

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Краевой медицинской ассоциации Татареспублики.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

1931 г.

(Год издания XXVII)

№ 11—12

НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ

КАЗАНЬ.



Письмо тов. Сталина „О некоторых вопросах истории большевизма“—есть программа действия для медицинской прессы.

Многие коллективы рабочих и служащих, научных работников, партийные и непартийные обсуждают письмо тов. Сталина в редакцию журнала „Пролетарская Революция“ по вопросу об извращенных историях большевизма, о фальсификаторах-историках и о гнилом либерализме редакции, допустившей дискуссию с фальсификаторами истории нашей партии.

Тов. Сталин в этом письме указывает, что „историки“ и „литераторы“ из ряда троцкистских контрабандистов стараются проводить свою контрабандную работу пока что по двум линиям: Во-первых, они стараются доказать, что Ленин в период перед войной недооценивал опасность центризма, при этом предоставляется нескрупулезному читателю догадываться, что Ленин, стало быть, не был еще тогда настоящим революционером, что он стал таковым лишь после войны, после того как „перевоеоружился“ при помощи Троцкого. Во вторых, они стараются указать, что Ленин не понимал необходимости перерастания буржуазно-демократической революции в революцию социалистическую, что он понимал необходимость такового перерастания лишь после войны, после того как он „перевоеоружился при помощи Троцкого“.

Только ли для теоретического фронта истории большевизма имеет значение этот большевистский документ, поднявший вопросы истории партии и задачи ее изучения на огромную высоту?

Мы должны признать, что проблемы, поставленные т. Сталиным в этом письме, имеют актуальнейшее значение для всего теоретического фронта, во всех областях науки—эти проблемы имеют актуальнейшее значение для всей практики социалистического строительства.

Ц. О. нашей партии „Правда“ в передовой от 9/VI 31 года указывает, что „всякое пренебрежение к вопросам теории, всякая недооценка борьбы на теоретическом фронте в нынешних условиях ведет не только к складыванию оружия перед классово-враждебной идеологией. Оно тем самым прокладывает дорогу оппортунизму, на практике срывающему темпы нашего социалистического строительства“.

Фронт медицины не занимает исключительного положения. Проведенная дискуссия на фронте медицины показала, что, несмотря на значительные достижения по обслуживанию со стороны здравоохранения широких рабоче-крестьянских кадров, мы имеем взращения марксистско-ленинской позиции в медицинской теории, а также оппортунистическую практику некоторых звеньев здравоохранения. Проведенная дискус-

ления о неизбежном обоюдостороннем взаимодействии сопряженных процессов. Возражая Morgulis'у и Barkus'у, пришедшими к заключению, что при распаде сахара в крови, в отличие от процессов утилизации его мышечными и дрожжевыми клетками, фосфорная кислота не принимает никакого участия, профессор Энгельгардт указывает, что „это с точки зрения формально логического мышления вполне оправдываемое заключение, на самом же деле, совершенно неправильно. Мы здесь имеем ни что иное, как пример единства (состава эритроцитов), возникающего в результате взаимного компенсирования (проникновения) противоположных процессов... таким образом, то что Margulis и Barkus рассматривали, как результат статичности, на самом деле является результатом диалектической динамики... Сохранение постоянства состава живой клетки обеспечивается взаимной компенсацией противоположных процессов... Надо полагать, что в эритроците непрерывно и в аэробных условиях происходит распад лабильных соединений, но этот распад компенсируется одновременно происходящим, в результате протекающих в клетке процессов дыхания, новообразованием таких же нестойких соединений“.

К этой же теме возвращается проф. Энгельгардт и в 1931 году в статье, помещенной в Каз. мед. журнале в №№ 4—5 (стр. 496—500). Восхищаясь прекрасной увлекательной статьей проф. Самойлова, посвященной Hagwey'ю, он вместе с тем утверждает, что „мы знаем, что круговое движение лежит в основе бытия вселенной, от движения планет до вращения электронов в атоме“. И от себя добавляет, что „в приложении к биологии клетки последние годы принесли нам указания на то, что этот же принцип круговорота распространяется и на важнейшие химические процессы в клетке. опыты автора со сменой анаэробных условий на аэробные с полной несомненностью позволяют заключить, что мы действительно имеем дело с типичным круговым процессом“.

Автор заканчивает свою работу следующим образом. „Для меня не представляет почти никакого сомнения при совершенно универсальном распространении пирогосфата в клетках, что он выполняет некоторую определенную роль в них, и что превращение его в разных клетках следует по принципиально сходным путям... Но характер этих путей будет в основном один и тот же—это „замкнутые пути“ круговорота“.

В этой второй работе автор не говорит о диалектичности процессов, которые он наблюдал в 1930 г. Наоборот, мы имеем полную солидарность с проф. Самойловым. В свою очередь, проф. Энгельгардт, сам не замечая своей ошибки, быть может даже помимо своей воли, по неосведомленности в первую очередь понятия о движении материи скатился на механистические установки.

В „Диалектике природы“ Энгельс говорит, что, материя движется в вечном круговороте, но в таком круговороте, в котором „каждая отдельная форма существования материи—безразлично, солнце или туманность, отдельное животное или животный вид химическое соединение или разложение—одинаково проходяще и в котором ничто не вечно, кроме вечно изменяющейся материи и законов ее движения и изменения“. Для нас очевидно, что понятие о движении материи в вечном кру-

говороте, которое дано Энгельсом, не имеет ничего общего с „замкнутыми путями“ круговорота, которое дается Энгельгардтом. Во введении к „Антидюрингу“ Энгельс указывает, что „природа есть пробный камень диалектики и современное естествознание, представлявшее для этой пробы чрезвычайно богатый, с каждым днем увеличивающийся материал, тем самым доказало, что в природе, в конце концов, все совершается диалектически, что она движется не в вечно однородном, постоянном сызнова повторяющемся круге, а переживает действительно историю“.

Мы приходим к заключению, что проф. Энгельгардт очутился в плену чуждой марксизму-ленинизму теории „замкнутых путей круговорота“. Редакция не может не помочь проф. Энгельгардту в высвобождении его из-под власти чуждой теории по такому большому принципиальному вопросу.

Отражением реакционных установок автора является статья Ф. Д. Агафонова о распространении рахита среди детского населения гор. Казани. Автор приходит к выводу, что рахит бесспорно является социальной болезнью, широко распространенной среди детского населения, охватывающей более половины всех детей (по его данным 51,2%). Такой вывод должен был толкнуть автора на изучение этой проблемы в классовом разрезе, однако автор этого не делает. Ведь недостаточно говорить о социальном характере этого заболевания, от такой постановки не откажутся и буржуазные авторы. Его больше интересует „расовая проблема“ в этом заболевании. Констатируя, что общий % рахита среди татарских детей значительно выше, чем среди русских, он утверждает, что обстановка, окружающая ребенка, не имеет решающего значения на частоту появления рахита. Изучая квартирные условия у обследованных детей, он получил, что % рахита у детей татар, живущих в хорошей обстановке, почти равен проценту рахита у детей-татар, живущих в самых дурных условиях. Поэтому Агафонов приходит к выводу, что здесь, повидимому, играют роль расовые особенности, точно также, как и образ жизни“. На каком же основании автор приходит к такому ответственному выводу? Оказывается, на том основании, что он обследовал 769 детей татар и 3.514 детей русских. Не находит ли автор, что цифра 769 детей татар недостаточна для того, чтобы сделать вывод о роли расовых особенностей. Не интересуясь социальным происхождением детей, отвергая роль квартирных условий, не учитывая роли бытовых факторов и не анализируя их, он взваливает все на „расовые особенности“, полагая, вероятно, что татарское население в силу своих расовых особенностей, как нация менее полноценная в смысле здоровья, дает больший % заболевания рахитом. Мы знаем, что автор нам возражает, что он не сделал последнего вывода, что только „объективные“ цифры позволили ему сказать, что, повидимому, здесь играют роль расовые особенности. Насколько вредна и неправильна эта теория, будет дана отдельная и подробная статья.

Ограничимся только этими примерами, но это не значит, что в остальном журнале не были пропущены чуждые теории и теориейки.

Письмо тов. Сталина о борьбе с фальсификаторами истории большевизма, т. е. попытками протащить контрабандным путем троцкистские установки о борьбе с гнилым либерализмом на теоретическом фронте,

Понимается ли нами в должной мере это значение теории в нашей стране, которая дается Лениным, Сталиным и нашей Коммунистической партией в целом?

Отсюда и понятна та острота, с которой тов. Сталин реагировал на вреднейшие извращения и крупнейшие ошибки, которые были допущены в изложении теории нашей партии. „Что могло толкнуть редакцию „Пролетарской Революции“ стать на неправильный путь дискуссии с фальсификаторами теории „нашей партии“, ставит вопрос тов. Сталин и отвечает: „Я думаю, что на этот путь толкнул ее гнилой либерализм, имеющий теперь среди одной части большевиков некоторое распространение. Некоторые большевики думают, что троцкизм есть фракция коммунизма, правда, ошибающаяся, делающая немало глупостей, иногда даже антисоветская, но все же фракция коммунизма... Едва ли нужно доказывать, что такой взгляд на троцкизм является глубоко ошибочным и вредным. На самом деле троцкизм давно перестал быть фракцией коммунизма, на самом деле троцкизм есть передовой отряд контрреволюционной буржуазии. Вот почему либерализм в отношении троцкизма, хотя бы разбитого и замаскированного, есть головоуныение, граничащее с преступлением, изменой рабочему классу“. Эта конкретная постановка борьбы с гнилым либерализмом на историческом фронте, ставит перед нашей редакцией журнала задачу борьбы с гнилым либерализмом в отношении чуждых теорий, проникающих в нашу медицинскую теорию и прессу, порой весьма замаскированно, под прикрытием „объективного толкования“ фактов и „статистических выкладок“. Без сомнения, что часть этих чуждых теорий отражает реакционные устремления отдельных научных работников, но есть и часть тоже реакционных теорий, которые преподносятся по незнанию марксистско-ленинской теории. Если в подходе к критике этих авторов мы должны учитывать это различие, то в разоблачении этих чуждых теорий мы не должны допускать проявление гнилого либерализма.

Редакция Казанского междурнала в 1931 году имеет некоторые востихения в деле разоблачения явно буржуазных теорий, проникших нашу медицинскую теоретическую мысль, как-то: разоблачение буржуазной теории „Математика в медицине“, развиваемой д-ром Матвеевым, буржуазных установок, данных д-ром Батуниным по вопросу борьбы с проституцией в СССР, буржуазной теории Чельцовой о конституции канатчиков. Это было возможно потому, что враждебность этих теорий настолько очевидна и вопиюща, что не дать решительного отпора было бы уже не проявлением гнилого либерализма, а просто потерей классового чутья.

В борьбе же с чуждым „теориейками“, проникшими на страницы нашего журнала в замаскированном виде, редакция не имеет никаких заслуг и проявила гнилой либерализм. В данной статье приведем только два факта, иллюстрирующие либеральное отношение редакции, развернутая же критика этих теорий будет дана в ряде статей на страницах журнала в следующих номерах. Как пример чуждых теорий, проникающих в нашу прессу по неосвоению марксистско-ленинской теории, являются две работы проф. В. А. Энгельгардта. Одна из работ, опубликованная в Каз. междурнале в № 5—6, 1930 г., изучает процессы обмена веществ эритроцита под углом зрения диалектического представ-

сия и борьба на два фронта в медицине и здравоохранении вскрыли два анти-марксистских направления¹⁾ на естественно-научном и медицинском фронте.

1) Группа Обуха-Боголеповой, занимавшая вульгарно-механистические позиции и переносившая явно механистические концепции на разработку теоретических и практических вопросов Московского здравоохранения, проводила правый оппортунизм на практике.

2) Группа Левита, ставшая на позиции меньшевистствующего идеализма, допустившая целую систему грубейших политических и теоретических ошибок.

Обе эти группы игнорируют, не понимают и не признают роли Маркса, Энгельса и Ленина в том перевороте в области естествознания, который они совершили. Группа Обуха берет в основу своей платформы Ламарка, целиком принимает все его механистические концепции в биологии, механистически трактует вопрос о соотношении организма и среды, равным образом принимает все механистические положения Лесгафта, упрощено, вульгарно переносящего законы физики и механики непосредственно в биологию, на организм. Группа Левита во всех своих положениях целиком и полностью исходит из идеалистических позиций буржуазных авторов—неодарвинистов—Вейсмана, Пирсона, Сименса и др.

Помимо этих двух основных антимарксистских направлений на теоретическом и практическом фронте здравоохранения развивались взгляды и попытки обосновать, что социальное, ударничество, условия труда, 7-часовой рабочий день влекут за собой изношенность трудящихся, что имеется повышенная заболеваемость и т. д. Эти взгляды нашли место на страницах нашей медицинской печати, отражая реакционные силы в нашей стране.

Какую огромную политическую роль должна играть в направлении всей научно-медицинской и здравоохранительской работы марксистско-ленинская теория, можно понять из тех задач, которые стоят перед здравоохранением. Наркомздрав т. Владимирский на совещании врачей промышленных центров указал, что „не подлежит никакому сомнению, что медицина и здравоохранение приобретают на данном этапе значение не только фактора, помогающего культурному развитию страны, но вместе с тем являются одним из основных факторов социалистического строительства хозяйства страны, т. е. приобретают значение народно-хозяйственное“.

Можем ли мы разрешить народно-хозяйственную проблему в нашем Советском Союзе, не вооружившись революционной теорией? Тов. Ленин неоднократно подчеркивал, что не может быть революционной теории без революционной практики и наоборот, не может быть революционной практики без революционной теории. Тов. Сталин, в „Вопросах ленинизма“, указывает: „конечно, теория становится беспредметной, если она не связывается с революционной практикой, точно так же, как и практика становится слепой, если она не освещает себе дорогу революционной теорией“.

¹⁾ Тезисы бригады И. К. П.

должно стать программой действия для нашей медицинской прессы. Разоблачая чуждые теории, пытающиеся проникнуть на страницы нашей медицинской печати, ведя решительную борьбу на два фронта, повышая нашу бдительность к теоретическим установкам, которые даются в научных работах, освещая проблемы марксистско-ленинской теории, увязывая нашу теорию с практикой социалистического здравоохранения, мы поднимем дело здравоохранения на еще большую высоту.

Отдел I. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из отдела Экспериментальной невропатологии Государственного ин-та экспериментальной медицины в Ленинграде (заведующий А. Д. Сперанский).

К вопросу о „предрасположении“.

А. А. Вишневого.

(С 1 рис.)

Работы Сперанского и его школы¹⁾ показали нам, что в ряде случаев так называемые „местные процессы“ — воспаление, абсцесс, язва, опухоль — представляют из себя явления вторичные. Первоначально нервная система воспринимает какое-либо раздражение. В результате в ней самой начинает развиваться определенный патологический процесс, который и обуславливает дальнейшие проявления на периферии, в соответствующем месте организма, характерный для „местных процессов“ симптомокомплекс.

Экспериментальными данными нашей лаборатории устанавливается тесная связь указанных двух явлений. Выясняется роль нервной системы как в возникновении, так и в дальнейшем течении и судьбе местных патологических процессов. А раз так, то можно думать, что и то состояние животного организма, которое определяется понятием „предрасположение“ его к появлению местных процессов, также должно быть обусловлено нервной системой.

Почти всегда можно отметить, что среди группы животных, подвергающихся одним и тем же экспериментам, попадают отдельные индивидуумы, отвечающие появлением местных патологических процессов поразительно легко, даже на очень слабые раздражения. Особенно ясно это „предрасположение“ *выступает у животных, восстановивших свое здоровье после первого опыта с трофическими язвами*. „Они делаются неустойчивыми и гибнут от таких воздействий, которые другими, действительно нормальными животными, переносятся легко. При этом у них развивается „готовность“ отвечать на различные раздражения появлением трофических расстройств в виде язв и других воспалительных изменений *на местах их старых поражений*“ (А. Д. Сперанский). Эта „готовность“ в своем проявлении имеет много общего с той, которую наблюдал R. Magnus при изучении тонических рефлексов на децеребрированном препарате. Он указывает, что если по тем или иным причинам тело животного не получило еще нормального положения, (т. е. не получилась еще очередная тоническая реакция), то все-таки имеется готовность к этому положению, так что раздражители, нормально вызывающие обратную реакцию, все равно будут ли они слабы или сильны, теперь вызовут стоящую на очереди реакцию положения. Конечно, процесс, который происходит в нервной системе у животных, восстановивших свое здоровье после первого опыта с трофическими расстройствами и у децеребрированных собак, которых наблюдал R. Magnus, будет

¹⁾ Пигалев, Маненков, А. С. Вишневский, Пономарев и др.

различным, но состояние животного в целом будет совершенно одинаково, ибо и в том, и в другом случае *любой раздражитель вызовет всегда определенную ответную реакцию.*

Однако, на основании приводимых выше фактов, нельзя еще сделать окончательного вывода о правильности наших представлений относительно роли нервной системы в состоянии „предрасположения“. Правильность этих представлений могла бы получить экспериментальное подтверждение, если бы мы располагали животными, которые в результате некоторых воздействий на нервную систему, воздействий, заведомо вызывающих патологическое состояние ее, внешне остались бы совершенно нормальными. Эти животные на повторное раздражение, *нанесенное в любую точку их организма, должны ответить всегда определенными патологическими явлениями и при том в заранее известной области.*

Подобные эксперименты нам удалось осуществить и они дали положительный результат. Но прежде чем непосредственно перейти к изложению наших опытов, следует остановиться на описании одной операции и тех последствий, которые она вызывает у большинства оперированных животных, т. к. все это сыграло существенную роль в постановке разбираемого нами вопроса. Операция эта предложена проф. Сперанским и состоит в изолированном воздействии на *tuber cinereum* собаки.

Благодаря одному простому приспособлению удастся без всякого кровотечения подойти очень близко к области турецкого седла, не нарушая при этом целостности челюстей и скуловой дуги.

Так как связь гипофиза с турецким седлом очень слаба, то ее легко нарушить, а затем отделить гипофиз от стенки седла и вывихнуть его или сдвинуть вперед. Затем можно положить позади турецкого седла стеклянный шарик или полукольцо той или иной величины, и на него опустить мозг.

В результате такой операции шарик давит на задний отдел серого бугра (или *substantia perforata posterior*) и вызывает вдавление или „пролежни“ мозга. Повреждение, причиненное шариком, будет точно ограничено и легко доступно наблюдению (при вскрытии).¹⁾ Собаки, подвергающиеся таким операциям, в скором времени захварывают, причем у них наблюдаются как общие явления: падение веса, снижение температуры тела, повышение сахара крови, повышенная возбудимость, эпилептические припадки, так и различные местные трофические расстройства: кератиты, язвы, папилломы на слизистой рта, кровоизлияния в ткань легких и на слизистой кишечника, множественные абсцессы и проч. В результате всего этого собаки обычно погибают через 1—8 недель после произведенной операции. Здесь нам особенно важно отметить, что язвы всегда возникают сначала *в области иннервации nervi trigemini* и лишь затем на других частях тела, что же касается папиллом, то они наблюдались только на слизистой рта и десен.

Из работы д-ра Скобло видно, что у собак, которым была сделана операция изолированного воздействия на *tuber cinereum*, первые местные явления в виде язв появились в период от 2 до 14 дней, а папилломы от 5 до 10 дней со времени операции.

¹⁾ Подробности, касающиеся этой операции, интересующиеся ею могут найти в работе д-ра Скобло.

Однако, все описанные выше явления развиваются не у всех животных; некоторые из них остаются, по крайней мере внешне, совершенно здоровыми. Они быстро поправляются после операции, увеличиваются в весе, становятся веселыми и почти ничем не отличаются от нормальных неоперированных животных.

Вот на этих то, *кажущихся здоровыми животных*, мы и обратили свое внимание. А. Д. Сперанский высказал предположение, что их нервной системе нанесено определенное раздражение, „удар“, и хотя пораженная нервная система и проецирует патологический процесс на периферию, но „удар“ был недостаточен, почему и не проявился в видимой форме. И может быть, теперь достаточно какого угодно нового раздражения (2 й удар), *нанесенного в любое место организма*, чтобы сделать видимой реакцию первого раздражения. Таким образом, при случайном новом раздражении нужно ожидать развития той формы болезненного состояния, которая характерна для изолированного воздействия на *tuber cinereum*.

Лаборатория, к моменту постановки нашего эксперимента, располагала 3-мя такими собаками, у которых были произведены изолированные воздействия на *tuber cinereum* (первый удар) и которые, несмотря на это, оставались внешне совершенно нормальными в продолжении нескольких месяцев. В качестве вторичного раздражителя (2-ой удар) мы взяли кротонное масло, впрыскивая 2 капли его под ноготь передней левой лапы животного. Для увеличения действия кротонного масла на нервную систему проделывали извлечение цереброспинальной жидкости.¹⁾ Результаты наших опытов видны из приведенных протоколов.

Собака № 378. 4/IV—30 г. операция: на турецкое седло вокруг гипофиза положено стеклянное полукольцо. Животное после операции поправляется и живет в продолжение 7½ месяцев, оставаясь внешне совершенно здоровым.

24/XI—30 г. введено под ноготь вокруг его корня 2 капли кротонного масла и извлечено 10,0 цереброспинальной жидкости.

29/XI—30 г. Большая язва на месте введения кротонного масла и гангрена всего левого пальца. Извлечено 5,0 церебральной жидкости.

2/XII. На нижней губе слева появилась папиллома величиной с горошину.

5/XII. Извлечение спинно-мозговой жидкости. Папиллома увеличивается. В дальнейшем число папиллом увеличивается, появляются папилломы на верхней и нижней губе с другой стороны. Собака начинает худеть. На теле появляются множественные язвы. Смерть 14/II—31 г.

Собака № 392. 23/IV—30 г. Операция: на турецкое седло вокруг гипофиза положено стеклянное полукольцо, а также раздавлен *ganglion ciliare*. Животное после операции поправляется и живет в продолжение 7 месяцев, оставаясь внешне совершенно нормальным.

24/XI. Введено под ноготь вокруг его корня 2 капли кротонного масла и извлечено 7,0 церебральной жидкости. Через 1—1½ часа собака погибла, проделав ряд эпилептических припадков.

Собака № 398. 5/V—30 г. Операция: на турецкое седло сзади гипофиза положен небольшой стеклянный шарик. Животное после операции поправляется и живет в продолжение 6½ месяцев, оставаясь внешне совершенно нормальным.

24/XI—30 г. Введено под ноготь вокруг его корня 2 капли кротонного масла и извлечено 10,0 церебральной жидкости.

29/XI. Большая язва на месте введения кротонного масла и гангрена всего левого пальца. Извлечено 7,0 цереброспинальной жидкости.

2/XI. Появилась на носу слева папиллома с небольшую горошину.

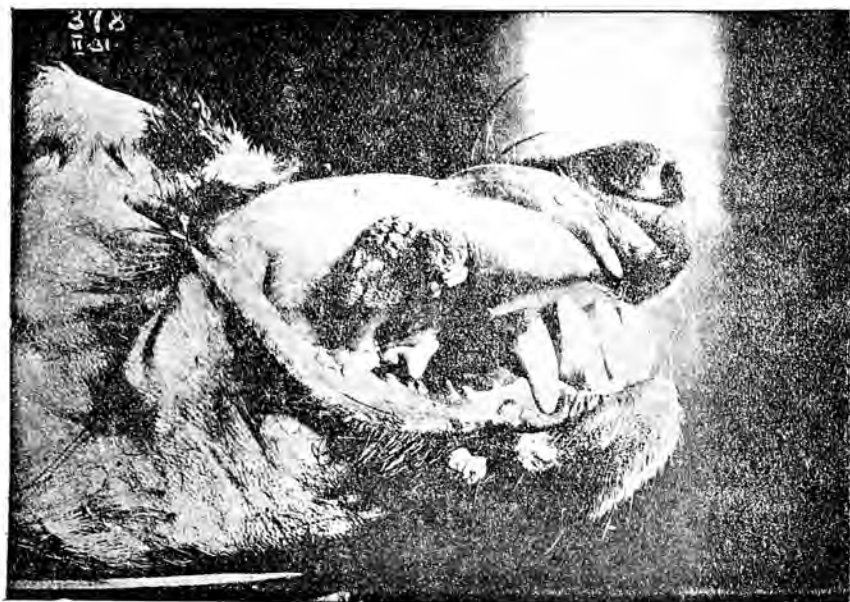
5/XI. Папиллома пропала и на ее месте осталось небольшое белое пятнышко. Извлечено 4,9 церебральной жидкости. В дальнейшем палец, под ноготь кото-

¹⁾ См. работу А. С. Вишневого.

рого вводилось кротоновое масло, отпал, язва на левой ноге зажила. Собака совершенно выздоровела и прожила затем в лаборатории несколько месяцев.

Обращаясь к разбору полученных нами данных, мы видим, что время „инкубационного“ периода между вторым ударом и появлением характерного для первого удара болезненного процесса равно обычному „инкубационному“ периоду при изолированном воздействии на *tuber cinereum*. Так, Дымшиц наблюдал после изолированного воздействия на серый бугор в двух случаях наступление эпилептического состояния к концу первого дня после операции.

В наших опытах собака № 392 погибла после инъекции кротонового масла в тот же день при явлениях *status epilepticus*. До появления его прошло столько же времени, сколько при появлении эпилептических припадков после первого удара.



Фотография папилломы у собаки № 378 после ее смерти.

Собаки № 378 & № 398 эпилептических припадков не имели, но в первые дни после инъекции кротонового масла и извлечения cerebrospinalной жидкости были в крайне возбужденном состоянии. Местные дистрофические явления в виде папилломы после второго удара появились у них, во-первых, в характерном для изолированного воздействия на серый бугор месте (область иннервации *nervi trigemini*), а во-вторых, опять-таки, в такой же „инкубационный“ срок (7 дней), как и после первого удара. Папилломы после изолированного воздействия на *tuber cinereum* возникают через 5—10 дней (опыты д-ра Скобло).

Таким образом, наши эксперименты подтверждают взгляд на предрасположение, как на определенное состояние нервной системы: мы видим, что один и тот же раздражитель—2 капли кротонового масла, введенного под ноготь животному, и извлечение cerebrospinalной жидкости при известных условиях вызывает у него эпилептический припадок (собака № 392), при нескольких других—опухоль (собаки №№ 398, 378).

Привлекает к себе внимание вопрос о возникновении папиллом в наших опытах. Поэтому я позволю себе на нем остановиться более подробно и разобрать этот вопрос не только на основании нашего собственного материала, но в связи с данными других авторов.

Прежде всего, как объяснить себе состояние нервной системы у наших животных, которым инъекция кротонного масла под ноготь и извлечение цереброспинальной жидкости вызывают появление опухолей в области иннервации *nervi trigemini*?

Мы думаем, что не ошибемся, если представим себе весь процесс следующим образом: первый удар—операция изолированного воздействия на *tuber cinereum*, распространяясь по всей нервной системе, сильнее всего поражает какое-то постоянное место, вызывая в определенной группе трофических нервных элементов, связанных с определенной частью периферии, сложный патологический процесс. Так как первый удар оказался недостаточно силен, то результаты его на периферии ничем не обнаружались. Тогда следующий удар, нанесенный в любую точку нервной системы, распространяясь отсюда также во всех направлениях, вовлечет и группу элементов, ранее пораженных первым ударом. Надо полагать, что эти элементы теперь обладают повышенной „ранимостью“, что они являются во много раз более чувствительными, по сравнению с нормальными. Поэтому второй удар, распространяясь также по всей нервной системе, соответственно своей силе может в других ее частях ничем не проявиться. В частях же, пораженных первым ударом, он усилит тот процесс, который в них происходит, или заставит его вновь повториться с еще большей силой.

Так представляется нам механизм предрасположения к опухолям и у наших животных. В связи с этим перед нами встает вопрос о том, необходимо ли для этого непосредственное воздействие на нервные клетки в форме операции изолированного повреждения серого бугра или же возможен и другой путь возникновения такого предрасположения?

Нам кажется, что возможен и второй путь. Так, если мы обратимся к работе Пигалева „О механизме развития дегтярного рака“, то мы найдем там следующий факт: если двум кроликам одинакового веса и масти периодически через 2—3 дня смазывать каменноугольной смолой одно ухо, а одному из них кроме того *субокципитальным* проколом вводить дегтярную эмульсию, то появление дегтярных папиллом у последнего ускоряется. Кроме того, Пигалев показал, что из 40 контрольных кроликов папилломы появились у 8, тогда как на 40 опытных кроликах, которым производилось субарахноидальное введение дегтярной эмульсии, за тот же срок папилломы развились в 29 случ. Возникновение на периферии дегтярного рака под влиянием смазывания дегтярной смолой связано с нервной системой (на денервированном ухе дегтярный рак не получается—*Itschikawa*, Пигалев и др.). Вместе с тем одно субарахноидальное введение дегтя не вызывает появления на ушах дегтярного рака. Отсюда очевидно, что мы имеем здесь дело с особым состоянием нервной системы, при котором субарахноидальное введение дегтя является лишь „вторым ударом“, ускоряющим заранее предопределенную реакцию—появление папиллом на ухе.

Следовательно, состояние „предрасположения“ может возникнуть двумя путями: или непосредственным воздействием на центральные нерв-

некоторое увеличение общего количества белка. То же сообщает и Berger при парентеральном введении белка, указывая, однако, на значительную гиперпротеинэмию (увеличение рефракции и вязкости сыворотки) и на последующие изменения в соотношении белковых фракций в сторону накопления альбуминов. Поляриметрические, рефрактометрические и интерферометрические наблюдения Abderhalden'a, Wertheimer'a подтверждают выводы Berger'a. Реинъекцируя белок через 8 дней, авторы получали реакцию анафилактического типа. Авторы подчеркивают, что характер изменения белковых фракций крови после первой реинъекции белка остается тот же—разница только количественная. Гольдберг показывает, что состояние анафилактического шока вызывает расширение изoeлектрической зоны для глобулинов и соответственно более легкую выпадаемость их при реакции Klausner'a или от прибавления кислот различных концентраций. То же указывает для глобулинов и Witt-Kever.

Водный обмен исследовался нами в аппарате типа Пашутина. Вода определялась взвешиванием, до и после опыта, ряда склянок Дрекселя с серной кислотой, через который протягивался (предварительно просушенный через такие же промывалки) воздух из камеры с животным. Экспериментальными животными служили морские свинки. За 3 суток до начала опыта животное содержалось на диете (свекла) из расчета 0,1246 г. кал. на 1 см² поверхности. Животные сажались в камеру (эксикатор) в первой серии опытов на 6 часов, во второй—на 2 часа. Исследовалось количество выделенной воды за эти промежутки времени в следующей последовательности:

1) Количество выделенной воды в граммах при содержании животного на вышеуказанной диете. В день опыта до его окончания животное не кормилось.

2) Количество выделенной воды при дополнительной водной нагрузке в виде 2 см.³ физ. раствора внутрисердечно или внутрибрюшинно. В последнем случае за полчаса до начала опыта. Заметной разницы эти два метода введения воды с расчетом на время всасывания из брюшины, как показали поверочные опыты, не дают.

3) Количество выделенной воды при первой инъекции белка (сыворотка) у животного бралось 2 см.³ крови из сердца и вводилось туда 2 см.³ сыворотки плюс 2 см.³ физ. раствора, как нагрузка. В серии 6-час. опытов инъекция производилась внутрибрюшинно.

4) Количество выделенной воды при реинъекции через 15—20 м. после шока. Условия белковой и водной нагрузок те же, что и при первой инъекции.

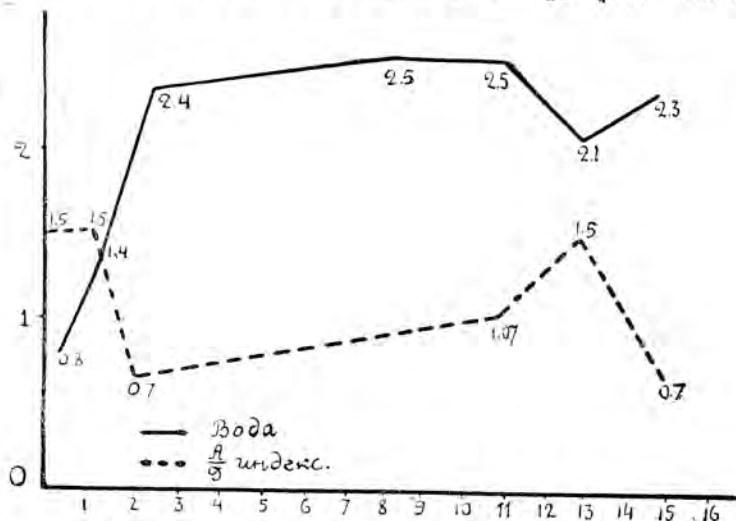
5) Наконец, в ряде опытов исследовалось количество выделяемой за два часа воды в течение сенсibilизации через промежутки времени 2—3 сут. В этих случаях водная нагрузка давалась внутрибрюшинно.

Кровь для анализа бралась из сердца в количестве 2 см.³. Глобулины осаждались в первой серии опытов серно-кислым натрием по Van Slyke. В последующих опытах я разделял альбумины и глобулины методом электродиализа по Toth'y. Диализ в аппарате конструкции Toth'a, приготовленном мною в лаборатории, продолжался 1 ч. 10 м. при постоянном токе в 120 вольт и сопротивлении 1 угольной лампочки в цепи. Сущность его устройства заключается в 2-х шелково-коллоидных мешочках (мембранах), вставленных один в другой, между которыми наливается исследуемая сыворотка. Наружный мешочек вставляется в сербрийный стаканчик, соединенный с катодом. Анодом является платиновый электрод, вставленный во внутренний меньший мешочек. Пространство между наружным мешочком и катодом и внутренним мешочком и анодом промывается водой со скоростью 40—50 капель в минуту. После диализа Toth центрифугирует содержимое наружной мембраны: в растворе находятся альбумины, в осадке глобулины. Не имея возможности центрифугировать коллоидную мембрану, я отфильтровывал предварительно содержимое мембраны и потом центрифугировал фильтрат. Поверочные опыты показали, что такая методика не противоречит точности результатов.

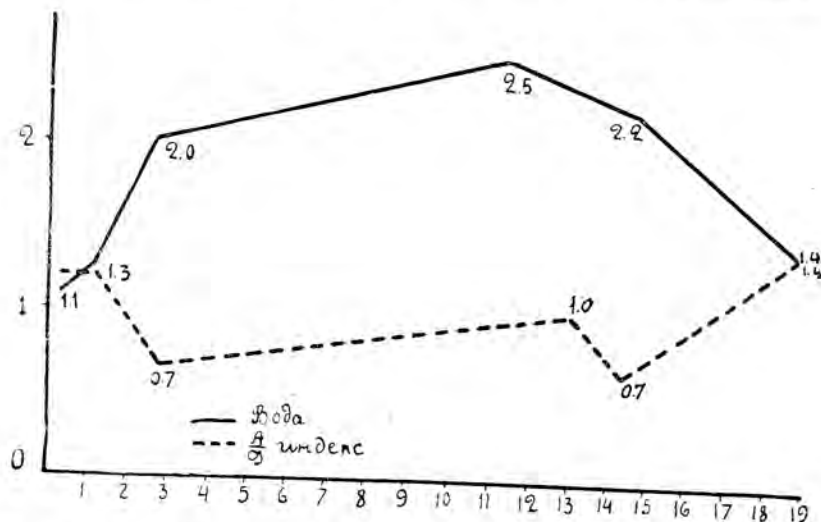
Количество азота в белковых фракциях определялось по методу микрo-Къельдаля.

Во времени анализы располагались следующим образом: за норму принимались цифры, полученные от пробы, взятой перед первой инъекцией; далее спустя 3—4 часа после инъекции—вторая проба; третья проба перед реинъекцией и четвертая через 2—3 часа после шока. В ряде опытов 5-я проба бралась еще через 5 дней после шока и в 2-х последних за 4 дня до шока.

Нагрузка в 2 см.³ физ. раствора вызвала увеличение количества испаряемой легкими и кожей воды почти в полтора раза. На инъекцию

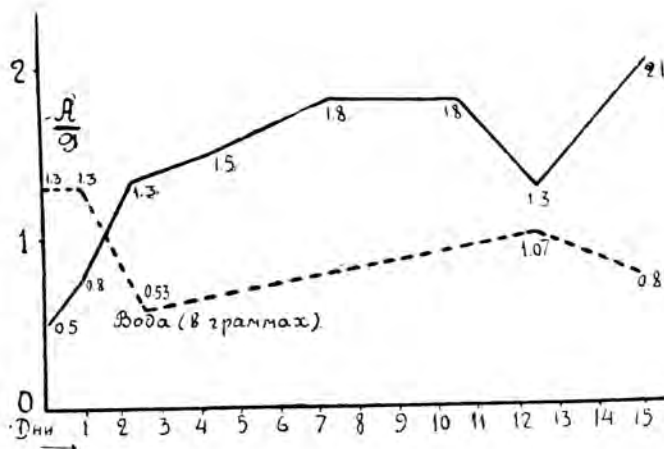


белка, часто сопровождавшуюся у нас анафилактической реакцией, животное всегда отвечало значительным увеличением количества выделенной воды за исследуемый промежуток времени. Исследование сыворотки показало значительный „сдвиг“ в сторону глобулинов при неизменном общем количестве белка сыворотки или ничтожном его увеличении.

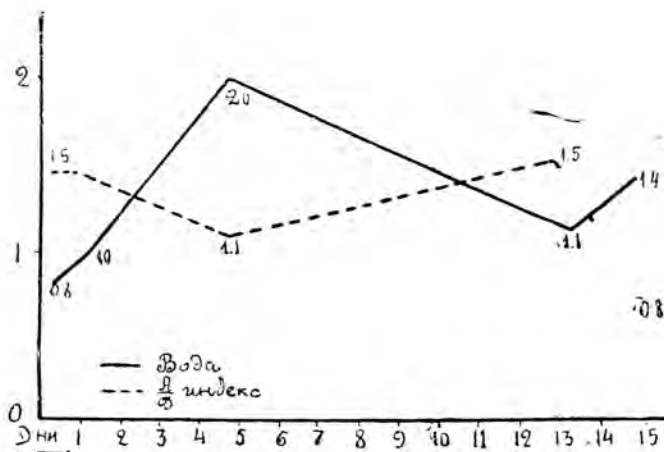


Период сенсibilизации протекает при повышенном относительно нормы выделении воды через легкие и кожу. Однако за порогом этого

повышения наблюдаются колебания, выражающиеся сначала в постепенном нарастании выделяемой воды, который к последним дням сенсibilизации сменяется относительным увеличением ретенции. Анализы сыворотки показывают в это время увеличение альбуминов при опять таки неизменном общем количестве сывороточного белка. Увеличение альбумино-глобулинового индекса достигает в ряде случаев нормальной величины и даже выше.



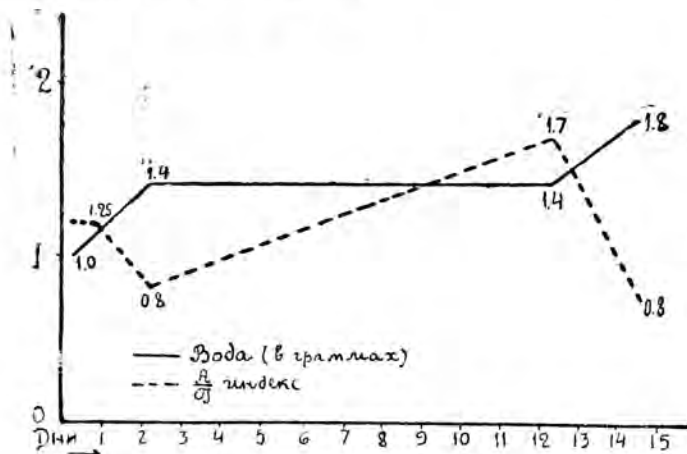
Подобное увеличение альбуминов было отмечено и Berger'ом с той лишь разницей, что этот автор отмечал при этом резкую гиперпротеинэмию. В наших опытах увеличение альбуминов нужно относить за счет глобулиновой фракции и рассматривать, как необходимое следствие нормального процесса превращения кровяных белков, как вторую и по-



следующую стадию этого процесса в согласии с теорией Herzfeld'a и Klinger'a о взаимоотношениях белковых фракций плазмы и сыворотки крови в зависимости от степени дисперсности их фаз.

Рейнъекция белка сопровождалась у нас подострой анафилактической реакцией. Количество выделяемой воды относительно норм оставалось увеличенным. Однако, сравнительно с цифрами, полученными при

первой инъекции и течении периода сенсibilизации, оно не представило значительных отклонений, являясь иногда даже ниже последних. В сыворотке отмечается опять накопление глобулинов за счет альбуминов, падение альбумино-глобулинового показателя. Таким образом, в наших опытах реинъекция белка и состояние анафилактического подострого шока не показали ничего качественно отличного ни в отношении выделяемой через легкие и кожу воды, ни в отношении колебания альбумино-глобулинового равновесия от того направления, которое приняли эти реакции на первую инъекцию белка.



Между прочим на это положение указывает и Abderhalden в своей вышеупомянутой работе. Интересно отметить, что спустя 5—6 дней после шока альбумино-глобулиновый показатель опять увеличивается, т. е., видимо, происходит тот же процесс, что и при сенсibilизации. Количество выделяемой воды, оставаясь увеличенным относительно нормы, становится ниже цифр конца сенсibilизации и состояния шока.

Наконец, мною были произведены опыты на дистостомированных собаках с целью проследить влияние изменения альбумино-глобулинового индекса на диурез. Накопление глобулинов после многократных инъекций сыворотки быка из расчета 4 см.³ на кило вызывает незначительное увеличение диуреза или диурез остается в пределах норм,

Выводы. Экспериментальное изменение альбумино-глобулинового равновесия в сторону увеличения глобулинов вызывает увеличение выделяемой через легкие и кожу воды как в норме, так и при анафилаксии. Диурез остается в пределах нормы или несколько увеличивается.

Литература 1) Пашутин. Врач. 1886.—2) Schade. „Физическая химия во внутренней медицине“ 1930 г.—3) Bichhold. „Die Kolloide in d. Biologie u. Medizin“ 1912.—4) Зюков. Водный обмен.—5) Богомолец Отек.—6) Geill. Klin. W. 1927, № 5.—7) Govaert. Presse Médicale, 1924, № 96.—8) Moll. Pflügers Archiv. Bd. 4.—9) Рушняк. Zeitschrift f. d. gesam. exp. Med. 1924. Bd. 41.—10) Gildberg. Ibid. 1927, Bd. 53.—11) Abderhalden u. Wertheimer, Pflügers Archiv. 1922, Bd. 197.—12) Berger. Z. f. d. gesam. exp. Med. 1922, Bd. 28.—13) Herzfeld u. Klinger. Bioch. Zeitschr. 1917, Bd. 83.—14) Малкин. Труды терапевт. клиники К. Г. У.

Санаторий Ижевского минерального источника Татнаркомздрави (научный руководитель проф. Б. А. Вольтер).

Влияние воды Ижевского минерального источника на остаточный азот крови при болезнях печени и желудочно-кишечного тракта.

Д-ра И. И. Цветкова.

Широкое лечебное применение минеральных вод с положительным их влиянием на патологическое состояние организма естественно выдвигает вопрос о механизме действия минеральных ингредиентов воды на биохимические процессы организма. Вопрос этот чрезвычайно сложный и еще мало освещенный, хотя в последнее время ему уделяют значительное внимание в работах Бальнеологического института Кавказских минеральных вод и Государственного института Курортологии.

Вода Ижевского минерального источника издавна пользуется заслуженной известностью при лечении желудочно-кишечных, печеночных заболеваний и болезней обмена веществ.

Изучению влияния этой воды на функцию различных органов (желудок, кишечник, почки) посвящен ряд работ (Вольтер, Ланде, Виленский). Что касается обмена веществ, и главным образом азотистого, то влияние на него воды Ижевского источника изучали на здоровых людях проф. Зимницкий, Черкасов и Иванов, которые установили улучшение качественной стороны азотистого обмена и повышение выведения в моче мочевины и экстрактивных азотистых веществ под влиянием питья Ижевской воды. Как известно, в азотистом обмене организма главную роль играет печень (Noorden, Гумбиг, Минковский, Хозацкий и др.), но кроме печени на азотистый обмен известное влияние оказывает как центральная (Toenissen, Лешке и Шейдер), так и вегетативная нервная система (Хозацкий). Внешние факторы, напр. различные электролиты, также имеют определенное влияние на азотистый обмен; так, по Pincussen'у соли Са и К понижают остаточный азот в крови, причем свое влияние на азотистый обмен они оказывают, по мнению Хозацкого, через вегетативную нервную систему.

Мы задались целью изучить влияние Ижевской воды на остаточный азот крови при длительной даче воды у больных с различными желудочно-кишечными и печеночными заболеваниями.

Увеличение остаточного азота в крови, как установлено многочисленными клиническими наблюдениями, чаще всего связано с нарушением выделений азота почками, но помимо почечных заболеваний накопления RN отмечают при тех заболеваниях, при которых происходит усиленный распад белков (острая атрофия печени, циррозы, малокровие, сердечная недостаточность, острая закупорка кишок). Что касается хронических заболеваний желудка и кишок и воспалительного состояния желчных путей печени, то на этот счет нам не удалось найти каких-либо указаний в литературе.

Определения RN мы производили в цельной крови по микрометоду Аселя, причем в начале проверяли результаты этого метода по микрокельдалю. Разница между двумя методами была не более 3—4 млг. Кровь всегда бралась натощак.

Наш материал состоял из больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ахилия 16 чел., субацидных гастритов 9 чел., ацидных гастритов 3 чел.), порок сердца 2 чел., цистит и миазлит 2 чел. и спондилит 1 сл., холециститов 12 чел., гепатитов 25 чел. Большинство больных имело комбинированное заболевание желудочно-кишечного тракта с большим или меньшим вовлечением в болезненный процесс печени (см. таблицу № 1).

Если считать за норму RN в крови максимальные цифры в 40—50 mgr. (Schleyer, Feigl), то мы видим у наших больных значительное повышение RN, несмотря на то, что функциональное состояние почек у этих больных было удовлетворительно.

Больные лечились Ижевской водой в продолжение 1 месяца, большинство из них одновременно лечилось местным применением грязевых ванн. Как видно из таблицы, после лечения с улучшением состояния больных количество RN в крови понижалось, при этом не наблюдалось особой разницы в понижении RN больных, которые лечились только минеральной водой, и теми, которые лечились минеральной водой в сочетании с грязевыми ваннами. В среднем как у тех, так у других RN понижался на 16—17 mgr. Таким образом мы склонны считать, что местное применение грязевых ванн не оказало заметного влияния на изменение RN в крови.

После курса лечения RN снизился до нормы в 31 случ. (62%), значительно понизился в 8 сл. (12%), в остальных случаях колебания RN были в пределах нормального содержания в 11 сл. (22%). В 2 сл. (4%) наблюдалось незначительное повышение RN; последние относятся к сл. № 18 (многодегенерация с склонностью к декомпенсации) и сл. № 27 (острые приступы малярии).

Как же понимать такое снижение RN крови у наших больных после лечения Ижевской водой? Без сомнения, главное влияние здесь оказал солевой состав воды, особенно соли кальция и калия. Как я уже отметил выше, большинство наших больных, при наличии патологического состояния желудка и кишок, имели патологические изменения в печени (увеличение, болезненность печени, субиктеричность склер)—то, что мы обозначили в таблице гепатозом. Вовлечение печени в болезненный процесс при патологическом состоянии желудка и кишок понятно, так как печень является первым органом, который подвергается действию поступающих вредных веществ из патологически измененного пищеварительного тракта. Таким образом страдает орган, занимающий центральное место в азотистом обмене, чем и можно, по видимому, объяснить повышение RN, наблюдавшееся у наших больных. Ижевская вода, с одной стороны, действуя своим минеральным составом на патологическое состояние кишечника, устраняя катарральное состояние слизистой кишечника, застой каловых масс (запор), повышая секрецию, процессы переваривания и всасывания, устраняет таким образом вредное влияние кишечника на печень, с другой стороны, соли Ca и K, влияя через вегетативную нервную систему (Хозацкий) и др., снижают RN в крови (Pincussen) и тем самым регулируют азотистый обмен в организме. Кроме того, Ижевская вода, повышая выведение мочевины и экстрактивных азотистых веществ почками (Зимницкий, Черкасов и Иванов) и усиливая диурез (Вольтер), способствует выведению азотистых веществ из организма. Диуретическое действие Ижевской воды возможно также

Таблица № 1.

И ж е в с к а я в о д а												
№№	Б-ые	Д и а г н о з	RN		Результат	№№	Б-ые	Д и а г н о з	RN		Результат	
			До	После					До	После		
1	Б.	Миокардит	95	47	-48	11	К.	Субац. гастрит.	65	45	-20	
2	Г.	Гепатоз	82	50	-32	12	Г.	Ахилия, гепатоз.	56	40	-16	
3	Б.	Субац. гастрит, колит, гепатоз	72	56	-16	13	Б.	Субац. гастрит.	55	37	-18	
4	А.	Хелецистит	80	30	-50	14	Р.	Субац. гастрит.	55	50	-5	
5	Б.	Ахилия, колит, гепатоз	72	50	-22	15	У.	Ахилия	50	30	-20	
6	Е.	Ацид. гастрит, гепатоз	72	50	-22	16	М.	Ахилия, колит.	52	52	0	
7	Г.	Ахилия, гепатоз	70	38	-32	17	Б.	Ахилия, гепатоз	47	30	-17	
8	С.	Колит, гепатоз	70	55	-15	18	А.	Субац. гастрит, миокардит. .	47	55	+8	
9	Б.	Колит, холецистит	68	47	-21	19	С.	Субац. гастрит.	32	35	+3	
10	А.	Ахилия	65	40	-25	20	Б.	Ацид. гастрит, гепатоз. . . .	45	47	+2	
						21	С.	Субац. гастрит, колит, гепатоз.	47	50	+3	
В среднем получилось по- нижение			-	-	-	-	-	-	-	-	-17	

[illegible]

связать с действием воды на печень, которая принимает большое участие в водном обмене организма (Тутковский и др.)

Накопление остаточного азота в крови является перегрузкой организма шлаками (мочевина, индикан, аминокислоты, пуринов. основ. и др.), от которых организм стремится освободиться путем усиленного выведения этих шлаков через почки или путем повышения усвоения азота печенью; в том и другом случае можно ожидать понижения RN в крови. Ижевская минеральная вода, как мы видели выше, оказывает влияние как на функцию печени, так и на выделение азотистых веществ почками и поэтому вполне понятно, что она оказывает свое влияние на понижение RN в крови, в чем мы убедились при наблюдении наших больных (см. табл.).

Работ о влиянии минеральных вод на остаточный азот крови больных нам не удалось найти в литературе, имеются лишь две экспериментальные работы Калмыкова и Кривского, изучавших изменение RN крови под влиянием доломитного Нарзана на ангиостомированных собаках, при этом в одних случаях они не видели никакого влияния Нарзана на RN крови, в других же случаях RN даже повышался. На основании наших наблюдений можно полагать, что при целом ряде заболеваний, связанных с патологическими накоплениями азотистых шлаков в крови (заболевания печени, желчных путей, кишечника и подагра), вода Ижевского минерального источника может понизить RN и при этих заболеваниях является особенно полезной.

Литература: 1) Кривский. Труды гос. бальн. инст. на Кавказ. минер. водах, т. VIII.—2) С. Черкасов и В. Иванов. „Спиридоновский минеральный источник и его влияние на азотистый обмен у здоровых людей“. 3) Г. Шаде. Физическая химия во внутренн. медиц.—4) Тутковский. Казанск. мед. журнал, № 11, 1930 г.—5) Е. Онуфриев. Физиотерапия, № 2—3, 1927 г.—6) Хозацкий. Врачебн. обозрение, № 7, 1924 г.—7) Kalmykoff. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 205. 1924.

Из Владимирской детской больницы.

К вопросу о взаимоотношении между корью у человека и обезьян.

Д-ра А. А. Дормидонтова.

В изучении кори значительный интерес представляют наблюдения над этой болезнью у обезьян. Еще в 1770 году Paulet сообщил о случае естественного заражения обезьяны от коревого ребенка. Подобный случай описан Chavigny в 1898 году. Последние годы появилось много работ по экспериментальному заражению обезьян. Так, Gruenbaum в 1904 году, впрыскивая кровь больного корью шимпанзе, вызвал у него нехарактерный насморк. Anderson и Goldberger в 1911 году опытами над большим количеством обезьян доказали, что ряд пород обезьян (*Macacus resus*, *sinicus*, *cynomolgus*) являются восприимчивыми к кори. Эти опыты подтвердили в своих работах Nicolle и Conseil, Jurgelunas, Blak и Trask и мн. др.

У заболевших обезьян отмечается повышение температуры, катаральные явления со стороны дыхательных путей, лейкопения, обильные пятна Копплика (Lucas, Prizer). Сыпь отмечается как непостоянное явление. В 1920 году Nicolle и Conseil сообщали, что кровь, взятая от заболевшей обезьяны и впрыснутая ребенку, вызвала у последнего типичное заболевание корью.

В свете этих данных могут представить известный интерес наши наблюдения массового заражения корью детей от обезьян.

20/X 1928 года во Владимир прибыл передвижной зверинец и разместился в закрытых помещениях торговых рядов. Среди животных имелаась довольно большая группа обезьян. Преобладали среди них *Macacus resus et cercopithecus*. Обезьяны были размещены довольно тесно в небольшой комнате. Многие из них имели насморк и кашляли. Зверинец пробыл до 30/X и отбыл в другой город. За эти 10 дней зверинец охотно посещался детьми. Начиная с 29/X, в городе начали отмечаться массовые заболевания корью.

До этого времени во Владимире за весь октябрь было 8 случаев кори, из них 2 случая, зарегистрированные в детской амбулатории 4/X, и 2 заболевания в одной семье, отмеченные 15 и 25/X. Все эти случаи нами были прослежены, причем установлено, что они не дали больше заражений; 4 случая внутригоспитальной кори в scarlatinном бараке уездно-городской больницы, которые также не дали более заражений. С 29/X по 12/X в городе заболело 254 человека, с 13/XI по 25/XI — 230 человек, с 26/XI по 5/XII — 144 человека, с 6/XII по 18/XII — 85 человек и с 18/XII до 31/XII — 31 человек, без точного указания времени заболевания 9, всего — 753 человека.

Особый интерес представляют заболевания в период с 29/X по 12/XI. В течение этого периода мною, а также врачами детской больницы Г. А. Николаевым и А. Я. Ревякиным, непосредственно наблюдалось 73 больных. Ряд из этих больных происходил из семей лично нам известных, где мы могли особенно точно установить, что они не имели контакта с коревыми детьми. Момент заражения у всех совпадает со временем посещения зверинца.

День посещения зверинца тут не играл никакой роли. В нашем материале имеются дети, посетившие зверинец во все числа с 20 по 29 октября включительно. Время дня не имело особого значения. Заболевали дети и бывшие в зверинце утром и вечером, в праздничные дни, когда было большое скопление народа, и днем в будни, когда детей было там совсем немного. Вот краткие записи о них:

Первина Мура, 6 лет, была в зверинце 22/X от 3—5 часов дня, долго стояла у обезьян. Детей в зверинце было немного — всего 5—6 человек. 1/XI — заболела корью.

Крашенинникова Нина, 6 лет, посетила зверинец 22/X в час дня. Детей было очень мало. Заболела корью 31/X.

Владимирова Ася, 4½ лет, была в зверинце 28/X утром, когда не было почти детей. Заболела корью 6/XI.

Кокурян Петр, 2 г. 8 мес., посетил зверинец 23/X от 5—7 ч. вечера, когда было мало детей. Долго был в помещении обезьян. Заболел корью 2/XI.

Так как в городе в это время имелся только один очаг кори с 2-мя больными, то, очевидно, эта масса заболеваний не могла быть связана с этим очагом. Не может быть объяснена эта эпидемия кори

и случайным появлением в зверинце единичных детей в продромальном периоде болезни. Тогда, несомненно, заболевания появились бы у детей, посетивших зверинец в определенные числа и часы дня.

Единственным возможным объяснением этой массовой вспышки заболеваний может служить наличие постоянного коревого очага в зверинце с 20 по 29 октября включительно. Очаг этот должен иметь не одного, а несколько коревых больных, т. к. срок заразности одного больного менее 10 дней. Таким очагом, очевидно, являлись больные обезьяны. Ряд из обезьян породы *macacus resus et cercopithecus* в эти дни на вид были очевидно больными. Они чихали, кашляли. Многие из них угрюмо сидели в своих клетках и не проявляли обычной живости.

Таким образом, мы вправе заключить о том, что во Владимире имело место массовое заражение детского населения корью от обезьян. Поэтому приобретает особый интерес изучение самой эпидемии.

Прежде всего мы получили чрезвычайно удобные условия для изучения инкубационного периода этой эпидемии кори у детей. День заражения совпадал со временем посещения зверинца. В точно установленных случаях появление первых признаков заболевания у ребенка (темпер., насморк) инкубационный период колебался от 8 до 16 дней, чаще 9—10—11 дней. В некоторых случаях можно было отметить, что дети из одной и той же семьи имели разный инкубационный период, например: Первина Мура, 6 лет, и Первин Вова, 3 лет, оба были в зверинце 22/X от 3 до 5 часов вечера, заболели корью первая 1/XI и второй 5/XI.

Наряду с этими случаями интересно отметить ряд детей из одних и тех же семей, посетивших зверинец в одно и то же время в одинаковых условиях, но с разным отношением к заражению.

Дормидонтовы Ольга, 7 лет, Алеша, 3 лет, посетили зверинец в один день, все время были вместе. Первая заболела корью, второй нет. В дальнейшем последнему сделали противокоревую прививку.

Захарко Женья, 5 лет, Лева, 3 лет, те же условия. Первая заболевает корью, второй заражается в дальнейшем от своей сестры.

Родионова Римма, 1 г. 3 мес., Родионов Павел, 5 л., оба после посещения зверинца заболели 9/XI корью. Их брат Борис, 7 лет, корью не заболел (2 года тому назад была сделана противокоревая прививка)—наблюдение доктора А. Я. Ревакина.

Эпидемия первого периода, непосредственного заражения в зверинце, протекала не тяжело. Продромальный период 4—5 дней. В некоторых случаях обращали на себя внимание обильно выраженные пятна Коплика. Вряде случаев отмечены носовые кровотечения. Гемограмма давала обычную для кори лейкопению. Характерным явлением у коревых больных первого периода было наличие запоров. Интересно отметить два случая повторной кори.

а) Заславский Олег, 4 лет, сын врача, болел корью до 1 года, диагноз ставился в клинике Саратовского университета. Вновь заболел корью 8/XI.

б) Голованов, 4 лет 7 месяцев, болел корью—диагноз поставлен консультацией. В 1927 году дома была корь и он не заболел. Заболел вновь корью 5/XI (наблюдение д-ра А. Я. Ревакина).

Всего в первый период эпидемии (непосредственное заражение в зверинце) заболело, как было указано выше, 254 ребенка, из них умер 1 годовалый ребенок. Во второй период эпидемии (дальнейшее движение кори по городу) зарегистрировано 499 человек, из них умер—

ло 27, что дает общую смертность 4.4%. Эту смертность нельзя отнести за счет возраста детей, что можно видеть из следующей таблицы, где представлены данные о всей эпидемии.

Коровые заболевания, зарегистрированные во время всей эпидемии:			В том числе коровые больные, зарегистрированные с 29 окт. по 12 нояб. ¹⁾	
Возраст	Число коровых заболеваний	Умерло	Число коровых заболеваний	Умерло
До 1 года . . .	8	6	—	—
1 года . . .	135	9	18	1
2 лет . . .	142	7	28	—
3 " . . .	131	2	43	—
4 " . . .	112	2	45	—
5 " . . .	63	1	21	—
6 " . . .	61	1	29	—
7 " . . .	31	—	12	—
8 " . . .	30	—	9	—
9 " . . .	12	—	5	—
10 " . . .	10	—	6	—
11 " . . .	5	—	1	—
12 " . . .	1	—	1	—
13—15 . . .	4	—	—	—
16—19 . . .	2	—	—	—
20—24 . . .	6	—	—	—
	753	28	218	1

Выводы: 1. В конце 28 года во Владимире мы имели массовое заражение детей корью от обезьян.

2. Заболевания у детей, непосредственно зараженных от обезьян, дало смертность значительно меньшую по сравнению со смертностью у детей, заразившихся друг от друга.

3. Инкубационный период кори у детей, зараженных обезьянами, колебался от 8 до 16 дней.

4. Не все дети, бывшие в одинаковых условиях, были непосредственно заражены обезьянами. Некоторые из них остались временно здоровыми и заразились уже от детей.

5. Среди детей, заразившихся от обезьян, было 2 случая повторного заболевания корью.

Селезенка—сократительный резервуар крови.

Некоторые выводы для клиники.

Проф. Н. К. Горяева.

Если du Bois-Reymond в середине прошлого столетия затруднялся сказать что-либо определенное о роли селезенки в организме, то в настоящее время положение довольно существенно изменилось. После

¹⁾ Дети, заболевшие в это время, но зарегистрированные позднее, в таблице не указаны.

большого кропотливого труда мгла, окружавшая этот орган и скрывавшая его функции, постепенно рассеивается. Но многое еще остается для работы будущих исследователей в этом направлении. Селезенка интересовала исследователей с различных точек зрения: кроветворения (участие самой селезенки в кроветворении, ее влияние на костный мозг), кроверазрушения, роли ее в борьбе организма с инфекциями, в обмене веществ, отношения к функции органов пищеварения и т. д. За последние 50 лет сравнительно много сделано для выяснения физиологии селезенки, как органа сократительного, способного менять в значительной мере свой объем, свое кровенаполнение.

Способность селезенки сокращаться Magendie наблюдал свыше 100 лет тому назад (см. Горьев—дисс.). В 1830 г. Dobson, наблюдая состояние селезенки у собаки при голодании и в периоде пищеварения, отметил колебания ее объема и понимал в этом случае роль селезенки, как роль запасного резервуара. Для селезенки человека способность сокращаться доказана наблюдениями над селезенкой казенных (Dittich, Gerlach и Herz 1851 г., Hehle 1852 г.). В начале исследователи пользовались методом непосредственного наблюдения. Роу первый применил плетизмографический метод (онкометр). Этим методом пользовались затем многие авторы, между прочим и мы (дисс.). В значительной мере были изучены характер сокращений селезенки, первые связи ее, реакция сократительных элементов селезенки на различные влияния и т. д.

За последние годы сильно оживился интерес к селезенке, к значению колебаний ее объема. Пробуждению интереса способствовали в значительной мере наблюдения Вассермана и его школы. Усовершенствована была методика наблюдений: 1) на селезенке укреплялись металлические пластинки; рентгеноскопическое исследование позволяло по изменению положения пластинок судить об изменении объема органа. 2) В брюшной стенке—в селезеночной области—делалось окно, закрытое прозрачной пластинкой (целлюлоидной); через это окно можно было наблюдать состояние селезенки: ее объем, поверхность, кровенаполнение.

Установлены были следующие факты, частью уже известные и раньше. Селезенка сокращается во время мышечной работы, под влиянием кровопотерь, под влиянием вдыхания CO_2 при асфиктических состояниях (зажатие трахеи, отравление военными газами, закупорка мелких легочных сосудов липоподием). Особенно сильно селезенка сокращается под влиянием нервного возбуждения. У собаки селезенка сокращается все больше и больше при такой постановке опыта: собака последовательно 1) чувствует запах кошки, 2) слышит мяуканье кошки, 3) видит ее; при преследовании кошки селезенка собаки сокращается до четверти нормальной величины.¹⁾

Вместе с тем было установлено, что ряд названных сейчас состояний сопровождается увеличением числа красных телец в циркулирующей крови (поглобацией). У лошади под влиянием работы, по наблюдениям Scheuermann и Krzywanek, содержание эритроцитов нарастало с 5,37 до 7,6 милл. и с 6,23 до 8,3 милл. Через 5 минут после зажатия трахеи у собаки Binet наблюдал повышение содержания эритроцитов с 8,3 до 11,7 и с 9,5 до 11 милл.—У собаки весом 9 кгм. с 6,9 милл. эритроцитов в 1 мм³ зажимают сосуды селезенки и выпускают 130 см.³ крови; через 2 минуты счет эритроцитов дает 6,06 милл.; освобождают селезеночные сосуды, селезенка сокращается, через 3 минуты находят 10,1 милл. эритроцитов (Binet—стр. 14, 39, 43—44). Изучение вопроса привело к заключению, что быстрое—в течение первых минут—нарастание числа эритроцитов в указанных случаях обязано своим происхождением сокращению селезенки. Животные, у которых предварительно удалена была селезенка, указанного нарастания эритроцитов не представляли.

¹⁾ Любопытно, что английское „spleen“—„селезенка“—употребляется также в смысле желчь, злость, гнев, хандра и т. п. „vent your spleen“ наряду с „vent your anger, bile“—„излейте ваш гнев“. Мы не знаем, что—стоletие тому назад—заставило связать между собой селезенку, с одной стороны, и известные душевные состояния, с другой. Может быть промежуточным звеном здесь было предположение о связи селезенки с печенью, с выработкой желчи—связи, о которой говорили еще задолго до нашего времени.

Таким образом, выясняется следующая важная функция селезенки. Селезенка является запасным резервуаром, в котором задерживаются как бы выключенные из общей системы кровообращения эритроциты (при отравлении СО эритроциты, содержащиеся в селезеночной пульсе, сравнительно долго остаются вне влияния газа). Сокращение селезенки выводит эти эритроциты в ток крови, что и ведет к нарастанию их числа. Пусть последующие наблюдения покажут, что селезенка не единственный орган, играющий роль запасного резервуара (Erpinger и Schürmeier, Wollheim), но во всяком случае она представляет собой один из таких органов, при том наиболее изученный в этом отношении¹⁾.

Указанную реакцию селезенки, несомненно, приходится расценивать как полезную для организма в указанных физиологических (движения, волнения) и патологических (асфиктические состояния, кровопотери) условиях.

Как приводится в действие этот механизм, который можно назвать регулирующим, компенсаторным, защитным? Выяснено, что здесь имеет место: 1) непосредственное влияние на сократительные элементы селезенки импульсов со стороны центральной нервной системы и 2) влияние на те же элементы адреналина. Повышенное отделение адреналина (как результат возбуждения секреторных нервов надпочечников) установлено и при раздражении чувствительных нервов, и при мышечной работе, и при нервном возбуждении, и при асфиксии, и при кровопотере (см. Vinet, Cannon и др.). Надпочечники называют железами опасности, критических положений—„emergency gland“, потому что они секрецией адреналина вызывают в организме ряд реакций, выгодных в состоянии борьбы. Среди этих реакций одно из первых мест занимает перераспределение крови с уменьшением кровенаполнения внутреннего круга и с увеличением кровенаполнения наружного круга, снабжающего мозг и скелетные мышцы. Сердце в этих случаях усиливает—иногда колоссально—свою работу. Для усиления своих сокращений сердце нуждается в усиленной доставке крови. Усиленное наполнение полостей сердца—необходимая предпосылка усиления сердечной деятельности. Для усиления деятельности правого желудочка необходима усиленная доставка крови из полых вен. Участие селезенки в этом перераспределении крови ясно из сказанного.

Из сказанного вытекает, что сокращения селезенки не представляют собой явления, имеющего место лишь при каких-то исключительных условиях. Напротив, если даже мы оставим в стороне ритмические движения селезенки, то сокращения ее являются физиологическим фактом. Дополню сказанное еще ссылкой на наблюдения Laporte и Soula, по которым впрыскивание в двенадцатиперстную кишку 4^{0/00} р. соляной кислоты или внутреннее впрыскивание секретина вызывают сокращение селезенки и появление, resp. усиление, ее ритмических движений. Эти наблюдения еще более подчеркивают физиологический характер движений селезенки.

Приведенные выше факты получены, главным образом, на животных. Насколько мы можем ими пользоваться, когда говорим о роли селезенки в организме человека при физиологических и патологических состояниях?

¹⁾ Вancroft (Lancet 1926. 1. 544) указывает, что Henry Gray еще в 1854 г. говорил о селезенке, как о запасном резервуаре крови.

Что селезенка человека сокращается—факт, не подлежащий никакому сомнению. Nehle и др. наблюдали сокращение селезенки казненных. С. П. Боткин клинически устанавливал сокращения увеличенной селезенки. Кто присутствовал при операции спленэктомии, мог, наверно, наблюдать, как под влиянием неизбежных при операции раздражений, селезенка сокращается: уменьшается в объеме, поверхность становится зернистой, более бледной. В настоящее время, когда способностью селезенки сокращаться уже пользуются в клинике, как будто нет нужды доказывать эту сократительность. Если я это делаю, то потому, что некоторые слишком подчеркивают невозможность перенести данные эксперимента на человека. Разница между движениями селезенки у различных животных, в том числе и у человека, только количественная.

В селезенке сократительностью—есть основание думать—обладают не только гладкомышечные элементы, заложенные в капсуле и трабекулах (особенно обильно у некоторых животных), в стенках артерий и вен, но и некоторые элементы, участвующие в образовании стенок венозных синусов и капилляров (см. Горяев и Ахрем-Ахремович).

Несомненно, тот факт, что кровь в селезенке может перемещаться по различным путям, приходя при этом то в большее, то в меньшее соприкосновение с клеточными элементами селезенки,—играет очень большую роль в выполнении различных функций этого органа. Селезенка один из главных очагов ретикуло-эндотелиальной системы. Функция р.-э. элементов стоит в большой зависимости от условий местного кровообращения. Указанные особенности кровообращения в селезенке, способность селезенки менять направление, в каком движется кровь, и скорость, с которой движется кровь,—несомненно делают селезенку очагом р. э. системы, существенно отличающимся от других очагов этой системы. Пусть и эти последние—печень, костный мозг—снабжены сократительными элементами, участвующими в распределении крови в этих органах. Существенные различия в строении этих органов и в циркуляции в них крови остаются в силе.

В клинике способность селезенки сокращаться нашла следующее применение.

Проба Frey'a—функциональная проба для селезенки—основана на следующих предположениях: 1) селезенка способна сокращаться; между прочим сокращение можно вызвать впрыскиванием адреналина; 2) сокращение селезенки должно, между прочим, вести к повышению содержания лимфоцитов в циркулирующей крови—если селезенка участвует в образовании их, т. е. сохранены и функционируют фолликулы селезенки.—Проба не оправдала ожиданий: 1) проба иногда вызывает отрицательный, хотя фолликулярный аппарат селезенки сохранен или даже гиперплазирован (Фаерман), или, наоборот, при положительной пробе находят резкие фиброзные изменения фолликулов; 2) положительная проба была получена в некоторых случаях после спленэктомии (Березов, Фаерман); 3) лимфоцитоз при этой пробе не стоит ни в какой связи с сокращением селезенки (Weil и Isch-Wall); Яблоков и Диковский также не получили постоянного соотношения между сокращением селезенки и лимфоцитозом. Не оправдались ожидания от адреналиновой пробы и в другом отношении. Предполагали, что при сокращении селезенки будут выводиться и появляться в крови некоторые клеточные элементы, образующиеся в селезенке при патологических ее состояниях—незрелые костно-мозговые клетки (миелоциты, нормобласты и т. п.). И таким образом думали, эта проба может до известной степени заменить не всегда безопасную пункцию селезенки (Naegeli, Яблоков и Диковский). Оказалось, лейкоцитарная формула заметно не изменяется, хотя бы общее число белых телец и значительно повысилось (Яблоков и Диковский, E.-Weil и

usch-Wall). Реакция Frey'a не может служить показателем функциональной способности селезенки (Золотарева, Яблоков и Диковский, Фаерман). Moga witz также говорит: „Едва ли мы можем рассматривать адреналиновую пробу по Frey'ю, как начало функциональной диагностики селезенки“. По Moga witz'у мы вообще не имеем методов функциональной диагностики селезенки.

Было предложено использовать сокращение селезенки под влиянием адреналина при малярии с диагностической целью: иногда в периферической крови появляются при этом паразиты, до того отсутствовавшие, или развиваются лихорадочные приступы. По этому вопросу ограничусь этим кратким указанием и ссылкой, хотя бы на работу Яблокова и Диковского.

Адреналиновая проба—с непосредственным наблюдением реакции селезенки в виде сокращения (перкуссия, пальпация, рентгенооскопия).

В отзывах об этой пробе не всегда легко отличить априорные суждения от выводов, сделанных на основании собственных наблюдений.

Фаерман видит в этой пробе ценный метод, дающий возможность судить о степени развития в селезенке фиброзной ткани и о наличии периспленита со сращениями—при сильном фиброзе и при наличии периспленита со сращениями селезенка не сокращается (дифференцировать эти два состояния можно по данным функции селезенки, по консистенции и подвижности ее). О фиброзе скажем ниже. Сращения, мне кажется, должны быть чрезвычайно обширными и плотными, чтобы они сделали невозможным сокращение селезенки. Что касается периспленита, как такового, то, напр., в случае Когана селезенка, имевшая плотную толстую капсулу, дала резко выраженное сокращение (30:14—18:9). Яблоков и Диковский видят в адреналиновой пробе ценный вспомогательный метод, технически простой, легко переносимый. Насколько это невинный и безопасный метод, мы увидим ниже. Особенно ценной адреналиновую пробу Я. и Д. считают при дифференциальной диагностике лейкоэмических заболеваний и симптомокомплекса Banti. Отсутствие сокращения селезенки под влиянием адреналина при с.к. Banti отмечается не только Я. и Д., но рядом авторов, и объясняется сильным развитием фиброзной ткани. Но ведь специфичность фиброза (фиброадени) селезенки при болезни Banti отвергается рядом авторов (Aschoff, Dügg, Шеванди, Фаерман и др.). Естественно думать, что при спленомегалиях, представляющих такие же гистологические изменения, но с другой—определенной этиологией (малярия, сифилис Лаппе-Совский цирроз), реакция на адреналин может также отсутствовать. С другой стороны, описаны случаи, где при характерных для болезни Banti гистологических изменениях в селезенке последняя реагировала значительным сокращением (Золотарева—на 4 см., Тареев и Владос—3 см.), не меньшим сокращением, чем в некоторых случаях лейкоэмических заболеваний (см. Золотарева, Яблоков и Диковский). Наконец, селезенка не давала сокращения при адреналиновой пробе в ряде случаев с лейкоэмическим процессом (Золотарева—лимфатическая лейкоэмия, Weil и Isch-Wall). Сами Я. и Д. отмечают в двух своих случаях лейкоэмии резкое ослабление реакции селезенки (сокращения) на протяжении 2½ лет наблюдения, что они склонны объяснять развитием в селезенке соединительной ткани¹⁾.

Не опавдались, видимо, надежды получить путем адреналиновой пробы дополнительные данные для дифференциального диагноза между некоторыми другими видами спленомегалий; между спленомегалиями с увеличенным кровенаполнением органа (особенно при тромбозе селезеночных вен), с одной стороны, и—с другой—спленомегалиями, в основе которых лежат процессы гемолитические, гиперпластические (лейкоэмические), воспалительные (туберкулез, лимфогранулематоз, опухоли) E. Weil и Isch-Wall, Greppi, Villa и др.).

Получается впечатление, что дифференциально-диагностическое значение адреналиновой пробы очень небольшое. Повидимому, она может оказаться полезной в случаях, когда трудно решить, какому органу при-

¹⁾ Я здесь беру реакцию только в виде сокращения селезенки. Да и Я. и Д. не говорят здесь о реакции Frey'я, а лишь о повышении содержания белых телец, главным образом за счет зернистых форм, при лейкоэмических процессах и об отсутствии резкого подъема числа белых телец при болезни Banti.

надлежит опухоль в левом подреберьи (или при другой локализации — смещенная селезенка?) (Яблоков и Диковский, Naegeli). Такие случаи встречаются, но они и раньше были очень нечасты; с развитием же методов исследования — в частности рентгенологического — они становятся все реже. В клинике спленомегалий все чаще дело — в смысле нашего вмешательства — сводится к решению вопроса: удалять селезенку или нет? И здесь адреналиновая проба, повидимому, нам ничего не дает.

Я вынужден по вопросу об адреналиновой пробе сослаться почти исключительно на литературный материал. Своих наблюдений мы почти не имеем. Причиной является мое принципиально отрицательное отношение к пробе. На основании собственных экспериментальных исследований и знакомства с литературой я слишком ясно представляю себе возможность повышения давления в системе воротной вены — особенно при сокращении сильно увеличенной селезенки (может быть выведено из селезенки, преимущественно форменных элементов, до 1 литра по Villa, до $\frac{1}{4}$ веса селезенки по E. Weil и Isch-Wall). На кривой S-й моей диссертации можно видеть повышение давления в одной из брыжеечных вен при сокращении селезенки, вызванном раздражением селезеночных нервов.

Вместе с тем при некоторых нелегко распознаваемых спленомегалиях имеет место склонность к кровотечениям, в частности желудочно-кишечным. Как ни странно, итальянскими авторами (Gerri, Villa) адреналиновая проба особенно выдвигается, как ценная в диагностическом отношении, при спленомегалиях на почве тромбоза селезеночных вен — при заболевании, при котором имеет место колоссальное развитие сосудов в желудочно-селезеночной связке и при котором склонность к жел.-киш. кровотечениям особенно выступает настолько, что является одним из важных в диагностическом отношении симптомов. Villa, правда, знает об опасности кровотечения, но считает это опасение необоснованным на основании своего опыта (приблизительно 10 — всего! — адреналиновых проб при различных сократительных застойных спленомегалиях) и опыта Gerri. Не говорят о таком осложнении пробы ни Фаерман, ни Яблоков и Диковский, имеющие довольно значительный материал (но случаев, где опасность кровотечения значительна, сравнительно немного).

Однако, подтверждение своих опасений я нашел в сообщении E.-Weil и Isch-Wall в одном случае первичной спленомегалии адреналиновая проба сопровождалась *смертельным желудочным кровотечением*.

E.-Weil и Isch-Wall предлагают впрыскивать адреналин *перед операцией спленэктомии*, чтобы сокращением селезенки вытеснить из нее кровь и таким образом уменьшить кровопотерю (на $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ веса селезенки). Я побоялся бы и здесь применить адреналин или решил бы в случаях с низким содержанием Hb и эритроцитов — применить, убедившись после вскрытия живота в отсутствии расширения вен (за отсутствием опыта не знаю, насколько это возможно) Vollkmanн предлагает впрыскивать 1% р. новокаин-супрастина в область сосудистого пучка селезенки (in den Milzgefäßsstiel) в несколько минут получается сокращение сосудов, затем и гладкой мускулатуры селезенки. Bogusiewicz вводил собакам адреналин в вену и в паренхиму селезенки — через

1 минуту получалось сокращение селезенки (до $\frac{1}{3}$ объема); через 10 минут восстанавливался первоначальный объем. Предварительная перевязка селезеночной артерии, предлагаемая профессорами Брюзовским, Боголюбовым и Кудинцевым, несомненно также сберегает кровь для организма. Можно думать, что сокращение селезенки, которое при этом должно иметь место,¹⁾ развивается менее резко — менее сильно и менее быстро; отсюда, нужно думать, меньшее сбережение крови, но и меньшая опасность кровотечения в случаях, где с такой опасностью приходится считаться.

Кровотечений желудочно-кишечных есть основания бояться не только при тромбфлебитических спленомегалиях, но и при циррозах печени, при лейкомих и т. д. (см., напр., посвященные этому вопросу сообщения Grégoire и E.-Weil, Donath; также Aubertin, Léon Kindberg, Langeron, Galiègue и Turery, Beer, Balfour и др.).

Приведу некоторые справки о том, как другие авторы объясняют жел.-киш. кровотечения при спленомегалических синдромах. Naegeli придает значение повышенному (благодаря увеличению селезенки, как резервуара крови) кровенаполнению системы. Fiessinger думает, что при известных гистологических изменениях неподатливость селезеночных тканей ведет к тому, что при повышении кровяного давления кровь из сильно развитых (благодаря увеличению органа) селезеночных артерий устремляется в систему коллатералей (сосуды, заложенные в желудочно-селезеночной связке). Rolleston (цит. по Шевандину) видит причину жел.-киш. кровотечений в застое и перекручивании селезеночной вены. Villa говорит об устремлении крови, вытесняемой из селезенки при ее сокращении в вены желудка. Frugoni в числе факторов, способствующих жел.-киш. кровотечениям, называет и сокращения селезенки, но, видимо, большого значения им не придает (упоминает о них лишь в скобках). Для de-Léobardy и Rayson достаточно было один раз наблюдать сокращение селезенки (при спленэктомии по поводу анемии splenica), чтобы поставить себе вопрос, не объясняются ли сокращения селезенки некоторые из кишечных кровотечений, столь частых при спленомегалических синдромах. Fiessinger, говоря о причинах жел.-киш. кровотечений при Лаппесовском циррозе, приводит различные объяснения: разрыв варикозно-растертых вен пищевода (наиболее старая гипотеза), изменение свойств крови (понижение свертываемости), портальная гипертензия (Gilbert), нервные явления сосудодвигательного характера (Debove и Courtois-Suffit). Fiessinger думает, что в клинике, вероятно, одновременно играют роль несколько причин. Мы прибавляем к предлагавшимся объяснениям влияние сокращения селезенки, фактора, близкого к тем сосудодвигательным влияниям, о которых думали Debove и Courtois-Suffit.

Итак, в происхождении тех жел.-киш. кровотечений, которые занимают видное место в клинической картине спленомегалий и гепато-лиенальных заболеваний, сокращение селезенки может быть одним из вызывающих факторов. Больные связывают иногда такие кровотечения с душевными волнениями. Целым рядом авторов отмечается уменьшение селезенки после кровотечений. Может быть, селезенка уменьшается не только после и под влиянием кровотечения, но и перед кровотечением, — сокращение селезенки, как вызывающий кровотечение фактор. Нам известно теперь, что душевные волнения могут вести к резкому сокращению селезенки. Связь кровотечения с сильным душевным волнением

¹⁾ Проф. Боголюбов говорит только об отсасывающем действии вен. Предлагаемое Cheever выдавливание крови из селезенки после перевязки (зажатия) всех сосудов ее, кроме широкой вены, мне кажется грубым приемом, о котором можно вспомнить только в случаях с очень резкой анемией и при отсутствии самостоятельного сокращения селезенки.

вполне возможна, причем эта связь может, между прочим, осуществляться через селезенку.

Адреналиновая проба может провоцировать жел.-киш. кровотечение. Дальнейшее экспериментирование с этой пробой не уместно. Безразборное применение ее на больных пора прекратить. Одного случая F.-Weil и Isch-Wall достаточно, чтобы так высказаться, так как этот случай является лишь подтверждением опасений, вытекающих из основанного на фактах представления о селезенке, как о механическом факторе в портальной системе. Позиции нашей не могут колебать случаи, аналогичные описанному Новодворским, где адреналиновая проба не повела к кровотечению, хотя склонность к последним имелась,—за 4—5 мцев до пробы жел.-киш. кровотечение. Не трудно примирить наше понимание и со случаями, когда жел.-киш. кровотечения выступают и после удаления селезенки—ведь видя в сокращении селезенки один из факторов, могущих способствовать кровотечению, мы не думаем отрицать значения других факторов, которые не устраняются спленэктомией. К этому вопросу мы еще вернемся. Но зато мы можем использовать наше понимание для объяснения того уменьшения склонности к кровотечениям, которое отмечается в ряде случаев. Принимая, что селезенка может быть повинна в жел.-киш. кровотечениях, мы должны в случаях, где по клиническому опыту есть опасность жел.-киш. кровотечений, видеть в этой опасности лишнее показание к спленэктомии. Balfour и Beer говорят о благоприятном влиянии спленэктомии при жел.-киш. кровотечениях неясного происхождения.

Сказанным далеко не исчерпывается механическая роль селезенки в портальном кровообращении. Есть достаточные основания видеть в селезенке двигатель в воротной системе, один из вспомогательных движущих механизмов этой системы. Механическое влияние движений селезенки на портальное кровообращение должно проявляться в следующем: сокращение селезенки, вытесняя кровь—иногда в очень значительном количестве—из органа, повышает давление в селезеночной, а затем и в воротной вене. Наоборот, расширение селезенки должно действовать присасывающе, должно понижать давление в системе. Механическое влияние сокращения, несомненно, много значительнее, так как сокращается селезенка иногда очень быстро, расширяется же большей частью значительно медленнее.

С. П. Боткин клинически наблюдал увеличение печени при сокращении патологически увеличенной селезенки. Дроздов и Бочечкарев экспериментально устанавливают, что каждое сокращение селезенки сильно увеличивает кровенаполнение печени. Francois-Franck и Hallion приводят кривую, иллюстрирующую пассивное увеличение объема печени (обезнervленной) при сокращении селезенки. Выше сделана ссылка на кривую № 8 моей диссертации, представляющую повышение давления в одной из брыжжечных вен под влиянием сокращения селезенки. Burton-Oritz наблюдал при сокращении селезенки повышение давления в селезеночной вене, за которым, конечно, должно было следовать и повышение давления в воротной вене. По Ragniez, Coste и Escalier селезенка собаки в 27 кгр. сокращаясь под влиянием адреналина, выводит больше 100 см.³ крови. Присасывающее действие, которое я считал возможным принять в своей диссертации, подтверждено в нашей позднейшей работе (Горяев, Сергиевский и Цветков).

Значительное и быстро развивающееся повышение давления, действуя как механический толчек на мышечные элементы стенки вен, мо-

жет возбуждать сокращение этих элементов. По наблюдениям Ronsato стенка вен портальной системы может отвечать при этом не однократным сокращением, а появлением ритмических сокращений. В данном случае мы имеем дело с явлением, аналогичным установленному рядом исследователей на других объектах.

Ритмические сокращения гладких мышц стоят в зависимости от их растяжения (натяжения). Наблюдается известный optimum растяжения, при котором ритмические движения наиболее выражены; ослабление натяжения и чрезмерное растяжение ведут к ослаблению ритм. движений. Отдельное натяжение, как механический импульс, может возбуждать (усиливать или вызывать) ритмические движения (Соколов и Luchsinger—наблюдения на мочеочечнике, Winkler—на желудочном кольце, Straub и Biedermann—на дождевом черве, Горбачев—на селезенке, Коробков—на почке, сосудистой системе почки¹⁾).

О значении ритмических движений сосудистой мускулатуры для кровообращения в системе воротной вены говорит Н. П. Кравков (цит. по Вершинину). Может быть сокращения селезенки, возбуждая деятельность мускулатуру вен портальной системы, являются одной из причин сравнительно сильного развития этой мускулатуры, отмеченного Villaret и Justin-Bezançon и др.

Если мы правы, приписывая селезенке физиологическую роль двигателя в портальной системе кровообращения и понимая указанным только что образом механическое влияние селезенки и ответную реакцию сосудистой мускулатуры, то мы должны принять, что между движениями селезенки, с одной стороны, и реакцией сосудистых мышц, с другой, должна быть известная „согласованность“. Эта согласованность может расстраиваться, когда сокращения селезенки и вызываемое ими повышение давления в воротной вене становятся чрезмерными — перерастяжение мышечных элементов стенок вен с подавлением ритмических движений последних, а, может быть, и их отдельных сокращений. Резкие изменения сокращений селезенки в смысле их продолжительности — естественно думать, что сокращение громадно увеличенной селезенки требует большего времени, — также могут вести к нарушению указанной согласованности.

То влияние селезенки на портальное кровообращение, о котором мы говорили до сих пор, пожалуй, еще не дает права приписывать селезенке роль двигателя — в строгом смысле слова — в портальной системе. Каково непосредственное влияние движений селезенки на ток крови в воротной вене и ее корнях? Прямых наблюдений я здесь не знаю. Поэтому вынужден высказаться теоретически, как мне рисуется это влияние. Напрашивается сопоставление с кровообращением в конечностях. Здесь вспомогательные факторы для оттока крови по венам приводятся в действие при движении конечностей: давление со стороны сокращающихся мышц, растяжение и сдавление вен со стороны связочного аппарата и др. Значение этих факторов как будто никем не оспаривается, хотя количественно влияние их расценивается различно. При этом в венах конечностей существенную роль играют клапаны. В системе ворот-

¹⁾ Коробков задержкой на несколько секунд оттока крови из почечной вены вызывал периодические колебания объема почки, т. е. просвета ее сосудов. Интересующиеся найдут в статье проф. Малова „К фармакологии и физиологии вен“ (Каз. мед. жур. 1931, № 1) некоторые дополнительные сведения и вместе с тем увидят, что здесь мы имеем дело с областью, еще недостаточно изученной и представляющей значительные расхождения в мнениях.

ной вены клапаны описаны (см. Tigerstedt), но они непостоянны (у различных животных) и не достигают такого развития, как в венах конечностей. Поэтому не будем учитывать их влияния при анализе явления.

Что в самом стволе воротной вены—от места впадения селезеночной вены в направлении к печени—сокращение селезенки, повышая давление, вместе с тем вызывает ускорение тока крови, как будто не может вызывать сомнений. К периферии от места впадения селезеночной вены получается временный застой крови и повышение давления. Это повышение давления скажется, как движущая сила, при последующем понижении давления в системе, которое, конечно, наступает и без при-сасывающего действия селезенки при ее расширении и усиливается этим последним¹⁾.

Таким образом движения селезенки, мне кажется, сами по себе—независимо от указанного воздействия на мышечные элементы стенки вен—способствуют току крови в системе воротной вены.

Внутрибрюшное кровообращение представляет большую сложность отношений, обилие и изменчивость факторов, валяющих на ток крови: артериальное давление, движения диафрагмы и брюшного пресса, движения и состояние наполнения кишечника, состояние сосудистой системы печени, давление в желчных путях и т. д. Все это создает большие трудности экспериментального изучения интересующего нас вопроса. Трудно более определенно—с качественной и количественной стороны—обрисовать физиологическую роль селезенки, как вспомогательного двигателя портальной системы. Еще более предположительны могут быть суждения по вопросу о патологии селезенки, как двигателя этой системы. Здесь мыслимы состояния гипер-, гипо и дисфункции. Мы пока не можем по отношению к подавляющему большинству случаев решить, с чем мы имеем дело в отдельном случае. Как проявление механической гиперфункции селезенки, нужно расценивать отмеченную выше роль селезенки, как одного из факторов, вызывающих желудочно-кишечные кровотечения. Возможное, в некоторых случаях несомненное, ослабление сократительной деятельности селезенки—*inertie*—может вести к застою с последующим повышением давления в портальной системе. Как на фактическое подтверждение этого могут указать на следующее. Villaret (Foie 103 стр.) отмечает повышение давления в портальной системе после перевязки селезеночной вены. В наших острых опытах отмечена такая же последовательность явлений—за исключением селезенки следовало повышение давления в брыжеечной вене (Горяев, Сергиевский и Цветков). Я думаю, что селезенка может играть роль в повышении давления в системе воротной вены—в развитии портальной гипертензии—не только благодаря давлению селезеночной опухоли, не только благодаря увеличению емкости и кровенаполнения портального круга при спленомегалиях, но и благодаря расстройству механической,

¹⁾ Burton—Opitz наблюдал при раздражении периферического отрезка селезеночных нервов увеличение (втрое, вчетверо) объема протекающей через селезеночную вену крови и повышение давления в селезеночной вене (напр. с 10 до 30 мм. Hg)—в первой фазе и во второй фазе прогрессивное падение и количества протекающей крови, и давления (до 4 мм. Hg)—ниже исходных цифр, в третьей фазе—постепенное восстановление нормальных отношений. Регистрации движений селезенки Burton—Opitz не проводил.

сократительной функции селезенки—*inertie*, дисфункция, то расстройство „согласованности“ между сокращениями селезенки и ответной реакцией мышечной стенки вен, о котором мы говорили. Портальная же гипертензия сама по себе может быть достаточной причиной для развития асцита (Villaret, Justin-Bezançon).

Высказываясь так, я предвижу возражения. Приведенные выше справки о повышении давления в воротной системе после выключения селезенки могут показаться недостаточными. В обширной литературе по спленэктомии—экспериментальной и клинической—я не могу сейчас указать других фактов, которые подтверждали бы нашу мысль, что выпадение функции селезенки, как двигателя, ведет к застою в воротной системе. Однако, если я не знаю, не помню сейчас таких фактов, это не значит еще, что их нет. Я не могу сейчас углубиться в изучение литературы под этим углом зрения. Отсутствие указаний на застой отнюдь не исключает застоя; чтобы его отметить, нужно искать его проявлений; а эти последние отнюдь не сводятся к одному асциту. Ведь выпадение упомянутых выше факторов, способствующих оттоку крови из вен нижних конечностей, далеко не всегда ведет к видимым последствиям (отек и проч.); нужны „предрасполагающие“ условия: атония сосудов мышц и др. Отмеченное выше обилие факторов, влияющих на ток крови в системе воротной вены, облегчает выравнивание фронта в случае выхождения из строя селезенки, как двигателя. Отмеченное выше появление желудочно-кишечных кровотечений в некоторых случаях после спленэктомии может быть проявлением застоя и гипертензии в портальной системе. Villaret и Justin-Bezançon допускают, что удаление селезенки, как резервуара, может сопровождаться усиленным приливом крови к пищеварительному тракту и таким образом благоприятствовать кровотечению.

Мысльма механическая гиперфункция селезенки компенсаторная, в выгодных для организма пределах—в случаях затрудненного оттока крови из системы воротной вены.

И в физиологии, и тем более в патологии портального кровообращения мы далеки от исчерпывающе полного и ясного объяснения явлений. Учитывая механическую роль селезенки, мы в некоторых случаях можем быть легче и с большим удовлетворением выйдем из положения при попытке понять известные факты.

В качестве выводов формулируем некоторые положения:

1. Сокращения селезенки могут играть роль в происхождении желудочно-кишечных кровотечений, наблюдающихся при некоторых заболеваниях селезенки, гепато-лиенальных и некоторых других.

2. Адреналиновая проба может вести к желудочно-кишечному кровотечению, и потому применение ее должно быть ограничено.

3. Селезенка является одним из двигателей в портальной системе кровообращения. Расстройства сократительной функции селезенки должны быть учитываемы в патологии портального кровообращения.

Литература на руск. языке: 1) Березов Е. Л. О функциях селезенки. 1925.—2) Боголюбов В. Л. Каз. мед. ж. 1927. № 6—7.—3) Боткин С. П. Курс клиники внутр. болезней. Т. I. Вып. III. Стр. 287. 1875 г.—4) Вершинин Н. В. Фармакология. 1931.—5) Горяев Н. К. Материалы к вопросу о движениях и иннервации селезенки. Дисс. 1910. Учен. зап. Каз. унив. 1911—12 г.—6) Горяев Н. К. и Ахрем-Ахремович Р. М. Каз. мед. ж. 1930. № 5—6.—

- 7) Горяев Н. К., Сергиевский М. В. и Цветков И. И. Учен. зап. Казун. 1929. Т. 89. № 3—4.—8) Золотарева Н. П. Труды IX Съезда терап. союза ССР 1926. Стр. 334.—9) Кеннон Физиология эмоций. Перев с англ. Изд. „Прибой“. 1927.—10) Коган М. Б. Клин. мед. 1926. № 12.—11) Коробков Л. И. К вопросу о самостоятельной деятельности сосудов. Дисс. Рукопись. См. также Pflüger's Archiv. Bd. 219. H. 5/6 1928.—12) Кудинцев И. В. Врач. Дело. 1927. № 23—24. 13) Новодворский В. М. Врач. раз. 1929. № 5.—14) Тареев Е. М. и Владос М. Врач. Дело. 1928. № 8.—15) Фаерман И. Л. Болезни селезенки. 1928.—16) Шевандин М. Н. Сборник научных работ памяти проф. Л. В. Орлова. 1926.—17) Яблоков Д. Д. и Диковский А. М. Клин. мед. 1928. № 21.—*На иностр. яз.*—18) Aschoff—цит. по Naegeli.—19) Aubertin. Nouveau Traité de Méd. IX. 1927.—20) Balfour. Annals of Surgery. 1917. Vol. 65. № 1. Стр 92.—21) Barcroft. Journ. Physiol. 64:1, 1927 и 68:375, 1930. Реф. J. A. M. A. 1930 Vol. 94. № 20 и 1928. Vol. 90. № 8. Также по Binet и др.—22) Beer. Annals of Surgery. 1928. Vol. 88. № 3. Стр. 344.—23) Biedermann. Pflüger's Archiv. 1904. Bd. 102.—24) Binet. La rate organe réservoir. 1930.—25) Binet. Presse méd. 1926. № 91.—26) Borysiewicz. Polska Gaz. Lek. 1928. № 39. Реф. Врач. раз. 1929. № 9.—27) Burton-Opitz. Pflüger's Archiv. Bd. 124 и 129.—28) Cheever. Annals of Surgery. 1928. Vol. 88. № 3. Стр. 442.—29) De-Léobardy et Raymond—no Presse méd. 1927. № 86. p. 1301.—30) Du Bois-Reymond—прив. по Hirschfeld'y: Die Splenomegalien. Spez. Pathol. u. Therapie, Kraus u. Brugsch. Bd. VIII. и по Березову.—31) Dittrich, Gerlach и Hery. Vierteljahrsschrift für die prakt. Heilkunde. Prag. 1851. Bd. III.—32) Donath. Wien. klin. Woch. 1929. № 21. (Реф. клин. мед. 1930. № 11).—33) Drosdow и Botschescharow.—прив. по Jahresber. d. Anat. u. Physiol. 1875. 2.—34) Dürr Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol. Bd. 72. H. 2.—35) Eppinger u. Schürmeyer. Klin. Woch. 1928. № 17. 36) Fiessinger. Journ. des. Practiciens. 1928.—цит. по Langeron и др.—37) Он же. Foie et Pancréas. Traité—Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix XII. 1923.—38) François-Franck et Hallion. Arch. de Physiol. norm. et. pathol. 1897. S. V. T. 9.—39) Frugoni. Presse méd. 1929. № 3 и 63.—40) Grégoire et Emile-Weil. Presse méd. 1929. № 24 и Arch. mal. Appar. digest. 1928. № 6.—41) Greppi—цит. по Villa. E.-Weil и Isch-Wall и др.—42) Henle. Zeitschr. f. ration. Med. Neue Folge. B. II. H. 3.—43) Kindborg. Nouveau Traité de Méd. IX. 1927.—44) Langeron, Galliégue et Turcay. Presse méd. 1929. № 69.—45) Laporte et Soula. C. R. Soc. Biol. 83. p. 660—цит. по Binet.—46) Magendie—прив. по Rochefontaine. Arch. de Physiol. 1873.—47) Morawitz. Klin. Woch. 1928. № 16.—48) Naegeli. Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung. 1929.—49) Он же. Verhandl. d. deut. Gesellsch. f. inn. Med. 40 конгресс. 1928.—50) Pagniez Coste et Escalier. Presse méd. 1925. № 99.—51) Roncato—цит. по Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmakol. 1923. Bd. 17. H. 5/6.—52) Roy Journ. of. Physiol. 1880—82. Vol. 3.—53) Scheunert u. Krzywanek—цит. по Binet.—54) Sokoloff u. Luchsinger. Pflüger's Arch. 1881. Bd. 26.—55) Straub. Pflüger's Arch. 1900. Bd. 79.—56) Tigerstedt. Die Physiologie des Kreislaufes. III. Bd. 1922.—57) Villa. Mediz. Klinik. 1929. № 23.—58) Villaret et Justin-Bezançon. Nouveau Traité de Méd. XVI. 1928.—59) Volkmann—no Folia haem. Bd. 41. H. 3.—60) E.-Weil et Isch-Wall. Presse méd. 1929. № 84.—61) E.-Weil et Grégoire. Presse méd. 1929. № 20, p. 326.—62) Winkler. Pflüger's Arch. Bd. 71. 1898.—63) Wollheim. Klin. Woch. 1928. № 27.

Из Хирургического отделения Набережно-Челнинской больницы Татареспублики.

О конкрементах кишечника.

Б. В. Огнева.

Конкременты кишечника, встречаясь сравнительно часто у животных, бывают очень редко у человека. Болезненная форма, вызываемая кишечными камнями, была впервые описана французскими авторами и в частности Dieulafoy.

Под именем кишечных камней разумеются камни, образующиеся в самом кишечнике, совершенно не касаясь здесь желчных камней, попадающих сюда из желчного пузыря и желчных ходов и ошибочно принимаемых за энтеролиты. Fürstenberg в 1844 году, работая над энтеролитами животных, подразделял их на две большие группы: истинные энтеролиты, состоящие по преимуществу из неорганических соединений, и конкременты. Последние в свою очередь он подразделял на фитобезоары (Phytobezoare), волосяные опухоли (Pilobezoare) и смешанные, в зависимости от того, что преобладает в составе энтеролита. У животных энтеролиты очень частое явление, особенно у лошади, у которой они могут достигать громадной величины без того, чтобы сказаться на ее здоровье. К числу таких больших энтеролитов нужно отнести описанный в литературе энтеролит в 10 klg. весом и в окружности 58 см., кроме того Косоротов наблюдал безоар у лошади в ободочной кишке в 18 фунтов, а Schokke выделил у лошади 16 кишечных камней весом в 20,9 klg.

У человека энтеролиты могут встречаться в любом отделе желудочно-кишечного тракта, и наиболее часто в червеобразном отростке и слепой кишке. В последней, по мнению Cruveillier и Talatmon'a, происходит образование ядра энтеролита, а затем он, попадая в червеобразный отросток, начинает постепенно путем наслоения увеличиваться. Ribbert и Ochler и др. доказали как раз обратное; по их мнению, формирование энтеролитов происходит в червеобразном отростке, где энтеролит может постепенно увеличиваться или же выталкивается из червеобразного отростка в слепую кишку. Указанный вопрос являлся спорным, хотя взгляд Ribbert'a имел больше сторонников, а в настоящее время, на основании работы Певзнера, следует прийти к выводу, что камни червеобразного отростка являются совершенно самостоятельными. Деление энтеролитов на истинные или настоящие, когда они тверды и не рассыпаются при давлении пальцами, и ложные, известные еще под названием каловых камней, когда они мягки и раздавливаются, нужно считать слишком произвольным, так как приложенная сила вполне субъективна и произвольна; вполне естественно, что и указанный критерий подразделения мало обоснован. Эберле предлагает твердость энтеролита определять отношением органических веществ к неорганическим. Барьерной цифрой он считает на основании его случая 1:20: все, что = 1:20 и выше будет говорить за каловый камень, все, что ниже, — за истинный энтеролит. По Швальбе истинные кишечные камни подразделяются на две большие группы: на камни преимущественно эндогенного происхождения и камни исключительно экзогенного происхождения. Первую группу камней составляют те энтеролиты, которые служат основой так называемой кишечной каменной болезни, которая характеризуется образованием в кишках песка или камней и может наблюдаться у людей различного возраста. Так, Dieulafoy описал подобный случай у ребенка 2½ лет. Образование энтеролитов, подобно образованию желчных и почечных камней, находится в связи с общими расстройствами обмена веществ в организме, может быть с подагрическим диатезом, артритизмом и пр. Кроме того, из местных этиологических моментов некоторые авторы указывают на слизисто-перепончатый колит, одновременно наблюдаемый с кишечными камнями. Ко

второй наиболее редкой группе кишечных камней относятся энтеролиты исключительно экзогенного происхождения. Образование их обуславливается длительным употреблением некоторых неудобоваримых веществ, каковы: мел, известь, глина, земля, уголь и т. п. Отмеченные случаи наблюдались главным образом у истеричных и некоторых душевнобольных субъектов. Подобного рода кишечных камней описано очень мало. В русской литературе имеются случаи Эрикссена и Швальбе, а в иностранной литературе Bamberger'a, Cloquet, Brande'a Henry, Hutchinson'a и M. de Laugenhagen'a.

Очень типичен в этом отношении случай Сарычевой-Швальбе. Больная в продолжении многих лет ела мел и песок, которые частью выходили с испражнениями, частью оставались в кишечнике; после смерти в последнем было найдено 35 камней, каждый со сливу, и около 10 с лесной орех. В случае, описанном M. de Laugenhagen'ом, больная ежедневно принимала большое количество соды, углекислой извести и углекислой магнезии; в результате—при каждом испражнении выходили 2—3 довольно больших камня серо-желтого цвета. Достаточно было прекратить прием указанных лекарственных веществ, как камни исчезли сами собой. В случае Nambi был найден салоловый энтеролит величиной с куриное яйцо. Далее описаны энтеролиты, состоявшие из углекислого магния (Esmarch, Treves), железа (Hutchinson), серы (Potein). В случае Naupyn'a долго употреблявшееся полоскание для зубов, состоявшее из t-rae Myrrhae и Rhatanhia, привело к энтеролиту такого же состава. André Mousson описал ложный литиаз кишечника у ребенка 3-х месяцев, вскармливаемого грудью и не стерилизованным коровьим молоком. У ребенка были частые колики и среди фекальных масс был найден желтоватый порошок, весивший 4—5 gm., в виде крупинок с просеянное зерно. При раздавливании крупинки изнутри были белого цвета, а при исследовании их под микроскопом состояли из иглообразных кристаллов, напоминавших кристаллы жирных кислот, что и было подтверждено химическим анализом. От настоящего кишечного песка крупинки отличались тем, что они не содержали минеральных веществ. Tiedemann, Grauer, Mouasse, Vonnegul-Schultze, Haberer обнаружили в желудке¹⁾ политуровые энтеролиты (Schelacksteine), причем из историй болезней больных, у которых были найдены политуровые камни, мы видим, что трое из них—столяры, один штукатур, одна женщина работница на лаковой фабрике, а двое остальных употребляли, повидимому, вместо водки политуру.

Winterstein в своей работе от 1925 года приводит классификацию камней желудочно-кишечного тракта с подразделением их на 5 групп. Классификация, как мы увидим ниже, во многом заимствована из работ Fürstenberg'a и Швальбе и в нее автор вносит систему, выделяя более определенно группы камней; к первой он относит истинные камни (энтеролиты), состоящие, главным образом, из неорганической субстанции; величина их редко достигает величины яйца. Одна треть до сих пор известных случаев должна быть причислена к истинным камням. Наибольший вес из найденных камней у человека этой группы имел 600.0. Ко второй группе он относит ложные камни, состоящие из органической субстанции (Phytobezoare, Pilobezoare, gemischte Konkreme). Они большей частью мягки, порозны, легки, в объеме больше истинных камней и появляются чаще в единственном числе. Органическая основа камня связана, склеена слизью и слоями. Автор считает, что образование камней зависит от одностороннего питания с многими неперевариваемыми веществами. К третьей группе он относит камни, возникшие благодаря частому приему различных медикаментов (магнезии, salol'a

¹⁾ В случае Friedländer'a был одновременно обнаружен политуровый энтеролит в тонких кишках.

железа, мела и шеллака). К четвертой группе относит кишечный песок неорганического или растительного происхождения. К пятой группе — копролиты (Kotsteine), состоящие из уплотненного кала, могущие достигать значительной величины. Благодаря пропитыванию наружных слоев солями они могут приобрести твердость соответственную ложным и истинным камням. Камни этой группы чаще всего находят в червеобразном отростке. Но все же указанная классификация имеет недостатки, так как она лишена результатов точного микроскопического исследования камней. Последний вопрос рассматривается в классификации, предложенной Певзнером в 1928 году, где автор, в результате анализа камней, взятых из 19 червеобразных отростков, устанавливает морфологическое свойство камней, топографическое расположение их элементов, с целью выяснения формального и каузального генеза камней. В эту классификацию включены и те подразделения, которые предложил Winterstein в своей схеме для камней желудочно-кишечного тракта. В руководстве проф. Боля от 1930 года все конкременты кишечного тракта животных подразделены на 1) Phytoconcrementa, 2) Pseudoenterolithiasis и Enterolithiasis. Таким образом, автор и истинные энтеролиты в своей классификации причисляет к конкрементам, а pseudoenterolithiasis считает переходными образованиями между фитоконкрементами и энтеролитами.

Кишечные энтеролиты, как мы увидим ниже, встречаются гораздо чаще желудочных, и к этому имеются некоторые причины. Самая главная — это то, что реакция кишечного содержимого щелочная. Вторая причина, способствующая образованию камней, копростазы, наконец, третья причина — это так называемые мертвые пространства — пазухи слепой и ободочной кишки и наличие червеобразного отростка, „Schlupfwinkel“, как называют немцы. Кроме того, нужно указать на всевозможные вариации анатомического строения кишечника и его брыжейки, а также на ослабленную деятельность его, с различными изменениями слизистой оболочки. Так, в случае Лежнева, отмечалась крайняя вялость кишечника и ненормальная подвижность S-образной кишки.

В иностранной литературе уделено достаточное внимание вопросу о кишечных камнях. В доступной мне русской литературе имеется ряд печатных работ и отдельных сообщений, посвященных этому вопросу — Клифасовского, Швальбе, Халафова, Эриксона, Лежнева, Гауделина и мн. др.

К опубликованным случаям я позволю себе присоединить свой случай, касающийся больной З. З., 32 лет, татарки из деревни Нов. Ташлыяр Кармалинской волости Челнинского кантона, обратившейся на амбулаторный прием Наб. Челнинской б-цы 12/VI—29 г. с жалобами на периодические колющеобразные боли в правой половине живота, на привычные запоры, усилившиеся за последнее время, и на вздутие живота. Б-ная астенического типа, кожа смуглая, подкожно-жировая клетчатка, мышечная и костная системы развиты слабо. При пальпации передней брюшной стенки, в лежачем положении б-ной, в правой половине живота прощупывается подвижная, неровная опухоль плотной консистенции. Б-ной было предложено стационарное лечение. После применения слабительных и целого ряда клизм выяснилось, что опухоль в размере не уменьшается и болезненные симптомы вместе с вздутием живота наступают также периодически, как и прежде. Предположительный диагноз — подвижная опухоль начала толстой кишки. Больной была предложена операция, на которую она согласилась. После предварительной подготовки б-ной, 19/VI—1929 года была произведена операция. Через разрез по Мс-Вигнеу под местной инфльтрационной анестезией вскрыта брюшная полость, где обнаружены подвижная слепая и восходящая части ободочной кишки,

набитые камнями. На вопрос, заданный 6-ной во время операции, не глотала ли она камней, я получил отрицательный ответ. Разрез был продолжен кверху и при осмотре слепой и восходящей частей ободочной кишки и их брыжейки обнаружено множество разбросанных узелков, величиной немного больше просяного зерна. Учитывая нарушение функции кишечной стенки указанного отдела и недостаточную проходимость на месте *valvulae Bauhini*, я произвел резекцию кишки от места на 15 см. проксимальнее конца подвздошной кишки до половины поперечной части ободочной кишки с последующим энтероанастомозом. Заживление раны *per primam intentionem*, и больная выписалась на 14-й день в хорошем состоянии.

При осмотре резецированного участка кишки обнаружены, как в стенке кишки, так и в небольшом участке брыжейки, многочисленные вышеотмеченные узелки. На разрезе стенка толстой кишки сильно гипертрофирована, в особенности в пределах *intest. coecum*, где она достигает 5 мм. толщины. Отверстие между створками *valvulae Bauhini* едва пропускает тонкий зонд, а близлежащие участки кишки резко уплотнены. Выступы и полулунные складки толстой кишки совершенно сглажены, калибр кишки не превышает средней нормы. В полости слепой, восходящей и начала поперечной частей ободочной кишки найдено 119 камней, из них 62 на вид каловые, не превышающие 2 см. в диаметре, и 57 мелких энтеролитов; последние по величине не превышают горошины самой разнообразной формы, часть из них в виде небольших черепиц, соответствующих, по видимому, выпуклости кишки. Кроме того обнаружены две целых косточки от сливы. Среди каловых камней обнаружен один камень, периферическая часть которого покрылась известью, и в виде выроста от него выступает каловый камешек, величиной немного больше ядра вишни. В одном каловом камне найдена косточка (птицы), в другом небольшая заостренная деревянная пластинка. На рентгеновском снимке резецированного участка кишки очень ясно видно концентрическое строение камней, что указывает на процесс сравнительно длительного формирования их в этом отрезке кишки.

Второй случай мне любезно был предоставлен д-ром Н. И. Вылегжаниным, который на вскрытии в Окружной психиатрической лечебнице обнаружил 11 каловых камней у умершего психически 6-ного Р., 30 лет, погибшего от серозно-фибринозного перитонита, причиной которого оказались перфорации конечного отдела подвздошной кишки вследствие расположения в этом участке кишки одиннадцати вышеотмеченных овальных каловых тел, длина которых колеблется от 3 до 5,5 см., оказавшихся состоящими из войлокообразно-переплетенных грубых (матрачных) волос, склеенных между собою плотными каловыми массами. Слизистая кишки в местах прилегания этих тел была изъязвлена и кроме того имелись перфорации, послужившие причиной перитонита. Первые приступы болей в животе были отмечены 1/VIII—30 года и в течение месяца отмечались все время с резкими обострениями до смерти.

Не безинтересно также отметить виденный мной на Утилизаводе в Казани сравнительно редкий случай огромного энтеролита весом в 1710,0, обнаруженного на вскрытии в слепой кишке у лошади. На распиле ясно видно концентрическое строение энтеролита, в самом центре которого обнаружено металлическое тело.

В просмотренной мною коллекции кишечных камней патолого-анатомического музея Ветеринарного института г. Казани обнаружено также несколько подобных энтеролитов, в центре одного из них находится булавка, в другом кусочек кирпича, в остальных тоже различные включения, послужившие началом формирования камней.

Касааясь распознавания камней кишечника, следует отметить, что оно является весьма затруднительным, несмотря на целый ряд указаний диагностического значения, накопленных по этому вопросу в литературе. Анамнез заболевания имеет громадное значение, например в случаях обнаружения политутовых или волосяных камней. Кроме того, в случаях систематического приема больными различных лекарственных веществ или употребления, в особенности истеричками и душевно-больными, различных неудобоваримых веществ—извести, песка, мела, земли и т. п. Диагностика кишечных камней без Рентгена трудна, и мы имеем в литературе целый ряд указаний, когда носители подобных камней в течение нескольких лет не имели резких болей, то же самое отмечено

и в отношении целого ряда случаев и у животных. Припадки этой болезни в большинстве случаев зависят от формы ее. Периодическое и постоянное появление песка в испражнениях или совершенно не вызывает никаких болей, или сопровождается на подобие желчных и почечных—кишечными коликами и болезненностью испражнений, тогда как настоящие кишечные камни могут обусловить, помимо вышеупомянутых припадков, продолжительные запоры, частые, схваткообразные боли в животе с тошнотой и даже рвотой, могут оказывать влияние на деятельность соседних органов, и, наконец, дать полную закупорку кишки со всеми ее последствиями.

Так, в случае Лежнева развивалась три раза картина непроходимости кишечника (по месяцу), а на операции были найдены два больших энтеролита в S-образной кишке. У Греушана описан случай, где у 6-ного была 18-дневная непроходимость кишечника, а Нейсен в своем случае отмечает 44-дневную непроходимость. С подобными случаями и приходится иметь дело хирургу, где и обнаруживается вся трудность распознавания кишечных камней.

Однако, в случае, описанном Лежневым, проф. Бобров до операции поставил предположительный диагноз каловых камней в толстой кишке. Конечно, при условиях вздутого живота прощупать камни не представляется возможным и только при умеренно вздутом, мягком и безболезненном животе можно произвести более подробное исследование и остановиться на самых характерных признаках этого заболевания—широкой подвижности и смещаемости участка кишечника, содержащего камни; кроме того иногда удается отметить увеличение и уменьшение объема камней, изменчивость их плотности и перекатывание их в кишке. Трудность диагностики подтверждается такими случаями каловых камней, которые даже невозможно распознать после вскрытия брюшной полости.

Для таких случаев Gersung предлагает особый «Klebesymptom» (симптом состоит в прилипании стенки кишки к каловым камням); этот симптом ему приходилось наблюдать при операции, хотя этот симптом не будет выражен при некоторых формах колита—в частности при ложно-перепончатом, как это отметил Ноттокл в своих двух случаях каловых камней.

Таким образом каловые камни могут иногда вызывать типичные случаи непроходимости от закупорки (ileus obturatorius). Хотя Albert считает мало вероятным, чтобы камни, образующиеся в толстой кишке или дивертикуле тонких кишек, внезапно и вполне закупорили кишечный просвет и относит подобные случаи к очень редким явлениям. Но проф. Г. Ф. Тилинг, на основании своих двух случаев непроходимости кишек, зависящей от желчных камней, и случаев Schloffer'a, приходит к заключению, что нельзя отрицать динамического, судорожного (спастического) ileus'a при наличии камней в кишечнике, что ясно подтверждается весьма демонстративным случаем Самгородского, который в пятом из описанных им случаев при лапаротомии видел ущемление камня (величиной в $\frac{1}{2}$ куриное яйцо) в спастически сокращенном участке толстой кишки. На основании последних указаний мы вправе предполагать наличие непроходимости или спастического ileus'a и при камнях гораздо меньших размеров; указанные явления, по De Quervain'u, могут наступить без ясно определенных причин.

Касаясь лечения при наличии камней в желудочно-кишечном тракте, следует отметить случаи, кончающиеся самоизлечением, когда во время приступов кишечных колик выделяются иногда кишечный песок

или камни *per vias naturales*. В других случаях камни, выделяясь, вновь не образуются по прекращении приема тех или иных лекарственных веществ, как это было в случаях Leo, M. de Langenhagen'a и Эберле. Кроме того мы в праве предположить самопроизвольное распадение камней в кишечнике, как это отмечено в отношении камней мочевого тракта. Последнему вопросу посвящен целый ряд работ: Adrian'a, Bastog'a, Мир-Касимова и др. Согласно до сих пор высказанным взглядам, все условия, благодаря которым разрушаются камни в организме, можно разделить на 3 группы: 1) механические причины, 2) химические причины и 3) комбинация этих двух причин. Повидимому, в организме всегда имеется наличие всех этих моментов, так что возможно, что наличие химической причины служит подготовительной стадией для воздействия механической причины. Мне думается, что все указанные условия самопроизвольного распада камней мочевого тракта могут быть в известной степени отмеченными и при истинных кишечных камнях.

К числу консервативных методов лечения нужно отнести многократное применение сильных слабительных и масляных клизм с последующим массажем (Самгородский). Если камни удастся спустить в прямую кишку, то отсюда их можно извлечь или рукой, или инструментами. Некоторые авторы рекомендуют не спешить с операцией даже при ileus'e, так как последний может разрешиться сам с последующим выделением камней (Dod und Krönig); с другой стороны, если ждать, пока прекратится перистальтика и присоединится перитонит, то оперировать будет поздно (Pelz-Leiden). К числу радикальных методов нужно отнести, конечно, чревосечение с последующим низведением камней до *ampulla recti*.

Так, в случае Gersung'a камни были обнаружены при лапаротомии, затем рана брюшной стенки была зашита, а после ее заживления при помощи массажа и масляных клизм удалось вывести кишечные камни. В случае Склифа того же после лапаротомического разреза удалось через кишечную стенку размять каловую опухоль и на 4-й день после операции больного стало слабеть. Через год он умер от воспаления легких, и на вскрытии были обнаружены две язвы на том месте, где был каловый камень. Самгородский в одном из описанных им случаев у оперированной 6-ной по поводу миомы матки сделал на девятый день вторичную лапаротомию по поводу развившейся частичной непроходимости, причем он обнаружил в спастически сокращенном участке S. Romaniш кишечный камень в $\frac{1}{2}$ куриного яйца, который он сдвинул с места ущемления и удалил естественным путем.

К числу других видов радикального лечения кишечных камней нужно отнести энтеротомию на месте расположения камней, с последующим извлечением их из просвета кишечника. Подобные операции были произведены Халафовым, Hofmok'ем, Briau, Бобровым. Особенно указанный способ рекомендует Лежнев, выставя его в качестве вывода своей работы. Кроме того в литературе предложено при кишечных камнях накладывать энтероанастомоз или делать резекцию кишечника. При наличии камней в червеобразном отростке, вполне понятно, следует, как правило, производить аппендектомию.

Рассматривая описанные мною случаи в связи с литературными данными, я прежде всего хотел бы отметить большое количество камней (119) в моем первом случае.

Судя по литературным источникам, самое максимальное количество камней у человека было описано Швальбе, который обнаружил 45 камней в толстой кишке и обильное количество мелких в тонкой кишке. В случае Aberle было

удалено 32 камня и такое же количество было найдено Madelung'ом. Эберле отмечает от 15—20 камней, выделившихся у одной больной после припадка; по форме камешки напоминали черепушки разбитого стекла, цветом канифоли, образовавшиеся, как подтвердил анамнез, в результате приема б-ной, за неделю до припадка, salol'a. У животных количество камней встречается гораздо большее; так, Ренбод в кишечнике лошади описал 10 камней величиною каждый с кулак взрослого человека и в этом же случае было найдено 150 мелких камней. Кист описал 1.000 камней в кишечнике лошади.

Концентрическое строение камней у нашей б-ной указывает на довольно продолжительное пребывание их в кишечнике, тем более, что иногда нет прямой зависимости между величиной камня и количеством слоев, так как последние бывают неодинаково выраженными. Так, по предположению Fürstenberg'a, у животных камень диаметром в 15.7 см. может образоваться в один год, а по Шаллеру в два года. Fürstenberg в одном камне в 5.6 klг. весом и диаметром в 15 см. насчитал 720 слоев. Максимальная достоверная давность камней в кишечнике у человека отмечена Hedenius'ом в 16 лет и Лежневым в 14 лет. Касаясь морфологического свойства камней и топографического расположения их элементов в наших случаях, я останавлиюсь на первом из них, где имеется 62 ложных энтеролита и 57 истинных.

В первой группе все каловые камни круглой формы, различной величины и на разрезе состоят из 3-х резко заметных слоев, самый поверхностный из них состоит из уплотненного кала, затем более плотный слой с включением извести



и, наконец, в центре известковое ядро, на срезе состоящее из нескольких более тонких, едва заметных слоев. Один камень из этой группы, как отмечено было выше, весь состоит из извести и имеет в виде придатка небольшой отросток. Вторая группа камней принадлежит к мелким истинным энтеролитам величиною не больше горошины, самой разнообразной формы, часть из них в виде черепиц, соответствуя, повидимому, выпуклости стенки толстой кишки. Эти камни очень тверды и плотны. На фотографическом снимке, произведенном с рентгенограммы резецированного участка кишечника, ясно заметна слоистость камней, причем периферия их более светлая, а область ядра более темная, на этом же снимке видны совершенно черные камни—это истинные энтеролиты.

Во втором описанном мною случае ложных камней (волосяные опухоли), относящихся к смешанным конкрементам, обнаружены переплетенные волосы,

послужившие ядром для образования каловых камней овальной формы. Они не представляют из себя особого интереса, как с точки зрения их топографического строения, так и с точки зрения химического состава, но имеют, главным образом, клинический интерес.

Третий случай интересен в том отношении, что он имеет резко контурированное ядро, в центре которого включено металлическое тело. Диаметр камня равен 14 см., а окружность его 42 см. К периферии от ядра имеется большое количество слоев от 1 мм. и меньше толщиной. На основании топографического расположения слоев, веса и твердости его следует отнести к числу истинных энтероолитов.

При химическом анализе камней первого случая оказалось, что наружная часть их содержит 35.85% золы, в пересчете на воздушно-сухое вещество, внутренней часть—76.0% золы. Зола состоит, главным образом, из фосфорно-кислой извести, быть может с небольшой примесью углекислых солей. Трипельфосфата не обнаружено. В общем представляют собою остатки органических веществ пищи, импрегнированных фосфорнокислым кальцием.

Химический анализ кишечных энтероолитов как у человека, так и у животных, на основании работ П. Ф. Топчиева и А. А. Соколова, Wöefler'a и Lieblein'a и случаев Эберле, указывает, что в составе этих камней мы можем встретить известное количество воды, щелочи, фосфорнокислой извести, трипельфосфаты, углекислую известь, сернокислую известь, углекислый натрий, кремнекислые и серно-кислые соли, спиртово-эфирно-хлороформенную вытяжку, белок, клетчатку, жир и калийные мыла, жирные кислоты, нейтральный жир, растворимые пищевые вещества, каловые массы и конкременты магнезии. По Кравцову у животных в водной вытяжке из камней были найдены следы серной кислоты и хлористой щелочи. Чаще всего встречаются фосфорнокислая известь и трипельфосфаты в сочетании с теми или другими, из числа указанных выше, составными частями. Ни одно исследование, взятое в отдельности, не может претендовать на исчерпывающую полную, и только результаты многих работ дают нам представление о том, насколько может быть разнообразен химический состав энтероолитов.

Истинные энтероолиты встречаются очень редко. Так, по статистике Швальбе отмечен только один случай на 100.000, в клинике проф. Боброва за 22 года два случая на 4500 больных, у проф. В. М. Мыш за 15 лет работы описано 4 истинных энтероолита в червеобразном отростке, уд-ра Мокровского за 14 лет на материале 5198—три случая, у Финикова один случай за 10 лет на материале в 13794. Таким образом истинные энтероолиты являются редкой находкой, и только за последнее время об них стали писать несколько больше, так напр., Самгородский сообщает сразу о пяти случаях. По Fürstenberg'у удельный вес истинных энтероолитов колеблется от 1.658—1.823, а в случаях Кравцова от 1.4—1.5. Все же, чтобы установить истинную грань между указанными видами энтероолитов в каждом отдельном случае, нужно прибегнуть к лабораторным методам исследования, а для практического врача останется в силе прежний способ решения: если камень мягкий—он ложный энтероолит, если же он твердый—он истинный. Строгой грани между этими видами, по моему, существовать не может, так как истинные энтероолиты иногда могут образоваться из ложных, а последние, следовательно, в некоторых случаях представляют из себя известную стадию формирования истинного энтероолита. Это подтверждается и тем, что истинные энтероолиты, помимо отмеченных выше инородных тел, могут образоваться и около органической субстанции,

являющейся обычно главной составной частью ложных энтеролитов. Описанный мною первый случай вполне подтверждает последнее мнение, так как в одном участке кишки мы имеем как истинные, так и ложные энтеролиты, кроме того часть камней по внешнему виду трудно причислить к одной из этих групп, и в таких случаях вопрос приходится разрешить лабораторным путем. Третий случай должен быть отнесен к истинным энтеролитам, где наслоение произошло около металлического инородного тела. Может быть, процесс образования камней нужно рассматривать как защитительные свойства организма, чтобы купировать чуждые и вредные продукты как органического, так и неорганического происхождения. На это, между прочим, указывает и Певзнер в выводах своей работы. Во всяком случае образование камней нужно рассматривать, с одной стороны, как общую болезнь организма, с другой стороны—как местное заболевание кишечника данного участка и, может быть, нарушение его функционально-динамических особенностей. Так, толстая кишка, занимая первое место в организме человека, как выделительный орган известна и при условиях нарушения этой функции и химического состава слизи кишечника, повидимому, способствует образованию кишечных камней, так как продолжительные запоры, повидимому, еще не являются обязательными факторами для образования каловых камней или энтеролитов. В этом мы можем убедиться из работы проф. В. Л. Боголюбова. „Об идиопатическом расширении толстых кишек“, где приведен 181 случай отмеченного заболевания, всегда с резко выраженными и долгими запорами и, повидимому, с глубокими динамическими нарушениями функции кишечной стенки. На все отмеченные случаи мне удалось в этой, весьма капитальной работе, отметить только 3 случая с каловыми камнями—у Kraske, Frommer'a и Gee Sammel'я. Следовательно, в случаях наличия камней в кишечнике мы должны полагать, что здесь имеем дело с нарушением функции этого органа и в каждом отдельном случае, где это возможно, чтобы более детально изучить причины этого заболевания, помимо всех вышеотмеченных данных из литературы, должны делать микроскопический анализ кишечной стенки.

В нашем первом случае были отмечены туберкулезные узелки в брыжейке и стенке кишки, и микроскопически этот диагноз подтвердился. На микроскопическом препарате слизистая оболочка толстой кишки в поверхностных слоях некротизирована. Глубокие части желез хорошо сохранились и не нарушены, между ними слабо выражена клеточная инфильтрация. Мышечные слои (muscularis mucosae, циркулярный и продольный) резко гипертрофированы. Серозная местами утолщена за счет разрастания соединительной ткани, густо инфильтрированной в местах утолщения различными клеточными элементами, главным образом лимфоцитами с небольшим количеством плазматических клеток. Под микроскопом узелок состоит, главным образом, из тонковолокнистой соединительной ткани богатой лимфатическими сосудами, в которых, как и в ткани ближе к периферии, имеются многоядерные лейкоциты и отдельные тучные клетки. В центре имеются две типичных туберкулезных гранулемы, состоящие из эпителиоидных гигантских, типа Langhans'a клеток с небольшой инфильтрацией лимфоцитами по окружности. Эти бугорки замурованы волокнистой соединительной тканью. В кусочке длиной в 5 мм, взятом из брыжейки толстой кишки, среди жировой ткани, имеются два небольших туберкулезных бугорка, состоящих из отчетливых эпителиоидных клеток и в одном из них имеется гигантская клетка, все это окружено густой зоной лимфоцитов. Развитие соединительной ткани вокруг него не заметно. Остальная ткань брыжейки слегка отекает, в ней имеются одиночные многоядерные лейкоциты. Лимфатические сосуды расширены.

Таким образом, наличие туберкулезного процесса заслуживает внимания, так как здесь мы можем говорить о камнях кишечника как вторичном заболевании, в силу нарушения функции данного участка кишечника. Проф. Болъ в своем руководстве указывает, что образованию камней содействует катарральное воспаление кишечника и изменение реакции кишечного содержимого.

Hofmokl указывает на наличие ложно-перепончатого колита. Певзнер в своей работе „О камнях червеобразного отростка“ воочию убедился в отношении II и IV групп его случаев, что в камнеобразовании принимает участие стенка отростка, иными словами, что камни червеобразного отростка есть продукт, образованный местно, при участии, главным образом, стенки отростка. II в заключение утверждает, что камни червеобразного отростка по своему каузальному генезу—воспалительные, с нарушением двигательного аппарата червеобразного отростка, в силу изменений в мышечном слое в виде утолщения фиброзного слоя. Кроме того отмечает развитие жировой ткани в лимфатическом и фиброзном слоях, раздвигание и атрофию мышечных клеток muscularis mucosae и воспалительную инфильтрацию в толще слизистой оболочки. Анализ нашего первого случая указывает тоже на глубокие, выше отмеченные, изменения стенки кишки. Таким образом, вопрос о конкрементах кишечника представляет в настоящее время большой интерес и ему должно быть уделено внимание как со стороны терапевтов в деле изучения причин образования различных групп камней, диагностики этого заболевания и консервативного лечения, так и со стороны хирургов в выработке более точных показаний к тому или иному виду оперативного вмешательства. Последнее может быть весьма различным в зависимости от степени нарушения функции кишечной стенки, где в одних случаях можно сделать энтеротомию или энтероанастомоз, а в других случаях более радикальное вмешательство—резекцию кишечника.

В заключение приношу глубокую благодарность проф. В. А. Энгельгардт за исследование химического состава камней, проф. К. Г. Болъ за ценные указания и возможность воспользоваться коллекцией камней Пат. анат. музея Вет. института и д-ру Н. И. Вылегжанину за представленный мне весьма интересный случай.

Литература: 1) Эриксен. Petersburg. medicinische Zeitschrift. 1862.—2) Virchow's Jahresbericht 1869 ч. I, 158.—3) Gee Samnel. St. Barthol. hosp. Reports, 1884.—4) Отчет фак. хир. кл. проф. Н. В. Склифасовского. 1884—1890 гг.—5) Wamberger. Krankheiten der chylopect. Syst., стр. 423.—6) Халафов. Мед. обозр. 1890 г. т. XXXIX, ст. 40.—7) Eichhorst. Руководство к частной патологии и терапии ч. II, 1891.—8) Heusgen. Там же 1891 г.—9) Gersung. Wiener kl. Wochenschrift. 1896 г. № 40.—10) Hofmokl. Wiener kl. Wochensch. 1896, № 43.—11) Цейдлер. «Летопись Русск. хир.» 1898 г.—12) Сборник Кавказского мед. общ. 1897 г.—13) Косоротов. Архив Вет. наук. 1897 г. кн. 12.—14) Heidebrandt. Jahresbericht 1898.—15) Отчет факульт. хир. клиники Москов. ун-та 1899—1901 гг. № 1792.—16) E. Albert. Учеб. част. хир. 1899, ст. 207.—17) Dieulafoy. Руководство к внутренним бол. 1899 г., т. II, 232.—18) Dieulafoy. Руководство к внутр. пат. Русс. пер. 1899 г. т. III, ст. 230.—19) Тилинг. «Летоп. Рус. хир.» 1900 кн. 5.—20) Швальбе. Мед. обозрен. 1901 г. т. LV.—21) Сарычева-Швальбе. Там же.—22) M. de Laugenhagen. La semaine médicale. 1901, № 19. 23) Лежнев. Русс. врач, № 15, 1903 г.—24) Kraske. Münch. med. Woch. 1906 г. № 49.—25) Frommer. Arch. f. klin. Chir. Bd. 67.—26) Мари. Основы пат. анат. домашних животн. 1906 г.—27) Aschoff. Die Wurmfortsatzentzündung. Jena. 1908 г.—28) Lossen. D. Z. f. Chir. Bd. 105.—29) Ростовцев. Учение о перитифлите.

Моногр.—30) Барабулин. Аппендицит. Моногр.—31) Schuberg. Wirsch. Arch. Bd. 90.—32) Sprengel. Appendicitis. Deut. Chir. Lfg. 46.—33) Боголюбов. Русск. хир. арх., стр. 449, 1908 г.—34) И. Ф. Топчиев, А. А. Соколов. Труды I-го Всерос. вет. съезда, т. II, стр. 290.—35) Wölfler u. Lieblein. Dtsch. Chirurg. Lief. 46B, 1909.—36) Anderson. Brit. med. journ., № 2731, 1913.—37) Эберле. Сиб. врач, № 16, 1914 г.—38) Мокровский. Вр. вестник Волог. Тубздрава, ч. 1, 1921 г.—39) Фиников. Юб. сб. Нечаева, т. 2, стр. 325—27, 1922.—40) Голушенко. Астр. мед. жур. ч. 1, № 1, стр. 58—64, 1922.—41) Cowan. Ref. Zentralorg. f. Chirurg. 1923 г., 19, 354.—42) Winterstein. Deut. Z. f. Chirurg. Bd. 193, 1925.—43) Rudolf. Neumann. Vir. Archiv. Bd. 258, H. 3, 1925.—44) F. Porter. Surgery, gynec. and obstetrics, vol XL, 1925 г.—45) Самгородский. Вестник хир. 33 кн., 1927 г.—46) Певзнер. Юбил. хв. сборн. проф. Богораза, 1928 г.—47) Рубашев. Аппенд. и его влияние на заболев. друг. орг. бр. полости. Моногр. 1928 г.—48) Спасский. Докл. в хир. секции Каз. ун-та. 1930 г.—49) Боль. Основы патол. анат. дом. млекоп. и птиц, 1930 г.

Из Хирургического отделения Артемовской межрайонной больницы.

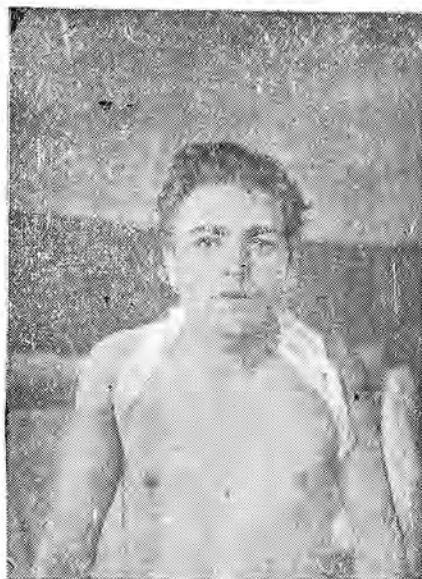
Эластическая повязка при переломах ключицы.

Д-ра П. В. Приселкова.

С 2 фот.

Не вдаваясь в разбор многочисленных способов, предложенных для лечения переломов ключицы, я в своей небольшой заметке хочу описать простую и на мой взгляд чрезвычайно надежную фиксирующую повязку при этих переломах. Повязку эту я применяю более пяти лет и результатами ее очень доволен, так что в последние годы совершенно оставил гипс и все другие применяемые в этих случаях повязки (Desault's, Sayr's, Velpeau). Идея ее заключается в фиксации отломков путем применения постоянной эластической тяги посредством резиновой трубки.

Накладывается она следующим образом: обыкновенную резиновую трубку длиной (для взрослого) около метра обортывают слоем ваты, а затем (сверх ваты) еще косыми ходами мягкого марлевого бинта, так что получается жгут толщиной вдвое-втрое толще первоначально взятой резины. Этот жгут своей серединой помещают на шею больного, а концы его перекидываются чрез ключицы той и другой стороны, проводятся в соответствующие подмышечные впадины, натягиваются с такой силой, чтобы надплечья больного были развернуты, а затем соединяются сзади путем сшивания их крепкими нитками или толстым шолком (см. фото). На место перелома под жгут кладется подушечка из ваты, обернутая марлей и в нескольких местах прошитая. Такие же ватно-марлевые подушки во избежание болезненности и возможного пролежня кладутся под жгут в подкрыльцовые области обеих



Фот. № 1.

сторон, причем с большой стороны она делается большого размера, чтобы устроить приведение плеча.

Наложённая таким образом эластическая повязка заставляет больного все время держаться с развернутой широко грудью, несколько отведенными назад и слегка приподнятыми надплечьями, благодаря чему отломки становятся в правильное положение и держатся в таковом все время действия тяги—около двух недель—период вполне достаточный для образования костной мозоли.

Имея при переломах ключицы: 1) опущение плеча и вместе с тем его приближение к грудной клетке и, главным образом, смещение его вперед и кнутри вследствие преобладания тяги грудных мышц, при всякой повязке, накладываемой по поводу такого перелома, мы должны стремиться к устранению указанных компонентов.



Фот. № 2.

Описанная повязка, оттягивая в достаточной мере надплечья назад, устраняет основное смещение конечности вперед и кнутри. Приближение же (приведение) конечности—плеча как бы притянуто к грудной клетке—устраняется подушечкой, положенной под жгут с большой стороны. Наконец, опущение плеча можно устранить (на фот. отсутствует) путем подтягивания или сшивания нижней части жгута на спине с его шейной частью.

Преимущество этой повязки заключается также еще и в том, что здесь имеется возможность (помимо рентгена) постоянного клинического контроля за положением отломков и процессом образования мозоли.

Подтверждение идеи описываемой здесь повязки мы недавно (во время научной командировки в 1930 г.) видели в Украинском институте ортопедии и травматологии, где при переломах ключицы применяются также тяга путем наложения двух отдельных жгутов (петель), проводимых чрез надплечья и подмышечные впадины обеих сторон и фиксируемых сзади к деревянной доске, укрепленной гипсовым корсетом. Но такая повязка, давая также хорошие результаты, утомительна для больного и требует большого количества материала и времени, почему мы и в дальнейшем все же придерживаемся описываемой здесь повязки: она легка, удобна для больного, не сбивается и требует очень мало времени и материала для своего наложения. Важно также и то, что ни один больной при таком пособии не требует помещения его в стационар. Наблюдая при этом всегда хороший как анатомический, так и функциональный результат лечения, мы решаемся рекомендовать эту повязку как вполне удовлетворяющую своему назначению при переломах ключицы.

Из Акушерско-гинекологической клиники Каз. гос. мединститута. (Директор-проф. Груздев).

К вопросу о терапии эклампсии.

Ассистента клиники д-ра В. В. Дьяконова.

„Вряд-ли я ошибусь“,—говорит Ф. И. Пожарисский в своей статье „Патологическая анатомия эклампсии“,—„если я замечу, что эклампсии „повезло“ более, чем всем остальным болезням, в смысле обилия литературных данных, посвященных этому вопросу. И, однако, несмотря на все усилия научной мысли, сущность эклампсии, ее этиология—остаются для нас и по сию пору в достаточной мере непонятными“. Просматривая литературу, посвященную вопросам эклампсии, обзорея многочисленные теории, которые предложены различными авторами в различное время, следует прийти к выводу, что, хотя и не осталось ни одного органа в организме женщины, которому бы не приписывалась главенствующая роль в симптомокомплексе эклампсии,—все написанное остается пока в области теорий, более или менее вероятных. Недаром Zweifel назвал эклампсию „болезнью теорий“. В настоящее время, нам кажется, можно наметить два направления, доминирующих в вопросе об этиологии интересующего нас заболевания: 1) интоксикационная теория и 2) эндокринная, стремящаяся объяснить патогенез эклампсии с точки зрения нарушения корреляции желез внутренней секреции. Которая из этих теорий стоит ближе к истине,—сказать трудно; можно лишь отметить, что наиболее распространенною является в настоящее время сравнительно молодая теория отравления организма матери образующимися и идущими со стороны растущего плода ядовитыми веществам.

При невыясненности этиологии и сущности эклампсии, естественно, далека от совершенства и терапия данного заболевания. „До сего времени“,—говорит Zangemeister,—у нас нет ни одного безусловно верного средства, которое могло бы излечить эклампсию, даже если она находится в относительно-благоприятной начальной стадии“. В отношении терапии данного заболевания современные акушеры резко делятся на два лагеря: одни, во главе которых стоит проф. Строганов, являются защитниками более консервативного лечения эклампсии, другие высказываются в пользу активных методов, главным образом кесарева сечения.

Принадлежащий проф. Строганову профилактический способ лечения эклампсии ставит себе целью устранить экламптические припадки, понижая раздражительность центральной нервной системы, доводя до минимума возможные раздражения и ослабляя спазм сосудов. Все эти мероприятия ведут к более правильному кровообращению и, таким образом, к правильной функции всех органов. В экламптических припадках проф. Строганов видит главную причину огромного поступления токсинов, образующихся в результате сокращения мышц почти всего тела.

и тяжелой асфиксии. Он полагает, что своим методом он ставит организм в наилучшие условия для переработки токсинов.

В один из пунктов усовершенствованного профилактического метода входит скорое, но безопасное оперативное родоразрешение при помощи, напр., полостных и выходных щипцов, извлечение за ножку, легкого поворота. Кесарское сечение проф. Строганов признает операцией вредной при этой болезни. Он говорит: „Защитная сила экламптичек резко понижена, их ретикуло-эндотелиальный аппарат ослаблен, а расстройство ретикуло-эндотелиального аппарата ведет к понижению самозащиты, предрасполагает к инфекции и к тяжелому течению. Все большие статистики показывают огромную смертность при кес. сечении у экламптичек; так, напр. у Селицкого она равна—16,7%, у Peter-son'a—25,79%—34,8%, у Charles'a Gordon'a за 1921—26 г. 26%, у Илькевича 22,3%“. Проф. Строганов полагает, что кесарское сечение может быть применяемо лишь при осложнении эклампсии узким тазом, *placenta praevia*, кровоизлиянием в мозг и т. п.

До тех пор пока патогенез эклампсии не будет вполне точно выяснен, к лечению ее нам придется относиться чисто-эмпирически, основываясь на результатах, получаемых при применении тех или других методов. При этом для оценки результатов нужно, с одной стороны, возможно большие по числу случаев статистические данные, а с другой—особенную ценность имеют здесь данные, удовлетворяющие принципу „*caeteris paribus*“, т. е. касающиеся различных способов лечения эклампсии, но проведенных в одном и том же учреждении и при одинаковой обстановке.

Это последнее соображение и побуждает нас опубликовать в печати относящийся сюда материал Казанской акушерско-гинекологической клиники за период времени с 1900 по 1929 г., хотя материал этот и невелик количественно: он обнимает всего 34 случая эклампсии на 3733 родов, что составляет один случай эклампсии на 109,7 родов.

Из 34 наших случаев эклампсии в 5 имели место преждевременные роды, т. е. % преждевременных родов в нашем материале был равен 11,7%. Первородящих среди наших больных было 27, из них погибло 3 (1,11%), повторнородящих—7, из них умерла одна (14%).

Весь наш материал по времени наступления и по течению заболевания можно распределить на две группы. Первая группа в 24 случая, где припадки эклампсии начались и закончились в родовом периоде. Из этой группы погибли 2 родильницы—8,3% смертности. Давно установленный факт значительной, но далеко не полной зависимости от числа припадков нашим материалом не оттеняется. Максимальное число припадков, перенесенных нашими больными, составляет 11, причем больная в этом случае осталась живою, остался здоровым и ее ребенок.

Вторая группа, где припадки эклампсии возникли только в послеродовом периоде, обнимает 10 случаев. Из больных этой группы погибли 2 родильницы, т. е. процент смертности выражается в 20%. Общий процент смертности от эклампсии равен у нас 11,7.

За разбираемый период времени для лечения эклампсии в клинике применялись оба главных вида терапии: симптоматическая и активная.

Усматривая причину заболевания эклампсией в отравлении организма на почве беременности, клиника до 1916—1917 уч. г. применяла исключительно консервативную терапию. В зависимости от тяжести и частоты припадков, с одной стороны, и силы родовой деятельности, с другой, терапия это было различной. Если припадки были нечастые, больная в промежутках приходила в сознание, пульс—хороший, общее состояние относительно удовлетворительное, то при хорошей родовой деятельности назначались наркотика в виде инъекции морфия и клизм из хлорал-гидрата. Если имелось полное раскрытие, роды заканчивались щипцами или поворотом под хлороформным наркозом. Если раскрытия не было, припадки были довольно тяжелыми и частыми, то в таких случаях приступали к хирургическому опорожнению матки путем того или иного способа кесарского сечения.

Для большей наглядности и выявления ценности того и другого вида терапии, применяющегося в клинике, весь наш материал удобнее всего представить в виде нижеследующей таблицы:

Таблица № 1.

Припадки				Симптомат. лечение			Ускоряющие роды мероприятия наркотики			Активная терапия		
	Всего случаев	Число смертных случаев	o/o смертности	Число случаев	Умерло	o/o	Число случаев	Умерло	o/o	Число случаев	Умерло	o/o
I. Начались и закончились в родовом периоде .	24	2	8,3	10	—	—	4	1	25	10	1	10
II. Были только в послеродовом	10	2	20	10	2	20	—	—	—	—	—	—

Из этой таблицы видно, что в первой группе, обнимающей собою 24 случая, погибли 2 больных, что составит 8,3% смертности, причем 10 больных из этой группы, леченных симптоматически, все выздоровели; в 4 случаях была применена ускоряющая терапия плюс наркотики с 1 случаем смерти (25%), и, наконец, 10 случаев, леченных активно, дали также 1 случай смерти (10%). Из указанных 10 случаев активной терапии в 1 случае был применен поворот, 2—щипцы и в 7 случаев кесарское сечение по различным способам (Latzko, Fritsch'a, Kronig'a, в 3 случаях—ретровезикальное, и в одном случае способ в истории болезни оказался не указанным).

Как видно из сказанного, терапию эклампсии, проводимую в нашей клинике, можно назвать выжидательной, но выжидательной до тех пор, пока не создавалось необходимых условий для родоразрешения, напр., щипцами или поворотом с экстракцией. Во всех же случаях, где

выжидание не давало улучшений, а, наоборот, состояние больной ухудшалось, как правило, приступали к родоразрешению путем кесарского сечения. Признавая необходимым возможно раннее и скорое родоразрешение при неуспехе выжидательной терапии, клиника видела в кесарском сечении бережную, безопасную, совершенно типичную клиническую операцию, дающую небольшой % смертности. Все наши случаи кесарского сечения окончились благополучно для матерей и детей за исключением одной смерти, которую следует отнести не за счет операции, как таковой, а за счет общего заболевания организма, как показало патолого-анатомическое вскрытие (*cysticercosis organorum: cerebri, musculorum, cordis, diaphragmatis, pleurorum etc.*).

Чем же объяснить лечебный эффект кесарского сечения при эклампсии? Надо сказать, что тот, кто видел, как быстро в громадном большинстве случаев стихает эклампсия после самопроизвольных родов или искусственного родоразрешения, тот не станет оспаривать несомненного факта, что путь быстрого и своевременного родоразрешения является лучшим лечебным методом. Первая и самая основная причина эффекта родоразрешающей терапии при эклампсии это—быстрое устранение беременности, ибо общеизвестен факт: „без беременности нет эклампсии“, а кроме того, в благотворном эффекте кесарского сечения при эклампсии, повидному, большую роль играет неизбежная при этой операции кровопотеря.

Еще в прежнее время французские акушеры широко применяли при эклампсии кровопускание, считая его лучшим средством, быстро освобождающим организм от ядов и восстанавливающим диурез. В переживаемое время, можно сказать, мы присутствуем при новой волне возрождения кровопускания. Проф. Строганов заявляет, что польза кровопускания для него „теперь почти несомненна“, и что „если после применения профилактического способа наблюдается 2—3 припадок“, он делает кровопускание. Проф. Губарев в своей „Оперативной гинекологии“ также высказывается за кровопускание, дававшее ему хорошие результаты. В своем руководстве по акушерству проф. Груздев говорит, что, начав применять при консервативной терапии обильное кровопускание, он достиг гораздо лучших результатов. Впрочем, до 1916/17 уч. г. кровопускание в клинике было применено только в 2 из 9 случаев эклампсии; в одном из них, относящемся к 1903/4 уч. г., оно дало временный эффект, во втором же, относящемся к 1910—11 уч. г., кровопускание дало хорошие результаты, и с этого времени его применение в клинике встречается все чаще и чаще.

Особенного внимания заслуживает один случай благоприятного влияния кровопускания, где припадки эклампсии продолжались и после операции кесарского сечения. Случай этот относится к концу февраля 1929 года.

В клинику была доставлена женщина—врач К., с которой в смотровой комнате акушерского отделения случился припадок эклампсии, продолжавшийся 5 мин. В дальнейшем, несмотря на применение усовершенствованного метода терапии проф. Строганова, через 3 ч. 50 мин. по прибытии больной в клинику был 2-ой, более сильный припадок. Решено окончить роды кесарским сечением, ретровезикальным путем. При разрезе брюшных покровов, при отсепаровке мочевого

пузыря, разрезе матки больная потеряла очень мало крови—много меньше того количества, которое обычно теряется при производстве подобного рода операции. Через 2 часа после операции вновь разыгрался припадок, продолжавшийся 3 мин., и затем в течение ночи и следующего дня до 6 ч. вечера больная проделала еще 8 припадков, несмотря на применение вышеуказанного метода проф. Строганова и внутривенного введения 25% раствора *magnesiæ sulfuricæ*. Положение ее с каждым часом становилось все более и более угрожающим, и тогда было решено прибегнуть к обильному кровопусканию (650 к. сант.) через вскрытие *v. cubitalis*. После кровопускания припадков больше не повторилось, и к утру больная пришла в полное сознание, а впоследствии выписалась здоровой.

Блестящий успех в исходе эклампсии в этом случае следует, по-видимому, отнести всецело на кровопускание. Вообще же, разбирая наши случаи эклампсии, можно прийти к заключению, что при таком заболевании, как эклампсия, надо строго индивидуализировать каждый отдельный случай, причем в прямой зависимости от видимых клинических симптомов и течения болезни должна находиться и ее терапия.

Из Санатория им. Сталина в Евпатории. (Зав. гинекологическим отделением—доцент И. Г. Бураков).

Грязелечение и менструальный цикл.

Д-ра С. М. Беккера.

Вопрос о влиянии грязелечения на менструальный цикл имеет чрезвычайно важное практическое значение, особенно в части, касающейся применения грязи в период самой менструации. Это особенно актуально в настоящий момент, когда больные в массе имеют месячный срок лечения. Выпадение 3—4-х дней является существенной цифрой вынужденного лечебного прогула. Если же мы учтем, что у большинства гинекологических больных этот период в силу патологических процессов значительно затягивается, то порою получается настоящий срыв курсового лечения, не говоря уже о том, что в силу такого перерыва имеет место нежелательное температурное остывание организма, чем нарушается принцип постепенного прогревания больной сферы.

Основные доводы, которые приводят противники применения грязей при менструациях, сводятся к следующим положениям: 1) грязелечение является грубым вмешательством, ослабляющим защитные способности организма; 2) грязелечение при менструациях может вызвать тяжелое профузное кровотечение.

Наши наблюдения производились над больными санатория им. Сталина в течение 1929—1930 г. Число наблюдений 326. По харак-

теру заболевания они делились на следующие группы: гинекологических—184, терапевтических—61, хирургических—10, нервных—6, гинеколог. и терапевт.—64, гинеколог. и нервных—1.

Таким образом, здесь мы имеем 77 здоровых в половом отношении женщин и 249, имеющих то или иное гинекологическое заболевание. В отношении менструального цикла мы имели: нормальный менструальный цикл в 124 случаях и нарушенный—в 202 случаях. Нарушения менструального цикла выражались в следующем: аменорея—3 сл., олигоменорея—19 сл., меноррагия—92 сл., метроррагия—4 сл., дисменорея—146 сл., из них в чистом виде—84 сл.

Все гинекологические заболевания суть хронические воспалительные. В 13 случаях они сопровождались изменениями характера новообразования: в 6 случаях кистой яичника или параовариальной и в 7-ми фибромиомой.

Терапевтические заболевания относятся к случаям поли-или моноартритов; в четырех случаях были тромбофлебиты.

Нервные случаи—это заболевания характера невралгии седалищного нерва и в одном случае осложнение воспалительного гинекологического заболевания отеком (Quinke).

В отношении хирургических сл. имеем: инфекционный гонит—3 сл., травматический гонит—1 сл., спондилоартрит—2 сл., перелом голени и бедра—2 сл., вывих плеча—1 сл. и остео-хондрит коленного сустава—1 сл.

Все больные пользовались грязью, причем 216 из них получали ее и при менструациях, а 110 только вне последней. Все наши наблюдения демонстрируются нижеследующими таблицами:

Таблица 1.

Изменение менструального цикла под влиянием грязелечения.

	Грязь получали при менструациях			Грязь не получали при менструациях		
	Число случ.	В %	Примеч.	Число случ.	В %	Примеч.
Уменьшение кол. крови	54	25%	$\swarrow$ уменьш. кол. крови $\searrow$ 75,5% Более ранн. наступл. 52,5% Задержка 3,5%	27	25%	Уменьшение
Уменьшение кол. крови и более раннее наступл. месячных.	103	47,5%		17	15%	42,5%
Уменьшение кол. крови и задержка в наступл. месячных .	6	3%		3	2,5%	Раннее наступл. 45%
Более раннее наступление месячных .	11	5%		33	30%	Задержка 2,5%
Задержка в наступлении месячных . .	1	0,5%		—	—	
Увеличение колич. выделяем. крови . . .	9	4%		3	2,5%	
Неизменяемость менструальн. цикла . .	32	15%		27	25%	

Дисменоррея.

(146 случаев, из коих при менструациях применялась грязь в 112 сл.).

Результаты следующие:	Грязь полу- чали		Совпадение с купальной р.		Грязь не по- лучали		Совпадение с купальной р.	
	Число сл.	в ‰	Число сл.	в ‰	Число сл.	в ‰	Число сл.	в ‰
Уменьшение болей	55	49 ⁰ / ₀	9	16,5 ⁰ / ₀	10	29 ⁰ / ₀	4	30 ⁰ / ₀
Увеличение болей	36	32 ⁰ / ₀	27	76 ⁰ / ₀	9	26,5 ⁰ / ₀	5	55 ⁰ / ₀
Неизменяемость бол. . . .	21	19 ⁰ / ₀	14	69 ⁰ / ₀	15	44,5 ⁰ / ₀	6	50 ⁰ / ₀

Таблица 2.

Влияние грязелечения на нормальный и патологический менструальный цикл и на нормальную и патологическую половую сферу, независимо от приема грязей во время менструаций.

	Норм. менстр. цикл		Патологич. менстр. цикл		Норм. поло- вая сфера		Патологич. полов. сфера	
	Число сл.	в ‰	Число сл.	в ‰	Число сл.	в ‰	Число сл.	в ‰
Увеличение колич. крови .	1	1,1 ⁰ / ₀	5	5,5 ⁰ / ₀	—	0 ⁰ / ₀	1	2 ⁰ / ₀
Неизменяемость кол. крови	31	34,4 ⁰ / ₀	12	13,3 ⁰ / ₀	29	3 ⁰ / ₀	9	11 ⁰ / ₀
Уменьшение колич. крови.	58	64,5 ⁰ / ₀	73	81,2 ⁰ / ₀	48	62 ⁰ / ₀	67	87 ⁰ / ₀
Итого случаев . . .	90		90		77		77	

Таблица 3.

Значение формы грязевой процедуры, ее температуры и продолжительности на изменение количества менстр. крови (при прочих равных условиях).

	Форма дачи—по 15 сл. каждой груп.			t° гр.—по 15 случ. кажд. группы				Продолжит.— по 15 сл. к. гр.	
	Общая ванна	Полу- ванна	Ме- стная	48°	49°	50°	51°	10'	15'
Увеличение колич. крови	0 ¹⁾ 0	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
St. idem	2 7	4 10	3 9	9 9	7 8	5 7	5 8	3 9	7 7
Уменьшение колич. крови	13 8	10 5	12 5	6 6	8 7	10 8	10 7	12 6	8 8

¹⁾ Примечание: сверху черты—грязь при менструац. получалась больными, снизу черты— » » » не получалась больными.

Что касается влияния числа процедур и пауз между ними, то мы никакой разницы здесь подметить не могли. Давалось в среднем 12—15 процедур, с паузой через 2—3 грязев. процедуры.

В вопросе о том, какое значение имеет время появления менструации после грязелечения, наши наблюдения показывают, что чем позже после начала грязелечения появились менструации, тем глубже на них влияние грязи, главным образом в сторону уменьшения массы выделяемой крови.

Из приведенных таблиц вытекают следующие выводы:

1) Грязелечение, независимо от методики применения, в подавляющем большинстве (75—85%) случаев изменяет течение менструального цикла (табл. 1).

2) Независимо от методики грязелеч. в половине случаев (45—52,5%) имеет место более раннее наступление менструаций (табл. 1).

3) Количество выделяемой крови при менструациях уменьшается, причем в случае дачи грязи во время самой менструации процент уменьшения на 33% повышается против случаев недачи грязи (75,5% и 45,5%) (табл. 1).

4) В отдельных случаях имеет место увеличение менстр. (2,5—4%) и увеличение межменструального периода (3,5—2,5%) (табл. 1).

5) Влияние грязелечения на дисменоррею зависит от того, произошло или нет совпадение менструаций с купальной реакцией. В последнем случае в большинстве имеет место или *st. idem*, или усиление болей. При даче грязи во время менструаций имеет место относительно больший % уменьшения болей (табл. 1) 49% против 29%.

6) В отношении количества выделяемой крови при менструациях, независимо от применения при последних грязи, влияние грязелечения—глубже на патологический менструальный цикл, чем на нормальный, и на патологическую половую сферу, чем на нормальную.

7) В отношении методики грязелечения оказывается, что кровотоделение при менструациях уменьшается пропорционально увеличению поверхности тела, облегаемого грязью, повышению температуры грязи и уменьшению времени грязепроцедуры. Это уменьшение кровотоделений более рельефно при даче грязи во время самой менструации.

Анализируя данные, приведенные в таблицах, мы должны остановиться, главным образом, на двух фактах, имеющих для нас практическое значение: уменьшении и увеличении кровотоделений при грязелечении. При этом нужно внести следующую оговорку: под увеличением и уменьшением мы разумеем такое отклонение, при котором имелось меньшее или большее количество выделяемой крови (путем удлинения или укорочения числа дней или силы кровотоечения) против той „нормы“, которая имела место в последние несколько месяцев.

Первое, что нуждается в пояснении—это вопрос о том, что вызывает уменьшение кровотоделения? По нашему мнению, следующие три момента: 1) Потение при грязелечении, которое по некоторым авторам повышает свертываемость крови. Этим объясняется более сильное воздействие общих ванн, чем местных. 2) Рефлекторное температурное воздействие на нервно-мышечные и сосудистые элементы половой сферы, главным образом, матки (чем выше температура и короче процедура, тем сильнее воздействие). 3) При патологической половой сфере—улучшение полезного процесса.

Второй вопрос—может ли это уменьшение кровей принести вред организму, и не является ли применение грязей при менструациях „грубым“ вмешательством в физиологию женщины? Мы считаем: 1) Ввиду того, что уменьшение кровей при менструациях имеет место при грязелечении вне менстр. периода (42,5%) и дача грязи при менструациях лишь повышает этот процент (до 75,5%), вопрос этот приходится ставить принципиально: не является ли грязелечение вообще вредным лечебным фактором для женского организма? Ответ излишен. 2) По вопросу о „грубом“ вмешательстве, ослабления уже ослабленной грязью женщины должно сказать: а) в 69-ти случ. больные прибыли в весе в той или иной степени; б) в 19-ти случаях мы имели возможность наблюдать вторичные менструации, причем никаких вредных последствий от применения грязей при первых менстр. не отмечали; в) если говорить об усталости больных вообще, то она является результатом всего грязелечения в целом; д) по результату лечения имеем: ухудшение—0,6%, *st. idem*—2,6%, улучшение—94,5%, излечение—2,3%.

Что касается случаев увеличения менструаций, то здесь следует сказать следующее: 1) Ни в одном случае мы не имели того профузного, угрожающего жизни кровотечения, о котором порою говорят противники грязевого лечения при менструации. Покой и обычные препараты спорыньи в таких случаях быстро приводят менструации к норме. 2) Неприменение грязей при менструациях отнюдь не избавляет больных от увеличения кровоотделения. Только в этих случаях процент с 4-х снижается до 2,5 и по существу в обоих случаях является чрезвычайно малым.

Постольку, поскольку вопрос об увеличении кровей при менструации во время грязелечения имеет большое практическое и принципиальное значения, мы тщательно проанализировали все такие случаи (их было 12-ть). В 3-х случаях это увеличение было относительным, ибо в них олигоменоррея уступила место нормальной менструации, как выражение улучшения патологического процесса половой сферы. В прочих случаях предполагаемой причиной являются: 1) в трех случаях—фибромиома матки, 2) в двух—выраженный метрит матки, 3) в одном сл.—осложнение воспалительного заболевания половой сферы ангионевротическим отеком Quincke, 4) в одном случае—выражена *erosio portionis vaginalis*, 5) обострение процесса—1 сл., 6) 1 сл.—потеря сосудистого тонуса вследствие значительного малокровия.

Конечно, все эти объяснения являются далеко не исчерпывающими. Возникает, напр., вопрос, почему не во всех случаях фибромиомы или метрита имеет место усиление кровей. Указанные нами толкования являются поэтому предположительными. Ключ к полному пониманию, надо полагать, лежит в изучении вегетативной нервной системы.

Последний вопрос, требующий объяснения—это причина более раннего наступления менструаций, имевшая место в громадном проценте случаев. Стоя на точке зрения Роберта Шредера, считающего, что момент наступления менструаций соответствует гибели зрелой неоплодотворенной яйцевой клетки, мы полагаем, что грязелечение вызывает более быстрое созревание примордиальных фолликулов, за счет чего и укорачивается межменструальный период.

Таким образом, на основании всего изложенного мы пришли к следующим общим выводам: Применение грязей во время менструации, оказывая сильное на последнюю воздействие, главным образом в смысле уменьшения количества кровей и ослабления дисменоррейных болей, является в то же время абсолютно безвредным. В условиях кратковременности пребывания больных на курорте оно может быть без всяких опасений рекомендовано. В период самой менструации рекомендуется дача грязей по 10 минут и возможно более высокой температуры (50—51 гр.). Применение грязей при менструациях требует осторожности при фибромиомах, выраженных метритах матки, отека Quincke, а также значительном малокровии. Опасаться профузных кровотечений или истощения организма при даче грязи во время менструаций нет оснований.

Из каб. болезней уха, горла и носа Курганской поликлиники (Зав. И. Ф. Березин).

Склерома верхних дыхательных путей на Урале.

Д-ра И. Ф. Березина.

Появление заболевания склеромой в той местности, которая до сих пор считалась свободной от данной болезни и не входила в число зарегистрированных очагов, заставляет обратить самое серьезное внимание на изучение вопроса о склероме. Это важно и ценно, главным образом, потому, что здесь мы должны особенное внимание уделить профилактике заболевания, так как до сих пор радикальной терапии склеромы мы не имеем. Об этом говорят наши высоко-авторитетные руководители клиник (Цитович); об этом знаем мы, наблюдая больных после кажущегося излечения их в наших центрах—специальных учреждениях Москвы и Ленинграда. Наконец, на актуальность этого вопроса указывает учреждение на Международном съезде оториноларингологов в г. Копенгагене (1929 г.) Международного комитета по изучению риносклеромы.

До самого последнего времени считалось, что в СССР наиболее неблагоприятной по склероме является юго-западная часть Европейской России, где это заболевание, занесенное сюда с его коренной родины—Галиции, зарегистрировано в довольно большом количестве. Это показывают наблюдения Волковича, Миньковского, Шиндера, а за последнее время проф. Пучковского, обстоятельная работа которого полноценно освещает клиническую картину данного заболевания. Кроме этого установленного очага определенно намечается очаг в Московской обл. (Лебедевский) и появляются единичные сообщения о склероме в Сибири (Фетисов), Татарской Республике (Лебедевский) и в одной из центральных губерний РСФСР (Смирнов). В текущей литературе (конечно, доступной нам в условиях провинциального захолустья) мы не нашли указания о наличии заболевания склеромой на Урале. Поэтому наше сообщение мы можем считать дополнительным звеном в цепи описаний, соединяющим в одно неразрывное целое поступательное движение склеромы с запада на восток. В этом поступательном движении, повидимому, сыграла роль волна беженцев из губерний юго-западного

края во время империалистической войны и интернирование военнопленных чинов—жителей Чехии, Словакии и Галиции. Большое количество этих беженцев и интернированных осело на Урале и в Сибири, имея в своей среде больных склеромой.

Если вспомнить, что заражение склеромой очень легко, так как возбудитель склеромы, бактерия Frisch'a, обильно встречается в носовой слизи и рассенвается при чихании и сморкании склеромными больными, а диагностика этого заболевания в начальной стадии крайне трудна, то вполне понятно, что скудные сообщения об этом заболевании в печати еще не говорят о степени его распространения. Несомненно, как говорит проф. Цитович, „заражений происходит много, неустановленных только потому, что зачастую носители болезни не знают еще про нее, а восприимчиватели ее—узнают лишь очень не скоро, через ряд лет, когда забудется возможный источник заражения“.

Не считая возможным загромождать страницы журнала описанием этиологии, патогенеза и клиники, прекрасно изложенных в работах Волковича, Цитовича и Пучковского, перехожу к разбору наблюдаемых мною больных.

За время моей амбулаторной работы в кабинете уха, горла, носа в гор. Кургане в период с 1923 года по 1930 год я наблюдал 5 случаев риносклеромы. Один случай в гор. Кургане наблюдал работающий здесь д-р А. А. Державин (сохранилась фотография). Таким образом, на территории Курганского округа зарегистрировано 6 случаев риносклеромы.

Случай I-й (д-ра Державина). Крестьянин Курганского округа обратился в Хирургическое отделение гор. больницы с жалобой на распадающуюся, обезображивающую лицо опухоль носа и верхней губы. Болен несколько лет. Процесс, начавшийся в носу, распространился на верхнюю губу, верхнюю челюсть и носоглотку. *Объективно:* нос увеличен в размерах; в области крыльев носа, в носовых ходах, на верхней губе, челюсти, твердом небе и в носоглотке обширные разрастания опухоли, плотные и безболезненные на ощупь. К сожалению, давность регистрации этого случая не дает возможности описать более подробно клиническую картину и ход заболевания. Больной был направлен в г. Томск в клинику проф. Боголепова и проф. Никольского, где диагноз риносклеромы подтвержден.

Д-р Гуменюк, описывая случай риносклеромы, где помимо носа, носоглотки и зева процессом одновременно захвачена верхняя губа и десна, считает локализацию склеромы в его случае редкой. Нужно думать, что это мнение ошибочно, ибо наш только что упомянутый случай и случай № 4, где также опухоль распространилась на верхнюю губу и десну, наконец, случай проф. Пучковского показывают, что не так-то уже редко склерома распространяется на губу и десну. Изменения здесь могут быть настолько значительны, что создают вместе с опуховидными разрастаниями и дефект губы, а передние зубы „выталкиваются“ новообразованием.

Случай II. Больная Александра С., 24 лет, истор. бол. № 26, поступила в Хирургическое отделение гор. больницы 2/1 1925 г. с жалобой на отсутствие носового дыхания и опухоль в носу. Больная уроженка Курганского округа (д. Казанцево, Утятского района). За пределами округа не была. Заболела около двух лет тому назад, заметив у себя в носу какую-то твердую бугристую опухоль. Опухоль, постепенно разрастаясь, заполнила оба носовые хода. В семье подобного заболевания не отмечает. *Объективно:* Носовые крылья плотноватые. У входа в нос с обеих сторон бугристые инфильтраты, ноздри раздвинуты этими, идущими из

глубины носа, бледно-розовыми опухолевидными разрастаниями. Просвет хоан выполнен такого же характера опухолью. Слизистые полости рта бледны. Дыхания через нос не имеется. Опухоль безболезненна и тверда на ощупь. В гортани изменений нет. Попытка удалить новообразование из носа не имела успеха. Выписавшись из отделения, больная через несколько месяцев вернулась вновь. Обе носовые полости выполнены разрастаниями прежнего характера.

Случай III. Больная, 35 лет, жительница гор. Кургана. Пришла на прием с жалобой на затруднение при дыхании носом. Больна около 4 лет, с того времени когда вместе с «закладыванием носа» она пальцем ощупала в носу бугристую опухоль. Лечилась сначала от «полипов». Ездилась как железнодорожница в Омск, где подвергалась операции по поводу диагностированной в клинике риносклеромы. О безнадежности лечения осведомлена. Пришла посоветоваться, нельзя ли ее направить куда-либо вновь, или сделать операцию в условиях Кургана. *Объективно:* крылья носа плотны, почти тверды на ощупь. Обе носовые полости выполнены твердыми сероватого цвета разрастаниями, концентрически суживающими носовые ходы. Правый носовой ход пропускает только пуговчатый зонд, левый несколько шире правого. Мягкое небо и задние небные дужки утолщены. Гортань без изменений. Посетив «горловой» прием поликлиники несколько раз, больная не вернулась для направления ее в г. Свердловск. Через год больная была мною осмотрена в Железнодорожном приемном покое, куда она явилась с прежней целью. В носу и носоглотке патологические изменения тождественны с прежними. Больная—уроженка гор. Кургана, но как железнодорожница, имея бесцельный билет, посетила многие места РСФСР.

Случай IV. Больная Анна В., 32 лет, пришла на прием с жалобой на невозможность дышать носом. Больна около 8 лет. Болезнь развилась постепенно. Уроженка с. Камышное, Утятского района, Курганского округа. За пределы округа не выезжала. В семье у сына точно такое же «тяжелое дыхание и опухоль в гортле». *Объективно:* крылья носа нормальной плотности. Оба носовых хода выполнены безболезненными разрастаниями, твердыми на ощупь, в виде бугристых бледно-красных инфильтратов, концентрически суживающих носовые ходы. Дыхание через нос отсутствует. В носоглотке большое количество корок и зеленоватой вязкой слизи. Характерный запах мышами. В мазке наличие Фришеской палочки. От операции отказалась. Реакция Вассермана отрицательная. Получив капли, уехала домой (Амбулаторная карточка № 7867—1929 год).

24 января 1931 года больная показалась вновь. Предпринятое за это время лечение пользы не принесло. Лечилась в Вендиспансере вновь. Реакция Wassermann'a, проделанная несколько раз, отрицательная. За последнее время дыхание значительно хуже. Левый носовой ход сужен до величины щели бледно-розовыми разрастаниями, твердыми на ощупь; правый выполнен такого же характера опухолью, имеет вид небольшой воронки. При задней риноскопии видны такого же характера опухоли в просвете хоан. Задняя стенка глотки «лакирована», блестяща, суха. Запах «мышами». В мазке слизи из носа большое количество Фришеской палочки. Часть опухоли взята для исследования. От «радикальной» операции больная отказалась.

При исследовании взятого кусочка (уплотнение формалином, окраска гематоксилин-эозин) обнаружено: среди большого количества соединительно-тканых волокон отдельные узлы грануляционной ткани склеромы с характерными крупными клетками с прозрачной протоплазмой (клетки Микучича) и ядром, отодвинутым более к периферии клетки. Таким образом в данном случае клинический диагноз риносклеромы подтвердился гистологическим исследованием.

Случай V. Больная Фелицитита Х., 22 лет, уроженка с. Глядянское, Курганского округа. За пределы округа не выезжала. Поступила в Хирургическое отделение гор. больницы 19/VI 29 г., истор. бол. № 686, с жалобой на сильную одышку, кашель, боли в груди. В таком состоянии около 7 мес. Болезнь развивалась постепенно. Сначала «закладывало» нос, появился сильный голос, затем голос исчез, и с этого времени появилась одышка. Питание удовлетворительно. Внутренние органы—норма. Пальцы и губы синюшны. Дышит с трудом, затруднен главным образом вдох. При ларингоскопии удается видеть отчетливо истинных голосовых связок и исходящую из-под голосовых связок опухоль в виде продольных валиков, значительно суживающих голосовую щель. 20/VI—экстренная операция: Трахеотомия (И. Березин). Операцион. журн. № 769. 3/VII—удалена трубка. Голос хриплый. Дыхание свободнее. По утрам одышка до тех пор, пока не вы-

кашляет какую-то тягучую слизь. Носом почти не дышит. Нос заложен корками. В левом носовом ходе, сант. на 2 кзади от входа в нос, имеется небольшое разрастание серовато-красного цвета. Такая же опухоль на носовой раковине покрыта корками. Опухоль безболезненна, концентрически суживает носовой ход. Точно такое же новообразование имеется и справа на носовой перегородке и нижней раковине, значительно суживая правую ноздрю. В носу много слизи, корок. На задней стенке глотки разрастания в виде мелких зерен. Надгортанник не изменен. Голосовые связки утолщены, вплотную не соприкасаются. Ложные голосовые связки и межчерпаловидное пространство ярко-красного цвета. На левой ложной—опухолевидное разрастание сероватого цвета. Подсвязочное пространство сужено валикообразными, расположенными симметрично опухолями. Справа опухоль больше, чем слева. Край опухоли не ровны. Просвет гортани значительно сужен. Через несколько недель уехала домой.

Случай VI. Больная Параскева III, 26 лет, посетила Хирургическое отделение 5/X 1929 г. Жалуется на появление на верхней губе какой-то опухоли. У венеролога проделала курс специфического лечения. RW отрицательна. Появившаяся опухоль венерологом диагностирована как первичный склероз. Больная была у меня на приеме ранее, несколько лет тому назад, и тогда у ней был установлен диагноз риносклеромы, подтвердившийся при обследовании ее в Онкологическом институте в Москве, где она лечилась рентгеном и радием. Живет в Курганском округе (с. Зверниголовское),—служащая. Заболела в 1927 году и в тот же год ездила на лечение в Москву. Заболевание началось появлением в носу твердой безболезненной бугристой опухоли. Лечение уменьшило опухоль значительно, однако через некоторое время болезнь начала прогрессировать вновь и в 1929 году больная принуждена была вновь в Москве повторить курс лечения рентгеном и радием. Дыхание через нос не появилось и после лечения, но улучшение в смысле уменьшения опухоли было на-лицо. Зная о безнадёжности лечения, больная примирилась с мыслью не дышать через нос. Восемь месяцев тому назад она заметила небольшую твердую, безболезненную опухоль с внутренней стороны верхней губы. *Объективно:* Верхняя губа несколько втянута внутрь рта, утолщена, плотна наощупь. На слизистой губы имеется твердая, бугристая, безболезненная опухоль величиною с гривенник, бледно-розового цвета. Поверхность ее шероховата, изъязвлена. Такого же характера опухоль в полости рта на твердом небе и дужках. Оба носовых хода выполнены опухолью и заращены (имеются небольшие слепые воронки). Дыхание только через рот. Хоаны выполнены сероватыми разращениями. Неприятный запах «мышами». Вместо передних зубов имеется протез, как раз против вновь замеченной ею опухоли. Больная направлена в Свердловский Физioterпевтический институт для лечения.

Переходя к разбору больных, мы видим, что установить непосредственную связь наших больных, с Юго-западной областью России мы не можем. Она возможна (в виде кратковременного посещения) для случаев № 3 и № 6, где выезд за пределы Курганского округа мог быть источником заражения. В то же время нет никаких оснований предполагать наличия самобытного очага склеромы на Урале в той мере, каким он является в Галиции, Австрии, восточной Пруссии и у нас в Юго-западном крае Европейской части СССР.

Склерома, вероятно, завезена на Урал, как мы указали, многочисленными беженцами во время империалистической войны и интернированными военнопленными. В некоторых районах Курганского округа их имелось изрядное количество; общение их с коренным населением и могло явиться причиной появления склеромы и у последних.

Наш материал заслуживает внимания и с клинической точки зрения. Следуя выработанной схеме проф. Пучковского, мы имеем почти всю гамму разнообразия поражения склеромой верхних дыхательных путей. Случай 2-й относится к исключительному поражению склеромой только наружного носа и носовой полости; 3 и 4-й—к одновременному поражению полости носа и носоглотки; 1 и 6-й—к одновремен-

ному поражению полости носа, носоглотки, верхней губы и верхней полости. Продолжительность заболевания тесно сочетается с тяжестью клинических проявлений, пожалуй, вне зависимости от лечения, ибо ни рентген ни радий не остановили поступательного движения склеромы у больной в 6-ом случае. Случай пятый относится к одновременному поражению полости носа, носоглотки и гортани.

Весь наш материал мы можем разделить на две половины. В одной из них, куда входят больные № 1, 3, 4 и 6, склерома установлена клинически, бактериологически и микроскопически. У первого из них диагноз склеромы одновременно установлен в клинике проф. Боголепова и проф. Никольского (Томск); у второго в клинике г. Омска, у третьего нами в Кургане и у четвертого в Онкологическом институте в Москве. К другой половине относятся случаи № 2 и 5, где склерома установлена только клинически. В этом есть существенный недостаток (в недалеком прошлом мы не имели лаборатории и микротомы), но все же при тщательной критике патологических изменений верхних дыхательных путей, при тщательном проведении дифференциальной диагностики диагноз риносклеромы поставлен быть может. „Распознавание болезни очень легко в случае поражения доступных осмотру и ощупыванию пальцем участков: хрящевая плотность опухоли, ее безболезненность, медленное течение, стойкость, во многих случаях характерный запах, совершенно обеспечивает распознавание...“, говорит проф. Ци то в и ч. Правда в слизи носа Фришеская бактерия, в виде короткой с закругленными краями палочки, встречается в большом количестве, однако не легко и кропотливо выделять ее от бактерий озы и пневмококка Friedländer'a. Более точным является срез с опухоли, но микротом имеется далеко не везде. Было бы большой ошибкой только на основании этого отвергать явные по клинической картине случаи риносклеромы, заболевания довольно редкого, но легко распознаваемого по типичной клинической картине. Риносклерому легко смешать с сифилисом и саркомой, но, ведь, обычно почти все больные проходят через венерологов с проделанным курсом лечения и повторными реакциями Вассермана. Фиброзные полипы носа и носоглотки, при известном навыке, распознаются без особенной трудности.

Напомним, что в большинстве случаев, особенно в провинции, диагноз той или иной злокачественной опухоли ставится только путем макроскопического осмотра пораженного органа или препарата. Если это имеет место, если наличие рака или саркомы мы можем считать установленным только осмотром макроскопически, почему наличие риносклеромы, с ее характернейшими особенностями, мы не должны регистрировать без микротомы. Ошибки в диагнозе конечно будут, но меньшей ошибкой будет несколько неверно опубликованных случаев, чем полное молчание, подчеркивающее редкость заболевания, из-за боязни невольно впасть в ошибку. Нет никакого сомнения, что случаи риносклеромы не так-то уж редки, как о них пишут.

Исходя из этих соображений, я взял на себя смелость включить в число случаев риносклеромы двух больных, не обследованных полностью (не сделан срез с опухоли для гистологического исследования).

Случай шестой интересен тем, что демонстрирует неуклонное прогрессирование склеромы даже при применении лучистой терапии. Здесь

лечение рентгеном и радием давало временный успех, а затем развитие склеромы шло медленно и неудержимо. Как ни грустно, но можно повторить слова проф. Цитовича, что при современных наших знаниях об этиологии и патогенезе „вылечить склеромных больных мы не можем, только в исключительных счастливых случаях ограниченного процесса мыслимо излечение“. Возможно, что профилактические мероприятия окажутся орудием более совершенным, чем методы лечебные, но для этого нужно, чтобы широкая врачебная масса знала и помнила о риносклероме. Нужна тщательная регистрация возможных очагов заболевания.

На основании всего вышеизложенного мы позволим себе высказать следующие положения:

1. Несомненно, что количество опубликованных случаев риносклеромы неполно и гораздо меньше действительного числа их.

2. Поступательное действие склеромы с запада на восток имеется налицо. Вероятною причиною этого движения являлись беженцы и военнопленные.

3. Склеромные „уголки“ имеются, наряду с Московским, Юго-западным и Восточно-сибирским очагами, и на Урале (в частности в Курганском округе).

4. Не имея надежных средств для радикальной терапии заболевания, мы должны ввести для борьбы с развивающейся склеромой профилактические мероприятия.

5. Для выяснения степени распространения риносклеромы необходим учет каждого случая заболевания.

Литература: 1. Проф. М. Ф. Цитович. Болезни уха, горла и носа. 1924 г.—2. Н. В. Шварц. Общая хирургия, том II. 1928 г.—3) Проф. Волкович. Риносклерома. Диссертация. 1888 г.—4) Проф. А. М. Пучковский. Вестн. Рино-лар. отиатрии, № 1, 1929 г.—5) Н. Смирнов. Вестн. Р.-л. отиатрии, № 2, 1929 г.—6) А. Г. Фетисов. Сибмедархив, том II, кн. 3—5.—7) Б. Н. Лебедевский. Казан. мед. журнал, № 4, 1930 г.

Республиканская психиатрическая больница Узбекистана (г. Ташкент).

Психозы абстиненции у курильщиков гашиша¹⁾.

Д-ра А. Ю. Выясновского.

Изменение психики в периоде абстиненции у наркоманов вообще—достаточно хорошо изучено. Однако о формах протекания абстиненции при гашише известно мало. Поэтому мы и считаем небезинтересным привести свои наблюдения²⁾.

Случай 1. Б-ой Н., 17 лет, поступил 13/II—1930 г. в стационар Нервно-психиатрического диспансера для лечения от гашишизма. Анашу (местное назв. гашиша) курит 8 лет, выкуривая приблизительно по 5 папирос в день. Поступает по настоянию родителей. С 8 лет бродяжничал, занимался воровством. За последнее время отмечает у себя сонливость и ступение. Венерические болезни отрицает,

¹⁾ Доложено на заседании Психо-неврологического научного о-ва в г. Ташкенте 15/II—1931 г.

²⁾ Наблюдению 3-х первых случаев я обязан д-ру Заглубской А. Л. а последнего д-ру Пустоваловой Т. А., коим приношу мою глубокую благодарность.

алкоголь употребляет умеренно, при случае. *Статус:*—астеник, без каких-либо отклонений от нормы со стороны соматической и неврологической. При исследовании психики формальных расстройств ее не обнаружено, следы дебильности.

Первые 12—15 дней пребывания в стационаре не обнаруживает никаких изменений ни в физической, ни в психической сферах. Сон и аппетит вполне удовлетворительны. В последующие 7—8 дней отмечается резкое изменение в поведении: 6-ной уединяется, мало общается с больными, на вопросы отвечает односложно, стремится избегать встреч с врачами. Соседи больного по палате неоднократно отмечают следующие странности его поведения: он прячет вещи, находящиеся в его пользовании (чашки, ложки), и потом проделывает процедуру их кражи, соблюдая при этом все нужные предосторожности. Сон тревожный, аппетит удовлетворительный.

Последующие 12—14 дней состояние больного изменяется следующим образом: появляется резкая плаксивость. Обычное замечание по его адресу, от кого бы оно ни исходило, вызывает длительный плач с обильным слезотечением. Попржнему мало общителен. Сон тревожный. Временами ночью во сне громко плачет. В последующие 2—3 дня эти симптомы исчезают. У больного устанавливается хороший сон, он принимается энергично за работу, появляется обычная для него общительность и 7/IV больной выписывается в хорошем состоянии.

Случай 2. Больной В., 21 года. Русский, молотобоец. 13/II 1930 г. поступил в стационар Диспансера с целью лечения от анашекурения. Свое намерение объясняет тем, что в последнее время он стал „сумасшедшим от анаши“: на прошлой неделе, напр., во время работы в мастерской, после того как он накурился анаши, он схватил молот и сделал попытку убить кузнеца. Когда кузнец начал удирать, он побежал за ним и опомнился только после того, как кузнец скрылся. Никакой злобы или неприязни у него к кузнецу не было и нет. Анашу употребляет регулярно с шестнадцатилетнего возраста. В последнее время выкуривает около 20 грамм в день. С двенадцатилетнего возраста до 18 лет у больного были какие-то припадки, характер которых выявить не удалось. С восемнадцатилетнего возраста припадки прекратились без всякого лечения.

Алкоголь употребляет умеренно. Венерические болезни отрицает. Не женат. Половой жизнью не живет.

Status: смешанное телосложение с наличием ярко выраженных атлетических черт. Со стороны внутренних органов N. Неврологически тоже N. Формальных расстройств психики нет. Как особенность характера отмечено: застенчив, деятелен, энергичен, движения угловаты. Запас житейских сведений обилеи. Отмечается некоторый практицизм мышления.

Ближайшим поводом к курению анаши было, по словам 6-ого, желание отличаться в пляске. С малых лет он танцует и слыл у себя в деревне за отличного танцора. Когда однажды зрители высказали одобрение составляющемуся с ним конкуренту—это его очень огорчало. У него появилась мысль попробовать перед танцами анашу, опыт оказался удачным, и он начал употреблять его постоянно.

Течение: первые 12 дней в состоянии больного ничего особенного не отмечается. Как обычно, он спит, работает, причем все это на фоне прекрасного самочувствия. Лишь в незначительной мере отмечается повышение аппетита. Затем у больного появляются резкие головные боли, продолжающиеся в течение 2—3 дней. В это время больной перестает работать, у него расстраивается сон, уменьшается аппетит. Затем больной замыкается в себя, у него появляется подозрительность к окружающим больным, а потом и к персоналу. Он заявляет врачу, что к нему скверно относятся, как-то особенно смотрят на него, говорят о нем, повидимому, что-то недоброе („когда подхожу к говорящим они умолкают“). Персонал больницы тоже „не особенно хорошо“ к нему относится: некоторые сестры, посмотрев на него, улыбаются „двусмысленно“. Стал плохо спать. Через 9 дней такого состояния заявил врачу, что больной, его сосед собирается его убить. Категорически отказался поместиться с ним в одной палате. На предложение курирующего врача поместиться в другую палату, где находился больной инвалид, наш больной тоже отказался, мотивируя тем, что у инвалида есть костыли, которые могут послужить орудием убийства. Убеждениям и уговорам как будто бы поддается, но только в тот момент, когда с ним беседуют. Стоит же больному только остаться одному, как он начинает опять подозрительно осматриваться. Сон тревожный, аппетит не удовлетворителен. Еще через 5—6 дней больной стал более общителен, спокоен, начала исчезать подозрительность, он приступил

к работе, стал хорошо спать. Свое прошлое состояние характеризует как состояние „не по себе“. Выписан 12/IV 1930 года.

Случай 3. Больной Ч., П. 23 лет. Русский, из крестьян. Поступил добровольно в стационар Диспансера 6/IV 1930 года для лечения от ананизма. Анашу употребляет с марта м-ца 1926 года. Первый раз начал курить в ночлежном доме в Сибири. Небезинтересен его рассказ о первом его знакомстве с гашишем: „Лежал я в грязной ночлежке на нарах. Было сыро, холодно, кругом толпы грязных в отрепьях лиц. Среди них продавец свернутых папирос из аваша. На пробу желающих новичкам дает право бесплатно затянуться из одной общей папиросы. Не раскусив и после двух затяжек, я купил себе целую и принялся курить. После нескольких затяжек у меня в глазах заплесало. Предметы ожили, приняли необычные для них положения в пространстве, мое тело наполнилось ощущением необычайной легкости. Окружающее утратило серые, неприглядные краски, мое горе исчезло“.

С тех пор больной начал систематически употреблять анашу, выкуривая в последнее время свыше 30 грамм в день. С той целью, чтобы „бесперебойно“ получать анашу, переехал в Среднюю Азию. Со времени знакомства с анашой, за 3 года, сидел в доме заключения общей сложностью около 14 месяцев. Алкоголь употребляет редко, опий и кокаин пробовал, но не получил никакого удовольствия, бросил.

В 1925 г. заразился сифилисом, принял 2 курса лечения. Libido за время употребления гашиша не изменилось. Себя характеризует как человека скрытного, малообщительного, любящего книги и ограниченное в числе общество избранных лиц.

Status: Астеник. Глуховатые тоны сердца. При неврологическом исследовании уклонений от N не обнаружено. WaR в крови отриц. Формальных расстройств психики нет. Общий уровень умственного развития значительно выше той среды, в которой больной вращается. Выявляет значительную начитанность в области путешествий, фантастики. Совершенно не сведущ в вопросах бытовых и социальных. Живой, подвижной ум. Немного склонен к позировке. Жалобы на замеченное им незначительное ослабление памяти обычными клиническими методами исследования обнаружить не удалось. Отмечает, что он общается только с такими же авашистами, как и он; их он считает близкими ему и дорогими людьми, ради них он пойдет на самопожертвование. В отношении остальных людей уже в течение нескольких лет наличие некоторого недоверия и „пожалуй, говорит больной, боязни“; „это повидимому, добавляет он, порождает отчуждение от людей, стремление к обособлению“. Настроение слегка приподнятое. С большим воодушевлением рисует планы и перспективы будущей после лечения жизни.

Течение. В течение первых 5 дней у больного отмечается повышенная сонливость, заметно уединяется от больных, ни с кем не вступает в контакт, много читает. Отмечает резкое повышение аппетита и никаких тягостных ощущений. Следующие 8—9 дней у больного появляются несколько повышенная общительность и говорливость. Стремится организовать вокруг себя больных, рассказывает анекдоты, вслух читает и комментирует книжки. Попрежнему много кушает и довольно много спит. Вслед за отмеченным периодом, т. е. на 12—13 день абстиненции, на фоне общительности и повышенной деятельности у больного появляется резкая раздражительность. По малейшему поводу он приходит в сильную ярость. За короткое время он перессорился почти со всеми больными и сестрами. Совершенно не допускает возражений, высказываемых собеседником, даже в духе личных суждений. Через 2—3 дня такого состояния 6-ой стал очень осторожно высказывать врачу свои опасения по поводу отношения к нему некоторых лиц из больных, а также персонала. Так, заявляет, что сестра П. к нему относится очень скверно и он ей не доверяет. Считает, что лечащий врач тоже стал относиться к нему очень скверно. Отказался от всех сделанных ему назначений. В течение 9—10 дней все эти явления у больного нарастали. Появилась агрессивность, связанная с требованием немедленной выписки. В виду особых условий жизни Стационара, не позволяющих дальнейшего его наблюдения, больной был выписан 3/V 1930 года.

Случай 4. Больной П. О., 21 года. Татарин. Доставлен из провинции с двумя сопровождающими 22/V 30 г. в состоянии резкого речевого возбуждения. Больной связан по рукам и ногам. На теле множественные ссадины и кровоподтеки. Отвечает на вопросы по существу. Причины препровождения в Психиатри-

ческую больницу не называет. Анамнестически установлено (по выздоровлении): свыше года систематически курит анашу, выкуривая по несколько папирос в день. За месяц, приблизительно, до поступления в больницу поступил на тяжелую работу землекопом вдали от населенных пунктов, где проработал 2 недели. Здесь он особенно много курил, примерно удваивая, а потом утраивая обычные порции. Затем уехал с этой работы на более легкую, одновременно решив бросить курение совершенно. Через 10, примерно, дней полной абстиненции—заболел. Появилась тревога, сильный страх с последующим беспокойством, что и привело его в Психиатрическую больницу.

В детстве болел малярией. В последующие года никаких болезней не отмечает. С шестнадцати лет живет самостоятельно, работая в качестве чернорабочего, несмотря на наличие семьи. Алкоголь употреблял редко, в умеренном количестве. Половая жизнь случайна, с шестнадцати лет. Лице отрицает.

Status: телосложение атлетическое с наличием диспластических черт. Татуировка предплечий. Со стороны внутренних органов особых отклонений от нормы не обнаружено. Мышечный валик. Красный стойкий дермографизм. В остальном неврологически ничего особенного. WaR крови отриц. Ориентирован в месте и окружающей обстановке. Сознание болезни отсутствует. На вопросы отвечает по существу, связно. Степень умственного развития соответствует среде. Больной во время исследования подозрительно насторожен: вслушивается, приглядывается к чему-то. Временами вскакивает, причем на лице выражение страха.

Течение: 23—29 мая не удерживается в кровати, много ходит; движения порывисты, часто нападает на окружающих больных. Врачу сообщает, что больные узбеки собираются его убить, смеются над ним, говорят о нем дурное. Рассказывает какую-то путанную историю о краже каких-то вещей.

С 30 мая по 7 июня несколько спокойнее. Считает себя не больным, а „немного утомленным“. Иллюзии не отмечаются. Очень осторожно высказывает бредовые идеи: то его здесь могут расстрелять, то к нему подходят больные („зачем так подходят, что им нужно?“). Говорит шепотом, принимая таинственный вид.

С 8—15 июня спокоен, контактен. Работает вне отделения. Относится критически к своему состоянию, приведшему его в больницу. Помнит все, связанное с его поступлением в больницу, до подробностей. Выписан поправившимся 23/VI 1930 г.

Переходя к разбору наших наблюдений, прежде всего следует отметить одну особенность: наличие явно психотических черт в характере наших больных. Почти все больные—лица с явно выраженной склонностью к социопатии. Этот факт должен быть не только поставлен в связь с гашишизмом, как видом наркомании, но должен быть особенно принят во внимание.

В периоде вынужденной абстиненции в процессе лечения во всех наших случаях мы видели расстройство душевной деятельности в форме бредового симптомокомплекса.

Наш первый случай, правда, на первый взгляд не вполне убедителен в этом смысле. Здесь было более резко выражено участие эмотивной сферы, но нерезкая связь бредовых идей с аффектами позволяет нам рассматривать его как мягко выраженный бредовой status или, правильнее, ядро, из которого развиваются бредовые идеи отношения, типичные для всех наших случаев.

Участие эмотивной сферы довольно явственно во всех трех первых случаях. Все они были депрессивны.

Случай четвертый несколько отличается от первых трех не столько качественными своими особенностями, сколько силой своего проявления. Здесь, повидимому, заболевание дебютировало делириозным симптомокомплексом с нарушением процессов восприятия.

Временами мы наблюдали у наших больных иллюзорные восприятия, но все же эти иллюзии как будто ни в какой интимной связи с бредово-параноидным симптомокомплексом не находятся.

Отметим, что появление бредового симптомокомплекса относится приблизительно к 10—14 дню абстиненции, и развивается он или внезапно (4-й случай), или исподволь. Средняя продолжительность 2—3 недели с исходом в полное выздоровление.

К вопросу о реставрации трупов неизвестных личностей с целью их опознания.

Суд. мед. эксперта БНКЗ В. Г. Кузнецова (Уфа).

(с рис. на отд. листе).

При всяком вскрытии необходимо установить тождество личности. Если же труп принадлежит неизвестному лицу, или личность его установлена с недостаточной точностью, то суд. мед. эксперты должны точно описать и установить все, что может впоследствии послужить для определения подлинности трупа и тождества лица. Какое значение имеет в таких случаях выяснение личности по данным обследования трупа, понятно каждому. От возможно быстрого опознания трупа зависит наиболее быстрое раскрытие преступления и поимка преступника. Идентификация личности по трупу может быть сделана на основании установления определенных признаков и особенностей, являющихся отличительными для того или другого лица, обнаруженных либо на самом теле, либо в находившейся на нем одежде. К главнейшим опорным пунктам в этом отношении относятся: осмотр одежды и других предметов, описание личности, т. е. тех телесных особенностей, по которым можно узнать данное лицо (пол, возраст, длина тела, строение головы и лица, состояние зубов), анатомо-патологические и, наконец, профессиональные особенности. Кроме этих приемов опознания личности также применяется выставление трупов в секционных для публичного осмотра, фотографирование трупа, снятие отпечатков с мякотных концов пальцев и наведение по ним справок в регистрационных бюро Уголовных розысков. Перечисленные способы опознавания трупов не во всех случаях отвечают своему назначению. Опознавание трупа часто совершенно невозможно или, по крайней мере, невозможно с достоверностью, когда труп обнаружен через более или менее продолжительное время после смерти, а также в тех случаях, когда труп обезображен повреждениями. В последних случаях оказывает несомненную пользу в опознавании личности, и вместе с тем в деле раскрытия преступления, восстановление лица покойного до возможно естественного его вида.

Попытки восстановления изуродованных лиц делались неоднократно. Из доступной мне литературы, как выдающиеся примеры, известны случаи Штрауха¹⁾ и А. А. Салькова²⁾.

В 1908 г. в Берлине обнаружены части человеческого трупа. На лице и волосистой части головы кожные покровы отсутствовали и не доставало одного глаза. Кожа с головы и глаз была найдена отдельно. Суд.-мед. эксперт Штраух восстановил голову, и труп был опознан. Для восстановления кожа натянута на голову, глаза вставлены, а кожа лица нашта и части ее соединены.

¹⁾ Проф. Бокариус. Суд. мед. стр. 124. ²⁾ Суд. мед. эксп., кн. 7.

А. А. Сальков рассказывает о четырех случаях: 1 случай. В 1925 г. найдена отрезанная голова неизвестной женщины с раздроблением левой темной кости, проколом наружных покровов в области левого виска и повреждением левого глаза. Лицо значительно одутловато, покрыто грязью и волосами. Глаза закрыты и веки припухли. Голова женщины после соответствующей реставрации была опознана.

2 случай. 17/II 26 г. обнаружены части раздробленного человеческого тела: голова и туловище с повреждениями, без рук и ног. После приведения порядок, путем „искусственного оживления“ реставрацией отрезанной головы, убитый опознан.

3 случай. 20/III-26 г. из трубы сточных вод извлечен труп неизвестной женщины. На опознание личности надежд не было. Глазные яблоки отсутствовали, кожные покровы лица высохли и обтягивали кости лица; нос и губы также высохли и превратились в тонкие доскуты кожи. Труп опознан по фотографическим снимкам реставрированного лица.

4 случай. 16/I-27 г. был найден труп, удушенного ремнем неизвестного человека с изуродованным лицом. Лицо сильно опухшее, темно-багрового цвета, залитое кровью. Верхние веки и губы рассечены. Язык высунут. После реставрации лица труп опознан.

Не вдаваясь в подробности правил искусственного „оживления“, имеющих в литературе, позволю себе предложить вниманию читателей два случая реставрации трупов неизвестных личностей с целью их опознания, имевших место в моей практике.

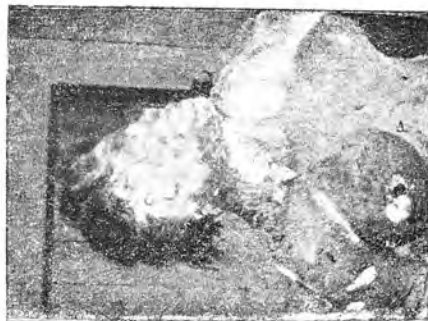
Случаи эти заслуживают внимания в том отношении, что они послужат накоплению материала по поводу реставрации трупов, с чем, может быть, не только официальным суд.-мед. экспертам, но и многим участковым врачам, привлекаемым к производству суд.-мед. экспертиз, придется иметь дело.

Случай 1-й. 1929 г. 4 декабря на окраине города Уфы, в полуразрушенном шалаше был обнаружен труп неизвестной раздетой женщины с признаками насильственной смерти. Опознать личность убитой вследствие изуродования лица не представлялось возможным. Хрящевой остов носа с правым крылом и передней частью перегородки, а также правая ушная раковина, за исключением мочки и верхней части свободного края, отсутствовали. На правой щеке кожный дефект размерами от ушной раковины до угла рта и от передне-нижнего края скуловой кости до угла нижней челюсти. Края дефектов местами с зазубринами. Глаза полуоткрыты, потускневшие, глазные яблоки сморщены. На месте верхнего века правого глаза дефект. Язык ущемлен между зубами. Правая половина губ у угла рта отсутствовала. Описанные повреждения покрыты снегом. По передней поверхности шеи зияющая рана с ровными краями длиной 10 см., рана эта проникает до передней стенки позвоночника; направление ее горизонтальное. В области левой грудино-ключично-сосковой мышцы зияющая рана с ровными краями и острыми углами длиной 5 см. В левой подключичной ямке дефект кожных покровов 9×6 см. и у внутреннего конца правой ключицы зияющая рана с ровными краями длиной 4 см. В области грудной кости такая же рана дл. 3 см. На животе, между мечевидным отростком и пупком, дефект 20×11 см., местами с зазубренными краями, со дна этого дефекта выступает сальник и дно матки. В ниже-правой части живота три зияющие раны с ровными краями длиной от 2 1/2 до 3 см. Такие же две раны в области задней трети гребешка правой подвздошной кости. По наружной поверхности правого плеча две раны с ровными краями размерами 6 и 3 1/2 см. На тыле кистей рук и предплечий ряд кожных ссадин, напоминающих по форме отпечатки ногтей. По передней поверхности левого бедра две раны с ровными краями длиной 2 1/2 см. и 5 1/2 см., по внутренней поверхности того же бедра и по задней—по одной ране длиной 5 см. На правом бедре спереди дефект кожи и мягких частей 15×8 см. Края дефекта рваные. На правой пятке две кожных раны с ровными краями длиной по 6 см.

Для выяснения личности убитой я руководствовался правилами искусственного „оживления“, предложенными А. А. Сальковым. После подробного осмотра мертвого тела сделаны фотографические снимки трупа в том виде, в каком он был найден, и потом уже приступлено к наве-



А. До реставрации.



Б. Тоже.

Фот. 1. Убийство гр. Т.



С. После реставрации.



А. До реставрации.



Б. После реставрации.

Фот. 2. Убийство гр. Е. Т.

дню туалета лица. Лицо обмыто теплой водой, насухо вытерто и для окончательной просушки сделано обтирание эфиром. Волосы смочены мыльным спиртом и причесаны, придерживаясь формы той прически, которую имела умершая. Затем края дефектов на лице выравнены бритвой, величина и форма их снята на кальку и по ней вырезаны кожные доскуты с плеча и груди. Эти доскуты приклеены коллодием и частично пришиты тонкой ниткой на места недостающих на лице. Язык вложен в рот. Нос затампонирован ватой, также заложена вата для поднятия запавшей щеки в рот. Отвисшая нижняя челюсть поднята и укреплена ниткой, проведенной под подбородком в полость рта, ее свободный конец привязан за вбитую в верхнюю челюсть над зубами булавку. Упругость глаз поднята путем вырыскивания из шприца в переднюю камеру глаз, на границе роговой и белковой оболочек до ресничного тела, водного раствора глицерина. Веки открыты и верхние укреплены путем подведения под них кашицеобразной массы из калийных квасцов и нескольких капель воды. Швы на лице и края пересаженных кожных доскутов сверху покрыты тонким слоем коллодия. Губы подкрашены раствором эозина. Для придания естественного блеска глаз на глазные яблоки нанесено по 2 к. глицерина. Наконец, лицо было покрыто тельного цвета пудрой и произведено фотографирование en face (без профиля), чтобы не видно было возможных ошибок восстановления формы носа.

При внутреннем осмотре трупа обнаружены колото-резанные раны желудка, печени и тонких кишок. На матке ряд колотых ран, идущих спереди назад и проникающих через находящийся в матке семимесячный плод.

После реставрации лица убитой фотографические снимки фот. 1. были переданы нарследователю г. Уфы и по ним убитая была опознана ее знакомыми.

Она оказалась гр-кой Т. 25 лет. Установление личности дало пять для раскрытия преступления, и виновный 11/XII был задержан. Дальнейшим следствием установлено, что гр. С., 37 лет, пенсионер, домовладелец, до весны 1929 г. проживал фактическим браком с гр-кой Т., который он от посторонних скрывал и выдавал гр-ку Т. за домашнюю работницу, оформляя это через трудовой договор. В апреле месяце гр-ка Т. ушла от гр-на С., будучи беременной, и средств к существованию не имела. В ноябре месяце 1929 г. Т. обратилась в народный суд г. Уфы с иском к гр-ну С. на содержание до родов и о признании его отцом будущего ребенка. Разбор дела был назначен на 25/XI-29 г., но на суд С. не явился и суд был отложен на 30/XI. Т. взяла на себя вручение повестки гр-ну С.

В период 27—29 ноября Т. встретила при неустановленных по делу обстоятельствах с гр-ном С., была последним заведена на Т-кую улицу, где С., желая отделаться от гр-ки Т. и будущего ребенка, убил ее. С целью скрыть следы преступления гр. С. раздел убитую и обезобразил ее лицо.

30/XI С. явился в суд, где отрицал связь с Т., и свою правоту мотивировал тем, что Т. на суд не явилась. Все же суд, рассмотрев дело, признал гр. С. отцом будущего ребенка и определял взыскивать с него по 15 р. в месяц в пользу гр. Т. до ее родов и в течение шести месяцев после. С., зная, что Т. в живых нет, это решение суда не обжаловал до момента его ареста. 11/XII гр. С. был задержан. При обыске у него обнаружены валеные сапоги, запачканные кровью. В преступлении С. не сознавался, личность Т. по снимкам не опознал и заявил, что он душевно-больной. С. был направлен на испытание в психобольницу, где конференция врачей признала его здоровым. В день суда С. симулировал самоубийство, нанес себе стеклом массовые поверхностные ссадины на руках и по передней поверхности груди, и в суд не явился. Суд, рассмотрев дело, приговорил гр. С. к 8 годам лишения свободы со строгой изоляцией.

Случай 2-й. 27/IV 30 г. на берегу реки Белой был обнаружен труп неизвестной женщины, удушенной мочальной веревкой. Труп покрыт илом, одежда истлела. Тело вздуто газами. Кожные покровы грязно-зеленого цвета. Кожица повсюду совер-

шенно потеряла связь с подлежащими частями. Лицо вздуто, неузнаваемое. Волосы почти все отпали. Язык ущемлен между зубами. Глазные яблоки сморщены, серо-бурого цвета. Соответственно положению петли на шее имеется резко вдавленная борозда, имеющая горизонтальное положение.

Труп сфотографирован в том виде, в каком он был найден. При введении туалета с целью опознания лицо обмыто теплой водой с мылом, сделаны разрезы кожи за ушами, на затылке, во рту, на шее под углами нижней челюсти. Веки проколоты. Затем массажем лица удалены из подкожных покровов лица и головы гнилостные газы, причем поглаживание лица делалось от средней линии лба к вискам, от внутреннего угла глаз к собачьей ямке, от ушей вдоль волокон ланитных мышц к носу, от корня носа к его концу, от крыльев носа к углам губ, от нижней губы вдоль квадратной мышцы подбородка и т. д., т. е. по ходу мышечных пучков и сосудов. После уничтожения вздутия лица, для окончательной просушки, лицо обмыто эфиром и затем смазано вазелином. Дальнейшие операции восстановления трупа в прижизненный вид произведены, как указано в первом случае, т. е. верхние веки приподняты и укреплены при помощи квасцов, впрыскивание в глазные яблоки раствора глицерина и по 2 к. нанесено на поверхность их. Язык вложен в рот, нижняя челюсть укреплена, губы подкрашены, на лицо наложена пудра, на голову повязана косынка. Наконец сделаны фотографические снимки.

По фотографическим снимкам (см. фот. 2 А и В) реставрированного лица была опознана гр. Е. Т-ва, 19 лет. Вскрытием установлена двухмесячная беременность покойной.

После опознания личности следствием выяснено следующее: в г. Уфе проживала семья С-новых: отец, мать и двое сыновей. С-нов с сыновьями В. и А. занимались домовым извозом. В 1928 году В. С-нов сошелся с гр-кой Е. Т., которая работала тогда телефонисткой. Т. переехала к С-вым. Сначала жили мирно, когда же Т. по вине семьи (за невыходы на работу) потеряла место телефонистки, жизнь ее резко изменилась: семья стала притеснять, муж начал бить. Дело дошло до того, что Т. выгнали из дома. Летом 29 г. Т. была беременна. В С-нов, желая избавиться от будущего ребенка, так избивал ее, что Т. 4/VIII п.г. разрешилась от беременности на пятом месяце. Когда она возвратилась домой из б-цы, отношения не улучшились. Такое положение довело Т. до мысли о самоубийстве. Помешали соседи. Только теперь Т. решила обратиться в суд. Суд присудил ей со С-ва по 8 1/2 р. ежемесячно, а в отношении истязаний вынес С-ву общественное порицание. 28/1-30 г. Т. исчезла из дома. С-нов дня через три явился в УР и заявил об исчезновении жены, ушедшей якобы в больницу. 27/IV-31 г. на берегу реки Белой в камышах был обнаружен принесенный внешней водой труп неизвестной женщины, удушенной веревкой.

После реставрации трупа, по фотографическим снимкам соседи С-вых опознали Е. Т. В. С-нов переменял показания и в убийстве сознался, придумав новую неправдоподобную версию, и в то же время пишет отцу в камеру письмо (письмо попало к следователю): „папа, я хочу все это принять на себя, а то будут вас всех таскать, а вы, как говорили, так и говорите“.

7/VI Уфимский суд разбирал эту тяжелую историю и установил, что С-вы убили в своем доме гр-ку Т., ночью вывезли труп и сбросили его в реку. Суд приговорил В. С-ва к 8 годам лишения свободы со строгой изоляцией, мать С-ва на 5 лет и отца на 4 года.

Заканчивая на этом свое сообщение, полагаю, что реставрация трупов неизвестных личностей в случаях невозможности их опознания является существенным подспорьем в деле раскрытия преступления, и, нужно думать, должна иметь более широкое применение при судебно-медицинских экспертизах.

Отдел II. Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

Хозяйственный расчет в лечсанучреждениях.

(В порядке обсуждения).

В. Тверитин

(Москва)

„1. Правильная организация снабжения, наиболее совершенная организация труда внутри предприятия, полное проведение единоначалия на производстве, создание наиболее благоприятных условий для максимальной активности рабочего коллектива и технического персонала предприятия, подбор квалифицированной администрации, необходимая степень самостоятельности предприятия являются основой дальнейшего улучшения системы управления социалистической промышленностью.

2. Перевод предприятий на хозяйственный расчет вполне себя оправдал. Хозрасчет выявляет лицо предприятия, способствует рационализации производства, правильной организации сбыта и снабжения, и вызывает вместе с тем противодействие элементам бюрократизма и волокиты.

Одновременно перевод предприятий на хозяйственный расчет способствует рациональной постановке учета производственной деятельности предприятия и оздоровлению масс с этой деятельностью.

4. Последовательное проведение хозрасчета предприятия требует принятия мер к выяснению успехов и недочетов отдельных цехов и отделов предприятий. С этой целью предприятие должно устанавливать плановое задание для отдельных частей его (цеха, отдела). . . . Расходы отдельных частей предприятия должны сопоставляться с результатами их производственной деятельности.

Итоги деятельности предприятий и их частей должны обсуждаться на периодических производственных конференциях. На основе этого профсоюзные организации должны организовать свою массовую экономработу в предприятиях“. (Из постановления ЦК ВКП(б) от 5 декабря 1929 г. о рационализации управления промышленностью).

Прошло 1¹/₂ года и постановление ВЦСПС от 17 апреля 1931 г. „о помощи профсоюзов в проведении кредитной реформы и хозрасчета“ четко говорит:

„4. Проведение кредитной реформы и хозрасчета должно быть максимально использовано профсоюзными организациями для широкой мобилизации рабочих на борьбу за укрепление трудовой дисциплины, за мобилизацию всех внутренних ресурсов в целях быстрой ликвидации образовавшихся прорывов и выполнение промфинплана. При этом особое внимание необходимо уделить выполнению финансового плана предприятия, в связи с чем вопросы цены, себестоимости, расходования кредитных ассигнований, финансового хозяйства предприятия и цеха должны стать предметом систематического контроля со стороны производственных советов и заводских организаций“.

Тов. Сталин в своем выступлении на совещании хозяйственников говорит:

„Уничтожение бесхозяйственности, мобилизация внутренних ресурсов, внедрение и укрепление хозрасчета во всех наших предприятиях, систематическое снижение себестоимости, усиление внутрипромышленного накопления во всех без исключения отраслях промышленности. Таков путь к выходу. Итак *внедрить и укрепить хозрасчет, поднять внутрипромышленное накопление*—такова задача“.

Если мы поставим перед собой вопрос: имеются ли в наших лечсанучреждениях все те моменты, о которых говорил т. Сталин и говорит постановление ВЦСПС, т. е. текучесть рабочей силы, уравниловка в зарплате, обезличка в работе, бесхозяйственность, бесплановость, расхлябанность и т. п., то мы должны совершенно открыто сказать, что все это

в наших лечсанучреждениях существует и что для быстрейшего изжития их необходимы решительные меры.

Мы считаем, что в условиях наших лечебно-санитарных учреждений, так же как и в условиях промпредприятий, основным звеном в руководстве нашим хозяйством на данном этапе, лучшим средством борьбы с бесхозяйственностью, бесплановостью, расхлябанностью, лучшей формой организованного и планового участия широких масс трудящихся в управлении производством и борьбе за выполнение промфинплана, в дальнейшем развертывании и качественном улучшении соцсоревнования и ударничества, в поднятии этих социалистических форм и методов работы на более высокую ступень—является хозяйственный расчет.

Давая полную самостоятельность завучреждением или заводчельными частями его, повышая одновременно их ответственность за руководство порученным им участком работы и за выполнение оперативно-производственного плана, способствуя улучшению *качества* медобслуживания, хозрасчет вместе с тем стимулирует всех работников—и руководителей, и рядовых сотрудников—материальной заинтересованностью при выполнении и перевыполнении планов: ассигнования на оборудование, аппаратуру, инструментарий, литературу, научные командировки, премирование, улучшение бытовых условий, повышение зарплаты и т. д.

Возможность введения хозрасчета в лечсанучреждениях вызывает сомнение не только у лиц мало знакомых с делом здравоохранения, но и у ряда медработников—в том числе и руководителей, указывающих, что перенос положений хозрасчета в лечебные учреждения, где мы имеем дело с „живым“ материалом—больным человеком—невозможен. Необходимо считаться, дескать, с индивидуальными особенностями больного и с индивидуальным подходом к нему каждого врача; трудно требовать конкретных показателей *качества* „продукции“—результатов медобслуживания больного—отраженных в плане.

Не подлежит никакому сомнению, что механический перенос всех положений хозрасчета промпредприятий в наши лечсанучреждения был бы неправилен. Наблюдающиеся уже случаи понимания хозрасчета, как, главным образом, средства повышения зарплаты медперсонала, говорят об упрощении и извращении хозрасчета. Перевод на сдельную и сдельно-прогрессивную оплату врачей при приеме поликлинических больных, обслуживании стационарных, производства операций являются уже вредным извращением и совершенно недопустимым. Здесь должна быть ясность. Необходимо различать включение в план учреждения, отделения, кабинета обслуживания в течение известного срока определенного количества больных с точными показателями *качественности* работы и сдачу их приема (поликлиника) или обслуживания (стационар) за сдельную или прогрессивную оплату, когда больной превращается в количественную единицу „производительности“ врача, когда качество отходит на задний план при погоне за количеством. И здесь на лицо упрощение хозрасчета.

Важным моментом хозрасчета в промпредприятиях является контроль „рублем“. В условиях лечсанучреждений, находящихся на твердых бюджетных ассигнованиях, применение банковского кредита, по нашему мнению, невозможно. Трудно говорить о закрытии (полном или частичном) кредитов больницы или диспансера при невыполнении ими оперативно-

производственных планов, т. к. это закрытие должно немедленно отразиться на качественном и количественном медобслуживании рабочих. Поэтому здесь должны быть применены другие формы контроля.

Учтя вышеуказанные моменты, мы считаем, что при продуманном и осторожном подходе, большинство положений хозяйственного расчета могут быть с большой пользой перенесены в работу лечебных учреждений. Небольшой опыт московских учреждений (4-й диспансер, больница им. „Медсантруд“), а также обмен мнениями на выборочном совещании завсекторами планирования и производства Обл-крайотделов союза Медсантруд показал значительную эффективность хозяйственного расчета по улучшению организационно-административной и медицинской постановки дела.

Сейчас почти везде органы здравоохранения и профсоюзные организации занимаются проработкой вопроса о введении хозяйственного расчета в лечсанучреждениях. Необходимость избежать ошибок и правильно провести его ставит со всей остротой вопрос об обмене опытом на страницах медицинской печати.

При проведении хозяйственного расчета, сводящегося в конечном итоге к решительному улучшению организационно-административной и медицинской постановки дела здравоохранения, а тем самым повышению качества медобслуживания рабочих, необходимо учесть следующие положения.

1. При переводе лечсанучреждения на хозяйственный расчет учреждением должна быть проведена предварительная работа по:

а) определению наличия денежных и материальных ресурсов, путем полной инвентаризации всего имущества с закреплением его по отдельным частям учреждения (отделения, кабинеты и т. д.);

б) составлению точного оперативно-производственного плана, представляющего как бы заказ вышестоящей организации, дополненного встречным планом сотрудников, и имеющего четкие количественные и особенно качественные показатели.

2. Оперативно-производственный план и все его показатели согласовываются с вышестоящей организацией — руководителем (райздравом, главврачем и т. д.), которые обеспечивают нормальное выполнение плана финансовыми и материальными ресурсами (лимитами, сметой).

Необходимо решительно подчеркнуть, что производственный план является основой хозяйственного расчета и последний неосуществим без плана. Хозрасчет в свою очередь укрепляет планирование, поднимает его на высшую ступень. Хозрасчет основное орудие плана. Требуя точного учета всех материальных и денежных ресурсов учреждения, точного учета повседневной работы, точной калькуляции себестоимости — а все это является предпосылками плана — хозрасчет является одним из устоев социалистического планирования. Но вместе с тем хозрасчет есть способ проверки выполнения плана, ибо, заставляя систематически учитывать все моменты работы, он способствует быстрейшему выявлению слабейших участков, помогает устранению косности, застоя и значительно улучшает планирование.

При составлении годового (и поквартального) производственного плана, кроме общих количественных показателей — количества больных, пропускаемых через больницу, отделение, кабинет и т. д., среднего числа

дней пребывания каждого больного в больнице, отделении, (для каждого различное), общего количества койко-дней, калькуляции себестоимости койко-дня для всей больницы в среднем и каждого отделения и т. д.— необходимо оговорить отдельные элементы койко-дня: себестоимость расхода питания, топлива, воды, освещения, медикаментов, перевязочного материала, белья (стирка, починка и т. п.), ремонта (текущего) и т. д. и т. д. с тем, чтобы в плане должна быть отражена общая сумма расходов по каждому отделению элементу за квартал, год для учета этих расходов. При этом, конечно, необходимо принять во внимание, что некоторые из этих расходов не могут быть отражены в отделенческих планах и должны иметь общепольничный, общедиспансерный характер. Так например, если отделения, кабинеты и т. д. не имеют отдельных счетчиков воды, электричества, имеют общий источник отопления—расходы исчисляются в зависимости от местных условий с учетом особенностей отделения.

Не имея возможности более детально останавливаться на количественных показателях, перехожу к качественным. Необходимо самым решительным образом подчеркнуть, что при введении хозяйственного расчета *качество* медобслуживания выдвигается на первое место, и поэтому в планах каждого учреждения, отделения, кабинета и т. д. четко, с полной возможностью их учета должны быть отражены *качественные* показатели, дающие возможность судить об эффективности работы учреждения, отделения, кабинета и т. д. в целом и каждого медработника в отдельности.

Последующий контроль—через связь врача (сестры) отделения, кабинета с врачом райпомощи на дому, диспансера, здравпункта с выплатаемым пунктом, здравячейкой, котиб'ом, через патронажи. сестер отделения, диспансера и т. д.—дает возможность получать сведения о продолжительности восстановления трудоспособности (а тем самым и эффективности медобслуживания) после выписки из отделения, кабинета. Вышеуказанный контроль будет в значительной степени предупреждать возможность перегибов, когда в погоне за увеличением оборачиваемости койки или приемов большего количества больных в кабинете будет страдать качество медобслуживания. Качественными показателями могут служить процент диагнозов, качество питания, пребывание больного на койке до всестороннего обследования, сансостояние учреждения, чистота белья, отсутствие жалоб и т. д.; для диспансеров, здравпунктов—снижение заболеваемости и травматизма рабочих данного предприятия (как числа случаев, так и числа дней), района, участка, сансостояние бытовых учреждений предприятия, района, участка и т. д. Опять же перечислять все качественные показатели работы медсанучреждения невозможно, т. к. они зависят от состояния и условий работы каждого учреждения.

3. Чрезвычайно важным моментом хозяйственного расчета является проведение в жизнь единоначалия для руководителей учреждения и отдельных частями его. Переходя на хозяйственный расчет и неся полную ответственность за административно-хозяйственную и медицинскую постановку своего учреждения или части его, руководители должны знать, что они обладают известными правами. И здесь должен быть достаточно четко поставлен вопрос о праве этих руководителей быть полными

распорядителями всех кредитов и штатов своего учреждения (или части его, перешедшей на хозрасчет). Они должны иметь право изменять штаты и ставки в пределах фонда заработной платы, им утвержденного, и в границах дифференцированной сетки, согласованной с союзом и хозяйственным органом. Остальные статьи, слагающиеся из отдельных расходов, указанных в производственном плане, должны составлять общую сумму, право распоряжения которой предоставлено руководителю. Важно только, чтобы в конце квартального или годового отчета, по выполнении плана, все эти отдельные расходы нашли свое отражение, согласно количественным показателям, по которым будет производиться учет.

Кредиты, согласно утвержденной сметы, не подлежат никакой урезке и все остатки, полученные в результате проведения хозяйственного расчета, остаются в распоряжении учреждения и снятие их не допускается.

Интересен в этом отношении опыт Московского Горздрава, которому Мосгорисполкомом было разрешено в семи опытных учреждениях, переведенных на хозрасчет, разбить утвержденную смету только на 4 статьи: а) зарплата, б) капитальный ремонт, в) новое строительство и г) остальные расходы. В пределах этих статей администрации учреждения предоставляется право свободного маневрирования в соответствии со своим оперативно-производственным планом. Кредиты открываются поквартально и никакой урезке не подлежат. Экономия остается в распоряжении лечучреждений и изъятию не подлежит. Все доходы лечучреждения, независимо от способа их изыскания (спецсредства, мобилизация внутренних ресурсов, продажа негодного имущества), остаются в распоряжении лечучреждения, причем они должны найти свое отражение в производственном плане и смете учреждения.

Такое право, конечно, требует умения четко и правильно администрировать и уметь вести хозяйство, т. к. при отсутствии этих качеств это право может повести к ухудшению дела. Не сумев правильно сманеврировать средствами, руководитель учреждения может поставить в крайне тяжелое положение хозяйственную часть, а тем самым и медицинское обслуживание. Вот почему к такому изменению финансирования лечучреждений необходимо подходить с учетом административно-хозяйственных способностей руководителей. Но не подлежит сомнению, что в руках хорошего хозяйственника это право маневрирования средствами может дать значительный эффект и экономию.

Здесь следует сказать и о расходовании экономии. Нам кажется, что поскольку хозяйственный расчет должен служить целям социалистического накопления, значительный процент производственной, против плана, экономии должен направляться на пополнение оборудования, инвентаря, аппаратуры и т. д., известная же часть экономии может идти на улучшение культурно-бытовых нужд сотрудников учреждения (столовые, ясли и т. д.), премирование сотрудников того отделения, где получена экономия. Размер этих отчислений может колебаться, но во всяком случае 40%—50% должно идти на оборудование, инвентарь и т. д., 20%—25% на культурно-бытовые нужды и 20%—25% на премирование.

4. Хозяйственный расчет требует самого тщательного, повседневного, систематического учета всех количественных и качественных показателей. Здесь необходимо максимальнейшее упрощение всей отчетности

и учетной техники, которые были бы доступны пониманию каждого медработника, т. к. учет надо довести до низового производственного звена. Необходимость отвечать за выполнение каждого показателя требует его понимания и знания. Поэтому доведение каждого показателя до каждого медработника является обязательным. Но выполнение показателей может быть обеспечено, когда каждое низовое производственное звено (группа, бригада), каждый медработник четко знает свои обязанности, участок своей работы и несет полную ответственность за этот участок и его обслуживание. Поэтому ликвидация обезлички, закрепление за каждым работником определенного участка его работы, выработка точных инструкций, определяющих круг его обязанностей и время работы, являются обязательными при хозрасчете. Здесь вполне возможны бригадные методы работы, заключающиеся в том, что за определенным участком (отделение, несколько палат, кабинет и т. д.) закрепляется бригада из определенного количества сестер и нянь (1 сестра, 1 няня; 1 сестра, 2—3 няни; 2 сестры, 2—3 няни и т. д.), которые, составляя бригаду, несут все вместе ответственность за порученный им участок. Опять же в этой бригаде не должно быть обезлички и каждая участница бригады отвечает за свой участок, свою отрасль работы. Эта бригада принимает и сдает участок соответствующим сменам. Здесь интересно было бы провести опыт сменно-встречного планирования, когда сменяющая бригада выдвигает на время своей работы количественные и качественные показатели и вступает в соревнование со сменявшейся бригадой. Товарищам с мест, практическим работникам больниц, следовало бы проработать этот вопрос и прислать свои соображения в ЦК Медсантруд, осветить его в печати. Эта форма поможет втянуть низовых работников в плановую работу и вместе с тем повысить качество соцсоревнования, подняв его на более высокую ступень.

Ликвидируя обезличку, мы должны тщательно проработать нормы нагрузок с учетом необходимости повысить производительность труда — уплотнение работы — *без ухудшения качества*. Здесь конечно должны быть приняты во внимание условия и специфичность работы. Но одновременно необходимо провести мероприятия по технической перевооруженности — механизации — ряда процессов с целью облегчения работы и повышения производительности труда. Правильная расстановка сил — соответственно квалификации, опытности, умению хозяйничать — и целесообразное их использование является также неотложной задачей при хозрасчете. Разгрузка врача от обязанностей, которые с успехом могут быть выполнены средним медперсоналом или даже лицом, не имеющим медобразования, должна быть выдвинута при хозрасчете. То же и по отношению к среднему медперсоналу. Все эти мероприятия помогут освободить значительные кадры медперсонала, столь нам необходимого.

5. При введении хозяйственного расчета необходимо четко поставить вопрос о ликвидации „уравниловки“ в оплате труда. Оплата определяется объемом и *качеством* работы по дифференцированной сетке, причем при одинаковом объеме, количественности работы, но разной качественности проводится дифференциал в известном коэффициенте. При дифференцированной сетке устанавливается известная основная ставка, снижение которой не допускается ни при каких условиях. К систематическим невыполнителям плана применяются обычные меры адми-

нистративных взысканий: перевод на менее квалифицированную работу и т. д. Кроме основной ставки устанавливаются 2—3 (обычно две) ставки с большим разрывом в сторону высшей ставки (для большей заинтересованности, стимулирования); например основная ставка 60; следующая 70; за ней 85—90. При выполнении плана или перевыполнении дается 2-ая или 3-я; эти ставки определяются администрацией в зависимости от количественных и качественных показателей, причем в основном должно играть значение *качество*. Если после установления повышенной ставки за выполнение количественных и качественных показателей работник снижает (ухудшает) эти показатели, администрация имеет право перевести его на более низшую ставку, но не ниже основной для данной группы работников.

Сдельная и сдельно-прогрессивная оплата труда допускается в тех участках, где обеспечен надлежащий контроль за качеством, и в первую очередь, конечно, в подсобных отделах, частях лечучреждений: прачечные, хлебопекарни, мастерские, отопление и т. д. Варианты этой оплаты устанавливаются в зависимости от местных условий по согласованию хозорганов с профсоюзной организацией. Возможна такая же форма оплаты в лабораториях, аптеках, рентгенкабинетах и т. д., но здесь необходима большая осторожность, т. к. должен быть обеспечен тщательный контроль за качеством, что, конечно, вполне осуществимо. Варианты оплаты также могут быть различны. Устанавливая себестоимость, можно исходить в оплате из нее, сдавая сдельно и производя дифференцированную оплату персонала в зависимости от квалификации (врач, сестра, санитарка). Устанавливая определенную норму выработки для основной ставки, за перевыполнение нормы—с соблюдением качества—можно проводить прогрессивное нарастание оплаты в процентах. Повторяем: *качество* должно играть первое место, а потому должен быть обеспечен соответствующий контроль. Все эти формы оплаты должны проводиться в пределах фонда заработной платы. Если учреждению, отделению удастся добиться выполнения или перевыполнения производственного плана—без ухудшения качества—при меньшем—против штата—числе работников (за счет уплотнения работы, лучшей и целесообразной расстановки сил, технической перевооруженности и т. д.), то остающаяся экономия по зарплате в известной части—50%—может идти на повышение зарплаты наличных сотрудников отделения в соответствии с объемом и качественностью их работы и в границах дифференцированной сетки.

Вопрос о правильном проведении оплаты труда при хозяйственном расчете в лечсанучреждениях играет значительно большую роль, чем в промпредприятиях, ибо здесь погоня за количеством, для того чтобы получить большую ставку, может отразиться на *качестве* обслуживания больного человека. Поэтому, считая необходимым материально стимулировать медработника на выполнение плана, мы не должны забывать, что этот материальный момент является сопутствующим, исходит и зависит от основного—количественного, но особенно качественного выполнения производственного плана. Увеличение оборачиваемости койки, снижение себестоимости койко-дня необходимо, но при одновременном улучшении качества медобслуживания. Качество медобслуживания должно быть целеустремленностью хозяйственной перестройки работы лечсанучреждений.

Хозяйственный расчет в лечсанучреждениях в значительной мере способствует вовлечению в низовое планирование всей массы медработников, поскольку план доводится до низового производственного звена (группа, бригада), где обслуживаются и прорабатываются все показатели, и где масса выдвигает свои встречные показатели и свой встречный план. Тем самым вся масса медработников активно участвует, активно включается в управление учреждением, отделением.

Вместе с тем хозрасчет, на основе этого массового участия сотрудников в работе учреждения, способствует развитию и качественному улучшению соцсоревнования и ударничества, ибо каждое производственное звено, каждый работник видит результат своей работы, видит, что от него самого, от его усилий зависит качественное и количественное состояние работы учреждения. Бригадный метод работы приучает его работать коллективно. Он становится составной частью данного отделения, участка. Он овладевает техникой того производства, где он работает.

Мы уверены в том, что при правильном проведении хозяйственного расчета, при продуманной проработке его активом медработников под руководством органов здравоохранения и союзных организаций, хозрасчет в ближайшее же время даст значительные результаты по изжитию бесхозяйственности, бесплановости, расхлябанности в наших лечучреждениях. К сожалению, на местах мы имеем некоторую оппортунистическую недооценку хозяйственного расчета, которая тормозит и проработку, и введение его. Не освещается еще и положительный опыт. Необходимо более смело и решительно взяться за проведение хозрасчета.

О работе здравпунктов на предприятиях.

Врача В. Ф. Иванова.

(По опыту работы 2-го Единого диспансера в г. Москве).

Директивными указаниями партии перед органами здравоохранения поставлена задача повернуться лицом к производству, задача снижения заболеваемости и содействия выполнению промфинплана. Как же подошли мы к выполнению этих директив? В данной статье я остановлюсь на работе в этом направлении ведущего звена—здравпункта—по опыту работы 2-го Единого диспансера.

Принято считать, что наиболее трудной частью новой работы здравпункта является именно переключение его работы на новые рельсы. Совершенно очевидна эта трудность, учитывая неподготовленность массы врачей старых пунктов первой помощи к такой работе, но меньшей трудностью были и трудности методологического порядка. Здесь уместно указать на то, что со стороны руководящих органов здравоохранения были даны лишь общие указания, методика же работы не была в достаточной степени проработана ни научными институтами, ни местными органами здравоохранения. Методику эту приходилось прорабатывать самим здравпунктам под руководством единых диспансеров.

Тов. Киселев в своей брошюре „Оперативный план здравпункта на производстве“ (вышедшей тогда, когда здравпункты путем исканий уже нащупали пути работы) делает попытку дать методику работы здравпункта. Однако, каждый практический работник на здравпункте, с одной стороны, легко увидит оторванность автора от жизни, незнание повседневной работы здравпункта, с другой стороны — каждый здравпункт, серьезно поставленный, пошел много дальше плана тов. Киселева. Абстрактность, оторванность этого плана от жизни сказывается прежде всего в том, что ни в одной строчке, ни одним словом автор серьезно не затрагивает таких вопросов, которыми живет и дышит предприятие: выполнение промфинплана и производственный брак, новые формы труда (соцсоревнование и ударничество), рационализаторские мероприятия и т. п. Оторванно от жизни производства планирует автор углубленные изыскания, сравнения со стандартами (!) заболеваемости, оздоровительные мероприятия и проч. Таким образом здравпунктам приходилось искать правильных путей самим в контакте с рабочими организациями и под руководством единых диспансеров.

С целью единого руководства и планирования работы здравпунктов, во 2-м Едином диспансере все они были влиты в состав отделения социальной и профессиональной патологии; это отделение и являлось для них планово-методическим центром. Отделение социальной и профессиональной патологии, имея в своем составе пропатологов-гигиенистов, прорабатывало методику и план работы здравпунктов не кабинетно, а работая на самих предприятиях, включалось непосредственно в работу пунктов, принимая на себя и выполнение конкретных заданий по предприятиям. Проработанные в отделении и обсужденные на конференции врачей здравпунктов и других врачей диспансера методика и план работы легли в основу работы, освещаемой в данной статье. В части сигнализационной статистики на здравпункте отделение делало доклад на Московской конференции опытно-показательных здравпунктов¹⁾.

Совершенно бесспорно, что детальное *знание завода* и всех производственных процессов является одной из основных предпосылок правильной работы здравпункта. Врач должен знать не только *расположение* цехов и *что* в них изготавливается, но должен знать, как изготавливается, в каких производственных условиях; знать, что производит отдельный станок или аппарат, какие вредности могут здесь быть, какие производственные задания стоят перед цехом, какие знания и какой опыт требуются от работающего. Только зная все это, врач может понять и такие явления, как заболеваемость рабочих, травматизм, невыполнение промфинплана и наметить пути оздоровления цеха.

Второй предпосылкой правильной работы здравпункта является теснейшая *увязка его с рабочей общественностью завода*. Нужно иметь такую увязку, чтобы рабочая общественность чувствовала необходимость врача не только для оказания первой медицинской помощи, но постепенно консультировала с ним по всем вопросам жизни предприятия. Что это вполне реально, говорит опыт работы здравпункта на заводе имени Ильича, где, например, социально-бытовой сектор чувствует себя соучастником работы здравпункта, а здравпункт еще большим соучастни-

¹⁾ Положения его, получившие одобрение этой конференции, будут напечатаны в 10 номере Московского медицинского журнала.

ском всей работы социально-бытового сектора. Врач увязан здесь и с парткомом, и с хозяйственниками завода, ставя перед ними важнейшие вопросы, участвуя активно в производственных совещаниях, внося свои добавления и поправки.

Важнейшей задачей в работе здравпункта должна явиться проработка *плана оздоровления предприятия*. Простейшие мероприятия (санминимум), как наиболее доступные, могущие быть осуществлены немедленно, прорабатываются в первую очередь. Вокруг этих вопросов центрируется общественное внимание. Санминимум, проработанный на заводе им. Ильича и обсужденный с представителями рабочих, был доложен врачом по цехам, и от цехов были собраны рабочие предложения к нему, добавления. Наконец, в виде приказа по заводу он был предложен к выполнению. Между отдельными цехами было объявлено соцсоревнование на лучшее выполнение его. По цехам были выделены ответственные лица за проведение санминимума как со стороны администрации, так и со стороны рабочих.

Но врачи здравпунктов не ограничивались только вопросами санминимума. Шла проработка и плана полного оздоровления условий труда на заводах (конечно, с учетом реконструкции, расширения завода) и согласование его с хозорганами и инспекцией труда. Конечно, данные заболеваемости и травматизм корригировали мероприятия в этом отношении.

Одновременно врач ведет и *повседневный, текущий надзор* за санитарным состоянием цехов. Такой повседневный обход цехов полезен и самому врачу с точки зрения лучшего ознакомления с деталями условий труда во всем многообразии их, в их динамичности, как в связи с самим производственным процессом, так и в связи с развивающимися новыми социалистическими формами труда. Данные, обнаруженные при обходах врачами, заносятся на вкладные листы к санитарным журналам промышленных предприятий, что облегчает обзорное пройденного этапа работы. При таких обходах о замеченных дефектах врачи на месте ставят в известность заведующих цехами и договариваются о способах их устранения.

Общественное питание на заводе (столовые, буфеты, ЗРК и бытовые устройства) находятся под усиленным наблюдением врача. Обед не раздают на заводе до осмотра и пробы врачом. Все рационализаторские, все оздоровительные мероприятия в деле снабжения и питания рабочих осуществляются в полном контакте, а часто и по инициативе здравпункта (наприм., подача обедов в буфеты горячих цехов, открытие буфетов по цехам и т. п.).

При дальнейшем ознакомлении с цехами, основываясь и на литературных данных, и на существующих законоположениях, и на собственных наблюдениях—врач здравпункта *выделяет цеха и профессии*, как *особо вредные*, подлежащие особому наблюдению, так и по какой-либо другой причине заслуживающие особого внимания.

Заболеваемость с потерей трудоспособности врач учитывает по больничным листкам, которые обязательно направляются конторой на здравпункт (без штампа здравпункта листки не оплачиваются). По договоренности с страховыми органами за последние месяцы самая разработка заболеваемости ведется непосредственно ими и передается здравпункту. Здравпункт же вычисляет по ним интенсивные показатели (число случаев и дней на 100 рабочих) и заносит по листкам все случаи заболеваемости

с утратой трудоспособности на индивидуальные карты рабочих, вылавливая таким образом часто и длительно болеющих. Промышленный травматизм учитывается на особых статистических карточках, и весь (как с утратой трудоспособности, так без нее) заносится на те же индивидуальные карты рабочих. Такое занесение позволяет выделить и часто травмирующихся. Самая разработка травматизма ведется на здравпункте.

Таким образом сама регистрация позволяет здравпункту *выделить лиц, повышающих заболеваемость и травматизм* по заводу и по цехам. В отношении этих лиц здравпункты принимают ряд практических мероприятий. Прежде всего часто и длительно болеющие направляются на диспансерное обследование (в последнее время мы стали направлять в свой единый диспансер, т. е. по месту работы). После точного выяснения, чем болеют эти лица, после обследования их быта, дается социально-клиническое заключение о них (обязательно с участием профгигиениста и врача здравпункта, с учетом их ценности, как квалифицированных рабочих для завода, с учетом их выработки и брака и отзывов представителей рабочей общественности о них). Врач здравпункта, имея такое заключение, или ставит вопрос о переводе на инвалидность (в случаях действительной инвалидности рабочего), или о переводе на другую работу, или содействует получению лечебно-социальной помощи (курорты, ночные санатории и т. п.), или, наконец, просто наблюдает за систематичностью лечения, правильным диспансерным обслуживанием рабочего. У часто травмируемых обследуется тщательно зрение, в случаях надобности выписываются корректирующие зрение очки, выясняется через заведующего техникой безопасности достаточность их инструктажа в работе (и в случае необходимости направляются на инструктаж), ставятся психотехнические исследования с переводом рабочих по показаниям на менее опасные станки и места работы. Конечно, здесь учитывались и индивидуальные особенности места работы (недостатки освещения, загроможденность вокруг и т. п.).

Заболеваемость, разработанная ежемесячно и поквартально по цехам и группам болезней (число случаев, число дней на 100 рабочих), служила сигналом для врачей, куда и на что следует обратить внимание, причем всегда контролировалось, не объясняется ли повышенная заболеваемость наличием часто и длительно болеющих. Для сравнения служили данные предыдущего года (взятые из страхкассы) и данные аналогичных заводов, а главное пользовались динамичностью заболеваемости помесечно на том же заводе.

При росте заболеваемости, после выяснения, за счет каких цехов и каких форм заболеваний идет этот рост, после просмотра индивидуальных карт рабочих, перенесших заболевания, давшие это повышение (с целью лучшей ориентировки в этом повышении), намечались *практические мероприятия по снижению заболеваемости*. Если этот рост шел за счет появления часто и длительно болеющих, применялись указанные выше мероприятия в отношении их. В случае роста за счет определенных болезненных форм—тщательно анализировались условия труда в цеху, условия труда и быта болевших с целью выяснения причин повышенной заболеваемости для практических мероприятий.

Положим, если в инструментальном цехе завода Ильича увеличивались желудочно-кишечные заболевания, выяснялось в этом разряде

состояние питания в цеху, водоснабжение, проводились беседы о желудочно-кишечных заболеваниях, усиливалось снабжение диетпитанием, выяснялись бытовые факторы у болевших. В других цехах по показаниям ставились вопросы о корригирующей гимнастике, о пятиминутных перерывах в работе, о лучшей спецодежде и т. п.

Так как врач здравпункта не механически заносил лишь сведения о заболеваемости в индивидуальные карты рабочих, дожидаясь по истечении месяца сведений о заболеваемости, но просматривал и продумывал данные ежедневных записей, то он имел возможность в течение уже немногих дней нащупать начавшийся рост заболеваемости в цеху и принять указанные меры не пост фактум, а немедленно.

Травматизм также разрабатывался по цехам (число случаев и дней, в случаях с утратой трудоспособности, на 100 рабочих), видам травм и причинам их. Здесь также следует сравнить данные с предыдущими месяцами, с прошлым годом, с данными других аналогичных заводов. Так как при регистрации травматизма здравпункт поставлен в несравненно лучшие условия, чем при регистрации заболеваемости (вся регистрация идет в день получения травмы на заводе), и изучение причин его проще, чем причин заболеваемости, то и мероприятия здесь могут быть более эффективными.

Прежде всего все случаи травм выясняются в цехах по возможности в тот же день с точки зрения причин их и недопущения таких случаев на будущее время, для чего в случае надобности привлекается и заведующий техникой безопасности (в случаях с потерей трудоспособности—обязательно). В декаду раз все карточки травматизма пересылаются заведующим цехам, которые дают объяснения по ним здравпункту с точки зрения причин их и мероприятий. По получению отзывов от цехов на здравпункте созывается совещание с заведующим техникой безопасности и представителем социально-бытового сектора завода, где заведующий техникой безопасности делает доклад о травматизме за прошедшее время опять-таки с точки зрения причин его и мероприятий, с учетом мнений заведующих цехами. Вынесенные постановления фиксируются в протоколе и передаются директору завода.

При неблагоприятии отдельных цехов врач подсчитывает потерю производства в этих цехах от травматизма в рублях (зная выработку одного рабочего в день) и или вывешивает эти данные в цеху, или говорит об этом в обеденный перерыв рабочим цеха, центрирует внимание на это заведующего цехом и бригадиров (особенно тех, в бригаде у которых было больше всего травм), всегда анализируя перед рабочими причины этого травматизма и попутно собирая предложения рабочих.

Старый механический цех завода Ильича давал большой травматизм (главн. образом ушибы) благодаря исключительной загроможденности его, отсутствия правильных проходов. Здравпункт обратил внимание общественности на это, что привело к устройству субботника, разгрузке цеха и правильному распланированию проходов. После этого травматизм там пал. Серьезнейшая постановка подготовки и инструктаж вновь поступающих рабочих в инструментальном цехе того же завода свели травматизм на ничтожные цифры.

Кроме практической работы, исходящей из повседневных показателей неблагоприятия завода в смысле заболеваемости и травматизма,

здравпункты фиксировали свое внимание и на плановой работе по снижению заболеваемости и травматизма. Показателями к составлению плана здесь служили данные предыдущего года или кварталов, причем опыт наш показывал нам, что значительно легче снижать *не вообще всю заболеваемость*, а заболеваемость отдельными формами, отдельными группами заболеваний, дающими превышение по сравнению со средними такими же данными по другим аналогичным заводам. Здесь легче дать анализ путем сравнения и достичь эффективности.

Это, конечно, не исключает борьбы за снижение всей заболеваемости по всем группам и формам болезней, как путем тщательного анализа заболеваемости, так и практическими мероприятиями в цехах, а в пределах возможности и в быту. Но и здесь мы центрировали свое внимание в первую очередь на заболеваемости, дающей не десятки доли процента в общей заболеваемости, а большой процент ее, т. к. здесь могут быть и достижения большего масштаба.

Вообще на дело борьбы с заболеваемостью и с травматизмом мы смотрели, как на социально гигиеническую проблему, помня, что и общегигиеническое состояние цеха, и вопросы питания, и режим труда и отдыха, и условия быта—все это имеет влияние на заболеваемость и травматизм.

Имеем ли мы здесь достижения? Да, местами большие, местами меньшие. Мы имеем местами значительное снижение травматизма, местами снижение заболеваемости (и как раз на тех заводах, где поставлена развернутая работа здравпунктов).

Наличие индивидуальной карты на рабочего, в которой отмечалась вся заболеваемость с утратой трудоспособности, весь травматизм, выявленная патологическая пораженность (случайно ли при посещении здравпункта, при диспансерном ли обследовании рабочего или по сигналу из диспансера), условия труда и быта, выработка рабочего (в случаях высоких показателей и в случаях низких показателей) и даваемый им брак (в случаях большого брака), в нужных случаях мнение рабочих организаций и администрации (сведения о его отношении к ударничеству, соцсоревнованию, о его энтузиазме в работе)—все это создавало серьезную предпосылку для социально гигиенической оценки завода.

Так как здравпункт на предприятии не может и не должен существовать изолированно от всей жизни завода, то и *вопросы ударничества и соцсоревнования, вопросы выполнения промфинплана, вопросы брака* мы включили в поле зрения здравпункта. Здравпункт держит на учете выдающихся ударников, направляет их на диспансеризацию, озабочивается о лучшей гигиенической обстановке их работы, планирует первоочередное оказание им мер леч.-профилактической помощи и т. п. При заключении договоров на соцсоревнование здравпункт вносит в показатели свои добавления, могущие повысить показатели производительности труда, оздоровить условия труда, рационализировать их, т. о. здравпункт ведет особое постоянное наблюдение за соревнующимися и ударниками с точки зрения состояния их здоровья и условий труда и быта.

Врач, зная динамику достижений и прорывов по выполнению промфинплана по цехам, анализирует прорывы в свете санитарно-гигиенического состояния цехов, заболеваемости, травматизма, постановки питания режима труда и отдыха, условий быта и т. п. Анализ этот сопровождается

и проработкой практических мероприятий, созданием вокруг них общественного мнения и проведения их в пределах возможного.

Пеходя из важности цеха, из задач, стоящих перед цехом, дело борьбы с заболеваемостью и травматизмом, за улучшение санитарного состояния цехов и т. п. сосредоточивалось прежде всего на наиболее ответственных местах работы и на местах, где это неблагоприятно ясно сказывалось в прорывах. Этим врач отходил от отвлеченной борьбы с заболеваемостью и включался во всю жизнь завода.

Здесь попытаюсь иллюстрировать сказанное примером. На заводе Ильича наиболее напряженным, ответственным местом работы был литейный цех, от него зависела работа других разрастающихся цехов (при остающейся неизменной площади литейной с ее двумя вагранками). С другой стороны, этот цех получил знамя за образцовое проведение сменно-встречного плана. Здравпункт центрировал свое внимание по снижению заболеваемости и травматизма и вопросах выработки и брака именно в этом цехе. Общесанитарные мероприятия здесь были осуществлены достаточно твердо, пункт добился лучшей распланировки топок в цеху; санитарно-культурная работа акцентирована здесь, организована подача (белов в цеховой буфет (для ночной смены выбивщиков). Перед научным Институтом по изучению профзаболеваний был поставлен вопрос о правильной расстановке рабочей силы и режиме труда. Были выделены бригады и лица, дающие систематическую недовыработку и брак, они были обследованы ориентировочно сначала через Единый диспансер и о неполноценных рабочих с точки зрения их состояния здоровья (данные, подкрепленные их функциональной неполноценностью в виде работы) ставился вопрос о более правильной расстановке их в работе. Так, была расформирована одна бригада, сплошь состоявшая из больных людей и дававшая очень большие недовыработку и брак. Рабочие были расставлены или на менее ответственные места, или на места, где требуются иные темпы работы. Например—один из них, старый квалифицированный рабочий, больной, дававший прорывы в выполнении плана работы, был переведен в контрольный отдел по контролю за получаемым заводом литьем из цеха. Его опыт и квалификация были видны и полезны в новой работе, т. к. здесь требовалась спокойная внимательная работа, что было по силам и ему.

Так как в том же цеху имелись другие бригады и отдельные рабочие, при ориентировочном обследовании не обнаружившие серьезных заболеваний, с средней квалификацией, но дающие систематически недовыработку и большой брак,—здравпункт поставил перед Научным институтом по изучению профзаболеваний вопрос об изучении этого явления и с точки зрения здоровья рабочих, и с точки зрения психических особенностей их и энтузиазма в работе, с целью лучшей расстановки рабочей силы. Институт включился в эту работу и наметил через 1½ мес. дать здравпункту ответ на поставленный вопрос.

Состояние прогулов по неуважительным причинам было также в поле зрения врачей здравпунктов. Повторно прогуливающих врач наблюдал, знакомился с ними с точки зрения бытовых факторов, алкоголизма, заболеваемости. И здесь можно привести примеры, когда в случаях алкоголизма мы направляли рабочих на лечение, в случаях тяжелых бытовых условий (алкоголизм жены, безнадзорность детей и т. п.) принимали соответствующие меры и возвращали заводам ценных рабочих.

Культурно-просветительная работа в цехах велась в виде бесед на различные темы, затрагивающие актуально завод или цех. Например, при повышении заболеваемости определенными болезненными формами врач беседовал об этих заболеваниях в цеху. При повышении травматизма, когда это повышение шло за счет неосторожности рабочих или недостаточного инструктажа, беседы велись на темы о травматизме с одновременным указанием рабочим опасности работы и мер борьбы с травматизмом, анализировались бывшие в цеху случаи травм. Врач освещал перед рабочими задачи, стоящие перед здравпунктом по данному цеху, собирал предложения рабочих к своему плану. Эта работа дополнялась участием в обучении безопасным методам работы вновь поступающих рабочих (так назыв. „вводные курсы“), в ведении занятий в кружках РОКК'а и участии в организации их. Из последних выделяется актив, которому поручалось наблюдение за аптечками в цехах и подаче в них первой помощи (наложение салфеточек и направление на здравпункт и т. п.).

Во время колдоговорной кампании врачи здравпунктов были активными участниками этой кампании, внося свои добавления, исправления. При заключении договоров по охране труда и технике безопасности здравпункт также вносил свои поправки и добавления и наблюдал за правильным израсходованием сумм.

При отборе на курорты, в санатории и т. п. врач здравпункта стремился направить эти лечебно-профилактические мероприятия на наиболее нуждающихся, наиболее ценных рабочих, а дальше учитывал эффективность лечебно-профилактических мероприятий, особо отмечая заболеваемость получивших ее рабочих, выработку и брак их (до и после получения лечебно-профилактич. помощи).

Врач здравпункта был непременно участником производственных совещаний на заводе, где вносил свои добавления, как по линии оздоровления цехов, так и по линии режима труда и т. п., каковые, по его мнению, должны были способствовать лучшему выполнению производственных заданий.

Врачи здравпунктов через рабочую общественность и благодаря своему знакомству с рабочими знали всех рабочих, имеющих наиболее тяжелые бытовые условия, и, с одной стороны, обращали внимание на это диспансеров и амбулаторий по месту жительства, с другой—учитывали это при распределении жилой площади в новых домах, при оказании мер лечебно-социальной помощи и т. п.

В связи с вовлечением женщин в производство врачи здравпунктов ставили вопросы о показаниях и противопоказаниях к работе женщин в новых для них профессиях (перед научными институтами) и озабочивались максимальным развертыванием ясельной сети, приспособленностью их работы к сменам на предприятии, знакомясь с их работой на месте.

Подростки были на особом учете здравпункта. Вся весенняя диспансеризация их проходила через здравпункт. Заключение по диспансеризации учитывались здравпунктом и использовались в его повседневной практической работе. В связи с прикреплением школ к предприятиям, когда дети начали работать на предприятиях, врачи здравпункта увязались с педологами и врачами ОЗД, участвовали в правильной расста-

новке детей по цехам и видам работы, помогали в учете успеваемости детей на предприятиях, консультировали с педологами и врачами ОЗД по вопросам условий труда и вредностям работы и показаний и противопоказаний к допущению детей на определенные виды работы.

Врачи здравпунктов осматривали всех поступающих на завод рабочих с точки зрения соответствия состояния их здоровья требованиям, предъявляемым им их работой.

Так как медпомощь в основной своей массе оказывается по месту жительства рабочих, то нам казалось, что все врачи диспансеров и амбулаторий так же, как они пишут карточки эпидемических заболеваний, должны писать экстренные извещения на здравпункт о некоторых заболеваниях рабочих, требующих особого внимания со стороны здравпункта. Во 2-м Едином диспансере специалистами, совместно с врачами здравпунктов, под руководством отделения соц. и профес. патологии были проведены работы по показанию к такому экстренному извещению. Например, врач Единого диспансера сигнализировал на здравпункт об установлении у рабочего эпилепсии, о язве желудка и 12-ти перстной кишки, о появлении грыжи, туберкулезного bacillolysis, о вензаболевании, о различных кожных заболеваниях, субфебрилитетах и т. п. Празда, эта часть работы была проведена лишь в отношении рабочих, живущих на территории обслуживаемой Единым диспансером, так как единый диспансер не мог инструктировать и обязать все амбулатории Москвы сигнализировать на здравпункты. С другой стороны, и здравпункты сигнализировали по месту жительства рабочих о всем, что они находили нужным сообщить о рабочем участковому врачу и на что обратить его внимание.

Наконец, на здравпунктах была организована запись по телефону больных рабочих на прием в Единый диспансер, что освобождало рабочих от необходимости стоять в очередях и гарантировало им прием в точно указанное время. Единый диспансер начал извещать наиболее важные в государственном отношении заводы (через здравпункты) о всех освобождениях от работы рабочих этих заводов в тот же день с указанием диагноза и срока освобождения. Врач здравпункта передавал это извещение в цеха.

Когда массовое диспансерное обследование рабочих считалось непрерывным планом работы лечебно-профилактических учреждений, врачи здравпунктов направляли обменные карты на рабочих по месту жительства их, сообщали в них кратко условия труда и просили сообщить о состоянии здоровья и бытовых условиях. Здравпункты аккуратно получали ответы от единых диспансеров, но почти не получали их от амбулаторий. С другой стороны, и врачи здравпунктов получали запросы об условиях труда с места жительства рабочих (главным образом от единых диспансеров).

В настоящее время, когда углубленное диспансерное обследование ведется главным образом по определенным показаниям (вредные профессии и т. п.), все чаще и чаще это обследование стало проходить по месту работы рабочего, что вызывается необходимостью детального знания условий труда, однородностью методики исследования (часто и лабораторной методики), своевременностью ответа и т. п. (конечно все данные

таких обследований сообщались по месту жительства). За всеми выделенными для диспансерного обследования рабочими поручалось и по месту жительства вести диспансерное наблюдение и обслуживание.

Врачам Здравпунктов Единого диспансера № 2 дано право направлять в диспансер (т. е. по месту работы) для обследования и лечения всех, кого врач здравпункта находит нужным и показанным лечить и обследовать по месту работы. Сюда идут и рабочие необеспеченные достаточной и квалифицированной медпомощью по месту жительства (такие необеспеченные места указаны горздравом), и для различных специальных обследований и заключений, особенно в случаях, требующих экстренного ответа. Инициатива такого направления в руках здравпунктов, и они разумно и достаточно ей пользуются.

Выше мы уже указывали, что здравпункты *ставят перед научно-исследовательскими институтами задания*. Нам кажется, что здравпункты должны быть заказчиками работы институтов, а последние должны черпать свои темы из здравпунктов. Этой вашей установкой и пользовались здравпункты, ставя вопросы научным институтам. Кроме указанных уже вопросов в отношении недовыработки и брака здравпунктом фабрики имени Красина (карандашной), например, был поставлен вопрос о влиянии нового лака, в который входил бензол, на здоровье рабочих, методов учета этого влияния при систематических диспансерных наблюдениях и противопоказаний к допущению на работу по грунтовке этим лаком. Здравпункт после изучения этого вопроса институтом получил от последнего вполне конкретные указания и теперь руководствуется ими. Совершенно понятно, что не исключается возможность и непосредственного участия здравпункта в исследовательской работе.

Для консультации с врачами здравпунктов и помощи им к предприятиям были *прикреплены врачи различных специальностей*. Хирург и туберкулезник были обязательно в составе этих прикрепленных специалистов, что и понятно, т. к. хирург должен был инструктировать и учить, как правильно ставить травматологическую помощь (и наблюдать и отвечать за ее постановку), туберкулезник же выявлять всех туберкулезных больных и помочь в проведении всех противотуберкулезных мероприятий на заводе. Другие специалисты прикреплялись, исходя из особенностей завода. Например, к машино-строительному заводу имени Ильича были прикреплены окулист (здесь учитывалось наличие глазных травм и постановка подачи помощи при них, наличие часто травмируемых с необходимостью изучения состояния их зрения, мелкие точные работы и т. п.) и психоневролог (много рабочей молодежи, вопросы недовыработки и брака, напряженность в мелкой работе, повышенное количество нервных больных в некоторых цехах и т. п.).

Перед специалистами были поставлены следующие задания: 1) детальное ознакомление с цехами с учетом своей специальности; 2) выделение подлежащих наблюдению цехов и профессии; 3) участие в проработке плана оздоровления последних; 4) постоянное наблюдение за условиями работы выделенных цехов и профессии и за осуществлением оздоровительных мероприятий, (совместно с врачом здравпункта); 5) постановка вопросов профпатологии (в первую очередь в особо вредных или в дающих повышенную заболеваемость цехах и профессиях) с целью дальнейшего изучения этих вопросов и практических мероприятий;

6) учет часто и длительно болеющих и инвалидизации по специальности (с детальным изучением причин и проработкой мероприятий); 7) участие в назначении лечебно-профилактической помощи; 8) консультации на здравпункте по лечебно-профилактическим вопросам, вставшим перед специалистами или перед врачами здравпунктов; 9) участие в массовой работе на заводе.

Специалисты должны бывать не реже 1-го раза в пятидневку на заводе.

Работа специалистов на заводах недавно началась, но и здесь мы имеем некоторые достижения: улучшена травматологическая помощь, выявлены туббольные (причем обследованы все часто температурающие, часто и подолгу болеющие гриппом), проводятся мероприятия по борьбе с возможностью заражения от них, обследуется зрение у часто травмируемых и назначаются в случае надобности корректирующие очки, проводятся беседы по психогигиене, вносятся некоторые добавления к плану оздоровления цехов и т. д.

Я не буду здесь долго останавливаться на роли здравпунктов в подаче первой помощи. Эта часть работы здравпунктов наиболее ясна, ясны задачи, стоящие перед нами. Отмечу лишь, что во 2-м едином диспансере все заводы обеспечены врачами и все более или менее крупные смены дежурством среднего персонала (а наиболее крупные смены на ответственных заводах и врачами). Об обучении и инструктаже их говорилось. Мы не имеем настолько крупных предприятий и цехов, чтобы требовалось открывать пункты первой помощи в цехах. Аптечки в цехах имеются и находятся под наблюдением инструктированных членов ячейки РОККа.

Таким образом нам на практике пришлось убедиться, насколько многогранна и сложна работа здравпункта.

Описывая развернутую работу здравпунктов, мы совершенно не склонны думать, что она в таком же полном объеме может быть осуществлена везде. Нам самим пришлось видеть здравпункты, обслуживающие завод в 5—6 тысяч рабочих и имеющие одного врача, нам приходилось видеть и здравпункты с составом медработников, вызывающим сомнение в достижимости для них новой работы. Однако, мы имеем свой собственный опыт Единого диспансера, когда один врач на заводе с 3-мя тысячами рабочих поставил прекрасно работу во всех указанных нами разделах (сейчас на этом заводе два врача).

Мы не склонны давать рецепты на все случаи жизни. Каждый врач здравпункта, исходя из местных условий и возможностей, особенно при достаточном руководстве, выйдет, что он может и должен осуществить. Одно особенно четко хочется нам подчеркнуть, что изолированно от жизни предприятия, его нужд, стоящих перед ним задач выполнения им промфинплана, новых социалистических форм труда на нем,—не следует планировать работу здравпункта.

И последнее наше наблюдение: если мы имеем старых квалифицированных врачей, прекрасно, с воодушевлением работающих и ставящих образцово работу на здравпунктах, то мы имеем и видели и молодых, только окончивших медфак врачей, с энтузиазмом отдающихся новой работе и совершенно правильно ее ставящих.

Из Ин-та профболезней им. Обуха. (Директор Г. Д. Арнаутин).

Новый тип лечебно-профилактической помощи.

Проф. И. Г. Гельман (Москва).

Уже с первых шагов строительства советского здравоохранения стала ясно ощущаться потребность не только в организационной, но и в функциональной перестройке всей лечебной помощи трудящихся. Быстрыми шагами развертывалась сеть лечебных учреждений (б-ц, амбулаторий, яслей, здравпунктов и т. п.). В самые отдаленные уголки Союза проникли такие виды лечебной помощи, о которых не могли раньше мечтать многие города. Помощь эта стала и качественно высокой, и доступной трудящимся. Но этим одним не исчерпывалось развитие советского здравоохранения. Последнее преобразовало самую сущность лечебной помощи, функционально приближая ее к населению, с одной стороны, и вливая в ее новые формы новое содержание классовости и профилактики, соответствующие новым социалистическим формам труда и быта. Амбулаторные объединения, развившиеся в систему единого диспансера, охватывают уже не только чисто лечебные учреждения, но и учреждения социально-профилактического значения (ночные санатории, диетстоловые, дневные площадки, ясли, дневные санатории, дома для беременных женщин и т. п.). Вся эта система имеет своим конечным низовым звеном здравпункты, являющиеся организаторами здравоохранения в самом производстве, призванные непосредственно участвовать в разрешении всех производственных задач, в выполнении промфинплана. Все это — этапы, через которые проходило развитие советского здравоохранения.

Меньшие организационные и функциональные изменения испытали клиники и больницы. Они в значительной мере остались еще на старых позициях лечебной помощи. В них изменился, главным образом, классовый состав больных, поднялось на более высокую ступень обслуживание этих новых контингентов больных. Но создание новых форм лечебно-профилактической помощи, соответствующих новым задачам, выдвигаемым социалистическим строительством, — есть в значительной мере дело только завтрашнего дня. Вот почему каждая новая попытка в этом направлении должна быть освещена на страницах печати, служить толчком для творчества в этом направлении.

Одна из главных задач, выдвигаемых социалистическим строительством в настоящий момент, заключается в снижении заболеваемости, отрывающей от станка сотни тысяч рабочих, замедляющей поступательный ход социалистической реконструкции. Участие в борьбе за снижение заболеваемости заключается, с одной стороны, в выработке более эффективных методов терапии и профилактики, в улучшении обслуживания больных, с другой стороны — в возможно более быстром возвращении работников к своему рабочему месту без ущерба для его здоровья. Если мы посмотрим кадры больных наших клиник и больниц, мы увидим, что наряду с тяжело больными немало больных, которые могли бы и хотели бы работать, если бы им были обеспечены необходимые для них меры лечебно-профилактической помощи и соответствующая бытовая обстановка на время их болезни, часто непродолжительной.

Эту задачу лечить и поправлять больных рабочих, не отрывая их от работы, пытаются разрешить ночные санатории и диетстоловые. Они много в этом направлении делают, но они главным образом имеют дело с хроническими больными.оборот больных в них чрезвычайно медленен, срок пребывания равен 1½ и больше месяцев. Между тем есть огромное количество больных, которые нуждаются в клиническом больничном лечении и наблюдении на гораздо более короткие сроки, без отрыва их от производства. Б-ой с острым гастроэнтеритом часто болен в собственном смысле этого слова 1—2 дня, но вернуть его в обычную трудовую и бытовую обстановку часто нельзя потому, что там он может встретиться с различными пищевыми вредностями и излечение его будет задержано. Если перевести такого больного в клинику нового типа, в *профилактическую клинику*, которая обеспечит ему в течение нескольких дней улучшенную бытовую обстановку, улучшенный режим питания, станет возможным возвращение его к работе уже на 2—3—4 день болезни. Б-ой, перенесший суставной ревматизм, попавший в неблагоприятную бытовую обстановку, часто дает рецидивы. Его приходится выдерживать в б-це, отрывая от производства гораздо дольше, чем это вытекает, быть может, из сущности самого патологического процесса. Помещение на 1—2 недели такого б-го в профилактическую клинику, откуда он сумеет ходить на работу, обеспечение ему лучших бытовых условий и необходимого укрепляющего лечения, предохранит его от рецидивов и одновременно позволит вернуться к работе гораздо раньше того срока, чем он обычно возвращался. Таких примеров можно привести множество.

Эти соображения выдвинули перед Ин-том профболезней им. Бухарина задачу организации нового типа профилактической клиники. Она имеет целью: 1) обеспечение лечением, улучшенной бытовой обстановкой, диетическим режимом и врачебным наблюдением больных, которые при этих условиях могут оставаться на производстве, 2) разработку вопросов рациональной и эффективной терапии на-ходу, 3) проверку трудоспособности при различных подострых и хронических заболеваниях, в периоде реконвалесценции после острых заболеваний и т. п. Соответственно этому в нее направляются больные, которые могут быть использованы на производстве, но при условии обеспечения им необходимого по характеру их заболевания врачебного наблюдения или специальных методов лечения (дието-физико-терапия, изъятие из отягощающих заболевание бытовых условий и т. п.), недоступных в амбулаторных условиях. Сюда относятся: а) б-ые в периоде реконвалесценции после острых заболеваний и интоксикаций (после гриппа, пневмонии, острых нефритов и т. п.), б) б-ые хроническими заболеваниями, находящиеся в стадии субкомпенсации (заболевания сердца и сосудов, почек, печени, органов пищеварения и т. д.), в) больные с заболеваниями, требующими улучшенной бытовой обстановки (заболевания нервной системы, ревматизма, астматизма), г) больные с заболеваниями, требующими врачебного наблюдения в виду возможности рецидивов и обострения (бронхиальная астма, грудн. жаба, печеночные и почечные колики, артриты и т. д.), д) больные в послеоперационном периоде, е) больные различными заболеваниями в целях проверки их трудоспособности.

Мы видим, что круг больных, которые переобременяют наши больничные койки, которые хотели бы и могли бы участвовать в трудовой

жизни, но могут это сделать лишь в условиях, обеспечивающих им необходимую бытовую обстановку или лечебные мероприятия, достаточно велик, чтобы *сделать идею организации таких профилактических отделений в каждой б-це, в каждой клинике неотложной.* Период пребывания, необходимый для восстановления полной работоспособности после различных заболеваний, часто печисляется многими днями или неделями (1—3) и ранний перевод таких больных на работу, возможный лишь в условиях профилактической клиники, вернет производству много рабочих, которых теперь оно теряет, а органам социального страхования сэкономит много бесплодно расходуемых средств. Уже первые шаги работы нашей профилактической клиники показали, что потребность в ней огромна, что значительная часть больных может вместо дачи им отпусков по больничным листкам и попадания в неблагоприятные условия быта и лечения переводиться в эти новые условия, обеспечивающие им возвращение к работе, что *период реконвалесценции для целого ряда б-ных таким образом на многие дни и недели сокращается.* Больше того, на первых шагах мы убедились в том, что такая перестройка работы клиники соответствует социалистическому самосознанию рабочих, что они оценили значение этого нового начинания, что они охотно идут при этих условиях на работу и сами просят перевода в профилактическую клинику для того, чтобы, не „гуляя по бюллетеням“, возможно раньше вернуться к станку.

Для иллюстрации работы профилактической клиники и ее значения приведем несколько случаев перевода в последнюю б-ных из терапевтического отделения клиники.

1. В-ой С. 23 лет, токарь на станке. Заболел 1 месяц тому назад гриппом. Температура (38,0—38,5) держалась несколько дней, после чего при нормальной уже ¹⁰ появились отеки лица, а затем кистей рук и стоп. Моча стала кровавой. У б-го развился типичный послегриппозный нефрозонефрит с множеством эритроцитов в моче, немногочисленными цилиндрами, гиалиновыми и зернистыми, повышением кровяного давления (до 160 мм.) и небольшими отеками. К концу месяца все эти явления улучшились. В моче только единичные гиалиновые цилиндры, 3—5 лейкоцитов, до 10—60 эритроцитов в поле зрения. Кровяное давление снизилось до 130—75. Отеки исчезли. Перед нами вставал вопрос о его дальнейшем пребывании в стационаре. Обычно прежде при таких условиях мы либо оставляли его в клинике на длительный срок до резкого уменьшения или исчезновения эритроцитов, либо давали отпуск на 2—4 недели для лечения на дому.

Хорошее самочувствие б-го, прогрессирующее улучшение, обычно доброкачественное течение гриппозного нефрита, исчезновение всех симптомов кроме микрогематурии, которая обычно надолго затягивается, и слегка повышенного кровяного давления давало нам право пустить больного на работу, не тяжелую и совершенную в благоприятных условиях, оставив его в профилактической клинике для наблюдения, диет- и физиотерапии. Прямо с работы б-ой являлся в клинику, а на работу он уходил из клиники с выданным завтраком¹⁾. Двухнедельное наблюдение в клинике показало, что здоровье б-го беспрерывно улучшалось. Эритроциты в моче почти исчезли. Кровяное давление стало нормальным (120—80). Самочувствие хорошее.

Вывод: *Без ущерба для здоровья больного мы вернули работника производству по крайней мере на 2 недели раньше, чем обычно возвращаются на производство рабочие с аналогичными патологическими явлениями, уходящие обычно после больницы в отпуск по бюллетеню.*

¹⁾ В настоящее время на тех производствах, где имеются столовые, завтрак заменяется обедом в столовой производства.

2. Б-ой М. 32 лет, с рецидивирующим эрозивным колитом; слесарь на зав. АМО. Лечился в клинике Ин-та в течение 3 недель. Несмотря на улучшение, он все же не мог бы вернуться на работу, если бы ему не была обеспечена соответственная диета, режим и соответственная физиотерапия. Представлялось на выбор: либо оставить его в клинике еще на 2—3 недели, либо предоставить ему отпуск на указанный срок, либо поместить его в профилактическую клинику и одновременно вернуть его на производство. Мы выбрали третий исход и не ошиблись. Б-ой, не пропуская ни одного дня работы, пробыл в профилактической клинике 2 1/2 недели и совершенно оправился от своего страдания.

Мы могли бы умножить эти примеры (катарральные желтухи, при которых иктерус держится часто очень долго, субфебрильные температуры и т. д.). В последнее время возникла мысль использования профилактической клиники для укорочения послеоперационного периода неработоспособности. Этот новый метод наблюдения и проверки наших прогностических заключений быть может позволит произвести радикальную переоценку наших взглядов на значение трудовых факторов в течении различных заболеваний.

Срок пребывания больных в профилактической клинике колеблется от 1—2 до 20 дней. Профилактическая клиника работает пока для двух смен: ночной и утренней. При дальнейшем ее развитии она должна будет перейти на 3-х сменную работу с целью обеспечения всех групп работающих.

Профилактическая клиника открывает большие перспективы не только в смысле более быстрого возвращения б-ых к участию в трудовой жизни, обеспечивая им одновременно все необходимые лечебно-профилактические мероприятия и быстрее восстановление их здоровья, но и в смысле внесения в клинику новых методов клинического наблюдения „на ходу“. Б-ой уходит на работу, как из дому, и возвращается туда же. Это делает возможным следить за влиянием тех или иных условий трудовой обстановки на здоровье, делает возможным во-время изъять больного из последней, если в здоровья его наступает ухудшение, и обеспечить ему полный и необходимый покой, делает возможным далее накопление наблюдений над эффективностью различных терапевтических мероприятий, одним словом открывает перед клиникой новые горизонты в области терапии и профилактики различных болезней и изучения многих клинических проблем. Метод динамического наблюдения как метод повседневной клинической работы, о котором мы писали во Врачебном Деле (№ 31 г.), находит в профилактической клинике свое дальнейшее развитие. Клиника начинает подлинно поворачиваться к тем задачам, над выполнением которых с огромнейшим энтузиазмом и колоссальной энергией работают миллионы трудящихся. Вокруг этой новой идеи необходимо создать широкое движение, как среди врачебной, так и среди рабочей общественности; им нужно уяснить социальное значение этого нового вида лечебно-профилактической помощи. *Органы здравоохранения и органы социального страхования должны уделить этому новому опыту достаточно внимания, ибо он обещает не только огромную экономию средств, которые могут быть брошены на дальнейшее укрепление профилактических учреждений, но и более рационально поставленную помощь б-ным, у которых, несмотря на отрыв от работы при оставлении в старой бытовой обстановке, не ускоряется, а часто затягивается период выздоровления. В профилактической клинике могут помещаться б-ные не только из клиник, больниц, но и непосред-*

ственно из поликлиники, единых диспансеров и т. п. Последние направляют сюда таких б-ных, которые могут продолжать свою работу, но лишь при условии кратковременного устранения для них отягощающих бытовых условий или обеспечения им необходимого лечения. В профилактическую клинику могут также помещаться б-ные, относительно трудоспособности которых возникает сомнение, длительно болеющие, субфебрильные, язвенные больные, анемичные и т. п.), ибо она обеспечивает возможность проверки последней, не создавая для рабочих искусственных условий клинических функциональных испытаний.

Понятно, что прифилатическая клиника по своему бытовому укладу, по своему режиму должна отличаться от стационаров старого типа; она должна иметь в себе все элементы профилактики, т. е. здоровые условия быта, улучшенное питание, диету-терапию, физиотерапию, культурное обслуживание и т. д., ибо в обеспечении улучшенной бытовой обстановки, наряду с необходимыми лечебными мероприятиями, и лежит залог наибольшей эффективности работы профилактической клиники.

Из Кожно-венерической клиники Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани и Центрального венерологического диспансера Татнаркомздрава (директор клиники и старший врач диспансера проф. С. Я. Голосовкер).

К вопросу о проституции в Казани ¹⁾.

А. М. Лейзеровского.

Широкое втягивание женщин в производство, полная ликвидация безработицы побороли и лишили корней одно из наиболее позорных наследий капиталистического строя—проституцию. И не только экономические факторы, но и связанные с ними бытовые и правовые—положение о семье и браке—лишают у нас проституцию почвы, на которой она могла бы развиваться. Поэтому мы в настоящее время при изучении проституции, принимая во внимание и исследуя итоги социально-экономических и санитарно-профилактических мероприятий, вместе с тем изменяем линию нашего поведения в основном подходе к полному оздоровлению этого явления. Наши мероприятия по борьбе с проституцией шли в разных направлениях. Путем особых законодательных положений участие женщин в различных видах производства значительно расширилось; это способствовало полной ликвидации женской безработицы и созданию квалифицированных работниц. Принимая во внимание, что как наследие старого строя, мы встречали среди женщин отсталый в культурно-политическом отношении деклассированный элемент, органы Здравоохранения организовали для этой группы женщин лечебно-профилактические учреждения—трудовые профилактории. В задачи последних входили как лечебные функции, санирование хронических инфекций, как сифилис и гоноррея, так и трудовое политическое перевоспитание, имевшее целью

¹⁾ Доложено на торжественном заседании годовщины Каз. труд. профилактория 3 июля 1931 г.

дать определенную квалификацию и приобщить проститутку к производственным процессам страны. Кроме этих мероприятий применялась карательная политика по отношению ко всему тому, что способствует вовлечению женщин в проституцию (поспособничество, очаги притонов и т. д.). Общие социальные мероприятия, касающиеся втягивания женщин в производство, настолько выпукло отражаются в нашей повседневной действительности, что нам кажется совершенно излишним приводить цифры и факты, доказывающие это. Но один момент следовало бы отметить. Если по различным прежним статистическим данным среди проституток преобладает крестьянская масса, пришедшая в город для поисков заработка, то с изменением социальной структуры деревни, сведением планоности в использовании труда, деревня перестала служить поставщиком проституции. Чтобы яснее разобраться в тех социально-профилактических мероприятиях, которые диктуются вопросами борьбы с проституцией в данный реконструктивный период, мы считали бы целесообразным разобратся в накопившемся материале обследования проституток за время с 1926 по 1931 г.г. в гор. Казани.

Наше обследование охватывает 305 человек. Из них за 1931 г. вновь учтены 4 проститутки, т. е. мы можем смело утверждать, что в Казани, как во всех городах СССР, мы идем быстро по пути к ликвидации проституции. Из 305 человек мы имеем: русских—260 или 85,2%, татарок—32, или 10,5%, других национальностей 13 человек или 4,3%. Небольшой процент татарок надо объяснить как бытом татарских женщин, так и тем обстоятельством, что Казань, как крупный индустриальный центр на Волге, привлекала к себе внимание многих проезжающих мимо Казани проституток, увеличивая их количество в городе, а также тем, что в условиях Казани вовлечение женщин из коренного населения в производство идет более усиленным темпом, отсюда и их меньший процент среди общего количества беспризорных.

Возраст проституток к моменту их обследования самый цветущий: от 14 до 16 лет—2,1%, до 20 лет—28,3%, до 25 лет—71%. Отмечается раннее начало половой жизни у всех обследованных; так, до 16 лет начали жить половой жизнью 43,6%, до 18 лет включительно—83%, а до 20 лет включительно—все 100%. По данным Гельмана (см. табл. № 1), начало половой жизни у женской молодежи вообще относится к 16 годам в 12,6%, к 18 годам—43,9%, к 20 годам включительно—65,5%. По данным Голосовкера („Половая жизнь современной молодежи“) от 14 до 17 лет начинают половую жизнь 10%, от 17 до 20 лет включительно—47%. Беспризорность, ранняя оторванность от школы и семьи толкают девушку к более раннему началу половой жизни, к случайным связям и проституции. Возраст обследованных проституток татарок таков: до 16 лет включительно—3,1%, до 18 лет включит.—43,7%. У них также отмечается раннее начало половой жизни: к 16 годам—43,7%, к 18 годам—87,4%.

Менструация (см. табл. № 2), как фактор начала полового и общего физического развития, наступает у проституток гораздо позже, чем у остальной женской среды, что объясняется худшими условиями их быта. Так, по Гельману у девушек вообще к 15 годам менструация появилась в 53,2%, по Голосовкеру—в 55%, по нашим же данным—среди проституток—в 29,5, у проституток татарок—в 21%.

Таким образом, искание биологических факторов проституции в раннем половом созревании проституток и несоответствии между половой потребностью и возможностью ее удовлетворения является, на основании нашего сравнительного анализа, неверным. Это также подтверждается и анализом вопроса, под каким влиянием происходило у проституток начало половой жизни. Первое половое сношение у проституток происходило: по любви и увлечению—в 47,9⁰/₀ (25⁰/₀) ¹⁾, при замужестве—в 10,5⁰/₀ (18,8⁰/₀), по нужде 12,8⁰/₀ (28,1⁰/₀), под влиянием насилия—14,4⁰/₀ (15,6⁰/₀), не указали побуждения к первом coitus'у—14,4⁰/₀ (12,5⁰/₀). Не подтверждается повышенная половая чувствительность проституток и нашими данными о чувстве удовлетворения половым актом. Так, по нашим данным больше половины—51,7⁰/₀ относятся к половому акту равнодушно, 22,6⁰/₀—с удовольствием, 16,9⁰/₀—с отвращением и 8,8⁰/₀—„по настроению“.

Среди обследованных по брачному положению: замужних—8,2⁰/₀ (6,3⁰/₀), разведенных—31,1⁰/₀ (15,6⁰/₀), вдов 12,8 (21,9⁰/₀), незамужних 42,3⁰/₀ (56,2⁰/₀) и не указали семейного положения 4,6⁰/₀. Многие из наших проституток (148 из 305) имели по одной или несколько беременностей: так, по одной беременности имели 73 чел., по 2—32 чел., по 3—19 чел., по 4 и больше беременности—24 человека. У большинства из них беременности закончились естественными или искусственными выкидышами. У остальных проституток судьба детей такова: дети или умерли, или подкинуты, отданы в приют, часть оставлены бывшему мужу, а у 32 дети при них.

По своему социальному происхождению проститутка вышла из крестьянской среды в 52,1⁰/₀, из рабочей—в 21,9⁰/₀, из мелко-буржуазной—в 17,4⁰/₀, не знают своего происхождения—8,6⁰/₀. Большой процент проституток из рабочей среды относится за счет „полупролетарского“ элемента (дети прислуг, прачек, поденщиц, чернорабочих). Из семей квалифицированных рабочих проституток имеем только единицы. Кроме того часть ответов является заведомо неверными, так как отмечалось общее желание проституток скрыть свое социальное происхождение. Преобладание крестьянок объясняется экономическим положением крестьянства при мелко раздробленном индивидуальном хозяйстве, когда большинство молодежи принуждено было искать подсобные заработки в городе.

Подавляющее большинство проституток не имели совершенно никакой квалификации: работали временно в качестве чернорабочих 44,1⁰/₀, в качестве домашних работниц—16,1⁰/₀, без определенных занятий—20,4⁰/₀, остальные 19,4⁰/₀ составляют швеи, чулочницы и лица канцелярского труда и свободных профессий. В профсоюзе состояли среди русских 19 6⁰/₀, среди татарок—12,5⁰/₀.

Среди русских неграмотных и малограмотных было—72,4⁰/₀, среди татарок—91,6⁰/₀. Большинство (82⁰/₀) не имеют связи с родными и живут в плохих жилищных условиях: отдельные квартиры имеют только 1,9⁰/₀, отдельную комнату или комнату совместно с подругой занимают 23,3⁰/₀, остальные занимают угол или вовсе не имеют постоянного места жительства. Характерно отметить, что если в 1926 г. в номерах жило

¹⁾ В скобках мы указываем процент татарок.

6,1% проституток, в 1928 г.—4,9%, в 1929—30 г.г.—1,5—2%, то в 1931 г. в номерах проститутки не проживают. Таким образом общежития (гостиницы, номера) изжили проституцию. 37% занимают угол в комнате инвалидов, кустарей и даже рабочих, где в части случаев они следят за квартирой и детьми, 12,5% были обитателями ночлежного дома, остальные 17,7% не имеют постоянного местожительства, живут у подруг, на постоялом дворе, на вокзале и т. д. Этим же объясняется и низкая оплата за квартиру: платят от 1 рубля до 3 руб. в месяц—31,4%, до 5 руб.—23,7%, до 10 руб.—14,4% и свыше 10 руб.—8,5%, не платят вовсе—22%.

Мы не будем подробно вдаваться в разбор многочисленных данных, характеризующих здоровье проституток, укажем только, что из 120 проституток, направленных нами в труд-профилактории, у 44 обнаружен сифилис, у 48—гоноррея, а у 23—гоноррея и сифилис. Таким образом вензаболеваемость среди проституток может быть исчислена в 100%.

Обследованных мы могли бы разделить на 3 категории: I. Поддающиеся трудовому перевоспитанию и удерживающиеся на производстве (75%). II. Лица, направленные на производства, которые все же частично проститутничают (15%). III, Лица, отказывающиеся от работы и продолжающие проститутничать (10%). Наибольшим вниманием должна пользоваться первая группа, среди которых мы встречаем наиболее социально-ценный элемент, быстро срастающийся с рабочей средой. Мы имеем целый ряд выдвинутых из данной категории, как по линии производства, так и по общественной работе. Поэтому ясно, как необходима организация и дальнейшее развертывание трудовых профилакториев. Наши наблюдения в течение целого ряда лет показали, что проститутка, направленная без соответствующей обработки на производство, в последнем не удерживается и содействует отсталым настроениям среди рабочей массы. Необходимость длительного и систематического лечения, культурно-политической обработки, приучения к трудовым навыкам заставляет нас направлять каждую проститутку на работу через трудовой профилакторий. Трудовые профилактории, перешедшие везде на хозяйственный расчет, должны на ближайшее время сохранять функции трудового перевоспитания. Лишь лица, имеющие определенную квалификацию, могут быть направлены непосредственно на производство.

Вторая группа требует особого патронирования, иногда целесообразно возвращение их в трудовые профилактории для дальнейшего их перевоспитания, и во всех случаях важно воздействие местных организаций и более широкое втягивание их в общественно-культурную жизнь. При безуспешности всех этих мероприятий, могут быть допущены и карательные методы борьбы, применяя соответствующую статью уголовного кодекса о заражении других лиц венерическими болезнями. К прежним методам борьбы с проституцией мы присоединяем борьбу с некоторыми элементами проституток, как с дезорганизаторами трудового фронта.

Отсюда совершенно ясно наше отношение к третьей группе: здесь мы ставим на первое место карательные мероприятия, одновременно не отказываясь от мер общественного воздействия и трудового перевоспитания. „Отдельные случаи, когда та или другая женщина предпочтет иметь свой заработок от продажи тела, будут иметь место, но мы в этих случаях изменим свое мягкое отношение к проституткам, мы вновь вступим

на путь борьбы с ними так, как боролсь с труддезертирами в первые годы после Великого Октября“ (Броннер).

Для большей убедительности приведем пример: Н., 23 лет, перенесла гоноррею. В мае 1930 г. направлена в труд-профилакторий, откуда через 3 недели бежала, чтобы „прокатиться по Волге“. Через месяц вновь принята в труд-профилакторий, обучена скорняжному ремеслу (средний заработок 60—70 руб. в месяц). Н. не подчиняется дисциплине. В сентябре месяце Н. заболевает сифилисом; после первого курса, проведенного в больнице, отказывается от направления обратно в трудовой профилакторий и продолжает проституировать. Единственной мерой воздействия по отношению к Н., по нашему мнению, это привлечение ее к ответственности, изоляции и дальнейшее лечение в принудительном порядке.

В подобных случаях отказа от работы и всякого трудового перевоспитания, несмотря на ряд попыток в этом направлении, мы должны более трезво подойти к этой группе женщин и суровой рукой считать все то, что мешает оздоровлению быта. Данная группа, будучи тесно связана с уголовным миром и притонами, мешает нашим оздоровительным мероприятиям. Для трудового воспитания и этих проституток в крупных центрах при трудпрофилакториях должны быть созданы закрытые отделения, либо трудовые колонии, в менее крупных центрах вендиспансеры должны пользоваться для этой цели тюремными больницами. В обычных кожно-венерических больницах проститутки, отказывающиеся от лечения, не могут быть изолированы.

Необходимо внести больше ясности в поведение венерологических учреждений и органов прокурорского надзора по отношению к этой группе женщин, ибо последние являются социально-опасными как деклассированный элемент и рассадник вензаболеваний. Если до сих пор наши мероприятия по борьбе с проституцией касались исключительно улучшения социально-бытовой обстановки и втягиванию этих женщин в производство, то теперь мы должны также применять и карательные мероприятия, которые должны оздоровить часть проституток, не поддающихся перевоспитанию.

Вместе с тем мы должны изменить наше „бережное“ отношение к потребителям проституции. Из 119 мужчин венериков, находившихся на излечении в последнее время в нашей клинике, болели гонорреей 32 человека, из них заразились от проституток и случайных женщин 22 человека или 68,8%. Из 62 госпитализированных больных сифилисом от проституток и случайных женщин заразилось 54 человека или 87,1%. Из больных мягким шанкром от проституток заразились 20 человек или 80%. По отношению к мужчинам, прибегающим к проституции, может быть применена статья, карающая за пособничество. Здесь наряду с санитарно-просветительной работой нужно и привлечение осуждающего общественного мнения (стенгазета, многотиражка, черная доска и т. д.). Оправдания для потребителя проституции быть не должно. „В государстве трудящихся, строящем свою новую жизнь на принципе отрицания какой бы то ни было формы эксплуатации, не должна сохраняться самая отвратительная ее форма — эксплуатация человеческого тела. Эксплоататоры должны вывешиваться на черную доску. Покупатели женского тела должны подвергаться резкому моральному осуждению“ (Семашко).

Быстрый рост индустриализации страны, непрерывная рабочая неделя, строительство новых социалистических городов, улучшение материального благополучия рабочего класса дает каждому рабочему воз-

возможность нормального разрешения половой проблемы, что наряду с санитарно-просветительной работой создает условия для исчезновения потребителей проституции.

К нашим кратким замечаниям мы могли бы прибавить следующие положения: 1) Проституция по своему социальному происхождению не связана с основными кадрами рабочего класса. Проститутки по своему культурному уровню являются наиболее отстающими. 2) Гигантское строительство в СССР, рост индустриализации, бурное развертывание колхозного и совхозного строительства, полная ликвидация безработицы и связанное с этим повышение материально-бытового положения и культурного уровня рабочего класса и крестьянства способствуют быстрой ликвидации проституции. 3) Кроме общих мероприятий по борьбе с проституцией мы должны усилить наше административно-карательное воздействие по отношению к проституткам, не поддающимся трудовому перевоспитанию. 4) Основным методом по борьбе с проституцией на данном этапе является также борьба с потребителями ее. 5) Следует уточнить законодательные положения, дающие возможность подвергать принудительному лечению лиц, отказывающихся от такового.

Таблица № 1.

Время первого полового сношения.

На каком году	По нашим данным среди проституток		По данным Голосовкера		По данным Гельмана	
			среди современной		женской молодежи	
	Число	‰	Число	‰	Число	‰
До 13 лет	2	0,7	5	2,6	4	2,3
13 "	2	0,7	—	—	1	0,6
14 "	10	3,2	1	0,5	—	—
15 "	28	9,1	4	2,1	1	0,6
16 "	91	29,8	14	7,3	16	9,1
17 "	75	24,6	27	14,1	21	11,9
18 "	50	16,4	30	15,6	34	19,4
19 "	23	7,5	30	15,6	23	13
20 лет и старше	24	8	81	42,2	76	43,1
Всего . .	305	100‰	192	100‰	176	100‰

Таблица № 2.

Время появления первых менструаций.

До 13 лет	14	4,6	55	10	31	9,7
13 "	21	6,9	105	19	59	18,5
14 "	55	18	140	26	85	26,7
15 "	62	20,3	93	17	52	16,4
16 "	62	20,3	78	14	57	18,0
17 "	48	15,7	49	9	24	7,5
18 лет и старше	43	14,2	23	5	10	3,2
Всего . .	305	100‰	543	100‰	318	100‰

Отдел III. Из практики.

Из Староминской райбольницы.

О клинических наблюдениях над Pterygium'ом и результатах операций его в 120 случаях¹⁾.

Д-ра С. П. Пономарева.

Среди многих больных, а также и среди врачей живет убеждение, что pterygium является неопасным, несерьезным заболеванием. Между тем ежедневные факты нас убеждают в том, что это есть одно из самых коварных и опасных заболеваний глаз, так как оно исподволь, совершенно незаметно для больного занимает все новое и новое пространство, продвигается все дальше и дальше, и наконец, очень серьезно, и даже навсегда, расстраивает зрение. Не даром, ведь, Fuchs в своем руководстве говорит, что как бы мы ни удаляли плеву с роговой оболочки, нам никогда не удастся очистить ее совершенно, и расстройство зрения после плевы остается навсегда. Кроме того, больные, страдающие pterygium'ом, как мне приходится очень часто наблюдать, жалуются при этом не только на расстройство зрения, затрудненную подвижность глаз, красноту их и т. п., но довольно часто и на сильные головные боли, разламывающее лоб, повышенную нервную возбудимость и др. Pterygium еще и потому является серьезным заболеванием, что головка его обладает как бы гистолитическими свойствами; головка разрушает на своем пути не только клеточные элементы роговой оболочки, но производит разрушение роговицы еще много вперед себя. Рост головки принадлежит к явлениям активного характера, а не простого натяжения конъюнктивы (Покровский). Кроме того, это заболевание является одним из самых распространенных заболеваний. Процент оперированных по поводу крыловидной плевы к общему числу глазных операций равняется, по моим данным, до 27%. У других окулистов процент этот держится тоже в высоких пределах от 25 до 30%.

Многими авторами замечено (Очаповский), что заболевание птеригиумом к юго-востоку и в частности на Кубани и Тереке доходит до 2,4% к общему числу глазных заболеваний. В нашем районе процент этот доходит до 3-х. Нужно полагать, что степная полоса юга, и в частности нашего района, с их постоянными пыльными облаками и частыми ветрами являются одной из главных причин образования крыловидной плевы, появляющейся, повидимому, как результат защитительной реакции глаз на эти раздражения. И то, что птеригиум иногда одновременно надвигается и с внутренней, и с наружной стороны роговой оболочки, как бы образовывая, таким образом, "третье веко", также говорит в пользу защитительной теории. При моей работе в районе из 120 оперированных случаев удалось видеть около 4-х случаев крыловидной плевы, надвигающейся одновременно и снаружи, и снутри. Мужчины, по моим наблюдениям, были поражены птеригиумом только в 32 случаях, а женщины в 88 случаях. Оба глаза—как левый, так и правый—поражались в равной степени. Возраст больных крыловидной плевой определяется между 35-ю и 40 годами, реже в более молодом возрасте и выше указанного возраста. Все обращающиеся за помощью, как правило, имели плеву довольно далеко зашедшую на роговицу и как на подбор—плотную, мясистую.

Из терапевтических мероприятий мною применялось только хирургическое лечение. Методы операций—не очень разнообразны.

¹⁾ Доложено Северо-Кавказскому краевому офтальмологическому обществу 24-го ноября 1928 года.

Огромное преимущество отдавалось методу Agić'a и лишь в единичных случаях я оперировал с последующей репанацией головки—по Szegetmask'у. Весьма редко я „вырывал“ головку птеригиума из роговой оболочки тупым путем. Мне приходилось в таких случаях прилагать значительное усилие, чтобы вырвать головку из ткани роговицы. Я скоро отказался от такого „вырывания“, так как для меня было ясно, что таким приемом можно глубоко поранить роговицу и даже совершенно прорвать ее, не достигнув, однако, полного удаления головки. После отсепаровки головки птеригиума, ножницами иссекалась не очень широкая часть тела пленки под углом и на конъюнктиву накладывались два-три шва. Швы всегда накладывались легко, без разрывов конъюнктивы, и держались прочно не расходясь.

Во время операции (в ткань птеригиума я всегда вливал $\frac{1}{2}\%$ раствор кокаина с адреналином) я никогда не наблюдал ни малейшего кровотечения. На 4-й день швы удалялись. Швы держались крепко и результаты операций были удовлетворительные. Глаза спокойны. Повязка всегда накладывалась на оба глаза туго на 4 дня, ежедневно сменявшаяся.

Из проведенных мною, таким образом, 120 операций я почти не встречал рецидивов, наблюдая своих многих больных уже в течение $2\frac{1}{2}$ лет.

После операции, кроме улучшения зрения, у больных исчезали все другие жалобы—головные боли, нервность и т. д.

Значительная доля благоприятного исхода моих операций над птеригиумом зависела, по видимому, от тщательного удаления головки его с роговицы. Вторым не менее важным обстоятельством, по моему мнению, является отсепаровка конъюнктивы от лимбуса как сверху, так и снизу от горизонтального меридиана не менее чем на три мм., что даст возможность легко, без особого усилия и натяжения накладывать швы на конъюнктиву, благодаря чему происходит лучшее сращение краев ее. И третьим фактором, видимо самым важным в исходе операции, является повязка, которую я накладывал туго на оба глаза, дабы установить полную неподвижность глаз у оперированных больных.

В заключение своих наблюдений, хотя и основанных на небольшом материале, я хотел бы вывести следующее:

1) Ввиду значительного количества заболевания глаз птеригиумом на юге, и в частности в нашей местности, и принимая во внимание наиболее вероятную причину этой болезни—те или иные раздражающие факторы на глаза,—необходимо рекомендовать населению предохранять свои глаза от вышеуказанных вредностей путем хотя бы применения во время полевых работ и ветров защитительных очков.

2) Женщины, проводящие большую часть своей жизни в темных и пыльных, душных и дымных избах, в селах сплошь почти с земляными полами—безусловно скорее подвергаются воздействию этих вредных раздражителей на глаза и в три раза чаще болевают птеригиумом, чем мужчины. Поэтому нам, окулистам, необходимо поспешить на помощь крестьянской избе и постараться изменить условия быта в ней, радикально перестроив сельское жилище на основе строгих санитарно-гигиенических правил. Это мероприятие необходимо не только для сохранения органов зрения, но и других.

3) Птеригиум необходимо удалять как можно раньше, особенно тщательно эстирируя его элементы на роговой оболочке, так как это, кроме получения наилучшего зрительного эффекта, предохраняет больного от рецидивов заболевания. Тело же птеригиума не обязательно удалять во всю его толщу, так как этим мы наносили бы излишнюю травму и производили бы значительный и напрасный дефект конъюнктивы.

Из кл-ки нервных болезней Ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в г. Казани. (Директор кл-ки профессор И. И. Русецкий).

Случай акромегалии и гигантизма ¹⁾.

Ассистента кл-ки Александровой.

(с рис.)

Среди эндокринных заболеваний гигантизм и акромегалия занимают видное место. Несмотря на то, что их патогенезу и клинике уделено в литературе не мало внимания, мы позволим себе привести, в виду особой яркости и выраженности признаков, один случай этого страдания, в котором этиологическим моментом была травма черепа.

Больной М. 27 лет, женат, раньше рабочий, в настоящее время служащий. Со стороны семейной наследственности можно только отметить the pulm. матери. Больной родился в срок, рос физически крепким ребенком, из детских заболеваний указывает только инфекционные болезни. В 1925 г. женился, детей не имел. До 1927 г. занимался физической работой, был сильным, крепким, поднимал одной рукой до пяти пудов. В 1924 г., во время работы упал с железнодорожного моста, после этого течение двух суток был в бессознательном состоянии, затем пришел в себя, кроме головной боли ничего не чувствовал. Три недели пролежал в больнице и снова приступил к прежней работе, но работать стало уже труднее, болела голова, не было прежней живости и силы, быстро утомлялся. В 1927 г. из-за все нарастающей слабости должен был сменить работу, кончил проф. курсы и перешел на профессиональную работу, но и на этой работе больной стал отмечать быструю умственную утомляемость. Головная боль, мучительная первые два-три года после травмы, к 1927 г. стихла. По словам больного, в период 1924—1927 г. он значительно вырос, стал выше окружающих. Больного это не беспокоило до тех пор, пока не стало бросаться в глаза увеличение стоп и кистей: часто приходилось менять обувь, «сапог не износишь, а уже малы». Это и заставило больного впервые обратиться к врачу, который поставил диагноз акромегалии. В январе 1930 г. у больного появилась повышенная жажда и аппетит, выпивал до полутора ведер воды в сутки, и в то же время не прекращалось ощущение сухости во рту. По вечерам в верхней части туловища у больного началось обильное отделение пота, общая слабость резко увеличилась во всем теле, и в особенности в конечностях, появились боли неопределенного характера. Половая слабость, которую больной стал замечать еще в 1926 г., резко нарастала. С этими явлениями в январе 1930 г. больной поступил в терапевтическую клинику Пермского у-та. Через три месяца выписался, жажда стала меньше, все другие явления оставались без изменения.

В сентябре месяце с явлениями нарастающей общей слабости больной поступил в клинику нервных болезней Ин-та им. Ленина.

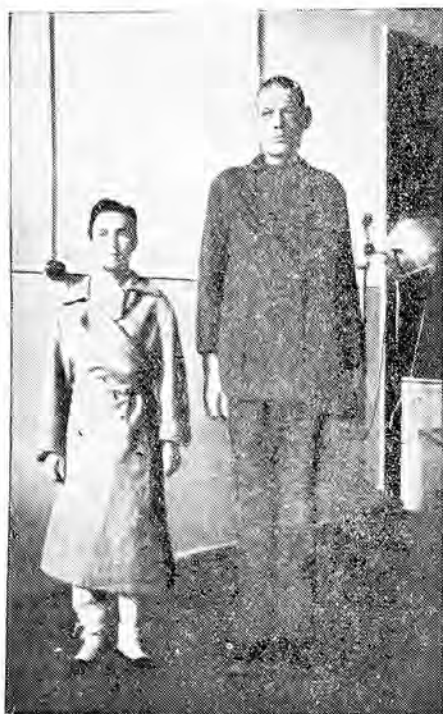
При объективном исследовании обращает на себя внимание прежде всего внешность больного: патологически высокий рост, выраженные явления кифосколиоза, увеличенные размеры головы и лица (см. рисунок). Нижняя челюсть массивна, хорошо развита, зубы расставлены широко, но невелики, нос утолщен, надбровные и скуловые дуги выдаются вперед. Резко увеличены дистальные отделы как верхних, так и нижних конечностей. Пальцы широки, толсты. Кожа на голове складчатая, чрезвычайно подвижная, растительность на лице скудная, в подмышечной области растительность отсутствует, на лобке растительность хорошая, нормального мужского типа. Рост больного 207 см. По данным соматометрического исследования больной является диспластиком. Измерение дистальных и проксимальных отделов конечностей дало их равенство. Отношение роста к длине нижних конечностей 57:52.

Со стороны нервной системы отметим следующее: Черепно-мозговые нервы в пределах нормы. Объем движений не изменен, сила по динамометру: manus dext.—45, manus sin.—40. Отмечается быстрая утомляемость: кривая эргограммы значительно короче эргограммы здорового человека той же силы (утомление среднего пальца наступает после 60 движений подъема 1 килогр.). Кимограмма волевого движения в основных чертах нормальная, за исключением только некоторого остающегося напряжения мышцы после окончания движения. Сух. рефлексы по нижни. Кожные рефлексы, рефлексы со слизистых и зрачковые рефлексы—N

¹⁾ Доложено в заседании Об-ва невропатологов и психиатров в Казани.

Рефлексограмма коленных рефлексов устанавливает маятникообразный тип рефлекса, несмотря на малый размах рефлекторного движения. Тонус мышц, тазовые органы и чувствительность — не изменены. Красный дермографизм на туловище появляется через 5", держится 8"; белый появляется через 5"; на конечностях красный дермографизм выражен слабо и скоро переходит в белый, белый дермографизм на конечностях держится 7". Рефлексы *vagus'a* — отрицательны. Из вегетативных рефлексов положения мы видим скоро проходящий положительный ортостатический реф. +24 и клиностатический реф. —12, исчезающий через $\frac{3}{4}$ минуты.

Проба М и о р а с предварительной дачей аспирина и с помещением больного в тепловоздушную камеру не дала никаких результатов. Наоборот проба с пилокарпином подтвердила субъективную жалобу больного на повышенную потливость в верхней части туловища. Через 2' после инъекции *pilocarpin'a* появились капли пота на лице и на шее и только через 12", когда пот с лица стекал струей, на теле появилась влажность, причем конечности и нижняя часть туловища были совершенно сухие. В течение 30 минут выделилось 75 куб. см. слюны. Самочувствие во время пробы было хорошее. Колебания в пульсе и кровяном давлении незначительны. Интрадермальная реакция *Juste'a* дала вокруг укола белый валик, *cutis anserina* не появилась. Психика больного уклонений от нормы не представляет, можно отметить только некоторую ее примитивность; речь нормальна.



Со стороны внутренних органов — силанхиомегалия. В легких следы туберкулезного процесса. Кровяное давление 112/55. Сосуды склерозированы, в частности можно отметить склерозирование сонных артерий. Эндокринная система: *isthmus glan. thyreoideae* прощупывается в виде уплотненного шнура, прощупываются обе доли, особенно заметно — правая. Из клинических признаков тиреотоксикоза можно отметить только лабильность пульса. *Dysfunction sexualis* с нормальным состоянием наружных половых органов и хорошо развитой растительностью на лобке. При исследовании обмена веществ получили повышенное количество *Calcii* в крови, а именно 20 mg., $\frac{0}{100}$ количество сахара в моче колеблется от 6 до 7%. Сахар в крови 300 mg. $\frac{0}{100}$. Проба с дачей глюкозы не дала большого увеличения сахара, — *Max.* 7.7%, при суточном количестве мочи 4.600 с удельным весом 1040. Гемоглобин в крови 86%, количество эритроцитов 4.490.000. *R.W.* и *S.G.* в крови отрицательны. Глазное дно не изменено, *visus* 1,0, поле зрения слегка сужено на цвета.

Рентгенограмма *sellae turcicae* дала равномерное увеличение, пропорциональное увеличению всего костяка,

Из деструктивных изменений стенок фронтальный снимок черепа дал уплотнение лобной кости, уплотнение стенок верхнечелюстной полости, увеличение размеров нижней челюсти, усиленную бугристость нижнечелюстного угла. Сагиттальный снимок дал значительное уплотнение черепной крышки с уплотнением пирамидной кости, нормальную пневматизацию синусов. Рентгенограмма кисти дала увеличение кисти и фаланг *en masse et en long*, уплотнение кортикального слоя и усиление выступов головок. Равномерное увеличение, но не доформация карпальных костей. Полная оссификация эпифизов: карпальных и метакарпальных. Совершенно стереотипное изменение стоп¹⁾.

¹⁾ Снимки произведены Рентгеновским отд. ин-та, за что мы выражаем ему свою благодарность.

В клинике больному было проведено три сеанса глубокой рентгенотерапии. Сам больной отмечает заметное улучшение. Чувствует себя крепче, утомляется не так быстро, потливость стала меньше. Повторное исследование утомляемости при помощи эргографа дало повторно первоначальные данные.

Итак, мы имеем больного, вся клиническая картина заболевания которого развилась после травмы черепа с глубокой потерей сознания. Объективно удалось установить целый ряд трофических нарушений, которые можно объяснить изменением секретной функции гипофиза, но наряду с этим у нашего больного обращают на себя внимание явления со стороны других желез внутренней секреции: явления сахарного диабета, *hypofunctio sexualis*, явления дистиреоидизма, нарушения со стороны вегетативной нервной системы (как то: отрицательные рефлексy п. *vagi*, сравнительное усиление вазоконстрикторных рефлексов при сохранении нормальных вегетативных рефлексов положения) и кроме того общие астенические явления. Слагается впечатление, что у больного имеется множественное эндокринное заболевание с преобладанием нарушений функций гипофиза.

В виду того, что начальное явление заболевания возникло тогда, когда нашему больному было 21 год, когда пластический рост костяка еще не был закончен, больной мог продолжать расти. На основании данных о росте больного, которые мы имеем в своем распоряжении (в 1928—1929 г.г. рост—196 см., в 1929—1930 г.г.—206 см.), мы можем предположить, что период роста в нашем случае был значительно удлиннен. Последние измерения и данные рентгенограммы о полной оссификации эпифизов заставляют в настоящее время считать рост больного законченным.

Но помимо явлений гигантизма у нашего больного, безусловно, имеются явления акромегалии, за это говорит резкое увеличение дистальных отделов конечностей и данные рентгенограммы.

По литературным данным это сочетание акромегалии и гигантизма не представляется редким явлением. По мнению Brissaud'a акромегалия является одной из форм гигантизма. Свою „теорию единства“ этот автор прекрасно выразил фразой: „Акромегалия есть гигантизм возмужалости, гигантизм—акромегалия юности“. Множественность нарушения в эндокринной системе, в обмене веществ и безусловные изменения в вегетативной нервной системе заставляют предположить, что в нашем случае мы не имеем изолированного поражения гипофиза, а вероятнее всего болезненный процесс захватывает и *tuber cinerei*. Множественность нарушения, как в эндокринной и вегетативной системе, так и в обмене веществ, в нашем случае говорят за вовлечение в болезненный процесс *tuberis cinerei* — поражение *tuberis cinerei* дает явления сходные и связанные и с обменом веществ, и с вегетативными функциями, и с эндокринной корреляцией. Рентгенограмма подтверждает наше предположение, т. к. дает только равномерное, пропорциональное всему костяку увеличение *sellae turcicae* без деструктивных изменений. Пинес и Greving описали пучок, идущий от основания III желудочка к гипофизу, который они считают секреторным пучком. Этим возможно объясняется существованием гипофизарных явлений при заболевании основания III желудочка.

Что касается этиологии и патогенеза страдания нашего больного, то начало заболевания говорят за первоначальные явления геморрагии или в области *hypophys'a* или *tuberis cinerei*. То обстоятельство, что в дальнейшем мы не имели ни резидуальных явлений, ни явлений убывающих, а наоборот болезненный процесс нарастал течение продолжительного времени, заставляет предположить последующие, посттравматические реактивные явления со стороны оболочек основания мозга и нервной паренхимы, главным образом в области *tuberis cinerei*, чем обуславливались временные головные боли и все последующие признаки.

Наш больной чрезвычайно демонстративен. Несмотря на свою гигантскую наружность, он обнаруживает функциональную неполноценность как центральной нервной системы и мускулатуры, так и эндокринной системы и чрезвычайно большую умственную и физическую утомляемость. Мы имеем яркий контраст между внешней оболочкой и внутренним содержанием, внешней силой и внутренней слабостью, контраст, характерный для гигантизма.

Интернациональная клиника - мастерская для лечения солнцем и работой больных с хирургическим туберкулезом.

Доц. С. М. Шварц

(Письмо из за границы с 4 рис.)

Совместно с группой делегатов VI-го Интернационального конгресса по профпатологии и травматологии, я в августе м-це с. г. посетил клинику-мастерскую для малообеспеченных больных с костным туберкулезом, организованную и руководимую проф. Rollier.

Leysin, где находится клиника, расположен на высоте 1250—1500 метров над уровнем моря, в стороне от Симплонской железной дороги и соединяется станцией Aigle электрической зубчатой дорогой. Leysin окружен цепью гор, защищающих его от холодных северных ветров, что имеет большое значение, так как позволяет проводить солнечное лечение и зимой. Климатические условия местности очень благоприятны. Средняя температура летом 12,7° С, зимой—0,5° С. Время солнечного сияния: в июне—124 часа, в июле—219, в августе—206, в декабре—96, в январе—109, в феврале—133 ч. Средняя годовичная влажность 65,8%. Годовое количество осадков—1219 мм.

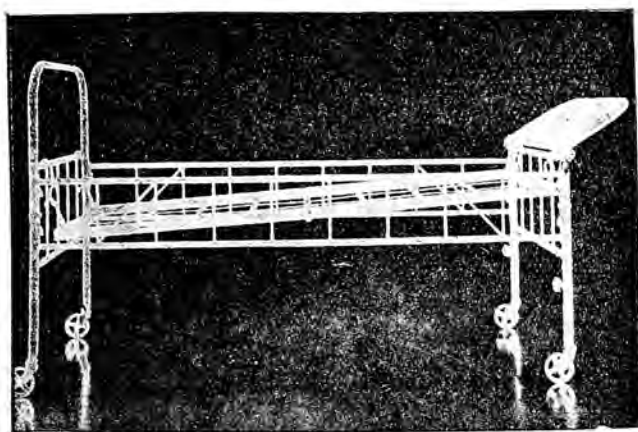


Рис. 1.

Проф. Rollier и сотрудники встретили посетителей исключительно любезно, ознакомили нас с принципами, положенными в основу организации клиники-мастерской, показали все детали обслуживания больных и организации их труда.

Из каких основных принципов исходит Rollier, осуществляя проводимые им методы лечения и обслуживания больных с костным туберкулезом? Проф. Rollier рассматривает костный туберкулез не как выражение местного заболевания, ограниченного небольшим участком пораженной кости или сустава, а как проявление общего заболевания организма. Отсюда следует, что бессмысленно прибегать к хирургическому вмешательству, которое должно иметь место только в исключительных случаях, основной же задачей является воздействие на весь организм на укрепление как физического, так и психического статуса заболевшего. Для мобилизации организма к борьбе против туберкулезной инфекции лучшим методом воздействия является солнечное лечение, особенно в условиях гор-

кой местности. Но солнечное лечение не должно ограничиться, как это некоторые делают, воздействием только на пораженный участок, а должно носить общий характер. Притом не кратковременные солнечные ванны, а систематическое воздействие солнечных лучей на весь организм в течение максимально возможного времени (по 4—8 часов в день не только летом, но и зимой, осенью и весной). Естественно, что облучение нужно начинать очень осторожно и только постепенно расширять поле облучения. Солнечные лучи во всем своем спектре (а не исключительно ультрафиолетовые) обуславливают не только воздействие на кожу, но и тонизируют мускулатуру, способствуют обызвествлению костей, обычно бедных известью при поражении туберкулезом. Солнечные лучи влияют и на психику больных, улучшают их самочувствие и оказывают болеутоляющее действие. Клиника Rollier не пользуется широко применяемыми в практике обслуживания больных с костным туберкулезом корсетами и гипсовыми повязками, тем более что последние не только мешают облучению, но и способствуют атрофии кожи и мускулатуры. Клиника с успехом применяет выработанные ею другие методы иммобилизации больного участка, не прибегая к гипсовым повязкам.

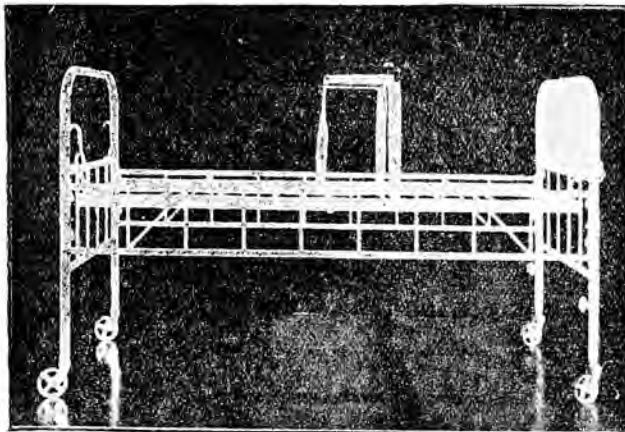


Рис. 2.

На основании анализа богатейшего материала, прошедшего через клинику Rollier, последний делает вывод, что правильно применяемое общее солнечное лечение дает блестящие результаты в борьбе с костным туберкулезом.

Но если эти принципы, положенные Rollier в основу применяемого им метода лечения больных с костным туберкулезом, ничего нового собою не представляют, ибо в настоящее время применяются во всем мире с большим или меньшим успехом, то значительный интерес представляет проводимая Rollier наряду с солнечным лечением рабочая терапия (Arbeitskur).

При организации Arbeitskur Rollier исходил из следующих соображений. Больной с костным туберкулезом вынужден обыкновенно проводить в постели многие месяцы, иногда годы до ликвидации процесса. Вынужденное в течение очень долгого времени ничегонеделание влияет очень неблагоприятно не только на физическую, но и на психическую сферу больного. Больной страдает от сознания того, что он является бесполезным членом общества, является обузой для других. Несомненно, что подавленное психическое состояние влияет на течение и исход болезни. Но и когда наступает момент выздоровления, когда больной может встать на ноги и взяться за работу, то оказывается, что многие месяцы вынужденного ничегонеделания настолько снизили его работоспособность, что он с большим трудом может взяться даже за выполнение очень легкой работы. Часто этот переходный момент влияет пагубно на чрезвычайно ослабленный организм. Помимо всего этого, подавляющее большинство туберкулезных больных — люди мало состоятельные, содержащиеся в больнице за счет тоже малосостоятельных родных. Поэтому возможность даже маленького заработка во время пребывания в клинике

имеет большое значение. Наконец, исключительно важно отвлечь больного от его мрачных мыслей, которые овладевают им во время продолжительного лежания. Исходя из вышеупомянутых соображений Rollier и пришел к выводу о целесообразности комбинировать Sonnenkur с Arbeitskur.

Впервые проф. Rollier пытался осуществить эту идею, присоединив к солнечному лечению и лечение работой в 1909 г. В этом году была организована рабочая колония, где выздоравливающие производили легкую, соответствующую их силам, работу (плетение корзин, производство мебели, легкие столярные работы). В 1910 г. была организована вблизи Leysin's с/х колония для выздоравливающих детей. И эта колония себя оправдала. Для того, чтобы дети не отста-

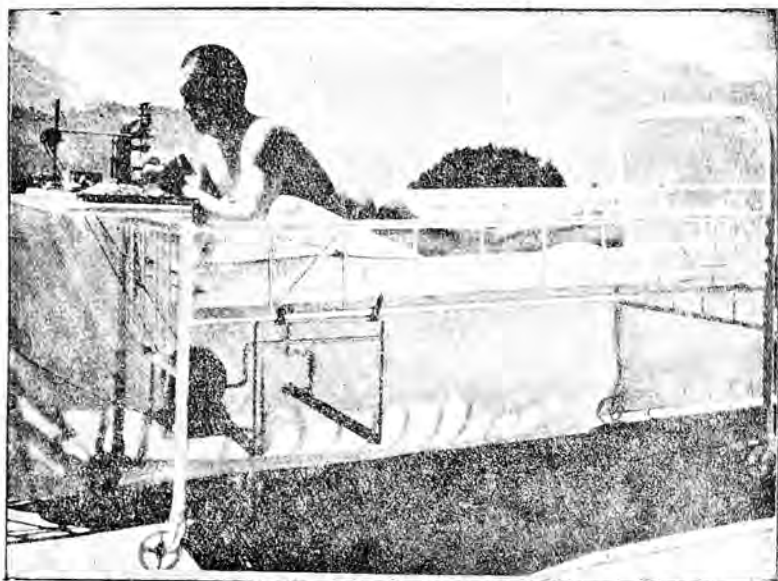


Рис. 3.

вали в своем умственном развитии, одновременно велись и школьные занятия. Как школьные, так и производственные занятия проводились, по мере возможности, на открытом воздухе, даже зимой. Организованные для выздоравливающих колонии дали настолько ободряющие результаты, что клиника решила попытаться ввести лечение работой (Arbeitskur) не только для выздоравливающих, но и для прикованных к постели благодаря поражению туберкулезным процессом больных.

Впервые систематическая производственная работа для прикованных к постели больных с костным туберкулезом была введена в 1915 г. в швейцарской военной клинике. Вначале работа носила чисто ручной характер (плетение корзин, сетей, пр-во ковров) и была довольно примитивно организована. Тем не менее клиника продала в течение 1918—1919 г. изделий, произведенных больными, на сумму в 62190 фр., из коих 34293 фр. получили больные.

Положительный опыт этих начинаний, проведенных в виде эксперимента, показал воочию целесообразность комбинации солнечного лечения и систематической работы. Естественно, появилась мысль о целесообразности перейти от кустарщины к организации такой клиники, где с тяжелыми поражениями костей и суставов, — могли бы производить соответствующую состоянию их здоровья и лучше оплачиваемую работу. А так как сбыт большого количества ручных изделий представлял значительные трудности и недостаточно хорошо оплачивался, то Rollier решил организовать настоящие мастерские, оборудованные необходимыми станками и двигателями. В связи с 25-летним юбилеем врачебной деятельности Rollier было приступлено к реализации этой идеи и в 1929 году была закончена постройка клиники-мастерской. Это 4-хэтажное здание, с широкими балконами, тянущимися во всю его длину, расположено в живописной

местности. С балконов открывается восхитительный вид на исключительные по своей красоте Dents du Midi. Клиника рассчитана на 120 кроватей. С утра кровати с больными выкатываются из палат на балкон, где они остаются весь день. Здесь раздетые больные проводят солнечное лечение и одновременно работают, лежа, полулежа или сидя, в зависимости от характера заболевания. Кровати на роликах; последние могут быть зафиксированы для того, чтобы во время работы кровать не двигалась. Решетка, на которой расположен жесткий матрас, может быть поставлена косо, так что больной может занять удобное положение для работы. Одна спинка кровати может быть повернута на 90° и служит подставкой для станка с электрическим мотором (см. рис.). Часто мотор располагается под кроватью или



Рис. 4.

в стороне от нее. В большинстве случаев больные работают лежа на животе, опираясь на локти. Такое положение нам показалось очень неудобным и утомительным, но опрошенные больные заявили, что они быстро привыкают и находят его очень удобным для многих работ. Часть больных (таких меньшинство) работают лежа на спине, некоторые работают сидя или полулежа. Выделяются самые разнообразные предметы: детали для часов, счетчики для автоматических телефонов, детали для радиоаппаратуры и т. д. Больные женщины заняты, гл. обр., пошивкой белья, вышивкой, трикотажными работами, плетением корзин. Больные зарабатывают от 50 до 100 франков в месяц, очень довольны предоставленной им возможностью работать и зарабатывать хотя бы и небольшую сумму. Конечно, не только заработок играет важную роль, но и сознание того, что они не являются совершенно бесполезными людьми и способны что-либо делать, несмотря на свою инвалидность, и это придает им много бодрости.

Кроме больных, прикованных к постели, которые вынуждены работать лежа или полулежа, имеются и выздоравливающие, могущие без ущерба для лечения стоять, сидеть, передвигаться. Для таких реконвалесцентов имеются хорошо оборудованные мастерские, где больные могут производить более сложные работы, не требующие большого физического напряжения, и одновременно продолжать свой курс лечения.

Больные-швейцарцы платят в день (сами или страхкасса) по 7 франков, иностранцы по 10. На вопрос о себестоимости содержания больного мне точного ответа не дали (будто-бы по 7—10 франков в день). Такова, в общих чертах организация этой своеобразной клиники-мастерской. Несомненно, что идея, положенная в основу этой организации—здоровая, а сама система заслуживает изуче-

ния и подражания. Мне думается, что в условиях СССР эта система представляет особый интерес.

Действительно, даже в Западной Европе, где труд для пролетария является проклятием, а идеал буржуазии достигнуть такого состояния, когда можно жить на проценты от капитала и ничего не делать, находятся ученые типа Rollier, которые начинают сознавать не только экономическое, но и биологическое значение труда. Естественно, что у нас в Союзе, где труд является радостным, где только тот себя чувствует полноценным членом общества, кто участвует своим трудом в активном строительстве нового социалистического общества—приобретает большое значение вопрос о том, нельзя ли организовать рационально труд тех, которые вынужденно оторваны от него на продолжительный срок, благодаря хроническому заболеванию.

В буржуазных странах проблема правильного, рационального использования труда хронических больных или только частично работоспособных наталкивается на невероятные трудности. При многомиллионной армии безработных—организовать сбыт изделий, произведенных больными, очень трудно. Да и сама организация мастерских наталкивается на большие трудности. Ведь, конечно, ни один капиталист не станет вкладывать свой капиталы в такие мастерские, а государственный бюджет большинства капиталистических стран в таком состоянии, что даже существующие лечебные учреждения частично сокращаются или порою закрываются. Другое дело в нашем Союзе. Многообразие и грандиозность задач, поставленных для разрешения пятилетки, властно требуют, чтобы все наличные силы были максимально использованы. То, что в капиталистических странах невозможно—или реализация чего наталкивается на чрезвычайные трудности—то вполне выполнимо в Союзе. У нас не только возможно полностью использовать положительный опыт Rollier, но его значительно расширить и поставить большой важности практический вопрос организации труда хронических больных и неполноценных работников.

Альфред Гротьян.

(Некролог).

(с портретом)

В ночь на 4 IX в Берлине на 61-м году жизни неожиданно скончался от острого приступа желчной болезни профессор социальной гигиены Берлинского университета Альфред Гротьян. Это был единственный ординарный профессор по данной молодой научной дисциплине в Германии и Западной Европе, его имя пользовалось широкой известностью и в Германии он считался основоположником этой новой и молодой научной дисциплины. Его популярность была особенно велика после выпущенного им руководства «Социальная патология», которое пользовалось широким распространением и у нас в Союзе.

Гротьян родился 25 XI 1869 г. в городе Schladen (Гару). Он происходил из старинной врачебной семьи (отец и дед его были врачами). С гимназической поры Гротьян начинает, под влиянием Alfred'a Südekum'a, увлекаться социальными и экономическими науками; он проходил их в дальнейшем у Tönnis'a в Киле, у Roscher'a в Лейпциге и у Schmoller'a в Берлине; особенно сильно было влияние последнего. Однако, своей профессией Гротьян избирает—врачебную. Но уклон его к социально-экономическим наукам, а видимо и его деятельность, как врача среди Берлинской бедноты, толкают его на мысль приложить методы социально-экономических наук к медицине и здравоохранению. Первой его работой в этом направлении была работа об алкоголизме; под алкоголизмом он подводит базу не только биологическую, но и социальную; эта работа появляется в печати в 1898 г. в «Socialwissenschaftlichen Bibliothek».

Уже будучи врачом бедноты и рабочих, он вновь работает в семинарии Schmoller'a, и за это время появляется ряд его статей, посвященных социальной гигиене и печатающихся в журналах «Medizinische Reform» и «Archiv für soziale Hygiene»—журнале им же созданном и являющемся наиболее популярным и широко распространенным журналом по социальной гигиене.

В 1902 г. Гротьян выпускает из печати работу, посвященную народному питанию, под заглавием «Über Wandlungen in der Volksernährung», которую правильно было бы назвать «Soziologie der Ernährung» («Социология питания»), в которой он пытается анализировать проблему питания в классовом разрезе. Надо сказать, что в этом вопросе он был особенно вооружен, к этому вопросу он относился с особенным вниманием в своих лекциях студентам и врачам, на этом вопросе он особенно заострял внимание своих слушателей в 1930—31 г., когда вопрос народного питания сделался особенно острым в связи с развернувшимся кризисом в Германии. Из сообщения доцента С. М. Шварца (см. «Каз. мед. журн.», № 8), слушавшего курс Гротьяна зимою этого года, мы знаем, как углубленно подходил к вопросу питания в своих лекциях Гротьян; из этого же сообщения мы знаем, что Гротьян не умолчал и того факта, что в области народного питания новое слово и новую политику вносит Советский союз в виде «планового» питания в классовом разрезе. Эту систему питания он рисовал, как «систему будущего», если, по его мнению, этот «опыт» удастся.

1-го марта 1904 г. Гротьян в «Обществе здравоохранения» («Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege»), одним из учредителей коего он был, делает доклад на тему «Социальная гигиена, как научная дисциплина». В этом докладе Гротьян выделяет социальную гигиену, как особую специфическую научную дисциплину, и четко дифференцирует ее от общей экспериментальной гигиены или, как он ее называет, «биологической» гигиены; в этом докладе Гротьян тесно увязывает социальную гигиену с социологией, экономикой, с социальной политикой и в этом разрезе устанавливает специфичность методики социальной гигиены. В Германии эта речь и доклад Гротьяна считается «исторической» в развитии социальной гигиены, ибо этой речью Гротьяна, как утверждает один из его биографов, был положен «основной камень» (Grundstein) в развитии социальной гигиены, как особой научной дисциплины. Впоследствии эта речь была отражена Гротьяном в предисловии к 3-тому изданию по социальной гигиене, выпущенному из печати совместно с Krieger'ем.



Альфред Гротьян.

В 1908 г. Гротьян выпускает труд под заглавием «Krankenhaus und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene», в котором он подвергает суровой критике систему борьбы с туберкулезом.

Признание свое, как социал-гигиенист, Гротьян получает в 1912 г. после появления его книги «Soziale Pathologie» («Социальная патология»); она суммировала материал по социальной патологии и подвергла его углубленному анализу под углом зрения влияния социально-экономических факторов. Книга эта получила широкую известность и распространение и вне Германии и, переведенная в 1927 г. на русский язык, приобрела широкую популярность, как руководство по социальной гигиене. На академическую арену его выдвигает известный гигиенист-эксперименталист Karl Flüggé, и в 1920 г. Гротьян получает звание ординарного профессора по социальной гигиене при Берлинском университете. Это была крупная победа: социальная гигиена, как таковая, впервые завоевывает свое особое положение в цикле академических дисциплин, она получает свою кафедру, и эта кафедра получает своего первого «ординарного» профессора и таковым единственным ординарным профессором Гротьян оставался в Германии и Зап. Европе до своей смерти. Это было торжество Гротьяна, но вызвало и его неудовлетворенность: в личной беседе с нами в 1928 г. он, расценивая положение социальной гигиены в Германии, не без иронии говорил о своем звании «ординариуса»; он признавал, что это его личное большое достижение, но выражал сомнение, удалось ли ему завоевать положение «ординариуса» по социальной гигиене в об-

щей системе медицинского образования в Германии; он не был уверен в том, что звание и положение «ординариуса» по социальной гигиене останется после его смерти: настолько непрочным и незавидным он считал положение социальной гигиены в Германии; и тут же он признавал, что единственной страной, где социальная гигиена имеет свое прочное и завидное будущее—это Советская страна, Советский союз.

За период 1921—1924 г. Гротьян является депутатом рейхстага, избранный по списку социал-демократической партии, к каковой он принадлежал. В это время он проявляет много энергии и принимает активное участие в вопросах санитарного законодательства, в частности фиксируя особое внимание на вопросах оздоровления детства и юношества. Но здесь его постигает неудача: в связи с знаменитым параграфом 218 основного законодательства Германии (запрещающим производство аборт) — он не занял твердой позиции в данном вопросе, оказался в числе вотировавших этот параграф, хотя и с оговорками; на это почве у него получается расхождение с партией — и его парламентская деятельность прерывается. Но Гротьян тем усиленное фиксирует свое научное внимание на вопросах оздоровления детства и юношества. Вскоре появляется его труд «Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung durch die Elternschaftversicherung» («Снижение рождаемости и борьба с ней путем «страхования родительств»); в 1926 г. эта работа выходит уже третьим изданием под заглавием «Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung» («Гигиена человеческого размножения»). В 1928 г. Гротьян в сотрудничестве с F. Goldmann'ом выпускает работу «Die Leistungen der deutschen Krankenversicherung» («К вопросу страхования болезней»). В 1929 г. опять в сотрудничестве с известным педологом G. Junge он выпускает труд «Massvolle Schulreform» («Коренная школьная реформа»), вновь направленный к оздоровлению детства. Наконец, предсмертным его трудом является его небольшая брошюра, посвященная тому же знаменитому § 218 (об абортах), написанная им по своеобразному поводу и материалу: в один прекрасный день (уже в 1931 г.) он получает по почте большой пакет, в котором заключается картотека (556 карт-историй болезней), собранная врачом небольшого провинциального города (25.000 жителей) Германии, который по завещанию после своей смерти поручил отправить ее проф. Гротьяну. Разработке этого материала и посвящена брошюра Гротьяна; данный материал Гротьян делает предметом специального семинария для врачей и студентов. В ней он вновь возвращается к § 218-му. Здесь он уже более сурово относится к этому § у: по существу вопроса об абортах он остается половинчатым, но тут же, между прочим, отмечает, что наиболее правильное и радикальное разрешение вопроса об абортах найдено в Советском союзе.

Так, в основных научно-общественных этапах протекала жизнь *первого ординарного профессора по социальной гигиене в Германии и Зап. Европе*. Смерть его прошла в Берлине мало заметной. Мы покинули Берлин 15/X. До нашего отъезда и медицинская, и общий печат слабо отметили эту смерть: в общей прессе мы наткнулись лишь на небольшую теплую некролог, написанный известным врачом Германии Rudolf Lennhoff'ом в «Vossische Zeitung» (5/IX). Похороны Гротьяна (кремация), по воле покойного, прошли необычайно скромно.

Как можно и нужно оценивать жизнь, труды и научно-общественное значение Гротьяна в отношении социальной гигиены, как новой и молодой научной дисциплины?

Надо признать, что на Гротьяна пала почетная миссия: сделаться официальным академическим представителем научной кафедры социальной гигиены в Германии и Зап. Европе. Почва для новой молодой научной дисциплины была уже подготовлена исторически: рост капитализма, а в связи с этим рост пролетариата, борьба последнего за улучшение своего положения, за повышение жизненного уровня, за охрану своего здоровья — вынуждали уже и капиталистическую систему предпринимать что-либо в этом отношении; наука, в свою очередь, завоевывала все более сильные позиции к охране трудящихся; ряд крупнейших ученых, и прежде всего той же Германии, уже выявили теснейшую связь и зависимость социального здоровья и социально-экономических условий. — Война и революция, обескровившая пролетариат и широкие трудящиеся массы, — в то же время дали этим массам силу твердо и угрожающе потребовать от капитализма улучшения своего положения прежде всего — здоровья; наука — даже капиталистическая — уже была подгото-

чтобы ответить на этот запрос; под этим повелительным требованием р-

бочих и трудящихся социальная гигиена, как научная дисциплина, должна была появиться на арене и капиталистических стран. Она и появилась—прежде всего в Германии в 1920 г. И на долю Гротьяна пала честь занять эту первую кафедру в Зап. Европе. Из его биографии видно, что он обладал рядом предпосылок чтобы занять эту кафедру. Широкая социально-экономическая подготовка, метод социально-экономического мышления, живое соприкосновение с трудящейся массой и бедной—были этими основными предпосылками. Ряд его ценных трудов по социальной гигиене дали ему также право на занятие первой в Европе кафедры по социальной гигиене.

Но жизнь шла значительно вперед Гротьяна; принадлежность его к немецкой социал-демократической партии, притом к правому ее крылу, буржуазный и узко-националистический оппортунизм не дали Гротьяну возможности встать в уровень с запросами жизни. Мы видим это по его отношению к знаменитому § 218-му, к вопросам «гигиены человеческого размножения», к разрешению вопросов народного питания и пр. Там, где он выступал как социал-гигиенист и социальный политик, там он оказался ниже истинных задач своей научной дисциплины и ниже запросов современной жизни и ее революционных требований. Он был для этого слишком половинчатый соглашатель и приспособленец. В виду этого и его определение понятий социальной гигиены, как научной дисциплины, приемлемое в Западной Европе и Америке, не соответствует нашим советским революционным запросам и установкам: оно слишком формально-академично, оно не выявляет истинных задач социальной гигиены—особенно в социалистическом разрезе; поэтому и его популярная «Социальная патология», которой до сих пор широко пользовалась наша советская медицинская молодежь, ныне не может ее удовлетворять, несмотря на богатство фактического материала в ней собранного.

В Германии Гротьян не пользовался большой популярностью: может быть твердая независимость и самостоятельность характера служили тому причиной. Один из его посмертных биографов говорит, что Гротьян «всегда имел мужество быть непопулярным» (Grotjahn hat immer den Mut gehabt in seinen Veröffentlichungen unpopulär zu sein). Но он был популярен среди своих слушателей и особенно коммунальных врачей, которых он сумел сконцентрировать и организовать вокруг себя.

Со смертью Гротьяна Германия и Зап. Европа потеряли своего первого и единственного профессора по социальной гигиене. В этом крупное общественное и социальное значение факта его смерти. Явится ли кто-либо ему на смену—неизвестно. Сам Гротьян отвечал на этот вопрос скептически и с сомнением. Ответит на этот вопрос жизнь Германии в ее сложной политической и социально-экономической ситуации.

Проф. М. Гран.

Библиография и рецензии.

А. Пиней. „Последние достижения гематологии“. Гос. Изд. 1931 г. 3 р. 75 к.

Большинству из нас мало доступна английская литература. Поэтому нужно приветствовать желание Госиздата познакомить читателя с книгой Пинея, с его материалом и мыслями, с его ссылками на литературу, в значительной мере английскую. Пиней не задается целью дать руководство по гематологии, в котором—хотя бы кратко—было отражено все существенное. Его цель познакомить читателя с некоторыми главами и вопросами гематологии, видимо более интересовавшими самого автора. Отсюда большая неравномерность освещения и нестрога материала. Сравнительно подробно Пиней останавливается на следующих вопросах: 1) развитие клеток крови, 2) лейкемии—лейкозы. Пиней все формы лейкозов считает новообразованиями. Обоснование автором такого понимания мне кажется мало убедительным; в частности, сопоставление лейкемических изменений с изменениями при метастазах злокачественных новообразований в костный мозг мне кажется основанным на сходстве чисто внешнего и поверхностного (я не имею в руках других работ Пинея, где вопросы освещены подробнее). Пиней понимает свое толкование, как рабочую гипотезу. 3) Пернициозная анемия. По авто-

ру, для развития пернициозной анемии должны иметь место: а) остатки мегалобластического эритропоэза в печени (конституциональная особенность) и б) тот или иной раздражитель. „Заболевание представляет собой патологическую и клиническую, но ни в коем случае не этиологическую единицу“ (69 стр.). Пинеи выражает уверенность, что он внес „некоторый порядок в этот несколько хаотический вопрос“ (81 стр.); чтобы судить, насколько автор прав, у меня не достает знакомства с фактическим материалом, положенным автором в основу его „рабочей гипотезы“. 4) Геморрагические диатезы. И здесь автор интересуется главным образом патогенезом, в конце главы пытается связать различные формы. 5) Из 5-ти глав, посвященных силеномегалиям, больше места отведено болезни Гоше и ахаламической желтухе „как представляющим высокий теоретический интерес“.

Затем имеются следующие главы: 5-я и 6-я—лейкемоидные картины крови, инфекционные (5-я) и неинфекционные (6-я). Автор прав, когда так определяет содержание термина—„такие изменения в циркулирующей крови, которые напоминают картину лейкозов, без настоящего, однако, лейкотического субстрата“ (83-я стр.), или когда он говорит, „этот термин неприменим в тех случаях, когда имеется просто изменение нормальных клеток одного типа при отсутствии клеток менее дифференцированных“ (98-я стр.). Но, мне кажется, автор непоследователен, когда 5-ю главу посвящает „лейкоцитозу в самом широком смысле этого слова“, уделяя сравнительно большее внимание нейтрофильной картине по Арнсту, III и Лилигу и др.—Глава 7-я (6 стр.) „ретикуло-эндотелиоз“. Пинеи говорит, главным образом, о болезни Ходкина, употребляя также название „лимфаденома“. На стр. 271-й (словарь) сказано: „Лимфогранулома. Синоним болезни Ходкина“. Термина „лимфаденома“ в словаре нет совсем. Почему в тексте выпал термин „лимфогранулома“—несомненно более употребительный и как будто более удачный? Запутанностью терминологии, которую отмечает и автор, может быть, объясняются некоторые литературные справки о лейкомической и сублейкемической картине крови и др.—Глава 8-я (5 стр.) Полицитемия. Пинеи говорит только о эритремии.—Глава 10-я (16 стр.) Симптоматические изменения крови. Краткие сведения о изменениях крови при некоторых физиологических и патологических состояниях, главным образом при инфекционных заболеваниях.—Глава 11-я (2 стр.) Селезенка при различных инфекционных заболеваниях. Только несколько справок из новейшей литературы.—Глава 13-я (7 стр.). Болезнь Вант-и.—Глава 15-я (4 стр.) *Al. pseudo-leukaemia*. inf. Добавление 1-е (7 стр.). Некоторые детали гематологического и гистологического исследования. Тут же РОЭ и определение содержания билирубина по *v. d. Bergh's*.—Добавление II-е (10 стр.). Указание руководств и монографий по гематологии. Названо около 100, о каждой книге Пинеи даст краткий отзыв. Это показывает, насколько автор владеет литературой вопроса.—Добавление III-е (3 стр.). „Словарь“. Объяснение гематологических терминов—не лишнее. В конце каждой главы Пинеи указывает литературу вопроса.

Кого, какого читателя имел в виду автор при составлении книги, а Госиздат при печатании ее на русском языке? Во всяком случае, не начинающего, не человека, желающего получить элементарные сведения по гематологии. Такой читатель многого не найдет в книге, да не все и поймет. Для человека, имеющего основные представления и желающего углубить свои знания, книга представляет интерес. Пинеи, главным образом, интересуется теоретическими вопросами гистогенеза, патогенеза и т. п. Практическая сторона дела—диагностическая, лечебная и т. д.—если и затрагивается, то далеко не везде, с достаточной полнотой—нигде. На симптомах автор останавливается иногда потому, что это нужно для понимания сущности болезненного процесса—что сказывается и на распределении материала, производя впечатление недостаточной последовательности изложения (см., напр., „пернициозная анемия“). Не все, конечно, ново. Не все, может быть, выдерживает критику с точки зрения теоретического интереса и ценности. Местами характер набросков и случайных справок из литературы. Но все же указанный читатель, мне кажется, не пожалеет времени, затраченного на знакомство с книгой Пинеи, может быть, найдет, что это удовольствие несколько дорого оплачено.

Нельзя умолчать о внешней стороне издания. Перевод оставляет желать многого. Местами получается впечатление, что переводчик совершенно не владеет вопросом, просто переводит слова, не понимая содержания фраз. Может быть, о торые из ошибок нужно отнести на счет печатания, а не перевода? Местами

ошибки могут повести к неправильному пониманию, См. напр., стр. 46, 47, 58, 126, 141, 259.

Кем включены дополнительные главы русских авторов? Почему эти главы вставлены в книгу Пинея, разбивая его собственный материал? Мне кажется, можно бы предусмотреть все вопросы читателя, дав небольшое предисловие от редакции.

Что касается вставленных глав русских авторов, то в книге „Последние достижения гематологии“ безусловно уместны: гл. 16 (12 стр.), проф. А. Д. Тимофеевский.—„Теории кроветворения в свете тканевых культур, гл. 17-я (11 стр.), проф. Ф. Я. Чистович.—„Ретикуло-эндотелиозы“. Автор сообщает действительно новые факты (клинические и патолого-анатомические наблюдения), говоря о гиперплазиях р.-э. с реактивного характера и об участии р.-э. элементов в системных гиперплазиях кроветворного аппарата, и существенно дополняет Пинея, дает опыт классификации системных гиперплазий кроветворного аппарата, иллюстрируя его таблицей, приводит литературу (40 назв.).—Гл. 19-я (10 стр.), проф. М. П. Кончаловский.—„Переливание крови как лечебный метод“. Очерк: история вопроса, понимание действия и показания. Напомнить о переливании крови особенно уместно, так как этот метод лечения у нас плохо прививается.

Менее ясны мотивы помещения в книге статьи проф. С. М. Цыпкина „Патогенез пернициозной анемии“ (гл. 18-я, 20 стр.). Автор выступает со своим пониманием патогенеза болезней крови, в данном случае пернициозной анемии, не впервые (см. напр., Медиц. обозрение 1911 и 1912 г.г. Virchow's Archiv, Bd. 239. 1922), понимание это отличается оригинальностью и значительным своеобразием. Очевидно, редакции, помещая статью, нашла нужным популяризировать взгляды автора. Это заставляет меня, как рецензента, высказаться, не вдаваясь в критику трактовки автором вопроса в полном объеме.

Автор в построении своей теории исходит из нескольких положений. Ни в настоящей главе, ни в указанных статьях он не приводит фактического обоснования своих исходных положений. Получается впечатление, что эти положения автор считает не то аксиомами, не то общезвестными и общепризнанными. Мне кажется, они не являются ни тем, ни другим.

Все дальнейшее развитие мысли автора носит характер логических умозаключений. Если автор обращается к фактам, то, прилагая к объяснению их свое понимание, свою теорию, он считает излишним приводить понимание других.

По отношению к пернициозной анемии С. М. Цыпкин приходит к следующим выводам: „...при злокачественных анемиях мы имеем комбинацию прогрессирующего гемолиза с прогрессирующим ослаблением эритропластической функции костного мозга“ (227). Причина злокачественности в эмбрионализации паренхимы костного мозга, в раздифференцировании эритропластических и лейкопластических элементов его (228). „Преобладание в костном мозгу при пернициозной анемии эмбриональных клеток (мегалобластов и мизобластов) должно рассматривать как результат раздифференцирования соответствующих дифференцированных клеток (нормобластов и мизоцитов)“ (334)—Гораздо более прав Пинея, когда он говорит: „Не следует думать, что мегалобласт представляет незрелую форму нормобласта“; и „остается несомненным, что нормобласты не являются продуктом созревания мегалобластов“ (66 стр.). С. М. Цыпкин цитирует Паппенгейма, который „объясняет упомянутое преобладание (эмбриональных клеток) усиленной пролиферацией проблематически преформированных клеток, благодаря которой они не успевают созреть до соответствующих им дифференцированных клеток. Словом, направление прямо противоположное тому, которое вытекает из развертываемого нами взгляда“ (234).—Все, что я знаю из литературы, весь мой личный опыт заставляют меня поддерживать мнение, что раздифференцирование кроветворной ткани, имеющее место при многих „болезнях крови“, есть действительно следствие усиленной пролиферации мало дифференцированных клеток, или родоначальных клеток (р.-э., активной мезенхимы), не успевающих дифференцироваться или в большей или меньшей мере—утративших способность нормального развития или, наконец, получивших стимул к патологическому, атипическому развитию.

Из методов лечения пернициозной анемии С. М. Цыпкин останавливается только на спленектомии и печеночной диете. „Рациональная терапия пернициозной анемии может заключаться лишь в ослаблении искомого, пока еще неизвестного нам, (238) яда болезни“ (236). „Терапевтической мерой, влекущей за собой

ослабление яда, несомненно, следует считать спленектомию" (237). „Надо полагать, что спленектомия во всех случаях этой болезни сокращает силу яда на определенный процент“ (239). Не всегда достаточное ослабление яда является причиной того, что „спленектомия дает положительный результат далеко не во всех случаях пернициозной анемии“. В данном случае особенно ярко выступает, как мало автор в своих логических построениях и выводах считается с фактами. Если в „допеченочном“ периоде лечения пернициозной анемии многие весьма холодно рассуждали спленектомию, как лечебный метод, то теперь, как будто, одни Spengler склонен отводить спленектомии место среди методов нашего вмешательства в течение болезни. Если понятна позиция Spengler'a, которому посчастливилось наблюдать два случая, где спленектомия имела исключительный по своей стойкости—положительный результат, то выдвигание спленектомии чуть ли не на первое место в арсенале лечебных средств С. М. