

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Краевой медицинской ассоциации Татареспублики.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ни

Председатель — проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии — проф. И. С. Алуф, З. С. Акчурин, проф. В. Л. Боголюбов, З. Н. Блюмштейн (секретарь), проф. И. П. Васильев, К. В. Волков, Х. З. Гизатуллин, проф. И. К. Горязев, проф. М. М. Гран, С. Б. Еналиев, Н. В. Инюшкин, проф. Е. М. Лепский, А. Я. Плещицер, проф. В. А. Энгельгардт.

1931 г.

(Год издания XXVII)

№ 9—10

СЕНТЯБРЬ-ОКТАБРЬ

КАЗАНЬ.

XIV годовщина Октября и здравоохранение.

И. С. Грязнова (Москва).

Пролетариат под руководством ВКП(б) достиг огромных успехов в социалистическом строительстве. Выросли новые гиганты социалистической промышленности, новые индустриальные центры. Только на днях пущены „Новый АМО“ имени т. Сталина и Харьковский тракторный завод имени т. Орджоникидзе. Близок срок пуска Магнитостроя, Кузнецкстроя, Березняковского и Бобриковского комбинатов, Нижегородского автозавода и других крупнейших предприятий. Деревня, преодолевая свою отсталость, вышла на твердый путь социалистического развития. Завершается ликвидация кулачества как класса в основных зерновых и сырьевых районах СССР.

Успехи социалистического хозяйства сопровождаются неуклонным ростом рабочего класса, повышения благосостояния трудящихся масс города и деревни. Средняя месячная зарплата рабочих за 7 месяцев 1931 г. возрасла по сравнению с зарплатой 1930 г. на 11,8%, значительно повышена зарплата по основным ведущим отраслям промышленности: по черной металлургии на 23,5%, по каменноугольной—на 12%, а вместе с ранее произведенным повышением (январь—март 1931 г.)—на 35,5%; по горнорудной промышленности—на 29%, по коксо-химической промышленности на 20%.

Неизменно из года в год улучшаются культурно-бытовые условия рабочих. Бюджет социального страхования достиг в 1931 г. 2.175 миллионов рублей; домами отдыха обслужено в 1931 г. 1 млн. рабочих и служащих; фонд жилищного строительства достиг в 1931 году 1.156 млн. рублей против 682 млн. рублей в 1930 г.

Решения ЦК ВКП(б) о перестройке кооперации и коммунального хозяйства, о развитии дела общественного питания намечают практический путь для дальнейшего улучшения бытовых условий рабочих масс.

Полностью ликвидирована безработица. Новые миллионы рабочих вовлечены в производство. Число работниц только за 1931 г. возросло на 1 миллион. В связи с этим значительно возрос бюджет рабочей семьи. В ряды растущего пролетариата нашей страны вливаются все новые пополнения: молодежь из города и деревень, колхозники-отходники, жены рабочих. Складываются и растут новые кадры пролетариев в национальных республиках и областях. В нашу промышленность, транспорт и сельское хозяйство влилось значительное количество иностранных рабочих и специалистов.

Грандиозные успехи социалистического строительства вызывают новый подъем энтузиазма в рабочем классе и колхозном крестьянстве. Ширятся, растут социалистическое соревнование и ударничество. Снизу,

из гущи рабочих масс, возникают все новые и новые формы социального соревнования (сменно-встречный план, товарищеский буксир отстающих цехов, заводов, колхозов передовыми). Растет авторитет партии, политическая сознательность, политическая выучка миллионов.

На нашем пути еще много трудностей. Пролетариат Советского союза под руководством партии и ее ленинского ЦК уверенно их преодолевает. К XIV годовщине наша партия—организатор октябрьских побед—приходит сильной, монолитной, как никогда. Под руководством партии мы строим и построим социалистическое общество.

В то же время во всех капиталистических странах более 40 млн. безработных. Более 5 млн. безработных в Германии. Почти 3 миллиона в Англии, 12 миллионов в стране „рекордных чисел“ и нищеты, в Соединенных штатах. В стране нет государственного социального страхования. Миллионы рабочих с семьями давно распродали последнее, накопленное за долгие годы работы, чтобы едва прокормить себя и свои семьи. В настоящее время, при наличии неслыханных продовольственных запасов в САСШ, безработные и их семьи буквально голодают. Американские банкиры, жестоко преследующие революционных рабочих и коммунистическую партию, которые борются за введение социального страхования, заявляют: „Пособия могут испортить „национальный характер“ безработных“.

Этому людоедскому заявлению вторят английские консерваторы и продажная буржуазная пресса Франции, Германии и т. д. Они со своей стороны добиваются отмены социального страхования. Только недавно французский „Тан“ восхвалял твердые принципы американского капитала в вопросе о пособии безработным. Пособия по безработице в Германии и Англии сокращены и урезаны до минимума. По новому закону безработные до 21 года не получают никакого пособия. Сняты с пособия сезонные рабочие и замужние женщины.

Зарплата рабочих в Германии в июле 1931 года снижена на 19% по сравнению с 1930 годом и на 29% по сравнению с 1929 годом.

В то время как в СССР пролетарская армия труда только за 1931 год вырастает на 20% (до 17 млн. человек), а фонд зарплаты увеличился на 21,2%, в САСШ, по официальным данным, за последний год число рабочих, занятых в промышленности, снизилось на 16,6%, а общая сумма заработной платы—на 25,7%. К зиме число безработных увеличится по крайней мере на 40%.

В крупнейших капиталистических странах за последние годы резко снизилось число рабочих, организованных в профсоюзы. Число профорганизованных, по данным Генсовета английских тредьюнионов, уменьшилось в 1930 году, по сравнению с 1920 годом, почти на 3 миллиона.

В противоположность этому в СССР под руководством коммунистической партии число организованных в профсоюзы рабочих неуклонно растет. Более 70% своего бюджета в 1931 году профсоюзы СССР расходуют на социально-бытовые нужды своих членов, число которых к XIV годовщине Октября достигает 14 миллионов.

Миллионы зарубежных пролетариев, десятки миллионов трудящихся все более ясно видят успехи первой страны пролетарской диктатуры. Вокруг Коммунистического Интернационала собираются все новые, все большие массы бойцов за свержение капитализма, за диктатуру пролетариата.

Лучшие представители трудовой интеллигенции капиталистических стран открыто становятся на сторону СССР против капитализма. Ромен Ролан, Шоу, Драйзер, сотни литераторов, ученых, инженеров, техников, при всех характерных для буржуазной интеллигенции колебаниях, переходят на сторону социализма, на сторону СССР. В нем они сейчас видят источник новой силы мира, источник нового света. Капитализм гибнет. Его философы и экономисты, ранее воспевавшие хозяйственную мощь капитализма, ныне выдают ему свидетельство о крахе, свидетельство о гибели буржуазной культуры.

На капиталистическом Западе барометр показывает бурю. Революционная волна нарастает. И каждый наш успех на фронте социалистического строительства—еще один шаг к победе социализма во всем мире.

К XIV годовщине Октября и здравоохранение в СССР имеет ряд крупнейших успехов в своей работе на новом этапе.

Наше здравоохранение коренным образом отличается от здравоохранения капиталистических стран тем, что последнее приспособлено к обслуживанию буржуазных, зажиточных слоев населения, в то время когда у нас оно в первую очередь обслуживает рабочий класс и бедняцко-середняцкое крестьянство. Здравоохранение у нас является важнейшим помощником в деле социалистического строительства: оно помогает непосредственно выполнению промфинплана каждого предприятия, выполнению социалистической „пятилетки“, систематически наблюдая за состоянием здоровья рабочих и оздоравливая условия труда на производстве, оно участвует в систематическом улучшении бытовых условий трудящихся, создавая новый социалистический быт. Такого рода постановка дела здравоохранения вытекает из всей природы нашего государства и проводится на основе четкой пролетарской классовой линии.

Такое коренное отличие советского здравоохранения от капиталистического заложено в самой системе социалистического государства, и вот почему советскому здравоохранению предстает невиданный расцвет на базе все новых побед социализма в СССР.

Данный этап строительства дела охраны здоровья характеризуется бурным ростом народного хозяйства, улучшением культурно-бытового обслуживания и повышением культурного уровня трудящихся. Все факторы уже в настоящее время приводят к резкому изменению санитарно-демографических показателей в сторону снижения общей и детской смертности благодаря революции (общая смертность снизилась на 30%, а детская—на 38%) и увеличения средней продолжительности жизни на 8—9 лет по сравнению с дореволюционным временем.

Реконструктивный период социалистического строительства поставил перед органами здравоохранения новые задачи, потребовавшие коренной перестройки всей их работы. Постановление ВКП(б) „о медицинском обслуживании рабочих и крестьян“ (декабрь 1929 г.), формулировавшее эти задачи здравоохранения на данном этапе социалистического строительства, составило переломный момент в работе органов здравоохранения.

Выполняя директиву партии, органы здравоохранения перестроили всю свою работу на основе сочетания революционной теории с револю-

двойной практикой, связав всю свою практическую работу, мелкие на первый взгляд задачи повседневной работы с основными задачами рабочего класса, строителя социалистического общества, и фактически улучшая медицинское обслуживание рабочих и крестьян, особенно на ведущих участках социалистического строительства.

Поворот всей работы здравоохранения лицом к производству, реорганизация пунктов первой помощи, как основного звена в системе здравоохранения, приближение других звеньев этой системы—поликлиники, единого диспансера, больниц—к производству, особенное внимание к основным промышленным районам и новостройкам и разворачивание работы в деревне в тесной увязке с колхозным и совхозным строительством были основными моментами в осуществлении постановления ЦК партии.

Разрешение этих практических задач требовало от НКЗдрава и от всех органов здравоохранения коренной переделки их методов работы. Эта переделка в основном состояла в следующем:

а) развертывание широкой самокритики, которая с трудом и медленно проникала в среду медицинских работников;

б) развертывание всей работы на основе обеспечения проведения четкой классовой линии и на основе привлечения активности рабочих масс (фабзавкомы, ячейки здравоохранения, профсоюзные объединения и т. д.), актива в колхозах, групп бедноты и т. п.;

в) перестройка всей работы управленческих аппаратов и лечебно-санитарных учреждений на основе оперативного планирования, т. е. дачи и установки определенных заданий на определенные сроки и проверка их выполнения, создание таким путем конкретности руководства и введение в ежедневную практику социалистического соревнования, бригадности и т. д.;

г) правильная организация труда в лечебно-санитарных учреждениях (амбулаториях, больницах и т. п.) на основе использования всех наличных ресурсов и систематической проверки и рационализации всех частей административной и хозяйственной работы в этих учреждениях;

д) подбор кадров работников с тем, чтобы создать в них ядро из наиболее активных и революционных работников, оттеснив и изолировав оппортунистические тредьюнионистские, бюрократические элементы, давая решительный отпор классово-враждебным, рваческим и отсталым настроениям, воспитывая новые кадры, выдвигая новых работников снизу.

е) Новые задачи Здравоохранения должны были создать и действительно создали новые настроения у большинства лучшей части старых специалистов-врачей. В этой области перед нами стоит задача, сформулированная партией: Вести непримиримую борьбу с враждебными марксистско-ленинизму теориями, изменить отношение к специалистам старой школы, проявить к ним побольше внимания и заботы, привлечь их к активной общественной работе, создавая им товарищеские условия в работе, и помощь в овладении марксистско-ленинской теорией, еще выше поднять уровень теоретической научной работы на основе материалистической диалектики в усилении перестройки медицинской научной работы, сосредоточивая внимание и силы научных работников на разработке узловых проблем медицинской теории и практики, связанных с текущими задачами партии и пролетариата.

Отмечая значительные сдвиги в состоянии здравоохранения (увеличение ассигнований на здравоохранение в едином финансовом плане РСФСР, расширение лечебно-санитарной сети, особенно в основных промышленных районах, активное участие широкой общественности в борьбе за чистоту, приближение в отдельных районах медп. работы к предприятию и привлечение к этой работе рабочего актива, снижение заболеваемости рабочих, улучшение медицинской помощи в деревне и т. д.), достигнутые на основе общего роста социалистического строительства и политики партии и советской власти, НКЗдрав считает, что этим лишь положено начало осуществления постановления партии о решительном и быстром повороте здравоохранения на обслуживание ведущих участков социалистического строительства и о фактическом улучшении медицинского обслуживания рабочих и крестьян.

Вся дальнейшая работа органов здравоохранения, в частности выработка контрольных цифр на 1932 г., должна быть построена на основе дальнейшей мобилизации медработников за настоящие большевистские темпы проведения генеральной линии партии и коренной перестройки работы на основе борьбы с идеализмом, как коренным врагом материализма, а также механицизмом, как основной опасностью на данном этапе, и меньшевистствующим идеализмом и оппортунизмом на практике, мешающим такой перестройке, и на основе борьбы за улучшение качества самой работы.

На базе мощно развивающейся индустриализации и коллективизации с. х. в нашей стране мы приступили к более широкому развертыванию культурно-бытового строительства. Уже сейчас мы можем констатировать огромные достижения на различных участках культурного фронта, в частности здравоохранения.

Подходя к коренной переделке системы здравоохранения, Наркомздрав выделил из всех звеньев этой системы как основное звено пункт первой помощи на предприятии, до сих пор наиболее заброшенный участок здравоохранения. Самый внешний вид помещений, в которых находились до сих пор и во многих случаях продолжают еще находиться и теперь здравпункты, их оборудование ярко говорило о том ничтожном внимании, которое уделяли до этого момента органы здравоохранения этой части медицинской сети. Достаточно указать, что хотя в первом проекте пятилетки здравоохранения к концу пятилетки число пунктов первой помощи увеличивалось, но увеличение происходило главным образом за счет роста фельдшерских пунктов, процент которых к концу пятилетки повышался, т. е. фактически намечалось ухудшение медицинского обслуживания на этих пунктах. Насколько недостаточно было внимание к этим пунктам, свидетельствует положение этих органов здравоохранения в недалеком прошлом (декабрь 1930 г.) в таком промышленном центре, как Иваново-Вознесенск. На трех крупных текстильных фабриках (с числом работающих 2—3 тысячи), расположенных в недалеком расстоянии одна от другой, пункты первой помощи обслуживались одним врачом, который в течение своего рабочего дня ходил с одной фабрики на другую. На Кольчугинском заводе (10.000 рабочих) за год на пункте первой помощи сменилось 6 врачей.

Этот заброшенный до сих пор участок теперь поставлен Наркомздравом в центре внимания, через него врач должен притти в цех

к рабочему. За несколько месяцев в ряде крупных предприятий пункт первой помощи, получивший теперь название здравпункта, не только изменил свой внешний вид и перестраивает коренным образом не только свою работу, но и всю работу здравоохранения на предприятии и во всем промышленном районе.

Обслуживание основных промрайонов, обеспечивающих выполнение промфинплана, борьба за снижение заболеваемости рабочих являются той конкретной установкой, которая ведет за собой необходимость проведения органами здравоохранения целого ряда конкретных профилактических мероприятий по оздоровлению труда и быта рабочих. В этом деле особое значение имеют пункты здравоохранения на предприятиях. Наряду с их количественным ростом (число здравпунктов с 1163 в 1928 г. выросло до 2257 в 1931 г.) особое внимание было обращено на перестройку их работы, на превращение их в цех производства, в основную ячейку здравоохранения в предприятиях, активно содействующую выполнению промфинплана. Данные, полученные с фабрик и заводов, указывают, что в целом ряде промышленных центров здравпункты перестроили свою работу согласно директивам НКЗдрава, что они включились в жизнь предприятия и постепенно становятся неотъемлемой его частью. Другими словами, пункт здравоохранения, как исходный пункт коренной перестройки организации и работы здравоохранения в промышленных центрах, приступил к настойчивому проведению в жизнь этого плана перестройки, призвав на помощь рабочую общественность—фабзавкомы и ячейки содействия здравоохранению на промышленных предприятиях. Первые шаги по укреплению и расширению здравпунктов привели на практике к развертыванию другого звена—единого диспансера, приближая его к производству и включая его в систему социального здравоохранения. Особое значение приобрели группы содействия здравоохранению—органы рабочей самодеятельности, активно участвующие в оздоровлении условий труда и помогающие проведению чистоты на предприятиях.

Необходимо, однако, отметить, что непрерывный рост здравпунктов не поспевает за ростом предприятий, особенно тяжелой индустрии, что ряд предприятий в важнейших отраслях промышленности не имеют еще здравпунктов. Перестройка профсоюзов, усиление их работы по бытовому обслуживанию рабочих диктует органам здравоохранения неотложную необходимость большей связи с профсоюзами.

К делу борьбы за снижение заболеваемости привлечены научные институты НКЗдрава и местных органов здравоохранения: выделенные этими институтами бригады провели значительную работу на целом ряде предприятий по установлению наиболее рациональных форм деятельности здравпунктов и по проведению опытной работы по снижению заболеваемости рабочих.

Мы имеем колоссальные сдвиги в деле развертывания больничной и внебольничной помощи рабочим и трудящимся; невиданный размах получило развитие такой важнейшей области, как работа по охране материнства и младенчества; усиленным темпом развернулось санитарно-курортное дело, особенно за последние годы, когда тысячи и десятки тысяч рабочих и трудящихся получают возможность своевременно вос-

становить свое здоровье. То же можно отметить и в отношении охраны здоровья детей и подростков, а также санитарного оздоровления страны.

Некоторые цифры убедительно об этом говорят.

Абсолютный рост больничной коечной помощи по РСФСР, только за последние два года, т. е. в 1929—30 г. по сравнению с 1927—28 годом составлял 11.960 коек, или прирост на 11,2⁰/о.

Особое внимание за истекший период было обращено на усиление коечной помощи рабочим. К 1931 г. по сравнению с 1930 г. обеспеченность коечной помощью рабочих выросло с 6,02 на 1000 чел. до 6,38. К концу пятилетки общее количество коек должно возрасти до 137 954; общее количество больничных коек достигнет около 200.000 и в среднем 7,6 койки на 1000 жителей, причем рабочие ведущих отраслей будут иметь 11 коек на 1000, рабочие остальных групп—9,85 койки на 1000, остальные застрахованные—5,84 койки на 1000, а группа незастрахованных 2,15 койки на 1000 населения.

Однако, рост коек отстает от роста числа рабочих, в результате чего за последние годы в некоторых промышленных районах произошло относительное снижение коечной помощи.

В целях улучшения обслуживания ночных смен расширена амбулаторная сеть, введены вечерние приемы, установлены ночные дежурства медперсонала на пунктах здравоохранения и в ближайших амбулаториях, в ряде пунктов введены вторые смены врачей. Для приспособления медсанитарной сети по обслуживанию предприятий, перешедших на непрерывную производственную неделю, вся основная сеть лечебно-профилактических учреждений переведена на непрерывку.

Особое внимание в настоящее время должно быть обращено на медицинское обслуживание новостроек. На новостройки переброшено значительное количество врачей (Магнитострой—34 врача, Кузбасс—57 и т. д.). Развернута значительная медико-санитарная сеть. Так, в Магнитострое на I/IV 31 г. было 5,8 койки на 1000 ч. населения, в Сталинградстрое—6,1 в Автострое—5,6; на сельмашстрое, Дзержинстрое, Уралмашстрое—4,8—4,2. Но здравоохранение на новостройках находится еще в самом начальном этапе своей работы. Новостройки предъявляют сейчас нам самые элементарные требования: дать врачей, средний медперсонал, медикаменты и медицинский инструментарий. Здравоохранение на новостройках сильно отстает, и нужно подтянуть его, поднять на более высокую ступень всю медицинскую организацию, управление, методы и формы работы, чтобы изжить ту косность, спячку, работу по старинке, по земски, которые еще царят в наших медучреждениях. Наряду со строительством и открытием в новостройках ряда амбулаторий, больниц, здравпунктов, переброской врачей основным сейчас в работе органов Здравоохранения на новостройках является развитие санитарно-гигиенической, профилактической работы в общежитиях рабочих, поселках, столовых и т. д.

Далее, весьма характерно развитие внебольничной помощи.

К концу пятилетки должны будут функционировать 14.062 амбулаторных кабинета при средней нагрузке в 18.688 посещений в год на каждый кабинет. Соответственно этому мы будем иметь полный охват внебольничной помощью в первую очередь рабочих ведущих отраслей

промышленности: горняков, металлостов, химиков и транспортников и организованных детей, подростков.

Несмотря на рост коечного фонда на транспорте (в 1931 г. число коек достигает 16.500—рост против 1930 г. на 2641 койку), обеспеченность койками транспортных рабочих продолжает оставаться недостаточной, на жел. дор. транспорте—3,57 коек на 1000 чел. населения, на водном—2,56⁰/₀₀ коек. Влебольшая помощь за последние 2 года значительно выросла: число амбулаторий увеличилось с 830 в 1928—29 г. до 903 в 1931 г., что снижает протяженность врачебного участка в среднем с 91,1 км. до 84,4 км. Ясельная сеть также развивалась на желдортранспорте (в 1930 г. число ясельных коек было 3.405). В связи с значительным вовлечением женской рабочей силы число ясельных коек на транспорте достигнет в 1931 г.—6.455 (рост на 99,9⁰/₀).

Вовлечение женщин в производство поставило по иному проблему охраны материнства и младенчества. От работы по преимуществу опытно-показательной органы здравоохранения переходят к работе массовой, охватывающей миллионы женщин и обеспечивающей им возможность принять активное участие в производственной и общественно-политической жизни страны. В связи с этим во всей системе охраны материнства и младенчества на первое место выдвигается ясельный вопрос. До последнего времени охват яслями детей работниц был недостаточен. В 1930 г. ясельная сеть в городах и промцентрах обслуживала лишь 28,3⁰/₀ детей, причем этот средний процент снижался по Уральской области до 14,6⁰/₀, по Ивановской—до 13,7, по Ленинградской до 16,8⁰/₀. На 1931 г. был намечен значительный рост ясельной сети, который позволит обслужить уже 41,5⁰/₀ детей работниц, причем значительно будут подтянуты наиболее отстающие промрайоны: Ивановская обл.—до 31,3, Ленинградская—до 38,3, Уральская до 41,4. Общее число ясельных мест увеличивается в 1931 г. по республике до 190,000 против 57.000 1930 г.

Но и это число является еще далеко недостаточным, если учесть, что „Пятилетка женского труда Госплана СССР“ намечает вовлечение новых 4 млн. женщин в сферу наемного труда, или удвоение числа работающих женщин по сравнению с 1928/29 г. (Э. Гронштейн—„Правда“ 20 мая 1930 г.).

Еще В. И. Ленин писал, что „Строительство социалистического хозяйства может быть двинуто вперед только тогда, когда вместо сотен женщин в нем примут участие миллионы и миллионы женщин“. Это обязывает наши органы здравоохранения к тому, чтобы такими же темпами развивать дело охраны материнства и младенчества.

Наряду с количественным ростом ясельной сети изменяется и форма работы в сторону подчинения ее нуждам производства и лучшего обслуживания работниц. Целый ряд яслей перешел на обслуживание по типу удлиненного дня в целях предоставления матери возможности повысить свою квалификацию и участвовать в общественной работе; в ряде районов установлено обслуживание ночных смен.

Бурный рост промышленности и вовлечение в нее значительных кадров рабочих подростков предъявили огромные требования к наиболее отсталому участку здравоохранительской работы—к работе по охране здоровья рабочих подростков. В связи с вовлечением в производство еще

в 29/30 г. более 300 тысяч подростков по РСФСР была развернута сеть кабинетов по профотбору и профконсультации. Кроме того значительно увеличилось число санаторий как дневных, так и ночных. Так например: коек дневных и ночных в санаториях в 27/28 г. было 1.150, а в 29/30 г. это число возросло до 2.128 и т. д. Но понятно, что эта область работы требует в дальнейшем значительного своего расширения. В настоящее время вопросы профотбора и профконсультаций становятся актуальнейшей задачей, и в 1931 году для обслуживания рабочих подростков в основных промышленных центрах и на новостройках будут работать 113 кабинетов профотбора и профконсультации (рост против 1930 года на 44%), что даст возможность обслужить полным профотбором более 50% подростков. Наряду с этим увеличивается путем развертывания краткосрочных курсов по повышению квалификации врачей в области профотбора и профконсультации число врачей по обслуживанию рабочих подростков. Растет также и сеть массовых оздоровительных учреждений для рабочих подростков (число коек в санаторных колониях будет доведено до 3.180, что дает рост против 1930 года на 48%). Для рабочих подростков, нуждающихся в специально-санаторно-курортной помощи, санаторно-курортные койки в количестве 390 впервые выделены в 1931 г.

Консультационная помощь детям раннего возраста и женщинам, а также родильная помощь в основных промцентрах доведена до 100%. В среднем по городам РСФСР консультационная помощь охватывает 90%.

Что касается вопроса охраны здоровья детей, то это является одной из боевых задач не только органов здравоохранения, но и всей советской власти в целом, всей широкой пролетарской общественности.

Медицинское обслуживание соц. сектора сельского хозяйства за последние два года развертывалось в соответствии с развивающимся совхозным строительством и с коллективизацией бедняцко-середняцких хозяйств. Помимо местного развития больничной сети предусмотрено использование для колхозников 20% городских коек, что по РСФСР к концу пятилетки выражается для села дополнительно 30202 коек. Однако, несмотря на значительный рост медсанитарной сети в деревне (рост больничных коек в 1931 году против 1930 года на 19,8%, заразных коек на 102%, врачебных амбулаторий на 11,6% и т. д.) медобслуживание совхозов и колхозов отстает от темпов соц. строительства в деревне.

Для увеличения средств на медпомощь в совхозах и колхозах НКЗдрав заключил договор с хозобъединениями и Трактороцентром, по которым предоставляются для лечебн. профучреждений помещения, коммунальные услуги, инвентарь, транспорт, квартиры для медперсонала и питание для яслей. Реализация намеченного по плану НКЗ в 1931 г. мед. строительства в совхозах и колхозах в значительной мере зависит от степени выполнения хозобъединениями обязательств по ассигнованию соответствующих средств на это строительство.

Большое внимание НКЗдрава было обращено на медобслуживание решающих сельско-хозяйственных кампаний—посевной и уборочной. С 1930 года широко введена система медобслуживания посевно-уборочных кампаний, посылка в деревню медбригад, особенно в совхозы и колхозы. В 1930 году было послано 891 бригада с 2.873 врачами и 1.923 чел. среднего медперсонала. В 1931 г. намечено было перебросить в деревню на время летних работ 4000 врачей, столько же среднего медперсонала, 2970

студентов мединститута и до 20.000 учащихся медтехникумов. Для обслуживания работающих в поле в крупных совхозах и колхозах в настоящем году будет развернуто 9.000—10.000 пунктов первой помощи вместо 1000 в 1931 г. Опыт работ медбригад, проверенный на специальном Всероссийском Советании, вполне себя оправдал и является на настоящем этапе одной из форм медобслуживания соц. сектора села.

Наряду с развертыванием дела здравоохранения в соц. секторе сельского хозяйства в планах работы НКЗдрава и местных органов здравоохранения предусмотрен комплекс мероприятий по медобслуживанию единоличных бедняцко-середняцких хозяйств.

За истекшее время мы имеем значительный рост ясельной сети в деревне, обслуживающей как колхозников, так и бедноту и середняков единоличников. Число мест в постоянных яслях возросло с 3050 в 1929 г. до 52640 в 1931 г. Особо бурный рост обнаруживают летние ясли, открываемые на время полевых работ: 175.000 в 1925 г. до 1.000.000 в 1931 г.

Родовспоможение продолжает оставаться узким местом в деревне. В 1929/30 г. было родильных коек всего 8.260, в 1931 г. число этих коек увеличивается до 13.380 (рост на 61,8%). Наряду с этим имеется значительный рост акушерских пунктов: с 607 в 1929 г. до 2.465 в 1931 г. Это расширение родовспоможения повышает процент охвата родокавалифицированной помощью (стационарной и на дому) с 21 в 30 г. до 30 в 31 г., причем для работниц совхозов этот процент повышается до 40.

В общей цепи мероприятий партии, направленных к улучшению материально-бытовых условий трудящихся масс и перестройке быта, видное место занимает общественное питание. Наша партия неоднократно подчеркивала, что общественное питание является необходимым условием „перехода от мелкого одиночного домашнего хозяйства к крупному обществуленному“ (Ленин).

Крайне возрастает роль общественного питания на современном этапе социалистического строительства. Бурный рост индустриализации страны, обеспечивший полную ликвидацию безработицы, сопровождается неуклонным увеличением состава рабочего класса, втягиванием в производство членов рабочей семьи и подъемом культурного уровня масс. Тем самым суживается база для мелкого индивидуального домашнего хозяйства и, наоборот, расширяется база для крупного, обществуленного. Отсюда понятно, какое огромное значение приобретает общественное питание в деле улучшения снабжения рабочих масс, а следовательно и в деле устранения все еще наблюдающейся текучести рабочей силы, в деле успешного выполнения промфинплана. Переключение продовольственного снабжения с форм индивидуального потребления на общественное питание—одна из боевых важнейших политических задач.

За годы революции общественное питание достигло значительного развития. Достаточно указать, что к настоящему времени им охвачено 5 млн. рабочих и 3.800 тысяч прочих трудящихся в городах; 3 млн. школьных детей получают горячие завтраки. Сеть общественного питания равняется 13.400 единицам, построено значительное количество фабрик-кухонь и механизированных столовых, в капитальное строительство вложено только за последние 3 года больше 200 млн. рубл.

Через систему общественного питания проходит огромная масса продуктов, стоимость которых за этот год составляет три с половиной миллиарда рублей. Иными словами—около 180.000 тонн мяса, свыше 200.000 тонн рыбы, 1.100.000 тонн овощей, 1.400.000 тонн картофеля, 160.000 тонн крупы и макарон, 680.000 тонн хлеба.

Это, несомненно, крупнейшие успехи. Однако они далеко не отвечают возросшим потребностям. Общественное питание в своем развитии явно отстает от темпов хозяйственного строительства и роста запросов трудящихся масс. Во весь рост стоит задача расширения сети общественного питания. Уже в течение ближайших 2—3 лет нужно добиться охвата общественным питанием 20 млн. человек и полного охвата горячими завтраками школьников и детей. За это же время надо выстроить не менее 260—300 фабрик-заготовочных с сетью до 3—4 тысяч столовых при фабриках и заводах.

Но особенно остро стоит задача борьбы за качество общественного питания. Оно имеет ряд крупнейших, вопиющих недостатков, которые наносят серьезнейший ущерб делу рабочего снабжения. К числу таких недостатков нужно отнести прежде всего плохое качество обедов и небрежное обслуживание потребителя, антисанитарное состояние столовых, слабость материально-технической базы, низкую квалификацию кадров, уравниловку в зарплате, обезличку в организации труда, слабую трудовую дисциплину, бесхозяйственность и безответственность административно-технического персонала.

Центральный комитет партии в специальном постановлении от 19 августа с. г. признал состояние общественного питания неудовлетворительным. В порядок дня поставлен вопрос немедленного радикального улучшения работы предприятий общественного питания.

Среди лечебно-профилактических мероприятий большое значение приобретает курортная помощь. Санаторная сеть на курортах общегосударственного значения в 30 г. доведена до 16.217 коек против 13.033 в 29 г., число больниц увеличилось с 235.380 в 29 г. до 308.484 в 30 г. Для увеличения прослойки рабочих на курортах введен ряд льгот для рабочих, едущих на курорт за свой счет, ассигнование спецсредств для отправки рабочих-ударников. В 31 г. число рабочих будет доведено на климатических курортах до 50%, на бальнеологических—до 60%. Данные за январь 31 г. говорят о том, что эта директива курортами выполнена. Увеличено число мест для колхозников.

Проведен ряд мероприятий по улучшению санитарного состояния и благоустройства курортов (установление дезкамер, водопровод, канализационные работы, постройка прачешных, изоляторов, увеличение санврачей, разработаны конкретные мероприятия по проведению санминимума на курортах). Ассигнования на санитарию и благоустройство курортов увеличены против 30 года на 1.000.000 рублей. Несмотря на перечисленные мероприятия, НКЗдрав отмечает особенную отсталость в области курортного дела и считает неотложной задачей дальнейшего улучшения и урегулирования всего курортного дела, как медицинской постановки, так и курортного хозяйства.

Происходящая в СССР социалистическая революция резко повысила потребность в дальнейшем развитии здравоохранения—что нашло отражение и в постановке медицинского образования.

Хотя в 1931 г. по РСФСР насчитывалось 46000 врачей (против 35000 в 1929 г.), а во всем СССР около 76000 врачей, что составляет 4,6 врачей на 1000 гражд. (в 1928—2,8, в 1929 г.—3,3), но имеющегося количества врачей совершенно недостаточно. В этом году нам нужно было бы иметь в РСФСР—82000 врачей, т. е. почти вдвое более, чем мы имеем. Только коренная реорганизация всей постановки медобразования могла дать необходимое количество медич. кадров, по качеству соответствующих задачам социалистической стройки.

Коренная реорганизация подготовки медкадров, проведенная на основе решений ЦК ВКП(б) о передаче вузов соответствующим Наркоматам и постановления СНК РСФСР от 10 июня 1930, установила основные начала новой постановки высшего медобразования, как-то: увязку преподавания с практикой здравоохранения, улучшение социального состава учащихся и преподавателей, сокращение сроков учебы, введение активных методов преподавания, расширение и улучшение постановки непрерывной производственной практики и т. д.

В 1930/31 уч. г. контингент учащихся в медвузах РСФСР повысился до 16946 чел. Открылось семь новых медвузов и десятки новых медтехникумов. Сейчас имеется в СССР 37 медвузов с числом учащихся 31155 чел., медтехникумов—252 с числом учащихся в них 47553 чел. (в 1929 г. было 71 медтехникумов, в 1930—145).

Ярко иллюстрирует сдвиги, происшедшие в постановке медобразования, социальный и партийный состав учащихся в медвузах. По данным на 1. III. 31 г. соц. состав учащихся в мединститутах РСФСР (13.970 уч.) был следующий: рабочие и дети рабочих—39%, крестьяне и дети крестьян 21,3, служащие и др. 39,7. Среди учащихся, поступивших в мединституты в 1931 г., рабоче-крестьянская прослойка составляет 71,1%. Процент членов партии среди поступивших в 1931 г. увеличился с 9 до 12, процент комсомольцев увеличился почти вдвое: с 18 до 30, доходя в некоторых институтах до 40%, Несмотря на значительный прилив в 1931 г. рабочих в мединституты, соц. состав учащихся медвузов по всему СССР остается еще неудовлетворительным, особенно в части парт-комсомольской прослойки. Поэтому дальнейшее улучшение соц. и парт-состава является активной задачей, особенно принимая во внимание соц. и парт. состав всей врачебной группы: из 65,416 врачей (по всему СССР на 1. V. 31 г.) рабочих было 9,5%, крестьян—15,1% членов ВКП(б)—3,5%, членов ВЛКСМ—0,4%.

Тот факт, что в составе студентов наших вузов мы имеем большинство рабочих, тот факт, что в среде нашей вузовской интеллигенции беспрерывно возрастает процент коммунистов и комсомольцев, тот факт, что большинство врачей в наших медсанучреждениях уже нашей Советской выучки, говорит о том, что наряду с громадными количественными сдвигами произошли и значительные качественные изменения в составе и характере наших врачей.

Все эти цифры показывают, с какой неутомимой энергией рабочий класс под руководством ВКП(б) борется за создание своей собственной интеллигенции в области здравоохранения.

Реорганизация системы высшего мед. образования привела к изменению орг-адм. условий работы медвузов: увеличено количество партийцев в руководстве медвузами, усиленно единоначалие, увеличено количество

приема, организованы санитарные факультеты, факультеты ОММ, выработаны профили различных специалистов, создана сеть медрабфаков, организовано заочное обучение, приступлено к планированию научных работ.

Подготовка в медвузах должна дать новому врачу широкий общественный кругозор плюс углубленную специальность.

В системе подготовки и переподготовки врачебных кадров особое значение приобретает система усовершенствования врачей, через которую должна регулярно, через небольшие промежутки времени, проходить вся основная масса врачей, а затем и средних медработников.

Так же интенсивно, как и сеть медвузов и учащихся, растет сеть научно-исследовательских институтов и количество научных работников и аспирантов. Улучшился социальный состав последних: так, по данным, охватывающим 39 институтов, из 135 аспирантов 62 (46%) — члены ВКП(б), 18 рабочих и 31 крестьянин (всего 36%). Среди руководящих кадров институтов (профессора, ассистенты, ординаторы) из 1.256 чел. партийцев — 125 чел. (10%), вышедших из рабоче-крестьянской среды — 194 чел. (15%).

В отношении развития специализированной медпомощи, следует отметить, что и здесь мы имеем значительные сдвиги. Отмечается значительный рост учреждений, борющихся с социальными болезнями. Особенно это ясно выражено по линии борьбы с туберкулезом. Если в 1927/28 г. было туберкулезных диспансеров 267 с 5.027 местами в вспомогательных учреждениях и 6319 койками в туберкулезных санаториях, то соответственно эти числа в 1929/30 г. вырастают до 308 туб. диспансеров с 6.326 местами в вспомогательных учреждениях и 7.393 койками в туб. санаториях, а к концу пятилетки намечается увеличение всей сети учреждений по борьбе с туберкулезом, в частности количество санаторных коек довести до 17.000 и мест в вспомогательных учреждениях до 17.255, т. е. рост на 24,3%, причем для рабочих ведущих отраслей промышленности (горной, металлургической, текстильной и химической) обслуживание рабочих этих областей увеличивается на 50%.

В результате указанных мероприятий и общего роста благосостояния рабочего класса мы видим и резкое падение заболеваемости туберкулезом в общей заболеваемости рабочих основных ведущих отраслей промышленности:

	1927 г.	1928 г.	1929 г.
Металлисты	5,3	5,0	4,2
Текстильщики	7,0	6,8	6,0
Химики	10,2	9,6	7,8
Пищевики	5,4	4,9	4,3

Естественный прирост населения у нас выше, чем в городах капиталистической Европы.

Вот таблица, показывающая естественный прирост населения главных столиц Европы в 1928 г.

Города	Родившихся на 1000 ч.	Умерших на 1000 ч.	Естественный прирост
Москва	21,7	12,9	8,8
Лондон	15,7	13,8	1,9
Париж	14,8	15,1	—0,3
Берлин	9,6	12,1	—2,5
Вена	8,8	13,5	—4,7

Вся эта гигантская работа советского здравоохранения, вся политика и практика партии и советской власти, неуклонное повышение культурного уровня рабочего класса и трудящихся масс, неуклонное повышение их материального уровня дали возможность резко снизить смертность в нашей стране. Понижается общая смертность населения: в 1910—1913 г. умирало в старой России на каждую 1000 населения ежегодно 27 человек; в 1928 году—на каждую тысячу населения в Советском Союзе умирало 21 человек. Понижается детская смертность: в 1929 г. в Москве из тысячи родившихся детей умерло на первом году жизни 130; в РСФСР в целом в 1928 году эта смертность составляла 186, а в довоенное время в России умирало 275 детей.

Но на этом нельзя успокаиваться. Необходимо идти дальше, вперед, ко все новым и новым сдвигам. И нет никаких сомнений в том, что мы в ближайшее время повысим эти достижения, ибо мы являемся свидетелями и участниками великой социалистической стройки, выполнения великого плана по строительству социализма в нашей стране.

Уже многое сделано за годы после революции. Сами трудящиеся являются организаторами и проводниками советского здравоохранения. И все, что делается в настоящее время, ведет к оздоровлению страны. Законы об охране труда, социальное страхование, правильное классовое распределение жилого фонда, развитие общественного питания, развитие яслей и др. учреждений для детей, борьба за сплошную грамотность населения—все это коренным образом меняет жизнь. Мы имеем начало широкого культурного движения, которое растет вместе с ростом и укреплением колхозного хозяйства в деревне.

В противовес капиталистической системе, мы имеем плановое увеличение ассигнований на дело здравоохранения из года в год. Еще в постановлении ЦК ВКП(б) от декабря 1929 г. мы читаем: „Необходимо решительно устранив случайность и кустарничество в этой работе, осуществить плановость, разработать пятилетний и соответственный годичный план с обеспечением их необходимыми финансовыми и материальными средствами“. И мы видим соответственно этому решению рост ассигнований на здравоохранение СССР. Общий бюджет органов здравоохранения (без научных учреждений и медицинского образования) по ориентировочному финансовому плану увеличен в 1931 г. до 820, 6 мил. р. вместо 606,3 мил. р. за 1930 г., в том числе капиталовложений до 170 мил. руб. вместо 120,3 мил. руб. за 1930 г. Рост общего бюджета на 1931 г. составляет 35,3, а капиталовложений—46,3%. За 3 года пятилетки бюджет органов здравоохранения возрос более, чем в 2,5 раза, на 162,3%. Общий бюджет вместе с научными учреждениями и медобразованием выражается в 882,2 мил. руб.

Наибольшая часть прироста в средствах по бюджету органов здравоохранения и капиталовложений направлена в основные пром. центры—до 70%. При среднем росте бюджета по Краям и Областям (без АССР) на 31,2% и в том числе капиталовложений на 40,3%, бюджет здравоохранения Урала увеличивается на 72,6% и капиталовложения на 138,2% и бюджет Западной Сибири на 72,1%, а капиталовложения на 102,7%. Общий бюджет здравоохранения на транспорте возрастает на 85%, а капиталовложений на 160%.

Особенное внимание в текущем году обращено на усиление финансирования автономных республик и областей. Бюджет органов здравоохранения по всем автономным республикам возрастает до 80,5 мил. руб. с 58,5 мил. руб. в 1930 г. и в том числе капиталовложения до 17,3 мил. руб. с 10,5 мил. руб. в 1930 году. Бюджет здравоохранения автономных областей возрастает до 24,8 мил. руб. с 16,5 мил. руб. за 1930 г., а капиталовложения до 7,7 мил. руб. с 4,6 мил. руб. за 1930 г. Так, по РСФСР в 1931 году ассигнования на здравоохранение вырастут на 10,37%, а по Таджикистану—на 65%, по Туркменистану на 28,6%.

Такой рост ассигнований на здравоохранение в национальных республиках непосредственно вытекает из ленинской национальной политики нашей партии и советской власти, чтобы подтянуть показатели здравоохранения в нацреспубликах до уровня показателей по РСФСР и Украине, тогда как политика царского правительства была целиком направлена на угнетение и закабаление нацменьшинств и мешала развитию национальной культуры, и это, естественно, создавало благоприятную почву для развития эпидемий и социальных болезней.

Тот факт, что здравоохранение приобретает значение не только фактора, помогающего культурному развитию страны, но вместе с тем является одним из основных условий социалистического строительства хозяйства страны—составляет теперь основу всей практической деятельности органов здравоохранения.

Основные, важнейшие особенности медицинской работы в настоящий момент заключаются в том, что, во первых, между промышленностью и здравоохранением устанавливается самая непосредственная связь и, во вторых, рабочий класс становится непосредственным организатором здравоохранения. Медицинские работники раньше встречались с рабочими лишь в больницах, на конференциях и на заводских собраниях, где они иногда ставили отчеты о своей работе. Сами рабочие в работе органов здравоохранения почти не участвовали, они до сих пор не выступали как непосредственные, фактические организаторы здравоохранения. Теперешний этап развития здравоохранения характеризуется тем, что в условиях обострения классовой борьбы устанавливается непосредственная связь между промышленностью и органами здравоохранения и организатором дела здравоохранения становятся широкие рабочие массы. Кто этого не видит, кто недостаточно оценивает эти особенности настоящего момента, тот не в состоянии будет, во первых, правильно оценить зародыши новых массовых форм соцстроительства здравоохранения, которые начинают складываться в данный момент (ячейки здравоохранения, колхозная медицина и т. п.) и, во-вторых, не сможет правильно представить дальнейший ход развития здравоохранения. Теперь нельзя успешно работать в органах здравоохранения, правильно и своевременно отвечать на все запросы, которые сотнями встают перед медицинскими работниками, не зная перспективы, не зная дальнейшего пути развития здравоохранения, не понимая той связи, которая создается между здравоохранением и народным хозяйством и основными задачами социалистического строительства. Если медицинский работник не понимает этого, он не в состоянии будет коренным образом перестроить свою работу, приспособить ее к массовым формам и таким образом останется

в стороне от той большой дороги, на которую вступило уж строительство здравоохранения.

Рабочие массы становятся фактически организатором дела здравоохранения, участвуя непосредственно в коренной перестройке нашей работы на предприятии, в цеху, в общественной столовой, и тем самым обеспечивают выполнение нами полностью постановления ЦК партии о медицинском обслуживании рабочих и крестьян. Чем больше мы начинаем опираться в нашей работе на активность рабочего класса, чем шире становится рабочий здравоохранительский актив на предприятии, тем ближе мы подходим к полному выполнению этого постановления.

Мы ставим текущую работу всех наших организаций так, чтобы они обслуживали нужды растущей нашей промышленности и коллективизированного сельского хозяйства, обслуживали в первую очередь ведущие участки социалистического строительства как в промышленных центрах, так и в деревне, расширяя в то же время работу по обслуживанию единоличного сектора сельского хозяйства, который охватывает еще около половины крестьянских хозяйств.

Центральный Исполнительный Комитет Союза ССР в своем постановлении на сессии 1931 г. (10 января) по докладу о мероприятиях по подготовке квалифицированной рабочей силы для народного хозяйства поручил „правительствам союзных республик предложить народным комиссариатам здравоохранения приблизить свою работу к предприятиям, а также обеспечить проведение, в соответствии с правилами, устанавливаемыми народными комиссариатами труда Союза и союзных республик, конкретных мероприятий по охране здоровья рабочих, работниц и подростков на предприятиях“.

Этим постановлением Правительства работа органов здравоохранения на промышленных предприятиях делается частью общегосударственной работы первостепенной важности, ее задачей является обеспечение народного хозяйства необходимой рабочей силой, и как таковая она должна быть согласована с работой других правительственных органов труда, для содействия которым по вербовке и подготовке рабочей силы и для борьбы с текучестью должны быть использованы все виды культурно-бытовой работы.

Радикально изменяется лицо нашей страны. Огромные количественные и качественные сдвиги во всем социально-экономическом и культурно-бытовом облике нашей страны настойчиво требуют изменения методов, приемов работы и руководства. Поэтому лозунг, „по-новому работать, по-новому руководить“, выдвинутый тов. Сталиным на совещании хозяйственников, относится не только к промышленности, но и ко всем решительно областям, участкам нашего строительства, в том числе и к здравоохранению.

Третий решающий год пятилетки, завершение построения фундамента социалистической экономики, боевые решения июньского пленума ЦК ВКП(б) и речь тов. Сталина.— „Новая обстановка—новые задачи хозяйственного строительства“ с исключительной четкостью определяют новые задачи, стоящие перед органами здравоохранения, и требуют в новых условиях развития промышленности новых приемов руководства и работы.

Органы здравоохранения стоят перед самым началом новой работы и новые требования к ним с каждым днем будут увеличиваться. Через несколько лет мы не узнаем многих наших городов в результате больших коммунальных работ, которые сильно повысят их благоустройство. Но этот рост городов делает развитие широких оздоровительных мероприятий и правильную постановку лечебного дела одним из условий дальнейшего развертывания социалистической культуры. Вопросы городского хозяйства, а среди них и вопросы здравоохранения, приобретают крупнейшее значение в борьбе за пятилетку, за дальнейшие успехи соц. строительства, за улучшение материально-бытовых условий трудящихся.

Борьба за дальнейшее снижение заболеваемости и травматизма промышленных рабочих, за реконструкцию быта, борьба за чистоту в столовой, поселке и квартире рабочего и за ликвидацию остатков эпидемических заболеваний, за санитарную оборону страны, за марксистско-ленинское воспитание медицинских кадров, за улучшение больничного хозяйства, за техническую реконструкцию здравоохранения, за кадры, за интернациональное воспитание—вот основные задачи для ускорения темпов соц. стр-ва, для правильного разрешения которых необходимы новые методы работы.

Но врачи все-таки в своей массе по-новому работать не умеют. Рабочие учат наших врачей, как надо работать по-новому и помогают им ликвидировать неумение работать по-новому.

Требуется более широкая постановка работы, требуются новые темпы и новые подходы к работе, потому что растущие потребности трудящихся не смогут быть удовлетворены, если мы не сумеем соответствующими темпами широко развернуть нашу мед. работу. Медицинским работникам так же, как хозяйственникам, „надо исходить не из прошлого, а из растущих потребностей в настоящем“. Стоять за старый размах в работах на отдельных участках здравоохранения значит не понимать современных глубоких сдвигов, значит допустить правооппортунистическое отставание от лозунгов пятилетки.

Врачи здравпунктов на предприятиях, врачи здравобъединений и сельских районов с каждым днем накапливают опыт работы в этом направлении, опыт успешной борьбы за осуществление новых задач.

С другой стороны, в повседневной работе органов здравоохранения еще не изжит целый ряд недочетов, тормозящих осуществление боевых задач, поставленных перед органами здравоохранения. Медико-санитарные работники должны активно выявить все эти недочеты и извращения, вносить конкретные предложения по улучшению всего дела здравоохранения и его отдельных звеньев, по технической реконструкции здравоохранения, по рационализации работы. К сожалению, в медицинской печати еще мало освещаются все эти животрепещущие вопросы.

Отряды новых работников создаются на массовой работе по выполнению заданий и директив партии (например, по борьбе за чистоту, и т. п.) под постоянным контролем пролетарской общественности и самокритики, в условиях систематической, конкретной проверки выполнения заданий, т. е. в условиях „работы по-новому, и руководства по-новому“.

Такие кадры здравоохранения растут как из среды медработников, прошедших вузы и техникумы, так и из рабочих, пришедших с фабрик в качестве выдвиженцев в учреждения здравоохранения.

Таким путем, через школу работы по-новому, создаются и растут организаторы здравоохранения—руководители лечебно-санитарным делом в районах и областях, администраторы для управления крупными больницами, санаториями, курортами и т. п., директора медвузов, целиком отдавшиеся изучению и постановке медобразования, руководители отдельными областями здравоохранения и т. п.

Для этого нового типа работников больше и больше отходят в прошлое старые методы работы: руководство „вообще“ через аппарат, не знающий конкретных условий работы, занятый исключительно регистрацией случайно до него доходящих фактов и бумажной отпиской на требования жизни. Изучение деталей дела, знание „мелочей“, из которых создаются великие дела, систематическая проверка выполнения этих „мелочей“ становится необходимым условием выполнения широких задач соц. здравоохранения и обеспечения интересов рабочего класса, как класса господствующего.

Политика заключается в том, чтобы ее творить не только в резолюциях (резолюция—вещь хорошая; идейная чистота нужна, но нужно за нее и активно бороться). Мы разбили правых, нужно с ними бороться и дальше, нужно быть бдительными, но нужно борьбу с правым оппортунизмом перенести в повседневную жизнь, в повседневную практику, повести борьбу с неумением работы, подыскать людей и кадры и понимать их на все большую и большую высоту и организовать массы вокруг конкретных задач. Лозунг конкретного руководства должен пронизать всю нашу работу сверху до низу (Каганович).

Конкретное руководство должно стать проверкой выполнения того, каким образом и в какой мере здравоотделы и отдельные работники здравоохранения претворяют в жизнь задачи партии и данные т. Сталина указание относительно работы в новых условиях.

Мы должны усилить перестройку здравоохранительской работы, сосредоточивая внимание и силы медработников на конкретных узловых проблемах теории и практики, связанных с текущими задачами партии, в первую очередь об улучшении культурно-бытовых условий пролетариата. Все это требует перехода и в этой области работы к конкретному, оперативному руководству в нашей повседневной работе.

Всеобъемлющей, действительной для всех участков и областей социалистического строительства встает перед нами проблема качества работы, качества организации работы, качества руководства социалистическим хозяйством. Эта проблема встает не только в промышленности, на транспорте, в сельском хозяйстве, но и в здравоохранении.

Почти во всех отраслях промышленности налицо большие достижения по росту продукции, организации новых производств, строительству и пуску новых предприятий. Но по здравоохранению еще далеко не всюду. Многие здесь зависят и от активности и настойчивости самих работников, а главным образом от их умения связать задачи и работу здравоохранения с основными задачами и насущными потребностями социалистического строительства.

Сейчас, когда на фабриках и заводах, по всему Советскому союзу претворяют в жизнь указания т. Сталина о переделке хозяйственной работы в соответствии с „новой обстановкой и новыми условиями хозяйственного строительства“—органы здравоохранения и медицинские ра-

ботники, в ответ на призыв т. Сталина, должны переделать всю свою работу в направлении активнейшего содействия дальнейшему улучшению материальных и культурных условий рабочих.

Какое задание дано в данный момент партийным органам здравоохранения и всем организациям работников здравоохранения? Усилить работу по борьбе с антисанитарией, в первую очередь в рабочих районах, рабочих общежитиях и учреждениях общественного питания (рейд центр. органа партии „Правда“, постановление ЦК об общественном питании и т. д.). Широкая санитарно-гигиеническая работа на предприятиях, борьба с грязью в рабочих кварталах и общежитиях, борьба за чистоту в учреждениях общественного питания (столовые, кооперативы, цеховые буфеты и т. д.).

Эту работу за чистоту медицинские работники должны провести по-новому: надо „чтобы они не ограничивались бумажной отпиской или общими фразами и лозунгами, а входила в технику дела, вникали в „мелочи“, ибо из „мелочей“ строятся теперь великие дела“ (Сталин).

Таковыми „мелочами“, например, в деле борьбы за чистоту в общественных столовых является чистота кухонной посуды, одежда поваров, качество продуктов, их хранение, состояние двора около столовой, отношение заведующего столовой к этим вопросам и т. д. Надо сделать, чтобы все эти „мелочи“ стали предметом повседневных забот санитарных врачей и врачей здравпунктов на предприятиях. Надо сделать, чтобы врач ежедневно бывал в столовой и не только „надзирал“, но и учил, показывая, как надо „сделать“, сам принимал участие в этой работе, чтобы привлекал за антисанитарное состояние столовой к строжайшей ответственности и добивался фактического осуществления намеченных им мероприятий.

Наряду с этой работой—борьба за чистоту в рабочих районах, рабочих общежитиях и квартирах и в учреждениях общественного питания, которая возлагается на специальных санитарных инспекторов и вводится в первую очередь на крупнейших предприятиях и новостройках,—должна быть широко поставлена санитарно-гигиеническая работа на самом предприятии в цехах, что лежит на врачах здравпунктов. Там, где нет специальных санитарных инспекторов,—санитарное обслуживание столовых, рабочих общежитий должно быть возложено также на врача здравпункта.

Реконструкция промышленности, создание новых промышленных районов, рост новых промышленных предприятий с огромным количеством рабочих—все больше и больше делают здравоохранение не только частью происходящей в стране культурной революции, но и придают ему значение народнохозяйственного фактора. Амбулатория, больница, общественная столовая и т. д. становятся важнейшими цехами на предприятии. Борьба за снижение заболеваемости рабочих становится одним из существеннейших факторов повышения производительности труда и снижения себестоимости.

Наряду с дальнейшим развитием лечебной медицины, особенно во вновь возникающих промышленных центрах, органы здравоохранения должны поставить перед собой и перед всей рабочей общественностью задачу оздоровления труда и быта в полном объеме (жилищно-коммунальное строительство, общественное питание, широкая работа пункта

перейти помощи на предприятиях и т. п.). „Они должны так поставить и развернуть свою работу, чтобы хозяйственные органы отчетливо почувствовали эффективность врачебной работы, как фактора рационализации производства, подъема эффективности труда и снижения себестоимости“. (М. Владимирский, Борьба с заболеваемостью. „Правда“ 19 августа 1930 г.)

„Лозунг конкретного руководства должен пронизать всю нашу работу сверху до низу“ (Каганович).

Таковы задачи здравоохранения на грани XIV и XV годовщины Октября. И каждый врач, каждый работник здравоохранения должен положить все силы к их выполнению.

Отдел I. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из Кр. Микробиологического института Т.Н.К.З. (Директор д-р С. Ф. Немшилов, научный руководитель проф. В. М. Аристовский) и кафедры Микробиологического Казанского государств. медицинского института (зав. кафедрой проф. В. М. Аристовский).

К методике культивирования *spiroch. pallida*.

Прив.-доц. Р. Р. Гельцера.

В связи с необходимостью изучения иммунобиологических свойств *sp. pallida*, приготовления антигенов из этих спирохет для практических целей перед нами возник вопрос о получении массовых культур *sp. pallida*. Для получения таких к-р должна быть, с одной стороны, по возможности упрощена методика выращивания, а с другой — применяемые питательные среды не должны содержать кусочков органов, легко распадающихся и переходящих в осадок при центрифугировании. Освобождение культур от этих частиц путем отстаивания и сливания сопряжено с потерей большого количества материала. В этом отношении имело бы большое значение выращивание *sp. pallida* или с кусочками таких органов, которые не давали бы помутнения среды, или выращивание без добавления кусочков животной ткани. Что касается первой возможности, то, несмотря на прибавление к питательному бульону кусочков таких сравнительно трудно разрыхляющихся органов, как сердце или легкое, — среда все же мутнеет, и таким образом при центрифугировании в осадке накапливаются мельчайшие частицы этих органов. Относительно развития спирохет нужно сказать, что на такого рода средах, состоящих из одного бульона из конины, $pH = 7,6$, с прибавлением кусочков мышцы сердца или легкого, к-ры развиваются хорошо, но все же развитие наступает несколько медленнее и количество спирохет меньше, чем на обычно нами применяемой среде с кусочками печени быка.

