таких «исследований» налицо. Социальный заказ капиталиста выполнен: нечего улучшать условий труда, нет надобности посылать больных рабочих на лечение и т. д.

Из области рентгенодиагностики следует отметить доклады о новых методах исследования желудочно-кишечного канала помощью *изображения рельефа слизистой* (Гасуль Р. и Гольдштейн М. и содоклады: Бриля С. С., Фанарджиева Д., Тарнопольский П. Д., Зальцман) и ряд докладов по *диагностике костно-суставных заболеваний* (Цейтлин А. А., Рошлин Д. Г.), включая и *краниографию* (Копылов М. Б.) В этих сообщениях удалось показать, что советские ученые не отстают от передовой европейской и американской рентгенодиагностики пищеварительного аппарата. Мы также в состоянии помощью методики исследования рельефа слизистой и на основании клинической картины определять хронический гастрит, рано диагностировать язву желудка или кишечника или же распознать раннюю форму рака. Были отмечены и источники ошибок при анализе картины рельефа и подчеркнуто, что и силуэт желудка дополняет рельеф (Р. Я. Гасуль и М. И. Гольдштейн, Рейнберг и Ротерман).

По новизне темы необходимо отметить доклады о *внутривенной пизелографии* (уроселектаном) (Френкель С. С. и Готлиб, Весчинская Н. М.) и о *вазографии*. (Строков Ф. Я. и Кулаков). В них новый метод изображения мочеводных путей признается как полноценный, который во многих случаях противостоит или невозможной ретроградной пизелографии превосходит последнюю.

Из области биологии рентгеновых и радиевых лучей достойны быть отмеченными сообщения о *рентгенизации культурных растений и тутового шелкопряда для селекционных целей* (Шехтман Я. Л., Пислегин А., Вексер А.). Опыты пока не совсем закончены, характеристика мутаций еще не выяснена, но можно сказать, что при определенной дозе удастся получить более стойкие и ценные в сельском хозяйстве экзemplары для отбора и культуры.

Изучалось действие рентгеновых лучей на *рет-эндот. сист.* (Сафронова К.) на *гемат-энцеф. барьер* (Подляшук и Могильницкий) и на *сердце* (Карлин М. и Могильницкий).

По рентгено-и радиотерапии были представлены доклады, имеющие более практическое значение, как: *лечение воспалительных процессов полости рта и придаточных полостей носа* (Кругликова Р. и Быховский), *острых маститов* (Гамбаров Г.), *тендовагинитов*, (Дорон Г. и Дубовый), *кожных заболеваний* лучами Буки (Бринд И.), *рентгенотерапия опухолей эмбрионального строения* (Неменов М. И.), *профилактическое освещение преанцирозных состояний шейки матки* (Побединский, Кураченко) и *лечение рака языка* (Гроссман Ф. С.).

Съезд сопровождался выставкой аппаратуры производства Московского завода, среди которой особенно выделялись *кенотронные установки* для глубокой терапии системы главного жнж. Моск. зав. т. Витка (принятой теперь на заграничных заводах) и для р.-диагностики типа «полифос» Сименса. На предпоследнем заседании т. Лупачарский охарактеризовал роль советской рентгенологии для оздоровления страны строящегося социализма и нарисовал перспективы ее дальнейшего роста и улучшения материального положения рентгенологов.

Заседания происходили в павильоне «Наука и Техника» грандиозного и интересного по конструкции (повидимому, не законченной) «Парка Культуры и Отдыха», где было организовано и питание членов Съезда.

На заключительном заседании, после речи председателя проф. Хармандарьяна, отметившего юбилей 25-ти-летней деятельности председателя ассоциации проф. М. И. Неменова, были произведены новые выборы президиума Всесоюзной Ассоциации рентгенологов и радиол. (Предс.-Хармандарьян Г. Н.—Харьков), реконструкция «Вестника рентгенологии». Местом будущего Съезда выбран Ленинград.

Первый Всесоюзный онкологический съезд.

С. Эйбер.

Состоявшийся 8—12 июля 1931 г. в г. Харькове I-й Всесоюзный Онкологический съезд привлек к себе актуальное внимание не только врачебной массы, но и широкой общественности. В работах съезда принимали участие видные научные силы, как профессора Петров (Ленинград), Аничков (Ленинград), Абрикосов (Москва), Зильберберг (Одесса), Широкогоров (Баку), Бухман (Ростов н/Д), Хармандарьян (Харьков), Мельников (Харьков), Быховский, Харшак (Киев) и мн. др., представители многих клиник, институтов и исследовательских кафедр, делегаты рабочих промышленных предприятий и общественно-профессиональных организаций. Исключительный интерес намеченных программных вопросов привлек на съезд самую отдаленную периферию (Владивосток, Тифлис, Узбекистан, Армения, Петрозаводск, Южный берег Крыма, Кавказ, Урал и т. д.).

Первый день съезда, открывшийся докладом НКЗ Украины т. Конторовича и посвященный *государственной и общественной борьбе со злокачественными новообразованиями, их статистикой и профилактикой* в 9-ти докладах полностью исчерпал свою программу. Полных статистических данных о распространении рака во всем СССР нет. Можно отметить отдельные цифры смертности лишь по некоторым республикам и крупным городам. Приблизительно

в РСФСР в год умирает до 95000 чел., в УССР—31500 чел., или на 100000 населения—81, в БССР—70. Коэффициент смертности от рака в Ленинграде и Москве несравненно выше, чем в других городах. Среди причин смерти всего населения УССР рак стоит на 4-м месте, у женщин в 50—55 лет на 1-м. При условии средней продолжительности жизни ракового больного в 3 года (Петров), надо считать, что в УССР раковых больных около 95000, причем подавляющее количество их находится еще в производительном возрасте и гибель их наносит всеоменный ущерб развитию народного хозяйства и культуры. Больше всего гибнут от рака пищеварительного тракта, затем женских половых органов и, наконец, грудной железы. „Необходимо изучить социальную патологию рака, в особенности среди промышленных рабочих и колхозников, и в связи с ней выработать профилактические оздоровительные мероприятия“ (Мерков—Харьков). Диспансеризации подлежат: 1) раковые больные с определенно-выраженным симптомо-комплексом, 2) все предраковые состояния, требующие тщательного и внимательного наблюдения, вмешательства, 3) рабочие тех производств, вредность которых является более или менее обоснованной в генезе рака. Методика такой деятельности должна охватывать: 1) подготовку общественного мнения широких масс населения по вопросу о противораковой борьбе путем широкой популяризации идей в форме ее; 2) проведение широкой санпросветительной пропаганды медперсоналом печатно и устно и на основе самостоятельности населения в области труда и быта; 3) обследование физического состояния населения, профессиональных и бытовых факторов, способствующих развитию рака (Розанов—Москва, Певцов—Харьков).

Переоценка значения врожденного предрасположения, явно преувеличенная роль наследственности и укрупнившееся представление о раке, как неизлечимой болезни, является теми основными факторами, которые сильно затрудняют планомерную борьбу с ним, поэтому профилактика должна состоять из предупреждения самого заболевания (физкультура, общая гигиена тела, методическое лечение хронических воспалительных процессов—туберкулеза, сифилиса, воздержание от употребления острораздражающих веществ, в частности и в особенности от алкоголя, табака, санация полости рта, полового аппарата, защита от профессиональных травм, химических и механических раздражителей). Необходима также терапия предраковых болезней, надо организовать просвещение не только среди населения, но и для врачей, создавая ячейки, отделения, диспансеры, и институты по онкологии (Холдин—Ленинград). В указанных учреждениях, а в особенности в институтах для усовершенствования, главное внимание в проблеме онкологии должно быть уделено изучению профилактики и ранней диагностики. Поэтому, для образования кадров высококвалифицированных онкологов следует посылать туда хирургов, гинекологов, ларингологов, рентгенологов. Там, указанные специалисты углубят свои знания не только по профилактике и диагностике, но и приобретут знания—показания к современным методам лечения, и навыки—оперативную технику (Быховский—Киев).

С изложением второго программного вопроса—*этиология и патогенез злокачественных новообразований* выступали: Аничков (Общая этиология злокачественного новообразования с современной точки зрения), Широков (Экспериментальные опухоли, вызываемые нефтепродуктами), Абрикосов (Морфология бластоматозной клетки), д-р Магат (Роль клеточной проницаемости в проблеме раковой клетки), Корицкий (Патогенез опухоли в связи с новейшими данными о регенерации). Сущность этиологии кроется в изменении интрацеллюлярных регуляторных процессов, отчего нормальная клетка превращается в клетку злокачественной опухоли с ее характерными отличиями. Возникновение и проявление этой трансформации происходит путем накопления свойств, отличающих клетку здоровую от клетки злокачественной. Здесь главную роль играет ряд механо-физио-химических факторов. Общая схема этиологического момента складывается из 1) внешних не специфических факторов, 2) изменения тканевой вреды, под влиянием которой создается предраковое состояние, ведущее организм к раковому процессу с разрастанием клеток по бластоматозному типу. Онкогенное действие вышеуказанных факторов складывается из природного раздражителя и состояния самого организма, причем оно может быть вне нарушения целостности тканей, либо являться результатом бывшего воспаления. Экспериментально выяснено, что регенеративный процесс в формировании опухоли зависит не только от интенсивности раздражения, но и от свойств животного. Нефть с ее продуктами,

в реальной обстановке соприкосновения с рабочим не оказывает, на основании множественных и точных исследований, онкогенного действия. Все структурные свойства нормальной клетки полностью имеются и у опухолевидной, однако последняя представляет собой разнообразие морфологических изменений. Точную оценку их и по настоящее время дать безошибочно нельзя. Надо предполагать, что в ядре бластоматозной клетки, в частности в хромосомах, имеется обоснование для атипичного роста, влекущего за собой образование ее. Ткань перевиваемой опухоли обнаруживает повышенную проницаемость бластоматозной клетки, что особенно характерно при воздействии на нее ионов кальция и рентгено-лучей. Это свойство имеет огромное значение для раковой клетки в связи с клеточным обменом и возбудимостью ее. Таким образом специфические био-физико-химические свойства раковой клетки имеют ряд конкретно-диалектических особенностей и связности, причем характерным для бластом является постоянство и стойкость всего комплекса явлений. Основным методом изучения патогенеза опухоли надо считать целлюлярный, соглашаясь с Геккелем об универсальной потенции эпителия в репродукция клеточных видов. И с этой точки зрения, патогенез рака—это десмоплазия эпителия (Кромайер, Мильман), т. е. размножение высокопотенциальных клеток с изменением форм в направлении менее потенциальных клеток мезенхимы с наличием промежуточных форм, не характерных для данного вида животного. Гинсбург (Баку) по вопросу о предраковом состоянии выставил ряд основных положений: 1) Рак—последовательное заболевание с местным проявлением общей дисфункции организма. 2) Учет данных диспансерного обследования в условиях длительного времени дает возможность составить онкограмму; из нее вытекает суждение о предраковом состоянии. 3) Нарастающее преобладание положительных биореакций на рак (повышенная реакция оседания эритроцитов, реакция Лянге, Абдергальдена, Копа, понижение поверхностного натяжения сыворотки, падение содержания кальция, нарастание ацидоза и т. д.) дает уже право считать наличие предраковой дистазии. 4. Поэтому онкограмма представляет собой неотъемлемую часть всестороннего систематического обследования больного. В виду того, что соединительная ткань оказывает стимулирующее влияние на прививку и рост ракового трансплантата (Богомолец), является возможным считать, что наличие воспалительного процесса в организме, благоприятно для него протекающего, влияет на рост опухоли, задерживая его. Данные эксперимента и клиники подтверждают это положение (Михайлов—Москва). Пересаженные опухоли мышам воспалительно обработанные, были значительно меньше, чем у контрольных. Больные с протекшим гладким послеоперационным течением получают рецидивы в два раза чаще по числу и в два раза скорее по сроку, чем такая же группа больных с осложненным послеоперационным течением (параметрит) (Михайлов—Москва).

Многочисленными докладчиками и выступавшими в прениях по вопросу о диагностике злок. новообразований установлены не только общий клинический симптомокомплекс, но и микроскопическая диагностика. Этапы развития рака складываются из трех фаз злокачественности: 1) биологическая—потенциальная. 2) морфологическая—предраковая, 3) клиническая—определяемая (рак местный, быстро растущий, инфильтрирующий, рассеянный—диагноз трупа). Поэтому, клиника его должна быть изучена с патолого-анатомической стороны (атипия в росте влияет на динамику предракового процесса, имея три формы: вегетативную, язвенную, инфильтрирующую) и с точки зрения гемодинамики. Токсическое воздействие ферментативного процесса в пораженном организме выражается или антагонистическим проявлением этого процесса, или синхроничностью с быстрым нарастанием кахексии. Необходимо знать морфологию местного очага. В клинических симптомах ясно выявляется рак с его обще-био-химической дисфункцией (полипоз, полипоматоз, хронические язвы); если же имеется диффузная инфильтрация, то рак протекает хронически—„молчаливо“, т. е. не отражается на клиническом профиле больного (мастопатия, сквер грудной железы, желудка, рак мочевого пузыря). Необходимо оговориться, что в зависимости от степени противодействия или содружественного проявления местной и общей реакций, формы ракового поражения будут протекать или остро—молниеносно, либо медленно—хронически. Степень злокачественности определяется микроскопически беспорядочной насыщенностью ядерных клеток (ядерная концентрация), и чем ее больше, тем тяжелее прогноз (Гинсбург—Баку). В борьбе со зл. новообразованиями ранняя диагностика имеет особо важное значение. Так как раковое поражение гортани,

пищевода, желудка, плевры дает быстрое изъязвление, то тщательное микроскопическое исследование соответствующих объектов может обнаружить те или иные элементы новообразования, т. е. дать возможность установить ранний диагноз (Альтгаузен—Харьков).

Ранняя и точная диагностика, научно-статистическое изучение опухолевого процесса требуют: 1) установления единых и целесообразных правил для получения биоптического материала, его регистрационной обработки, однотипного протокольного обследования, 2) организации подготовки врачей-диагностиков, 3) выработки единообразной терминологии и классификации опухолей.

Последний программный вопрос—*терапия злок. новообразований* был исчерпывающе изложен проф. Петровым в его докладе: „Современное значение оперативного, лучевого и комбинированного лечения“. По сие время почти все злок. новообразования подлежат оперативному вмешательству, являющемуся основным методом лечения, причем наилучший результат получается от сочетанного с рентген-терапией. Злок. опухоли желудочно-кишечного тракта могут быть излечены только оперативно, за исключением нижнего отдела прямой кишки, где необходимо дополнительное лечение—рентгеном. Кожные раки требуют применения операции вместе с рентген-терапией, при поражении наружного полового аппарата у мужчин—операции, у женщин—эндо-термо-электро-торации. Рак матки, разросшийся, подлежит вначале рентген-терапии, а затем последующей операции; в начальном периоде роста—метод выбора: или операция, или облучение. Для рака грудной железы—операция является исключительно методом выбора. Имеющиеся факты, накопившийся опыт указывают на благоприятные применения облучения, дающего возможность не производить широких „радикальных“ операций, а для сарком сочетанные методы операций и облучения до и после операции дают достаточно удовлетворительный результат.

В вестибюле съезда была организована богатая по разнообразию и числу выставка макро-микро препаратов, рисунков, схем, рентгенограмм по изучению злок. новообразований. Следующий съезд намечен в 1934 году в Ленинграде.

Хроника.

52) Советом народных комиссаров РСФСР 22/VIII с. г. („Известия“ от 28 авг.) издан по докладу НКЗ декрет о подготовке медицинских кадров. В этом декрете, после указания, что передача мед. и фармац. учебных заведений в НКЗ способствовала ряду достижений, постановляется: 1) значительный рост на 1932 г. контингента приема учащихся, открытие новых мединститутов и мед.-фармацевт. техникумов; 2) введение заочного обучения врачей и среднего медперсонала, не менее чем 4 тыс. человек врачей и 15 тыс. среднего персонала; 3) поставить среднее медобразование так, чтобы оно служило соответственным переходом к высшему; 4) широко поставить дело подготовки врачей-физкультурников; 5) улучшить преподавание санитарно-гигиенических дисциплин в Медвузах; 6) открыть при Пермском мединституте фармацевтический факультет; 7) довести время производственной практики в Медвузах до 50% всего времени, обеспечив оплату преподавателей за руководство производственной практикой; 8) разработать мероприятия по повышению педагогической квалификации и по марксистско-ленинскому воспитанию преподавателей Мединститутов и Медтехникумов, а также разработать систему краткосрочной подготовки преподавателей теоретических дисциплин (физика, химия и др.), отпустив соответствующие ассигнования; 9) увеличить контингент аспирантов на 1932 г. до 1300 чел. по медвузам и до 700 чел. по Научн. инст.; 10) предусмотреть в 1932 г. необходимые ассигнования на строительство учебн. заведений и общежитий; 11) улучшить срочно жилищные условия аспирантов, как постройкой специальных общежитий, так и выделением мест в студенческих общежитиях; 12) обеспечить издание новых учебных руководств; 13) разработать вопрос о профессионально-правовом положении среднего медперсонала; 14) организовать специальные подготовительные отделения, а также национальные группы при рабфаке для максимального привлечения учащихся из национальностей.

53) В июне с. г. в Лондоне состоялся международный конгресс по истории науки и техники, в котором принимала участие и Советская делегация в составе академиков Бухарина, Иоффе, Вавилова, т. т. Рубинштейна,

Кольмана. Очень интересное описание впечатлений от этого конгресса дает М. Рубинштейн в „Правде“ (11/VIII с. г.).

„В работах конгресса участвовал ряд крупных ученых—биологов, биохимиков, физиков, математиков, несколько техников и специалистов по истории науки. В то же время там было немало научной молодежи. Повестка дня охватывала интереснейшие вопросы взаимоотношения „чистой“ и прикладной науки, естествознания и техники, физики и биологии. И в то же время поражала полнейшая теоретическая беспомощность, совершенно детский (или вернее немощно старческий) характер подавляющего большинства выступлений и рассуждений. Было крайне любопытно наблюдать, как видные ученые, общепризнанные специалисты в своей области, совершенно беспомощно „плавали“ и лепетали наивную обывательскую чепуху как только им приходилось выйти за пределы своей области (а таким междотраслевым вопросам был посвящен весь конгресс), или даже в своей области дать какие-либо теоретические обобщения. В этом отношении конгресс с очень интересной программой был интересен только как показатель даже не банкротства, а полнейшей теоретической пространности современной буржуазной науки как только она пытается продумать и обобщить горы накопленного и накапливаемого в настоящее время экспериментального материала.

Доклады и выступления советской делегации (изданные к конгрессу в виде сборника под заглавием „Наука на распутье“), разнообразные по темам, но исходившие в основном из единого мировоззрения и методологии, были в этом отношении как бы другим миром. Буржуазная наука оказалась перед лицом советской делегации дезориентированной. Что этот вывод не является субъективным впечатлением, показывает ряд устных и печатных заявлений английских ученых. Особенно характерна в этом отношении оценка конгресса в консервативном журнале „Спектейтор“—одном из старейших английских журналов. В статье о конгрессе (под заглавием „Наука и общество“) профессор структурной кристаллографии Кембриджского университета Бернал пишет:

„На прошлой неделе в Лондоне происходил второй международный конгресс по истории науки и техники. Его созыв не привлек большого внимания прессы именно по той причине, что он особенно заслуживал этого внимания. Он был бы ordinary международным конгрессом с обменом информацией, взаимными почтениями и слабым откликом в печати, но появление советской делегации внезапно и резко изменило все это и сделало конгресс самым важным митингом идей, который только происходил со времени революции. Все, что мы знаем о русском эксперименте, получено из неполных или живых отчетов в прессе и сообщений более или менее некомпетентных путешественников. О движущих силах идей, создающих это, мы знаем крайне мало или ничего. Здесь впервые была авторитетная и репрезентативная группа советских деятелей и ученых,—Бухарин, Иоффе, Вавилов, Гессен, Рубинштейн и Кольман, Заваровский и Миткевич,—готовая подробно изложить и дебатировать с буржуазной интеллигенцией Запада свое мировоззрение и свои методы действия“.

Изложив содержание выступлений советских делегатов по 1-му вопросу конгресса („Наука как интегральная часть истории“), Бернал замечает: „Наиболее сильное впечатление в этой дискуссии произвел не столько антитезис значения индивидуума и массы (с этим мы уж были достаточно знакомы), сколько совершенно разное отношение к вопросу об истории науки. Было совершенно ясно, что с английской стороны как историки, так и естествоиспытатели были по отношению к истории науки по существу любителями (amateurs). Каждый из них знал свою узкую область с случайными попытками их увязки. Русские действовали совершенно иначе. История науки имела для них величайшее значение; это было не только академическое изучение, но руководство к действию. Они целостно подходили к прошлому и к настоящему, с господством социального аспекта в том и другом. Эффективного спора не могло быть. Они (советские делегаты) имели точки зрения—правильную или неправильную; остальные никогда и не думали о необходимости приобрести точки зрения“.

Дальше Бернал пишет:

„Необходимо некоторое время, чтобы оценить эффект этого первого контакта мысли СССР с Западным миром. В непосредственно ближайшем смысле эта попытка не имела успеха. Время было слишком коротко, пропасть между точками зрения слишком велика, чтобы могло быть действительное понимание. Русские явились фалангой, единообразно вооруженной марксистской диалектикой, не

они не встретили организованной (ordered) оппозиции, а вместо нее лишь недисциплинированную толпу, неподготовленную и вооруженную плохо подобранными индивидуальными философскими⁴.

Статья заканчивается так: „Самые интеллигентные из буржуазных ученых сознают ужасающую неэффективность науки в настоящее время, науки, привязанной к академическим и обнищавшим университетам и к секретничавшим и конкурирующим институтам и национальным правительством. Это относится не только к применениям науки, которые полностью эффективны только тогда, когда они вредны, но и к самим интеллектуальным процессам. Они терпят эту неэффективность потому, что не видят выхода, и потому, что она рассматривается как цена тщательной лелеяемой индивидуальной свободы мысли. В противоположность этому мы видим в настоящее время (в Сов. союзе) быстро растущую эффективную, механизированную науку. В Сов. союзе имеется 850 связанных друг с другом исследовательских институтов и 40.000 научно-исследовательских работников. Это ставит нам 2 настоятельных вопроса: не являются ли наши индивидуалистические методы в науке столь же устаревшими и так же безнадежно обреченными, как ремесло средних веков, и наконец, стоит ли вообще спасать их? Лучше ли быть интеллектуально свободным, но социально совершенно неэффективным, или стать составной частью системы, где знание и действие соединяются для одной общей социальной цели?“

Эта оценка (далеко не единичная) вряд ли нуждается в комментариях. Она ярко иллюстрирует теоретическую растерянность буржуазной науки под грозными ударами мирового экономического кризиса и поиски выхода со стороны наиболее прогрессивной части научной молодежи, взоры которой все более устремляются в сторону Советского союза.

54) Глубочайший экономический кризис, которым сейчас охвачен *капиталистический мир*, является сильнейшим тормозом технического развития капиталистических стран. Ученые и крупнейшие инженеры высказываются за *сокращение* в дальнейшем *подготовки в высших учебных заведениях инженеров и техников*, так как негде использовать уже имеющуюся большую массу высококвалифицированных и образованных людей.

55) Одним из последствий обострения финансового кризиса в Англии является *катастрофическое положение многочисленных лондонских и провинциальных больниц*, содержащих на постоянные взносы жертвователей. В связи с кризисом поток пожертвований почти совершенно прекратился. По словам „Дейли геральд“, многим больницам угрожает закрытие, так как „десятки из них при пустой кассе существуют лишь потому, что не платят по счетам, а другие спасаются пока от краха благодаря долготерпению кредиторов“. Уже сейчас большинству больниц приходится свертывать свою работу, увольнять значительную часть персонала, сокращать число коек и т. д. Для некоторых же угроза закрытия сделалась вопросом очень близкого будущего. Так например больница в Экклесе, вблизи Манчестера, которая обслуживает население в 110 тысяч человек, может закрыться со дня на день, „если не случится чего-либо, могущего ее спасти“. Надо иметь в виду, что больницы, содержащие на частные пожертвования, играют в Англии огромную роль в обслуживании немущего населения, так как государственные и коммунальные госпитали не в состоянии удовлетворить даже небольшую долю потребности в дешевой медицинской помощи. Закрытие этих больниц нанесет таким образом тяжелый удар трудящимся Англии. („Изд.“ 16/VIII).

56) „Верлинер тагеблатт“ сообщает, что правительственный комиссар провинции Бранденбург издал распоряжение, согласно которому „в виду тяжелого финансового положения“ *больницы и убежища, субсидируемые правительством, не должны впредь принимать калек и туберкулезных*. Подчеркивая, что по существующему законодательству отказ в медицинской помощи калекам и туберкулезным является уголовно наказуемым деянием, газета резко критикует распоряжение комиссара и заявляет, что оно означает „конец социальной гигиены“. („Изд.“ 2/IX).

57) Вследствие тяжелого экономического положения целый ряд *врачебных съездов в Германии отложен* до будущего года. Так, отложены съезды немецких урологов, съезд по вопросам промышленной гигиены, но желудочно-кишечным бол. и обмену, немецких фармакологов, съезд Вюртембергских врачей, интернациональный психоаналитический съезд и др.

58) По сообщению „Верлинер тагеблатт“, известный специалист по болезням уха, горла и носа, 68-летний профессор Эдмунд Мейер *отправился вместе со*

своей 59-летней женой. Самоубийство проф. Мейера объясняют его тяжелым материальным положением.

59) В 1930 г. в Англии погибло во время работ 985 углекопов и получили промышленные пострездения 162230 углекопов. В коях в Англии работает 29000 чел. детей до 16-летнего возраста; среди них травматизм особенно высок: тогда как среди взрослых травматизм был равен 212 на 1000, среди детей 354 на 1000.

60) В настоящее время в Одессе фабричным путем *приготавливается агар-агар* из черноморских водорослей *Phylorhiza rubens* по способу проф. Елина. Ввиду того что одновременно из тех же водорослей получается иод, фабрикации агара обходится дешевле. До сих пор агар-агар для всего мира получался из Японии. Повидимому, агар в Одессе может вырабатываться не только для всех потребностей СССР, но он может стать и предметом экспорта.

61) В марте 1932 г. в Мадриде состоится 9 международный съезд хирургов

62) Вследствие неудобства устройства *Съезда хирургов РСФСР* в летние каникулярные месяцы съезд хирургов по договоренности с НКЗ решено созвать во второй половине января 1932 г. в Москве. Из программных вопросов, намеченных последним съездом хирургов, две темы: 1) эндемический зоб и 2) режим больных после брюшных операций не потеряли своей актуальности и остаются программными на предстоящем съезде; другие темы, намеченные раньше как программные, получают свое освещение среди непрограммных докладов. Взамен этого Орган. Комитет по созыву съезда выдвигает несколько новых программных тем, выдвинутых требованиями дня и связанных с социалистическим строительством в Союзе и ролью здравоохранения в этом строительстве. Эти темы следующие: 1) Промышленный и сельско-хозяйственный травматизм (тов. Гориневская и содокладчик). 2) О подготовке хирургических кадров (тов. Хесин, Заблудовский, Волков). 3) По согласованию с Военно-Санитарн. Управл. „Клиника анаэробных инфекций“ (тов. Бурденко). Предполагается кроме этого заслушать доклады: 1) Диалектика в медицине. 2) Очередные задачи хир. обслуживания рабочих и крестьян в реконструктивный период—Наркомздрав.

Одно заседание будет посвящено организационным вопросам в связи с организацией бывш. О-ва Российских хирургов О-во Хирургов РСФСР согласно с резолюцией последнего съезда и введением нового устава.

Заявки на доклады с тезисами или авторефератами можно направлять в секретариат по адресу: Москва, Девичье поле, Бол. Пироговская 2/6. I Московский Медицинский Институт. II Хирургическое отделение, Старшему врачу Р. Г. Сакаяну, или ему же Аваньевский пер. 4/2, кв. 40.

63) В текущем году исполнилось 35-летие *врачебной и научной деятельности* проф. Томского Мединститута В. М. Мыш.

64) *Умерли*: 1) 17/V с. г. проф. факульт. хир. клиники Днепропетровского Мединститута А. А. Абражанов (64 л.); 2) 13/IV с. г. один из основоположников современной бактериологии японец Kitasato (75 л.), выделивший палочку столбняка и впоследствии приготовивший противостолбнячную сыворотку; значительны также заслуги Kitasato по изучению чумы; 3) Кембриджский фармаколог проф. W. E. Dixon (60 л.), известный своими работами о мескалине, о патогенезе бронхиальной астмы (совм. с Brodie), о гистамине, дигалене; 4) известный французский хирург Charles Dujaquier (61 г.).

„СБОРНИК РАБОТ КАЗАНСКОГО ГОС. МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА“ Сборник II—IV.

„Учебно-производственный план и программы Казанского Гос. Медицинского Ин-та“.

В состав „Сборника“ вошел ряд статей, посвященных планам и перспективам преподавания в КГМИ, а также программы и планы занятий применительно к новым методам преподавания.

Краткое содержание.

Учебную работу мединститута на новые рельсы. Статья зав. уч. частью **А. А. Диковицкого.**

К новым планам и программам. Зав. леч.-проф. фак. проф. **Т. И. Юдина.**

Общий план прохождения курса по леч. проф. факультету.

„ „ „ „ по фак-ту ОММ и ОЗД и П.

„ „ „ „ по вечернему факультету.

Задачи санитарно-проф. факультета и его общие учебные планы. Зав. сан-проф. фак. **Л. А. Мустафина.**

Календарный план общественно-политических занятий.

Учебные планы и программы I курса леч.-проф. факультета.

Рабочие программы производ. практики I курса.

Учебный план 1 курса вечернего факультета.

Учебные планы и программы 1 курса санитарно-проф. фак.

Учебные планы и программы 2 курса лечебно-проф. фак-та.

Рабочие программы производственной практики II курса.

Учебные планы и программы 2 курса санитарно-проф. фак-та.

Рабочие программы произв. практики 2 курса сан. ф-та.

Учебные планы и программы 3 курса лечебно-проф. факультета.

Инструкция по проведению произв. практики в леч. учр.

Рабочие программы производств. практики III курса.

Учебные планы и программы IV курса леч.-проф. факультета.

Рабочие программы по производств. практике IV курса.

Учет и проверка работы студентов.

Первые шаги планирования научной работы в КМИ—статья **А. А. Диковицкого.**

Перечень научных работ, исполн. КМИ в 1931-32 и 32-33 уч. г.

Предполагаемые перспективы развития Каз. мед. института.

„Сборник“ содержит около 500 стр. текста и многочисленные таблицы.

ЦЕНА в отдельной продаже **8 рублей.**

С требованиями обращаться в редакцию „Казанского Медицинского Журнала“, г. Казань.

Высылается наложенным платежом, без задатка.

СБОРНИКИ V—VI сданы в печать.

ВЫШЕЛ ИЗ ПЕЧАТИ И ПОСТУПИЛ В ПРОДАЖУ:

II СБОРНИК ТРУДОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО ИНСТИТУТА для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.

СОДЕРЖАНИЕ.

Проф. Р. А. Лурья—От редакции.

Проф. Е. М. Лепский—Экспериментальный рахит.

В. А. Тушнов и Ф. Х. Басыров—О гисто-патологических изменениях в костях при экспериментальном рахите.

Прив.-доц. С. Я. Голосовкер—К учению о *Mycosis fungoides*.

И. А. Герасимова—Клиника туберкулезного спондилита.

Прив.-доц. М. Н. Небытова-Лукьянчикова—Клинические и эксперимент. исследования при менингококковой инфекции.

Прив.-доц. И. И. Русецкий—О коленном рефлексе.

П. А. Никифоров и Д. Е. Гольдштейн—О так называемой болезни Кашин-Бека.

Д. Н. Матвеев—Математика в медицине.

И. С. Бейрах—Пятилетние наблюдения над внекурортным грязелечением осложненной мужской гонорреи.

Я. О. Дайховский и М. З. Винников—Материалы к вопросу об отдаленных результатах оперативного лечения некоторых заболеваний органов брюшной полости по данным терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурья.

С. С. Цукерман—К клинике лимфогранулематоза.

Н. А. Подзоров и А. А. Бадюл—Влияние некоторых физических факторов на состояние ретикулоэндотелиальной системы (R. E. S.).

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль—Биологическое действие лучей Рентгена и радия в свете экспериментальных данных методики тканевых культур (помощью эксплуатации *in vitro*).

И. Л. Цимхес—О судьбе свободной трансплантации кожного эпителия в глубины других тканей.

Л. И. Биленский—К учению о прижизненной окраске ретикуло-эндотелиальной системы у различных экспериментальных животных.

М. И. Аксянцев и А. Н. Кревер—Клиника гематогенно-диссеминированных форм легочного туберкулеза взрослых и их роль в офтизмогенезе.

М. И. Аксянцев и А. Н. Кревер—Опыт патолого-анатомической характеристики генерализации туберкулезного вируса при различных способах заражения.

П. В. Дезидерьев и М. И. Ойфебах—Материалы к изучению туберкулеза среди национальностей Тат. Республики.

А. Я. Плещицер—Состояние здоровья рабочих пивоваренного завода „Красный Восток“ по данным диспансерного обследования в 1928/29 г.

Рефераты.

Цена СБОРНИКА—7 руб.

ПОДПИСЧИКИ „Казанского Медицинского Журнала“ ПЛАТЯТ 5 РУБ.

С требованиями обращаться: г. Казань, Редакция „Казанского Медицинского Журнала“.

ТРЕБУЮТСЯ

для работы по санпросвету врачи и лекторы, **желательно знакомые с татарским языком.** Ставки: врачам—250 р., лекторам—125 р.; всем выдаются: коммунальные—10% зарплаты, подъемные—в размере месячного заработка плюс проездные.

Заявления с *curriculum vitae* подавать: *Донбасс, Кадиевка, дом Санпросвета.*