Вопрос о возможности выращивания *sp. pallida* на средах без прибавления кусочков животной ткани как будто разрешился методом Вруслева, который для культивирования ряда анаэробов, в том числе и бледной спирохеты, заменил животную ткань кусочками ваты, являющейся прекрасным адсорбентом кислорода. Эта методика дала хорошие результаты и в проверочных опытах Готовой и Вахмистровой, испытавших ее при выращивании 13 основных штаммов анаэробных бактерий. В этих опытах авторы на „ватной“ среде при доступе воздуха (пробирки закрывались обыкновенными ватными пробками) получали хороший рост в первые же сутки. С другой стороны, мы имеем опыты Hoder'a с выращиванием *sp. pallida* (шт. K 66) на бульоне, $pH = 7,6$, с 10% кроличьей сыворотки. На таком сывороточном бульоне без добавления кусочков органов спирохеты развиваются и в некоторых случаях обильно, но такая среда все же не может заменить питательную среду с кусочками органов, так как получаемые результаты не закономерны и последующие генерации (2 и 3) не всегда удаются.

Для получения к-р. *sp. pallida*, свободных от примеси мельчайших частиц органов, нами были предприняты опыты выращивания *sp. pallida* наших I и II штаммов и шт. Reiter'a по методу Врублевского и на сывортоточном бульоне по Hoder'y. До этого, однако, нами были поставлены сравнительные опыты выращивания *sp. pallida* на жидких средах с кусочками печени, в которых применялся различный питательный бульон, т. е.: наряду с основной питательной средой с бульоном из конины с 1% пептона Witte были применены среды из бульона на бычьем мясе с прибавлением 1% пептона „фармакон“ и из бульона Готтингера (разведение 1:2). Во всех этих опытах бульон применялся с $pH=7,6$; стерилизация в течение $\frac{1}{2}$ часа при 110° . Выращивание производилось под слоем вазелина при 35° в течение 7 дней. Эти опыты показали, что среда с мясопептонным бульоном из бычьего мяса и пептоном „фармакон“ несколько уступает основной среде с бульоном из конины с 1% пептона Witte и среде с бульоном Готтингера. В отношении ценности бульона нужно отметить, что бульон по Готтингеру может вполне заменить до сих пор нами применяемый бульон из конины с 1% пептона Witte. Подвижность спирохэт, как мы в этом убедились на бесчисленном ряде опытов, является даже энергичнее и сохраняется дольше при хранении к-р при комнатной t° , чем на обычной среде. Итак, в результате этих опытов мы теперь для поддержания культур наших штаммов I и II и шт. Reiter'a, а также для получения, что особенно важно, массовых культур применяем питательную среду, состоящую из бульона Готтингера (1:2), $pH=7,6$, с прибавлением кусочков печени быка.

Опыты с „ватной“ средой.

В качестве питательной среды мы применяли бульон из конины с 1% пептона Witte, $pH=7,6$, и бульон Готтингера (1:2) с прибавлением 0,1—0,2 гр. гигроскопической ваты на 8,0 куб. с. бульона; стерилизация при 110° $\frac{1}{2}$ часа. С имеющимися у нас в лаборатории тремя штаммами *sp. pallida* первоначально были поставлены 3 серии опытов: выращивание спирохэт под слоем вазелина, жидкого парафина и без заливки, т. е. при полном доступе воздуха. Выращивание производилось при 35° — 37° , исследование в „Dunkelfeld“ на 5, 10 и 14 день. Результаты этих опытов представлены в нижеследующей таблице.

	I.	II	R
Ватная среда с заливкой вазелином	3—5	5—7	1—2
„ „ „ жидк. парафин.	0	0	0
„ „ „ при доступе воздуха	0	0	0

обозначения: первые цифры указывают—число спирохэт.

вторые цифры—число полей зрения

0 = спирохэты не обнаружены

R = шт. Reiter'a.

Подвижность спирохэт слабая; в таблице указано максимально число спирохэт, наблюдавшееся в поле зрения, причем материал для исследования брался в данном случае со дна пробирки; при взятии же из более высоких слоев нередко спирохэты не могли быть обнаружены в целом ряде полей зрения. При повторении опытов мы получали или те же результаты, или даже худшие, т. е. спирохэты развивались настолько

скудно, что могли быть определяемы при микроскопии далеко не в каждом поле зрения.

Таким образом, этот метод выращивания на оригинальной „ватной“ среде в отношении наших штаммов и шт. R оказался совершенно непригодным. Повидимому, хотя анаэробные условия и создаются, но они или для развития спирохет оказываются недостаточными, или же такая питательная среда является неполноценной в отношении необходимых для развития спирохет питательных веществ. При добавлении к бульону кусочков печени, несомненно, получаемый при стерилизации отвар печени играет роль питательного вещества, так как в поставленных нами опытах для изучения значения кусочков печени выяснилось, что если к физиологическому раствору NaCl прибавить кусочки печени и простерилизовать обычным путем, то на такой крайне упрощенной питательной среде под слоем вазелина спирохеты развивались довольно пышно с тем только отличием, что максимум развития наступал не на 7 день, как это наблюдается при нашем обычном методе культивирования, а на 12—15 день; затем, быстрее наступало обратное развитие (неподвижные формы, распад). При попытках получения ряда генераций на этой упрощенной среде при последующих пересевах к-ры развивались все медленнее и медленнее, и таким образом для длительного культивирования эти среды оказались непригодными. Но из этих опытов можно сделать вывод, что печень, кроме выполнения адсорбента кислорода, имеет еще значение как питательное вещество и при этом весьма ценное для развития спирохет. В связи с этим нами были поставлены опыты выращивания спирохет: 1) на „ватной“ среде с заменой бульона из конины нашим печеночным (1 ч. размельченной печени быка + 4 ч. физиологического раствора NaCl, кипячение $\frac{1}{2}$ часа и фильтрование; pH = 7,6) и 2) на жидкой среде, состоящей из бульона из конины или по Готтинбергу с кусочками печени, но с удалением после стерилизации кусочков печени (фильтрование через бумажный фильтр) и с заменой их ватой (последующая стерилизация также при 110° — $\frac{1}{2}$ ч.). Результаты этих опытов тоже получились отрицательные. Отсюда мы заключаем, что роль кусочка печени является, повидимому, более сложной.

С другой стороны, зная из наблюдений Нодерга, что спирохеты могут развиваться (правда, не всегда обильно) на бульоне с кроличьей сыворотки без прибавления кусочков органа, мы составили питательную среду таким образом, что к „ватной“ среде добавили 10% кроличьей сыворотки, нагретой в течение 1 часа при 60° , и при выращивании на такой среде получили очень хорошие результаты. На этой среде под слоем вазелина уже на 7—10 день можно было определить бесчисленное множество спирохет, а при взятии материала со дна мы имели сплошную массу спирохет, причем макроскопически среда оказывалась помутневшей и наиболее интенсивно в области комка ваты, а на дне находился беловатого цвета осадок, сплошь состоящий из спирохет. Жизнеспособность таких к-р сохранялась при 35° не менее 40 дней (дальнейшие наблюдения не были произведены). Таким образом применяя эту „ватную среду“ с добавлением кроличьей сыворотки мы получили такие же результаты, как и при выращивании с кусочками печени, но в этом случае, хотя методика и несколько усложнялась благодаря введению момента прибавления сыворотки, мы все же имеем к-ру без

взвеси мельчайших частиц животной ткани. Однако, для получения массовых к-р такого рода среда вследствие необходимости применения большого количества сыворотки кролика оказывается малоприменимой.

При дальнейших поисках возможности замены кроличьей сыворотки нами были поставлены опыты с заменой этой сыворотки прежде всего лошадиной, затем асцитической жидкостью и бараньей сывороткой. Из этих опытов выяснилась непригодность лошадиной сыворотки и асцитической жидкости (спирохеты встречались изредка). Что же касается бараньей сыворотки (нагретой 1 ч. при 60°), то она дала хорошие результаты, в особенности с бульоном Готтингера (1:2), pH = 7,6. В контрольных опытах с исключением кусочка ваты, но при добавлении сыворотки к бульону, под вазелином, получался рост спирохет, но он наступал медленнее, отсутствовала закономерность в положительных результатах (иногда спирохеты не развивались) и никогда такие культуры не достигали того пышного развития, какое наблюдалось на среде из бульона Готтингера с кусочками ваты и добавлением 10% бараньей сыворотки. На „ватной“ среде с бараньей сывороткой мы получали такие же результаты, как и на аналогичной же среде с добавлением кроличьей сыворотки. Преимущество первой среды очевидно, так как сыворотка барана для массовых культур является более доступной, чем сыворотка кролика.

В заключение мы остановились еще на опытах выращивания *sp. pallida* наших штаммов на обычно применяемой питательной среде с кусочками печени при доступе воздуха, т. е. без заливки вазелином, так как Нодер в своих опытах выращивания *sp. pallida* на жидких питательных средах указывает, что заливка жидким парафином играет второстепенную роль. Этот автор мог без ущерба для развития спирохет получить ряд поколений к-р, выращиваемых при полном доступе воздуха. В аналогичных опытах (нашими штаммами и шт. Reiter'a) мы получили иные результаты: развитие спирохет при доступе воздуха идет медленнее, не достигает того максимума развития, который характеризуется даже сильным помутнением всей питательной среды и образованием осадка из спирохет, которые мы наблюдаем при выращивании под слоем вазелина, 2) спирохеты оказываются слабо и едва подвижными, а с энергичной подвижностью встречаются только на дне пробирки, в области кусочка печени и 3) нам удалось провести лишь 2 поколения, в 3-ей генерации развития спирохет не наступило. Таким образом, на основании этих опытов, мы считаем, что для развития *sp. pallida* наших штаммов заливка вазелином, т. е. исключение доступа воздуха играет весьма важную роль; без заливки вазелином поддержание к-р в ряде поколений невозможно¹⁾.

Выводы:

- 1) Применение „ватных“ сред по методу Врублевского для выращивания *sp. pallida* наших штаммов не дало положительных результатов.
- 2) Замена кусочков животной ткани ватой оказалась возможной лишь при условии добавления к питательному бульону 10% сыворотки

¹⁾ Когда настоящая статья была уже закончена, нам стала известна интересная работа Hilgermann'a о культивировании *sp. pallida* на средах с кусочком желтого фосфора.

кролика или барана. В этом случае, в особенности же применяя Готтингеровский бульон (1:2), pH=7,6, с добавлением 10% сыворотки барана, нагретой при 60° в течение 1 часа, возможно получение под вазелином культур, которые по пышности развития ничем не отличаются от к-р, получаемых на бульоне с кусочками печени.

3) Наши культуры *sp. pallida* без заливки вазелином, т. е. при доступе воздуха, не развиваются.

Из экспериментального отделения (завед. Л. Л. Бродский) 1-го Украинского гос. дермато-венерологического института имени Е. С. Главче (директор — М. Г. Хорошин).

Опыт выращивания бледной спирохеты в тканевых культурах.

М. М. Израэльсона.

Условия жизни микроорганизмов в тканевых культурах, конечно, не идентичны условиям их жизни в живом организме, но они приближаются к ним и потому очень многие вопросы, связанные с взаимоотношением между живой тканевой клеткой и вирусом, могут быть разрешены при непосредственном наблюдении *in vitro*.

Carrel и Jngebriqsten¹⁾ первые показали, что ткани, выращиваемые вне организма, способны вырабатывать антитела. В тканевых культурах можно получить выработку гемолизина, бактериолизина (Schiff²⁾), преципитинов (Pzygode³⁾), Bloom, Löwenthal и Miesch⁴⁾ в культурах из селезенки кролика наблюдали фагоцитоз. Smyth⁵⁾ выращивал в тканевых культурах различные виды микробов и сделал чрезвычайно интересное наблюдение: оказалось, что некоторые патогенные микроорганизмы как бы способствуют пролиферации фибробластов, загрязненные же вульгарными микробами культуры быстро погибают. Lewis³⁾ отмечает, что в культурах желез, зараженных *in vitro*, появляются полибласты и характерные для них продукты их преобразования: эпителиоидные и гигантские клетки. Эпителиоидные клетки фагоцитируют, туберкулезные палочки, окружая их колонии, соединяются в группы, сливаются в гигантские клетки, образуя гистологически типичный бугорок.

Особенно ценным оказался метод тканевых культур при выращивании фильтрующихся вирусов. Фильтрующиеся вирусы могут жить и размножаться *in vitro* только в симбиозе с тканевыми элементами; с прекращением жизни ткани прекращается жизнь и размножение фильтрующегося вируса.

Спирохет выращивали в тканевых культурах очень мало. Steinhartdy⁶⁾ первому еще в 1913 г. удалось культивировать в тканевых культурах бледную спирохету. Выращивал еще спирохет (*Sp. pallida* и *Sp. gallinorum*) и Levaditi⁷⁾. Levaditi отмечает, что спирохеты не способны развиваться в тканевых культурах: несмотря на пышный рост фибробластов, *Sp. gallinorum* живет в культуре фибробластов не дольше 5—6 дней. Бледная спирохета в тканевых культурах, по Levaditi, также быстро теряет свою жизнеспособность и вирулент-

ность. Она прекращает свою жизнь уже на 9-ый день, но на 15-ый день еще можно наблюдать в импрегнированных серебром препаратах инволюционные формы спирохет. Заразить кролика спирохетами из тканевых культур *Levaditi* не удалось.

Мы попытались выращивать бледных спирохет, как в культурах сифиломы кроличьего яичка, так и в культурах из кроличьих шанкров. Всего нами поставлено было 8 опытов: 5 из кроличьих орхитов и 3 из кусочков шанкров. При каждом опыте наложено было 20—25 культур. Часть культур выращивалась при 38,5—39°—*optimum*'е роста кроличьей ткани, часть культур выращивалась при 35°—*optimum*'е роста бледной спирохеты. Средой для культур служила кроличья (часто аутогенная) плазма и экстракт из кроличьей же селезенки.

При 38,5° кусочки сифилом яичка уже на 2-ой—3-й день обрастали довольно густым венчиком фибробластов. На 2-й день можно было видеть в *ultra*, что в окружающую плазму выползает множество очень подвижных спирохет, вполне сохранивших свою форму. На 3-й день спирохеты как бы несколько набухали, становились толще, движения их делались медленнее, на 4-ый день спирохеты уже теряли облик бледных спирохет: завитки их уплощались, тело утолщалось, движение вялое, пассивное. Если культура не перевивалась, то на 5-ый день в окружающей плазме мы их совсем не находили. При перевивке же, которая обычно производилась на 3-й день роста культуры, на 2-ой день после пассажа мы в окружающей плазме снова видели многих свежих, хорошо сохранивших форму, подвижных спирохет—получалось впечатление, что в новую среду выползло из пересаженного кусочка много новых спирохет, но на 3-й день эти спирохеты также дегенерировались, и на 4-й день после пассажа, т. е. на 7-ой день после первичного заложения культуры мы видели лишь единичные, едва передвигающиеся спирохеты, резко утолщенные, с совершенно плоскими завитками. После 3-го пассажа мы вообще больше в плазме спирохет не находили.

Некоторые культуры мы не пересаживали в другую плазму, а просто на 2-й, 3-й день после заложения культуры, отсасывали жидкость и, промыв культуру рингеровским раствором (для удаления продуктов обмена), прибавляли экстракт из кроличьей селезенки (т. е. свежей питательной среды). На 5-ый день в таких культурах при пышном росте фибробластов мы в окружающей плазме совсем не находили спирохет, в то время как при пересадке кусочков в новую плазму, мы находили слабо подвижных спирохет еще на 7-й день.

При 35° нам удавалось находить спирохет даже еще в 4-м пассаже, т. е. на 16-й день, так как пассировали мы такие культуры только на 4-й день, но рост фибробластов в таких культурах был очень слабый, неравномерный.

В 2-х случаях мы пытались заразить кроликов растущими культурами из сифиломы яичка, но безрезультатно. Один из инфицированных кроликов погиб на 4-м месяце от интеркуррентного заболевания; от 2-го на 9-м месяце была взята поплитеальная железа и перевита 2-м свежим кроликом. Срок наблюдения еще не истек (пока прошло всего 2 м.).

Из 42-х посаженных кусочков из кроличьих шанкров нам лишь в 2-х случаях удалось получить слабый рост фибробластов—в обоих с одной стороны эксплантированного кусочка. Но несмотря на то, что роста

ткани мы в остальных случаях не наблюдали, почти всегда мы отмечали выплывание чрезвычайно подвижных спирохет в окружающую плазму, причем у нас получилось впечатление, что спирохеты здесь не так быстро дегенерировали, что они лучше сохраняли свою подвижность без перевивки даже на 4-ый—5-й день после наложения культур. Если даже после пересадки нерастущего кусочка шанкра в новую среду, он подвергался некоторому аутолизу, уменьшался в объеме и вокруг него в плазме образовывалась небольшая полость, то все-таки спирохеты в этой плазме оставались еще подвижными и не слишком заметно изменялись морфологически.

На основании наших данных у нас сложилось убеждение, что бледные спирохеты в тканевых культурах не размножаются, а только „переживают“. Но переживать они могут и значительно дольше и не в культурах тканей, а просто при сохранении на льду или при комнатной t^0 с кусочками ткани и даже без таковых. По Lacy и Haythorn⁸⁾ *Sp. pallida* сохраняет свою подвижность при комнатной t^0 в капиллярах с сывороткой из язвы до 121-го дня, в тканях (яичко кролика) в физиологическом растворе 58 дней. Kissmeyer⁹⁾ получал субкультуры от спирохет, сохранявшихся 3 месяца при 16^0 .

У нас создалось впечатление, что расщипные *in vitro* фибробласты несколько даже подавляют нормальную жизнеспособность бледной спирохеты, что чем быстрее и пышнее растут *in vitro* фибробласты, тем быстрее дегенерирует бледная спирохета. Насколько правильно наше предположение, покажет только дальнейшее наблюдение.

Литература: 1) Carrel et Jngebriqsten. Compt. rend. Soc. Biol. t. 72, 1912.—2) Schilf. Zbl. f. Bact. Orig. I, Bd. 97, 1926.—3) Цит. по A. Fischer. Gewebezucht. München, 1927.—4) Loewenthal und Misch. Z. Hyg. Bd. 110, 1929.—5) Smyth. Zbl. f. Bact. Orig. I, Bd. 76, 1915.—6) Цит. по Кронтовский и Полев. Метод тканевых культур, 1917.—7) Levaditi. Arch. f. exp. Zellforschung, Bd. VI, 1928.—8) Lacy and Haythorn. Ref. Zbl. f. H. u. G. Bd. III, 1922.—9) Kissmeyer. Derm. Z. Bd. 52, H. 2, 1928.

Из Детской клиники Гос. института для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Завед. проф. Е. М. Лепский).

Содержит ли соя антирахитический витамин?

(Экспериментальное исследование).

Проф. Е. М. Лепского и д-ра Г. С. Тяминой.

Соя должна получить широкое распространение у нас в Союзе в качестве продукта питания, частично заменяющего белки животного происхождения. Одной из первоочередных задач для физиологов, гигиенистов и врачей является поэтому всестороннее исследование питательных свойств сои.

В литературе о сое встречаются указания, что продукты ее содержат антирахитический витамин; такие утверждения имеются в книге Хорвата и в сводке о сое Тупиковой, изданной в 1930 г., но доказательств, подтверждающих это мнение авторы не приводят. Как известно, антирахитический витамин содержится почти исключительно в жирах животного происхождения; встречающиеся нередко в литературе утвержде-

ния, что он содержится в различных растениях, заимствованы большей частью из работ, вышедших до того как Мс. Collum удалось (в 1922 г.) доказать, что антирахитический фактор не тождественен с витамином А; этот последний действительно встречается во многих растениях. Впрочем, в некоторых растениях имеется и антирахитический витамин. Так, Scheunert и Reschke нашли его в съедобных грибах; Schittenhelm и Eisler—в произрастающих зернах. Из растительных масел слабое антирахитическое действие обнаружено было до сих пор только в кокосовом. Но в этом случае появление витамина D в масле можно объяснить действием ультра-фиолетовых лучей на мякоть кокосовых орехов, так называемую „копру“, которая сушится на солнце перед отжиманием масла. По отношению к сое вопрос о содержании в ней антирахитического витамина не выяснен, что и побудило нас заняться им. Так как витамин D относится к растворяющимся в жирах, то скорее всего можно было рассчитывать обнаружить его в масле сои. Крапоткинский маслобойный завод любезно предоставил нам пробу соевого масла, а также жмыха сои, за что еще раз выражаем здесь благодарность работникам завода. Физические и химические константы присланного масла вогласно анализа, произведенного в санитарно-гигиеническом отделении Казанского института социальной гигиены, следующие: удельный вес 0,928, кислотное число 0,2; число омыления 180; йодное число Гюбля 126.

Опыты ставились нами на крысах по методике подробно описанной одним из нас (Лепским) в другом месте (см. литер.). Животные содержались на корме (Steenbuck), имеющем следующий состав: кукурузы 76%, пшеничного белка 20%, углекислого кальция 3% и хлористого натрия 1%. С самого начала опытов одни животные получали в дополнение к корму по 0,2 см.³ соевого масла в день, другой контрольной группе животных мы давали вместо соевого масла такое же количество трескового жира, защищающего от рахита; результаты опытов проверялись путем рентгеновских снимков с конечностей подопытных животных и затем вскрытием и гистологическим исследованием костей.

Испытание антирахитических свойств соевого масла.

Таблица № 1.

№№ опытов	Вес крысы в начале и в кон- це опыта	Суточная до- бавка к рахи- тогенному корму	Результаты рент- геновского иссле- дования	Макро- и микроско- пическое исследов.
1	55,0—78,0	} 0,2 см. ³ сое- вого масла	} Рахит есть	} Рахит хорошо выраж. Рахит слабо выражен То же
2	48,0—62,0			
3	47,0—63,0			
4	62,0—83,0	} 0,2 см. ³ трес- кового жира	} Рахита нет	} Рахита нет
5	33,0—48,0			
6	64,0—78,0			

Как видно из таблицы № 1, животные, получившие в добавление к корму, вызывающему рахит, тресковый жир, рахитом не заболели; животные же, получавшие в качестве добавки соевое масло, заболели рахитом.

Можно было, однако, предположить, что при отжимании масла из бобов антирахитический фактор остается в жмыхе. Указание такого рода имеется в цитированной выше работе Хорвата. Надо было, следовательно, испытать в этом отношении и жмых. Произвести это исследование путем прибавления жмыхов к корму, вызывающему рахит, нам пред-

ставлялось нецелесообразно по следующим соображениям. Кормовые смеси, вызывающие рахит, должны содержать соли фосфора и кальция в определенном соотношении. Прибавление же жмыха могло бы изменить это соотношение таким образом, что смесь больше не будет вызывать рахита, несмотря на отсутствие в ней витамина D. Поэтому мы решили извлечь из жмыха предполагаемый витамин эфиром и испытать противорахитическое действие такого экстракта.

Мы подвергли 100 г. жмыха извлечению эфиром в аппарате Сокслета в течение 8 часов; отогнали большую часть эфира из экстракта; прибавили 20 см.³ льняного масла и затем отогнали остатки эфира. Эти 20 см.³ масла, содержавшие экстракт из 100 г. жмыхов, были скормлены в течение 3-х недель трем крысам по 0,3 к. с. в день, так что каждая получала ежедневно экстракт из 1,5 г. жмыха. Животные, как и в предыдущей серии опытов, получили корм Стинбока. Одновременно с этими опытами поставлены были контрольные опыты с тресковым жиром в качестве положительного контроля и с льняным маслом в качестве отрицательного контроля.

Испытания эфирного экстракта из соевого жмыха.

Таблица № 2.

№№ опытов	Вес крысы в начале и в кон- це опыта	Суточная до- бавка к рахито- генному корму	Результаты рент- геновского иссле- дования	Макро- и микроско- пическое исследов.
1	46,0—73,0	} Экстракт из 1,5 соевого жмыха	} Рахит резко выражен	} Рахит выражен резко
2	46,0—69,0			
3	47,0—73,0			
4	49,0—66,0	} 0,2 см. ³ тре- скового жира	} Рахита нет	} Рахита нет
5	51,0—72,0			
6	50,0—82,0	} 0,2 см. ³ льня- ного масла	} Рахит резкий	} Рахит хорошо вы- ражен
7	49,0—78,0			

Из таблицы № 2 видно, что и эфирный экстракт из жмыхов также не обнаруживает противорахитического действия: животные, получившие экстракт в дополнение к корму, вызывающему рахит, заболели рахитом так же, как животные, получающие заведомо недействительное льняное масло; в это же время крысы, получавшие тресковый жир, рахитом не заболели.

Можно было еще сделать предположение, что искомый витамин в жмыхе имеется все же, но почему-либо не перешел в экстракт. Чтобы выяснить, не оказывает ли антирахитического действия соевый жмых в целом, мы решили поставить еще несколько опытов с кормовой смесью, в которую входит жмых. Для этого мы заменили в кормовой смеси Стинбока в одном случае 3%, а в двух других—10% кукурузы жмыхом. В остальных опыты были поставлены таким же образом, как и в предыдущих сериях. При этом мы отдавали себе отчет, что отсутствие рахита у животных, подвергнутых эксперименту, нельзя будет рассматривать (по соображениям, изложенным выше), как доказательство наличия антирахит. фактора в жмыхе; но наличие рахита у этих животных говорило бы за отсутствие витамина D в корме.

Крысы, получавшие корм, вызывающий рахит вместе с соевыми жмыхами, заболели резко выраженным рахитом. Поставленные одновре-

менно контроли с льняным маслом и тресковым жиром, дали в первом случае рахит, а во втором—отсутствие рахита ¹⁾).

Все три серии проведенных нами опытов говорят, следовательно, за то, что в исследованных нами соевом масле и жмыхе сои антирахитического фактора не имеется.

Не обнаружив антирахитического фактора в сое, мы в то же время могли убедиться в других достоинствах сои, как питательного продукта. В тех опытах, в которых крысы не получали сои, средняя прибыль веса за 3 недели, пока продолжался опыт, составляла 41⁰/₁₀₀ начального веса; эта цифра исчислена нами как средняя из производившихся в последнее время 58 опытов на корме Стинбока. Когда же мы в этом корме часть кукурузы заменили соевым жмыхом, рост животных пошел гораздо лучше; в том случае, где количество жмыха составляло в корме 3⁰/₁₀₀, вес за 3 недели поднялся с 65,0 г. до 107,0 г., т. е. на 64,6⁰/₁₀₀; при 10⁰/₁₀₀ жмыха в корме вес поднялся в одном случае с 59,0 до 109,0, а в другом с 53,0 до 119,0 г. т. е. в среднем на 93,2⁰/₁₀₀. При этом экспериментальные животные обнаруживали большую подвижность и жадность к корму. Столь благоприятное влияние на рост от прибавления к корму соевого жмыха надо объяснить, главным образом, наличием в белках сои тех аминокислот, которые необходимы для развития животного организма, но им самим не вырабатываются, а в растительной пище имеются в недостаточном количестве или совсем отсутствуют. Таковы аминокислоты лизин, триптофан, тирозин, цистин.

Отмечая благоприятное влияние сои на рост, надо указать на следующее обстоятельство. Быстрый рост, вообще говоря, является фактором, благоприятствующим развитию рахита; за это говорят как клинические наблюдения над детьми, так и опыты на животных. Дети, которые растут плохо вследствие недочетов питания или по другим причинам, обычно рахитом не заболевают; наоборот, резко выраженные формы рахита нередко наблюдаются у детей, вес и рост которых идет очень хорошо. В опытах на животных также можно констатировать, что те из вызывающих рахит кормовых смесей, которые дают наибольший прирост веса, вызывают наиболее сильно выраженный рахит. Как сообщает W. L. Robison, прибавление значительного количества сои (до $\frac{1}{3}$) к корму поросят действительно может содействовать развитию у них рахита.

Приведенные факты выдвигают вопрос о том, не могут ли содействовать развитию рахита и соевые препараты в случае добавления их в пищу маленьких детей. Такой же вопрос можно было бы поднять по отношению ко всякому продукту, содействующему усиленному росту и не содержащему антирахитического фактора. Имеющиеся немногочисленные пока данные о применении препаратов сои для питания детей не подтверждают такого опасения. Несомненно, во всяком случае, что возможная тенденция к развитию рахита легко устранима путем установления надлежащей пропорции между соевыми и другими продуктами, путем введения в пищу детей продуктов, противодействующих развитию рахита, как яичный желток, рыбий жир и др., и при помощи соответствующей организации общего режима в смысле достаточного пользования све-

¹⁾ Таблицы для краткости не приводим, так как результаты получились аналогичные предыдущей серии опытов.

том и т. п. Поэтому приведенные данные несколько не должны нас удерживать от использования исключительных питательных качеств сои и для детей самого раннего возраста.

Выводы.

1. Исследованные в опытах на животных соевое масло и соевый жмых не содержат антирахитического фактора.
2. Добавление соевого жмыха к корму молодых животных оказывает очень благоприятное действие на их рост.

Литература: 1) Лепский Е. М. Экспериментальный рахит. Сборн. трудов Гос. инст-та для усоверш. врачей им. Ленина в Казани, т. II, 1931 г.— 2) Mc. Collum a. Nina Simmonds. The newer knowledge of nutrition. New-York, 1927 (есть русский перевод).— 3) Robison W. L. Soybeans and soybean-oilmeal. Ohio agricultural experimental station. Wooster, Ohio, 1930. Bul. 452.— 4) Scheunert u. Reschke. Deutsche med. Woch. 1931, S. 349.— 5) Schittenhelm u. Eisler. Z. f. exp. Med. Bd. 75 и Kl. W. 1931, № 22.— 6) Тупикова. Соя. Ленинград, 1930. Изд. Всесоюз. ин-та прикл. ботаники и нов. культур.— 7) Хорват. Масличные (соевые) бобы как кормовое и пищевое растение. Харбин, 1927.

Из Хачмасской (Азербайджан) тропической станции и больницы.

К эпидемиологии и клинике малярийной комы (Encephalitis malarica).

П. Н. Степанова, Е. А. Тутаевой и А. И. Аббасова.

Кажется, ни одно из заболеваний не имеет столь многогранной и пестрой клинической картины как малярия. Нет той системы, нет того органа, которые в той или иной мере не проявили бы свою ответную реакцию на малярийный токсин. Среди этого полиморфизма клинических симптомов малярии, безконечного разнообразия ее осложнений, некоторые заслуживают особо внимательного отношения. К числу таких относятся осложнения со стороны нервной системы. Осложнения эти могут быть: 1) со стороны центральной нервной системы, 2) со стороны периферической нервной системы и 3) со стороны вегетативной нервной системы. Осложнения со стороны периферической нервной системы проявляются невралгиями, невритами, полиневритами. Со стороны вегетативной нервной системы: потливость, бледность, слезотечение и т. д. Со стороны центральной нервной системы осложнения проявляются в виде гемиплегий, параличей, эпилепсий, синдрома типа рассеяного склероза, менингита, энцефалита.

Малярийные энцефалиты, как осложнение столь часто наблюдающееся в Хачмасском районе, раньше описывались под именем малярийной комы. Понятие это, постепенно утрачивая свою аморфность, принимает отчетливые, ясно очерченные клинические формы. Уже одно наименование „Encephalitis malarica“ определенно указывает, что данное осложнение малярии не следует смешивать ни с сопором, ни с малярийным менингитом.

За малярийные сезоны 1929 и 1930 гг. через стационар Хачмасской тропической станции и больницы прошло 45 больных с Enceph. malarica: 19 человек за 1929 г. и 26—за 1930 г., что составляет 15,3% общего количества госпитализированных малярийей.

Encephalitis malarica относится к числу наиболее грозных осложнений малярии. Географическое распространение его широкое (Индия, Мадагаскар, Панама, Океания, Батавия, Греция). В СССР оно встречается в Нижнем и Среднем Поволжье (одно время оно появилось в Самаре, где и было принято за чуму), в Башреспублике (Токчуранская волость), Северный Кавказ (Грозный), Средняя Азия, Закавказье (Сухум, Грузия, Азербайджан). Что же касается Азербайджана, то, нужно сказать, Enceph. mal. наблюдается здесь во многих пунктах. Хачмас в этом отношении пользуется наиболее дурной репутацией.

По данным проф. Кушева и Китаева Enceph. mal. в Саратове наблюдается с половины июля до начала и половины октября. В Хачмасском районе эта форма малярии имеет больший диапазон: с начала июля до декабря месяца. Единичные случаи наблюдаются и в декабре: в 1929 г. последний случай наблюдался нами 13/XII.

Нижеследующая таблица дает распределение малярийного энцефалита по месяцам:

	Июль	Август	Сент.	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Итого
1929 г.	1	7	6	2	2	1	19
1930 г.	—	3	11	10	2	—	26

Вспышка малярийного энцефалита совпадает с периодом усиления тропической малярии, что идет за счет malariae tertianae, заболеваемость которой значительно снижается с июля месяца. По мере затихания тропической малярии кривая Enceph. mal. падает.

Все случаи тяжелой малярии вообще и в частности случаи с малярийным энцефалитом падают исключительно на пришлое, не оседлое население района. Среди нашего материала нет ни одного туземца (тюрка или русского). Все это—пришельцы с Поволжья, с Украины, из Сальского или Армавирского округов. В большинстве своем это—люди, ослабленные хроническим недоеданием, различными физическими жизненными невзгодами; люди, лишенные гигиенических условий существования. Взятые с родной почвы, с ее умеренным климатом, и переселенные в субтропический климат, в местность с большим количеством атмосферных осадков, в подчас неблагоприятные гигиенические условия,—они являются наилучшим материалом для малярийного вируса, наилучшей средой для него.

Разделив всех больных (за 1930 год) по роду занятий, мы получаем такую картину:

	Общее колич.	Мужчин	Женщ.	Выздор.	Детальн. исход
Сезонные рабочие	13	6	7	7	6
Беспризорные	9	8	1	—	9
Служащие	1	1	—	1	—
Дом. хозяйки	3	—	3	3	—
Итого . . .	26	15	11	15	11

Эта таблица показывает влияние социально-бытовых и жилищно-санитарных условий на течение малярии. Здесь мы видим, что беспризорные, живущие в особо неблагоприятных условиях, гибнут в 100%; ослабленный организм плохо противостоит инфекции. Все остальные группы только подтверждают справедливость этого вывода. Lavegan говорит, что у лиц никогда не болевших малярией, заболевание никогда не начинается с злокачественных приступов. Подобное утверждение — неверно. Все наши больные никогда малярией не болели. В данном вопросе наиболее верен взгляд Mühlen's'a, который говорит, что малярийная кома обуславливается особо вирулентными паразитами, которые приобретают свою вирулентность путем пассажа через ряд неиммунных организмов. Такая интерпретация отчасти объясняет, почему среди коренного населения Енисейск. ма. нами не наблюдается. Справедливость заставляет отметить, что, как увидим ниже, это все же полностью всего поднимаемого нами вопроса не объясняет.

По возрасту и полу наши больные распределялись так:

	В о з р а с т						
	14—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45 и старше
1929 г.	4	4	5	2	2	1	1
1930 г.	3	7	2	6	3	2	1

Эта таблица могла бы привести нас к неправильным выводам. Получается, как будто цветущий возраст сильнее всего подвержен опасности заболеть маляр. энцефалитом. Такое толкование было бы неверно, потому что основное ядро текучей, пришлой рабочей силы составляет возраст до 35 лет. Редко бывает, когда люди старше этого возраста, гонимые исключительной нуждой, оставляют насиженные, устроенные родные места и идут на заработки. Потому мы ни в коей мере не согласны с выводами Китаева, что „до 20 лет и свыше 50 лет малярийная кома встречается редко“. По нашим материалам группа в 14—19 лет не является уже такой малочисленной, т. к. у нас было много беспризорных; что же касается группы старше 40 лет, то меньшая заболеваемость здесь объясняется тем, что эти возрастные прослойки среди основного ядра рабочих количественно ничтожны.

Наши данные в отношении пола как будто совпадают с данными других авторов (Кушев, Китаев).

	Мужчин	Женщин	Итого
1929 г.	15	4	19
1930 г.	15	11	26

Действительно, среди женщин Енисейск. ма. встречается реже. Мы затрудняемся дать удовлетворительное объяснение этому явлению: возможно, что причина кроется в какой-либо биологической особенности жен-

щины, но возможно и то, что женщина все же меньше подвержена различным ослабляющим организм влияниям (тяжелый труд, алкоголь, табак) и различным физическим невзгодам, чем мужчина. Наконец, женщина более опрятна, лучше следит за собой—стало быть находится в лучшей санитарно-гигиенической обстановке, она охотнее лечится и точнее выполняет предписания врача.

Но коль скоро женщина заболевает *Енсерф. malarica*, то он у нее протекает отнюдь не легче, а скорее, наоборот, в более тяжелой форме.

	1929 г.			1930 г.		
	Общее колич.	Летальный исход		Общее колич.	Летальный исход	
		В абсолют- ных цифрах	В %		В абсолют- ных цифрах	В %
Мужчин	15	7	46,7%	15	8	53,3%
Женщин	4	2	50%	11	7	63,7%

Поэтому, нам кажется, все дело сводится не к биологическим особенностям женщины, а к социально-бытовым и санитарно-гигиеническим условиям ее жизни. Мы не склонны разделять взгляды других авторов относительно того, что женщина менее подвержена *Енсерф. malarica* еще и потому, что это осложнение часто встречается у беременных женщин. Это же отмечает и Китаев. Следовательно, стоит только организму женщины слегка ослабеть (токсины беременности), как он делается весьма податливым к малярийной коме (конечно, при наличии других данных, предрасполагающих к ней).

Отчего же не болеет комой коренное население? Возникает вопрос об иммунитете. В этом кардинальной важности вопросе нет единодушия. Косч, работавший над малярией в Новой Гвинее, высказался в пользу иммунитета при малярии на том основании, что туземцы пожилого возраста не болеют малярией. Такой же взгляд высказан Шингаревой, работавшей в 1912 г. на Мугани (Азербайджан), и проф. Кисель на 3-ем Всесоюзном малярийном съезде в 1925 г. Носчт считает явления иммунитета при малярии несовершенными и указывает на латентный период. Здродовский П. Ф. на материале своих наблюдений над эпидемиологией малярии в Красной армии (1920 г.) и на Мугани приходит к выводу, что при малярии нет полного иммунитета, но „повышается выносливость к малярии, как выражение состояния, т. н. лабильной инфекции.

На основании собственных эпидемиологических обследований населения Хачмасского района мы вполне присоединяемся к последнему взгляду: полного, прочного иммунитета при малярии нет, но есть иммунитет неустойчивый; состояние лабильного равновесия между вирусом и инфицированным организмом. Стойкого иммунитета нет уже и потому, что физический статус туземного населения носит многие стигмы инфантилизма, что особенно бросается в глаза при обследованиях школьников и новобранцев. Для иллюстрации сказанного достаточно указать, что горная часть Дивичинского района всегда дает 65—70% годности среди

призывающихся на военную службу. Низменная часть того же района, а также смежного с ним Хачмасского района, дает только 20—25% годных к военной службе. Такая большая разница между горной и низменной полосой одного района объясняется только тем, что низменная полоса Давичинского и Хачмасского районов является эндемическим очагом малярии.

Изучение паразитологии при *Encerph. malarica* показывает, что чаще это осложнение малярии вызывается *plasm. praesox* (кольца, пизонты, реже гаметы). При этом нужно отметить, что чистые случаи гаметоносительства протекают мягче: больные скорее выводятся из состояния глубокой комы, меньше дают осложнений. Еще чаще гаметоносительство вызывает *сопорозное* состояние. Наиболее тяжелые случаи *Encerph. mal.* вызываются не половыми формами паразитов—кольцами.

За последние годы описаны случаи *Encerphalitis malarica*, вызванные *plasm. vivax* (Ewing, Wiener, Залкинд и др.), а также *plasm. malariae* (Zager, Коровицкий). В нашем материале чистых форм последних двух паразитов не было, но были формы смешанные: *plasm. praesox cum plasm. vivax*, *plasm. praesox cum plasm. malariae et plasm. vivax*.

Патолого-анатомически *Encerph. malarica* сводится к тромбозу капилляров мозга паразитами. Dürck описал при *Encerph. mal.* специфические гранулемы в мозгу, что позднее было опровергнуто Непряхиным, который находил их и при других заболеваниях. Мы, вследствие условий участковой работы, не могли проводить гистологических исследований. Секции же нами проводились не раз и всегда в этих случаях мы находили сильно инфильтрированные сосуды мозга и мозговых оболочек.

По нашему мнению, тяжесть каждого отдельного случая обусловлена патолого-анатомическим субстратом: *prognosis* зависит оттого, какие мозговые центры наиболее страдают вследствие тромбоза капилляров. Очевидно, что здесь страдает и стенка капилляров и получаются кровоизлияния в вещество мозга. Кстати здесь же упомянуть, что геморрагические формы малярии в Хачмасском районе—довольно часты.

Дальше мы попытаемся наметить клиническую дифференциацию малярийного энцефалита. В течение данного осложнения мы подмечаем три стадии:

I-й стадий: Пенельно-серое лицо, с землистым оттенком. Ясные, не отражающие боли глаза, смотрящие безучастно, спокойно по сторонам. Эти спокойные глаза на безжизненном, замогильном фоне лица, при общей прострации—составляют резкий диссонанс. В этом стадии бывают высокие сухожильные и периостальные рефлексы. Иногда примешиваются менингеальные симптомы: ригидность затылка, симптом Кернига, кожная гиперестезия. Руки согнуты в локтевых суставах и приведены к груди. Разгибание вызывает глухой стон у больного. Волосы на фоне безжизненного лица кажутся мертвыми, тусклыми, точно на парике. Челюсти судорожно сжаты. Язык покрыт густой, вязкой слюной и увеличен. Губы сухие. *Foetus ex ore*—неприятный, холодящий. Дыхание частое, порывистое, прерываемое глубокими вздохами. Пульс малый, частый. В этом стадии бывает хорошая реакция на адреналин.

II-й стадий характеризуется нарастанием всех означенных выше симптомов. Больной как бы погружается в глубокий сон: дышит глубоко, шумно, изредка вздыхая. Температура доходит до 40°, чаще держится в пределах 37,9—38,8°. Рефлексы высокие. Введение адреналина больному в сознание не приводит. Оно только увеличивает двигательное беспокойство у больного и учащает его дыхание. При этом больной на короткое время приоткрывает глаза.

III-й стадий—терминальный. Арефлексия. Дыхание поверхностное, порывистое, часто типа Чейн-Стоковского. Все виды чувствительности утрачены. Руки в локтевых суставах расслабляются. Тоны сердца едва слышны. На адреналин, даже при интракардиальном введении—никакой реакции.

Продолжительность всех трех означенных стадий определяется многими данными, из которых вирулентность паразита и состояние организма играют решающую роль. Скорость, с которой нарастают все симптомы, неодинакова: в одних случаях больной погружается в кому на второй день заболевания малярией, в других случаях этому предшествует несколько дней болезни—5—6—10. Путем тщательного опроса выздоравливающих нам удалось установить, что коматозному состоянию всегда предшествовало несколько дней болезни. Только первые проявления болезни—слабость, плохой аппетит, неохота к труду, разбитость—плохо регистрируются сенсорным аппаратом заболевшего. Заболевший вначале думает, что это „так себе“ и всячески хочет отмахнуться от этого состояния, стараясь „разломаться“, уйти в работу. Только когда уже грянет гром, когда больной внезапно (для него) обессилеет, свалится с ног, тогда уже он ищет врачебной помощи. Да и тогда еще он весьма неохотно и неаккуратно пользуется назначенным лекарством—хинином.

Заслуживает внимания факт, что среди больных с *E. perfringens* преобладает *мышечный тип* или (реже) смешанный мышечно-дигестивный (классификация по Sigaud). Среди 45 человек не было ни одного астеника, ни одного церебрального типа. Позднее, когда наша работа была готова, мы имели беседу с д-ром Леонтьевым И. А. (И-т гематологич), который собственным опытом также подтверждает наши наблюдения.

Селезенка у коматозных обычно не прощупывается, количество паразитов в периферической крови огромное, но не всегда. Подсчет паразитов проводился нами на 100 лейкоцитов с пересчетом на 1 мм.³ Редко встречаются случаи с единичными паразитами. Количество паразитов в периферической крови не предвещает тяжести клинической картины. Мы имели больных, у которых количество паразитов доходило до 1.270 000 в 1 мм.³—(история болезни № 134, 6-ной Поляков)—и никакой комы не было. И наоборот: количество паразитов 2.480 в 1 мм.³—кома, закончившаяся летально.

По нашему мнению, повторяем, *все дело в анатомическом субстрате и в вирулентности паразита.*

Для характеристики клинической картины приведем несколько историй болезни.

I. История болезни № 125. Б-ная К-на Евдокия, 20 л., сезонная раб. из совхоза „Шоллар“, девушка, поступила на станцию 22/VII 30 г. По рассказам доставившей больную работницы, больная 14/VII во время полевых работ почувствовала сильную слабость, жар и ушла с работы. В бараке слегла и больше не вставала. Врач совхоза назначил хинин, который, по видимому, больной аккуратно не давался. До 22/VII все время держалась высокая температура и сильный пот. 22/VII в состоянии пространия больная была доставлена на троп. станцию.

Status praesens. Б-ная—среднего роста, хорошего питания, правильного телосложения. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Кожа смуглая, влажная на ощупь. Губы—сухие, покрыты корочками. Зубы все целы. Язык—сухой, увеличен, бледн. точно мацерированный. Видимые слизистые бледные. Зрачки расширены. *Органы дыхания:* Перкуссия—ясный звук. Аускультация—слегка жестковатое дыхание. *Органы кровообращения:* Левая граница абсолютной тупости—I. medio-clavicul. sinistra. Пульс 96, слабого наполнения, тоны сердца глу-

хне. Органы брюшной полости: Печень и селезенку прощупать не удается. Сокращения печени (по реберной дуге) вызывают у больной стон. Живот слегка вздут. **Нервная система:** Зрачковая реакция—на свет—сохранена. Зрачки слегка расширены. Сухожильные и периостальные рефлексы повышены. Патологических рефлексов нет.

Decursus morbi. 22/VII внутривенно введено 150 ст.³ $\frac{1}{4}\%$ chinini muriatici in sol. physiologici, ol. samphorae—1 ст.³ 3 раза в день. К вечеру сознание больной несколько прояснилось. Больная жалуется на головную боль, боли sub scrobiculo и по ходу тонких кишок. 23/VII б-ная снова погрузилась в кому. Тоны сердца глухие. Дыхание шумное, прерываемое тяжелыми вздохами. Руки согнуты в локтевых суставах, приведены; разгибание их вызывает у больной стон. В ночь на 25/VII положение еще более ухудшилось. Арефлексия. Дыхание поверхностное. Суставы расслаблены. Все виды чувствительности утрачены. При введении адrenalina интракардиально—учащение дыхания, легкое двигательное беспокойство на короткое время. К утру (25/VII) нарастают явления сердечной слабости. *Exitus.* Все дни больной вводилось внутривенно хинин в физиолог. растворе по утрам, вечером—10% chinopyrin 10 см.³ внутримышечно; камфора.

Кровь (22/VII): Hb 65%, Er 2280.000, L—10400, Tr—33600, Subst. ret.-fil. 10.000. Формула: Ю—15%, П—16%, С—40%, Л—20%, Мон—9%.

Паразиты: шизонты plasm. praesox 540800 в 1 к. мм., единичные гаметы praesox et malariae, деформированные гаметы plasm. vivacis РОЭ—весьма резко выраж. ускор. (63 дел. в 1 час). Serum окрашена в зеленый цвет. 24/VII—гаметы всех видов 33600 в 1 к. мм.

2 История б. № 188. Б-ная Пал—на Вера, 22 л., сезонная рабочая совхоза „Шоллар“. Б-ная доставлена на тропическую станцию 25/VIII в состоянии полной прострации. Сознание утрачено, глаза закрыты. При открытии век видны инъецированные склеры, слегка расширенные зрачки. Дыхание глубокое, порывистое. Челюсти сжаты. Руки согнуты в локтевых суставах и приведены. Недержание мочи. Арефлексия.

Status praesens. Б-ная небольшого роста, правильного сложения, с хорошим тургором ткани. Лицо одутловатое. Подкожная жировая клетчатка развита вполне удовлетворительно. **Органы дыхания:** Перкуссия—ясный звук. Аускультация—ronchi sonori. **Органы кровообращения:** Левая граница сердца на $1\frac{1}{2}$ пальца внутри от l. medio clavicul. sin. Тоны сердца очень глухие. **Органы брюшной полости:** Печень и селезенку прощупать не удалось.

Б-ная доставлена в 11 ч. дня. Тотчас же: а) Внутривенно— $\frac{1}{4}\%$ chinini muriatici in sol. physiologic. б) Под кожу: 2 к. с. 10% камфоры в эфире. Ни на тот, ни на другой укол больная совершенно не реагировала. Тип дыхания Чейн-Стокса.

В 11 $\frac{1}{2}$ ч. дня интракардиально 2 к/с. адrenalina 1/1000. Через несколько секунд б-ная замигала веками, потом совершенно открыла глаза и стала поднимать голову с подушки, прося пить. На вопросы—назвала свое имя и фамилию; сказала, что болеет 4 дня. Все движения ее в это время были порывистые. Еще через короткое время лицо б-ной сильно побледнело, глаза стали закрываться и больная снова стала погружаться в кому.

12 ч. дня. При поколачивании по щеке и сильном зове открывает глаза, устремляя свой взор к говорящему. Сама не говорит. В 1 $\frac{1}{2}$ дня—а) Внутривенно: $\frac{1}{4}\%$ chinin 150 к/с. б) Под кожу: 2 к/с. 10% камфоры в эфире. В 2 ч. дня больная начинает двигаться, просит пить, стонет. После нескольких ложек воды—позыв к рвоте. 2 ч. 15'. Крупные капли пота покрывают все лицо больной. Появляются периостальные и сухожильные рефлексы. В 4 ч. дня. Под кожу: sol. physiologici 0,9%. 1 литр 10% chinopyrini 10 кс. 26/VIII. Б-ная в сознании. Стонет.

С этого дня б-ная переведена на plasmochin sempros. по схеме Mühlen's'a. 6/IX—Выписывается на амбулаторное лечение.

Исследования. Кровь: 25/VIII Hb—100, Эр—4.430.000, Л—5.600, Tr—43.300, subst. ret. fil.—14%. Формула: М—2%, Ю—4%, П—16%, С—54%, Э—12%, Лим.—10%, Моно—2% РОЭ—59 дел. в 1 час.

Паразиты: plasm. praesox et vivax—кольца и шизонты в толстой капле в малом количестве.

27/VIII—Hb—75, Эр—3.890.00, Л—10.000; Tr—70.120, s. r. f.—12%.

30/VIII—при исследовании фекалий яйца животных паразитов не найдены.

Между всеми ист. б. много общего в клинической симптоматологии. Небезинтересно отметить некоторые особенности картины крови при Еп-

сепhalitis malarica: тромбопения, весьма резко выраженная РОЭ, увеличение ретикулоцитов в прогностически благоприятных случаях, *анэозинофилия* в прогностически неблагоприятных случаях, нейтральный лейкоцитоз с резко выраженным регенеративным смещением, иногда гипер-регенеративное смещение.

Заканчивая свой очерк, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1) Епсерh. malarica является весьма частым осложнением малярии в Хачмасском районе.

2) Данное осложнение наблюдается только у пришлого населения, которое находится в *неблагоприятных социально-бытовых и санитарно-гигиенических условиях*; этому же способствует резкая смена климатических условий.

3) Наблюдается Епсерh. malarica одновременно с повышением кри-вой тропической малярии.

4) Возраст и пол при данном заболевании *не имеет значения*.

5) Малярийному энцефалиту подвержен главным образом *мускулярный или мускулярно-дигестивный тип* (по Sigaud).

6) Тяжесть случая определяется патолого-анатомическим субстратом, т. е. зависит от того, какие мозговые центры выключаются через тромбоз сосудов.

7) В клинической картине Епсерh. malarica можно различать три стадии. Чем в более ранней стадии больной попал под наблюдение врача, тем больше надежды на благоприятный исход.

8) Внутривенное введение слабых растворов хинина до приведения больного в сознание дает хорошие результаты. Не следует вводить больше 150 к/с. В случаях, где внутривенное введение затруднено из-за плохо развитых вен или когда больной сильно обезвожен через потение, следует вводить хиновирин в больших количествах физиологического раствора под кожу.

9) Случаи прогностически неблагоприятные сопровождаются *анэозинофилией*, малым количеством ретикулоцитов.

10) Ввиду неправильного (без врача) пользования населением хинином, а подчас (очень часто) пренебрежительного отношения к хинному лечению, назначаемому врачом, — что имеет тяжелые последствия для заболевшего малярией, — необходимо шире поставить санпросветительную работу и прежде всего среди сезонных рабочих на полевых работах.

Из Консультации № 4 ТКНЗ.

Распространение рахита среди детского населения г. Казани.

Ф. Д. Агафонова.

За последние десять-пятнадцать лет значительно возросло внимание к рахиту и оживилось его изучение. Если на первом Съезде детских врачей рахит был представлен единичным, правда очень интересным докладом д-ра Могана, то уже в трудах III и IV Съездов мы находим, что ему уделено значительно большее внимание, принята временная рабочая классификация для учета заболеваемости рахитом и анкета по об-

следованию детей на рахит. К сожалению, анкета эта появилась в печати уже после того, как была проделана большая часть настоящей работы. Сообщения о работах по изучению патогенеза и клиники рахита встречаются в литературе как русской, так и заграничной все чаще и чаще (Домбровская, Власов, Лепский, Comby, Guberg и др.). В то же время литература, учитывающая распространение рахита среди детского населения, в особенности среди населения нашего Союза, весьма немногочисленна. Антонов определенно называет рахит социальной болезнью. Правда, далеко не все авторы согласны с ним в этом отношении (Кусков, Кисель, Фельдман, Стрельбицкий), но если мы обратим внимание на тот громадный % рахита среди детей первых двух лет жизни, который указывается в работах многих авторов (по Жуковскому, напр. 95%) и на то влияние, которое оказывает рахит на общий уровень здоровья коллектива, мы должны будем с ним вполне согласиться.

В настоящей работе мы задавались целью проследить распространенность рахита среди детского населения г. Казани (по данным консульт. № 4) и попутно уяснить влияние некоторых факторов (вскармливание, квартирные условия и др.) на появление рахита.

Изучение рахита по данным Консультации особенно удобно потому, что ребенок посещает Консультацию, начиная с самого раннего детства с небольшими перерывами иногда до 2-х—3-х лет, и поэтому очень легко проследить начало заболевания и первые признаки рахита.

Здесь необходимо оговориться, что мы считали за рахит, т. к. данные различных авторов, полученные на тождественном материале, отличаются чрезвычайно большим разнообразием. Так, мы находим у Антонова (по Ленинграду) 67—68%, у Савватимской (по Москве) 89,5%, а у Фельдмана (Одесса) лишь 46%. Такая разница легче всего объясняется различием в признаках, которые авторы считают достаточными для постановки диагноза рахита у того или другого ребенка.

В основу диагноза рахита нами полагались исключительно костные изменения, причем особенно обращалось внимание, в каком возрасте ребенка эти изменения проявлялись. Так напр., мягкость краев швов и родничка, а также редкие случаи размягчения затылочной кости на первом месяце жизни, в особенности у недоносков, согласно с мнением проф. Кускова, Медовикова, Comby и др. нами за рахит не считались. Craniotabes мы считаем за проявление рахита лишь в том случае, если он проявлялся около 3-х месяцев и позднее; мягкость краев швов и родничка лишь с 4-го месяца. У недоносков этот срок отодвигается на месяц позднее, и указанные симптомы считались за проявление рахита, если они не проходили к этому времени или только с этого времени начинали определяться. Состояние большого родничка принималось во внимание при диагностике рахита в том случае, если задерживалось его закрытие или если родничок вместо уменьшения в размерах даже увеличивался. Бугры считались признаком рахита начиная с $\frac{1}{2}$ года. Ясно выраженная деформация грудной клетки всегда считалась за рахит, в то время как четки принимались за признак рахита лишь в том случае, если они ясно определялись в виде шаровидных образований; небольшие же утолщения на месте перехода костной части ребра в хрящевую нередко бывают и у вполне здоровых детей. С 4-месячного возраста мы считали призна-

ком рахита и браслеты, в особенности если утолщение эпифиза охватывало запястье кольцом. Искривление голеней и кифоз—лишь после того, как ребенок начинал становиться на ножки.

Другие признаки, обыкновенно описываемые как симптомы рахита: потливость затылка, облысение затылка, развитие вен на голове, лягушачий живот, гипотония, запаздывание прорезывания зубов и некоторые нервные явления (раздражительность, капризность, бессонница, иногда, наоборот, вялость, апатия) принимались во внимание лишь в связи с костными изменениями, указывавшими на рахит.

Для выяснения интересующих нас вопросов нами обработан материал Консультации № 4 при Д. О. М. и М. с 1923 по 1929 г.г. включительно в количестве 9676 листов. Но далеко не все случаи оказались пригодными для статистики. Большую часть листов пришлось отложить. Так, нами отложены все листы детей, посещавших консультацию лишь непродолжительное время, всех детей, посещения которых прекратились ранее 5 месяцев, и листы, дававшие недостаточно данных для ответа на интересующие нас вопросы. В конечном счете наш материал сводится лишь к 4283 листам. Весь этот материал мы разделили на 4 неравных группы: русских—мальчиков и девочек и татар—мальчиков и девочек. Такое подразделение, особенно для Казани, представляет исключительный интерес, т. к. таким образом мы можем сравнить русское и татарское население, живущее в одном районе и при одинаковых, приблизительно, условиях. Надо принять во внимание, что татар по нашему району посещает Консультацию в разные годы от 16 до 24% по отношению к русским, а потому общее количество татар в нашем материале значительно меньше, чем русских.

Таблица № 1.

	Общее количество	Из них рахита	%
Русских мальчиков . . .	1867	989	52,9
„ девочек . . .	1647	741	44,9
Татар мальчиков . . .	400	268	67
„ девочек . . .	369	197	53,4
Всего . . .	4283	2195	51,2

Из этой таблицы мы видим, что общий % страдающих рахитом, принимая во внимание и русских, и татар, будет 51,2%, т. е. значительно меньше, чем цифры, приведенные Антоновым и Савватимской. Это может быть объяснено требованиями, предъявляемыми нами, как я уже упоминал выше, к признакам, на основании которых мы ставили диагноз рахита. Без явлений со стороны костной системы мы никогда не классифицировали заболевания как рахит.

Далее из этой таблицы ясно, что общий % рахита среди татарского населения значительно выше, чем среди русского (по данным Кревер эта разница еще значительнее, по ее словам „среди татарского населения рахит распространен более, чем в 3 раза сильнее“), и еще, что де-

вочки, и татарки и русские, страдают рахитом реже, чем мальчики (данные Кревер дают обратные отношения).

Правда, обращая внимание на условия жизни, главным образом на квартирные условия, мы видим, что русские дети живут в несколько более благоприятной обстановке.

Таблица № 2.

Условия квартиры	Хорошие	%	Удовл.	%	Плохие	%
Русские мальчики . . .	223	25,8	259	29,9	382	44,3
„ девочки . . .	167	26	197	30,7	278	43,3
Татары мальчики . . .	50	21	77	32,4	111	46,6
„ девочки . . .	41	24,1	49	28,8	80	47,1
Всего . . .	523	23,8	695	31,7	977	44,5

Но сопоставляя эту таблицу с таблицей № 3, показывающей % рахита по отношению к общему количеству живущих в хороших, удовле-

Таблица № 3.

% рахита у живущих в кварт. условиях	Хороших	Удовлетв.	Плохих
В п р о ц е н т а х			
Русские мальчики . . .	40,4	53,4	64,1
„ девочки . . .	30,6	45,4	41,8
Татары мальчики . . .	65,5	72,5	65,9
„ девочки . . .	36,9	49,8	72,5
Всего . . .	43,4	55,3	61,1

творительных и плохих условиях квартиры, мы можем отметить, что хотя эти условия в общем и имеют влияние на частоту проявления рахита, однако далеко не всегда: так, мы видим, что для девочек русских у нас получился больший % рахита для живущих в удовлетворительных условиях сравнительно с количеством рахита у детей, находящихся в неблагоприятной обстановке. То же самое получилось у нас и для мальчиков татар, и даже больше: в последнем случае % рахита у детей, живущих в хорошей обстановке, почти равен % рахита у живущих в самых дурных условиях. Следовательно, обстановка, окружающая ребенка, не имеет решающего значения на частоту проявления рахита, и отмеченную выше разницу между татарским и русским населением нельзя объяснить одним влиянием окружающей обстановки. Здесь, повидимому, играют роль расовые особенности, точно так же как и образ жизни.

Не является решающим фактором в этиологии рахита и календарное время рождения ребенка. По данным д-ра Антонова „в отношении рахита благоприятным для ребенка периодом является время (рождения) с декабря по май, неблагоприятным с июня по ноябрь“. Наш материал дал несколько другие результаты. Процент рахита среди наших детей распределяется следующим образом:

	Время рождения	
	XII—V	VI—XI
Русские мальчики	48,9 ⁰ / ₀	63,6 ⁰ / ₀
„ девочки	39,4 ⁰ / ₀	44,7 ⁰ / ₀
Татары мальчики	64,7 ⁰ / ₀	64,3 ⁰ / ₀
„ девочки	52,8 ⁰ / ₀	48 ⁰ / ₀

Как видно из этого сопоставления картина получается довольно пестрая: для русских наши результаты совпадают с данными д-ра Антонова, для татар они совершенно противоположны.

Принимая во внимание, что рахит излечивается при воздействии ультра-фиолетовых лучей (Феер, Дамье, Laschi и Miemietz, Marfan и др.) можно думать, что действительно должны существовать благоприятные для ребенка и неблагоприятные, как указывает д-р Антонов, месяцы, но, повидимому, для Казани эти периоды не совпадают с таковыми для Ленинграда. Действительно, если мы поделим год несколько иначе, именно будем брать один период с XI по IV и второй с V по X, то при таком делении у нас для Казани получатся тождественные данные с Ленинградскими:

	Время рождения	
	XI—IV	V—X
Русские мальчики	51,2 ⁰ / ₀	76 ⁰ / ₀
„ девочки	42,2 ⁰ / ₀	53,5 ⁰ / ₀
Татары мальчики	60,5 ⁰ / ₀	83,2 ⁰ / ₀
„ девочки	40,5 ⁰ / ₀	53,9 ⁰ / ₀

Таким образом, хотя календарное время рождения и не является решающим фактором в этиологии рахита, но, повидимому, играет в этом отношении известную роль. По всей вероятности этот фактор может передвигаться по времени не только для разных местностей, но и для различных лет в одной и той же местности в зависимости от количества солнечных дней в отдельные периоды года.

Рассмотрим теперь еще один фактор, которому почти всеми авторами приписывается исключительное значение—это влияние того или иного способа вскармливания на происхождение рахита (Кисель, Румянцев, Стрельжибский и мн. др.). Кроме обычного деления на татар, русских, мальчиков и девочек мы разбили весь материал на три группы, принимая во внимание способ вскармливания. В рубрике „грудное кормление“ нами помещены все дети, вскармливавшиеся исключительно грудью до 5 месячного возраста; в группу смешанное кормление помещены дети, получившие до этого срока тот или иной прикорм, и в группу искусственное кормление—отлученные от груди в возрасте 3—4-х месяцев или раньше. Результаты ясны из таблицы № 4.

Таблица № 4.

	Груд. корм.		Из них		Смеш. корм.		Из них		Искус. корм.		Из них	
		%		%		%		%		%		%
Русские мальчики 1526.	957	62,7	450	47	484	31,7	377	69,6	85	5,6	77	90,6
„ девочки 1351.	901	66,7	364	40,4	379	28,1	227	59,8	71	5,2	51	71,8
Татары мальчики 343.	246	71,7	155	63	79	23	67	84,8	18	5,3	16	88,8
„ девочки 315.	237	75,2	116	48,9	72	22,9	49	68,1	6	1,9	5	83,3
Всего 3535	2341	66,2	1085	46,3	1014	28,7	680	67	180	5,1	149	82,7

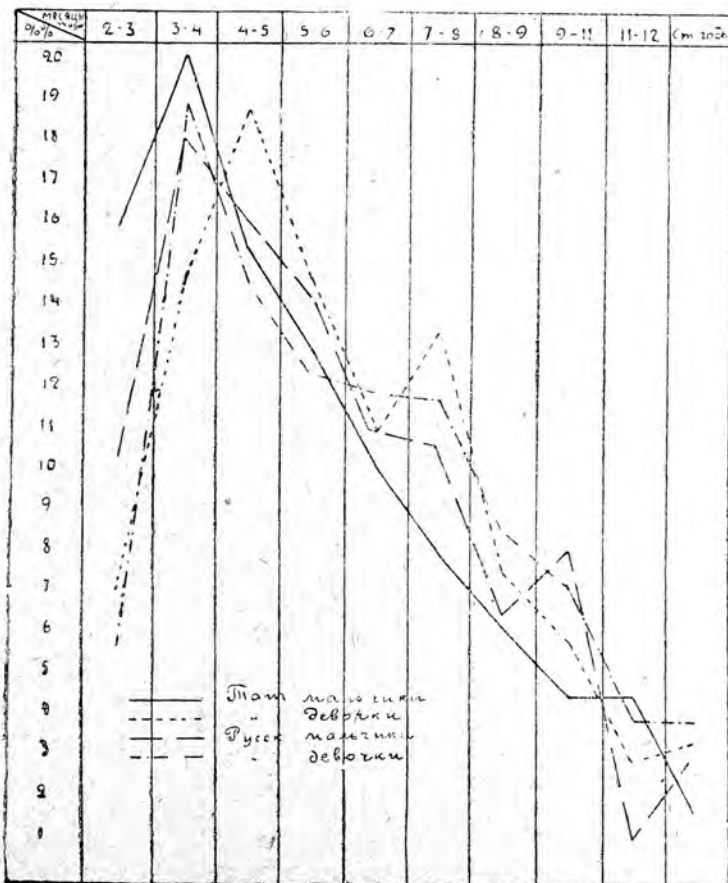
Данные этой таблицы определенно показывают, что грудное вскармливание имеет несомненное профилактическое значение и что при нем появление рахита более чем в $1\frac{1}{2}$ раза реже, чем на искусственном.

Для сравнения привожу данные других авторов.

Фельдман	гр. корм. 43 ⁰ /о; см. корм. 64 ⁰ /о; иск. корм. 77 ⁰ /о.
Selters	„ „ 50,4 ⁰ /о; — — „ „ 61,8 ⁰ /о.
Siegert	„ „ 31,5 ⁰ /о; — — „ „ 81 ⁰ /о.
Sinka	„ „ 67,8 ⁰ /о; — — „ „ 86,9 ⁰ /о.
Румянцев	„ „ 40,5 ⁰ /о; — — „ „ 70 ⁰ /о.
Дукельский	„ „ 56,8 ⁰ /о; — — „ „ 60,4 ⁰ /о.
Антонов	„ „ 62 ⁰ /о; — — „ „ 91 ⁰ /о.
Наши данные	„ „ 46,3 ⁰ /о; см. корм. 67 ⁰ /о; „ „ 82,7 ⁰ /о.

Такое же предрасположение к рахиту, как и искусственно вскарммливаемые, по нашим данным даже несколько большее, имеют двойни и недоноски. Из общего количества наших случаев двоен было 49 (один ребенок умер вскоре после рождения), из них рахит развился у 46, т. е. у 93,8⁰/о (у русских 89,2⁰/о, у татар 100⁰/о).

Из числа 46 недоносков рахит был констатирован у 40, т. е. 86,9⁰/о (у русских 85,7⁰/о, у татар 100⁰/о). На появление рахита у недоносков, несомненно, имеет влияние срок недоношенности. Чем моложе



родится ребенок, тем больше шансов, что со времени у него разовьется рахит.

Перейдем к рассмотрению времени появления первых признаков рахита, что особенно удобно изучать на материале Консультации. (См. диагр. на стр. 955).

Из приведенной диаграммы видно, что рахит в довольно значительном % встречается уже между 2 и 3 месяцами жизни ребенка. Встречается он, несомненно, и в возрасте до 2-х месяцев, но значительно реже. Кроме того в более раннем возрасте учесть его появление труднее в виду того, что многие дети начинают посещать Консультацию позднее 2-х месяцев; в то же время определить с уверенностью, отчего происходит мягкость швов или краев родничка у месячного ребенка, зависит ли это от рахита или это явление врожденное, очень часто представляется затруднительным. Существование же вообще врожденного рахита в настоящее время подвергается большому сомнению (Сомбу, Арлюк, Медовиков). Поэтому нами наблюдались лишь единичные случаи несомненного рахита в этом возрасте и в статистику они не вошли.

Чаще всего, по нашим данным, рахит начинается между 3—4 и между 4—5 месяцами, затем кривая появления его быстро падает с каждым месяцем. После года рахит начинается редко—у нас всего в 3,2%. Из этой диаграммы можно еще установить, что у девочек рахит начинается очень часто в более позднем возрасте, чем у мальчиков; кривая рахита у девочек падает более медленно.

В связи со временем начала рахита стоят и первые признаки, в которых проявляется заболевание.

Таблица № 5.

Первые признаки	Голова	%	Грудь	%	Конечн.	%
Русские мальчики	443	51,3	368	42,6	53	6,1
„ девочки	302	47	291	45,4	49	7,6
Татары мальчики	125	52,5	93	39,1	20	8,4
„ девочки	89	38,2	136	58,4	8	3,4
Всего	956	48,5	888	44,9	130	6,6

Из таблицы № 5 мы видим, что первыми признаками у мальчиков в преобладающем количестве являются изменения в костях черепа, в то время как у девочек в связи с более поздним появлением рахита и первыми признаками являются чаще не изменения черепа, а изменения со стороны грудной клетки.

Изменения в костях конечностей констатируются как первые признаки рахита уже в сравнительно небольшом % случаев.

Подводя итоги, можно сказать, что:

1. Искусственно вскармливаемые дети, недоношенные, двойни несомненно имеют предрасположение к рахиту; по всей вероятности в возникновении рахита играют роль и расовые особенности (большее распространение рахита среди татарского населения сравнительно с русским).

2. Рахит бесспорно является социальной болезнью, широко распространенной среди детского населения, охватывающей более половины всех детей (по нашим данным 51,2%). Такое значительное распространение рахита не может не влиять на смертность детей, на увеличение их заболеваемости, а, следовательно, и на общий уровень здоровья населения.

3. Поэтому необходимо проводить всеми возможными мерами, главным образом пропагандой в консультациях, грудного кормления, свежего воздуха и солнечного света,—профилактику рахита, и начинать по возможности рано лечение уже появившегося заболевания. Для этого желательна бесплатная выдача рыбьего жира через Консультацию, что мы не всегда имеем возможность делать, и учреждение при Консультациях кабинетов для бесплатного или сравнительно дешевого лечения светом больных рахитом.

Литература: 1) Фельдман. Журн. по изучению раннего детск. возр., т. VI, № 2, 1927.—2) Егерева и Михлина. Каз. мед. журн. 1926, № 6.—3) Проф. Медовиков. „Рахит и его лечение“. 1927.—4) Проф. Маслов. „Основы учения о ребенке и об особенностях его заболеваний“. Т. I, 1926.—5) J. Comby. Arch. d. Méd. d. Enfants. 1926, № 2.—6) Проф. Кусков. Педиатрия. 1912, №№ 10, 11.—7) Арлюк. Труды IV Съезда педиатров, стр. 674.—8) Проф. Кусков. Журн. по изуч. раннего детск. возр. №№ 3 и 4, 1928.—9) Антонов. Труды 3-го Съезда педиатров, стр. 328.—10) Проф. Кусков. Журн. по изуч. раннего детского возр. 1928, т. VIII, № 2.—11) Левит и Михлина. Там же.—12) Егерева и Басыр. Там же.—13) Богданов. Журн. по изучен. ранн. детск. возр. 1928, т. VIII, № 3.—14) Домбровская. Педиатрия. 1929, № 4.—15) A. v. Bosanyi. Jahrb. f. Kind. Bd. 109.—16) W. Lasch и M. Miernietz. Ibid.—17) Kramer. Amer. jour. of. Dis. of Child. vol. 30 (реф. Сборн. детского бол. 1925).—18) A. F. Hess. Zeitsch. f. Kind. 1925, Bd. 39, H. 4.—19) H. Buschmann. Ibid.—20) P. György. Kl. Woch. 1925, H. 23.—21) Marfan, Dorlencour, Furquety. Nourrisson, 1925, № 1 (реф. Сборн. Дет. бол. 1926).—22) Власов. Вестн. совр. мед. № 3, 1927.—23) Дулицкий. Моск. мед. журн. 1927, № 11.—24) Дамье. Вестн. совр. мед. 1928, № 9.—25) Кревер. Каз. мед. журн. 1924, № 5.—26) Мошкевич. Журн. по изучен. ранн. детск. возр. Т. VI, № 1, 1927.—27) Дейч. Ibid.—28) Савватимская. Журн. по изуч. ранн. детского возраста. Т. II, № 3—4.—29) Лепский, Егерева, Михлина. Журнал эксперим. биологии и медицины. 1928. Т. X, № 27.

Из хирург. клиники (директор проф. Ф. Ю. Розе) Харьковск. госуд. института для усовер. врачей и 10-й сов. больницы (главрач В. М. Саратикова).

К вопросу о травматический стриктурах тонкого кишечника.

А. Г. Киселева.

Рубцовое сужение тонкой кишки, развивающееся после тупого повреждения живота,—крайне редкое явление. Н. Küttner, просматривая по этому вопросу мировую литературу, в своей работе мог привести только 21 случай, из числа которых 19 приходится на тонкий кишечник и 2 случая на двенадцатиперстную кишку. Такая редкость заболевания при значительно возросшем травматизме объясняется, с одной стороны, тем, что эти повреждения кончаются летально в самом непродолжительном времени после травмы вследствие внутрибрюшного кровоизлияния или полного разрыва кишки, а с другой—подвижностью и „увертли-

востью" кишечника, для повреждения которого необходимо прижатие его к чему нибудь твердому, что в брюшной полости трудно выполнимо. Техника подобных повреждений до некоторой степени однообразна. В большинстве случаев это есть компрессионное сжатие брюшной полости с придавливанием повреждаемой кишки к позвоночнику или тазовым костям. В тех случаях, когда при травме получают отрывы брыжейки, Hertle приводит объяснение механизма этой травмы, который наблюдается главным образом при переезде через живот экипажа или автомобиля. "Причем, говорит он, кишка захватывается колесом на подобие резиновой шины, тянется им и брыжейка отрывается в продольном направлении кишки на большем или меньшем протяжении; или же кишка, укрепленная в виде складки на брыжейке, отрывается от места прикрепления". Наряду с такой типичной техникой подтверждения наблюдаются и казуистические случаи, как-то: падение с лошади на голову пассажи, удар копытом и т. п. Травме, главным образом, подвержен мужской пол. Возраст различный—от 5 до 65 лет. Наш случай касается девушки—18 лет. Привожу его подробно.

Девушка, 18 лет, 1 мая 1929 г. получила ушиб автомобилем таким образом, что автомобиль одним колесом переехал ее через живот. Сейчас же в полном сознании больная была доставлена в больницу, где обнаружено: небольшие ссадины поясницы и бедер, частый пульс и общее небольшое сотрясение. Стул в этот день самостоятельный—жидкий, без крови и нормального цвета. Реакция Weber'a отрицательная. На 3-й день появились сильные боли в животе, рвота, задержка стула и вздутие живота. Стул с клизмой. Такое состояние продолжалось несколько дней, а затем наступило улучшение, и к 12-му дню пребывания в больнице рвоты прекратились, стул самостоятельный, живот опал и больная, видимо, поправилась, не считая периодических спазматических болей в подложечной области, которые через несколько дней исчезли, и 20/V больная выписалась и начала вести нормальный образ жизни. Такое состояние продолжалось недолго. 10/VI, т. е. через 40 дней после травмы, появились постепенно нарастающие боли в животе и рвоты. Больная слегла. 13/VI боли в животе значительно сильнее, рвоты чаще, стул после клизмы, живот слегка вздут, болезненный; пульс хорошего наполнения, учащен. Это состояние с небольшими улучшениями и ухудшениями длилось до 20/VI. В этот день появились рвоты с каловым запахом, урчание, спазматические боли. Решено оперировать. 21/VI 29 г. под общим эфирным наркозом операция (Ф. Ю. Розе). Сгибающий пупок разрез по средней линии. По вскрытии брюшной полости обнаружено: верхний отдел живота заполнен резко расширенными и гипертрофированными петлями тонких кишок, в нижнем отделе спавшиеся сигма и несколько петель тонких кишок. Приблизительно в середине jejunum имеется резкое сужение; к которому бесспорально рыхло припаяны обрывки сальника. В брыжейке соответственно месту сужения до самого корня имеется щель с плотными и отчетливыми краями, в особенности в части, принадлежащей отводящей кишке, где имелось плотное образование, величиною с куриное яйцо, с признаками кровоизлияния. Параллельно кишке имеется также отрыв брыжейки длиной в 4 ст. Произведена резекция суженной части кишки с наложением бокового анастомоза. Щель в брыжейке, после освежения краев, зашита узловатыми швами. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационное течение гладкое, и больная быстро поправилась.

Макроскопический вид. Вырезанный препарат представляет из себя отрезок кишки длиной 15 ст., в центре которого имеется кольцевидное плотное сужение, едва пропускающее обычный желобоватый зонд. Приводящая часть отрезка заметно расширена и гипертрофирована, отводящая в спавшемся состоянии. Макроскопически язвенного процесса ни в том, ни в другом колене кишки не видно.

Микроскопический вид. На продольном разрезе, идущем через всю толщу стриктуры, мы видим следующее: от слизистого и подслизистого слоев ничего не осталось,—все превратилось в свежую грануляционную ткань. Иногда на препарате, где попадают обрывки подслизистого слоя и атрофических Либеркиновых желез, проросших молодой соединительной тканью. Единственно сохранившейся

является продольная мускулатура, местами хорошо конструированная, местами разрыхленная. Чем ближе к суженному месту, тем больше она расслоена и пронизана молодой соединительной тканью и мелко-клеточной инфильтрацией. Изредка попадаются места, указывающие на механические разрывы мышечных волокон, но эти разрывы вглубь не проходят через всю толщу.

Итак больная получила подкожное повреждение живота таким образом, что через него одним колесом переехал автомобиль. В первые три дня, кроме общего недомогания, больная ничего не чувствовала. Стул был нормальным, без крови. Затем, на 4-й день начались, повидимому, явления атонии кишечника, вызванные травмой и кровоизлиянием в брюшную полость, а не перфорацией кишки, т. к. перфорация вызвала бы бурную картину острого перитонита. Все эти явления динамического илеуса к 20-му дню пребывания в больнице постепенно исчезли и больная выписалась, начав вести нормальный образ жизни. И только через три недели после выписки из больницы и ровно через 40 дней после травмы начинают развиваться явления механического илеуса, приведшие больную на 51-й день после повреждения к операции. Во время операции ясно видимое приращение сальника к месту сужения было настолько нежным, что оно не могло бы в случае сквозного повреждения кишки явиться защитой. Повидимому, и сам сальник был разможен, т. к. от него на месте травмы остались обрывки. Да и отсутствие каких-либо других сращений с окружающими органами говорит против инфицированного перитонита, какой развился бы, если бы целостность кишки была нарушена во всю толщу. Кроме того, обращает на себя внимание то обстоятельство, что в брыжейке, прилежащей к суженному месту кишки, имелась Т-образная щель с резко уплотненными краями, в особенности в отводящей части кишки, где определялась плотная опухоль величиною с куриное яйцо, как результат организовавшейся гематомы. При микроскопическом исследовании суженного места оказалось, что по всей окружности стриктуры продольный мышечный слой почти полностью сохранен, не считая небольших разрывов, идущих не во всю его толщу. В рубец втянуты только слизистая, подслизистая и серозная оболочки. Следовательно, последовательные рубцовые изменения коснулись, главным образом, этих слоев.

Таким образом, у нас имеется эксперимент *in vivo*, в результате которого получилась щель в брыжейке и рубцовые изменения в стенке кишки с сохранением продольной мускулатуры. Эти изменения повели к полной рубцовой облитерации просвета кишки.

Что повело в данном случае к стриктуре? Повреждение кишки или повреждение брыжейки, или то и другое вместе? Или, что играло большую роль в происхождении этого сужения? Эти очень интересные вопросы старались некоторые авторы выяснить экспериментально. Основными работами в этой области являются работы Schloffer'a и Nabeger'a. Работа Schloffer'a может быть разбита на две части. В первой части он повреждал у животных только кишку и на основании большого материала пришел к выводу, что рубцовое сужение кишки при изолированном ее повреждении может наступить только при интенсивном и значительном повреждении отдельных слоев кишечной стенки. Преимущественное значение в образовании стриктуры он отдает повреждению подслизистого слоя. Меньшие же изменения обычно проходят бесследно, и просвет кишки не меняется. По его мнению, всякое разможение

кишки у собак, если не ведет к смерти, то почти постоянно получается *restitutio quo ad functionem*. Место повреждения после заживления обычно остается только неуступчивым и никаких намеков на стриктуру не имеет. Это, говорит он, предварительный стадий образования сужений. Во всех своих опытах, где он производил повреждение кишечной стенки, получились отрицательные результаты и только в одном случае, именно у свиньи, ему удалось после значительного и интенсивного разможнения стенки кишки получить циркулярное рубцовое сужение, которое, несмотря на большое повреждение, локализовалось на весьма ограниченном месте. Во второй части своих опытов он повреждал брыжеечные сосуды без нарушения целостности стенки кишки и в 2-х случаях получал рубцовые стриктуры, причем в одном имелось круговое сужение, а в другом — только на половину окружности кишки. На основании этих опытов он пришел к выводу, что травматическую стриктуру можно получить и при повреждении брыжеечных сосудов и что получается она на почве нарушения питания стенки кишки с образованием язв и последующим рубцеванием. Для этого, по его мнению, необходимы следующие условия: 1) повреждение сосудов должно иметь свои пределы с сохранением коллатерального кровообращения, которое могло бы предупредить развитие полной гангрены кишки. 2) касаться оно должно определенного, строго ограниченного места и 3) если и происходит в результате повреждения перфорация кишки, то сальник или прилежащие органы должны припаяться к этому месту и избавить от возможного перитонита. Эти условия крайне редко бывают, а потому, говорит он дальше, так трудно и в жизни, и на эксперименте получают травматические стриктуры. Того же самого мнения и Haberer. Он доказал, что если повреждение мезентеральных сосудов не ведет к полной гангрене кишки, то вызывает тяжелые изменения в виде рубцовых сужений. В одном опыте над животным он на 13-й день после повреждения мезентеральных сосудов получил циркулярную стриктуру, иного объяснения для которой он не мог найти. Таким образом, повреждение брыжеечных сосудов бывает причиной травматических сужений кишки.

Наши небольшие наблюдения над собаками (8 сл.) также до некоторой степени указывают на это. Нанося повреждение только кишке (4 сл.), мы через 2 мес. не имели и следов этого повреждения, в то время как травмируя сосуды брыжейки, мы в одном случае из 4-х имели сужение кишечного просвета почти на половину с уплотнением стенки. Работы производились в экспериментальной лаборатории проф. А. В. Репрева.

Опыт 1-й. Собака, вес 9 кг. Под общим эфирным наркозом вскрывалась брюшная полость; в рану извлекалась петля тонкой кишки, которая плотным, типа Кохера, инструментом ущемлялась и затем вправлялась обратно в брюшную полость. Послойные глухие швы. Ущемление производилось до тех пор пока не получалась ясно видимая борозда повреждения с кровоизлияниями. Втечение первых двух дней замечались вялость, отсутствие аппетита и болезненность живота при давлении. Стул—N.

Через 2 месяца вскрытие—никаких следов повреждения кишки. Место травмы можно было узнать только по белесоватой полоске на серозе.

В случаях 2-м, 3-м и 4-м такие же отрицательные результаты.

В следующих опытах, как я уже говорил, повреждалась брыжейка, причем всегда разрывалось два сосуда. Брыжейка отрывалась как по длине, так и в перпендикулярном к кишке направлении.

Опыт 5-й. Собака весом 9½ к. По средней линии вскрывалась брюшная полость. В рану извлекалась петля тонкой кишки. Брыжейка руками разрывалась

как по длине кишки, так и перпендикулярно. В разрыв попало два сосуда, которые перевязывались. Послойные глухие швы. Через 2 месяца вскрытие. Место разрыва брыжейки стало рубцом без образования щели. В кишке нет изменений.

Шестой и восьмой случаи дали такие же результаты. В седьмом опыте, где, кроме 2-х сосудов, идущих перпендикулярно кишке, был перерван и перевязан сосуд, идущий параллельно кишке по месту прикрепления брыжейки, мы получили уменьшение просвета кишки почти в половину на протяжении 2 см. с уплотнением стенки. При микроскопическом исследовании суженного места обнаружена плотная рубцовая ткань, в которой нет указаний на отдельные слои, но с сохранением продольной мускулатуры. На границе со здоровой тканью рубцовая ткань имеет местами богатую молодыми соедин.-тканными и мелкими клетками инфильтрацию.

Этот случай полностью напоминает нам 2-й сл. Schloffer'a, где также получилось после повреждения брыжеечных сосудов рубцовое сужение кишки на $\frac{1}{2}$ ее окружности. И в его случае также был сохранен продольный мышечный слой.

По литературным данным, при тупых ушибах живота травмируется обычно тонкая кишка. По утверждению Н. Küttner'a, травматические стриктуры толстого кишечника никогда не наблюдались. Schloffer даже указывает, что травмы в большинстве случаев поражают средину живота или вблизи пупка.

Вопрос о том, какие слои кишки при различной степени ушибах быстрее и больше повреждаются, подробно изучен Hertle. Он указывает на то, что при легких повреждениях прежде всего нарушается серозная оболочка, иногда и слизистая оболочка, при более тяжелых — рвутся все слои.

Rost подробно останавливается на характере патолого-анатомических изменений кишки при повреждении брыжеечных сосудов. По его мнению, эти изменения ничем не отличаются от таковых при тромбозах и эмболиях этих сосудов и что как те, так и другие, если не вызывают гангрены благодаря нарушению питания стенки кишки, то могут привести к образованию язв, которые, рубцуясь, суживают просвет кишки вплоть до полной непроходимости. Всегда опаснее, говорит он, параллельные отрывки брыжейки, чем разрывы ее, идущие перпендикулярно. Это понятно, так как при отрывах брыжейки по длине кишки больше включается сосудов, что ведет к более значительному нарушению питания. При радиальных разрывах это происходит, но в меньшей степени.

Разберем клиническое течение нашего случая. В нем являются важными два обстоятельства. Первое — это отсутствие крови в кале как непосредственно после повреждения, так и в дальнейшем течении. Стул, хотя иногда и с клизмой, был нормального цвета и консистенции. Второе — это то, что не было явлений инфицированного перитонита, и больная в течение 3-х недель чувствовала себя удовлетворительно и вела нормальный образ жизни. Утверждать на основании этого, что у нас не было повреждения кишки мы не можем, но во всяком случае, если и было повреждение, то не во всю толщу, т. е. не было перфорации кишки, а травма коснулась только отдельных ее слоев. Конечно, если бы была перфорация, то, несомненно, мы имели бы более бурную картину с явлениями инфицированного перитонита. Правда, иногда и перфорация кишки протекает без перитонита, но тогда, обычно, имеются большие сращения с прилежащими органами, предохраняющие брюшную полость от проникновения инфекции. У нас не было таких сращений. Те небольшие неж-

ные прирастания разорванного сальника, которые имелись в нашем случае, конечно, не могли защитить от инфекции. Следовательно, кишка в нашем случае не была перфорирована. Мы не можем сказать, какие именно слои были нарушены, так как рубцовые изменения лишают нас этой возможности, но во всяком случае мышечный слой по всей окружности сохранен.

Можно ли, исключая все другие условия, объяснить образование стриктуры в нашем случае таким вот неполным повреждением кишки. Отрицать такую возможность нельзя тем паче, что Schloffer'у удалось экспериментальным путем получить у свиньи такую стриктуру. Он, как было указано, говорит, что для этого необходимо интенсивное и значительное повреждение с обязательным нарушением подслизистого слоя. Легкие же случаи проходят бесследно. Но в н/сл. внедряется другой момент, именно повреждение брыжейки соответственно месту развития стриктуры. Этот момент чрезвычайно важный.

Медленность и постепенность развития механической непроходимости в н/сл. говорит за то, что процесс как-то подготавливался, как-то должны были развиваться другие условия, способствующие образованию рубцового сужения. Этими условиями является нарушение питания стенки кишки благодаря повреждению мезентериальных сосудов с уплотнением краев разорванной брыжейки с гематомой и рубцовым прорастанием, вдающим в толщу самой брыжейки. Это, несомненно, могло повести к образованию язв с последующим рубцеванием и сужением просвета кишки. Здесь, очевидно, были полностью соблюдены все условия образования стриктур, выставленные Schloffer'ом при повреждении мезентериальных сосудов, т. е. нарушение питания стенки кишки было не настолько большим, чтобы образовалась полная гангрена, а повело только к язвенному процессу с последующим рубцовым заживлением. Целость мышечного слоя при микроскопическом исследовании говорит в пользу этого, т. е., что сохранились какие-то коллатеральные пути кровоснабжения, хотя бы частично питающие кишку. То же самое говорят и эксперименты. В этом отношении демонстративный наш опыт (№ 7) и опыт Schloffer'a, где повреждение мезентериальных сосудов привело к рубцеванию всех слоев кишки с сохранением продольного мышечного слоя.

Между тем, в первом Schloffer'овском случае, где он повреждал только кишку, была получена циркулярная стриктура с полным рубцеванием всех слоев стенки кишки. Следовательно, если и было в нашем случае повреждение кишки, то надо считать его легким, так как мышечный слой сохранен. С этим, очевидно, согласен и Hertle, который указывает, что только при тяжелых травмах нарушаются все слои, а при легких—только сероза и слизистая оболочка.

Итак, наше мнение скорее будет таким, что при таких повреждениях, если не получается перфорации, а наступает рубцовое сужение кишки, то оно зависит больше от разрыва брыжеечных сосудов, главным образом тех, которые идут параллельно кишке. Конечно, если рядом с повреждением брыжейки имеется и повреждение кишки, то это еще больше располагает к развитию стриктуры, хотя логично было бы думать, что два таких повреждения скорее приведут к гангрене и перфорации кишки. Таким образом, стриктуру н/сл. нужно объяснить именно повреждением мезентериальных сосудов с нарушением питания стенки кишки и последующим рубцеванием.

Этому соответствует и техника повреждения. Hertle, как я уже упоминал, считает, что при переезде через живот экипажа, особенно на резиновых шинах, кишка почти не ущемляется. Она захватывается резиновым колесом, тянется им и отрывается от брыжейки. Этот механизм является типичным для такого рода повреждений.

Характер стриктуры и степень сужения не везде одинаковы. В большинстве случаев это плотное рубцовое сужение, кольцевидно охватывающее кишку и почти полностью закрывающее просвет ее. В некоторых описаниях сужение было настолько большим (Longardt), что без нажима не проходила даже жидкость. В нашем случае через суженное место едва проходил обычный желобоватый зонд.

Клиника данного заболевания разбивается на два периода. Первый—это непосредственные явления после травмы, второй уже связан с явлениями начинающегося стеноза. Между ними, обычно, существует различной продолжительности интервал благополучия. Приходится удивляться, как легки были симптомы непосредственно после ушиба: например, больной Leja-g'a нуждался только в трехдневном отдыхе; пациент Longardt'a встал с постели на 8-й день; больной Schloffer'a поправился на 18-й день. В нашем случае все видимые явления ушиба исчезли к 20-му дню. Только в редких случаях непосредственные явления сейчас же переходили в более тяжелые симптомы. Это указывает на то, что патолого-анатомические явления, вызванные травмой, развивались постепенно и в зависимости от степени и характера через тот или другой срок времени приводили к стенозу.

Лечение таких случаев только оперативное. Обычно применяется или резекция, или анастомоз.

Литература. 1) H. Schloffer. Ueber traumatische Darmverengerungen. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. — 2) Rost. Pathologische Physiologie der Chirurgen. Bd. III, 1925. — 3) H. Küttner. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie, Bd. 22, 1930. — 4) Hertle. Bruns Beiträge z. Chir. Bd. 53, 1907.

Из хир. отд. Подольской (Московской обл.) 6-цы.

О напрасных операциях при сифилисе желудка ¹⁾.

Зав. хир. отд. М. А. Кимбаровского.

„Изучая клинику поздних метасифилитических заболеваний желудка, чтобы уметь отличить их от аналогичных и очень похожих на них заболеваний желудка несифилитического происхождения, врач получит большое удовлетворение и блестящий эффект своего лечения, граничащий нередко с чудесным избавлением больного от смертельной опасности“.

Проф. Р. А. Лурья.

Русская медицинская литература весьма скупо освещает вопросы сифилитической патологии внутренних органов, в частности желудка, и если не считать труда проф. Р. А. Лурья, мы имеем отдельные крат-

¹⁾ О 3-х случаях доложено в заседании Московского Хирургического Общества 13/IV—31 г.

кие или казуистические сообщения о хирургических ошибках при операциях на желудке по поводу гуммы, и каждый такой случай подлежит описанию, так как оно будет напоминать, что гумма желудка существует и о ней следует во-время подумать, что может избавить больного от ненужных, а порой и вредных для него операций. С этой целью я опишу 4 случая, с которыми мне пришлось встретиться в 1930—31 г.г., где были произведены напрасные операции на желудке ввиду предположения, что у этих больных имеется раковое новообразование желудка.

Случай I-й: Больной Федор С., 52-х лет, поступил 25/X—1930 г. в заведомое мною хир. отд. больницы с жалобами на боли в подложечной области, тошноту и рвоту, связанные с приемом пищи. В анамнезе указывает, что в июле 1928 г. он подвергся операции по поводу опущения и опухоли желудка. Сифилис отрицает. Не удовлетворившись указаниями больного, мы достали его историю болезни за 1928 год, где нашли, что больной находился на лечении в терапевтическом отделении больницы по поводу болей в животе с 19/VI по 27/VI 1928 г. 28/VI—переведен в хир. отд. на операцию. 2/VII—28 г. при осмотре больного хирургом найдено: „При ощупывании в области пупка обнаруживается плотная болезненная бугристая подвижная опухоль (cancer partis pylorici?)“. 3/VII—операция. „Под хлороформен. наркозом вскрыта брюшная полость. Cr. curvaturae minoris, простиравшийся до pylorus'a. Метастазы в железах. G. E. post“.

Имеем перед собой больного с неоперабельным „раком“ желудка, почти 2-х с половиной летней давности, мы естественно усумнились в раковой природе опухоли желудка и стали искать другую причину ее, в частности сифилис; и при тщательных поисках на половом члене больного нашли депигментированный участок рубцовой атрофии, чрезвычайно подозрительный как след бывшего ulcus induratum. По обнаружении указанного рубца больной сознался, что в 1915 году у него на этом самом месте была язва, но он никакого значения этому не придавал, к врачу не обращался и не лечился. Подозревая заболевание желудка сифилитического характера, мы произвели исследование крови больному, причем нашли: 1) реакция Wassermann'a резко положительна (++++), 2) реакция Kahn'a и Sachs-Georgy—резко положительны.

Положительный результат всех реакций крови, непрогрессирование болезни за 2 1/2 года, подходящий сифилитический анамнез,—склоняло нас к тому, что у больного в настоящее время, а также и во время прошлой операции имелось и имеется сифилитическое поражение желудка. Назначено специфическое комбинированное лечение (kalii iodati, bijochinol 3 раза в неделю по 2,0 до общей дозы в 36,0 и neosalvarsan 0,3; 0,4×2; 0,6×6). С первых же дней специфического лечения боли в области желудка прошли, самочувствие улучшилось и в дальнейшем улучшение прогрессировало с каждым днем. Через месяц от начала специфического лечения произведена рентгеноскопия желудка. Дефектов наполнения нет, наложенный в 1928 году анастомоз бездействует, вся бариевая масса беспрепятственно переходит через pylorus в 12-перстную кишку.

6/XII—30 г. больной выписан из отделения совершенно здоровым с предложением закончить амбулаторно назначенный курс салварсано-терапии.

Случай II-й: Больная Ксения К., 39 лет, поступила в заведомое мною хир. отд. 15/I—1931 г. с жалобами на боли в области желудка, изжогу и рвоту. Год тому назад оперировалась по поводу „рака“ желудка. Некоторое время чувствовала после операции облегчение, но в последнее время появились такие же боли, как были и до операции. При изучении доставленной нам прошлогодней истории болезни выяснилось, что 20/III—1930 г. больная подверглась операции и во время операции хирургом, производившим ее, обнаружен „рак выходной части желудка с гусиное яйцо, проросший поджелудочную железу и большие сальники в области привратника. Сделан G. E. post“. 13/III—1930 г. (до операции) произведена рентгеноскопия желудка и заключение рентгенолога гласит: „До введения контрастной массы в желудке отмечается много жидкости. Барий падает в препилорическую часть желудка и располагается как в тарелке. Желудок огромных размеров. Перехода в 12-перстную кишку не видно (Stricture pylori)“.

Усумнившись в раковом характере поражения желудка и подозревая сифилис (непрогрессирование заболевания), хотя сифилитического анамнеза мы и не имели и RW у больной отрицательная, мы произвели исследование 6 проб мочи

на алиментарную гликозурию, чтобы исключить раковое поражение поджелудочной железы. Во всех 6 пробах результат реакции был отрицательный.

При общем обследовании больной обнаружено: дистрофические изменения зубов—теснота их расположения и косое стояние, фасетчатость передних поверхностей, значительная стертость жевательной поверхности и неровная величина верхних средних резцов. Со стороны глаз—глубокое помутнение роговиц обоих глаз, обширные задние стафиломы (Macul. cor. diffusa, Myopia+ast. myop.).

Имея дистрофические изменения со стороны зубов и явления старого паренхиматозного кератита, мы решили, что поражение желудка у нашей больной сифилитического характера и на основании этого, а, с другой стороны, для подтверждения нашего предположения мы применили *ex juvantibus* Kalium jodatum с иодистой ртутью. После 3-х бутылок указанной смеси, самочувствие больной значительно улучшилось, и боли в области желудка бесследно прошли.

10/II—31 г. произведена рентгеноскопия желудка (карта № 959)—рентгенолог отмечает: „Контрастная масса падает на дно желудка. Перистальтика вялая. Отшнуровка привратника наблюдается. Каша отчасти проходит через соустье, которое проходимое. Болезненности не отмечает“.

Через 3 месяца после выписки больной из отделения последняя показывалась; чувствует себя прекрасно, болей в области желудка не отмечает.

Случай III-й. В этом случае мною произведена резекция желудка при *linitis plastica* 6-ной Н., 48 лет, (истор. бол. № 1628 (II+0), поступившей ко мне в отделение 10 ноября 1930 года с жалобами на боли в области желудка, рвоту и резкую слабость. 8 лет назад оперировалась по поводу „опухоли матки“, и последняя была удалена. Заболевание в области желудка отмечает 3-й год. Последние 2 месяца чувствует себя особенно плохо; отмечает тошноту, изжогу, рвоту и вздутие живота в верхней части. Сон плохой, аппетита нет, запоры. При объективном исследовании: больная резко истощена. В легких N, тоны сердца глухие. Область epigastrii—вздутая. Прощупать опухоль не удается. Анализ желуд. сока: Общ. кислотность 14, своб. сол. к-та—abs, молочная к-та—abs, пепсин—abs, кровь—abs. При микроскопическом исследовании: слизь в незначительном количестве, единичные лейкоциты, крахмальные зерна во всем поле зрения, растительная клетчатка в значительном количестве, дрожжевые клетки в незначительном количестве. При рентгеноскопии: „Желудок крючкообразной формы, слегка опущен. На малой кривизне на границе с препилорической частью имеется маленькое бариевое пятно, резко болезненное при пальпации. Перистальтическая функция желудка ослаблена. Перистальтика средней силы. Отшнуровка привратника отчетливая, верхний сегмент последнего образует lin. Brügely. В. D. слабо выполняется. Резкая болезненность по всей тени желудка“.

Предполагая раковое новообразование желудка, мы предложили 6-ной подвергнуться операции, сделав ей предварительно переливание крови, ввиду ее резкой слабости. 21/XI—30 г. под местной анестезией вскрыта брюшная полость по белой линии между мечев. отростком и пупком. По вскрытии брюшины обнаружена опухоль желудка типа инфильтрата, пронизывающая всю толщу передней стенки и малой кривизны. Серозная над новообразованием мало изменена. Дно желчного пузыря плотной консистенции и последний своим дном припаян к передней стенке пилорической части желудка. Под Splanchnicus-anaesthesia произведена резекция желудка (Бильрот II) и удален желчный пузырь. Брюшная стенка зашита наглухо. 22/XI больная скончалась при явлениях нарастающей сердечной слабости.

При гистологическом исследовании новообразования желудка обнаружено: Железы гиперплазированы. Утолщение стенки идет за счет подслизистого слоя; последний состоит из фиброзной соединительной ткани, которая расслаивает гладкие мышечные волокна. Вся стенка пронизана мелко-клеточной инфильтрацией с большим содержанием эозинофилов. Элементов злокачественного новообразования (раковые клетки) не обнаружено. *Linitis plastica*.

Препарат был показан профессору Давыдовскому, который подтвердил, что в данном случае мы имеем *linitis plastica*.

3-й наш случай мы сочли нужным также причислить к случаям напрасных операций при сифилисе желудка, так как французские авторы считают, что *linitis plastica*—это хроническое воспаление на почве сифи-

литической инфекции, и раковый характер linitis plastica, что иногда встречается, в нашем случае микроскопически исключается.

Случай IV-й. Большой М., 55 лет, поступил в заведуемое мною хирургическое отделение 30/XII—30 года с жалобами на боли подложечной области, связанные с приемом пищи, отсутствие аппетита и резкое похудание. Больным себя считает 1 год. За последние 2 месяца резкое ухудшение самочувствия и усиление болей. Лues отрицает. *Анализ желудочного сока:* Цвет сероватый, без запаха, незначительный осадок и незначительное содержание слизи, реакция кислая. Общая кислотность 40, свободная солян. к-та—abs, молочная к-та—abs, пепсин—abs, кровь—abs. При рентгеноскопии желудка, произведенной 26/XII—30 г. и 3/I—31 г., обнаружено: „Каша падает на дно высокорасположенного желудка. Над кашей большой слой жидкости. Перистальтика вялая. Отгауровка привратника наблюдалась только вначале. Болезненность в пилорической части желудка. Через 2 часа вся каша в желудке. Stenosis pylori.

Анализ крови: Гемоглобина 74%, эритроцитов 4.720.000, лейкоцитов 5800, цветной коэффициент 0,7.

Микроскопически эритроциты нормальны. Лейкоцитарная формула: нейтрофилы 60%, эозинофилы 3%, лимфоциты большие и малые 31%, переходные формы 6%.

Предполагая раковое новообразование желудка, мы предложили больному операцию, которая произведена была ему 5/I—31 г. *Operatio:* Под эфирным наркозом вскрыта брюшная полость. В брюшной полости в области желудка громадное количество спаек. По рассечении спаек обнаружено: Сг тела желудка и поджелудочной железы. На серозе желудка в области новообразования ряд белых широких извитых рубцов. Casus inoperabilis. Брюшная полость зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое.

Имея неоперабельный рак желудка, нам показались подозрительными рубцы серозы в смысле Lucas'a и больному было назначено специфическое противосифилитическое лечение смесью иодистого калия с иодистой ртутью. После 4-х бутылок указанной смеси самочувствие больного значительно улучшилось и 24/I—31 г. 6-ной был выписан для амбулаторного лечения с предложением продолжать принимать назначенную ему иодистую смесь. 25/IV—31 г., т. е. через 4 месяца, больной был снова принят в отделение для контроля. Самочувствие хорошее. Ест всякую пищу. Болей нет. За время отпуска хорошо поправился. В настоящее время производит впечатление здорового, хорошо упитанного мужчины.

При рентгеноскопии желудка, произведенной 25/IV сего года, обнаружено, что проходимость бариевой каши в 12-перстную кишку отчетливая, перистальтика удовлетворительная, болезненности в области желудка не отмечается.

Не подлежит никакому сомнению, что во всех 4-х случаях были произведены напрасные операции ввиду предположения у данных больных наличия ракового новообразования, в то время когда в действительности у данных больных было поражение желудка сифилитического характера.

Приведенные 4 случая напрасных операций не являются исключением в мед. литературе, так, напр., Брамс и Блох при сифилитическом поражении 3 раза оперировали на желудке и 1 раз на желчном пузыре. Гарбер сообщает о напрасной laparotomi'u при гумме печени. Рихтер напрасно оперировал при гумме щитовидной железы. Еще о напрасных операциях сообщают Марьяничик, Reisek, Ижевский, Корхов, Юдин, Федоровский, Пшеничников и Gabert. Аояма сообщает, что среди 100 резецированных желудков в 4-х случаях был обнаружен сифилис.

Этих случаев, я думаю, вполне достаточно и они весьма убедительны, что мы довольно широко производим напрасные операции при сифилитическом поражении висцеральных органов. А сколько ненужных операций, удаление целых органов, производится в провинции, в „медве-

жних углах“, где зачастую не только не производится гистологическое исследование послеоперационных препаратов, но где нет даже лаборатории хотя бы для обычного исследования мочи?

Как часто встречается висцеральный сифилис и в частности сифилис желудка?

Аояма, как я уже указывал, среди 100 резецированных желудков в 4-х случаях нашел сифилис. Stolper, исследуя 61 труп сифилитиков, 1 раз обнаружил гумму желудка. Hortwell на 200 вскрытий в 25 случаях нашел сифилис желудка. Kleisse на 11.418 вскрытий не встретил ни разу гуммы желудка (Дурия). На статистиках Stolper'a и Hortwell'я следует остановиться, так как здесь указывается, что у сифилитиков может быть обнаружено поражение желудка. В этом отношении весьма интересна работа проф. Членова, который указывает, что по мере уменьшения свежего сифилиса, в последнее время в СССР заметно учащение сифилиса внутренних органов.

Нужно заметить, что в литературе вопрос о частоте сифилитического поражения желудка освещается весьма неопределенно. В то время как в самых распространенных руководствах о сифилисе желудка даже не упоминается, как будто такого заболевания и не существует, или упоминается о нем вскользь, в 2-х—3-х словах, в то же время Нептапп считает, что 20% всех язв желудка бывает на почве сифилиса; Ewald этот % определяет до 10. Тонкий считает, что увеличение числа язв желудка в последние годы находится в тесной зависимости от распространения сифилиса. Проф. Гальперн считает, что „сифилис желудка иногда предполагают чаще, чем он распространен“.

Очень часто практические врачи, даже солидных клинических учреждений, имея перед собой новообразование внутренних органов типа злокачественной, быстро растущей опухоли, не придают должного значения анамнезу, и только на основании одного наличия опухоли, зачастую не интересуясь выяснением этиологии ее, предлагают больному ненужную операцию, без которой больной может быть прекрасно излечен. В этом отношении интересны случаи, которые описаны различными авторами (Ижевский, Бачели, Louste).

О существовании висцерального сифилиса, его этиологии и дифференциальной диагностике указывал еще Пленка в своей книге „Врачебные наставления о любовных болезнях“, изданной в 1790 году, и несмотря на столь древнее освещение данного вопроса, мы все же часто ошибаемся, в нужную минуту забываем о существовании висцерального сифилиса с многогранными его проявлениями и зачастую оперируем тогда, когда этого делать не следует. Проф. Иванов говорит, что „необходимо добиваться, чтобы каждый врач понял значение сифилиса и знал венерические болезни, как каждый врач знает хотя бы тbc“. Я не знаю, „как каждый врач знает тbc“, но о существовании висцерального сифилиса мы очень часто забываем, что подтверждается как моими 4 случаями, так и целым рядом других подобных случаев, при которых производились излишние операции.

Возможна ли предварительная диагностика сифилиса желудка?

Paris указывает, что если рентгеновская картина новообразования желудка не совпадает с возрастом и общим состоянием больного, то такие случаи подозрительны на сифилис (в данном случае я не буду

касаться тех случаев, когда сифилис протекает в виде язвы, катарра и т. д.). Этот взгляд не вполне подтверждается как личными случаями наблюдения новообразований у лиц в молодом возрасте (22—23 года), так и литературными данными (Марнов).

Проф. Лурья указывает, что определенных опорных пунктов нет, и что диагностика сифилитических заболеваний желудка очень трудна, так как „сифилис желудка не укладывается в типичные для обычных заболеваний желудка клинические картины“. Обычно у таких больных бывает пониженная кислотность, вплоть до полного отсутствия свободной соляной кислоты, но этот признак нам служить подспорьем не может, так как он встречается и при раковом новообразовании желудка, с чем нам чаще всего и в первую очередь приходится дифференцировать. Положительная реакция на оккультное кровотечение здесь роли не играет, так как эта реакция может быть положительной как при гумме, так и при язве или раке желудка.

Проф. Лурья нашел, что хромоскопическое определение секреции при сифилисе желудка значительно запаздывает по сравнению с нормальной секрецией, а в 12% случаев такое выделение даже в течение 2-х часов не наступает, и это может служить некоторым подспорьем в диагностике сифилиса желудка.

Важным подспорьем в настоящее время в диагностике сифилиса желудка может служить тщательно собранный анамнез. И если в анамнезе мы имеем заболевание сифилисом, а к тому еще и другие дистрофические изменения и поражение нервной системы, мы должны подумывать о сифилитическом поражении болезненного органа, временно воздержаться от операции, провести специфическую подистую терапию *ex jvantibus*, не останавливаясь на отрицательной *RW*. Если спустя некоторый срок улучшения не получим, то лишь только тогда следует приступить к предполагаемой операции.

В этом отношении заслуживает внимания следующий случай, где, не спеша с операцией, нам удалось предотвратить таковую и получить полное излечение, проведя *ex jvantibus* специфическую терапию. Случай этот следующий:

Больной К., 52 лет, поступил в заведомое мною хир. отд. в декабре месяце 1930 г. с жалобами на боли в подложечной области, появляющиеся после еды через 1—1,5 часа. Больным себя считает с 1918 года. Временами боли настолько обострялись, что он вынужден был ложиться в стационар несколько раз на 10—15 дней. В промежутках между лечением в стационаре лечился амбулаторно, но здоровым себя никогда не считал, так как боли у него в подложечной области всегда бывали. В 1928 году в течение 2-х дней было желудочное кровотечение. В последние 4 месяца стала плохо проходить твердая пища, она задерживается у мечевидного отростка. *RW* отрицательная. Больной доставил следующее рентгеновское заключение: Густая контрастная масса останавливается на границе средней и нижней $\frac{1}{3}$ и отсюда узкой струей течет. Исслед. к-ры слепка пищевода в этом месте не ровны. Временами ретроперистальтика. Желудок небольшой, высоко расположен, перистальтика вялая. Отшнуровки привратника наблюдать не удалось, к-ры его смазаны, резкая болезненность в области пупка. Диагноз. *St. oesophagi*“. Диагноз подтвержден клиническим учреждением столицы.

Анализ желудка сока: общ. к-ность 8, своб. сол. к-та—abs, молочная—abs, пепсин—следы. Рентгеновское заключение за 1928 год (31/V) указывает на новообразование желудка в пилорической части. Рентгеновское заключение от 8/VI 1930 г. гласит: «Резко расширенный высоко расположенный желудок с вялой перистальтикой. Отшнуровка привратника наблюдается. В. Д. деформирован. К-ры

привратника, особенно верхнего сегмента—смазаны. Болезненность по всей тени желудка, *St. ventriculi*?

Данные анамнеза и лабораторных исследований несомненно говорили, что у больного имелаась язва желудка, переродившаяся в последнее время в рак и такого же рода заболевание мы имеем в нижней части пищевода.

Имея несколько случаев напрасных операций при сифилисе, мы у данного больного, как и у всех других подобных больных, тщательно стали искать в анамнезе *lues*, и оказалось, что в 1900 году больной перенес, по его словам, «мягкий шанкр». Заболевание в анамнезе мягким шанкром не остановило нас против терапии *ex juvantibus*, и к нашему удивлению больной после 4-х бутылок водистой ртутной смеси стал себя лучше чувствовать. Результаты специфического лечения убедили нас, что у б-ного был не мягкий, а твердый шанкр, и что поражение желудка и пищевода у нашего больного—сифилитического характера. Больной был выписан для амбулаторного лечения с предложением выпить 10—12 бутылок назначенной ему подисто-ртутной смеси. 21/IV с/г. больной был вызван мною для осмотра, причем оказалось, что в настоящее время он ест всякую пищу, болей не испытывает, значительно поправился и прибыл в весе и производит впечатление здорового мужчины. 25/IV—при рентгеноскопии желудка: в области пищевода, где в прошлом была стриктура, в настоящее время образовался дивертикул бывш. здоровой стенки, но густая контрастная масса свободно проходит в желудок. Перистальтика желудка наблюдается, проходимость в 12-перстную кишку отчетливая, болезненности в области желудка нет.

Образование дивертикула в данном случае можно объяснить, как нам кажется, как результат рубцового сморщивания части стенки пищевода в том месте, где была гумма, а противоположная здоровая часть стенки пищевода компенсаторно вытянулась, образовав небольшой дивертикул. Как бы там ни было, но несомненно, что поражение у нашего больного пищевода и желудка было сифилитического характера и в результате специфического лечения мы получили: 1) полное излечение и 2) избавили больного от предполагавшейся тотальной резекции желудка и нижней части пищевода, что, думаю, было бы не безразлично, в лучшем случае, для больного.

В отношении срока лечения *ex juvantibus* необходимо, чтобы срок этот был минимальным, дабы не упустить время возможной радикальной операции, во всяком случае не более 2-х недель. В подозрительных случаях основываться только на RW не следует. Такой большой авторитет, как профессор Иванов, говорит: „надо сказать, что многие хирурги (и врачи других специальностей) не умеют оценивать результат RW у постели больного. Они забывают, что отрицательная реакция не говорит об отсутствии сифилиса, а положительная далеко не всегда свидетельствует об его наличии. Поэтому даже когда они думают о возможности сифилиса и хотят установить его наличие с помощью RW, они нередко впадают в ошибку, чего не было бы, если б они вместо этой сложной и непостоянной реакции прибегали к легкому пробному лечению, хотя бы подистым калием“. В наших случаях RW только в одном случае была резко положительной (++++), в остальных же случаях она была отрицательной (в 3-м случае RW не производилась).

Иногда и после специфического лечения хирургу все же придется оперировать на желудке, но оперировать придется не по поводу гуммы желудка, а по поводу стенозов, могущих образоваться после специфического лечения, в виду резкого развития фиброзной ткани, стенозирующей и мешающей правильному опорожнению желудка, в особенности, если гумма была расположена в его пилорической части.

Описываемые нами случаи указывают, что и после специфического лечения, даже при гуммах, расположенных в пилорической части желудка, не всегда наступает стеноз, так, например, у наших больных контрастная масса во всех случаях направляется из желудка обычным

путем, совершенно свободно (во II-м случае и через соустье), и этот момент подчеркивает, что сперва специфическая терапия, а потом только можно думать об операции даже в тех случаях, где образование стеноза после специфического лечения почти обеспечено.

Заканчивая, я должен указать, что наличие у больного сифилиса вовсе не исключает возможности существования у сифилитиков и других заболеваний, в частности язвы, рака, но и в таких случаях, даже при убеждении, что заболевание другого порядка, не мешает провести специфическую терапию *ex juvantibus*, и в некоторых случаях такая терапия изменит дооперационное „убеждение“, что будет полезно и хирургу, и больному, тем более, что операция, при которой удаляется гумма, может служить стимулом для распространения гумм в других частях организма (Рихтер).

Выводы: Поражение сифилисом желудка заболевание не столь редкое, о нем нужно всегда помнить, так как в последнее время имеется склонность к некоторому учащению этого страдания.

Если предварительный диагноз колеблется между гуммой и раком, то проще провести специфическую терапию, нежели приступать к такой тяжелой операции как резекция желудка (как поступал в своих случаях Gabert), а иногда можно и потерять больного хотя бы и от послеоперационной пневмонии (случай Блоха) или от нарастающей сердечной слабости (наш случай), чего могло и не быть при специфической терапии.

Указания авторов (Пшеничников, Блох), что больные в их случаях после радикальных операций при гумме „поправились и прибавили в весе“ не убедительны, так как эти же больные могли бы еще больше „поправиться и прибавить в весе“ без операции при одном только специфическом лечении; примером может служить, хотя бы наш последний случай, особенно памятуя, что всякая операция,—тем более полостная,—не безразличное вмешательство для организма.

Необходимо в подозрительных случаях чаще применять терапию *ex juvantibus*, но ею не увлекаться (до 2-х недель), памятуя, что можно пропустить драгоценное время, время возможной операции.

Напрасные операции при сифилисе желудка должны освещаться в медицинской печати, дабы их можно было бы изучать и стараться их больше не повторять.

Литература: 1) Проф. Р. А. Лурия. Сифилис и желудок. 1928 г.—2) Тоцкий. О сифилисе желудка. 1926 г.—3) Он же. Вестник хир. и погр. обл. 1930 г., книга 61.—4) Проф. Синакевич и проф. Топорков—Ibid.—5) Федоровский. Нов. хир. архив, 1928 г.—6) Юдин. Вест. хир. и погр. обл. 1930 г.—7) Агроник. Клиническая медицина, 1927 г.—8) Корхов. Рус. вест. дерм. 1925 г.—9) Ижевский. Клиническая медицина 1927 г.—10) Aojama—Z. f. Ch. Bd. 174, S. 34, 1922.—11) Шварцман. Казанский мед. журнал, 1928 г.—12) Проф. Гальперн. Рецензия. Нов. хир. архив, 1927 г. № 52, стр. 611.—13) Проф. Членов. Венер. и дермат. 1928 г., № 1.—14) Дерюжинский. Хирургия, 1907 г.—15) Ильин. Нов. хир. архив, т. IX.—16) Гаусман. Практ. врач, 1912 г.—17) Singer and Meyer. Surgery, Gynaecology and Obstetr. № 1.—18) Рихтер. Нов. хир. архив, 1927 г.—19) Бабаев. Врачебная газета, 1927 г.—20) Марьянич. Нов. хир. архив, 1927 г.—21) Виккер. Врач. дело, 1927 г.—22) Коган—Ясный. Врач. газета, 1927 г.—23) Гарбер. Нов. хир. архив, 1928 г.—24) Нижарадзе. Врач. газета, 1927 г.

Из Госпитальной хирургической клиники Астраханского мединститута (Зав. проф. А. Е. Мельников) и приемного покоя 91 стрелкового Астраханского полка.

К вопросу о семенных кистах.

Д-ра Б. С. Гранат.

Открытые в 1843 г. англичанином Liston'ом и имеющие заграницей свою казуистику семенные кисты, насколько нам известно по доступной нам литературе, в русской литературе описаны только дважды: Синицыным в 1900 г. и Рабиновичем в 1927 г. Между тем оба названных автора считают, что семенная киста заболевание не столь редкое, но зато в силу затруднительности дифференциальной диагностики с водянкой яичка или, реже, семенного канатика, часто просматривается как заболевание sui generis и идет под диагнозом указанных страданий. 9 случаев Синицына, 7 случаев Рабиновича и полное отсутствие их у других русских хирургов (по крайней мере опубликованных, если не считать случая д-ра Федорова, доложенного на заседании Хирург. секции об-ва врачей при Казанском университете 26/III 1928 г.) невольно заставляет думать, что семенные кисты диагностируются лишь тогда, когда их имеют в виду, и что встречаются они значительно чаще, чем это думают.

Более тщательная пальпация мошонки при опухолях в ней и учет возможности в соответствующих случаях и spermatocoele дали мне возможность в короткое время обнаружить два случая семенных кист, причем диагноз был подтвержден на операции. Привожу эти случаи.

Случай 1-й. Кр-ед., К. 23 лет, холост, в анамнезе сыпной и брюшной тиф в 1921 г., малярия и гоноррея в 1926 г. На телесном осмотре кр-цев полка в марте 1928 г. я обнаружил у него небольшую опухоль в мошонке, существующую, по словам больного, с 1924 г., сперва величиною с горошину, а потом постепенно увеличивающуюся. Испытывает боли при давлении на опухоль (особенно при половом акте), а также при усиленной ходьбе. В остальном опухоль не мешает. Объективно: внутренние органы без особых изменений. В левой половине мошонки прощупывается над яичком эластическая опухоль величиною и формой с голубиное яйцо, безболезненная при пальпации, связанная тонким тяжем с верхним полюсом яичка и прилежащая к дистальному отделу семенного канатика, просвечивающая при проходящем свете. Диагноз: spermatocoele. Больной направлен в Госпитальную хирургическую клинику Астраханского мединститута для операции. 6/IV 28 г. операция (проф. А. Е. Мельников) под местной анестезией. По разрезе кожи мошонки и оболочек яичка опухоль, оказавшаяся в связи с верхним полюсом яичка, как и определялось до операции, была вылучена целиком без особого труда. Опухоль величиною и формой с голубиное яйцо с тонкими стенками содержит в себе мутную жидкость, в коей обнаружены в большом количестве живые сперматозоиды.

Случай 2-й. Кр-ец переменного состава полка Б., 27 лет, явился 23 июня 1928 года на амбулаторный прием с жалобами на "третье яичко" в правой половине мошонки и ломоту в нем после усиленной работы и длительного полового воздержания. Считает себя больным с 1921 г., когда впервые заметил над правым яичком опухоль величиною с лесной орех. Опухоль постепенно увеличивалась в размерах и за 7 лет достигла своего теперешнего вида. Больной женат, онанизмом не занимался, ранее болел малярией и тифом. Объективно: в правой половине мошонки над правым яичком опухоль величиной и формой с куриное яйцо, плотно-эластической консистенции, безболезненная при пальпации, связанная узким плот-

ным тяжиком с верхним полюсом яичка. Яички нормальны. Диагноз: spermatocele. Больной направлен в Госпитальную хирургическую клинику для оперативного лечения. 27/VI 28 г. операция (д-р Б. С. Гранат) под местной анестезией. Кожный разрез в 5 см. По рассечении оболочек яичка вытекло незначительное количество водянистой жидкости. Киста оказалась яйцевидной формы с небольшим удлинением выростом у нижнего своего полюса; серозные спайки с верхним полюсом яичка и с хвостом придатка, другой связи с яичком и придатком нет. Вырост кисты расположен у хвоста придатка, яичко оказалось повернутым своим нижним полюсом вперед. По рассечению спаек киста легко выделилась. В виду наличия небольшой водянки швы по Winkelmann'у на tunica vaginalis; операционная рана зашита наглухо. Киста содержит мутную желтовато беловатую жидкость с громадным количеством сперматозоидов. Патолого-анатомическое исследование (произведено в Кабинете патолог. анатомии астрах. мединститута): стенка кисты всюду покрыта изнутри уплощенным эпителием. Эпителий покоится на тонкой мембране, окруженной рыхлой соединительной тканью, местами довольно богатой кровеносными сосудами. Кнаружи от мембраны заметны циркулярно идущие отчетливые гладкомышечные волокна. Вырост нижнего полюса кисты отделен от самой кисты лентой рыхлой соединительной ткани, богатой сосудами и слегка отечной. Сам же вырост построен из большого количества неправильно округлых, овально вытянутых и местами дугообразно изогнутых железистых просветов, тесно расположенных друг с другом, покрытых изнутри двухслойным высоким цилиндрическим эпителием, в некоторых просветах имеющим реснички. Эти железистые просветы лежат и окружены рыхлой волокнистой соединительной тканью.

Семенные кисты представляют собою мешчатые опухоли мошонки, исходящие из яичка или его придатка и содержащие жидкость со сперматозоидами. Жидкость обычно мутная, опалесцирующая и, по Синицыну, настолько характерная для spermatocele, что он считает излишним употребление микроскопа для обнаружения живчиков. Впрочем, в отдельных случаях могут встречаться семенные кисты и с прозрачным содержимым и без сперматозоидов (Рабинович). Стенка кисты состоит (Nosseneegg, Синицын) из внутреннего эпителиального слоя и наружного соединительно-тканного, причем по характеру эпителия можно судить, по Синицыну, о давности кисты: кубический или цилиндрический эпителий свойствен молодым кистам, мостовидный плоский—более старым. Такой взгляд находит себе некоторую аналогию в коллоидном зобе, небольшие пузырьки которого выстланы обычно высоким эпителием, большого же размера пузырьки имеют уплощенный эпителий. Дело здесь не столько в возрасте кисты, сколько в силе давления на эпителий стенки, благодаря чему последний уплощается, что будет иметь место в более значительных по размеру кистах, т. е. во многих случаях и более старых. В части случаев между соединительно-тканными волокнами встречаются пучки гладкой мускулатуры. В некоторых случаях киста выстлана и мерцательным эпителием. Располагаются семенные кисты обычно у верхнего полюса яичка и делятся, по Рабиновичу, на интравагинальные, между париетальным и висцеральным листками tunicae vaginalis propriae testis, и экстравагинальные, т. е. расположенные вне влагалищной оболочки яичка.

Разнообразие строения и расположения семенных кист заставляет думать, как на это совершенно справедливо указывает и Рабинович, что и происхождение их различно. И действительно, при изучении литературы вопроса, мы наталкиваемся на ряд объяснений патогенеза spermatocele. Если откинуть явно недоказательную и непризнанную теорию Josselin'a (1848 г.), объясняющую, аналогично образованию кист вследствие кровоизлияния, образование семенных кист путем раздраже-

ния соединительной ткани вытекающим из травмированного семенного канальца семенем, вследствие чего образуется капсула кисты, то остаются еще следующие теории: 1) Теория образования кисты из остатков Вольфова тела, т. е. *vasa aberrantia* и Морганиевой гидатиды, следовательно в эмбриональном или раннем внеутробном периодах (Folliu, Вроса и др.). 2) Теория Косчер'а, Носченегг'а, Dolbeau, Синицына и др. По этой теории семенные кисты рассматриваются как кисты дилатационные или ретенционные: закрытие или же только сужение просвета семенных путей, столь извилистых и длинных, а иногда и боковое давление на стенку семенного хода, влекут за собой расширение канала сзади препятствия с последующим образованием замкнутой полости. Этому способствуют имеющиеся в семенных путях физиологические сужения (перед и по выходе из *rete testis* и при переходе *vasa efferentia* в головку придатка (Косчер) и слабость стенки семенных канальцев (Носченегг).

Эти две основные теории, помимо различного объяснения происхождения семенных кист, имеют еще другое диаметрально противоположное различие. По теории Косчер'а - Синицына связь с семенными канальцами первичная, и только прекращение этой связи может обусловить отсутствие в кисте сперматозоидов. По первой же теории связь с семенными ходами вторичная: живчики в кисте появляются лишь в том случае, если вследствие давления растущей кисты на семенные канальцы произойдет их разрыв и сообщение с кистой. С точки зрения классификации по вышеуказанному моменту к первой теории примыкает еще теория Пуарье, производящая семенные кисты из обыкновенных водяночных кист.

Первый русский автор, описавший *spermatocele*, проф. Синицын считает теорию Косчер'а единственно возможной. Однако позднейшие авторы, как хирурги (Рабинович, Федоров), так и патолого-анатом проф. Никифоров („Основы патологической анатомии“ 1926 г.), признают также теорию образования семенных кист из остатков Вольфова тела. Мы также, на основании вышеуказанных соображений, присоединяемся к ним. Однако мы должны тут же отметить, что теория ретенционного происхождения семенных кист наиболее логична. Кроме того, она доказана экспериментально Косчер'ом. Имеются также клинические доказательства, например, случай Синицына, где на операции была обнаружена тесная связь кисты с яичком в виде ходов, „сообщавших полость кисты с семенными канальцами яичка“. „На основании этих данных“, говорит проф. Синицын: „можно сказать с положительностью, что мнение о происхождении семенных кист из семявыводящих канальцев яичка, высказанное в форме предположения, приобретает значение действительного факта. Но для того, чтобы оно получило в науке значение постулата, необходимо дальнейшее наблюдение в том же направлении“.

Нам кажется, что таковым наблюдением является наш второй случай. Патолого-анатомическое исследование этого случая устанавливает нижеследующие факты. Выrost нижнего полюса кисты состоит из семенных ходов, свойственных головке придатка; выrost в интимной связи с кистой, от придатка отщнурован. Строение стенки самой кисты указывает на происхождение ее из семенного хода. Таким образом происхож-

дение кисты видимо таково: развилась киста из семенного хода придатка яичка, причем эта часть придатка впоследствии от него отшнуровалась. Судя по характеру семенных канальцев выроста кисты, отшнурование, вероятно, произошло от головки придатка, а впоследствии киста спустилась своим нижним полюсом (с выростом, т. е. своим „корнем“) к хвосту придатка. Таким образом здесь мы имеем весьма наглядное подтверждение теории Koeber'a.

Этиология семенных кист до сего времени неясна, несмотря на целый ряд предложенных объяснений. Вероятно, в связи с разнообразием патогенеза, она для различных случаев не одинакова.

Ввиду того, что лечение семенных кист исключительно оперативное (иссечение), то наибольший практический интерес они представляют для хирургов, а наиболее практически важным моментом является вопрос о диагностике, главным образом дифференциальной, с водянкой яичка или семенного канатика, с кистами spermatocele клинически чрезвычайно схоже. Дифференцировка же с серозными кистами придатка яичка невозможна (Меерзон), разве только путем пункции. Основой для дифференциальной диагностики является: расположение у верхнего полюса яичка, обычно между яичком и головкой придатка, ясно отграниченная опухоль, как бы добавочное яичко, очень часто связанная с яичком тяжем. Для очень больших семенных кист, когда пальпация мало что дает, отличие от hydrocele возможно лишь путем прокола.

В заключение считаю своей приятной обязанностью принести глубокую благодарность за оказанное мне содействие при выполнении означенной работы многоуважаемому проф. А. Е. Мельникову, а за произведенное патолого-анатомическое исследование проф. Г. Г. Непряхину и д-ру Н. И. Ермаковой.

Литература. 1) Синицын Ф. И. Хирургия. Т. VII, № 39, 1900 г.— 2) Меерзон Я. А. Урология № 4, 1924 г.—3) Рабинович М. С. Новый хирург. архив, 1927 г. № 53.—4) Федоров Д. Н. Казанский медич. журнал, 1928 г. № 5.

Из Курской объединенной консультации № 2 Охрматмлада.

Проверка одного из способов отделения пуповины—наложения зажима Кохера¹⁾.

Д-ра Л. Н. Андреева.

Вопрос об уходе за пуповиной и пуповинным остатком (о времени отделения пуповины, способе отделения ее, длине культи, способе ухода за пуповинным остатком, о времени его отделения, состоянии последующей пупочной ранки, значении „пупочных ворот“ для инфекции орга-

¹⁾ Доложено в педиатрическом кружке при Курской научно-медич. ассоц. союза МСГ 17/VII 1928 г.

низма и т. п.), конечно, неновый и уже давно занимал умы многих врачей. Но все же несмотря на то, что практически соприкасавшиеся с новорожденным очень интересовались этим вопросом, последний до сего времени окончательно не разрешен. Предложено много способов отделения пуповины и ухода за пуповинным остатком новорожденного и нет ни одного всеми признанного. Существуют сторонники раннего и позднего отделения пуповины, сторонники разных способов отделения ее (перевязка, отжигание, одна перерезка, раздавливание, наложение зажима и т. п.), сторонники оставления длинной и короткой культи, сторонники асептического и антисептического ухода, сухой и масляной повязки, сторонники сменяемой и несменяемой повязки, купания и некупания в первые дни после рождения и т. п.

Ввиду того, что этот вопрос имеет громадное практическое значение, а литература последнего времени почти не уделяет ему места, я считаю не лишним поделиться своими наблюдениями, касающимися проверки одного из способов отделения пуповины (наложение зажима Кохера), на 1370 новорожденных. Эти наблюдения я проводил стационарно и патронажем.

Для ухода за пупком новорожденного я пользовался нижеследующим инструментарием и перевязочным материалом:—маленький, короткий, легкий, тонкий зажим Кохера, ножницы, пинцеты, вата, марля, нитки № 3, индивидуальные пакетики 5×5 сант. (2 слоя марли и сверху тонкий слой ваты—все это завернуто в папиросную бумагу). Как инструментарий, так и перевязочный материал всегда стерилизовался в достаточном количестве и хранился надлежащим образом.

Новорожденный, хотя бы он родился и в легкой асфиксии, не отделялся от матери до прекращения пульсации (резкого ослабления) пуповины, т. е. приблизительно в течение около 8—10 минут. Затем часть новорожденных отделена перевязкой пуповины, а другая наложением зажима Кохера.

Для перевязки пуповины я брал обычно толстые нитки № 3. Одну лигатуру накладывал приблизительно на 1—1½ сантиметра выше кожного пупка, вторую—на материнскую часть пуповины, на 3—5 сантиметров выше первой. Перерезав пуповину стерильными ножницами между 2 лигатурами (ближе к фетальному концу ее), чисто вычищал детскую часть пуповины стерильной ватой, выжимал студенистую массу и содержимое кровеносных сосудов пуповины, смазывал всего новорожденного вазелином, купал в тепловатой кипяченой воде, затем на культе пуповины, после тщательной очистки ее стерильным материалом, накладывал сухую стерильную повязку (индивидуальный пакетик), а сверху повязку Флика. Как пакетик, так и повязка Флика менялись по мере надобности (загрязнения).

При отделении пуповины зажимом Кохера я поступал следующим образом: по прекращении пульсации пуповины (в среднем 8—10 минут после рождения) накладывал маленький, легкий зажим Кохера, ручками (кольцами) направляя его к головке ребенка, и закрывал его на все 3 затворки. Один зажим накладывался на расстоянии около 1 сант. от кожного пупка (при тощей пуповине на ½ сант.), второй—на материнскую часть пуповины на расстоянии 3—5 сант. выше первого зажима; посредине, ближе к кожному пупку, между двумя зажимами пупо-

вина перерезывалась стерильными ножницами. Из пупочного остатка, выше первого зажима, выжималась студенистая масса и выдавливалось содержимое кровеносных сосудов пуповины. Во избежание травмирования пупочного остатка зажимом, последний подвешивался марлевой тесемкой к шее ребенка. После ванны из тепловатой кипяченой воды, тщательно протирался стерильным материалом пуповинный остаток и кожа вокруг него, накладывался индивидуальный пакетик и повязка Флика, которые менялись по мере загрязнения; по окончании туалета новорожденные передавались в детскую комнату, где получали от специального персонала соответствующий уход (однаковый с перевязанной пуповиной и с зажимом Кохера); они не купались, не получали никаких присыпок, мазей и т. п., пуповинный остаток содержался асептически.

Ввиду того, что в литературе я не встретил точных указаний о том, сколько времени нужно держать неснятым зажим Кохера, последний удерживался мною различное количество часов. По моим наблюдениям лучше всего пуповинный остаток отпадает при держании зажима 3 часа. В громадном большинстве случаев при наложении зажима пуповинный остаток отпадал на 4-е, 5-ые сутки.

Снятие зажима я производил следующим образом: предварительно низко (по уровню пинцета), сверху срезывал остаток пуповины, снимал зажим и листочки культи смазывал 5% подом, затем накладывал стерильный индивидуальный пакетик, который укреплял повязкой Флика.

За время с 1 октября 1927 года по 15 февраля 1929 года через Курский родильный приют прошло 1376 новорожденных; из них у 1024 пуповина была не перевязана, а наложен зажим Кохера, и у 352 была сделана обычная перевязка пуповины. За отчетный период в нашем Родильном приюте почти все родильницы в среднем выписывались на 5—6 сутки после родов и следовательно пупок новорожденных находился под нашим стационарным наблюдением всего около 5—6 суток.

Из сравнения результатов наших наблюдений над обычной перевязкой пуповины и наложением зажима Кохера видно, что при наложении обычной повязки новорожденные в громадном большинстве случаев (90%) выписывались с неотпавшей пуповиной, тогда как при наложении зажима Кохера с неотпавшей пуповиной выписывались только 27%; неудовлетворительная мумификация при обычной перевязке 61%, а при зажиме Кохера 0,2%, температура при обычной перевязке — 10,2%, а при зажиме Кохера 1,7%; те или иные воспалительные процессы пупочного остатка при обычной перевязке — 17,2%, а при зажиме Кохера — 2,4%. Кровотечений и грыж не наблюдалось ни при наложении зажима Кохера, ни при обычной повязке.

Здесь же необходимо отметить, что на время отпадения и состояние пуповинного остатка оказывало громадное влияние и техническая опытность подобного персонала. Так, отпадение пуповинного остатка ко дню выписки в начале наших наблюдений имелось в 63%, а при известном навыке персонала отпадение дошло до 83%.

Не удовлетворяясь положительными стационарными наблюдениями над применением зажима Кохера, мы организовали наблюдение через патронажных сестер за состоянием пупка у 350 детей по выписке из Родильного приюта. Патронажных посещений было 2. Первое — (250 новорожденных) имело целью, главным образом, выяснить общее состояние

новорожденного и состояние пупочной ранки, второе (100 новорожденных)—наличие грыж.

В первое патронажное посещение было проделано 250 наблюдений над 201 ребенком, из которых у 178 был наложен зажим Кохера, а у 23 была обычная повязка. Первый патронаж был проведен в среднем через 25 дней после родов. За всеми патронирруемыми детьми ухаживают матери. Общий уход за детьми был удовлетворительный в 191 сл. (76,4%), неудовлетворительный—в 59 (23,6%). Уход за пуповинным остатком оказался удовлетворительным (сухая повязка) у 200 (80%), неудовлетворительным (разные мази, присыпки и т. п.)—у 50 (20%). Общее состояние здоровья ребенка: здоровых—244 (97,6%), неудовлетворительное—6 (2,4%). Общее состояние пупочного остатка: без всяких осложнений—у новорожденных с перевязкой—18; с зажимом Кохера—221; воспалительные процессы—у нов. с перевязкой—5,—с зажимом Кохера—6. Пупочные грыжи встретились у 4 детей (две грыжи при зажиме Кохера, 2 при обычной перевязке).

День выписки из Родильного приюта для этих новорожденных был в среднем 5—6-ые сутки. Отпадение пуповинного остатка при зажиме Кохера в среднем наступало на 4—5 сутки после рождения. Большее количество пуповинных остатков при выписке было в стадии отпадения, которая заканчивалась дома или в день выписки, или на другой—третий день (при обычной же перевязке на 8—9 сутки).

При втором патронажном посещении было проделано 100 наблюдений над детьми в различных условиях жизни. Из них у 85 был наложен зажим Кохера, а у 15—обычная повязка. В среднем обследование было произведено через 103 дня после рождения. В результате обследования оказалось, что общее состояние здоровья детей в 97%—удовлетворительное и в 3%—неудовлетворительное, мумификация пуповинного остатка у всех весьма удовлетворительная. Пупочных грыж обнаружено 3, из них у 2-х имеется наследственность (грыжи у ближайших родственников), а у третьего мать температурела после родов, ребенок слабо развивался и пупок немного гноился.

Подводя итоги нашим наблюдениям, приходим к следующим выводам:

1) Для предупреждения инфекции необходимо принимать все зависящие от нас меры к скорейшей мумификации и отпадению пуповинного остатка без всяких осложнений.

2) Зажим Кохера в этом смысле играет большую роль. Он, ускоряя мумификацию и отпадение пуповинного остатка с образованием более или менее асептической пупочной ранки, дает нам возможность выписывать из родовспомогательных учреждений родильниц раньше, чем при наложении новорожденным обычной повязки.

3) Страх за кровотечение из пупка при этом способе не основателен, что подтверждается целым рядом авторов и нашими стационарными наблюдениями за 1376 новорожденными и 350 патронажными посещениями. Наличие кровотечения из пупочных сосудов надо объяснять не недостаточностью перевязки пупочного канатика, а глубже лежащими причинами (ателектаз легких, асфиксия, пороки сердца и т. п.).

4) Также неосновательна и боязнь за образование пупочных грыж при применении того или иного способа отделения пуповины и в частности при наложении зажима.

Из всего вышесказанного мы видим, что отделение пуповины путем наложения зажима имеет массу преимуществ перед наложением повязки в смысле сухой и скорой мумификации пуповинного остатка и быстрого отпадения, а также асептичности пупочной ранки. Все страхи за кровотечение и образование пупочных грыж при наложении зажима ни на чем не основаны.

Из акушерско-гинекологической клиники I МГУ и Госуд. венерологического института НКЗ имени В. М. Броннера.

Методы распознавания гонорреи женских половых органов.

Н. А. Львова.

Рост гонорреи в послевоенное время так резко увеличился, что она приобрела характер социального бедствия. Немецкий ученый проф. Вагнер, сравнивая статистические данные, касающиеся гонорреи, за время до войны и после нее, нашел, что в послевоенное время рост гоноррейнх заболеваний увеличился на 266%. Факт, над которым следует задуматься. У нас в Союзе, хотя и нет таких сравнительных статистических данных, но все же можно почти не сомневаться в том, что в послевоенное время число гоноррейнх больных резко увеличилось. Мало того, гоноррея проникла в деревню, где при отсутствии надлежащего лечения расцветает пышным цветом и калечит женщин работоспособного возраста. К нашему несчастью мы не имеем таких методов лечения, при помощи которых можно было бы легко и быстро ликвидировать гоноррею; и, что хуже всего, нередко мы даже не можем распознать ее там, где она имеется.

Это касается в особенности тех случаев, где гоноррея протекает скрыто (латентно), не вызывая никаких клинических симптомов. Речь идет о так наз. первичной и вторичной латентной гоноррее. При первой форме латентной гонорреей никаких клинических симптомов у женщины никогда не было, отделяемое шейки имеет нормальный характер, из уретры нет никакого отделяемого, болезненные явления отсутствуют, женщина и не подозревает, что она больна, а между тем в мазках, взятых из уретры и шейки матки, микроскопически обнаруживаются гонококки. Эта форма называется иначе бациллоносительством и может быть или кратковременной, или длительной. Она встречается у женщин, по данным Прохвоника, примерно в 2% всех случаев. Что же касается вторичной формы латентной гонорреи, то она возникает обычно из ранее бывшей острой гонорреи, причем резко выраженные клинические симптомы уже прошли, но вирулентные гонококки скрываются глубоко в лакунах Скене или в железах уретры и шейки матки. Обнаружить их можно только искусственным путем—при помощи провокации, о которой будет речь ниже, или при помощи бактериол. посева. Насклько в острых случаях распознавание гонорреи сравнительно легко, настолько в хронических случаях диагноз иногда представляет большие трудности. Это обстоятельство объясняется, с одной стороны, сложностью строения женских половых органов, наличием большого количества желез, окружающих вход во влагалище (*glandulae vestibulares minores et majores*).

парауретральные или Скеновские ходы) и расположенных в шеечном канале матки, и с другой,—физиологическими особенностями (овуляция, менструация, беременность, роды) женских половых органов. Особенно в этом отношении следует учитывать роль циклически протекающих менструаций. Если к этому прибавить еще резко выраженную складчатость слизистых оболочек женских половых органов (*columna rugata* во влагалище, *arbor vitae* в шеечном канале матки, обилие складок в трубах), то станет понятным, почему так трудно найти гонококков в женских половых органах, где для них имеется столько укромных и надежных мест, в которых они могут укрыться. Отсюда ясно, где мы должны искать гонококков. Это будут—уретра, шейка матки, бартолиновы железы, парауретральные ходы, прямая кишка, железы преддверия влагалища. Из перечисленных образований мы и должны брать мазки для бактериоскопического исследования. Что касается влагалища, то мазки для исследования берут отсюда только у детей и беременных (Вольф), так как только у них, как правило, может наблюдаться гонорройное воспаление влагалища.

При диагностике женской гонорреи мы прежде всего стараемся решить вопрос о том, с какой формой гонорреи мы имеем дело—открытой, или закрытой, т. е. поражены ли только половые органы до внутреннего маточного зева или же захвачены матка, трубы, яичники и брюшина. Далее необходимо выяснить вопрос, следует ли считать данную женщину, перенесшую гоноррею, в настоящее время здоровой или больной.

Первая задача решается микроскопом на основании нахождения гонококков в мазках, взятых из уретры и шейки матки, а если есть какие-либо указания, то и из отверстий бартолиновых желез, парауретральных ходов и прямой кишки. Положительный результат (нахождение гонококков) решает этот вопрос, при отрицательном же результате исследование необходимо повторить по крайней мере до 10 раз, причем особенно важно мазки брать непосредственно после менструаций и после провокации в течение ближайших трех дней. Только проделав такие исследования мазков после нескольких менструаций и неоднократно произведенных провокаций, можно с большей или меньшей уверенностью сказать, что сделано все возможное для обнаружения гонококков.

Чтобы представить ход исследования, поясним это примером: 1-го числа явилась на обследование больная; у нее взяты мазки из уретры и шейки матки, давшие отрицательный результат. Клинически обнаружены хрон. воспаление шейки (эндцервицит) и восп. процесс в преддверии влагалища (вестибулит). 2-го числа больной сделана провокация (местная, общая и алиментарная (см. ниже). 3-го, 4-го и 5-го числа ежедневно берутся мазки из уретры и шейки матки, давшие опять-таки отрицательный результат. 6-го отпускают больную до ближайшей менструации. 12-го числа у больной окончилась менструация, и, начиная с 13 числа в течение 3 дней, т. е. 13, 14 и 15 у нее снова берут мазки из уретры и шейки матки, давшие, предположим, также отрицательные результаты. Тогда числа 20—25 снова проводят провокацию, после которой опять-таки в течение трех дней берут мазки из уретры и шейки матки и в случае отрицательного результата отпускают больную до следующей менструации, после которой еще раз в течение трех дней берутся

мазки из уретры и шейки матки. В случае отрицательного результата и на этот раз, и при отсутствии подозрительности в клинической картине больная отпускается как „sana“ (здоровая) в гонорройном отношении. Т. о. у больной прошло два менструальных цикла, ей сделано две провокации, что в общей сложности заняло около $1\frac{1}{2}$ мес., причем за этот промежуток времени сделано после двух провокаций 6 мазков из уретры и 6 мазков из шейки матки и после двух менструаций такое же количество мазков из уретры и шейки матки, т. е. всего по 12 мазков из уретры и шейки матки кроме первичного осмотра.

Конечно, для некоторых случаев недостаточно и этого. Приходится удлинять срок исследования и увеличивать количество мазков. Шаблон здесь не может быть, к каждому случаю необходимо подходить строго индивидуально. Насколько это важно, видно из данных Цилля, который удостоверяет, что при первом исследовании отделяемого мочеполювых органов гонококк обнаруживается только в 50% всех случаев, в 40% — только при 7-ом исследовании и в 10% — лишь при 10-м исследовании. Данные диспансера Г. В. И. приблизительно совпадают с данными Цилля (Мартынов, Островская).

Большое значение имеет также и способ взятия мазков. Так как иногда при скудном отделяемом гонококки сидят под эпителием и не вымываются на поверхность, то в таких случаях, чтобы получить их, нужно делать соскоб эпителия, вместе с которым они могут попасть в мазок. Для этой цели в уретру вводится специальная тупая ложечка Аша или ушная ложечка, применяемая ушниками для удаления серы. Ложечкой делается соскоб слизистой уретры и размазывается по предметному стеклу. Конечно, перед взятием мазков наружное отверстие мочеиспускательного канала необходимо самым тщательным образом дезинфицировать. Из мочевого канала слизистая пробка вместе с участком эпителия берется или специальным коридангом Аша, или обычным анатомическим длинным пинцетом. Из выводных протоков вестибулярных желез и парауретральных Скеновских ходов секрет выдавливается и собирается ложечкой, после чего размазывается по стеклу обычным пуговчатым зондом. Из прямой кишки отделяемое можно получить различными способами: 1) путем выворота стенки кишки, для чего входят в вагину двумя пальцами и надавливают в области fossa maternitatis на заднюю стенку влагалища так, чтобы слизистая кишки вывернулась через анальное отверстие. Затем берут соскоб тупой ложечкой и делают мазок. Это способ датского ученого Иерсильда. 2) После обычной клизмы прямая кишка промывается чистой водой через катетр с двойным током; из собранной промывной жидкости пинцетом вылавливаются хлопья, которые размазываются по стеклу и исследуются под микроскопом. Это способ Кана, широко практикующийся в ГВИ. 3) Гаусс предложил брать нужный материал со слизистой кишки специально сконструированной им ложечкой. Что касается полости матки, то хотя некоторые и советуют добывать секрет ее при помощи мочеточникового катетра или специального зонда, но у нас в венеролог. институте никогда к этому не прибегают, считая подобный метод опасным и недостигающим цели.

Если микроскопическое исследование не дает определенных результатов, то некоторые советуют делать посевы из соответствующих органов, так как посевы дают будто бы лучшие результаты в смысле обна-

ружения гонококков. Так ли это—вопрос до сего времени остается открытым. Во всяком случае метод бактер. посевов широкого распространения не получил. Предложенный Даниным метод определения кислотности вагинального секрета при помощи лакмусовой бумажки также оказался ненадежным и в практической работе не применяется.

Наоборот, широким распространением и заслуженным вниманием пользуется т. н. провокация. Этим именем обозначают такие мероприятия, при помощи которых в хронических, латентных случаях нарушается устанавливающееся равновесие между микробом и организмом больного. В латентных случаях организм теряет способность реагировать на инфекцию, проникшую в его ткани, а потому клинически отсутствуют симптомы, свойственные острому воспалению (экссудация, лейкоцитоз). В виду такого привыкания организма к микробам, последние гнездятся глубоко в тканях и наружу не вымываются. Чтобы выловить их на поверхность, необходимо заставить организм реагировать на их присутствие, т. е., другими словами, искусственно вызвать обострение воспалительного процесса. Тогда вместе с экссудатом гонококки будут вымываться на поверхность и т. о. могут быть обнаружены в мазках под микроскопом.

Вызвать такой кратковременный острый воспалительный процесс можно местным раздражением слизистой оболочки уретры, вагины и шейки матки, воздействуя на них механическим способом, химическим, термическим или каким-нибудь другим. К числу механических способов относится бужирование уретры или цервикального канала специальными расширителями, вставление зеркал во влагалище и другие раздражающие слизистую оболочку механические средства. К средствам химическим относятся различные прижигающие вещества (caustica), например *argentum nitricum*, который в 2—5—10% растворе наносят на слиз. оболочки, или раствор Люголя. К термическим средствам относятся предложенные разными авторами тепловые зонды, которые, будучи нагреты до известной температуры, вводятся в уретру, цервикальный канал, вагину. Наконец существует еще ряд сложных провокаторных средств, нелегко и не всегда доступных, например, *Leuchtsonde*—световой зонд Гаусса, *Ultrasonne*—ультрафиолетовые лучи по Нейфельду и др. Все описанные способы относятся к т. н. *местной провокации*. Существует еще т. н. *общая провокация*, когда искусственным уменьшением циркулирующих в крови антител создается в организме отрицательная фаза, благодаря которой гонококки получают возможность быстро размножаться, наводнять организм и вызывать тем самым обострение местного воспалительного процесса. Таким образом одновременно и комбинированно применяемые местная и общая провокации преследуют одну цель,—вызвать обострение воспалительного процесса, усилить экссудацию, причем вместе с выделениями на поверхность слизистых вымываются гонококки в тех случаях, где без провокации найти их не удастся.

Практически у нас в гос. венер. институте принят следующий комбинированный способ провокации. Больной впрыскивается в толщу ягодицы гонококковая вакцина (400 мил. микробных жел.), а затем уретра и шейка матки смазываются раствором йода в глицерине (*Jodi puri* 2,0 *Kalii jodati* 4,0, *glycerini* 100,0). Можно вместо этого раствора смазать шейку 5% *arg. nitr.*, а уретру—2% *arg. nitr.* Дома вечером больная

проводит т. н. алиментарную провокацию (употребление с пищей острых, раздражающих крепких веществ—селедки, заправленной уксусом, луком и перцем, пиво и пр.). На другой день больная не должна мочиться, по крайней мере, в течение 2-х часов до прихода в больницу. На протяжении трех последующих дней берутся мазки из уретры и шейки матки, а если есть необходимость, то и из отверстий Бартолиновой железы, парауретральных ходов и прямой кишки. Другой способ провокации, принятый в клинике Гаусса, состоит в следующем: уретра расширяется дилататорами Негат'а или же инстиллируется $2\frac{1}{2}$ —5% раствором азотно-кислого серебра, а цервикальный канал матки вытирается 10% раствором того же серебра при помощи зонда Пляйфера. Кроме того, через день, два раза вводится подкожно артигон в дозах—для первого раза 0,3 и второго 0,5. После этого в течение ближайших 10 дней ежедневно берутся мазки из уретры и шейки матки.

Теперь коснемся тех нарушений или, как их принято называть—реакций, которые вызывает провокация в организме женщины. Прежде всего на месте укола может быть краснота, болезненность, инфильтрат, которые держатся несколько дней и затем исчезают—(местная анафилактическая). Это т. н. местная реакция. Затем наблюдается повышение температуры—температурная реакция. Иногда нарушается общее состояние больной—появляются головные боли, недомогание, боли внизу живота, крестца, конечностях, иногда в суставах. В некоторых случаях связанные с провокацией общие явления достигают такой степени, что больные вынуждены в течение нескольких дней находиться в постели. Это будет т. н. общая реакция при провокации. Что касается половых органов, то если там имеется воспалительный процесс, он в результате провокации обостряется; появляется болезненность при исследовании, экссудат; контуры органа сглаживаются, усиливаются выделения, появляются и другие признаки воспаления. Это будет т. н. очаговая реакция. Появление ее указывает на наличие в половых органах „дремлющего“, воспалительного процесса, превратившегося в активный вследствие выведения организма из равновесия. Описанные общая и очаговая реакции являются руководящими моментами как в деле диагностики, так и терапии.

До тех пор, пока воспалительный процесс не перешел области внутреннего маточного зева, гоноррея, особенно в хронической форме, не проявляются какими-либо серьезными симптомами, которые тяготили бы и беспокоили больную женщину. Менструально-овариальный цикл—не нарушен; может наступить беременность, которая закончится родами в срок, причем гоноррея может остаться, как и до родов, в прежнем своем состоянии, т. е. не перейти области внутреннего маточного зева.

Клиническая картина совершенно меняется, как только гонококки проникнут за внутренний маточный зев и обсемят слизистую оболочку полости матки или попадут в трубы, яичники и на брюшину. Такой восходящий процесс немедленно скажется на общем состоянии больной: повысится температура, появится общее недомогание, боли внизу живота, нарушится менструально-овариальный цикл (кровотечения вне менструального срока, регулы начинают приходить то с опозданием, то с укорочением промежутков между ними), словом, появятся симптомы, до сего времени отсутствовавшие, которые будут указывать на переход инфекции за область внутреннего маточного зева. Бамануальное исследование в

остром периоде, кроме резкой боли и наличия экссудата в задн. дугласовом пространстве, ничего не даст. В хронических случаях мы будем иметь смещение внутренних половых органов, фиксацию их воспалительными спайками, увеличение органов, инфильтрацию их, иногда появление опухолей труб (pyosalpinx seu hydrosalpinx), яичников (pyoovarium cystis), заднего Дугласова кармана и пр.

Помимо клинической картины, не всегда дающей возможность ориентироваться в диагностике заболевания внутренних половых органов, существуют и другие методы распознавания гонорр. заболевания. Сюда нужно отнести так. наз. интрадермальную реакцию. Диагностическое значение интрадермальной реакции большое, она является хорошим диагностическим подспорьем для установления излеченности гонорреи. Далее, следует т. н. реакция Borget и Gengou. — реакция связывания компонента, созданная по принципу реакции Вассермана. За последние годы она приобрела большое распространение и считается специфичной при гоноррее. Наконец, третий лабораторный метод диагностики гонорреи — это реакция оседания эритроцитов (S. R.). Этот метод относится к разряду физико-химических коллоидных реакций, которые являются очень чуткими реакциями. Реакция эта неспецифична. В случаях, когда кривая реакции оседания эритроцитов проявляет наклонность к падению, восходящая гоноррея обычно заканчивается выздоровлением. При помощи S. R. представляется возможным предсказать исход заболевания, а кроме того, установить наличие серозного или серозно-гнояного пельвеоперитонита. Таковы в общих чертах имеющиеся в нашем распоряжении пути распознавания женской гонорреи.

Хинин, как лечебное средство при женской гоноррее и ее осложнениях.

Доктора М. П. Успенской.

Теперь всем уже известно, что гоноррея, этот бич человечества, в каждом отдельном случае с первого момента попадания гонококка в организм человека является не только местным, но и общим инфекционным процессом, а с появлением какого-нибудь осложнения прогноз гонорреи становится в некоторых случаях даже угрожающим жизни больного. Учение о гоноррее, особенно женской, за последнее время сделало колоссальные успехи. Работы Бумма, Вертгейма, Фритча, Дунклера, Менге, Шредера и др. внесли много нового в разработку патологической анатомии гоноррейной инфекции и гистопатологии гонорреи женских половых органов.

Что же касается терапии ее, то она остается еще пока труднейшим вопросом дня. В своей работе: „Женская гоноррея“ Кушницер говорит: Несмотря на крупные успехи в области экспериментальной фармакологии и серологии, терапия гонорреи остается до настоящего времени в зачаточном состоянии, не переходя границ грубой эмпирики. Ни один вид терапии не дает 100% успеха. „Я не ошибусь, если скажу, что ни одна инфекция не создала такого терапевтического богатства, как гоноррея. За последние 5 лет появилось огромное количество работ по вопросу о терапии гонорреи. Среди всех мероприятий терапевтических,

как в прежнее время, так и в настоящее, первенствующее место занимает местная терапия при помощи вяжущих и бактерицидных средств, среди которых наиболее рекомендуются теплые и горячие орошения раствором марганцево-кислого калия.

Открытие антител в сыворотке гонорройных больных послужило основанием для применения серо- и вакцин-терапии при гоноррее. Серотерапия большого применения не получила. Более распространенным оказалось местное применение гоновакцины. По вопросу о месте введения гоновакцины различные авторы высказываются различно. Так, Висига впрыскивал ее непосредственно в толщу мышечного слоя шейки матки, Дембская в стенку вагины, Бурлаков рекомендует вводить гоновакцину в место пивазии гонококка, т. е. в слизистую уретры, прямой кишки и *portio vaginalis*. Что касается результатов этой терапии, то мнения авторов раздвигаются. В то время, как одни признают за ней терапевтический эффект от 46% до 60% (Бурлаков), другие совершенно отрицательно относятся к этой терапии (Окинчик).

В Америке и Западной Европе очень распространена в последнее время химиовакциноterapia, т. е. соединение вакцины с химическими агентами. Sternberg, Bruck, Porper находят, что при совместном действии этих веществ вакцина вызывает более энергичную клеточную реакцию по отношению к проникшей инфекции, а химический агент доставляет бактерицидное средство. Протейнотерапия при гонорройной инфекции можно считать уже пережившей себя. Большинство авторов отказались от применения ее, а некоторые считают ее даже противопоказанной. Аутогемотерапию применяли с переменным успехом. Из различных видов физиотерапии наиболее распространенной является диатермия, по отзывам различных авторов дающая в среднем 25% выздоровления. Рентгенотерапия в виду трудности точной дозировки дает сомнительные результаты. Среди консервативных методов лечения грязелечение завоевало себе прочное положение. Из химических средств новейшего времени, предложенных для лечения гоноррей, остановлюсь на способе проф. Sachs'a — внутривенное вливание 20% раствора солидов натрия. По словам автора метод этот дает излечение в 54,2%. Отсюда Sachs приходит к заключению, что гоноррею и ее осложнения можно излечить без местного лечения. Однако, несмотря на огромное количество терапевтических мероприятий, в большинстве случаев женщина, болеющая гонорреей, все же остается беспомощной. Noegerath первый высказал мнение, что женщина, получившая гоноррею, никогда от нее не избавится. До настоящего времени этот взгляд разделяется многими гинекологами, почему к лечению гонорреи большинство относит-ся с недоверием.

Еще 17 лет т. назад, работая над применением хинина в гинекологии и акушерстве, я подметила его широкое бактерицидное свойство. Если приходилось иметь дело с грязным, инфицированным абортom, при 40 градусной температуре, потрясавшем ознобе и грязных, с запахом выделений, один прием в полграмма хинина восстанавливал равновесие организма: температура падала до нормы, знобы прекращались, выделения улучшались. Ни одна родильница не проделывала у меня послеродового заболевания, если ей при первом намеке на лихорадку и повышение температуры давался хинин. Кравков в своей фармакологии на-

звал хинин протоплазматическим ядом, так как уже в растворе хинина 1:20,000 быстро прекращаются амебодные движения лейкоцитов и их выходение через капилляры в окружающую ткань, ограничивая этим образование гноя. Ewald считает хинин лучшим antisepticum, далеко превосходящим сулему, лизол, фенол и креолин. Это несомненно бактерицидное свойство хинина навело меня на мысль испытать хинин в этом смысле при гоноррее.

В 1913 году я опубликовала краткое сообщение о моих работах с хинином при гоноррее, как женской, так и мужской. Хинин я применяю per os по 0,5 2 раза в день в течение разного времени (от 10 дней до 2—3 недель) в зависимости от тяжести и давности заболевания. Лечение свое я провожу, как в острых случаях, так и в случаях гонорройных осложнений. При экссудативных формах одновременно с хинином рекомендую, как рассасывающее, samphor. tritae по 0,1 по 3 раза в день. Результаты моего лечения: быстрое успокоение болей в случаях гонорройных осложнений, прекращение выделений и рези при мочеиспускании, а также исчезновение гонококка. Средняя продолжительность лечения в острых случаях 10—14 дней, в случаях гонорройных осложнений 2—3 недели. Привожу некоторые истории болезни моих больных.

Случай 1. 29/VI 1927 г. больная Н. А., 38 лет, жалуется на боли и резь при мочеиспускании. Болянка несколько месяцев, лечилась амбулаторно. Исследование: из влагалища выделяются густые, зеленоватые выделения; матка и придатки нормальны. В выделениях найден гонококк. Диагноз: gonorrhoea; назначение: chininum pur. 0,5 2 р. в день. 2/VII. Выделений меньше. 4/VII Мочеиспускание неболезненно. 6/VII Улучшение, боли едва заметны. 8/VII. Белей нет. В слизи полового канала гонококк не найден. Через месяц больная была у меня—выделения больше не было.

Случай 2-й. 2/X. Больная М. Н. жалуется на очень обильные гнойные выделения, боль и резь при мочеиспускании и частый позыв на мочу. Болянка 2 месяца. При исследовании найдено: наружные половые части воспалены, из уретры выдавливается гной, устья ходов Skene и протоков Бартолиниевых железы красны, матка и придатки нормальны. Бактериологически в выделениях найден гонококк. Диагноз: gonorrhoea; назначение: Chinin. pur. 0,5 дважды в день, спринцевания теплой водой. 4/X. Белей меньше. 6/X. Боль и резь при мочеиспускании и частый позыв на мочу исчезли. 8/X. При спринцевании появляется немного белей. 10/X. Белей почти нет. 12/X. Белей совершенно нет. 13/X. Покраснение наружных половых частей исчезло. Исследование слизи из полового канала и мочи гонококков не дало. 14/X. Здорова. Через полгода эта больная случайно встретила меня: от прежней болезни не осталось и следа.

Случай 3-й. 7/XII 1929 г. Я была приглашена к больной, жалующейся на невыносимые боли в животе, особенно при дефекации, которая производится с большим трудом при помощи клизмы. Температура повышена. Из болянки мучительных болей при дефекации больная удерживается от приема пищи, вследствие чего сильно ослабела. Резь при мочеиспускании. От первого мужа имела ребенка, от второго беременности не было. В анамнезе второго мужа триппер. Три месяца т. назад пользовалась в вендиспансере вакцинотерапией. Исследование: из влагалища обильные выделения зеленовато-желтого цвета; матка нормальной величины in toto смещена вверх; весь задний свод выполнен экссудатом мягкой консистенции чрезвычайно болезненным при исследовании. Диагноз: perimetritis exsudativa posterior gonorrhoeica; назначение: chinin. pur. 0,5 дважды в день и для рассасывания samph. trit. по 0,1 3 раза в день. После первого приема хинина больная, недомогавшая начавшимся шумом в ушах, обратилась к другому врачу, который отметил хинин, назначил ихтиоловые с белладонной свечи и, подтвердив диагноз, предупредил больную, что она будет лежать 2 месяца. 9/XII. Больная вновь обратилась ко мне в виду ужасных болей, не дающих ей возможности спать. Объективно та же картина. Уговорив больную принимать хинин и не обращать внимания на шум в ушах, я обещала через 3 дня навестить ее. 13/XII. Больная ходит по

комнате, температура нормальна, чувствует себя очень хорошо, стул самостоятельный без всякой боли. Исследование: выделений нет, в заднем своде небольшая опухоль твердой консистенции, совершенно безболезненная, даже при сильном надавливании. Хинин отменен, 26/XII. При исследовании больной задний свод совершенно свободен, выделений никаких нет, самочувствие прекрасное.

Я не буду загромождать мою работу историями болезни, которых за время работы с 1913 г. у меня накопилось большое количество, и думаю, что уже приведенные достаточно убедительно говорят о преимуществе моего способа лечения. Первое его достоинство—необыкновенная простота лечения, второе—отсутствие реакции организма, если не считать шума в ушах и третье—быстрота эффекта. Известно, что при вакцино-терапии происходит тягостная для больного реакция: повышение температуры, зноб, головная боль, рвота и пр.; при моем же способе больные лечатся нередко на ходу, не прерывая своих занятий и не испытывая никаких неудобств от лечения. Разумеется, действие хинина прочнее всего при начале заболевания, когда мы имеем перед собой начальный стадий гонорреи. Хинин уничтожает гонококка и не допускает восхождения инфекции и распространения ее на весь генитальный тракт и яичники; он сразу как бы обрывает заболевание. Противопоказанием служат мено-metrorrhagia, сердечная слабость, беременность.

Детская гоноррея и ее лечение является еще более неблагоприятной задачей, и до сего времени у нас нет в распоряжении метода, который излечивал бы детскую гоноррею настолько, чтобы не появлялось случаев рецидива. В моей практике случаев детской гонорреи было немного. Применяла я хинин (дозы смотря по возрасту) и теплое промывание наружных половых органов (а где возможно маленькой спринцевкой и влажной) раствором марганцево-кислого калия. Результаты получались благоприятные.

За последнее время в печати появились работы по лечению хинином мужской гонорреи (Гурьев, Зедгинидзе). Авторы применяют хинин местно (инстилляцией и промывания раствором хинина) как при острой, так и при хронической гоноррее. Результаты благоприятные, лечение продолжается всего лишь от 2 до 4 недель. Авторы отмечают важное положительное значение хинина при лечении в особенности хронических послегонорральных катарров с большим количеством лейкоцитов.

Я вполне учитываю, что у моих больных не было сделано всестороннего и полного обследования, я, так сказать, набросала только штрихи для дальнейшей разработки этого вопроса. Я хочу указать, что, весьма возможно, хинин является при гоноррее таким же *specificum*, как и при малярии.

Из Клиники нервных болезней СКГУ (Директор профессор П. Эмдин).

Клиника височных опухолей.

Д-ров В. А. Никольского и Е. Н. Козалева.

Область височных долей, относившаяся еще не так давно к числу „немых“, за последнее время постепенно приобретает некоторые топические симптомы. Из имеющегося в нашем распоряжении материала мы хотели бы выявить ряд симптомов, которые, с одной стороны, встреча-

ются при височных опухолях, с другой—возможность которых необходимо иметь в виду при наличии новообразований этой области. Это особенно важно для нейрохирургов в случаях, где угрожающее падение зрения не дает права выжидать сформировавшегося симптомокомплекса. Ранняя диагностика височных опухолей имеет особенно важное значение также и в том отношении, что эта область является наиболее удобной для оперативного вмешательства и потерять зрение из-за поздней операции особенно неприятно.

В своей работе мы имеем в виду на основе хирургического и секционного материала нашей клиники подчеркнуть ту симптоматологию, которая до настоящего времени оставалась недостаточно оттененной. Мы располагаем следующими шестью случаями.

Случай 1-й. Больной Дав. 29 лет, поступил в клинику 22/X 29 г. с жалобами на головную боль, локализирующуюся в правой половине лба и головы, парестезии в правой половине лица, потерю зрения правым глазом и слабость правых конечностей.

Анамнез. Головные боли 6 месяцев. Через 2 месяца после начала их стал замечать как бы „туман перед глазами“. Припадков и рвот не было. Месяца за полтора перед поступлением в клинику случайно обнаружил потерю зрения правым глазом; с этого же времени стала постоянно „терпеть“ правая половина лица и появилась слабость в правой руке.

Status при поступлении: легкое понижение силы в правой руке в сравнении с левой (динамометр $D=40$; $S=50$); двухсторонний Керниг. Резкая ригидность затылочных мышц, симптом Менделя справа; положительный Нери. Брюшные рефлексы вялые, справа меньше, чем слева, причем верхние не вызываются с обеих сторон. Бабинский справа. Рефлексы с biceps и triceps понижены, равномы; коленные и ахилловы угнетены равномерно; клонусов нет. Гипалгезия справа на лице в области первой и второй ветви n. trigemini. Болезненность у выхода этих ветвей. Анозсия справа; амавроз с той же стороны; левосторонняя гемипарезия; глазное дно: резкий застой сосочков с обеих сторон, слегка $D>S$ с явлениями начинающейся атрофии. Легкий ptosis справа, слабость отводящей мышцы правого глаза; легкое опущение правого угла рта. Движения головы вверх-вниз провоцируют головную боль в правой половине лба. Нистагм влево, более выраженный в лежащем положении; адиадохокинез слева; при совместном подъеме вытянутых рук отстает левая рука. Зрачки расширены, легкая anisocoria $D>S$. Реакция на свет удовлетворительная. Больной полностью ориентирован, легко входит в контакт с окружающими, слегка оглушен; ласков, мягок в обращении. Пульс замедлен 40—45. В спинно-мозговой жидкости белковые реакции отрицательны, клеток—0. RW в жидкости и крови отрицательна. Энцефалограмма: правый желудочек совершенно отсутствует (не заполнен), левый расширен, смещен наружу, конфигурация его несколько изменена.

Через 8 дней по поступлении операция—правосторонняя темпоральная трепанация. Удалена опухоль, расположенная в веществе височной доли сейчас же под оболочками, частично с ними сросшаяся. Размер удаленной опухоли: $8 \times 0,5$ см., вес 175,8 гр. Заживление без всяких осложнений. Небольшой пролапс постепенно проходит. Постепенное падение visus'a левого глаза и через три недели—полный амавроз. Все симптомы постепенно сходили. Через полтора месяца больной выписан в хорошем состоянии, головные боли исчезли, слабость в правой руке прошла.

При гистологическом исследовании опухоли оказалась эндотелиома.

Развитие всей клинической картины в этом случае с постепенным падением visus'a справа, с заинтересованностью правого тройничного нерва, левосторонней гемипарезией и левосторонней мозжечковостью указывало на поражение правой гемисферы. Некоторые же признаки правостороннего гемипареза—слабость правой руки и наличие правого Бабинского, заставляли быть несколько осторожным в отношении стороны поражения. Прделанная энцефалография окончательно решила сторону

поражения, что и было подтверждено на операции. Особенность случая — наличие слабости в правой руке и правосторонний Бабинский.

Случай 2-й. Больная Вер. 26-ти лет. Поступила в клинику 2/II 30 г. с жалобами на постоянную головную боль, рвоту, ослабление зрения, особенно слева, расстройство речи и письма.

Анамнез: с конца 1927 года стала отмечать приступообразные головные боли, длившиеся до 2—3 дней с недельными перерывами. К середине 1929 года головные боли усилились и стали сопровождаться иногда рвотой. В декабре 1929 г. был резкий приступ головных болей, длившийся около 12-ти часов. С этого же времени стала иногда отмечать легкие признаки амнистической афазии, забывала название простых предметов. 10/1—второй приступ резчайших головных болей, превосходивший по интенсивности приступ в декабре, тоже со рвотами. Появилось двоение в глазах и ухудшение зрения. Приступы этих болей сопровождались резким покраснением лица и шеи, болями у корня носа и в области скуловых дуг.

Status при поступлении: сухожильные рефлексы с верхних конечностей нормальные. Коленные живые; слева выше, чем справа, ахилловы равномерны. Патологических рефлексов и клонусов нет. Чувствительность нормальна. Легкая слабость отводящей мышцы левого глаза. Глазное дно: застойные соски с обеих сторон с явлениями начальной атрофии. Поле зрения нормально. Острота зрения грубых нарушений не давала. Речь с нерезкими явлениями амнистической афазии, легкие явления аграмматизма. Зрачки равномерны, с нормальной реакцией на свет и конвергенцию. Пульс 64. Психика: ориентировка сохранена полностью, больная несколько апатична, заторможена, вяла. Кровь и моча особых отклонений от нормы не дали. В спинно-мозговой жидкости белковые реакции отрицательны, клеток—0. RW—в крови и ликворе отрицательна. Вентрикулограмма: незаполнение левого желудочка, правый резко отодвинут вправо от средней линии. Последующие два месяца пребывания больной в клинике дали некоторое улучшение в смысле уменьшения головной боли. Проведен курс антиэпилептического лечения.

Status после специфического лечения: преимущественная локализация головной боли в левой височно-теменной области и левой половине лица; двоение в глазах при ясном разрезе отводящей мышцы левого глаза. Нарастание застоя на дне глаза, падение остроты зрения. Симптом Менделя слева, легкая сглаженность правой носогубной складки.

В последний месяц—правосторонняя гемианопсия. Коленные рефлексы остаются повышенными с левой стороны.

27/III—операция: левосторонняя теменно-затылочно-височная трепанация. Под твердой мозговой оболочкой несколько спаянный с ней в глубине височной доли обнаружен плотный опухолевый узел, который легко был вылушен из мозговой ткани. Опухоль размером 6×5 см. 120 гр. Послеоперационное течение без осложнений. При гистологическом исследовании удаленная опухоль оказалась эндотелиомой.

Status при выписке через 3 недели: головных болей нет, поле зрения приближается к норме, явления афазии исчезли, застой на дне глаза почти нет, легкие побледнение сосков с обеих сторон. Острота зрения справа 0,5, слева 0,7. Коленные рефлексы равномерны.

Приводимый случай представляет несомненный интерес с точки зрения развития клинической картины. При поступлении больной симптоматология была столь бедна, что топическую диагностику установить было очень трудно. Расстройства речи и письма были выражены чрезвычайно легко и были непостоянными. Стойкое превалирование сухожильных рефлексов слева заставляло подозревать заинтересованность правой гемисферы. Неоднократная проверка рефлексов все же давала заметное повышение их слева. И только выявившаяся впоследствии правосторонняя гемианопсия и результаты вентрикулографии с незаполнением левого желудочка, дали полную уверенность в поражении левой стороны. Здесь также как и в первом случае имеется определенная локализация болей во лбу и виске на стороне поражения, а также и менингеальные явления. Следует отметить некоторые вегетативные рас-

стройства—приступы покраснения лица и шеи, связанных, возможно, с давлением опухоли на область дна третьего желудочка.

Случай 3-й. Больной Бон. 42-х лет, поступил в клинику 30/IX 27 г., с жалобами на сильные головные боли в левой половине головы, усиливающиеся при движениях, припадки с потерей сознания, шаткую походку.

Анамнез: два года назад внезапно развился легкий левосторонний гемипарез, прошедший бесследно через полчаса. До 1927 г. чувствовал себя хорошо. В начале июля 1927 года на работе получил удар вилами в левую теменную область. Был без сознания несколько минут, было кровотечение из уха. С этого времени появились головные боли в левой теменной области, которые постепенно усиливались. За две недели перед поступлением в клинику стало падать зрение, стал шататься при ходьбе, ухудшилась речь.

Status: легкий парез правой руки. Брюшные рефлексы справа отсутствуют. Патологических нет. Рефлексы с *biceps* и *triceps* слегка справа выше, чем слева. Коленные и ахилловы рефлексы справа выше, чем слева. Общая гиперестезия. Болезненность точек тройничного нерва, слева больше. Парез нижней ветви правого лицевого нерва. Речь невнятная. При ходьбе падает влево. Припадки эпилептиформного характера. Зрачки равномерны, удовлетворительно реагируют на свет и аккомодацию. Больной резко заторможен, частое помрачение сознания, зрительные галлюцинации. В спинно-мозговой жидкости белковые реакции слабо положительные. RW в крови и жидкости отрицательна. В течение четырех дней пребывания в клинике у больного ежедневные, несколько раз в день эпилептические припадки, по временам затемненное сознание, зрительные галлюцинации. 1-го октября люмбальная пункция, выпущено 5 куб. жидкости. 4/X—в 3½ часа дня Чейн-Стоково дыхание. В 6 час вечера *exitus* при параличе дыхания. Предположительный диагноз: опухоль левой височной доли.

Секция: левый боковой желудочек выполнен кровяными свертками. В правом кровянисто-окрашенная жидкость. Эпендима 4-го желудочка вблизи Сильвиева водопровода геморрагически инфильтрирована. В медиальном отделе левой височной доли опухоль, задняя часть которой интимно связана с эпендимой нижнего рога бокового желудочка в области Аммониева рога. Передняя граница опухоли совпадает с границей между лобной и теменной долями. Размеры опухоли 7×6×3 см. Расположена ближе к основанию мозга, сверху сдавливает подкорковые узлы. В заднем отделе опухоли крупная гематома. Гистологически—глиома.

В этом случае, так же как и в первых двух, следует отметить локализацию головных болей на стороне опухоли. В остальном симптоматология довольно обычна. Сторона поражения сомнений не вызвала; на лицо были: болезненность точек тройничного нерва на стороне опухоли, легкий гемипарез противоположной стороны, мозжечковость.

Случай 4-й. Больной Хом. 51 года, поступил в клинику 13/XI 28 года с жалобами на тупые головные боли, резкое понижение зрения и трудоспособности.

Анамнез: всегда был здоров. С лета 1928 года стал замечать понижение работоспособности, ощущение тяжести в голове, головные боли тупого характера, ослабление памяти. Незадолго до поступления в клинику все эти явления стали нарастать. Головные боли временами становились невыносимо резкими. Стала падать острота зрения.

Status при поступлении: легкая атаксия в руке слева. Коленные и ахилловы рефлексы слева выше, чем справа; чувствительность в порядке. Острота зрения 0,03. Застойные соски с обеих сторон. Паралич зрачка вверх, парез в стороны. Легкий аднадохоксизм слева. Частые приступы покраснения лица и лба. Зрачки очень мало реагируют на свет. Резкое понижение внимания, памяти; комбинаторные способности нормальны. Больной общителен, словоохотлив, несколько растерян, подавлен быстро наступившей инвалидностью. В спинно-мозговой жидкости белковые реакции резко положительные (++++), клеток 5. RW в жидкости и крови отрицательна; давление жидкости повышено. На энцефалограмме передний рог левого бокового желудочка не виден, правый резко расширен. Задний рог левого желудочка уменьшен. В течение дальнейших 10-ти дней выявилось нарастание симптомов: слева появились Бабинский и Оппенгейм, резко выявились мозжечковые явления: при ходьбе шатает назад и влево; появились менингеальные

явления—Керниг, ригидность затылка. Наросло общее оглушение; иногда впадает в ступорозное состояние, дает галлюцинаторные восприятия. Втечение следующих 10-ти дней нарастают психические расстройства, появились зрительные и слуховые галлюцинации. Выявился парез левого лицевого нерва, слабость правого m. levatoris palpebrae. Сухожильные рефлексы по прежнему слева значительно выше, чем справа, патологические рефлексы слева и справа. В последние два дня частые зрительные и слуховые галлюцинации, состояние возбуждения. 12/XII—exitus при явлениях нарастающей сердечной слабости.

Предположительный диагноз: опухоль, исходящая из splenium corpori callosi и прорастающая в третий желудочек.

На вскрытии: опухоль в переднем полюсе левой височной доли, частично отдавливающая его, частично прорастающая. При гистологическом исследовании глиосаркома.

Этот случай (готовится к печати д-ром Глауберманом) с клинической стороны представляет особый интерес.

Клиническая картина настолько была неясна и запутана, что топическая диагностика осталась невыясненной и предположительный диагноз оказался ошибочным даже в отношении стороны процесса. Это первый случай в нашей клинике, в котором пришлось столкнуться с возможностью инвертирования рефлексов. До этого времени сухожильные рефлексы считались нами настолько достоверными с точки зрения стороны поражения, что когда имелись даже прямые указания на расположение опухоли в левом полушарии (данные энцефалографии), мы не придали им должного значения, считая возможным технические погрешности снимка. При первом же обследовании больного выявились топические признаки поражения в виде парезов взора вверх и в стороны, что было тогда нами отнесено к области переднего четверохолмия. Быстрота развития опухоли, некоторые вегетативные расстройства, менингеальные признаки и резкие белковые реакции мы относили за счет поражения полости 3-го желудочка. Психические расстройства связывались с corpus callosum. Не были достаточно оценены зрительные и слуховые галлюцинации. Правда, они появились уже в последние дни и расценивались нами как признаки остро развившейся гидроцефалии. Значительные мозжечковые расстройства объяснялись участием верхней мозжечковой ножки. Таким образом трактовка случая пошла с самого начала ошибочным путем и в этом главную роль сыграл гомолатеральный гемипарез с патологическими рефлексами на той же стороне.

Случай 5-й. В приводимом случае опухоль захватывает не только височную долю, но частично располагается и в теменной области. Представляет интерес с точки зрения состояния сухожильных рефлексов.

Больная Бес. 28 лет, поступила 25/II 30 г. с жалобами на полную потерю зрения, головные боли в области левой половины лба и левого виска.

Анамнез: головные боли замечает с 1927 года, приступами по полчаса и больше. С половины 1929 года головная боль стала постоянной, временами обостряющаяся до резких приступов со рвотой, с одновременными припадками потери сознания и судорогами в левой ноге. Три месяца назад потеряла зрение правым глазом и перестала слышать правым ухом. Через две недели после этого потеряла зрение левым глазом.

Брюшные рефлексы равномерны; коленные и ахилловы высоки, слева выше чем справа, Бабинский слева. С верхних конечностей—равномерны. Гиперестезия на левой половине лица. Белая атрофия зрительных нервов; двухсторонний амвроз. Легкий парез нижней ветви левого лицевого нерва. Адаптокинез слева. Орачки равномерны. Психика резких отклонений от нормы не представляет. В спинно-мозговой жидкости белковые реакции положительные, (+++), клеток 7. RW в жидкости отрицательна, RW крови сомнительна. Больная назначена на операцию. Предположительный диагноз: глумма в правой височно-теменной области. 8/III—больная внезапно скончалась.

На секции—несколько гумозных очагов, занимающих заднюю часть левой височно-теменной и затылочной областей. Правое полушарие свободно.

Таким образом и в этом случае состояние сухожильных рефлексов, а также наличие патологических на той же стороне привело к ошибочному диагнозу. За поражение правой стороны говорил также парез левого лицевого нерва. Из остальной симптоматики обращает на себя внимание заинтересованность левого тройничного нерва.

Случай 6-й. Больная Леб. 17 лет, поступила в клинику 2/IX 30 года с жалобами на постоянную головную боль во лбу и правой половине лица, шум в правом ухе, резкое понижение зрения на оба глаза.

Анамнез: 14/III 30 г. операция по поводу поднадкостничного нарыва в правой височной области. Через неделю после операции температура 40°, бессознательное состояние в течение нескольких дней. В дальнейшем головные боли держатся, стало постепенно падать зрение. Врач, лечивший больную в это время, обнаруживал менингеальные явления.

Status при поступлении: двухсторонний Керниг, нерезкая ригидность затылочных мышц. Атаксия в левой руке. Брюшные рефлексы не вызываются. Патологических нет. Рефлексы с верхних конечностей, коленные и ахилловы справа выше, чем слева. Чувствительность нормальна. Острота зрения справа—светощущение, слева—0,08. Глазное дно: гиперемия, границы ступенчаты, справа несколько больше, чем слева. Субфебрильная температура. Лейкоцитоз 7.200. Белковые реакции спинно-мозговой жидкости резко положительны, клеток 2. RW—стрикательна. В дальнейшем течении резко вырос застой на дне глаза, головные боли усилились, несколько раз рвота. Появился Бабинский справа. Лейкоцитоз 14000. Субфебрильная температура. На снимке деформация sellae turcicae. 21/IX—сопорозное состояние, exitus.

Предположительный диагноз: абсцесс правой височной доли. На секции—в височной области справа полость размером 8×6 сант., выполненная гноем.

В этом случае предположительная диагностика, несмотря на гомолатеральный гемипарез, оказалась уже правильной. Конечно, в этом большое значение имело наличие поверхностного гноиника правой височной области, а отсутствие речевых расстройств говорило против левой стороны. В остальном и в этом случае имеется повторение уже отмеченных особенностей. Локализация головных болей на стороне очага во лбу и виске, менингеальные явления, мозжечковые расстройства.

Суммируя все данные, полученные при исследовании приведенных случаев, мы получаем следующее:

	На стороне поражения.	На противоположной стороне	Неопределенно или отсутств.
1) Локализация головных болей в области лба и виска в . . .	5 случ.	—	1 случ.
2) Повышение сухожильных рефлексов в	4 „	1 случ.	1 случ.
3) Наличие патологических рефлексов в	4 „	—	2 с. (отсут.)
4) Участие тройничного нерва в	3 „	—	3 с. (отсут.)
5) Незаполнение боковых желудочков на энцефалограмме в	3 „	—	3 с. (не произв.)

Кроме этого в 5-ти случаях имелись мозжечковые расстройства, в 3-х на соответствующей опухоли стороне и в 2-х на противоположной. В 4-х случаях были менингеальные явления; глазодвигательные расстрой-

ства в 3-х случаях, рвоты в 3-х. Эпилептические припадки в 2-х случаях (из них в одном на припадки имеются указания лишь в анамнезе).

Переходим теперь к разбору отмеченной нами симптоматики. Локализацию головных болей преимущественно в области лба отчасти и виска на стороне поражения нам представляется наиболее вероятным объяснять непосредственным давлением очагом опухоли на область Гассерова узла на своей стороне. Это предположение находит подтверждение в том, что и объективные данные говорят за участие тройничного нерва. Так, в первом и в пятом случаях были расстройства чувствительности на лице, в третьем болезненность точек тройничного нерва. Во втором случае объективных данных не было, но имелись приступообразные боли у корня носа, в области скуловой дуги и левой половине лица, что также можно отнести за счет раздражения тройничного нерва. В четвертом случае локальных болей не было, не было и явлений со стороны *n. trigemini*. Это можно, пожалуй, объяснить характером самой опухоли (она менее компактна, инфильтрирует ткань), а также направлением ее роста в сторону лобного полюса височной доли, когда наибольшее действие давления опухоли пройдет несколько латеральнее Гассерова узла. Spiller'ом (цит. по Horst'y) описаны при опухолях височной доли явления со стороны тройничного нерва (анестезия, боли, отсутствие корняльного рефлекса) благодаря давлению на Гассеров узел. Постоянную локализацию головных болей на стороне поражения (большей части во лбу) Van der Horst считает местным явлением при опухолях височной доли.

Менингеальные явления объясняются непосредственной близостью опухоли к оболочкам. В первом, втором, шестом и четвертом случаях эта близость была подтверждена анатомически. В 3-м случае опухоль (глиома) располагалась в глубине височной доли ближе к медиальным отделам, подходя к нижнему рогу. В 5-м случае гумма располагалась на границе теменно-затылочной-височной области в глубине мозговой ткани. В обоих последних случаях менингеальные явления отсутствовали.

Большой интерес представляют данные энцефалографии при височных опухолях. Профессор Эмдин в своей работе об энцефалографии при эпилепсии указывает, что энцефалография по своей диагностической ценности должна войти в обиход лабораторных исследований клиники. На нашем материале мы имели возможность вполне убедиться в справедливости этого указания. Нам кажется, что в отношении именно височных опухолей энцефалография особенно демонстративна и дает стойкий опорный пункт для расшифровки стороны поражения. Уже одно то, что височная доля заключает в себе весь нижний рог бокового желудочка, должно, естественно, отразиться на заполняемости желудочков, в случае если опухоль расположена в височной доле. И действительно, в 1-ом, 2-ом и 4-м случаях на энцефалограмме отсутствовал боковой желудочек на стороне поражения. В остальных 3-х случаях энцефалография не производилась.

Наибольший интерес представляет состояние сухожильных рефлексов. Во 2-ом, 4-ом, 5-ом и 6-ом случаях они оказались повышенными на стороне опухоли. Во 2-ом случае повышения рефлексов не было, но имелся легкий парез правой руки и правосторонний Бабинский, а в 4-ом, в 5-ом и 6-м случаях наблюдались также и патологические рефлексы на сто-

роне опухоли. Таким образом в 4-х случаях мы имели явления гомолатерального гемипареза. Этот вопрос нас интересовал с трех точек зрения: 1) встречается ли такое инвертирование гемипареза при опухолях других областей мозга, 2) имеется ли в этом случае повышение рефлексов на стороне опухоли или угнетение их на противоположной стороне и 3) чем можно анатомически объяснить эту возможность.

В просмотренных нами историях болезни опухолей мозга, прошедших через клинику за 5 лет (за исключением опухоли средней линии и мозжечковых), нами не обнаружено ни одного случая инверсии глубоких рефлексов на сторону поражения, если не считать случаев внутрижелудочковых опухолей, которым вообще свойственна нестойкость симптомов. У G. Perves-Stewart при описании им 29-ти случаев опухолей лобных долей приведены случаи 5-й и 10-й, где имелся гемипарез с патологическими рефлексами на стороне опухоли. J. Kernohan и H. W. Waltman приводят случай, послуживший основанием для их дальнейших исследований, где на основании левостороннего гемипареза с Бабинским и судорогами в левых конечностях был поставлен диагноз опухоли в правой лобно-височной области, оказавшийся на секции опухолью той же области, но слева. Таким образом на основании литературного материала можно говорить, что инвертирование рефлексов встречается при опухолях и в других областях.

Вопрос о том, имеется ли повышение рефлексов на стороне опухоли или угнетение их на противоположной стороне, может быть разрешен в пользу первого предположения ввиду одновременного наличия на стороне опухоли повышения патологических рефлексов, как это мы имели возможность наблюдать в 3-х наших случаях.

Вопрос об анатомическом объяснении инверсии сухожильных рефлексов на сторону поражения является наиболее трудным. Мы не имели возможности по ряду причин произвести анатомо-гистологического исследования наших случаев именно с этой целью, поэтому в толковании этого факта придется ограничиться только предположениями о наличии каких-то особых условий давления соответствующих отделов мозга, влекущих за собой появление гомолатерального гемипареза. В литературе имеются указания о гомолатеральной гемиплегии, например, у Bing'a, который с большим сомнением относится к этой возможности и ряд подобных случаев объясняет клиническими или патолого-анатомическими ошибочными наблюдениями. Однако, и он признает в некоторых случаях „безупречное наблюдение“ и объясняет, что в подобных случаях несколько раз было анатомически доказано отсутствие перекреста пирамид. С другой стороны, это парадоксальное явление при опухолях он относит за счет смещения одного полушария в противоположную сторону и наступающей, вследствие этого, ишемией другого, т. е. явлениями, известными под именем *contré coup*. Stewart не приводит объяснений причин гомолатерализации пареза, Cassirer объясняет это давлением на противоположную ножку. J. C. Vaskin описывает случай, где на основании левостороннего паралича с наличием Бабинского в начале предполагался правосторонний процесс, в виду же более в левой половине головы и наличияптоза левого века возникла мысль о левостороннем поражении. Дальнейшие исследования подтвердили последнее предположение: при вентрикулопункции из правого желудочка было до-

быто 45 куб. прозрачной жидкости, из левого только 15 ксантохромной. На энцефалограмме—сдавление левого желудочка спереди назад. При последующей операции найдена эндотелиома лобного конца левой Сильвиевой борозды. Гомолатеральность паралича автор объясняет сдавлением ствола о край *tentorium*'а; за это говорили имевшие место билатеральная дисэвергия и бульбарность речи. Spatz мнимые очаговые явления „отдаленные симптомы, которые до сих пор пытались объяснять диапизом, например пирамидные явления на стороне опухоли“, объясняет особым состоянием мозгового вещества, известным под именем мозгового набухания (*Hirnschwellung*), развивающимся и в противоположной опухоли области мозга. Автором обнаружено состояние мозгового набухания в 26-ти случаях опухоли мозга при секциях. На основании своих исследований он приходит к выводу, что мозговое набухание не ограничивается долей, где расположена опухоль, но очень часто распространяется и на другое полушарие. Вместе с этим он признает за этим состоянием свойство возвратимости (*Reversibilität*), которым могут быть объяснены случаи колебания клинических явлений при опухолях, как например, после декомпрессивной трепанации. С этой стороны представляет интерес 26-й случай *Stewart*'а, прослеженный им в течение почти 2¹/₂ лет. При первом наблюдении у больной имелась картина внутричерепной опухоли с явлениями левостороннего гемипареза (гиперрефлексия, клонус стопы, Бабинский). Предполагалась опухоль гипофиза. Обследование через два года (после двухсторонней субтенториальной декомпрессии) выявило уже правосторонний гемипарез. При вскрытии: менигиома, занимающая две трети левой височной доли, сместившая лобную долю вверх, вперед и кнутри. В наших случаях, где имело место инвертирование гемипареза, почти везде, за исключением четвертого случая, имелись компактные опухоли, хорошо отграниченные от окружающей ткани. При этом в двух оперативных случаях после удаления опухоли все признаки гемипареза прошли, рефлексы стали равномерными, исчезли патологические рефлексы, и в первом случае сила правой руки стала равной левой.

Следовательно, на основании приведенных данных можно установить чрезвычайно важное, как нам кажется, свойство гомолатерализации пареза в некоторых случаях: это—временность, возвратимость его. Следовательно вопрос идет о явлениях раздражения пирамидных путей, а не выпадения их. А раз это так, то механизм развития сводится к большему нарастанию давления на противоположной опухоли стороне. Это лучше всего выявляется при компактных, хорошо ограниченных новообразованиях. Вполне возможно предположение, что и в наших 1-ом и 2-ом случаях мы обнаружили бы настоящий гетеролатеральный гемипарез, если бы имели возможность наблюдать развитие всего процесса полностью, как это видно в приведенном выше случае *Stewart*'а.

Вопрос о месте приложения силы давления, т. е. об анатомически локальном источнике инвертированного гемипареза, разъясняется работой *J. Kernohan*'а и *H. W. Waltman*'а. Этими авторами, исследовавшими 276 мозгов, было найдено смещение и сдавление в виде „зарубки“ противоположной опухоли ножки мозга о *tentorium* мозжечка в 34-х случаях. Клинически были явления гомолатерального пареза, при этом в 4-х случаях, несмотря на гомолатерализацию пареза, был поставлен верный

клинический диагноз. Авторы произвели гистологическое исследование областей сдавления и нашли анатомические изменения ткани, пригодные для объяснения, по их мнению, появления пареза на стороне опухоли. Вместе с этими же были установлены в 18-ти случаях изменения в противоположной опухоли ножке, но клинических явлений гомолатерального пареза в этих случаях не было. Последний факт может говорить о том, что для появления гомолатерального пареза недостаточно только сдавления противоположной ножки. что это явление более сложного порядка и развитию его предшествует сумма условий: величина, характер, расположение опухоли и направление ее роста.

Таким образом положение об инверзии пареза нам кажется возможным формулировать следующим образом. Это состояние может быть прослежено на известной ступени развития опухоли, скорее всего компактной, и зависит от явлений сдавления мозгового вещества (ножки) в месте противоположной опухоли, влекущего за собой раздражение перекрестного пирамидного пути. Одного мозгового набухания, в смысле Spatz'a, по нашему мнению, недостаточно для объяснения этого состояния.

Касаясь остальной симптоматики, мы можем отметить следующее. Описанные некоторыми авторами (Стюарт, Cassirer) припадки особых вкусовых и обонятельных ощущений с последующим дремотным состоянием ни в одном из наших случаев места не имели.

Мозжечковые явления описываются многими авторами на стороне противоположной опухоли (Van der Horst, Harnisch, Várady-Szabó). В наших случаях мозжечковость была выражена кроме второго во всех случаях. При этом в 1-м и 6-ом случаях мозжечковые явления были на противоположной опухоли стороне, а в остальных 3-х на той же стороне. Возможно, что такое распределение и этих явлений можно поставить в связь с теми же условиями сдавления, что и в отношении пирамидных явлений.

Глазодвигательные расстройства, на которые указывает Кларре (по V. d. Horst'y), как на наиболее встречаемый симптом при височных опухолях, у нас имел место только в 3-х случаях.

Mingazzini большое внимание уделяет психическим расстройствам: оглушенность, дезориентировка, иллюзионные обманы; в наших случаях расстройство психики резко вывилось только в последние дни в 3 и 4-м случаях, в 1-ом и 6-ом были нерезкие состояния оглушения.

Менингеальные симптомы, имевшиеся у нас в 4-х случаях, отмечены также Van der Horst'ом и Várady-Szabó. Ранее появление Бабинского, на которое указывает Harnisch как на характерный признак при опухолях височной доли, мы ни в одном из своих случаев отметить не могли. Не было также дремотных состояний („dreamy states“), отмеченных Kolodny, как характерный симптом при височных опухолях.

Эпилептические припадки, частоту которых отмечает Аствацатуров, по нашим наблюдениям не часты и имелись только в одном случае.

Что касается результатов хирургического вмешательства при опухолях височной доли, то в этом отношении заслуживает особого внимания наш 2-й случай, где после удаления опухоли наступило полное восстановление зрения. К моменту операции здесь уже имелись признаки начинающейся атрофии зрительных нервов и падение остроты зрения.

Своевременно предпринятое вмешательство с удалением опухоли дало улучшение и восстановило почти нормальное состояние глазного дна. В этом отношении 1-й случай представляет обратную картину, где после операции застой на дне глаза стал быстро нарастать и начали прогрессировать атрофические явления, и меньше, чем через две недели после операции наступил полный амавроз. Вопрос о результатах вмешательства при начинающейся атрофии зрительных нервов до последнего времени остается предметом споров, так как многие авторы вообще отрицают возможность стойкого улучшения после декомпрессии там, где уже имеется начальная атрофия, считая, что здесь ничто не может спасти зрения. Другие же считают, что в таких случаях вмешательство даже ускоряет атрофический процесс на дне глаза.

На основании изложенного нам кажется возможным отметить следующее:

1) При установлении стороны поражения, там где идет речь об опухоли височной доли, надо иметь в виду возможность гомолатерального пареза и инвертирования рефлексов на сторону опухоли.

2) В сомнительных случаях энцефалография, наряду с прочими клиническими данными, при височных опухолях дает демонстративную картину и значительно выясняет топическую диагностику.

3) Мозжечковые расстройства очень часты, сторона их переменна.

4) Преимущественная локализация болей—во лбу и виске на стороне опухоли; это обстоятельство надо учитывать среди прочих жалоб больных.

5) Из черепно-мозговых явлений нередко участие тройничного нерва; реже—глазодвигательные расстройства.

6) Оболочечные явления часты и частота их зависит от характера опухоли (менингиома—эндотелиома).

7) Эпилептические припадки не часты.

8) Удаление опухоли, даже при наличии начинающейся атрофии зрительных нервов, может дать вполне благоприятные результаты в отношении зрения.

Литература: 1) Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1923.—2) Дж. Первес-Стюарт. Внутрочерепные опухоли 1929.—3) H. Spatz Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Ps. 54. H³/₄.—4) J. Kernohan and H. W. Waltman. Arch. of. Neur. and. Psych. Vol. 21. № 2. 1929.—5) Van der Horst. Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Ps. Bd. 108. S. 254.—6) Эмдин. Медиц. Мысль 1928.—7) K. Harnisch. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 90.—8) Kolodny. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Ps. Bd. 52. H⁷/₈.—9) Várady-Szabó. Ibidem.—10) J. C. Jaskin. Arch. of. Neur. and Psych. 1929. v. 22. № 5.

Математика и медицина.

(Ответ д-ру Матвееву).

Винников М. Э., Мастбаум М. И., Рахлин Л. М. Слепков В. Н., Цукерман С. С. (бригада работников Ин-та для усовершенств. врачей им. В. И. Ленина в Казани).

В „Сборнике трудов Гос. института для усовер. врачей“, т. II, за 1931 г. по недосмотру редакции появилась статья д-ра Д. Н. Матвеева „Математика в медицине“.

Резко бросается в глаза эта статья не богатством содержания, не оригинальностью мышления автора, не „Писаревским“ языком, наконец—она останавливает на себе внимание, как яркий образчик неприкрытого никакими фиговыми листочками детски-наивного механицизма.

В своей работе д-р Матвеев, исходя из положения: математика—основа точных наук, пытается доказать, что и анатомия, физиология, клиническая патология приближаются к истинной науке постольку, поскольку они пользуются математическими методами. Не отдавая себе отчета в том, что он повествует об одном из основных методологических вопросов современного естествознания, который, между прочим, занимал далеко не последнее место во всех наших философских и естественно-научных спорах, Матвеев обосновывает идею „математической биологии“ и „математической медицины“. Как одержимый маниакальной идеей, зачастую не вдумываясь в значение своих собственных слов, развязно игнорируя основное содержание таких наук, как морфология, эмбриология, физиология, психология, до утомительности часто „аргументируя“ цитатами из более, чем сомнительных авторитетов, Матвеев доказывает, что все науки должны раствориться в математике. Он не связывает своих воззрений с каким бы то ни было идеологическим направлением, его опора—это „наука вообще“ и „ученые вообще“. И как всегда бывает в жизни, этот „беспартийный“ курс оказался сугубо партийным.

При помощи своих авторитетов (Алексеев, Стеклов, Парфентьев и др.) Матвеев оказался в объятиях самого крайнего, самого вульгарного механицизма.

В чем сущность механицизма? Его характернейшая особенность заключается в стремлении растворить все качественное многообразие мира в наиболее общих, наиболее универсальных определениях материи. Качественным различиям механицизм не придает объективного значения, для него они являются субъективными моментами, привнесенными познающим умом. В своей основе явления социальные, биологические и неорганические, с точки зрения механицизма, тождественны друг другу. В природе господствует единообразная, универсальная закономерность, усвоить которую и адекватно выразить—является задачей точного познания. Эта „конечная“ и единственно объективная закономерность носит бескачественно количественный характер (напр. „механика ато-

мов“ Э. Дюбуа-Реймонда) и точно может быть выражена только математически. Для последовательно мыслящего механиста „мировая формула“ Лапласовского математического ума, которая может уместить в себе все бытие мира в его прошлом, настоящем и будущем, является идеалом познания, к которому следует стремиться. Отсюда не-любовь механиста к качественно-своеобразным закономерностям, ко всякому стремлению установить специфические социальные, биологические, химические законы, отсюда Кантовское положение, что „в каждой науке только столько истинной науки, сколько в ней математика“. Зачем усложнять, дифференцировать познание, зачем плодотворить громадное количество разных особых наук и законов, когда за всем кажущимся многообразием мира пылливый ум „настоящего“ ученого видит только движение математически выразимых количеств и больше ничего.

Матвеев исходит из того положения, что „число общих законов, управляющих известными явлениями, постепенно сокращается и область влияния каждого из них все расширяется“ (2 стр.). Науки, по Матвееву, можно сказать, тают на глазах, растворяясь в общих законах. Эти общие законы—математической природы, так как „природа в своих проявлениях, и в области живой и не живой, поконит на фактах и принципах математического свойства“ (2 стр.). *Объяснение* явлений действительности, в том числе и биологических, представляется Матвееву в виде их математического оформления, без чего они могут быть только описываемы. Благодаря успехам математики в науках, „то, что считалось лишь качеством, и как таковое могло быть только описываемо, переходит в разряд количеств и подвергается строгому учету“ (10 стр.). „Непререкаемый язык цифр“ не только подчиняет себе различные конкретные науки, он поглощает их, растворяет в себе. Качественно-особые закономерности этих наук под влиянием математического метода пропадают, показывая свою объективную количественную математическую природу. Правда, этот процесс еще не завершен—все знают, что кроме математики существуют различные другие науки, и даже „сам“ Матвеев вынужден писать статью не на тему „Медицина, как математика“ (что более соответствовало бы его идее), а на более „качественную“ тему: „Математика в медицине“, но такое состояние лишь временно, лишь „пока“. Виновата наша неразвитость и неосведомленность. „Если иногда математический метод, заявляет Матвеев, не обрисовывает действительности природы сполна, то это происходит не потому, что метод не годится, а потому, что вначале приходится часто ограничиваться лишь только приближенным анализом действительности“ (16). Математика не поглотила еще морфологии, физиологии, эмбриологии, психологии, эволюционной теории, экологии и других, претендующих на жизнь наук, но что же поделаешь, если сразу всего сделать не успеваешь? Как говорит Матвеев, „приходится начинать с малого“¹⁾.

¹⁾ Все приведенные цитаты взяты у Матвеева, но принадлежат Парфентьеву, Стеклову, Позефер и др. В оригинальном тексте, который в общей части почему-то сведен к союзам, вводным и заключительным предложениям (все остальное цитаты)—найти достаточно ярких формулировок не удалось. Поскольку все эти авторы цитируются Матвеевым более чем сочувственно он должен нести за приведенные им самим цитаты полную ответственность.

Показать это „малое“ и на его основе развернуть перспективу традиционного математического „иссыхания“ эмбриологии, анатомии, физиологии, медицины и специально „болезней среднего уха“,—такова задача статьи Матвеева.

Может ли математика поглотить другие науки?

Этот вопрос, вслед за механистами (в том числе за Парфентьевым и Матвеевым), можно сформулировать по другому:

Можно ли в количественных определениях растворить качественные определения явлений действительности („объяснить“ качество через количество)?

Еще Гегель подробно разбирал этот вопрос в своей „Науке Логики“. В учении о „мере“ Гегель показывает, что явления действительности имеют как качественные, так и количественные особенности. Все в природе есть мера, т. е. единство количества и качества. Качество есть основное в процессе, так как „нечто есть то, что оно есть“, только через качество.

В любой вещи основой являются такие ее качественные особенности как форма, внутренняя структура, материальный состав, способность спецификации внешнего, способность к особой форме движения и пр. Качество прежде всего определяет внутренний закон, индивидуальность и определенность данного явления. Но ни одна вещь не может быть исчерпана только качественной характеристикой—все в действительности обладает также и количественной физиономией. Каждое явление может быть охарактеризовано по количеству имеющейся в ней материи, по количественным показателям длины, объема, веса или скорости. „Все существующее, пишет Гегель, для того, чтобы быть тем, что оно есть и вообще существовать, имеет некоторую меру“, т. е. существует как *единство* количества и качества. Как и качество, так и количество неспособно исчерпать ни одного реального явления действительности. Игрой ума можно представить себе мир, лишенный качественной материальности, мир абсолютного количества и, тем самым, предельной пустоты, но это будет только игра ума—не больше. В реальности бесконечное многообразие качественных особенностей действительности—в неорганической, живой и социальной областях—есть основное материальное ее содержание.

Мир без качеств, любое материальное явление его, взятое с одной количественной стороны—это какая-то пустышка, схоластическая абстракция, произвольная выдумка. Благодаря этому чисто количественный курс механицизма ведет исследователя природы от живого, конкретного ее существования в мир схоластических измышлений и идеалистических построений. Недоразумением является, когда механицисты называют себя последовательными материалистами. Какой это материализм, если, отрицая объективность качеств, произвольно сводя весь мир к количеству—механицизм оставляет за материей одну жалкую видимость материальности, одну тень материальности. Механицизм в развернутом виде ведет прямо к субъективному идеализму с его перенесением всего содержания познаваемого мира в познающий человеческий ум („существовать—значит существовать в восприятии“ Беркли). Именно поэтому выступления более или менее последовательных механистов

всегда имеют примесь идеализма, а наша борьба с механицизмом смыкается с борьбой против идеализма.

Таким образом, в качестве мы видим характернейшую и основную сторону материальной действительности. Жизнь без качественной характеристики, человеческое общество в виде математической формулы— нечто совершенно несуразное, надуманное. Качество и количество, являясь оба реальными категориями действительности, неразрывно связанными друг с другом—оказываются специфическими, даже противоположными сторонами этой действительности. Нельзя объяснить качество через количество и наоборот, как нельзя из свойств огня вывести свойства воды.

Все разговоры о математическом „объяснении“ качеств природы, о „сведении“ их к количественным отношениям в действительности представляют из себя простой словесный обстрел этой природы или хуже—бессмысленную попытку насильно втиснуть ее в произвольные, надуманные схемы.

Как подходить к изучению действительности? Единственно правильным путем будет такой путь, который умеет схватить и качественную, и количественную ее стороны, не растворяя их друг в друге. Особенно важно в исследовании то, что как раз отрицается Матвеевым—качественная сторона. Живая реальность явления (напр., организма), его конкретность, специфичность, выражается преимущественно именно в качественной его стороне. Обмен веществ, как особая форма взаимодействия материальных образований, дыхание, кровообращение, выделение, рост и размножение—не как простое количество материи, движущееся с определенной скоростью, а как специфические, целостные, приспособительные процессы, экологические отношения организма в их конкретной, а не математической формулировке, историческое развитие в его особой биологической форме (напр., дарвинизм)—вот в чем основная суть исследования организма, и эта суть как раз качественной природы.

Мы не хотим этим ударением на качественную сторону явлений подвести к отрицанию объективности количественной стороны природы—эта однобокость нам, как диалектическим материалистам, чужда. Приходится останавливаться на этом потому, что как раз качество есть то, с существованием и громадным значением чего не считаются очень и очень многие из естествоиспытателей, так зараженные механическими воззрениями.

Как следует представлять себе соотношение количественного и качественного моментов в процессе исследовательской работы?

В применении к социальным явлениям—немало страниц этому вопросу посвящает Ленин в своем труде „Развитие капитализма в России“. Обсуждая вопрос о способах статистического анализа крестьянских хозяйств, он острее своей критики направляет против оголенно-математического подхода в деревенской статистике. Деревня не простое количество людей и хозяйств, подсчеты которых дают нам стройные кривые и „удобные“ математические средние. Ленин показал, что деревня при капитализме является сложным, дифференцированным образованием, объективно характеризовать которое можно только учтя качественные районные особенности, социальную характеристику каждого двора (ку-

лак, середняк, бедняк, батрак) и ряд других более частных качественных показателей.

Математическая статистика для того, чтобы стать реальной социальной статистикой, должна тесно связаться с качественным социальным анализом, должна порвать с представлением об абстрактно-количественных „единицах“ и однородно-математической „массе“.

Ленин доказал, что абстрактно-количественный подход убивает научное исследование динамики развития деревни и служит буржуазным ученым прекрасным средством для замазывания истинного положения вещей в деревне. Его книга представляет собою образец того, как следует диалектически сочетать количественный и качественный моменты в социологическом исследовании, не утесняя и тем более не отбрасывая ни одну из этих основных сторон самой объективной действительности.

Изложенные здесь особенности ленинского подхода к соотношению количественного и качественного в исследовании характеризуют марксистско-ленинский подход к этой проблеме вообще (в том числе и в биологии). Для того, чтобы доказывать, что биология является наукой, которая „покоится на фактах и принципах математического свойства“ (Парфентьев-Матвеев), нужно не только ничего не понимать в марксизме (это еще полбеды—можно подучиться), но кроме этого пужно как-то особенно поверхностно подходить к биологическим наукам, нужно как-то особенно уметь не обращать внимания на основное содержание этих наук.

Как Матвеев, напр., „доказывает“, что морфология становится и должна стать математической наукой?

Все из морфологии, что так или иначе связано с цифрами, механикой и геометрией и каким-либо образом попало в руки Матвеева, используется им для доказательства этого „торжества математического метода“. Так например, Никифоров показал, что калибр сосудов, идущих к разным органам, оказывается разным, и, самое главное, выраженным в „самых математических“ миллиметрах. Приведя табличку окружности сосудов разных органов, Матвеев, нимало не сумняшась, переходит дальше. Математический „охват“ показан.

Парфентьев объяснил, что „изучая совершенно абстрактно минимальные поверхности вращений, можно чисто математическим путем установить, что таких поверхностей 6: плоскость, сфера, цилиндр, конус, ундюлоид и нодоид“ (3 стр.). Намекнув на то, что ундюлоид, а также комбинация всех шести типов минимальных поверхностей вращения, как-то (как, где и почему—знать не дается) воспроизводится в формах простейших.. Матвеев опять переходит дальше. Читатель должен поверить, что Матвеевым действительно указан путь математического „объяснения“ формы простейших.

Дальше Матвеев указывает на общеизвестный факт, что в строении растений „наблюдается строгая механическая система“. При помощи неких Шумана и Гильта, попросту говоря при помощи длинной цитаты из этих авторов, Матвеев показывает, в чем эти механические приспособления заключаются. Получив описание механических приспособлений, читатель ждет хотя бы намеков на действительное математическое „объяснение“ этих явлений. Но Матвеев не хочет надоедать читателю

И... опять идет дальше. Зачем ему заниматься трудным и ответственным анализом, когда ведь сам проф. Парфентьев сказал, что биология — математическая наука.

В результате таких, с позволения сказать, „доказательств“ морфология должна показаться читателю, согласно обещаниям Матвеева, чисто-количественной наукой.

Для всякого, кто знаком с содержанием настоящей морфологии, ясно, как дешевы и безответственны все эти Матвеевские упражнения.

Задачей морфологии является прежде всего выяснение тех закономерностей, которые создают форму организма в индивидуальном развитии. Heidenhain'овское синтезбиологическое учение может служить примером такого подхода к форме. Используя громадный фактический материал, в течение трех десятков лет Heidenhain обосновывает теорию, согласно которой организм представляет собой сложную систему включенных друг в друга гистомеров, начиная с гипотетических протомеров и кончая организмом, как целым. Ход образования любого гистомера осуществляется через синтетический анализ, т. е. через деление элементов гистомера в согласии со структурой целого, в которое эти элементы входят. Heidenhain действительно берет не простую оптическую внешность формы, но пытается показать ту закономерность, которая управляет ее эмбриогенезом, т. е. пытается действительно объяснить форму. Другое характерное направление в морфологии, стоящее на таком действительно объясняющем пути, есть „физиологическое“ направление, которое пытается познать интимные стороны формы и ее приспособительное значение через выяснение функционального значения ее. Это направление особенно ярко представлено современной цитологией, в частности кариологией, так прекрасно объясняющей механику генетических процессов через хромосомные соотношения. Третьим основным направлением морфологии является филогенетическое направление, которое пытается объяснить историческое возникновение и развитие формы. Применяя сравнительный метод по преимуществу, это направление приходит к представлению о типических формах, об их взаимной связи в ходе эволюционного развития, о филогенетическом параллелизме форм и их расхождении в эволюции и, наконец, к представлению о тех законах, которые управляют историческим развитием формы. Есть, наконец, в морфологии и экспериментальное направление, названное К. Тимирязевым экспериментальной морфологией (выяснение закономерностей действия внешней среды на формы).

Все это есть, но всего этого нет для Матвеева и ниже с ним, которые вычеркивают это богатое материальное содержание науки во имя утверждения своих абстрактных математических схем. В стремлении математически „объяснить“ они произвольно извращают истинную суть науки, подменяя ее эквилибристикой с цифирьками и „ундюлоидами“.

Из всего нами сказанного совсем не следует, что математика не имеет никакого места в морфологическом исследовании. Мы не беремся осветить этот вопрос с такой определенностью, с какой это делает Матвеев, ибо в этом сложном вопросе сейчас „все ясно“ только тем, кто не изучает вопроса, а догматически „бубнит“. Но все же успешное применение математики, например, в изучении построенных по механическим принципам структур (кости, скелет, механические ткани растений,

нагнетательский механизм кровообращения и пр.), указывает на то, что математика может сослужить большую службу в морфологии, как *вспомогательный* метод исследования. И тут объективное рассмотрение указывает на „мерный“ характер науки, т. е. на необходимость сочетать в исследовании качественный и количественный моменты.

Еще печальнее у Матвеева обстоит дело с физиологией. Разбор относящихся к этой области жиденьких иллюстраций он начинает многообещающей декларацией: „Особенно убедительны факты торжества математических положений в физиологии, где почти все проявления жизни и состояния организма (законы питания, обмена веществ, дыхания, выделительных систем, веса, температуры, времени жизни, химического состава) в условиях покоя и работы выявляются математическим путем“ (стр. 8). Не понять Матвеева невозможно. Вся физиология, по существу, есть математическая наука—таков смысл этой декларации. Эта мысль большая и ответственная. Матвеев должен показать на достаточно убедительном материале, что „проявления жизни и состояния организма“ действительно „выявляются математическим путем“. Увы, мало-мальски серьезного отношения к делу не найдет читатель у Матвеева издесь. Его декларация ниже сопровождается тремя иллюстрациями какого-то разрозненного, случайного характера: применением дифференциального исчисления к изменению норм питания животного в зависимости от его возраста (следует длинная математическая формула), Рубнеровскими цифрами о количестве энергии, необходимой для удвоения веса тела молодых, растущих животных, и указанием на успешную применяемость графического метода в физиологии. И это все. Как математически исчерпать или „выявить“ хоть один, самый захудалый закон физиологии, Матвеев не показывает, несмотря на то, что именно в физиологии „торжество математических положений“ „особенно убедительно“. Нам кажется, что причина Матвеевской несостоятельности доказать то, что он доказывает, заключается не только и не столько в нем самом, сколько в принципиальной беспомощности защищаемой им точки зрения. И не такие, как Матвеев, ломали и ломают свои зубы на „научных“ попытках свести биологические (в частности физиологические) явления к чисто-количественным соотношениям.

В чем заключается основное содержание физиологии? Эта наука ставит своей главной задачей—изучить основные функции жизнедеятельности индивидуальных организмов: обмен веществ с его составными элементами—дыханием, питанием, диссимиляцией, движением, ассимиляцией, выделением и ростом—и те материальные механизмы, которые осуществляют регуляцию всех этих процессов (нервная система и внутренняя секреция), познать в первую очередь и по преимуществу закономерные причинные цепи, которые характеризуют каждую из этих функций в их взаимодействии, т. е. дать объяснение *качественной* стороне жизнедеятельности—такова цель этого изучения. Только в таком понимании физиологическое исследование приобретает характер конкретного, истинно-материалистического исследования. В современной физиологии этот курс *конкретного* исследования особенно ярко представлен в тенденции заменить старое, чисто аналитическое, сегментарное изучение жизнедеятельности изучением жизни организма, как целого (организменная физиология у Павлова, в современном учении о внутренней секреции и пр.).

Именно такого конкретно-материалистического изучения не способен дать односторонне-математический подход к организму. Как метод чисто количественного исследования, он вольно или невольно игнорирует внутренний закон, внутреннее содержание явления, его материально-причинный ряд, схватывая в явлении только его внешне-количественную сторону. А поэтому, когда хотят математической формулой отобразить содержание какого бы то ни было физиологического процесса, сама задача кажется нам надуманной и безнадежной в своей основе.

К чему приводит такой чисто-количественный путь, прекрасно можно показать на примере Матвеева. Его очень привлекает графический метод в физиологии, который он понимает все так же, т. е. как метод сведения физиологии к математике. „Триумфальное шествие графического метода“ приводит Матвеева в такой восторг, что он, заткнувши уши и закрывши глаза, вещает: „Графический метод в области психической жизни и физиологии мозга является почти исключительным объективным методом исследования“ (стр. 10). Доказательство—возможность графически изобразить увеличение кровенаполнения и повышения температуры больших полушарий при их функционировании—я больше ничего.

Выдвинуть такое положение с такими основаниями может, конечно, только безнадежный маньяк, совершенно не желающий считаться с действительным положением вещей. Оставим пока в стороне психическую жизнь и обратимся к физиологии мозга. Применяется ли здесь графический метод? Конечно применяется, но только, как и всюду в биологии, в роли технически-вспомогательного метода. Он представляет собою орудие технической фиксации уже полученных на основе специальных (качественных) приемов исследования результатов, орудие, которое позволяет в организованной, сведенной в целое форме *изображать* количественную сторону этих результатов. Так, например, существует Павловский метод условных рефлексов, позволяющий проникнуть во внутреннюю закономерность мозговой деятельности и понять ее-составные качественные элементы. На основе этого метода установлено, что вся нервная деятельность есть баланс возбуждения и торможения, что эти процессы индуцируют друг друга, что тот и другой способны иррадиировать и концентрироваться, что, кроме того, полушария обладают способностью прокладывать новые пути (замыкание), разлагать внешний мир на отдельные (анализ) и пр. Для обработки этих данных, полученных на большом экспериментальном материале, может применяться графический метод, но может и не применяться—существо дела от этого не изменится. Качественное содержание изученных процессов, как основное содержание физиологии мозга, не находится ни в какой обязательной и решающей зависимости от технически-вспомогательного метода графического изображения.

Сказать же, как это делает Матвеев, что графический метод „есть почти исключительный метод объективного изучения физиологии мозга“—это значит издеваться над физиологией. При такой перспективе какими-то вспомогательными частностями кажутся метод условных рефлексов Павлова, вивисекционный метод Гольца, метод доминанты Ухтомского и пр.—одним словом, все основное содержание физиологического исследования мозга. Невольно возникает вопрос, о чем

думал и думал ли вообще Матвеев, когда он писал свой исключительный „труд“? Нам кажется, что не думал, если под этим „думанием“ понимать систематический и наполненный содержанием процесс научного мышления.

Чтобы рассуждать о физиологии, как математической науке, он должен обходить существо вопросов и останавливаться только на формальной поверхности их. Легкомысленное отношение к содержанию биологического исследования есть обязательный момент той псевдо-научной „количественной“ методологии, которую Матвеев избрал своей руководительницей. В результате, как и при обсуждении морфологии, он проходит мимо научной физиологии, мимо ее качественного содержания и, обретаясь в мире абстрактных, оторванных от живых явлений количеств, занимается ненужной и вредной игрой в цифры и графики.

Интересный и показательный для существа обсуждаемого вопроса путь развития проделала следующая наука, на которую ссылается Матвеев, — *генетика*.

С именем Ф. Гальтона связан чисто-количественный, математический этап ее истории. Гальтон при помощи метода вариационной статистики исследовал рост человека и размеры семян душистого горошка у массы особей родительского и следующего поколения, желая таким образом установить, в какой степени признаки родителей передаются детям. Характернейшей чертой его подхода являлось то, что масса исследуемых особей рассматривалась им, как математически однородная масса, а каждая особь, как математическая „единица“. Внутреннее, наследственное содержание как „населения“ в целом, так и каждой отдельной особи Гальтоном в расчет не принималось. В результате им были сформулированы 2 закона наследственности — закон регрессии или возврата (возврат потомства к средним величинам от крайних отклонений) и закон смешения свойств предков в детях (дети получают $\frac{1}{2}$ от родителей, $\frac{1}{4}$ от дедов, $\frac{1}{8}$ от прадедов и пр.).

Оба эти закона в свете дальнейших достижений генетики оказались ложными и как раз потому, что Гальтон обошел в своем исследовании качественную сторону вопроса. Иоганнсен, на основе не математического, а экспериментального исследования „населения“, показал, что за внешней (фенотипической) однородностью этого населения скрывается богатое и пестрое качественно-генотипическое содержание. Понять законы наследственности согласно этому можно, только раздифференцировав население на отдельные генетические чистые линии.

Менделеевский метод индивидуального анализа особей через гибридизацию и расщепление гибридов во втором и следующих поколениях подвел генетику к пониманию тех качественных явлений, из которых в действительности слагаются законы наследственности (чистота гамет, аллеломорфизм, расщепление, эпистаз, полимерия и пр.), а цитологическое объяснение менделизма и хромосомная теория наследственности дали нам материальную основу этих явлений.

В итоге Иоганнсен заявляет: „Мы должны рассматривать учение о наследственности с помощью математики, но не как математическую дисциплину“. Качественно-экспериментальный метод стал основным методом генетического исследования, а математический занял подобающее

ему место вспомогательного метода; в результате чего мы имеем то блестящее развитие генетики, которое делает ее в наше время одной из наиболее интересных и практически важных наук.

Мерный, качественно-количественный путь исследования является, следовательно, действительным и для генетики, науки, которая, может быть, больше всех других биологических наук пользуется в своей работе математическим методом.

Все рассуждения д-ра Матвеева о роли математики в науке относятся им в такой же степени и к медицине: „определение пульса, кровяного давления, состава крови, температуры, дыхания... все облекается в отвлеченный и вместе с тем вполне определенный числовой показатель, значение которого прекрасно оценивается клиникой, так как она главным образом этим числовым показателем определяет состояние организма, взаимоотношение его частей и влияние внешних условий“. И дальше: „Эти числовые характеристики во многих случаях достигли большой точности и нередко выявляют заболевание как бы оно ни было сложно и замаскировано попутными явлениями. Так, может быть поставлен диагноз по определению количества эозинофилов, лейкоцитов...“.

В пылу увлечения д-р Матвеев забывает, что диагноз складывается из синдрома, что отдельные симптомы могут играть ведущую роль, а другие подчиненную: „в живом теле ничего не изолировано все связано со всем“, говорил еще Гиппократ. Никогда и нигде диагноз не ставился на основании только количества лейкоцитов, только состава белка, только количества эозинофилов.

Если идти по математическому пути д-ра Матвеева, то, находя у больного увеличенное количество эозинофилов, надо сразу поставить диагноз—глисты. А у больного может быть... рак (в ряде случаев новообразование протекает с эозинофилией). А ведь бывает в жизни и так, что увеличенное количество эозинофилов никакого отношения к настоящему заболеванию не имеет.

Как пример „математической“ диагностики в клинике внутренних болезней Матвеев приводит формулу Beger-Lenhof'a. Этой формулой пользуются в клинике для определения энтероптоза. Совершенно верно, мы пользуемся этой формулой в клинике внутренних болезней. Она наглядна и проста. Но определяя энтероптоз, мы еще не имеем права говорить о патологии, о болезни. Не касаясь вопроса о конституциональном энтероптозе, следует отметить, что женщины с приобретенным энтероптозом часто не обнаруживают никаких признаков болезни. Мы не хотим сказать, что математический метод в этом случае ничего не дает, но мы отказываемся от его механического применения и признания за ним „единственного и наиболее исчерпывающего метода во всех клинических дисциплинах“. Конечно, цифра, полученная при измерении живота, точный факт, но от числового показателя до признания болезни еще большой путь дополнительных исследований с заключительным синтезом всего того, что мы нашли у больного. Определяя сантиметром или другим методом энтероптоз, мы видим, что в данном случае это—болезнь, а в другом здоровье. Несколько примеров аналогичного характера. Существуют сотни людей с ахилией (числовой показатель), которые никогда не предъявляют никаких жалоб. Ахилия не нарушает в данном случае равновесия,

т. е. здоровья. И наоборот, мы знаем людей с ахилией, которые всю жизнь страдают и бесконечно лечатся от целого ряда диспептических расстройств, сопровождающих ахилию. Недавно в терапевтической клинике Ин-та наблюдался случай, где все числовые показатели (пульс, количество лейкоцитов, резкая диазореакция) толкали диагностику в сторону брюшного тифа, анамнез и характер сыпи решили вопрос в пользу сыпного. Все врачи знают классификацию Турбона для определения стадий туберкулеза. Взятая в чистом виде, без дополнений, эта схема ничего не дает, ибо количество занятой туберкулезом площади легкого еще не говорит о тяжести процесса. И только углубленная качественная характеристика процесса ориентирует врача в течении болезни.

Что все это значит? Значит ли это, что математический путь неверен? Ни в коем случае. Математика точна, но применение ее требует учета ряда качественных состояний организма. В одном случае, имея дело со здоровым человеком, числовой показатель не делает его еще больным, в другом свидетельствует о болезни, не определяя степени, а в третьем является одним из важных элементов исследования, но обязательно в сочетании с другими.

Еще один пример математической характеристики, приводимой Матвеевым из клиники внутренних болезней, заслуживает разбора. Речь идет о *constante urémique Ambard'a*. Вот что по этому поводу пишет в своей книге о болезни почек проф. Розенберг: „Как бы то ни было, все же можно выставить против всех этих математических выкладок возражение, что выделение мочевины зависит не только от содержания ее в крови, ибо почки представляют собой не мертвую машину, а живую железу... С чем мы, на основании нашего опыта, не можем согласиться с Амбаром, так это с тем, что данные, полученные на основании его формулы, дают возможность выразить в цифрах количество еще сохранившейся паренхимы почек или даже в процентах степень сохранения ее функции. Все получаемые таким путем результаты настолько противоречат моим клиническим наблюдениям, данным остальных функциональных методов исследования и гистологическим данным, что я считаю подобного рода количественные определения степени выпадения функции почек методом совершенно не точным и *вводящим только в заблуждение*“. Как же это так, математический метод, д-р Матвеев, и запутывает?

Крупнейший специалист проф. Розенберг в корне не согласен с Амбаром, а заодно и с Матвеевым, и не потому, что у проф. Розенберга непочтительное отношение к математике, а потому, что он отличает „живую железу от мертвой машины“. Нам не трудно присоединиться к мнению Розенберга, ибо мы очень далеки от мысли д-ра Матвеева „что организм (NB а ведь законы мертвой природы также не только количественны) подчиняется законам мертвой природы, тотчас реагирует на всякое воздействие окружающих условий“. И в этом нельзя не видеть грубейшего непонимания Матвеева отличий мертвого от живого. Организм реагирует на внешний раздражитель—это ясно, но то, что наш автор замечает только общее, отказывается видеть разницу между живой и мертвой природой—это так же ясно. По д-ру Матвееву для живой и мертвой природы имеются одни и те же законы. Пользуясь числовым показателем, Матвеев отказывается видеть качественные от-

личия, сводя их к количеству. А если это так, то все можно „измерить“, все можно „взвесить“ и, самое главное, что все можно объяснить мерой и весом.

Цифра ноль—знак обмиранья,
Цифра восемь—значит лень,
Двадцать пять—огонь лобзанья
Это ясно словно день.

Наша точность непреложна.

Три—желанье есть уху

Но... какой же цифрой можно обо-
значить чепуху? Г. III.

.....Все можно измерить, все можно взвесить....

.....Вот откуда у нашего автора такое восторженное отношение к Флери. Подумать только, Флери удалось, пользуясь графическим методом, записать все страсти человеческие. Матвеев восхищен Флери. Он его цитирует невероятными порциями. В чем же величина Флери? Флери, записывая артериальное давление по манометру, нашел кривую любовного отравления. Приятно предварительно проводится дифференциальный диагноз между любовью и любовным отравлением. Любовь, видите ли, это „физическая сила, которую организм черпает из внешнего мира“, причину любви Флери усматривает в потребности сохранения вида. Чистейшей воды телеологический принцип, в плену которого находится и д-р Матвеев, исповедуя вульгарный механицизм в идеалистическом разведении. Ну, а любовное отравление—страсть, это уже состоянье патологическое, аналогичное вообще отравлению. Флери чертит графику страсти сходную с кривой лихорадки тифа. Подумать только до какой точности дошла наука! А телеграфист в рассказе Куприна, не имея понятия о научных достижениях своего века, совсем, можно сказать, наоборот представлял себе эти чувства. Перебирая струны своей гитары он напевал:

„Любовь, что такое,
Это чувство неземное“.

Но Флери точный научный исследователь. Он не только начертил кривую любовного отравления, но и показал, в чем ее отличие от кривой отравления алкоголем, морфием, табаком. Что же такое страсть? Согласно Флери-Матвеева „это беспорядочные колебания давления крови на мозг“. А смысл открытия Флери как раз и заключается в том, что он записал эти анархические колебания, и горячие страсти человеческие улеглись в спокойную бесстрастную кривую. Но Флери не остановился на изучении любовных страстей. Изучать страсти—так изучать. И, видимо, рискуя жизнью, он записал движения артериального давления гражданина Н, который, рассвирепев (артериальное давление поднялось до максимальных цифр), собирается совершить преступление (жуткая графика!). Кого-то этот экспериментальный мужчина убивает (1-ое измерение, какая довкасть!), артериальное давление падает (2-ое измерение), наступает реакция (3-е измерение). Все. Флери свертывает свои кривые. Он совершил открытие в науке. На точном языке математики изобразил страшную, жуткую сцену убийства. Шекспир описал человеческие страсти, но тайну их раскрыл, пользуясь языком математики, Флери.

Казалось бы довольно Флери. Хватит. Нет, Матвеев считает его главным козырем, а потому продолжает его цитировать. Дальше сле-

дует целая таблица различных „душевных состояний“, которым соответствует точная цифра артериального давления. На первом месте фигурирует желание убийства (опять убийство), которое равняется манометральному показанию 29—30. Попробуем взять поменьше цифры, может быть появятся другие „душевные движения“, более безопасные. Артериальное давление 21—20—сия цифра является выражением отваги, храбрости, а 16, видите ли, равно улыбке, в то время как лень равна всего 5. Ну, а если ленивый человек возьмет, да улыбнется? Такой случай в таблице не предусмотрен, а потому артериальное давление неизвестно. Еще не исследованная возможность. Но что будет если артериальное давление упадет до 0. Страшно, но рискнем заглянуть в таблицу. Какой ужас! Нуль артериального давления выражает собой обмирание, состояние умственного покоя (?). Да, это настоящая наука. Такие сложные душевные процессы обозначать цифрой—разве это не великое открытие? Итак, душевная жизнь ясна как таблица умножения, хотя графика, правда, не совсем точна (оговорка Флери по Матвееву). Но, может быть, читателю еще не все ясно? Может быть, не ясен механизм этой кривой? Флери объясняет: „Дело в том, что человеческий мозг по его отпращиванию (NB надо полагать, что речь идет не только о водообмене, но и о мышлении) можно сравнить с любым органом нашего тела“. Впрочем, Флери и Матвеев ограничиваются только желудком, считая, что дальнейших сравнений не потребуются.

В заключение этой знаменательной главы, для того чтобы читатель запомнил, еще раз напоминает ему, что „человеческая душа есть та же машина“. Но Матвеев чувствует что-то неладное и ему хочется подтвердить это положение лицом более авторитетным, чем Флери. И он цитирует Спинозу по ... Флери. После чего он уже спокойно заявляет: „в разборе столь сложной проблемы как психическая жизнь человека наиболее правильным является математический метод“.

После того как д-р Матвеев расправился с физиологией, патологией, клиникой внутренних болезней и с сожалением покинул кривые любовного отравления Флери, он приступает к своей специальности—математике в клинике ото-рино-ларингологии. Прежде всего основное положение: „Патологические процессы среднего уха подчиняются законам природы, следовательно, математическим законам“ (ст. 260). После такого заявления можно было бы ожидать серии клинических примеров, где автор развертывает перед потрясенным читателем всю мощь и действительность открытого им принципа. Ничего подобного. Как раз в родной для него области он все время наталкивается на сопротивление, он убеждается, что одних математических положений недостаточно для объяснения биологических явлений, что невозможно понять, а тем самым и объяснить, биологические процессы, пользуясь только линейкой и карандашом. Отиты он вынужден классифицировать по чисто клиническим признакам; в отделе „радикальные операции“ он говорит о биологических методах, тем самым расписываясь в несостоятельности своего математического подхода к биологическим явлениям. „Радикальные операции“. Здесь мы ждем от автора торжества математического принципа. Напрасные ожидания. Автор, на основании своих наблюдений и литературных фактов, вынужден признать: „на эти вопросы взгляды клиники,

патологической анатомии сходятся в отрицательном ответе". А казалось, что радикальная операция и является торжеством механистического подхода. Широкое вскрытие гнойного очага должно было бы гарантировать всегда блестящий успех с точки зрения механистически мыслящего врача. Оказывается (по Матвееву), что „единственно правильным является специфическое лечение, биологический дренаж, в силу того, что он находится целиком в зависимости от биологических процессов организма" (ст. 266). Где же здесь подчинение лечения математическим принципам, где же утверждения о математической точности учета всех биологических моментов? Несмотря на математическую принципиальность, д-р Матвеев очень быстро забывает свои принципы и внезапно скатывается к силам организма. Организм защищается, мобилизует свои силы, приспосабливается, приносит в жертву свои ткани, спасается, что только не делает организм в борьбе с инфекцией (стр. 258). Все это очень хорошо, такая, можно сказать, „сознательность" организма, но где же здесь математика? Как связать всю эту стратегию организма с числовым показателем, с математическим принципом столь торжественно провозглашенным в качестве универсального метода, не только помогающего нам в анализе патобиологических явлений, но и *объясняющего* нам их сущность. Математика в руках д-ра Матвеева, в пределах родной ему отоларингологии, не дает того, что на самом деле можно ожидать при правильном методологическом обосновании и применении. К чему же сводится математическая закономерность д-ра Матвеева в этой области? Только к одной простенькой вещи: к установлению внешнего сходства—анalogии. Так, дренаж, это—канал, дренирование уха—осушка болота, резорбция напоминает ему засыпание водоемов, а движение инфекции, разве нет в этом сходства с движением рек? Словом, все что происходит в этих случаях в организме—напоминает нашему автору мелиоративные работы. А так как познания его в этой области, по счастью, не велики, то он ограничивается всего 3—4 аналогиями.

Допустим, что сравнения удачны, прекрасны, необычайно образны, что же из этого следует? Причем тут математика и что могут вообще дать врачу такие аналогии? В какой степени они позволяют вскрыть характерные для данного явления связи и закономерности? Что практически пользы от того, что врач узнает о резорбции по смелой аналогии Матвеева с засыпкой водоемов?

Сложнейший вопрос—взаимодействие инфекционного начала и организма—для Матвеева сего аналогиями сводится к законам... гидравлики. Движение инфекции в организме, по Матвееву, подчинено законам мертвой природы. И все это очень просто. Движение инфекции—это то же самое, что движение рек, разрушение горных пород. Сложнейшие проблемы иммунитета разрешаются Матвеевым методом гениальных аналогий. Стоит только припомнить законы, господствующие в мертвой природе, и все, что происходит в живой,—станет понятным и убедительным. Что все это не так примитивно, как думает Матвеев, едва ли стоит доказывать.

Мы видим, что математический метод сыграл с Матвеевым злую шутку. Сарифмометром в чемодане, с логарифмами в руках Матвеев отправился делать открытия в медицине. Через водоемы, каналы, реки и горы он пришел усталый к тому месту, откуда вышел преиспол-

женный надежд. И невольно вспоминается старинная немецкая пословица: „пошел за правдой, а нашел осла“. Он не сделал в этой статье великих открытий, но все, что по дороге он видел, он описал, применяя числовые показатели, применяя математический метод. Матвеев ничего не объяснил, а местами доказал противоположное, не вскрыл сущности тех процессов, которые он изучал, но по инерции он продолжает утверждать, что чем больше будет математики в медицине, тем больше будет науки. А мы прибавим, что чем меньше будет таких математиков в медицине, тем больше она будет наукой.

Итак, мы надеемся, что смысл „истинной науки“ в понимании Матвеева для читателя ясен. Если медицина хочет стать истинной наукой, она должна отказаться от искусства. „Медицина шла по пути искусства, а каждая наука тем и отличается от искусства, что она вычеркивает все индивидуальное и случайное, пытаясь уразуметь правила, имеющие общее значение. Искусство, наоборот, стремится углубиться в индивидуальность. Искусство—доступное понятие, ибо оно охватывает непосредственное“.

Будет ли медицина когда-нибудь истинной наукой? По Матвееву это будет тогда, когда в медицине будут торжествовать математические принципы и когда зачеркнуто будет все индивидуальное, т. е. в переводе на простой язык—больной. Мы считаем, что медицина растет как наука не только в анализе, но и в синтезе, с постоянным учетом качественной стороны, несводимой к количеству, ибо количество отображает только одну сторону явлений.

Нужна ли математика в медицине? Ни один здравомыслящий врач никогда не откажется от использования любой науки для развития медицины. И было бы смешно отказываться в медицине от принципов математики, поскольку они выразительнее, нагляднее служат задачам восприятия явлений в простой и единообразной форме, хотя и не объясняют сущности процессов в живом организме. Все дело только в правильном приложении математической методики к патобиологическим явлениям.

Какова же роль искусства в медицине? Мы считаем, что искусство в медицине находит свое место в умении пользоваться инструментом науки в применении к индивидуальности больного. Можно ли исключить эту сторону, т. е. искусство, из медицины и „матвейзировать“ ее в „истинную“ науку? Такой путь является абстрагированным, отрывом от практических задач, выхолащиванием, разрывом связи между медициной и окружающей нас социалистической действительностью с ее запросами, с ее темпами.

Пора прервать бесплодное жонглирование наукой. Пролетарская общественность должна взять под контроль и научное творчество. Ответственность за недоброкачественную продукцию должны нести и кафедры, и консультанты [работа вышла из клиники болезней носа, горла и уха Государ. ин-та для усоверш. врачей им. В. И. Ленина (зав. проф. В. К. Трутнев) и математическ. кабинета Каз. политехнического ин-та (зав. проф. Н. М. Пауткин], которые своими советами и высокой оценкой влияют бодрость в такого рода изобретателей. Надо стимулировать ценные научные работы, но необходимо подумать и о чрезвычайной комиссии по борьбе с научной инфляцией.

Преимущества системы заочного усовершенствования врачей¹⁾.

В. И. Рожанского.

Далеко не все врачи знают о системе заочного усовершенствования. Те, кто знают об этой системе, не знают о ее достоинствах и преимуществах, а некоторые смотрят на заочную систему, как на недостойную их. Последняя категория считает, что врачу нечего прибегать к заочной системе усовершенствования, что эта система пригодна лишь для людей со средним образованием. Чтобы пополнить свои знания, эти товарищи выписывают несколько журналов. Не отрицая значения журнала в пополнении знаний врачей, мы тем не менее хотим обратить внимание товарищей, что журналы не все дают читателю. Наша цель — показать товарищам, что система заочного обучения играет колоссальную и исключительную роль как в поднятии квалификации врача, в его марксистско-ленинском воспитании, так и в руководстве его повседневными действиями. В самом деле, курсы заочного усовершенствования врачей при Институте заочного обучения НКЗдрава в Москве устроены так, что они вполне обеспечивают отмеченные положения.

Курсы имеют несколько отделений. Некоторые из них уже функционируют (отделение сельских врачей, врачей здравпунктов). Другие готовятся к открытию (врачей ОЗД и П, Охматмлад, организаторов здравоохранения, пищевигов, дватетиков и др.). Институт заочного обучения работает на базе Центрального института усовершенствования врачей и специальных институтов НКЗ. Последние прорабатывают программы, выделяют авторов, апробируют их лекции и проводят работу по рецензированию ответов заочников. Вся система заочного усовершенствования врачей в настоящее время перестраивается. Взята линия на децентрализацию этой работы. Работа с заочниками передается Ин-там усовершенствования на местах, под общим руководством Ин-та заочного обучения НКЗ. Подготавливается проект вовлечения всех врачей, командированных на курсы усовершенствования, в систему заочного обучения. Этот проект имеет в виду пропустить всех командированных на курсы врачей предварительно через заочное обучение и лишь после этого направлять их в специальные ин-ты или учреждения. Этой мерой значительно сокращается срок пребывания командированных товарищей в спец. ин-тах, увеличивается пропускная способность последних и, т. о., увеличивается охват повышающих свою квалификацию товарищей. Кроме того, эта мера даст возможность товарищам, командированным в спец. ин-ты, усвоив предварительно теоретический курс заочным путем, приезжать в ин-ты более подготовленными, и отведенное занятиям время (сокращенное) провести с большей пользой для своей практической работы. Вообще следует отметить, что система заочного усовершенствования врачей не мыслится без практической базы. Практическая база разнообразна и имеет своей конечной целью подготовить из врачей квалифицированного практического работника в той или другой области.

¹⁾ Статья прислана Бюро заочного обучения Наркомздрава (Москва, Арбат, 35) и имеет целью привлечь внимание врачей к системе заочного обучения и популяризировать последнюю.

На время командирования врачей в спец. ин-ты (от месяца и больше) за ними сохраняется содержание по месту службы. Кроме того, органы здравоохранения принимают меры к организации их жилища и питания на все время пребывания их в спец. ин-тах.

Заочное обучение в своей теоретической части происходит следующим образом: заочник получает через определенные промежутки времени лекции с определенными заданиями. Обучающийся врач выполняет эти задания и отправляет их почтой по удешевленному тарифу в Ин-т заочного обучения НКЗдрава или в тот или иной специальный ин-т. Задания и вопросы построены так, что отвечающий должен не только обнаружить усвоение пройденного материала, но своим ответом дать возможность обнаруживать дефекты в постановке медицинского дела у себя на месте. Специальные ин-ты при помощи своих работников просматривают ответы врачей, исправляют их, указывают на ошибки и дефекты в постановке дела у них на местах. Таким образом, система заочного усовершенствования преследует цель не только повышения квалификации врача, но и помощи ему в его повседневной работе.

Отвечая на вопрос, как он устроил или думает устроить в своих условиях общественное питание, врач всегда получит указание, какое у него в данном случае слабое место, на что ему следует обратить внимание и как лучше устроить общественное питание с тем, чтобы оно действительно служило делу социалистического строительства, повышению эффективности труда, снижению заболеваемости и выполнению промфинплана данного предприятия, колхоза, совхоза.

Но этим не исчерпывается роль системы заочного усовершенствования врачей. Задания и вопросы построены так, что врач на месте выявляет в своем ответе те или иные научно-медицинские вопросы, имеющие значение краевого, районного характера. Эти ответы, как сказано выше, читаются работниками в специальных институтах. Таким образом, происходит постоянный обмен сведений и знаний между спец. Ин-том и работниками на местах и обратно.

Специальные ин-ты должны черпать богатый материал из ответов периферических работников на местах для своей научной деятельности, обобщить этот материал и сделать те или иные практические выводы; работники же периферии получают руководство, советы и указания в их повседневной практической работе.

Система заочного усовершенствования врачей, помимо указанного выше, преследует еще цель вовлечь работников периферии в научно-творческую работу. Ин-т заочного обучения рассылает врачам, обучающимся в Ин-те, специальные анкеты, в которых требуется ответ на такие вопросы, как особенность работы данного врача, особенности того или иного участка (в эпидемиологическом и других отношениях и т. д.).

Учитывая эти ответы, склонность и влечение учащихся, Ин-т заочного обучения через спец. ин-ты будет предлагать им более широкие задания для проработки. При этом, конечно, будет обеспечено руководство работ. Ин-т будет способствовать помещению в печати одобренных работ после редактирования их соотв. специалистами. Ин-т заочного обучения предполагает создать специальный журнал (совместно с Ин-том усовершенствования врачей). В этом журнале должна найти

отражение вся система заочного усовершенствования врачей, и в нем будут печататься достойные работы самих учащихся.

Из всего изложенного ясно, какую роль система заочного усовершенствования может и должна сыграть в деле усовершенствования врача. Работа ответственная, большая. Возможны ошибки. Требуется помощь со стороны, главным образом работников периферии, которые своими советами, пожеланиями могут помочь лучше устроить столь новое, не имеющее за собой опыта дело и предотвратить возможные ошибки.

Главная ценность системы заочного обучения-усовершенствования врачей—в постоянном обмене опытом между специальным Ин-том и врачами на местах и обратно, в постоянном руководстве повседневной практической работой врачей со стороны спец. ин-тов и консультировании их, в вовлечении врачей в научно-творческую работу и Марксистско-ленинского воспитания их.

Роль врача в борьбе с алкоголизмом.

Проф. Л. И. Айхенвальда.

Участие врачебных масс в противоалкогольном движении—за малыми исключениями—настолько слабо и не организовано, что заставляет фиксировать на себе внимание, ибо кому же как не врачу быть инициатором и активным участником в борьбе с зеленым змием и проводником идей трезвости. Этого требует биосоциальное значение проблемы антиалкогольного движения, особенно теперь—в период реконструктивного роста нашего народного хозяйства и сплошной коллективизации. Совещание врачей—членов первого пленума Всесоюзного Совета противоалкогольных обществ в СССР—признало необходимым организацию медицинской секции на Всесоюзном антиалкогольном съезде и связи с врачебными съездами в целях привлечения врачебных масс к борьбе с наркоманиями¹⁾. Кроме того решено поставить в общей печати вопрос о роли врача в борьбе с алкоголем равно и об абстиненции врачей вообще и особенно наркологов, психиатров и др.

В редкой антиалкогольной ячейке представлен врач, а в правлениях отделов антиалкогольного общества работают лишь единичные представители медицины.

Причины указанного индифферентизма—многогранные. Они объясняются отчасти общей перегрузкой врача, но главным образом тем, что большая группа врачей проникнута еще тенденциями лечить, а не предупреждать болезнь; в связи с этим врачи не только не участвуют в пропаганде трезвости, но и пользуются алкоголем как медикаментозным средством. Последнее обстоятельство и заставило нас выяснить, насколько врачи г. Одессы и округа прибегают к терапевтическому применению спиртных напитков при тех или иных заболеваниях.

От имени Одесского Отдела Всеукраинского Общества борьбы с алкоголизмом разослано было врачам составленное зав. Домом санит. культуры д-ром А. Е. Каневским обращение с призывом принять участие в борьбе с алкоголем и наряду с этим нами проведена была анкета среди врачей с целью выяснения отношения их к проблемам алкоголизма и к алкоголю в медицинской теории и практике.

Аналогичный опрос среди Московских врачей был произведен в 1915 г. по анкете пр. доц. Вяземского, разработанной д-ром Захарченко, равно и в 1926 г. под руководством пр. доц. Шаломовича. Первая московская анкета (54 ответа) показала, что в среднем $\frac{2}{3}$ московских врачей в большей или меньшей степени применяют в своей практике спиртные напитки, напр.

¹⁾ Здесь уместно упомянуть о том, что проблема кадров требует инициативы в подготовке наркологов, в коих ощущается недостаток.

после тифа, при пневмонии и др., 35% врачей совершенно не признавали за алкоголем терапевтического средства. Вторая анкета (400 ответов) отмечает, что 67% врачей признают умеренное потребление алкоголя вредным, 33% — безвредным. Около 49% врачей не пользуются в своей практике алкоголем, 51% прибегают к нему, 16% считают спиртные напитки незаменимым средством, 20% не полагают возможным обойтись без него. В 25% лечебных учреждений гор. Москвы применяется алкоголь как медикамент.

На одесскую анкету, разработанную нами, откликнулось 249 врачей, но мы использовали для суммирования ответов и своих выводов только 200 анкет: врачей с 5 летним стажем (15%) и свыше 5 лет (85%). Анкеты врачей с малым стажем не вошли в сводку.

Ответы обнаружили следующее: 78% опрошенных дали утвердительный ответ и 22% — отрицательный на вопрос о вредности умеренного потребления спиртных напитков. Наряду с этим в 50% ответов констатируется применение врачами алкоголя с лечебными целями — главным образом при септических процессах, воспалении легких, сердечной слабости, белой горячке и у реконвалесцентов. Алкоголь назначается в виде портвейна, хереса и даже водки. Анкета указывает также, что алкоголь действует, по наблюдениям врачей, как средство тонизирующее, ограничивающее сгорание тканей, питательное, укрепляющее сердце, вкусовое, повышающее кровяное давление, снотворное, антисептическое, болеутоляющее, калорийное, регулирующее выделение желудочного сока и проч. Имеется даже одно указание на „веру больного в спирт“.

Если подытожить ответы по всем трем анкетам (по двум московским и одесской), то мы получим такие данные: половина московских врачей и одесских применяют в практике своей алкоголь. Большая разница имеется в ответах на вопрос: „можно ли обойтись вовсе без алкоголя для внутреннего потребления“ — московские врачи, признающие такую возможность, составляют 16%, одесские 42%. Наконец, около 1/5 стационаров пользуется спиртными напитками „pro usu interno“. За необходимость искоренения алкоголя как напитка высказалось в среднем 40% врачей и за уничтожение пьянства — 60%.

Таким образом мы видим, что среди врачей имеются — почти в половине случаев — сторонники алкоголя как медикамента; среди врачебной массы по вопросам алкоголизма существует несогласованность, нет той базы, на которой врачи достигли бы единства взглядов и действий.

Назначение врачами вина больным можно отнести к проявлению так наз. недисциплинированного врачебного мышления. Врачи должны помнить особые черты алкоголя: его универсальность и отсутствие дозировки. Ведь свойства алкоголя присущи и другим средствам, но последние действуют безопаснее и вернее.

Weichselbaum подчеркивает то обстоятельство, что совершенно исключены случаи, когда при весьма долгом непрерывном и большом потреблении алкоголя хотя бы один важный для жизни орган оставался здоровым. Алкоголь — неэкономный и нецелесообразный пищевой суррогат, потребление которого осложняется его ядовитостью.

Пьянство — это социальное зло, которое постепенно от случайных выпивок малых доз переходит в привычку, от привычки в слабость, из слабости обращается в порок, из порока часто вырождается в преступление и еще чаще в болезнь¹⁾.

Врачи должны бороться не только с пьянством, но и с умеренным или случайным потреблением алкоголя. Борьба с алкоголизмом должна быть массовая — через самих же трудящихся. Меры административного порядка, конечно, являются лишь вспомогательным средством. Курс необходимо брать на низовую ячейку, последняя должна быть показательной — особенно на селе, — где надо готовить шефство и инструктировать актив. В задачи борьбы с алкоголем входит создание трудовых колоний, пропаганда в школах, развертывание клубов, всемерное поддержание ликвидации неграмотности. Надо так строить нашу культуру, чтоб не пили ни водки, ни самогона. В отношении профилактических мер показано устранение условных алкогольных раздражителей (И. В. Канторович), необходимо тщательно проанализировать механизм образования вле-

¹⁾ За 1928 г. в Союзе выпито было около 1 1/2 миллиарда литров спиртных напитков на сумму 1 1/2 миллиарда рублей.

чения к алкоголю, как сочетательного рефлекса, разрушить его и विकарно воспитать у потатора другую систему (полезных) сочетательных рефлексов, выработать новую доминанту (А. М. Факторович). Надо выяснять, нет ли налицо влияния однообразной работы, не дающей выхода эмоциональной энергии. Здоровый труд, нормальный отдых, культурный быт, спорт, разумные развлечения, ослабление жилищного кризиса.

Алкоголь и в малых дозах незаметно влияет на все жизненные процессы, создавая ощущение мнимого благополучия. В этом—коварство алкоголя. „Здесь указывает Шоломович, весь узел алкогольной проблемы“. И как раз об этом важнейшем меньше всего говорит фармакология, а вслед за ней абсолютно не думает врачебная масса, с легким сердцем выписывающая рецепты на алкоголь. Часто такой рецепт открывает историю болезни с начальным диагнозом терапевта „анэмия“, „apicilis“—с заключительным диагнозом психиатра или нарколога: „*alcoholismus chronicus*“...

В 1915 г. проф. Червинский на Пироговском съезде выдвинул следующие положения, принятые съездом:

1) нет ни одного органа в человеческом теле, который не подвергался бы разрушительному действию алкоголя.

2) алкоголь не обладает ни одним таким действием, которое не могло бы быть достигнуто другим лечебным средством, действующим лучше, полезнее, безопаснее и надежнее;

3) нет такого болезненного состояния, при котором представлялась бы необходимость в назначении алкоголя на сколько нибудь продолжительное время;

4) необходимость исключения алкоголя из списка лекарственных веществ является выводом из множества научных наблюдений и точных лабораторных исследований.

Уже приведенных выше данных достаточно для того, чтобы врачи раз навсегда отказались от применения алкоголя как лекарства *per os*.

В Финляндии внедрился способ получения спирта по рецептам врачей в такой мере, что правление общего финляндского союза врачей дважды было вынуждено в 1915 и 1917 г.г. разослать врачам всей страны циркуляры, в которых указывалось, что злоупотребление правом выписывать алкоголь по рецептам не соответствует званию и должности врача. В одной аптеке в Гельсингфорсе в течение 3-х месяцев по рецептам было продано свыше 10 тысяч литров 100° алкоголя. Это—около 30 тысяч литр. 37,5°. Интересно, какие болезни лечились при помощи 30 тыс. литров водки в течение 3-х месяцев?

В Таммерфорсе (около 48 т. жителей) за период I/III—10/V 1921 г. 150 врачами города было прописано 55 т. рецептов, из них по 30 тысячам—алкоголь. И только в 1924 г., под влиянием репрессии, эта вакханалия снизилась (Г. В. Фурман).

В нашем медицинском арсенале имеется не мало средств, которые с успехом могут заменить спиртные напитки.

И. Д. Страшун указывает, что работа по созданию противоалкогольного общественного мнения требует союза врача, учителя, профработника и рабочей массы.

В ряде западных государств существуют союзы врачей—трезвенников, напр. в Германии (основан в 1913 году), в Дании, Англии, Швейцарии (с 1911 г.) В Англии союз этот издает свой журнал—*Medical Temperance Review*.

Интересно обращение американских врачей к своим товарищам¹⁾: Американская врачебная ассоциация в своем 80 тыс. составе отказывает алкоголю в лечебных свойствах. „Так как мы признаем, что употребление алкоголя в виде напитка приносит вред человеческому организму и так как применение алкоголя при лечении больных в качестве возбуждающего или укрепляющего средства или питательного вещества не имеет за собой научных оснований, то мы выносим постановление, что впредь Общество врачей Америки будет предостерегать от употребления алкоголя в виде напитков и что врачам следует совершенно отказаться от применения алкоголя во внутренней медицине“.

Мы, врачи, должны помнить, что на вопрос, в каких же дозах алкоголь становится опасным для организма при привычном его употреблении, следует ответить: во всякой дозе, даже минимальной.

¹⁾ Алкоголь. З. А. Гуревич и А. З. Залевский. 1930.

Врачи обязаны включить себя в число убежденных противников алкоголя и вносить свою трудовую лепту в общую работу за идеи и дело трезвости. Пусть лозунгом для них служат следующие слова **Ленина**: „пролетариат есть восходящий класс, ему не нужен хмель, водка поведет нас не вперед, а назад. Борьба с пьянством есть борьба со старым бытом. Алкоголизм — враг социализма“.

Из Нервно-психиатрического отделения Фрунзенского района (Зав. отделением д-р Н. К. Боголепов).

Наркоприемник для остро-отравленных алкоголем и опыт его годичной работы в Фрунзенском районе (Москва).

Н. К. Боголепова и О. А. Хондкармана.

Борьба с алкоголизмом в СССР, начавшись с лечебно-профилактической и добровольно-общественной помощи, ознаменовалась в 1929 г. крупной победой — открытием Наркоприемника — медицинского учреждения, задачей которого является оказывать медицинскую помощь остро-отравленным алкоголикам. Совершенно очевидно, что алкоголику в состоянии интоксикации необходима такая же медицинская помощь, как и всякому остро-заболевшему; она возможна лишь в учреждениях специально приспособленных для этой цели.

Еще в дореволюционное время сделаны были попытки оказывать полустационарную медицинскую помощь алкоголикам и были открыты „убежища для алкоголиков“ в Ярославле и в Туле (1903 г.). Но жуткая картина этих „убежищ“ и „холодных камер“ оставляла желать много лучшего. Весьма картинно представил в своем докладе I-му Всероссийскому съезду по борьбе с пьянством — положению старых, так называемых „камер вытрезвления“ — проф. А. А. Мендельсон. „Общее впечатление, вынесенное из осмотра подпольских камер для пьяных, не поддается описанию. Картина каторги бледнеет перед этими столичными приютами вытрезвления. Этот Дантов ад еще ждет своего бытоописателя. В этих камерах вместо 14 человек бывает 40 человек. Доставленные представляют бесформенную массу полуголых тел. Воздух крайне душлив и зловонен“.

На смену этим, по описанию ужасным по антисанитарным условиям холодным „камерам“ вытрезвления, пришли Наркоприемники.

В Фрунзенском (б. Хамовническом) районе Наркоприемник открыт 19/XII 29 г. Наш наркоприемник отличается от других следующим: 1. Он работает лишь 16 часов в сутки, следовательно является полустационаром. 2) Находится непосредственно при диспансере в одном здании. Наркоприемник имеет приемную, ванную комнату, комнату для дежурного персонала, уборную и 2 палаты на 22 койки. Кубатура палат большая; каждая из них имеет по 2 окна. Женских отделений при Наркоприемнике не имеется, ибо жизнь этого не требует женщин, нуждающихся в вытрезвлении, значительно меньше, чем мужчин; в наш Наркоприемник за год на 6.027 больных поступило всего 4 женщины, которые после соответствующей медицинской помощи направлены были в милицию. Чистота, тепло, уют в палатах Наркоприемника составляют резкий контраст в сравнении с прежними „камерами вытрезвления“.

Штат Наркоприемника состоит из врача, дежурной сестры и двух санитаров; врач наблюдает больных до 11—12 час. ночи, период наибольшего прилива больных, в остальное время в тяжелых случаях вызывается врач; постоянной дежурной остается сестра с двумя санитарями. В приемной комнате дежурит постоянно из милиции участковый инспектор, на обязанности которого лежит составление акта на больного, опись и хранение одежды и денег больного, взыскание платы за оказание медицинской помощи и за нарушение порядка и тишины. Больного осматривают приводящие их милиционеры или дружинники, все найденное дают на хранение участковому инспектору.

Каждого больного принимают в приемной комнате, и после составления акта и заполнения сестрой истории болезни, санитары берут его в ванную. В тяжелых случаях больных несут на носилках. Из ванны больного в чистом

белье доставляют в палату. В приемной сестра делает внешний осмотр больного и оказывается медицинская помощь. Больные в палате находятся под постоянным надзором мед. персонала. Выписка больных начинается с 4 ч. утра с тем, чтобы закончить к 8 час. утра. После выписки больных ежедневно происходит генеральная уборка помещения с последующей дезинфекцией: мытье полов лизолом, вентиляция его, смена грязного постельного белья на чистое и т. д.

По времени поступления больных наибольший процент падает на часы от 8 до 11 вечера.

Разработка материала по историям болезней представляет интерес с двух сторон:

1) Наш отчет дает знакомство с первым опытным учреждением медицинского характера для остроотравленных алкоголиков, где пьяный, доставленный милицией, рассматривается не просто, как нарушитель порядка и тишины, а, что важнее всего, как больной, как личность с патологической реакцией в его отравленном состоянии; к тому же оказывается неотложная помощь (раненым, отмороженным и др.) и только в исключительных случаях, с витальными показаниями, алкоголик направляется через скорую помощь в больницу.

2) Годичная работа приемника в некоторой степени дополняет и помогает изучению алкоголизма, т. к. отражает картину пьянства на данный отрезок времени в данном районе.

Общее количество доставленных больных за год (1930 г.) составляет 6.027 человек; из них: приводом доставлено 5.488 чел., из коих 5.207 чел. первичных и 281 повторных. Наркодиспансером направлено 539 чел.: 411—первичных и 128 повторных. Следовательно, всего первичных было 5.618 человек (93,2%) и повторных 409 чел. (6,8%).

Здесь обращает внимание на себя большой % (91%) вытрезвляющихся больных, доставленных милицией и не состоящих на учете, а следовательно и не на лечение диспансера. Лечение в диспансере дает весьма благоприятный эффект. Такие больные лишь изредка попадают в Наркоприемник; поэтому-то и необходимо забить тревогу о том, что 5.488 человек—это люди, не проходящие лечение.

По партийному составу 6.027 распределяются: на 230 человек членов партии, кандидатов—11 человек, комсомольцев—42 человека и беспартийных—5.744 человек за год. По народности: русских—5.828 чел., татар—75 чел., евреев—21 чел. и друг.—103 человека.

По возрастному составу: большой процент падает на 20—29 лет (40%), 30—39 лет (29%). Единичные случаи ранних алкоголиков (один случай—мальчик 12 лет, вытрезвлялся 2 раза).

Не безынтересно отметить алкогольный стаж этих больных. Пьют от 1 до 3-х лет—554 чел., от 3 до 5 лет—983 чел., от 5 до 10 лет—1.278 чел., от 10 и больше—3.212 чел.

Анализ этих таблиц обращает наше внимание на следующее важное обстоятельство: 2.606 чел. вытрезвляющихся—это молодняк, лица в возрасте от 12—29 лет; если же взять возраст от 12—39 лет, то получается внушительная цифра 4.379 чел., т. е. 70%; следовательно эти 70%, прошедших через Наркоприемник, работоспособный (большинство работает) ценный элемент, участник в производственной жизни.

Эти цифровые данные заставляют еще больше призадуматься и ставить акцент на привлечение к систематическому лечению этой большой группы, подчас полной еще сил, неуклонно теряющих свою ценность и соскальзывающих с рельс трудовой жизни. Особенно обращает на себя внимание то, что 3.212 чел., т. е. больше 50%, имеют 10-летний стаж алкогольный и больше, 2.261—от 3 до 10 л. Таким образом большинство оказывается имеющими почти 10-летний алкогольный стаж и молодой возраст. Это ставит перед нами обязательную задачу профилактической работы с ними.

40% (2.429) вытрезвлявшихся пришли в состояние алкогольного отравления на улице. Этот большой % обращает на себя внимание еще и потому, что почти все они доставлены милицией или дружинниками и следовательно большинство из них в той или иной мере является нарушителем порядка и культуры улицы. 27% (1.650 ч.), напившись в очагах алкогольной торговли (пивные и других местах); 16,5, напившихся в гостях и попавших в Наркоприемник, при содействии и помощи гостеприимных хозяев, говорят о том, что и „культу-

турная выпивка"—по „рюмочке"—ведет по той же дороге, что и пивная. 15⁰/₀ (906 чел.) доставленных из дому, очень скромная цифра и была бы удовлетворительна, если бы она была исчерпывающей и правильной. Но, к сожалению, это не так. Меньший процент объясняется тем, что жены и родственники неохотно доставляют своих мужей или вовсе не доставляют на вытрезвление, боясь платы. Здесь же следует отметить особую роль женщины в алкогольном движении; сплошь и рядом встречаются в диспансере жены больных со слезами молящих о помощи, об устройстве мужей на лечение; но еще поразительнее, что те же жены по подсчетам за январь—февраль у Центроспирта ждали в количестве 55—60⁰/₀ с тем, чтобы доставить вино домой и после выпивки нанести удар по семейному быту.

Преобладающее большинство больных было доставлено в приемник в состоянии алкогольной интоксикации, от приема водки—80⁰/₀ (4.803 ч.), вина 179 чел. и пива 127 чел.—сравнительно меньше по непонятным причинам. Довольно велико и количество лиц, доставленных отравившихся всякого рода суррогатами, как-то: денатуратом—397 чел., смесью—406 чел., ханжей—67 чел., политурой—27 чел., одколоном—3 чел. и керосином—2 чел. Небольшое количество—19 чел.—были доставлены в состоянии отравления от валериановых капель, 1 чел. от кокаина и 11 чел. от эфира. Цифра 897 (около 15⁰/₀) отравленных суррогатом, подтверждает тот факт, что и по настоящее время, при доступной продаже спиртных напитков, все еще обращаются к наиболее дешевым и „сердитым" средствам, и что необходима еще длительная работа по перевоспитанию и повышению культурного уровня трудящихся до того момента, пока сам он не запретит себе пить, пока каждый сознательно откажется от самоотравления и тогда решена будет окончательно алкогольная проблема, ибо с прекращением спроса закончится и предложение.

По страховым категориям больные делятся на:

рабочих	3.497 чел.	крестьян	228 чел.
служащих	671 чел.	кустарей	418 чел.
приравненных	822 чел.	пр. граждан	389 чел.
чл. сем. застр.	2 чел.		

Профессиональный состав: (по союзам)

Строителей	664 раб.	33 служ.	Рабпрос	52 раб.	33 служ.
Металлистов	620 "	47 "	Деревообдел.	41 "	" "
Печатников	341 "	17 "	Медсантруд	31 "	16 "
Пищевиков	321 "	44 "	Нарсвязь	27 "	15 "
Коммунальн.	285 "	36 "	Рабис	25 "	31 "
Мостранс	245 "	6 "	Рабземлес	15 "	11 "
Совторгслуж.	210 "	297 "	Желдортрансп.	11 "	8 "
Текстильщ.	209 "	18 "	Горнорабоч.	8 "	3 "
Химиков	200 "	13 "	Сахарников	6 "	" "
Кожевников	79 "	1 "	Водников	5 "	1 "
Швейников	54 "	1 "			

При оценке этих двух таблиц следует обратить внимание на высокую цифру строителей, которые в годовом отчете составляют 11⁰/₀ и в полугодовой (включая летние м-цы) до 15⁰/₀. Необходимо также разъяснить, что в число 418 кустарей входит большое количество ломовых извозчиков и сапожников, что станет очевидным из приводимой ниже таблицы по профессиям:

фабричных рабочих	637 чел.	юрист.	1 чел.
чернорабочих	1207 "	зуботехник.	1 "
слесарей	370 "	кустарей	228 "
продавцев	285 "	крестьян	293 "
извозчиков	241 "	маляров	103 "
плотников	197 "	пожарников	79 "
сапожников	191 "	сторожей	76 "
печатников	183 "	кочегаров	66 "
булочников	116 "	печников	59 "
сметн. работников	92 "	шофферов	45 "
портных	79 "	жел.-дор. служ.	41 "
электромонтеров	74 "	бухгалтеров	33 "

механиков	59 чел.	учащихся	33 чел.
штукатуров	47 "	ткачей	25 "
токарей	45 "	кладовщиков	21 "
дворников	40 "	парикмахеров	19 "
заведующих	33 "	кондукторов	15 "
полотеров	26 "	вагоновожатых	14 "
буфетчиков	22 "	техн. раб.	12 "
мясников	26 "	артистов	11 "
агентов	16 "	кровельщ.	9 "
музыкантов	15 "	канц. работн.	9 "
курьеров	12 "	инструктор	7 "
художников	11 "	инженеров	7 "
журналистов	10 "	фельдшеров	6 "
работник. милиции	9 "	экономист.	4 "
инспектор.	8 "	военно-служ.	4 "
педагогов	7 "	санитаров	3 "
врачей	6 "	комендантов	3 "
шорников	6 "	надзирателей	2 "
почт.-телегр. служ.	4 "	певцов	2 "
колбасников	3 "	матрос.	1 "
скорняков	3 "	агроном.	1 "
поэтов	2 "	служ. разл.	294 "
управдом.	2 "	проч. гр. (инв. и др.)	312 "
директор.	1 "		

Данные вышеприведенной таблицы фиксируют наше внимание на многих интересных моментах:

1) Группа квалифицированных рабочих также вытрезвляется и % их, казалось бы, еще не так велик.

2) Небезынтересно отметить 48 человек работников искусства, музыкантов, художников, артистов, поэтов, журналистов.

3) Работники умственного труда—педагоги, инженеры, зубтехники, врачи, экономисты, агрономы, знакомые со вредом алкоголя и наркотиков, не обходятся без вытрезвления. Хотя они составляют ничтожное число вытрезвляющихся, все же самый факт подтверждает лишь истину, что цепкие лапы „зеленого змия“ не щадят никого, кто познакомится с „чарами чары“.

4) Серьезнее надо отнестись к группе шофферов (45 чел.), жел.-дорожн. (41 чел.), вагоновожатых (14 ч.), которые являются в состоянии опьянения виновниками катастроф и несчастных случаев. Зачастую их доставляют на вытрезвление прямо с работы.

5) Не малое количество (33 ч.) составляют учащиеся, попавшие в Приемник после нарушения тишины улиц. Факт этот ставит вопрос об усилении антиалкогольного просвещения и воспитания в школе; кстати отметим еще раз, что среди педагогов-воспитателей учащихся имеется не мало лиц, нуждающихся в рациональном лечении.

6) Сравнительно большой % крестьян, около 50% (293 ч.), попавших главным образом из ближайших деревень, заставляет обратить серьезное внимание на деревенский алкоголизм и усилить культурно-просветительскую работу в разрезе антиалкогольной среди них.

7) Среди советских служащих часто попадают лица, имеющие на руках подотчетную сумму, документы и др. предметы служебного значения. Бывают случаи, когда при выписке из приемника, они, получая от участкового инспектора описанные по акту деньги, заявляют, что накануне, еще до потери сознания и до попадания в Приемник, имели значительно большую сумму; исключая многие случаи вымысла, все же остается бесспорным, что не малые суммы пропаиваются, теряются тем или иным путем в состоянии алкогольного отравления (был случай, когда из имевшихся подотчетных 1.000 р. по заявлению 6-го остались на руках лишь 14 руб.).

По степени алкогольного отравления, доставленные больные разделялись условно на 2201 чел.—сильной степени, 3.153 средней и 673 ч. слабо-предельных. По психическому состоянию: возбужденных—2.619 чел., без сознания—1.174 ч., угнетенных—186 ч., без значит. изм.—2.047 ч.

В делириозном состоянии, в тесном смысле этого слова, попадали крайне редко, чаще встречались с отдельными галлюцинациями, больше зрительными.

За год имели один случай смерти, последовавшей от недостаточности сердечной деятельности; заключение эксперта по вскрытии—паралич сердца на почве алкогольного отравления.

Из числа всех прошедших через Приемник:

дипсоманов	236 чел.
хронич. алког.	3797 "
острых алког.	1994 "

В зависимости от степени отравления и времени приема, продолжительность вытрезвления различна. Статистика длительности пребывания в Наркоприемнике такова:

от 1—час. до	2-х	—	33	чел.
2—	3-х	—	84	
3—	4-х	—	185	"
4—	5-ти	—	365	"
5—	6—	—	546	"
6—	7—	—	666	"
7—	8—	—	778	"
8—	9—	—	878	"
9—	10—	—	713	"
10—	11—	—	554	"
11—	12—	—	446	"
12—	13—	—	333	"
13—	14—	—	196	"
14—	15—	—	121	"
15—	16—	—	100	"
16—	17—	—	29	"

Максимум падает на 8 час.: это установлено нами, как срок, который в средней степени отравления снимает видимо признаки опьянения и выравнивает поведение больного. Но совершенно очевидно, что этот срок несколько не достаточен, ибо за этот срок организм в целом не освобожден от интоксикации, что подтверждается даже соматическим исследованием, да и психологическое обследование подтвердило бы разницу между этим состоянием и нормой данного индивидуума. Даже более длительное пребывание 16 час. при сильных степенях отравления не восстанавливает полностью отравленного организма, тем более при длительной алкоголизации. Здесь же следует отметить, что работа Приемника в 16 час.—с 4 час. вечера до 8 час. утра—приемлемая для вытрезвления, но при условии наличия функционирующей круглые сутки (полустационар) палаты в несколько коек для перевода больных, нуждающихся в более длительном пребывании. В этом больные всегда нуждаются (дипсоманы), ибо кратковременный отрыв—2—3—5 дн. от алкоголя может дать длительное воздержание.

Итак, вытрезвляя больного в течение нескольких часов, Приемник не выполняет той лечебной задачи, какую он должен и мог бы выполнять. Необходим полустационар, который своей работой, несомненно, разгружал бы больницы от этих дипсоманов (263 чел. за год) и оказывал бы более реальную помощь самим больным.

Ставя вопрос о полустационаре, необходимо отметить, что палаты при этом должны быть отделены капитальной стеной от вытрезвителя, дабы вытрезвляющиеся, возбужденные, не беспокоили бы уже трезвых, находящихся в стационаре. Само собой разумеется, что с этой группой больных необходимо особо заниматься и проводить усиленную культурно-воспитательную работу среди них.

Переходя к лечебной помощи больным, напомним лишь в нескольких словах те мероприятия, которые применялись в прежнее время в „камерах вытрезвления“. Исторический документ 1902 г. по этому поводу гласит: „городовые и дворники при отправлении в часть трут уши, и зачастую приходилось видеть ссадины на ушах, доставленных в часть пьяных, в приемном покое употреблялись: нюхание нашатыря, прием нашат. спирта (2—4 к.) внутрь, опрыскивание водой, обливание головы холодной водой, холодные компрессы на голову, раздражающие клизмы“.

Лечебная помощь, которая оказывается алкоголикам в приемнике, преследует два основных момента: 1) успокоить больного, являющегося зачастую опасным для окружающих; 2) вытрезвить его в наиболее короткий срок, помогая ему в борьбе с алкогольным отравлением (главным образом поддержать сердечную деятельность).

Почти каждому больному делается индифферентная ванна температуры 35°, по 10—15—20 минут, цель при этом двояка: с одной стороны—чисто гигиеническая, для очищения тела больного, с другой— общеизвестно успокаивающее действие ванн на больных, особенно для возбужденных, которые после ванн в большинстве случаев спят крепким сном. За процедурой следит дежурная сестра, также за пульсом больного, и затем, чтобы больного особенно не тревожили. Наиболее тяжелых больных санитары переносят на руках в ванну, и оттуда в палату, сестра следит за правильным обтиранием больного после ванны чистой простыней, не доводя до растирания, ибо последнее в свою очередь действует возбуждающе и мешает дальнейшему покою. При таком осторожном и спокойном применении ванн противопоказаний особых нет. Лишь необходимо следить за пульсом больного до ванны, в период приема и после, и в случае надобности поддерживать сердечную деятельность средствами, о которых скажем несколько ниже. Из 6.027 больных ванны получили 5.739 человек.

Иногда ванны заменялись нисходящим дождевым душем, но если этот душ может быть использован в гигиенических целях, то мало подходящ, как успокаивающее средство, ибо он, наоборот, действует возбуждающе; в некоторых случаях это показано, но в случаях выраженных артериосклероза, сердечной недостаточности, в состоянии сильной интоксикации, эйфории—душ прямо противопоказан. За год душ получили 18 больных.

Чаще применяются обертывания простыней. Температура воды для этого 30°, первоначальное неприятное ощущение холода, сменяется в дальнейшем теплом. Большое преимущество этих обертываний в том, что они успокаивают больных даже с резким возбуждением и они засыпают длительным крепким сном. Жалобы больных (правда редкие) на то, что в приемнике применяют холодную процедуру, могут быть отнесены за счет этого неприятного в первый момент температурного раздражителя. Заявления больных на низкую температуру ванн приходится расценивать или как результат неправильного ложного восприятия действительности, или же нарушением терморегуляции в состоянии алкогольного опьянения; возможно и из-за изменения температуры тела, вследствие неправильного кровораспределения. Наблюдаются случаи, когда больной в ванне при температуре 35° жалуется на холодную ванну и просит сделать теплее; исследование температуры тела (также кожной температуры) в этот момент не представляется возможным по понятным причинам.

Особенно возбужденным больным приходится давать снотворные и успокаивающие лекарственные средства, как-то морфий, хлоралгидрат, паральдегид, веронал, бром с валерианой, пантопон.

При острых отравлениях необходимо принять меры к очищению желудка больного. Промывание желудка применялось довольно редко, да оно и значительно хлопотливее. Чаще мы применяли подкожно апоморфин—средство прекрасно вызывающее через 3—5 минут рвоту и в дальнейшем расслабление и успокоение больного. Следовательно, апоморфин является более ценным средством очищения желудка и наступления дальнейшего успокоения по скорости своего действия и по простоте способа применения.

Применение атропина ограничено, ибо часто сон не наступает долгое время, больной же чаще приходит в некоторое возбуждение, иногда длящееся 15 и больше минут, иногда даже обостряются галлюцинации.

Из сердечных средств применяются камфарное масло, в тяжелых случаях кофеин, стрихнин.

Кислородная терапия, широко применяемая в Диспансере, как средство вытрезвляющее и даже тонизирующее, в условиях приемника не применима; процедура эта само по себе требует большой осторожности, а беспокойным больным, доставляемым в приемник, невозможно применять таковую, да и помимо этого кислород дает легкую эйфорию.

Кроме указанных лечебных мероприятий на обязанности дежурного персонала лежит оказание срочной помощи при ранении, ушибах, отмороженным; в тяжелых случаях, нуждающиеся в специальном вмешательстве препрово-

даются через скорую помощь в больницы, малая же хирургия (перевязки, наложение швов и др.) совершается в приемнике. За год отправлено из приемника в больницы—19 чел., сделано перевязок—271.

Было доставлено за этот год в приемник два трупа, которых приводившие приняли за тяжелое отравление; возможно смерть последовала по дороге в приемник.

Последним мероприятием является создание наиболее удобного светового эффекта для больных. В наших палатах имеется и обычный электро-свет, и синий. Синий свет, создавая полутемноту, является наилучше успокаивающим фактором для больных, и опыт подтвердил это. Мы производили своего рода эксперимент: стоило нам дать обычный свет, как в палатах становилось шумно от речевого и моторного беспокойства, вызывая у б-ых как бы эйфорию: обратно действовал синий свет, вернее синий фон палат, постепенно успокаивая, погружая больных в сон.

При Наркоприемнике помещается общественная организация—о-во борьбы с алкоголизмом нашего района. Территориальное объединение невро-психиатрического отделения и Наркоприемника общественной организацией, на наш взгляд, является наиболее ценным и плодотворным в проведении общей для всех них работы. В самом деле больные, прошедшие через Наркоприемник, но не состоящие на учете невро-психиатрич. отд. (а таких было абсолютное большинство) привлекаются на лечение сестрами социальной помощи отделения, правда насколько разрешает это им возможность, ибо и без этого сестры слишком перегружены работой отделения. Далее о-вом берутся на учет больные Наркоприемника с тем, чтобы направить общественную работу на те предприятия и счаги, откуда доставляются больные. Той же организацией осуществляется общественный контроль и помощь приемнику.

В штате приемника необходимо иметь сестру социальной помощи. Отсутствие сестры—крупный недостаток этого учреждения, и это совершенно очевидно. Ведь, 5,207 первичных больных не состоят на учете невро-психиатрического отделения и не проходят систематического лечения, а сестры отделения, по понятным причинам, не могут привлечь всех их на лечение. Пополнение штата сестрами социальной помощи завершит плодотворную работу Наркоприемника.

Недостатком и отрицательным фактом следует считать взимание платы в стенах медицинского учреждения.

Профилактическая работа, которую преследует учреждение, безусловно от этого страдает. Ценное по замыслу, полезное по действию учреждение—Наркоприемник—подчас оставляет у больных неприятное воспоминание, как о „ванне за три рубля“. Если применение платы за оказание медицинской помощи и необходимо, то все же в деле методов и места взимания требуется коренная реорганизация.

Вытрезвление одного больного обходится в среднем 3 р.—3 р. 25 к. Расширение числа коек удешевит стоимость до 2 р. 50 к.—3 р. Сумма 3 р. сама по себе является доступным для взимания с вытрезвляющих и в общем может быть собрана полностью, т. к. с высокооплачиваемых лиц взимается до 5 р. за счет безработных и бесплатно вытрезвляющихся (наркоприемник на хоз. расчете). Но быть может, правильнее было бы идти по другой линии.

Признавая ценность и необходимость Наркоприемника как медицинского учреждения для алкоголиков, безусловно больных людей, необходимо было бы перевести их на госбюджет за счет органов здравоохранения и милиции; последняя должна взять на себя большую долю бюджета, ибо по существу Наркоприемник в значительной степени разгружает работников милиции, оказывая правильную помощь больным.

На наш взгляд милиция должна производить взыскание платы за медицинскую помощь не в стенах приемника. Мы считаем, что взыскание платы правильнее производить по месту службы, удерживая с зарплаты вытрезвляющихся. Последнее, во-первых, даст возможность предприятию правильнее учесть своих алкоголиков и, возможно, зачастую предупредить катастрофу и, во-вторых, местной ячейке о-ва борьбы с алкоголизмом легче будет проводить соответствующую работу и направлять на лечение нуждающихся больных.

Вопрос о взимании платы за порчу инвентаря приемника (порванные халаты, рубашки, простыни, полотенца, битые стекла, окна, мебели) безусловно спорен и требует обсуждения и внесения ясности.

В процессе работы мы столкнулись еще с одним вопросом, который требует также своего разрешения. Наркоприемник — на хозрасчете и следовательно должен самоокупаться. В связи с этим даны указания принимать лиц лишь прописанных где-либо, чтобы возможно было наложение и взыскание платы (правда, это правило трудно выполнять). Если принимать всех тех, кои не прописаны, не работают и вообще не имеют нигде приюта, то безусловно Наркоприемник превратится в ночлежный дом, ибо совершенно очевидно, что уют, теплая постель, ванна, полутемнота, будут манить их ежедневно к себе. Кроме того эта группа лиц уже деградирована, порвала связь с трудовым коллективом, вредна коллективу, мешает нашей лечебно-профилактической и общественной работе и должна быть выселена в административном порядке в трудовые колонии. Представитель этой группы, не имеющий нигде пристанища, является в приемник и заявляет: „мне нужно принять ванну и провести ночь у вас“. Естественно получает отказ (нужно заметить, что чаще они являются в средней или легкой степени опьянения), и тогда, получив отказ, говорит — „хорошо, через $1\frac{1}{2}$ часа меня доставят милиционеры к вам и тогда примите. Берите сейчас, это дешевле“. Можно быть спокойным, они сделают все, они верны своему этому слову!

Опыт нашего Наркоприемника позволяет нам высказать несколько общих соображений: 1) Наркоприемник — ценное и полезное медицинское учреждение на данный отрезок времени. 2) Наркоприемник должен работать круглые сутки, т. е. полустационарно. 3) Там, где Наркоприемник работает 16-час., необходимо иметь хотя бы палату в несколько коек для более длительной выдержки тяжелых больных, особенно дипсоманов.

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Распространение зоба в Швейцарии и борьба с ним.

(По материалам первой Швейцарской гигиенической выставки).

Письмо из-за границы доц. С. М. Шварца.

Пребывание в Швейцарии, на Интернациональном конгрессе по профпатологии и травматологии, я использовал для посещения широко рекламированной первой Швейцарской выставки гигиены и спорта (Нусра) в Берне. Не стану останавливаться на описании выставки, многочисленные отделы которой для нас большого интереса не представляют. Считаю, однако, необходимым остановиться на отделе, иллюстрирующем распространение зоба в Швейцарии и меры борьбы с ним; тем более что у нас имеется ряд местностей, где зоб значительно распространен (в частности в Марийской автономной области).

Большой интерес представляет материал, показывающий процент пораженных зобом среди лиц призывного возраста (по материалам различных призывных участков за 1924—1925 г.). Процент пораженных чрезвычайно значителен. Так, Женева дает 25,8%; Лозанна—23,4%; Базель—20,6%; Люцерн—48,2%; Цюрих—34,2%; Берн—32,4%; т. е. даже крупные центры Швейцарии дают от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ и более лиц с проявлением зоба. Встречаются призывные участки, где число лиц с измененной щитовидной железой, еще значительнее. Так, Устер дает 63,8%; Pfäffikon—74,6%; Hinwil—82,4; St. Maurice—89,4 и так далее. Гораздо меньшее число призывных участков дает низкие цифры, в 5—15%. К сожалению, выставочный материал не дает возможности судить об экономической и социально бытовой характеристике как тех районов, которые дают наибольшую, так и тех, которые дают наименьшую пораженность зобом. Нет также никаких указаний насчет того, какие группы населенных районов остаются пощажеными. Приведены данные обследования отдельных школ различных районов Швейцарии, которые показывают также большую пораженность зобом школьников, даже крупных городов.

Интересны также следующие данные. В Швейцарии оперируются ежегодно около 3000 случаев зоба (вследствие, гл. обр., нарушения нормальной функции органов дыхания и кровообращения). За десятилетие 1911—20 г. врачами зарегистрировано 1516 случаев смерти, непосредственной причиной которой был зоб. Естественно, что это число не охватывает всех случаев. За это же десятилетие умерло от рака щитовидной железы—463 человека (результат злокачественного перерождения зоба).

Представлен большой клинический и патологоанатомический материал, иллюстрирующий связь заболевания зобом и наблюдаемого у зобных больных слабумия, идиотизма, тугоухости, глухонмоты, карликового роста и так далее. К сожалению, нет цифровых данных, характеризующих с достаточной полнотой деформирующее влияние зобного заболевания.

Недостаточно уделено внимания освещению вопроса этиологии заболевания. Как на основной момент, обуславливающий заболевание зобом, указывается недостаточная доставка йода организму. В подтверждение приводятся данные обследования школьников разных местностей. Обследование показало, что чем меньше показатели иодистого обмена—тем чаще встречается зоб в обследованной группе. Для иллюстрации приведу следующую таблицу.

Местность	Ежедневное выделение йода	Частота зоба
Bordeaux	200	0%
Paris	100	30%
Effingen	70	1%
Utrecht	40	50%
Bern	20	85%
Kaister	20	90%

Приведенные данные разных исследователей показывают, что чем меньше содержание иода в почве, тем больше зобных больных в данной местности (см. табл. № 2).

Содержание иода в почве и частота зоба по Fellenberg'y и Hirschfeld'y.

Местность	Содержание иода на клг. земли	Выделение иода в моче	Частота зоба
Effingen	11900 γ иода	64 γ	1%
Harnassen	4960 " "	—	12%
Kaisten ¹⁾	1400 " "	19 γ	61%

Цюрихским гигиеническим институтом выставлены препараты, показывающие, что в местности с эндемическим зобом—у экспериментальных крыс зоб развивается даже тогда, когда они получают воду из местности, где зоба нет. Эти исследования показывают, что качество воды зобной местности на развитие зоба не влияет. К сожалению, этот чрезвычайно важный вопрос более не освещен.

Для профилактики зобного заболевания „зобная“ комиссия нашла целесообразным введение обязательного для всей страны закона, согласно которому в продажу должна поступать только такая поваренная соль, которая содержит определенное количество иода. Но так как встречаются отдельные—особенно чувствительные к иоду лица, то для таких случаев должна быть свободная от иода соль. Швейцарские законодательные органы не нашли возможным издать такой декрет обязательный для всей страны. Зобная комиссия обратилась тогда к кантональным правительствам с просьбой издания соответствующих постановлений, что некоторыми кантонами и сделано. Иод примешивается к поваренной соли в виде иодистого калия в очень небольших количествах, а именно из расчета 5 mg. KJ на килограмм соли или, что тоже, грамм иодистого калия на 200 кило соли.

Примешивание иодистого калия производится на месте добывания соли. Так как среди зобных больных встречаются лица особо к иоду чувствительные, которые плохо его переносят, то увеличение процентного содержания иода в соли недопустимо. Отмеченные в отдельных случаях осложнения от воздействия иода относятся, по данным „зобной“ комиссии, к случаям когда больные обслуживаются знахарями, рекомендующими нередко „дикие“ (т. е. чрезвычайно большие) дозы иодосодержащих веществ.

Количество иодированной поваренной соли, употребляемой в Швейцарии, растет из года в год. Так, в 1922 г. было всего употреблено в Швейцарии, с профилактической целью, 200.000 килогр. иодированной соли, в 1925 г.—10.600.000 клг., 1929 г.—14.482.000 клг., т. е. в 72 раза больше, чем в 1922 г. Но далеко не все кантоны ввели обязательную продажу иодированной соли. Наряду с такими, где почти вся поступающая в продажу поваренная соль—иодирована и количество продаваемой несодержащей иод соли равняется около 1/2% (кантоны Waat, Schwyz, Zug, Uri и др.), имеются и такие, где иодированная соль составляет всего 0,8—10% всей массы продаваемой соли (таковы кантоны Genf., Freiburg, Solothura Bern и др.). Это несмотря на то, что и эти кантоны не свободны от зоба (25—30% и более). В отношении тех кантонов, где продажа иодированной соли обязательна, зобная комиссия рекомендовала систематическую дачу, хотя бы детям школьного возраста, таблеток, содержащих иод из расчета приема в течение недели—1—3 млгр. Этот метод применяется в ряде швейцарских школ и дает хорошие результаты.

Для иллюстрации положительного эффекта профилактического приема школьниками таблеток, содержащих иод, приведены данные обследования школьников Берна. Обследование 15-летних школьников Берна в 1920 г. показало, что детей с зобом—79% всех обследованных, с увеличенной щитовидной железой—15%, с нормальной—6%. Обследование 1930 г. (после девятилетней профилактической дачи иода) дало детей с зобом—17% (уменьшение в 4 раза), с увеличенной щитовидной железой—12%, с нормой—7%.

¹⁾ Приведенные в обеих табличках разные данные пораженности зобом для Kaisten'a (90 и 61) объясняются тем, что обследованы, вероятно, различные группы, в одном случае только школьники, а другом—взрослые.

Наблюдения в одной из школ Берна для девушек показало следующее. Школьницам давали систематически в течение пяти лет, в целях профилактики, мод содержащие таблетки. Затем дачу юда прекратили. Оказалось, что через год после прекращения приемов юда процент зобных равнялся—7%; через 2 г.—10%; через 3 года 25%. Это наблюдение показывает, что даже продолжительный прием юда (в течение 5 лет) не дает стойких результатов, по прекращении приемов юда начинается постепенное развитие зоба. Это обстоятельство, однако, не дискредитирует сам метод профилактики, а только доказывает необходимость приемов юда, в минимальных количествах, очень долго.

Таков опыт профилактики зоба в Швейцарии. Несомненно, что срок, истекший со времени начала профилактической борьбы с зобом путем йодированной соли, невелик, чтобы можно было уже теперь делать категорические выводы и полагать, что это единственный путь профилактики зоба. Тем не менее накопившийся в Швейцарии, равно и других странах проводящих аналогичные меры профилактики, материал позволяет полагать, что этот простой и дешевый метод может дать, конечно одновременно с повышением общего санитарного благосостояния населения, обнадеживающие результаты. Поэтому, пожалуй, было бы целесообразно испытать его у нас в районах с эндемическим зобом, в частности в Марийской области, давшей, как показали обследования последних лет, очень большой процент зобных больных.

VII-я международная психотехническая конференция.

(Москва. 8—13/IX 1931 г.).

М. А. Юровской.

Согласно решению VI й международной психотехнической конференции в Утрехте, VII-я международная конференция происходила у нас в СССР. Съезд выявил с достаточной ясностью (основные моменты, впрочем, были ясны и раньше), что у нас нет и не может быть общего языка с большинством приехавших из капиталистических стран делегатов. Их психотехника—плоть от плоти капитализма—и наша советская психотехника имеют совершенно разные установки и преследуют совершенно разные цели. Последнее обстоятельство выявилось еще за два-три дня до формального открытия съезда, когда начали работать комиссии Международной психотехнической ассоциации. Советские представители в комиссиях внесли конкретные предложения и проекты резолюций по работам комиссий, и вот тут-то и разгорелись горячие прения, и выяснилась невозможность найти общий язык вследствие разницы в основных принципиальных установках. Проф. Липман—фактический председатель нескольких комиссий, вследствие неяски ряда иностранных делегатов—сразу ополчился против попыток советских делегатов обосновать вносимые ими предложения принципами диалектического материализма. Проф. Липман заявил, что он вообще приехал не затем, чтобы «заниматься философией». Он ни за что не соглашался внести в проект резолюции формулировки советских делегатов—о преимуществах, которые дает советская форма производства для повышения производительности труда и одновременно для борьбы с травматизмом. В ответ на веские аргументы советских делегатов, проф. Липман вынужден был заявить: «Я лично согласен с мнением советских делегатов, но это согласие не считаю научно-обоснованным». Само собою разумеется, что это означало на деле отклонение предложений советской делегации. Поэтому к резолюциям большинства комиссий (по учету влияния человеческого фактора на производительность труда, по травматизму, по влиянию сопереди, по терминологической) советские делегаты внесли на съезд свои добавления, отклоненные комиссиями в целом, в виде деклараций.

Разность установок, обусловленных принадлежностью к двум различным мирам, капиталистическому и социалистическому, проходила красной нитью через все работы Международной конференции, и в этом резкое отличие ее от всех предыдущих международных психотехнических конференций, где с трудом можно было отличить по выступлениям делегата СССР от представителей буржуазной психотехники. В этом, в выявлении социально-классовых и политических установок, большая заслуга съезда. Результатом указанного явилось расслоение иностранных ученых, из которых выделялись наиболее близкие нам по своим идеологическим

установкам. «Мы и вы», «у вас и у нас», «ваша и наша методика, поскольку они классово-обусловлены», вот лейт-мотив всех работ как комиссий, так и всего съезда, прений по всем докладам. Весь съезд прошел под знаком классовости в науке, несмотря на все протесты против указанного положения со стороны представителей капиталистической психотехники, утверждавших, что наука вне-классовая, над-классовая, что нужно стремиться к объективной, аполитичной „истине“, что, по их мнению, единственно научно. Не будет преувеличением сказать, что главным выразителем указанной точки зрения являлся на съезде проф. Липман, который первый выступил с таким заявлением. Его дружно поддерживали Пьерон, Клаппаред, Блюменфельд и др., и лишь небольшое число иностранных делегатов, главным образом представителей Франции (проф. Ляи, Корнгольд), разделяли полностью установки советских участников съезда о классовости науки, с одной стороны, и необходимости применения к решению основных вопросов психотехники единственно верной методологии диалектического материализма, с другой.

В обстановке двух миров проходила вся работа съезда. Основными программными вопросами последнего, которым были посвящены пленарные заседания, были: 1) теория психотехники, 2) применение математических показателей в психотехнике, 3) психология профессий.

Тем же вопросам были посвящены секционные заседания, занявшие два дня. Одно—вечернее заседание, было посвящено вопросам восприятий и массового воздействия, организованное Московским институтом педологии, психологии и психотехники.

Наибольший интерес и оживленные прения, как и следовало ожидать, вызвали доклады по теории психотехники, поскольку именно здесь противоречия капиталистической и социалистической психотехники были выявлены особенно резко. Не будет преувеличением сказать, что доклады Шпильрейна, Ляи и Штерна, из которых первые два и последний содержали принципиально разные теоретические установки, были самыми интересными докладами съезда.

Т. Шпильрейн заострял вопрос о теоретическом кризисе капиталистической психотехники, отражающем явление кризиса всей буржуазной науки в наше время. Сущность кризиса и слабости капиталистической психотехники проф. Шпильрейн сводил к несоответствию применяемой методики—предмету исследования. Биологической методикой буржуазные психотехники исследуют объект социального порядка (человека), рассматриваемого вне социальных условий, их изменений и моментов социального воздействия.

Анализ причин теоретических ошибок буржуазных психотехников приводит Шпильрейна к выводу, что эти ошибки не случайны, что они „заказаны“ работодателями-капиталистами, что в сущности мы имеем дело не с ошибками, а с извращениями буржуазной психотехники. Эти положения иллюстрировались в докладе фактом фальсификации тестов интеллекта, испытывающих фактически не интеллект, а общеобразовательную подготовку, фактом различного истолкования одних и тех же результатов исследований представителями буржуазной и советской психотехники, фактами из практики профориентационной работы Мовезена и высказываниями Меде на тему «о руководстве людьми». (Кстати проф. Меде имел смелость, мягко выражаясь, выступить на съезде с заявлением, что его нашумевшая книга «Menschenbehandlung», на которую ссылался Шпильрейн, в которой предпринимателям даются советы, как отделяться от нежелательных сотрудников, имела целью разоблачение политики предпринимателей (!!! М. Ю.).

В докладе Шпильрейна дана была критика страдающих излишним физиологизмом работ Аплера и ряда других физиологов труда.

Загнивающей капиталистической психотехнике Шпильрейн противопоставлял психотехнику на службе пролетариата, залог дальнейшего развития которой лежит в правильном учете динамичности психотехники и роли социальных моментов. Тов. Шпильрейн иллюстрировал открывающиеся здесь возможности, в частности в области постановки вопросов профконсультации у нас в СССР, в области постановки профобучения и т. д.

Доклад проф. Ляи «Научные основы психотехники»—был посвящен 4-м основным вопросам: 1) анализу понятий теоретической и практической психологии, 2) анализу основного объекта прикладной психологии, 3) рассмотрению значения закона детерминации для целей психологии и психотехники и 4) рассмотрению методов психологии и психотехники.

Первый вопрос Ляи разрешает так, что не существует, по его мнению, отдельной прикладной психологии как науки. Прикладная психология тесно связана с теоретической, ее сущность вытекает из основных предпосылок последней.

В основной части доклада, посвященной вопросу об основном объекте прикладной психологии, проф. Ляи резко отмежевался от идеалистических концепций личности, в частности от насыщенной телеологием концепции персонализма Вильяма Штерна. Ляи критиковал основные положения Штерна, который во главу угла психологических исследований ставит личность, как обособленный объект.

Проф. Ляи протестовал также против расширенного толкования личности, которое дано у Штерна. Проф. Ляи указывал, что нельзя различать общую личность и личность „персону“, точно так же, как нецелесообразно различать общую и дифференциальную психологию.

В отношении методов прикладной психологии Ляи протестовал против высказываний некоторых участников съезда, что методы могут быть одни и те же у исследователей, имеющих разное мировоззрение. По мнению Ляи, идеалист и материалист неизбежно пользуются различными методами: идеалист метафизическими, материалист „опытными“. Все вещи, по мнению проф. Ляи, все явления требуют не метафизического, а опытного изучения. Нужно отметить, что высказывания Ляи обнаруживают в нем еще далеко не зрелого диалектика. Он скорее примыкает к французским материалистам XVIII века. При всем этом, при всей незрелости диалектического мировоззрения проф. Ляи, самый факт призыва его к западно-европейским ученым стать на точку зрения диалекта и проливать этим все свои исследовательские работы, заставляют считать проф. Ляи наиболее близким к нам из западно-европейских ученых. Свой доклад проф. Ляи закончил словами: «Психотехника станет подлинной наукой только при условии, что ее методологией будет диалектический материализм».

Доклад проф. Штерна „Личностный фактор в психотехнике и прикладной психологии“ не обманул ожидания советских участников съезда в том смысле, что содержание его, насквозь телеологическое, не расходилось со всеми прочими работами этого наиболее углубленного философа среди немецких психологов и психотехников.

В докладе Штерна особняком стояли две части: часть, посвященная концепции личности, и часть, посвященная рассмотрению задач психотехники. В концепции личности Штерн не ввел ничего нового по сравнению с тем, что мы знаем из его основных вышедших ранее научных работ. Здесь проф. Штерн стоит попрежнему на своих насквозь идеалистических, метафизических позициях. Психотехнику, которую Штерн определяет как практическую науку о познании человеческих свойств и форм поведения, с точки зрения их наилучшего выявления в трудовой, профессиональной жизни, проф. Штерн мало сравнительно связывает с первой частью своего доклада. Требование в отношении методов испытания целостного подхода в исследовании испытуемых безусловно созвучно требованиям, выставляемым и советской психотехникой. Но учет социального момента преломляется у проф. Штерна в плоскости, совершенно для нас непримемлемой. Штерн призывает к развитию науки в каждой стране применительно к ее социальному строю, применительно к требованиям последнего, т. е. тем самым защищает все основные позиции капиталистической психотехники.

Ряд пленарных докладов (Мальса, Мира) также, как и материал, представленный не прибывшей на съезд Баумгартен, ставил вопрос о тех побудителях профессиональной успешности, которые выходят за рамки технических навыков. Самый факт постановки таких вопросов естественно нужно приветствовать так же, как и подчеркивание значения указанных факторов, тем более, что высказывания, в частности проф. Мира и Мальса, на пленарном заседании, шли гораздо далее присланных ими предварительных материалов, из которых можно было сделать вывод о сведении побудителей профессиональной эффективности к факторам только биологического порядка. Так, например, по Мальсу: «лицо с достаточно развитым интеллектом может успевать в любой профессии, если побудительная активность, которая характерна для профессии, в достаточной степени отвечает преобладающим элементам его характера и темперамента».

Точно также проф. Мира говорил в предварит. представленном материале о важности «субъективных реакций, своеобразие которых определяется наличием или отсутствием внутренней приспособляемости». Под влиянием обстановки съезда, указанные высказывания были выражены на пленуме несколько иначе.

Баумгартен в своих материалах недалеко уходит от приведенных докладчиков в оценке и недопонимании социальных факторов профессиональной успешности, как таковых. Ставя вопрос о важности учета социального фактора в дополнение к биологическому, Баумгартен, совершенно неожиданно, приходит к тому, отчего хочет оттолкнуться, к биологическому пониманию способности «социальности». Вследствие указанного в приводимой Баумгартен в классификации профессий, построенной на основе выделенных его 4-х форм «социальности», нетрудно подметить сходство с совершенно недостаточной, односторонней конституциональной классификацией Кречмера. В далеко не случайном недопонимании социального фактора как такового в профессиональном труде, не случайном, поскольку это обусловлено капиталистической концепцией зарубежной психотехники, как таковой, близость указанных 3-х докладов. В приведенных условиях безнадежно продвижение вперед в реализации желания зарубежных психотехников учесть факторы-побудители профессиональной активности. Биологизация последних психотехникой в капиталистических условиях неизбежна, пока не будет иметь места социальный анализ, который в классовом обществе есть всегда социально-классовый анализ. Без последнего попытка выявить настоящих побудителей профессиональной активности бесплодна, как бесплоден и сам подобный анализ в капиталистических условиях, т. к. выводы из него не могут быть реализованы. Это блестяще было доказано в докладе Шпильрейна, на примерах профконсультационной практики Мовезена, который, как исследователь выявляя сокровеннейшие побудители профконсультируемых, с другой стороны, как представитель капиталистического мира, в ряде случаев, должен сам отговаривать от реализации этих желаний по мотивам социально-классового характера.

Основным остается то положение, что социально-классовый анализ приведенной проблемы не может привиться в капиталистической психотехнике, т. к. в капиталистических условиях невыгодно вскрытие таких побудителей проактивности, как напр. осознание работы для себя, в интересах своего класса.

Тов. Геллерштейн в своем докладе об анализе профессий показал, какой огромной силой положительной стимуляции является указанный социальный фактор в СССР, породив такие формы труда, как соцсоревнование и ударничество, с их невиданной дотеле производительностью труда. Советские участники съезда в целом ряде докладов настойчиво указывали иностранным ученым ту принципиальную разницу, которая в данном вопросе существует между социалистической и капиталистической психотехникой. Целый ряд советских докладов на эту тему настойчиво подчеркивали вывод того порядка, что вопрос о профнаправленности и профстимуляции в капиталистических условиях не может быть правильно поставлен и тем паче разрешен.

Из пленарных советских докладов, посвященных вопросу психологии профессий, доклад С. Геллерштейна („О проблеме психологии профессии в системе советской психотехники“) намечал те сдвиги в проблемах анализа профессий, которые обусловлены сдвигами в процессах труда, вызванного социалистическим строительством.

Отдельно были рассмотрены изменения, вносимые реконструкцией техники, реорганизацией производственного процесса и мощным развитием социалистических форм труда и политехнизацией, как хозяйственно-политической и педагогической идеи. Давая принципиальные установки в требованиях, предъявляемых к методам анализа профессий на новом этапе, тов. Геллерштейн указывал, как на главный принцип классификации профессий, как основы профконсультационной работы, выявление связей между профессиональной ситуацией и активируемой профессией функцией, понимаемой в широком смысле этого слова, «включением не только формально-психологических свойств, но и свойств, относящихся к профессиональной направленности».

К группе докладов, относящихся к анализу профессиональной деятельности, относится также доклад Липмана „О методах описания профессии“. Но он стоит несколько особняком от вышеуказанных докладов, поскольку он вообще игнорирует социальный фактор и вопросы стимуляции труда. Его доклад посвящен рассмотрению четырех схем, составленных в целях описания профессий или вернее производственной работы, как таковой, из которых одна составлена в целях изучения роли человеческого фактора в проблеме производительности труда; вторая—изучения условий труда и их роли в проблеме производительности; третья—обнимает вопросы, применительно к определению пригодности к труду и четвертая—изучения моментов нап-

ряжения органов и систем человеческого организма в данной профессиональной работе, в целях рационализации последней.

Особняком от всех пленарных докладов, посвященных рассматриваемому вопросу, стоит доклад проф. Руппа „О взаимоотношениях скорости и точности работы“. Этот доклад, являясь докладом чисто-экспериментальным, подкупал высокой культурой, экспериментами и той немецкой тщательностью, с которой было проделано исследование. Проф. Рупп вскрывал экспериментальным путем особенности работы в отношении точности и скорости у одного и того же индивидуума в различных условиях, и работ разных индивидуумов при различных даваемых им инструкциях. Он установил целый ряд интересных положений. Так напр., данные работы устанавливают, что существует некоторая средняя „осмысленная временная (скоростная) зона“, в пределах которой субъект чувствует себя ответственным за совершаемую им работу. При значительно замедленном или ускоренном темпе субъект старается организовать работу так, чтобы она оставалась возможно более осмысленной.

Аналогично указанному существует и осмысленная „точностная зона“. Целый ряд интересных выводов был получен в отношении изменений, которые претерпевает скорость и точность при различных инструкциях. В большинстве случаев наблюдается большее или меньшее изменение соответственно смыслу даваемой инструкции. В отношении взаимоотношений тенденции скорости и точности Рупп установил, что существуют работы, в которых тенденции точности и скорости совпадают, т. е. лучшими (наиболее точными), как правило, являются наиболее быстрые по темпам.

Большой интерес представляют выводы практического характера, которые делает Рупп из полученных материалов. Так, в частности, в отношении вопроса: как следует начинать упражнение — медленным или быстрым темпом, по Руппу — существующее правило „сначала упражняться медленно“ не является правилом всегда наиболее целесообразным. Оно применимо прежде всего там, где имеется налицо сложная структура работы, но и здесь не всегда. Если действие требует размаха или ритмического выполнения, медленный темп является мешающим обстоятельством. Так например, в работе молотком, в работе по опиловке с самого начала нужно работать с размаха. Прочие соображения против универсальности правила упражняться медленным темпом сводятся главным образом к тому, что отдельные части работы могут оказаться слишком подчеркнутыми, отдельные мышцы — слишком напряженными. Сознательное фиксирование приема не всегда вызывает правильное соподчинение его частей. Высокая культура эксперимента, которую показал нам в своем докладе Рупп, то, чему не мешает поучиться и нашим советским психотехникам. К сожалению, у нас было представлено слишком мало хороших экспериментальных докладов.

Что мы, советские психотехники, вынесли в качестве урока из данного Международного съезда, — это безусловно то положение, что нам нужно научиться экспериментировать, обосновывая методику эксперимента принципом диалектического материализма. Правы были те делегаты съезда, главным образом иностранные, которые указывали, что наши экспериментальные работы, в сущности, ничем не отличаются от экспериментальных работ зарубежной психотехники, что диалектический материализм, о котором мы, советские делегаты, так много говорили на съезде, слишком мало отразился на наших практических работах. Этот упрек, справедливо сделанный, обязывает ко многому советских психотехников.

Из ценных советских докладов пленума необходимо отметить доклад тов. Мандрыки, посвященный вопросу применения математических методов в психотехнике. Если содержание докладов на ту же тему Пьерона, Фессара и Блюменфельда можно охарактеризовать как математизацию сложных психологических явлений, без качественного анализа самих явлений, то доклад тов. Мандрыки с достаточной полнотой охарактеризовал место и значение математических методов в применении к психотехнике с точки зрения диамата. Он дал развернутую критику той защитной оболочке, для фальсификации результатов исследования которой зачастую являются математические методы в своей „объективности“ и математической точности.

Мандрыка подчеркивал в своем докладе то положение, что математические методы в психотехнике и психологии должны являться лишь одним из способов оформления и организации психологического исследования, и что поэтому роль математических методов сугубо подсобная, вспомогательная и служебная.

Чрезвычайно ценной частью докладов т. Мандрыки нужно считать обстоятельную критику теории Спирмена и его школы („теория единственного общего фактора“). Критика сводилась главным образом к трем следующим положениям: 1) В теории Спирмена мы встречаемся с совершенно неправомерной переоценкой значимости математических методов и с одним из наиболее ярких образцов математико-психологического фетишизма. 2) Мнение Спирмена и его школы о том, что разработанная ими теория лишена всяких побочных философских соображений, является неправильным, так как самая установка на выбор наиболее формально-простой схемы является отражением идеалистической установки. 3) Попытка разложения каждого свойства на сумму составляющих его свойств есть крайнее упрощенчество механистического характера.

Что звучало во всех высказываниях иностранных представителей, в прениях по пленарным докладам—это упорное желание доказать надклассовость, внеклассовость, бесклассовость науки. Липман, который явился на съезде самым ярким защитником указанной позиции, утверждал, что психотехника даже вообще не наука, а только сумма технических приемов, не зависящих от политики и не связанных никак с философией, а только с „истиной“. Липман дружно поддерживали, главным образом, профессор Пьерони и Клапаред. Резкий отпор со стороны иностранных же представителей съезда был дан аналогичным высказываниям доктором Лихтенштейн (Берлин), которая с большой страстностью обобщила сущность „истины“, о которой упомянул Липман. Она указывала, что существуют разные „истины“, и что истины пролетариата и капиталистов не совпадают.

С достаточной убедительностью вскрыл всю вздорность выступлений о бесклассовости науки тов. Кольман, который проанализировал, чем в сущности является эта внеклассовость. Тов. Кольман подчеркнул значение доклада Ляи, подтверждавшего высказывания Маркса и Энгельса, что в период решительных столкновений классов лучшая часть буржуазных идеологов перейдет на сторону пролетариата.

Указанные установки представителей капиталистической психотехники красной нитью проходили также через все секционные занятия съезда. Нужно сказать, что последние были построены несколько вермишельно, особенно иностранные.

Что касается последних, то кроме докладов по основным программным вопросам съезда, имели место в секциях такие доклады, как „Анализ теста лабиринтов“, „Испытание памяти психопатов“, „Анализ теста на испытание характера“, „Психотехнические опыты над местными арабами и приезжающими европейцами и т. д.“.

Большой интерес съезда вызвал доклад Лихтенштейн „Проблема безработицы с точки зрения безработного“. Психологический анализ политических взглядов безработных, особенностей, настроений и стимулов к борьбе, наличие конкретных указаний на изменение системы политического воспитания безработных, перевоспитания их в борцов-революционеров, анализ, проделанный с большой тщательностью и глубиной, преподнесен в подкупающих своей искренностью, волновавшей эмоциональностью тонах, произвел большое впечатление даже на тех участников съезда, которые по существу совершенно не сочувствовали идеям, представляемым докладчиком.

Вермишельное, как я уже указывала, содержание большинства секционных докладов иностранных делегатов поражало иногда своей беспомощностью в отношении выводов, которые делались докладчиками, беспомощностью, причина которой зачастую, как это ясно было, заключалась в том, что по причинам социального порядка, невозможна правильная постановка поднимаемых докладчиком вопросов в тех условиях, где ему приходится работать.

Целый ряд докладов поражал наивностью выводов, как это относится, например, к докладу Гольдшейдера „Массовые психотехнические испытания эмигрантов“, который заявил, что основной целью его доклада было доказать, что психотехника в состоянии уравнивать противоречие интересов в сфере интернациональной экономической политики.

Так же наивно звучало положение Гакля (Вена) в его докладе „Психология социальных профессий“. Деятельность в социальных профессиях существенно отличается от других профессий тем, что объект работы, т. е. воздействуемое лицо изменяется не только под влиянием методов работы, но в особенности под влия-

нием среды, в которой происходит работа, и что объект работы вызывает сильнейшее обратное влияние на самого субъекта работы, на носителя социальной профессии.

Если иметь в виду, что под социальными профессиями Гакль понимает деятельности, в которых налицо личное воздействие на других людей, то ясна будет его ошибка, которая заключается в недопонимании того момента, что в любом трудовом процессе (не только в тех процессах, в которых налицо личное воздействие на других людей, как самоцель, как например, в профессиях педагогических), мы имеем изменение природы трудящегося под влиянием трудового процесса и трудовой ситуации. К счастью, не присутствовал на съезде Вильбушевнич, представленный доклад которого „О различиях между арабами и приезжими европейцами“ поражал своей механистичностью, чтобы не сказать больше, в той его части, где он пытается методом газообмена определять большую или меньшую пригодность испытуемого не только к физическому, но и к психическому труду. Его реакционные, шовинистические рассуждения „о толстокожих“ к счастью не были вынесены на съезд.

Что касается советских секционных докладов, то они, главным образом, обнимали серию вопросов, посвященных новым формам труда и перестройки основы проблем психотехники в связи с техническими и социальными изменениями условий профессионального труда в СССР.

Живой интерес среди иностранцев вызвал доклад, посвященный своеобразию положения женского труда в СССР (Коган, Маршева и Окуиева) и Маро-Левитиной о социальных стимулах труда в эпоху построения социализма, изобиловавших оба большим количеством фактического материала.

Конкретно были намечены в ряде советских докладов перспективы советской психотехники и ее отдельных проблем, в частности проблем профотбора и профконсультации в связи с ростом значения политехнической школы и социально бытовых условий в формировании идеологической и политехнической полноценности личности (Колодная, Юровская, Карпов, Розенблюм и др.).

Фактически советскими докладами экспериментального характера на съезде, если не считать докладов по травматизму и по непрерывному потоку, центр тяжести в которых был все же на методологической постановке вопросов, были доклады по вопросу массового воздействия, представленные московским ин-том педологии, психологии, психотехники. Большинство из этих докладов, частично знакомых советским делегатам по Всесоюзному психотехническому съезду, были заслушаны в специальном совещании съезда.

Посвященные вопросам восприятий (проблема эстетических восприятий, проблема восприятия и осмысления кино-фильмы детьми, вопросы радио-восприятия и т. д.) доклады представляли несомненно большой интерес, как по экспериментальному оформлению, так и по методологическому обоснованию самих постановок вопросов.

К сожалению, и это грех не только Ин-та ППП, в некоторых докладах не сказывался приводимый докладчиками ленинский принцип партийности в исследовании, отрицающий классовую нейтральность технического элемента исследования. Экспериментально-методическое оформление большинства исследований вызвало (не без основания) у иностранных делегатов вопросы, которые звучали примерно так: „А почему так мало отражается на ваших экспериментах то, что вы принципиальные диаматчики?“—Вот чего еще у нас нет и чего мы должны добиться.

Из секционных докладов нужно выделить доклад т. Гастева „По вскрытию социалистических трудовых резервов“. Чрезвычайно интересный доклад, информировавший о работах ЦИТа по указанному выше вопросу, подчеркивал те исключительные преимущества, которые в деле разрешения указанных проблем имеются в социалистической системе по сравнению с капиталистической.

Но некоторые моменты, приведенные тов. Гастевым, являются спорными. Это те положения доклада Гастева, в которых он говорит о безграничности трудовых резервов работников. Конкретно по Гастеву это значит, что восстановительный процесс, имеющий свое значение по отношению к данной функции, может быть использован не в форме абсолютного отдыха, а как рабочий период по другой функции, требующей работы других органов или проявления других видов энергии, или, наконец, другого распределения усилий. Восстановительный и рабочий периоды по Гастеву могут протекать таким образом одно-

временно. Указанное положение, приводящее Гастева к мысли о возможности спроектирования непрерывной производственной работы, а следовательно безгра-ничности трудовых резервов, кажется положением весьма сомнительным и вряд ли реальным. В их основе лежит предположение, вряд ли верное, о характерных для многочисленных работ явлений утомления только местного характера, только в работающем органе. Это бывает редко. Нужно предполагать, что при продол-жительной работе утомление прорадирует. А это положение исключает возмож-ность замены абсолютного отдыха сменой работы.

В докладе Гастева удивляло дальше то обстоятельство, что Гастев выступал перед иностранными делегатами более чем сдержанно по вопросу о роли и задачах психотехники в Советском союзе. Получилось такое предствление, что Гастев считает, что в СССР нет условий для достаточного развития психотех-ники, как таковой. Между тем содержание его доклада, где говорится о нахож-дении элементов „организационно-биологического“ поведения работника в соот-ветствии с данными организационно-техническими и производственными, повто-ряло содержание одной из важнейших областей психотехники, области психоло-гического анализа профессий, с той только разницей, что психотехники не гово-рят о „биологическом“ поведении личности, поскольку они и не мыслят о воз-можности так его понимать. Гастев всюду говорит о биологических качествах работника, о биологических характеристиках, о биологической проекции, о био-логическом поведении, уделяя чрезвычайно мало внимания факторам психологиче-ского характера, хотя сомневаться о значении последних с точки зрения их влияния на те же трудовые резервы, о которых говорит Гастев, не приходится.

Совершенно правильно оценив проблему отбора, как проблему отрицающую в условиях СССР, тов. Гастев, противопоставляя ей „переделку и самопере-делку“ рабочего класса, ни одним словом не оговорил сохраняющей свое значе-ние проблемы подбора и выбора профессий, которая на новом этапе меняет не-сколько свое содержание, но не теряет своего значения, как таковая, поскольку вопрос о правильном подборе людей и расстановке сил приобретает сейчас особо актуальный характер.

Отдельно хочется отметить имевшие место в ряде секционных заседаний выступления представителей советских и иностранных рабочих с предприятий СССР, из которых тов. Мишель (з-д АМО), как он заявил, явился на съезд, чтобы рассказать о различных капиталистической и социалистической рационали-зации, поскольку он испытал на себе все прелести капиталистической рациона-лизации во время работы на автомобильных заводах Ситроена и Рено. „Мы чув-ствуем, что буржуазные психотехники, даже те, у которых хорошие субъектив-ные желания, не могут ничего сделать для рабочего класса...“ Он отвечает проф. Мира, который жаловался, что в своих обследованиях он с большим трудом всегда получал сведения от рабочих: „Мы никогда не хотели во Франции и Гер-мании помогать психотехнике, обслуживающей капиталистическую рационали-зацию“.

Заключив рассмотрение работ съезда, нужно отметить, что советские де-легаты не были совсем одиноки в своих основных установках, что кроме проф. Лян, который по всем вопросам голосовал вместе с советскими делегатами, был еще ряд иностранных участников съезда, выступавших с близкими нам установ-ками. Кроме уже указанной Лихтенштейн, нужно отметить доклад Шпер-берга (Берлин) „О психотехнике в ее отношении к марксистской психологии“, который дал анализ классовых извращений в основных проблемах психотехники за рубежом и намечал пути оздоровления, фактически сводящиеся к тому, что последнее может пойти только по путям, по которым идет советская психотехника.

Не совсем близко к нам, но особняком от большинства иностранных докла-дов стоял доклад Элиасберга, посвященный вопросу „Мотивизации труда и ее взаимосвязи с нормальным и патологическим хозяйственным состоянием“, ко-торый был интересен тем, что он ставил вопрос о неразрешимости в условиях капитализма указанной проблемы, поскольку интересы общества и интересы индивида в капиталистическом обществе противоположны. Правда, у докладчика не было четкости и не совсем удовлетворяла его теория „выравнивания“ моментов стимуляции в условиях капиталистических противоречий. Но во всяком случае Элиасберг ставил целый ряд вопросов, которые не осмеливались ставить другие буржуазные психотехники, хотя вплотную сталкивались с ними в своей работе.

Из основных резолюций, принятых отдельными комиссиями международной ассоциации, на которых подробно здесь останавливаться нет возможности, укажу на наиболее „деловые“ части резолюций некоторых комиссий.

I. Комиссии по „человеческому фактору и влиянию его на производительность труда“.

1) Решение разработать единую программу по изучению влияния человеческого фактора на производительность труда в целях сравнимости результатов исследователей различных стран.

2) Решение о необходимости привлечь к работе врачей, инженеров экономистов и рабочих обследуемых предприятий.

II. Комиссии по травматизму.

1) Решение учитывать в профессиях при изучении явлений травматизма, кроме психо-физиологических различий, кроме степени культурности, возраста и проч., также санитарно-гигиенические условия производства, экономическую и социальную ситуацию, социально-бытовые условия, режим труда, систему заработной платы и т. д.

III. Комиссией терминологической приняты следующие важнейшие формы работ.

1) Собирающие и систематизация исторических справок о возникновении и развитии основных психологических терминов, с выяснением той конкретной социально-экономической ситуации, при которой данный термин приобрел актуальный характер.

2) Организация дискуссии по отдельным терминологическим вопросам.

3) Организация конкурсов на лучшие определения некоторых понятий.

4) Составление словаря с разработкой справок по истории возникновения отдельных понятий и терминов.

Подводя итоги VII-ой Международной психотехнической конференции, нужно сказать, что главное ее значение в постановке принципиальных методологических вопросов, в том, что она была фактически первой международной научной конференцией, где впервые были заострены вопросы о различиях социалистической и капиталистической науки и преимуществах первой.

Иностранные делегаты были вызваны на достаточное обнаружение и выявление своих основных принципиальных точек зрения. Для молодых психотехников Советского союза данный съезд был достаточно поучителен. Нужно полагать, что и иностранные делегаты убедились на факте, „воочию“, в достаточной степени, что внеклассовой науки, которую они так ярко защищали на съезде, фактически не существует. Если ставить вопрос о том, удалось ли нам изменить основные установки у иностранных специалистов, то за очень небольшим исключением на последний вопрос придется ответить скорее отрицательно (взгляды проф. Ляи сформировались, естественно, не на съезде и не о нем идет здесь речь).

Но все же иностранцы у нас кой чему научились и обогатили свои знания рядом новых постановок проблем. Интересен в этом отношении ряд статей о съезде, появляющихся в иностранной прессе, авторами которых являются участники съезда. Некоторые из них отмечают хорошую постановку научно-исследовательской и практической работы ряда психотехнических и-тов и лабораторий Москвы, в частности постановку работ на железнодорожном и городском транспорте. (Ст. Т р а м м а в „Berliner Tageblatt“ от 30/IX 31 г.), но имеется и ряд статей „злоупотребительского“ характера.

Так, Henning поместил в „Danziger Neueste Nachrichten“ от 28/IX 1931 г. солидную статью „Русская душа, как ее оценивают психологи всех стран“. Автор не находит других слов для советских граждан, как название „азиаты“. Он вереврирует основные вещи, услышанные им на съезде и в беседах с представителями правительства СССР, с явной целью скомпрометировать научную мысль СССР. Так, например, идею сооповместительства Henning излагает вульгарно-упрощенчески так: „Нынешний рабочий физического труда может быть будет некоторое время выполнять обязанности математика, изобретателя (!? МЮ) или управляющего больницей. Нельзя сомневаться, что нынешний профессор лучше знает свою специальность и привык к ней. Но кто привыкает, тот бюрократизируется—лучше давайте вращать подвижную сцену после первого акта (!? МЮ)“. (Сколько можно сказать злой иронии и в тоже время нарочитого вранья и благоглупости! МЮ). Я хочу сказать, что в его лице мы имеем врага даже может быть более заклятого, чем до его приезда в СССР. Слэшком расходится с его мировоззрением все то, что он увидел и услышал в СССР. Не

и трудно было ожидать иного. Статья Ш перберга „О загнивающей капиталистической психотехнике“, присланная из Берлина редакцией „Известий“, и статья Непpling'a „О русских азиатах“ воспринимаются как сами собою разумеющиеся. Предполагать, что съезд „осоветит“ большинство иностранных делегатов, значило бы не понимать основных причин расхождения советских и зарубежных психотехников, значило бы уподобиться Гольдштейнеру, который считает, что психотехника в состоянии влиять на ликвидацию противоречий двух миров—капиталистического и социалистического.

К итогам съезда, чрезвычайно важным для нас, относится также осознание необходимости фактической перестройки всей нашей практической работы, которая действительно вытекала бы из принципов диалектического материализма, о котором мы еще пока больше говорим, чем учитываем в нашей каждодневной работе. Пронизать принципом диалектического материализма не только наши основные установки, но нашу практическую работу—это неотложная задача сегодняшнего дня, к реализации которой мы должны приступить такими темпами, чтобы уже на ближайшем международном психологическом съезде в Копенгагене (1932 г.) мы нашими экспериментальными работами могли бы иллюстрировать наши специфические теоретические установки.

Заканчивая информацию о съезде, нужно отметить, что иностранцы не увеличивали, говоря о блестящей организации данной конференции. Обслуживание делегатов, точное выполнение регламента, передача докладов на 4 языках, что давало возможность активного участия абсолютно всем делегатам съезда, интереснейшие для иностранцев, по их отзывам, экскурсии—эти моменты нужно поставить в большую заслугу организаторам съезда.

Еще о I Всесоюзном съезде онкологов в Харькове ¹⁾.

Многолюдный съезд (около 1000 участников) в большом здании клуба связи был открыт большой речью Наркома Здравоохранения т. Канторовича, который подробно остановился на *задачах здравоохранения в реконструктивный период*, отметил то значение, которое приобретает теперь реорганизация системы подготовки кадров, создание *медико-санитарных цетов* на производстве и организации *противораковой борьбы* на всех фронтах. Проблема единого диспансера есть классовая проблема и должна быть увязана со структурой ведущих отраслей нашего хозяйства. Необходимо изучить социальную патологию и распространенность рака особенно среди промышленных рабочих и колхозников и выработать оздоровительную профилактику для тех видов рака, патогенез которых изучен, как, напр., профессиональный рак. Там, где это возможно, должны быть созданы онкологические институты или диспансеры с точным учетом больных и хорошо поставленной диагностикой и терапией.

Как бы в дополнение к этому организационному докладу т. Сапир (Москвы, Комкад.) дал руководящий доклад по анализу диалектического метода в онкологии в борьбе против механицизма и идеализма, против витализма и кондиционализма в этой дисциплине. С. останавливался на трудах некоторых наших патологоанатомов (Абрикосов, Аничков), хирургов и онкологов (Лившиц), указав на содержание в них чуждых диалектическому материализму элементов мышления.

Особенно детально Сапир нарисовал ту ожесточенную борьбу против наступления партии со стороны тех, которые извращают марксистско-ленинские позиции в медицине в области ее теоретических основ и практики социалистического здравоохранения. Необходим решительный поворот научных работников в сторону овладения марксизмом-ленинизмом, сознательного применения марксистской диалектики на практике. Большевики должны стать специалистами в науке и технике (Сталин). Нужно коренным образом переделать наши методы исследования и экспериментирования, освободив их от вредных влияний метафизики.

¹⁾ Редакция сочла небезинтересным дополнить отчет об этом съезде в № 8 „Каз. м. ж.“ впечатлениями члена президиума съезда, представителя от Казани, проф. Р. Я. Гасуль, который рисует некоторые моменты съезда, не описанные в первом отчете.

Мало уделяется внимания *специфичности* биологических и патофизиологических процессов в человеческом организме. В этом аспекте должно проводиться и планирование научной работы.

После этих двух докладов съезд занялся *статистикой рака*, в которой между прочим были отмечены и некоторые расовые отличия заболеваемости.

Далее последовали доклады по вопросам организации *противораковой борьбы*, которая должна строиться на диспансерных началах при классовом подходе. В резолюциях бригад, работавших по этому вопросу¹⁾, имеются определенные конкретные указания для реализации намеченных планов, как устройство хорошо оборудованных онкологических кабинетов, стационаров для рентгено-и радиотерапии. Предусмотрены также дома призрения для неизлечимых больных и т. п. Намечена организация кафедр или циклов по онкологии при институтах усовершенствования врачей и онкологических и радиологических отделениях.

Второй день съезда—самый горячий день²⁾—был посвящен вопросам *этиологии злокачественных новообразований*. Этот день был богат яркими контрастами. После четко сформулированного каузального и морфологического генеза раковой опухоли на основании прекрасно иллюстрированной морфологии бластоматозной клетки (А. Пичков Н. Н., Абрикосов А. И.) звонким диссонансом прозвучал доклад Невядомского М. М. (Москва) об открытом им „возбудителе рака“, живущем в грегариине, которая является межклеточным хозяином для „вируса рака“. Не показав, откуда взялась грегариина, и не потрудившись поставить хотя бы один эксперимент, который доказал бы возможность получения опухолей путем введения грегарины в тело животного, Невядомский не сумел даже доказать, что его „грегариина“ является в самом деле грегариной, а не раковой клеткой в различных стадиях инволюции и дегенерации, как это показали на прекрасных препаратах Абрикосов и Корецкий. Последний показал такие раковые клетки, которые „если хотите могут сойти и за грегарины Невядомского...“ А. Пичков, Абрикосов и Широкогоров в ответ на обвинение Нев. патологоанатомов в том, что „они не видят грегарины, т. к. не являются протистологами и работают грубыми гистологическими методами“, категорически заявили, что препараты Нев. „технически плохи, содержат массу артефактов“, в которых впоследствии вынужден был сознаться Нев. яд., ссылаясь на отсутствие у него лаборатории... и благоприятных условий для работы „Могли быть т. о. загрязнения“, заявил он...

Т. о. те ожидания, которые вызвал доклад Нев., ничуть не оправдались, а наоборот,—в силу целого ряда явно противоречивых моментов в изложении Нев., заставили усомниться в серьезности Н. как „исследователя“, так и его „открытия“.

Съезд принял доклад Невядомского более чем сдержанно, так что Н. должен был в своем заключит. слове признать вместе с его оппонентами, что если и „попали“ в его опухоли грегарины, то это не доказывает, что они являются возбудителями этих опухолей. Аудитория этот доклад приняла сочувственно, повидимому, тронутая обиженным тоном преследуемого наукой мученика истины. Никто однако из аудитории не выступил в защиту открытия Нев. Sic transit...

В остальных докладах и дискуссии доказывалась полиэтиологичность в карциногенезе. Необходимы еще дальнейшие серьезные исследования, чтобы выявить все причинные факторы возникновения опухолей, установить точную диагностику, особенно рентгенодиагностику ранних форм главным образом рака пищеварительного канала и выработать действенные комбинированные методы лечения, особенно лучами Рентгена и радия.

После докладов по микроскопическому диагнозу, определению предракового состояния был представлен доклад Н. Н. Петрова (Ленинград) по вопросу о современной терапии злокачественных новообразований. Результаты терапии стали лучше, после того как начали сочетать хирургию с радиотерапией. Радиолог и хирург в совместном вдумчивой работе больше дают, чем каждый из них в отдельности.

¹⁾ Всего бригад было 7: по организации противораковой борьбы, подготовке кадров онкологов, статистике и профилактике рака, диагностике и терапии и планированию научно-исследовательской работы.

²⁾ Этот день был и самым жарким... в Харькове—33° в тени!

В заключение была доложена работа Лазарис и Эриккера, которые проверили данные Fischer-Wasels'a по вопросу о действии его газовой смеси ($O_2 + 1\% CO_2$) на карциному штамма Ehrlich'a и на саркому типа Jensen'a. Данные F. W. не могли быть подтверждены, т. к. не удалось доказать неизбежность исчезания аэробного гликолиза при увеличении окислительных процессов *in vivo*.

На заключительном заседании председателем проф. Г. И. Хармандарьяном была меткая характеристика работы съезда, были освещены положительные и отрицательные стороны съезда и особенно подчеркнута необходимость строгого планирования научно-исследовательской работы в области онкологии.

Проф. Р. Я. Гасуль.

Памяти Фарадея.

(К столетию со дня открытия электромагнитной индукции).

Б. Смирницкого.

Исполнявшееся 2/X 31 г. столетие со дня открытия Михаилом Фарадеем явления электромагнитной индукции обязывает нас вспомнить с чувством благодарности автора этого колоссальной важности открытия.

Его жизнь—человека, не получившего систематического образования, не имевшего диплома, до 22 лет пробывшего переплетчиком, человека, который сво-

ими собственными силами в течение короткого времени превращается в одного из величайших физиков XIX столетия—имеет для нас еще и то значение, что он был предан своей науке до забвения своих материальных интересов, до забвения всех тех вполне заслуженных научных почестей, которыми он имел право гордиться. „Простота его сердца, его чистота, его горячая любовь к истине, его искреннее сочувствие всякому успеху, его наивное удивление перед открытиями других, его врожденная скромность, коль скоро речь заходила об открытиях, его благородная душа, его независимость и душевная твердость—все это сообщало несравненную привлекательность физиономии знаменитого физика“. Такими словами знаменитый французский академик Дюма 18/V 1868 г. охарактеризовал в торжественном заседании Парижской Академии Наук Фарадея, бывшего членом ее. И действительно, знакомясь с жизнью Фарадея, начиная с 22/X 1791 года, когда в Лондоне, в бедной семье кузнеца Джемса Фарадея родился третий ребенок—мальчик,



М. Фарадей.

названный Михаилом, вплоть до того момента, когда он в последний год своей жизни, с ослабленной памятью, смешивающий действительность с продуктом своей фантазии, быстро угасал, мы видим постоянные подтверждения той характеристики, которая дана Фарадею Дюма и которая нас заставляет посвящать несколько страниц этому замечательнейшему и даровитому физико-самоучке, давшему так много человечеству.

Жизнь на заднем дворе, над конюшнями, где была квартира Фарадеев, отсутствие какого-либо воспитания, уличная жизнь на ближайшей площади, где маленький Фарадей играл в камушки со своей сестренкой, казалось бы должны

были повлиять на мальчика в другую сторону, но то обстоятельство, что маленький М и х а и л был предоставлен самому себе выковало из него самостоятельного, настойчивого, любознательного ребенка, который, окончив первоначальную школу 13 лет, сам выбрал себе профессию переплетчика, чтобы можно было учиться, читая отдаваемые в переплет книги. Из числа книг, о которых упоминает в позднейшее время Ф а р а д е й, на него произвели впечатление популярные разговоры о химии г-жи М а р с э и Encyklopedia Britannica, а в ней, главным образом, те статьи, где говорилось об электричестве. Раннее впечатление об электричестве и связанных с ним явлениях наложили на научные интересы Ф а р а д е я своеобразный оттенок, которому он был верен все время своей жизни и научной деятельности. Чтение серьезных книг, посещение лекций Т а т у м а, положили начало той любви к науке, тому безкорыстию, которое отличает потом Ф а р а д е я, как великого ученого. Научившись на чтении книг, как говорит Ф а р а д е й в одном из своих писем, верить только фактам, он, начиная свое самообразование, стремится проверять опытом сообщения других, критически к ним относиться. Еще мальчиком он начинает проделывать опыты по химии и физике, покупая на свои случайные заработки, так как он не получал ничего, живя у переплетчика Р и б о, разные химические вещества, строя гальваническую батарею и т. д. От этого времени жизни Ф а р а д е я остался детский труд, озаглавленный: „Философский сборник статей, заметок, событий, приключений и т. д., относящийся до искусств и наук и собранных из газет, обозрений, журналов и других сочинений, с целью содействовать удовольствию, самообучению и также укреплению и разрушению теорий. распространяемых в ученом мире. Составил М. Ф а р а д е й от 1800 до 1809 года“. Так с 9 лет мальчик Ф а р а д е й начал уже работать. Посещение в 1812 году лекций известного тогда химика Д э в и заставляет Ф а р а д е я серьезно задуматься над тем, чтобы посвятить себя науке. После письма по совету друзей к президенту королевского института Б е н к с у, на который он получил отказ, и вторичного письма к самому Д э в и, ему удалось с большим трудом получить у последнего место ассистента. Место, которое было предоставлено Ф а р а д е ю, хотя и носило громкое название ассистента, немногим отличалось от служительского, так как обязанности последнего состояли в том, чтобы подавать Д э в и приборы, их убирать, мыть посуду и т. д.

Тридцать рублей жалованья его особенно не прельщали, и он согласился бы на еще меньшее вознаграждение, лишь бы только заниматься наукой. Интересный штрих жизни Ф а р а д е я, что уже первый день своей службы он занимался извлечением сахара из красной репы и приготовлением сероуглерода, а на другой день он уже стал продолжать опыты начатые Д э в и над соединением хлора. Поражения руки при этих опытах не останавливали Ф а р а д е я. Работал в лаборатории Д э в и и одновременно слушая лекции в Институте, Ф а р а д е й развил в себе критическое отношение как к самому себе, так и ко всему получаемому извне. Путешествие 1813 года по Европе, где Ф а р а д е й получил большой запас впечатлений, имело для него важное образовательное значение. Оно же выковало у него большую выдержку, так как его положение во время путешествия при Д э в и и особенно при его жене, которой он должен был служить в полном почти смысле лакеем, было унижительно, и только его любовь к науке и боязнь потерять ассистентское место у Д э в и и вместе с тем возможность заниматься наукой заставляли его, скрепя сердце, переносить его неприятное положение. Это единственное путешествие, сделанное Ф а р а д е е м, было первым и, пожалуй, последним его непосредственным соприкосновением с жизнью, так как в последующей жизни он посвятил себя исключительно научным занятиям, не имея возможности отдавать себя жизни. После путешествия, в 1815 году он занимается опять в лаборатории у Д э в и, с января 1816 года читает популярные лекции в Философском обществе по химии и физике, основывает кружок по самообразованию. Женитьба в 1821 г. на мисс Б е р н а р д заканчивает этот первый подготовительный период времени, когда он назначается смотрителем дома Королевского Института, а потом в директором химической лаборатории. Первые открытия, составившие Ф а р а д е ю сразу почетное место среди физиков, были произведены в 1821 году.

Та услуга, которая была оказана Ф а р а д е е м человечеству открытием и изучением большого количества разнообразных электромагнитных явлений, принадлежит к числу тех заслуг, которые нельзя оценить с материальной точки зрения. Фарадей дал в руки человечеству такую силу, которая расширяет господство его над природой, изменяет природу до пределов, о которых до его открытий оно не

могло и мечтать. Первая работа об электромагнитном вращении в 1821 году и работы 1823 года над сжижением хлора и других газов—начало многочисленных открытий Фарадея. В 1824 году, Фарадей, несмотря на то, что Дэви был против, был выбран членом Королевского Института, а в следующем году он уже директор лаборатории Королевского Института.

Главный плодотворный период его деятельности с 1830 по 1840 год, когда он открывает электромагнитную индукцию и законы электролиза. В 1840 году Фарадея постигла нервная болезнь, которая прекратила его плодотворную работу на пользу человечества до 1845 года, а в период времени с 1845 года по 1860 год он дал свои последние открытия—магнитное вращение плоскости поляризации и явления диамагнетизма. За последние работы ему были присуждены две медали—Румкorfова и Королевская. Но такая напряженная деятельность не прошла даром Фарадею, и болезнь 1840 года была предупреждением, а с 1860 г. он совершенно прекращает свою научную деятельность, хотя наука его все время интересовала и любимый его ученик Тиндаль, которого он одного только и принимал в последние годы своей жизни, постоянно держал его в курсе всех научных открытий. Умер Фарадей 26 августа 1867 года.

Та общая картина открытий, сделанных Фарадеем, которую мы хотели бы нарисовать, конечно, будет страдать неполнотой ввиду многочисленности и важности их. Этого мы и не пытаемся сделать здесь. Мы должны, главным образом, затронуть и описать те великие открытия Фарадея, которые оказывают теперь громадные услуги человечеству, без которых немислима современная культура цивилизованного мира.

Главное открытие Фарадея в области магнетизма и электромагнитной индукции (1831 год), а также установление законов электролиза. Около них, можно сказать, сгруппированы и другие открытия, как то: открытие токов самоиндукции и токов в сплошных телах, открытие магнитных силовых линий, установление действия магнетизма на все тела, открытие явления диамагнетизма, магнитное вращение плоскости поляризации света, исследования над электричеством, получаемом от трения, электромагнитным вращением и др. Особо стоят его работы над сжижением газов, положившие начало огромной технической области применения сжатых и жидких газов в технике и промышленности.

«Еще Алтер показал, что магнитное действие есть только особая форма электромоторных действий», пишет Уэвелль в своей «Истории индуктивных наук» (т. III, стр. 132), «и что в этой форме действия и противодействия равны и противоположны... Из этих положений почти неизбежно вытекало, что магнетизм может производить электричество, подобно тому, как электричество повторяет все действия магнетизма». И действительно, в 1825 году Фарадей хотел сделать опыт возбуждения тока в соседней проволоке посредством индукции, подобно тому, как это можно сделать с помощью кондуктора, заряженного электричеством. Опыт не удался. Не удался он и Колладону, швейцарскому физiku, делавшему его так, как делаем это теперь мы на демонстрациях, по чистой случайности. И только осенью 1831 года Фарадею удалось получить индукцию токов. Ее он заметил по возникновению тока в замкнутой катушке, вблизи которой в соседней проволоке замыкался или размыкался ток. Дальнейшие опыты были с удалением и приближением проволоки, по которой идет ток, а также и с движением магнита.

Что действительно Фарадей сознательно стремился к этому открытию, служит доказательством его запись в записной книжке от 1822 года, где говорится: «превратить магнетизм в электричество». И тотчас же, открыв явление электромагнитной индукции, Фарадей строит так называемый «Фарадеев диск»—этот прототип машин, дающих постоянный ток, предугадывая, как он пишет, что «полное развитие машины явится позже», что и случилось через несколько месяцев после его открытия. Это была машина Пикса и Дель Негро.

Явление индукции было связано с теми представлениями магнитного поля, которые Фарадей ввел в виде магнитных силовых линий и которые в то время современным ученым показались совершенно неприемлемыми. Так далеко Фарадей этим опередил современное учение об электричестве. И только через 50 лет эти представления Фарадея о магнитном поле были оценены и дали такие плоды в науке и технике.

То, что нам кажется теперь таким обычным, что проделывают без труда школьники, так просто, что казалось: как это так долго не могло быть открытым, могло быть открыто только гением Фарадея. Теперь мы не мыслим себя без

индукционного электричества. Только одно оно способно дать нам те колоссальные количества энергии, которыми мы пользуемся на наших фабриках и заводах, телефоне, радио и т. п. И поскольку без индукционного электричества не обходится ни одна точная наука, постольку открытие Фарадея в науке имеет то значение всеобщности, легкости, доступности, которое оно занимает среди других способов получения электричества. Мы не мыслим ни одной физиологической лаборатории без саинного аппарата Дюбуа Реймона, а ведь там действует то индукционное электричество, которым мы обязаны Фарадею. Действием того же электричества пользуется медицина, отличая его от старых способов именем *фарадизации*, не способных к таким грациям, к которым способны индукционные приборы, позволяющие от самых деликатных прикосновений переходить мгновенно к самым сильным сотрясениям и к прижиганиям. А клинические установки с быстро-переменными токами d'Arsonval'a, установки Tesla, Uden'a, все учение о лечении этими токами, вся *диатермия*—что это? Применение и дальнейшее развитие открытия Фарадея! Все сложные лечебные аппараты, все устройства Рентгеновских лучей с аппаратами индукционными и трансформаторными—разве все это не есть развитие того же великого открытия Фарадея индукции токов?

Говорить о колоссальности открытия Фарадея для энергетики, электропромышленности—значит ломиться в открытую дверь. Обратимость динамомашин—превращение электрической энергии в механическую с большим коэффициентом полезного действия—опять развитие того же открытия Фарадея, о чем мы как то забываем и что кажется нам таким простым. Его открытие действительно так велико, что кажется простым, как все великое. За его простотой мы забываем то великое, что заключается в нем. И даже трудно себе представить то состояние культуры, которое было бы в настоящее время, не открой Фарадей явление индукции. Диалектика нам говорит, что не сделай этого Фарадей, оно было бы осуществлено кем-либо другим, потому что идеи индукции токов носились в воздухе, но все же до Фарадея многие пытались это сделать, но не получили желаемых результатов. Сделать все же удалось это Фарадею. Так, вся электротехника, все учение об электрических машинах—есть естественный вывод из открытия Фарадея индукции токов. Вся наша электрофикация, наш Советский строй тесно связаны с индукцией токов.

Не менее велико значение второго цикла работ и открытий Фарадея, связанных с областью химии. Его имеющие громадное значение законы электролиза, установленные в 1834 году, введение понятий—ион, катод, анод, вся современная терминология имеет для химической промышленности колоссальное значение. Хотя в этой области Фарадей славу делит со своим учителем Дэви, тем не менее нужно по справедливости указать, что Фарадей в этой области установлением количественных законов электролиза сделал исключительное дело.

В связи с этими открытиями стоят и работы Фарадея над вопросами электростатики. Работы в этой области имеют такой же большой интерес, как и все вообще работы Фарадея. Здесь Фарадей дал те воззрения на природу диэлектриков, которые и сейчас составляют основу всего учения об электричестве. Ставя на соответствующее место учение о среде, как о носителе и передатчике электрических сил, Фарадей своими взглядами, не получившими математической обработки, не мог свои представления о среде сразу ввести в науку. И только в 70-ых годах Максвелл, дав полное математическое толкование идеям Фарадея, показал, как велика была идея Фарадея о среде.

Нельзя обойти, вспоминая Фарадея, и те его работы, которые были сделаны в период после его болезни, после 1845 года, имеющие громадное научное значение, работы и открытия, связывающие область света с областью электричества—это магнитное вращение плоскости поляризации света, а так же работы по магнетизму, приведшие его к открытию диамагнетизма. Последние работы не так известны широкой публике, ибо они затрагивают чисто научные проблемы о единстве двух мировых факторов—электричества и света, но они так же велики, как и те открытия, которые так быстро были введены в жизнь, в технику, промышленность.

Научное наследство Фарадея так велико, что упомянуть только о всех его уже установленных и открытых фактах электрических и магнитных явлений—значит составить многие десятки страниц простых перечислений. Если многие явления и факты из области электричества были только указаны Фарадеем, но не

доказаны, не проверены, вина — в той слабой технике эксперимента, которая была во время Фарадея. Последнее обстоятельство с очевидностью показывает ту громадную роль техники, которую она имеет для науки.

Не полным было бы утверждать, что гений Фарадея занят был исключительно в тех областях электричества, о которых мы упоминали. Он интересовался и занимался вопросами общего характера, как напр. о природе вещества, соотношением между атомом и пространством, вопросом об эфире, как носителе сил. В последние годы его жизни он особенно интересовался вопросом о том, нужно ли время для распространения магнитной силы, но не решил, так как силы его падали. Не чужд был Фарадей и работам в других, я бы сказал, чисто технических областях. Так, в 1825 году он совместно с Гертелем и Долландом работает над приготовлением и исследованием свойств оптических стекол; ему принадлежит открытие бензола и бутилена; с 1836 г. работает Фарадей беспрерывно в течение 30 лет научным сотрудником управления маяков, оставив за время работы до 19 работ в этой области.

Жизнь Фарадея была так скромна, что для пишущего его биографию приходится исключительно говорить о его открытиях, а не о событиях его личной жизни. В них состояла вся жизнь Фарадея. Его работа, начиналась с раннего утра в лаборатории, там и кончалась. Так он провел всю свою жизнь. И в этом, конечно, секрет его многочисленных открытий, которые были сделаны им. Его личные качества, как человека — скромность, снисходительность, почти любовное отношение к противникам, совершенное отсутствие зависти и бескорыстие, что нужно подчеркнуть, делают образ Фарадея исключительно симпатичным, близким и родным нам человеком.

Его научная работа с утра целый день до поздней ночи происходит под влиянием того порядка и чистоты, которые были свойственны Фарадею. Не доверяясь памяти, все записывать с упорством, не доверяясь внешнему импульсу — выказывают в Фарадее немецкое упорство. Творчество Фарадея было своеобразным, ему только присущим актом. Размышления в ходьбе целыми днями по комнате, он творил и открывал. Ходил и изобретал. Результатом его творчества был не обычный чисто эволюционный шаг вперед, а громадный прыжок, который далеко оставлял впереди всех его предшественников. Поэтому-то его открытия были неожиданными для его современников, так как они не могли поспевать за полетом его мысли. К этому нужно прибавить, что идеи, зародившиеся в его мозгу во время его размышлений, Фарадей тотчас же проверял опытом. И его опыты были так поставлены, что в большинстве случаев он ожидал совершенно точного подтверждения своих мыслей. Умение сконцентрировать свое внимание исключительно на одном предмете и в то же время ничего не упустить — черта, свойственная гениальным людям, каковым был Фарадей. Фарадей не увлекался умозрением, гипотезы для него служили только орудием для отыскания истины. Гипотезы, которые выдавались за истину, Фарадеем встречались неодобрительно. Отсюда его отношение к сомнительному знанию, когда он говорит: „лучше не знать совсем, чем будто бы знать, без уверенности, что действительно знаешь“. Непризнание авторитетов, которые ограничивали бы свободы мысли — делали из Фарадея, как говорит его ученик Тиндаль истинного демократа. Ценил науку, Фарадей, все года желал, чтобы научные знания были общим достоянием. В этом отношении изучению естественных наук он придавал огромное значение в воспитании. И сам принимал живое участие в чтении популярных лекций.

Интересны взгляды Фарадея в отношении науки к религии, которые он считал областями совершенно противоречащими друг другу. Так же он отрицательно относился к спиритизму. Любопытен его ответ по этому поводу: „если духи способны сделать что-либо важное, то пусть они найдут средства заинтересовать вашего покорного слугу“.

Все реальное, только реально существующее интересовало Фарадея. В этом отношении Фарадей был стихийным материалистом в полном смысле слова.

Только что исполнившееся 2/X 31 г. столетие со дня открытия Фарадеем электромагнитной индукции еще раз нам напоминает о том великом и колоссальном деле, которое сделано им для человечества, а самая память о Фарадее, как великом самоучке-гении, вышедшем из народа, из самых его низов, будет вечно жить в сердцах людей.

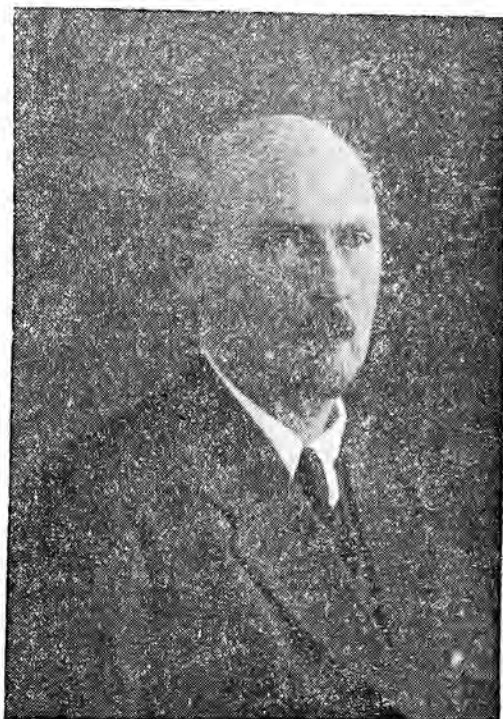
К. Г. Б о л ь.

(К 35-летию научно-учебной деятельности).

(С портретом).

15 октября с. г. общественность г. Казани приветствовала заслуженного деятеля науки, героя социалистической стройки и труда, профессора, директора и почетного члена Казанского Г. Зооветерин. Института Карла Генриховича Боль по случаю исполнения 60-летия со дня его рождения и 35-летия научно-учебной деятельности.

К. Г. Боль родился в 1871 году в б. Петербурге в семье выходца из Германии столяра Г. К. Боль, переселившегося затем в Казань. В этой семье, большой и дружной, в атмосфере постоянного и напряженного труда, с детства привыкая к самостоятельному заработку и к убеждению, что жизнь можно завоевывать только своими собственными руками, молодой человек рос и учился. Окончив курс реального училища, К. Г. поступил в Вет-Институт и окончил его в 1895 году. Штаты Института тогда были очень узки, и для него не находилось должности около года, но это не остановило К. Г., к тому времени уже определившего свою дорогу по научно-учеб. линии; он работает в гистологическом кабинете пр. Гумилевского, поддерживая существование уроками, и только весной 1896 г. назначается пом-прозектора по кафедре пат-анатомии у проф. Блюмберга. Летом 1897 года проф. Блюмберг умер, патологическую анатомию стали вести по частям 3 профессора, которым всем ассистировал К. Г. Боль,



К. Г. Б о л ь.

на которого возложили ведение вскрытий. Так дело шло до осени 1899 г.. Время это однако К. Г. использовал, вступив в ряды учеников проф. пат-анатомии в университете Н. М. Любимова, где и разработал вопрос о гистологических изменениях в нервных клетках при чуме собак; в то же время К. Г. сумел сдать магистрантские экзамены. После защиты диссертации осенью 1899 г. К. Г. был назначен зав. кафедрой пат-анатомии в должности пр.-доцента. В 1901 году он получил должность доцента, в 1905 г. экстраординарного и в 1912 г. ординарного профессора, на каковой должности его застала революция.

Когда в связи с введением нового положения о ВУЗ были назначены переборы директора, все три курии Совета Ветеринарного института остановились на К. Г. Боль; он был утвержден директором, и на этом посту остается поныне.

За это время К. Г. Боль был много раз за границей как по своей инициативе, так и в качестве делегата на международных съездах. Из этих командировок следует отметить две: в самом начале своей карьеры в 1900 г. К. Г. был командирован к проф. Вирхову и проф. Шютцу в Берлин, с которыми он и в дальнейшем сохранял лучшие и живейшие отношения, в 1928 году он был командирован в качестве делегата от СССР на юбилей 150-летия Ганновской Высшей ветеринарной школы.

В последний период К. Г. пришлось работать и в Казанском университете, где он два года заведывал кафедрой пат-анатомии. Кроме того он ведал курсом пат-анатомии и кабинетом в Институте для усовершенствования врачей им. Ленина.

Научная деятельность К. Г. Боль характеризуется развитием большой пат-анатомической школы, ученики которой занимали и занимают кафедры пат-анатомии в вет-институтах Саратова, Москвы, Омска, Витебска, Эривани; кроме учеников, пошедших по патологической анатомии, К. Г. имеет учеников, переключившихся на другие специальности—по фармакологии, физиологии, внутренним болезням, гистологии и точно также занимающих кафедры. Всего таких непосредственных учеников К. Г. насчитывается 18 проф. и доцентов. Эта школа выпустила около 100 печатных трудов, среди которых следует отметить свыше 20 диссертаций и руководство „Основы пат-анатомии животных“. Диссертации касаются вопросов о воспалении, которое вообще следует признать центром интересов К. Г.-ча, вокруг которого выстраивались все остальные проблемы. Здесь мы отмечаем изучение реакции организма на внедрение инфекций—бешенства, чумы собак, сапа, туберкулеза, повального воспаления легких. Характерно, что некоторые работы касались вопросов нормальной анатомии и гистологии, что свидетельствует о том, что К. Г. не упускал из внимания ни одного факта, попутно попадавшего в его поле зрения. Накопившийся опыт по исследованию процессов воспаления позволил ему окончательно формулировать свои взгляды в его последней работе, где он проводит новую классификацию воспалений. Руководство по пат-анатомии животных следует отметить потому, что этот труд является во всех своих частях оригинальным, полностью отразившим всю многолетнюю научную работу автора.

За 35 лет своей деятельности К. Г. создал выдающийся музей пат-анатомических препаратов, могущий по своей системе, технике изготовления препаратов и по богатству (свыше 4000) с честью выдержать серьезный конкурс.

К. Г.-ч Боль всегда отличался склонностью к большой общественной работе, которая особенно развернулась за период революции. С самого начала организации в Казани местного отделения ЦКУБУ и до его закрытия К. Г. был членом его бюро. Точно также он участвовал в организации здесь секции научных работников, членом бюро которой он оставался до 1930 года. К. Г. организовал дело местного об-ва помощи жертвам интервенции, председателем комитета которого он состоял в течение двух лет. Несколько лет он состоит членом ТЦИК'а и неоднократно избирался членом Горсовета Казани. К. Г. бессменный председатель Об-ва врачей и ветеринарных работников, председатель редколлегии и ответственный редактор „Ученых записок Ветеринарного института“ и т. д.

Неистощимая энергия, настойчивость и твердость без упрямства, спокойное, ровное обращение, развитое чувство долга, врожденный такт—вот качества К. Г.-ча как личности, привлекающие к нему и вызывающие в каждом чувство почтения. Способность ориентироваться в обстановке, чувствовать пути истории, понимать задачи текущего момента—позволила ему с достоинством принять оказываемое ему доверие Партии и Правительства и всей своей деятельностью оправдать его.

Казанский медицинский журнал, сотрудником которого издавна состоит К. Г. Боль, считает своим неременным долгом дать ему выражения своего уважения с пожеланием долго здравствовать и работать как истинному герою социалистической стройки.

К. Викторова.

Библиография и рецензии.

А. А. Вишневский и В. С. Зимницкий. *К проблеме целостности животного организма*. Заметки по корреляции желез внутренней секреции. С предисловием К. В. Волкова (Ядрин), стр. 80, Татиздат, Казань, 1931. Цена 1 р. 10 к.

Появление этой брошюры вполне своевременно. В предисловии К. В. Волков подчеркивает стремление авторов выяснять роль внутренней секреции в общей системе взаимосвязей, взаимодействий с прочими системами и органами человеческого тела, причем они подчеркивают принципиальное признание примата

социального момента в понимании патогенеза всех человеческих заболеваний. К. В. Волков надеется, что авторы сделают дальнейшие шаги к практическому применению этого императивного принципа в изучении конкретной тематики их дальнейших работ. Брошюра отличается еще одним большим достоинством: строгой научной объективностью и культурной критикой чужих взглядов. Повидимому, авторов воодушевляет искреннее стремление выяснить истину, а не показать, что только они правы, а все остальные ничего не понимают. Иногда, однако, и они переходят на фельетонный язык: «если бы эти железы были разложены парочками на патолого-анатомической тарелке», «стреляет в гормон» — в научном труде можно было бы избегать подобных «шуточек», тем более что они касаются именно тех возражений авторов, в которых они слабее всего.

Основные положения авторов не подлежат никакому оспариванию. Они говорят о том, что животный организм есть единое целое, что все явления должны рассматриваться не только аналитически, но и синтетически, что центральная нервная система, клетки и ткани организма и его эндокринный аппарат неразрывно связаны друг с другом в единое целое, и обуславливают, находясь в постоянном взаимодействии, определенное течение обмена веществ в организме на известном уровне. Далее они подчеркивают огромную роль внешней среды. Досада пор все идет гладко, но затем начинается расхождение. С одной стороны, авторы требуют, чтобы развивалось учение о физиопатологической эндокринологии (с учетом половых и возрастных особенностей), как величины *sui generis*; с другой стороны, они сводят роль желез внутренней секреции к весьма жалкому подчиненному значению, считая, что железы вн. секреции не являются ауторегуляторами жизненных процессов, и что между ними нет гуморальной корреляции, т. е. нет непосредственной связи одной железы с другой. Как раз факты, приводимые самими авторами во всей их книжке, доказывают обратное. Им больше улыбаются старинные учения авторов 18 и 19 века, перечисленные ими же на стр. 17, считающих, что в секреторном отношении железы внутренней секреции (за исключением «повидимому» гонад — почему именно «повидимому», из изложения остается неясным) подчинены центральной нервной системе. Непонятно, каким образом авторы допускают воздействие нервной системы на внутреннюю секрецию и умаляют до минимума влияние последней на нервную систему. Я этим не хочу, конечно, сказать, что надо впадать в другую крайность и считать эндокринные железы «базисом» всех физиологических, психологических и даже социальных явлений, как это делают некоторые авторы.

Отрицая роль эндокринных желез, как ауторегуляторов, авторы приходят к совершенно неожиданному выводу, что «существующие схемы корреляции желез внутренней секреции основываются на неправильном представлении об этих железах, как ауторегуляторах, и являются по самой сути своей неверными; другой их недостаток — то, что они не охватывают всего многообразия жизненных процессов в организме». Вопрос о взаимоотношениях между железами внутренней секреции чрезвычайно важен, и каждую новую попытку приблизиться к его разрешению следует приветствовать. Конечно, неполная схема не может охватить всех явлений; понятно также, что между разными схемами будут разногласия. Однако, это совершенно не доказывает, что из них нет *ни одной* ясной и вполне правильной, и что они все *никуда* не годятся только потому, что их много и что они не вполне совпадают друг с другом. Это не есть оценка дела — по существу, а только теоретические размышления. Более правильный путь, по которому пошли авторы — подвергнуть схемы испытанию в огне экспериментальных данных (позволю себе скромно добавить — и клинических). Надо однако сознаться, что приведенное сопоставление оказалось довольно пестрым, и если в одних местах (стр. 35) авторы сами признаются, что вопрос мало разработан, то в других местах (стр. 24) трудно согласиться с их категорическим мнением, что «эти данные достаточно убедительно говорят за себя и заставляют сделать окончательный вывод, что повышение одной рассматриваемой железы ведет к усилению инкретии другой и обратно». На самом деле это тем менее убедительно, что факты, приводимые авторами на других страницах книги, не менее убедительно говорят против такой точки зрения. В частности авторы довольно равнодушно относятся к тому (стр. 45), что опыты совершенно противоположного характера (кормление щитовидной железы или ее удаление) дают одни и те же результаты. Единственное объяснение, которое они находят — то, что генераторный эпителий в своей деятельности не находится в связи и подчинении с нервной системой, и что связь

тут идет помимо нервной системы, прямо через обмен всего организма. Так ли это? Можно привести сколько угодно фактов, доказывающих противоположное.

Подробной критике данных, приводимых авторами, я посвящу особую работу. Сейчас укажу только на те возражения, которые авторы делают *самим себе* по поводу моей схемы. Я говорю «самим себе», ибо они местами приписывают мне то, чего я не говорил, а затем возражают против своих же возражений. Так, напр., на стр. 54 они уверяют, что я, как и Белов, «неволью спускаюсь на признание прямой связи в выделительном аппарате, забывая, что связь эта не прямая, а косвенная; они уверяют далее, что по нашему мнению, «если возникает повышение функций в одной железе, то должно возникнуть такое же повышение в другой, третьей, четвертой и т. д. и обратно: при понижении функции в любом выделительном органе все другие орг. также должны понизить свою деятельность». Во 1-х, я не забывал никогда, что связь может быть не только прямой, но и косвенной; наоборот, авторы упустили из виду те случаи, когда связь несомненно прямая. Достаточно, однако, взглянуть на мою схему на стр. 20 разбрасываемой брошюры, чтобы убедиться, что две основные группы желез (с одной стороны — придаток мозга, щитовидная железа и надпочечники, с другой — поджелудочная железа, околощитовидные и половые железы) действуют друг на друга через посредство обмена веществ. Во 2-х, я никогда и нигде не утверждал, что повышение или понижение функции одной железы должно обязательно влиять на все остальные железы и никогда не отрицал возможности различных комбинаций, а также одномоментного усиления не только двух, но и нескольких органов. Поэтому совершенно неправильное указание, что «это уже схемой их не предусмотрено». Достаточно внимательно просмотреть как мою книгу «Болезни органов внутренней секреции», так и мою немецкую работу в руководстве Hirsch'a, чтобы убедиться, что авторы возражают не мне, а самим себе или какому-то третьему неизвестному лицу.

Неизвестно также, о каком авторе они говорят на стр. 59, что он считает свои схемы «прямо божественными, всемогущими, вездесущими и всеобъемлющими, пригодными и для клиники, и для физиологии, и для старика, и для мужчины, и для женщины». Здесь авторы тоже немного переборщили и приписывают другим то, чего те и не думали утверждать, а затем сами против этого возражают. Они спрашивают: «можно ли в настоящее время дать схему корреляции всех желез внутренней секреции, имеющихся в животном организме? На это нужно ответить честно — нет». По моему также честно можно ответить: *да*; на эту тему надо будет поговорить отдельно.

Если не считать этих немногих недочетов, то брошюра авторов, основанная на их собственных исследованиях и на литературе в 308 работ, большинство которых не только цитируется, но, судя по тексту, действительно принята во внимание авторами, можно сказать, выполняет давно чувствовавшийся недостаток. Отдельные недочеты ее, несомненно, будут исправлены авторами в их дальнейших работах, но даже и в настоящее время она будит мысль, наводит на размышление и указывает на необходимость дальнейших исследований в определенном направлении.

Проф. М. Я. Брейтман.

Behm, Karl. *Das Bettnüssleiden. Seine Behandlung und Bekämpfung. Auf Grund der Typenlehre u. des Ganzheitsbildes (Anthropognose)*. 46 Seiten. Leipzig. Verlag Leopold Voss. 1930. Preis RM 2. 50.

Среди детей, страдающих ночным недержанием мочи, автор различает 3 типа: 1. Дегенеративных детей (слабоумные или интеллектуально неполноценные); 2. Флегматичных детей (апатичные, медлительные и т. д.); 3. Невропаты (с повышенной возбудимостью, подверженные страхам и т. д.).

Лечение 2 последних типов детей, страдающих недержанием мочи, сводится к воспитательной суггестивной психотерапии. Метод лечения автора, который он назвал «антропогностическим», ничем по существу не отличается от известных методов лечения. Может быть, автор потому говорит об «антропогностическом лечении», что требует тщательного *целостного* изучения личности 6-го, а также вовлечение в лечение матери ребенка, которая получает соответствующие разъяснения и указания для разумного обхождения и воспитания ребенка. Но все это делается (особенно у нас в СССР) с большим успехом и без марки «антропоз» и «антропогностическое лечение».

Ив. Галант. (Ленинград).

Reichmann, Doris. *Gymnastik mit den Kleinsten*. Ein Lehrbuch der Säuglingsgymnastik. 63 Seiten. Verlag von Adolf Sponholz. Hannover 1930.

Здоровые грудные дети в возрасте от 4 до 12 месяцев, по мнению автора, нуждаются в гимнастике. Рекомендуются т. наз. „перетяги вообще“ (überdehnende) гимнастические упражнения ручек и ножек грудных детей; физиологическая гипертония мышц младенцев может благодаря таким упражнениям перетерпеть благоприятное действие. Далее приводятся с грудными детьми гимнастические упражнения туловищем, о пользе которых горячо отзывается проф. Виланд в Базеле. Эта книжка, обильно иллюстрированная рисунками, демонстрирующими гимнастические упражнения грудных детей, должна ободрить тех советских читателей, которые задаются мыслью о возможности политехнического воспитания детей младших возрастов. Будем надеяться, что эта интересная книжка по политехническому воспитанию младших детей будет переведена с соответствующими советскими дополнениями и издана Госиздатом.

Ив. Галант. (Ленинград).

Eliasberg, W. *Das schwierige Kind*. Verlag Gmelin, München 1931. 96 Seiten.

Проблема трудновоспитываемого ребенка, как известно, стоит в центре внимания советской педологии. Эта проблема в изложении Е. теряет, однако, для советского читателя всякий интерес. Книжка в первой своей части („Дети в своем мире и в мире взрослых“) навеяна идеалистической философией, а в практической своей части она признает Фрейдовский психоанализ во всем его объеме, а об Адлеровской индивидуальной психологии говорит, что для нее ребенок это „расчетливый homo oeconomicus“. Книга заканчивается казустикой.

Ив. Галант. (Ленинград).

Рефераты.

а) Болезни сердца и легких.

46) Т. К. Richards, наблюдая сердце людей, занимающихся атлетикой (The Journ. of the Americ. Medical Associat. 1930, v. 94, № 25), делает попытку выявить причину коллапса, наступающего в течение или в конце тяжелого упражнения. Клинически приступок проявляется полным истощением, невозможностью дышать полной грудью из-за недостатка воздуха, болью в животе. Больной лежит согнувшись, крепко сжимая руками живот. Пульс частый, плохого качества; часто бывает тошнота, нередко рвота, в редких случаях — потеря сознания. Изучая рентгеновские снимки сердец атлетов до и после бега, автор нашел уменьшение поперечного диаметра сердец после бега в среднем на 0,67 см. У лиц, участвующих в бегах много лет, уменьшение поперечного диаметра нередко достигало 2,5 см. У атлетов, находящихся в коллапсе, кроме контратуры сердца замечалось значительное уменьшение систолической экскурсии. С исчезновением коллапса экскурсии делались больше, и через час или больше сердце принимало вид остро дилатированного органа. Известно, что судорога поперечно-полосатых мышц наступает при излишке в них молочной к-ты; увеличение содержания в крови углекислоты освобождает молочную к-ту и прекращает судороги. Возможно, что уменьшение сердца атлетов, особенно при коллапсе, является в своем роде мышечной судорогой. Картина коллапса зависит от анемии мозга; не служит ли она методом защиты организма против опасности перенапряжения.

В. Ж.

47) A. Human a. A. Parsonnet (The Journ. of the Americ. Medic. Assoc. 1930, 94, № 21) различают воспалительные и дегенеративные процессы в сердце, называя вторые миокардозами. Первые возникают при острых инфекциях, нарушениях метаболизма, дисфункции эндокринных желез, прямой травмы сердца и имеют все признаки воспаления. Признаки же миокардоза появляются внезапно, среди полного здоровья у лиц от 35–51 г. Симптомы его: одышка, тяжесть позади грудины, желудочно-кишечные расстройства, бессонница, легко наступающая мышечная усталость. При резких степенях дегенерации коронарных сосудов возникают приступы стенокардии вплоть до картины тромбоза и закры-

тия коронарных сосудов, в последнем случае развивается инфаркт и присоединяется до того отсутствующее воспаление. При обширном инфаркте присоединяется перикардит, повышается t^0 , появляется лейкоцитоз. Прогноз миокардоза зависит от возраста больного: больной на исходе 30 л. и в начале 40 л. часто гибнет при первом приступе стенокардии; пат.-анатомические изменения незначительны или отсутствуют. Болезнь у 40-летних длится несколько месяцев или немного лет; пат.-анатомически находят изменения сосудов и явления миофиброза. Прогноз в 60—70 л. лучше; пат.-анатомически находят изменения сосудов, значительный миофиброз, инфаркты; аневризмы сердца, рубцы и обызвестчения. Клинические симптомы при этом могут быть относительно мало выражены. В. Ж.

48) В. А. Schwartze, изучая *ревматические заболевания сердца* (The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1930, v. 94, № 12), приводит результаты обследования 58 сл. болезней сердца; из них 40 ниже 16 лет, 12—между 16 и 35 и 6 более 35 лет. У половины всех обследованных в анамнезе отмечен острый ревматизм—средней продолжительностью в 7 нед. Половина этих ревматиков имела один или более приступов до 13 лет. Из неимевших острого ревматизма у 17 отмечено несколько приступов болезней горла, у 8—болезни роста, у 5—хорея. У 25 из 58 произведена тонзиллэктомия. При исследовании отмечено преобладание плохого питания и caries зубов. Со стороны сердца у 51 поражен митральный клапан, у 3—аортальный, у 1—аортальный и митральный. Из 51 у 36 отмечена недостаточность клапана, у 7—стеноз отверстия, у 6—и то, и другое. Всех больных автор делит на 2 группы: 1) с благоприятным прогнозом и 2) с повторяющимися приступами ревматизма, кончающиеся летально. С социальной стороны такое деление необходимо, чтобы все внимание обратить на больных с благоприятным прогнозом. В. Ж.

49) A. S. Human (The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1930, v. 94, № 15) сообщает о 9 сл. *грудной жабы, осложнившейся инфлюэнцей* (из 412 сл.) в период с 1925 по 1929 г.г. Все 9 больных от 41—61 года; из них 3 женщины, 6 мужчин; приступ инфлюэнцы длился 2—6 дней; первый приступ грудной жабы следовал на 10—34-ый день после выздоровления. Взаимоотношения между длительностью и тяжестью инфлюэнцы, с одной стороны, и началом и исходом грудной жабы, с другой стороны, не было. Из 9—трое умерло; один во время первого приступа, второй—во время второго, третий—во время третьего приступа. Первые 2 из трех в предыдущем имели сердечно-сосудистые заболевания; из 9 пять их не имели, у одного наблюдалось повышенное кровяное давление за несколько лет до болезни. Болезнь сердца доказана замедлением проводимости на электрокардиограмме. Терапия: внутривенное вливание декстрозы, иногда вместе с соединением теофиллина или теобромина. В. Ж.

50) David a. Smith (The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1930, v. 94, № 1) указывает, что кроме вторичного заболевания бронхов и легких при Винцентовой ангине встречается иногда *первичное заболевание легких фузоспирохетозом*. Так, в случаях авторов мокрота была густой, зеленого цвета, гнойной, без запаха—содержала веретенообразные палочки, спирохеты типа Vincent's и Treponema microdentium, белый стафилококк, гемолитический и негемолитический стрептококк и грамотрицательные газобразующие микробы. Прививка мокроты гвинейским свинкам вызвала образование гнойников с такой же флорой, как в мокроте больного. Клинически фузоспирохету легких смешивают с тб. Болезнь протекает в форме гангрены, абсцесса легкого, изъязвления бронхов, лобарной—лобулярной пневмонии, эмфиземы. Многие случаи кончаются быстрым выздоровлением, другие—летально. Терапия—внутримышечное или внутривенное вливание неарсфенамина или сульфарсфенамина. Для достижения лучшего эффекта следует начинать лечение возможно раньше, когда не произошло большое разрушение легочной ткани. В. Ж.

б) Невропатология и психиатрия.

51) Основатель „инфекционной терапии“ Wagner-Jauregg указывает (Wien. med. Woch., № 34, 1931) на большое *профилактическое значение* неспецифического *малярийного лечения прогрессивного паралича*. Известно, что в 100% у паралитиков реакция Вассермана положительна. Кандидатами на прогрессивный паралич являются т. о. те люэтики, у которых liquor по истечении 2-ой стадии сифилиса все же дает положительную RW. Эти люэтики при

дальнейшем специфическом лечении в латентном периоде упорно дают положительную RW. Отсюда легко заключить, что эти кандидаты прогрессивного паралича должны быть подвергнуты малярийному лечению профилактически. Автор возлагает большие надежды на профилактическое лечение прогрессивного паралича. Он так заканчивает свою статью: „Самые больше надежды мы возлагаем не на куративное, а на профилактическое лечение п.п. Судьба люэтиков находится поэтому в руках практического врача и специалистов сифилидологов. После того как психиатр показал правильный путь (разумеется к профилактическому лечению п.п.) пусть он не огорчается, если в одно прекрасное утро у него не окажется больше паралитиков для лечения“.

Ив. Галант (Ленинград).

52) До сих пор объясняли действие малярийного лечения при прогрессивном параличе следующим образом. Одни авторы допускали, что высокая температура убивает спирохет, другие полагали, что вызванные малярийными плазмодиями иммунные тела обезвреживают спирохет, и, наконец, третьи выражают мысль, что благодаря действию лихорадки пропускаемость менингов и сосудов повышается и применяемые антилюэтические средства легче проникают к заболевшим местам п. н. с. Все эти объяснения лечебного действия малярийной лихорадки при п. п. не удовлетворяют Са р б о (Wiener klin. Wochenschrift, № 33, 1931).

Загадку лечебного действия малярии на прогрессивный паралич Са р б о разгадывает так. Инфильтрация плазматическими клетками (Plasmazelleninfiltration) лимфатических оболочек (Lymphscheiden) сосудов коры головного мозга образует вступительный процесс (einleitender Prozess, собственно «начальные явления») при прогр. параличе, причем эта инфильтрация является реакцией на спирохет осевших в этих же самых лимфатических оболочках. Мы знаем, что малярия «посылает» свои плазмодии в те же самые капилляры коры головного мозга, в которых находятся спирохеты. Эти капилляры мозга, содержащие в эндотелии малярийный пигмент, переполнены избыточной паразитами кровью. Следует полагать, что искусственное лечение малярией действует в силу того, что при этой искусственно привитой малярии плазмодийные эмболии образуются в тех самых капиллярах мозга, в которых при прогрессивном параличе находятся спирохеты. Настоящее действие этих местных плазмодийных эмболий состоит в том, что они, с одной стороны, отнимают у спирохет питательную почву, с другой стороны поддерживают защитные силы паралитического организма в его борьбе против спирохет. В большинстве случаев погибают при этом не все спирохеты, почему необходимо нужно применить вслед за малярией спириллоцидный сальварсан.

Ив. Галант (Ленинград).

53) Walther указывает (Schweizerische med. Wochenschrift № 29, 1931), что с 1924 по 1931 г. в психиатрической клинике Вальдау в Берне (Швейцария) были подвергнуты лечению малярией 33 прогрес. паралитика. Из них 14 могли быть выписаны с улучшением, у 13 получилось благодаря лечению малярией улучшение, но не в такой степени, чтобы их можно было выписать из клиники; в 3 случаях лечение оказалось безрезультатным, а 3 паралитика умерли во время и вследствие лечения малярией. — Из всех пирогенных методов лечения (Recurrens, Sokodu, Sargovitan, Pyrifur, Sulfosin и т. д.) автор считает малярию избранным методом лечения, не обосновывая впрочем в достаточной мере это свое утверждение.

Ив. Галант. (Ленинград).

54) Gräshiger, практический врач (не психиатр) в Трюббахе (Швейцария) приводит (Schw. med. W. № 24, 1931) генеалогические таблицы 66 фамилий (в 4 поколениях), отдельные члены которых (числом 1357) все ему хорошо известны. Среди этих 66 фамилий нет таких, в которых не встречались бы душевные заболевания. Отсюда автор приходит к заключению, что практически нет людей, которые бы вовсе не были бы в той или другой мере наследственно отягощены и, следовательно, наследственная отягощенность сама по себе не может быть препятствием ко вступлению в брак. Автором было установлено, что психически здоровые партнеры в среднем производят на свет всего только $\frac{1}{3}$ меньше психически ненормальных детей чем партнеры, из которых один является душевнобольным. Впрочем, автор за редкими исключениями не привлекался вступающими в брак для освидетельствования своего здоровья и для получения „консенса“ на брак. В тех немногих случаях, где автор, будучи консультирован партнерами, не советовал вступления в брак, „сила любви брала верх над его советом“.

Ив. Галант. (Ленинград).

55) Modern F. S. Encephalopathia thyreotoxica. «Klinische Wochenschrift», № 29, 1931. Эта описанная Вюлленвебером (Wüllenweber) картина заболевания известна в Америке как тиротоксические кризы (thyrotoxic crises). Терапевтически применяется раствор Люголя. *Ив. Галант.*

56) Известный своими социально-политическими и социально-гигиеническими сочинениями немецкий психиатр Роберт Зоммер (Sommer Robert. Ueber das Anfireten bewegter Körper im menschlichen Blutserum nach Elektrolyse. Z. Neurol. Bd. 131. H¹/₃. 1930) производил опыты с электролизом крови, при этом установил, что если при электролизе крови средней жидкостью (Zwischenflüssigkeit) является argentum nitricum (Ag NO_3), то при действии гальванического тока от 0,5 до 2m в течение $\frac{1}{2}$ —2 часов в жидкости анода появлялись в большом количестве весьма подвижные, маленькие черные тельца, ясно отличимые от неподвижных кровяных шариков. Если средней жидкостью являлась другая, а не AgNO_3 , напр., Kalium nitricum, то электролиз крови не давал этих самых подвижных телец. Зоммер публикует свои наблюдения, как предварительное сообщение, т. е. ему самому еще не удалось выяснить характер этих подвижных телец: имеем ли мы здесь дело с Брауновскими молекулярными движениями (Brownische Molekularbewegungen) или же с биологическим явлением, возникающим при вполне определенных химических условиях электролиза кровяной сыворотки. Зоммер призывает к работе над электролизом крови в надежде, что усердная работа многих авторов поможет выяснению вопроса. *Ив. Галант.*

57) Michels сообщает («Deutsche med. W.» № 37. 1930), что лучшим медикаментозным средством при эпилепсии является *люброкаль*—препарат, в состав которого входят люминал и бром. Эмпирически было установлено, что лечение люминалом и бромом, определенно конъюгированными, лучше и эффективнее действует, чем лечение только бромом или только люминалом. Длительное лечение эпилепсии люброкалем дало вполне удовлетворительные результаты и не сопровождалось побочными вредными действиями на организм.

Ив. Галант. (Ленинград).

в) Новообразования.

58) P. C. Busey сообщает о случае *хондромы межпозвоночного хряща* (The Jour. of the Americ. Medic. Assoc. 1930, 94, № 20), оказавшейся фиброхондромой, исходившей из хряща 3—4 поясн. позвонков и сдавливающей конский хвост. При удалении опухоли явления сдавления мозга исчезли. В литературе описано вместе со случаем автора всего 16 подобных случаев; из них 9 исходили из шейных, 3 из грудных и 3 из поясничных хрящей. В одном из случаев Adson'a было 2 рецидива опухоли. Литература указана Valentin'ом (Beitr. Z. klin. Chirurg 85, 124—130, 1913). *В. Ж.*

Хроника.

65) *Постановление Комиссии исполнения при СНК РСФСР о выполнении постановления СНК РСФСР от 18 августа 1931 г. о медико-санитарном состоянии Магнитогорского строительства.*

Заслушав доклад зам. наркомздрава РСФСР т. Мухина и доклад НКРКИ РСФСР тов. Трилиссер о выполнении постановления СНК РСФСР от 18 августа с. г. о медико-санитарном состоянии Магнитогорского строительства, Комиссия Исполнения считает установленным, что перелома в деле улучшения санитарного состояния строительства не достигнуто:

НКЗдравом и отдельными организациями хотя и проделана в августе и сентябре значительная работа по оздоровлению санитарного состояния Магнитогорского строительства, но НКЗдрав не развил достаточных темпов в осуществлении постановления СНК РСФСР, не организовал действительного контроля за осуществлением хозяйственниками санитарного минимума и не мобилизовал широкой рабочей общественности на борьбу за проведение санитарно-оздоровительных мероприятий. Управлением строительства не выполнено постановление СНК РСФСР от 18 августа: не закончено строительство рабочих барачков, больничного городка, столовой кухни и детской консультации; недопустимо медленно проводятся ре-

монт и отопление существующих барakov; не проводится ремонт уборных, выгребных ям, мусорных ящиков; не обеспечена бесперебойная работа станции хлорирования; не налажен до сих пор ассенизационный обоз; не выполнено постановление правительства об обеспечении медперсонала жилищной площадью.

Все это свидетельствует о недооценке руководством управления строительством как хозяйственного, так и политического значения мероприятий по улучшению санитарного состояния Магнитогорского строительства.

Отметить, что „Рабочая газета“ правильно и своевременно заострила внимание общественности Магнитогорска на всех этих вопросах.

1. Комиссия Исполнения обязывает управление Магнитогорского строительства под личную ответственность т. Гугель не позднее 15 ноября провести следующие мероприятия:

а) закончить ремонт и отопление старых барakov с обязательной оштукатуркой их изнутри и снаружи, а также строительство новой сети бань и прачечных;

б) увеличить пропускную способность изопропункта и обеспечить своевременную обработку всех вновь прибывающих рабочих и их семей;

в) закончить строительство больничного городка, молочной кухни, детской консультации;

г) передать немедленно изопропункт в ведение магнитогорского горздрава;

д) обеспечить топливом больничные помещения, „титаны“ и кипяильники.

е) немедленно расширить ассенизационный обоз, доведя количество бочек до необходимого минимума;

ж) немедленно провести ремонт выгребных ям, уборных и мусорных ящиков;

з) организовать непрерывную работу станции для хлорирования питьевой воды до окончания постройки водопровода;

и) немедленно передать помещение яслей горздраву для использования их по прямому назначению;

к) выполнить постановление СНК РСФСР от 18 августа с. г. об обеспечении жилой площадью врачебного и среднего медицинского персонала;

л) выделить персонально ответственных лиц за проведение санитарных мероприятий, опубликовав их фамилии в местной печати.

2. Комиссия Исполнения, принимая к сведению сообщение т. Мухина, что НКЗдравом во исполнение постановления СНК РСФСР от 18 августа с. г. направлено на строительство 54 врача, обязывает НКЗдрав не ослаблять своего внимания к санитарному состоянию Магнитогорского строительства и предлагает:

а) немедленно выслать для бактериологической лаборатории необходимые приборы для производства анализа;

б) обеспечить пропускную способность изопропункта с таким расчетом, чтобы охватить санитарной обработкой всех вновь прибывающих на строительство как рабочих, так и членов их семей в первый же день их прибытия;

в) увеличить детский прием в амбулаториях и всех заболевших детей подвергать немедленной госпитализации.

3. Обязать уральский облздрав и магнитогорский горздрав:

а) установить действительный контроль за качеством продуктов питания и в декадный срок охватить врачебным наблюдением все столовые, прикрепив к ним врачей;

б) организовать широкую рабочую общественность на борьбу за санитарную чистоту и немедленно подвергнуть обязательной госпитализации всех заболевших эпидемическими заболеваниями.

4. Обязать магнитогорский горисполком в декадный срок произвести очистку всех участков строительства, оставшихся необработанными в санитарном отношении.

5. Просить СНК РСФСР обязать ВСНХ Союза обеспечить строительство немедленной посылкой труб, моторов и насосов для новой водоносной станции.

6. Заслушать в Комиссии Исполнения 1 декабря с. г. доклад Магнитогорского строительства и магнитогорского горисполкома о жилищно-бытовом и социально-культурном обслуживании рабочих строительства.

Председатель Комиссии Исполнения при СНК РСФСР *Д. Сулимов*.

За секретаря Комиссии Исполнения

при Совете народных комиссаров РСФСР *Н. Моржеседов*.

Москва, Кремль.

27 октября 1931 г. № 37.

66) ЦК РОКК *отправлен на Магнитострой банно-прачечный поезд* для обслуживания передвигными баней, прачечной, сушилкой и дезинфекционной камерой магнитогорских рабочих. Поезду дано задание немедленно приступить к массовому санитарному обслуживанию рабочих Магнитостроя. В составе поезда 10 агрегатов, дающих возможность обслужить всех рабочих баней, тут же продезинфицировать одежду и выстирать белье. Весь поезд оборудован на средства РОКК и укомплектован рокковским персоналом: врачами, сандружинниками и дезинфекторами.

67) В осенний прием (к 1 октября) 1931 г. в Казанский мединститут принято 387 студентов, из коих 48% членов ВКП(б) и ВЛКСМ; рабочих и их детей—28%, батраков и колхозников—27%, крестьян-единоличников—37%. Таким образом рабоче-крестьянский сектор равен 83%. Мужчин принято 31%, женщин—69%. Татар 149 чел. Вместе с принятыми в апреле-мае 1931 г.—110 студентами на 1 курсе Казанского Мединститута состоит теперь 500 чел., распределенные на 17 учебных групп, из коих 8 групп (около 260 чел.) состоят на лечебно-проф. факультете, причем одна группа на стоматологическом отделении, 3 группы (около 90 чел.) на факультете ОММ и ОЗД и 2 группы (около 80 чел.) на санитарно-проф. факультете и 3 группы (83 чел.) на вечернем факультете. Коренизированных групп на 1 курсе (где преподавание ведется на татарском языке)— три: 2 на леч. фак. и 1 на фак. ОММ.

68) В настоящее время вышел из печати учебно-производственный план Казанского мединститута на 1931/32 г. (Вып. 2—4 Работ Каз. мединст.). План содержит программы всех предметов по всем факультетам, программы производственной практики, годовое расписание занятий по курсам и группам, расписание всех общественных заседаний, план научно-исследовательских работ, важнейшие моменты плана пятилетнего развития института. В программах, составленных применительно к лабораторному методу, план точно учитывает бюджет времени студента: время вводных бесед, книжной проработки, время демонстраций, практикума студентов, время для заключительных и проверочных бесед и т. п. по каждому отдельному занятию. Выпуская печатные конкретные программы, учебная часть Мединститута имеет ввиду реально до сведения каждого студента и преподавателя. Учебная часть не считает выпущенные программы окончательно проработанными, понимает, что они еще полны всякого рода дефектов, и думает, что лишь коллективная мысль преподавательско-студенческого коллектива на основе практики текущего учебного года сможет выправить те недостатки, которые в них имеются, но что продуктивная работа коллектива возможна только, если каждый преподаватель и студент будет иметь и знать конкретные наброски программ. Дальнейшая разработка программ будет продолжаться Мединститутом весь текущий 1931/32 уч. г.

69) 19-го сентября в Москве состоялось совещание по мед. журналам при Медгизе. Обсуждался вопрос об очередных задачах, стоящих перед медицинской печатью в связи с постановлением ЦК ВКП(б) о технической пропаганде, об увязке журналов с очередными задачами здравоохранения и о сети Медгиза в 1932 г. Журналы должны помнить, что их задачей является не просто программа медицинской теории, а теория, увязанная с практикой, с проблемами социалистического строительства здравоохранения. Между тем отмечается, что медицинская печать очень медленно реагирует на политические проблемы; в журналах установилось крайне непропорциональное отношение в отведении мест статьям общественного здравоохранения и статьям клиническим. Задачи социалистического здравоохранения растут с каждым днем, а материал по этим вопросам в журналах совершенно недостаточен.

Медгиз предполагает с 1932 г. выпускать два новых журнала: журнал «За колхозный быт» и другой (название еще не определено) за быт рабочего.

70) 20 октября в Сталино (Донбассе) состоится съезд по изучению травматизма в угольной индустрии. Среди программных вопросов имеются след. темы: 1) травматизм и национальная экономика, 2) статистика несчастных случаев, 3) человек, как фактор травматизма, 4) борьба с травматизмом в Донбассе, 5) механизация производства и травматизм, 6) роль подземных медотрядов в борьбе с травматизмом и др.

71) В Государственном центральном кожно-венерологическом ин-те НКЗ для связи с областными институтами, диспансерами и колхозными врачами организовано бюро заочной консультации и библиографический кабинет, ко-

которые будут давать письменные ответы на все вопросы практического, научного и библиографического характера по социальной, клинической и экспериментальной венерологии и дерматологии. Для консультации использованы все научные силы института.

Все запросы надлежит адресовать на имя ассистента С. М. Гитмана, Москва, Б. Грузинская, 10, Государственный Центральный Кожно-Венерологический Институт.

72) Из 78 признанных Правительством *врачебных школ* в Сев.-Америк. Соед. Штатах только одна—St. Thomas College в Манилле на Филиппинах имеет 896 студентов и лишь немногие другие больше 500 студ. В 1930 году получило врачебный диплом в С.-А. С. Ш. всего 204 женщины; число *выпускаемых женщин-врачей с каждым годом уменьшается*: специальная женская медицинская школа в Филадельфии имеет всего 116 студентов и выпустила в 1930 г. лишь 14 женщин-врачей.

73) В Англии в 1931 г. на 38 мил. жителей насчитывается 55291 врач, на 421 врача больше, чем в 1930 году. В Германии на 64 мил. жителей насчитывается 49974 врача.

74) На последнем годовом собрании Комиссии по образованию и регистрации врачей в Чикаго F. C. Waggoner предложил *обязать всех врачей проходить раз в каждые 5 лет курсы усовершенствования*, устраиваемые Americ. Med. Assoc. Не выполнявшие этого исключаются из списка врачей.

75) Современный *экономический кризис в буржуазных государствах резко отражается и на высшей школе*. Так, в Германии плата за учение студентов повышена с 85 до 100 марок в семестр, а зарплата ассистентов уменьшена с 330 до 230 марок в месяц.

76) *Экономический кризис в Германии* все более дает себя чувствовать в области здравоохранения. Вследствие недостатка средств для ремонта *закрывается всемирно известная хирургическая клиника в Берлине*, которой руководил Langenbeck, затем Bergmann и во главе которой в настоящее время стоит Bieg, которого должен был заменить, за выходом его в ближайшее время в отставку за выслугой лет, проф. Sauebergsh. Закрывается в Мюнхене громадная больница на 900—1000 коек на правом берегу Изара, обслуживавшая большую часть города.

77) *Съезд немецкого педиатрического общества* в сентябре 1931 года в Дрездене *выпустил следующее воззвание, характеризующее степень экономического кризиса в Германии*. «С большой озабоченностью смотрим мы, детские врачи, на будущее немецкого народа. Уже теперь в Германии и Австрии оказывается то же положение, что и в худшие годы блокады: общее истощение, недостаточная устойчивость против болезней, увеличение туберкулеза. Вследствие экономического обнищания число детей падает, да и остающаяся их часть сильнее всего задержана в их развитии. И при этом еще неужели должны закрыться и те немногие, заботливо организованные учреждения, которые принимали больных и слабых детей? Неужели должны еще закрываться детские больницы, а больные дети преждевременно выписываться из больницы. неужели нужно уменьшать еще число учреждений, заботящихся о детях? Общество педиатров не может молчать. Мы предупреждаем об опасностях, которые угрожают жизни и здоровью наших детей, и выражаем решительный протест против беспланового ограничения посещения о детях. Мы понимаем, что экономия необходима, но не за счет детей, которые составляют будущее нашего народа».

78) *Нобелевская премия по физиологии и медицине присуждена в текущем году проф. Otto Warburg'у* за открытие дыхательного фермента. Учение Warburg'a имеет большое значение при изучении рака. О. Warburg'у уже раньше были присуждены премия Nordhoff-Jung'a за лучшую работу в области изучения рака и недавно Schneider'овская премия и золотая медаль Вюрцбургского университета за работу того же направления.

79) В 1930 году на всем земном шаре числилось 2 миллиарда 14 миллионов жителей, на 200 миллионов больше, чем в 1920 году. Наибольшую густоту населения имеет Европа: 48,44 жителя на 1 кв. км., в Азии—25,96 жит. на 1 кв. км., в Америке—5,74, в Африке—4,84, Океании—1,11. Китай—самая населенная страна: 474418000 жителей и 42,8 жит. на 1 кв. км.

80) 13 сентября умер известный Московский венеролог проф. В. В. Иванов. В. В. Иванов родился в 1873 г., занимался у Neisser'a, Уппа, Жа-

dossohn'a, Fournier, Darre. Его работы касались главным образом сифилиса, кожного туберкулеза и лепры. Был почетным членом Московского О-ва венерологов.

81) 5 октября умер проф. судебной медицины П. А. Минаков, родившийся в 1865 г. До последнего времени П. А. Минаков руководил кафедрами судебной медицины 1-го и 2-го Московских Мединститутов. П. А. оставил многочисленные труды не только по судебной медицине, но и по антропологии; много у него было также статей литературного публицистического характера.

82) 24 октября умер один из старейших Московских профессоров-медиков, доктор наук honoris causa Дублинского университета проф. гинекологии А. П. Губарев, родившийся в 1855 г. Перенес в 1922 г. апоплексию, А. П. уже давно отошел от преподавательской деятельности, но продолжал научную работу. А. П. опубликовал свыше 100 научных трудов, а его руководства „Медицинская гинекология“, „Акушерские исследования, наружные и внутренние“ вышли во многих изданиях.

83) 4 октября скоропостижно скончался 61 года первый ординарный профессор социальной гигиены в Германии Alfred Grotjahn.

84) Скоропостижно умер знаменитый Венский невролог К. von Есопомо (55 л.). Есопомо принадлежит к наиболее выдающимся современным неврологам. Его работы по архитектонике мозга, (знаменитый атлас Есопомо-Koskinas), работы о сие широко известны во всем мире. Ему принадлежит также честь первого описания эпидемического летаргического энцефалита (доклад в Венском о-ве невроп. и псих. 17 июля 1917 года).

85) Умерли: 1) в Киеве проф. психиатрии В. М. Гаккебуш (51 г.), 2) в Москве завед. санитарно-статистическим бюро Москздрави известный врач-статистик С. М. Богословский, 3) Парижский офтальмолог проф. A b a d i e (90 л.), 4) известный физик проф. E. W a r b u r g (86 л.).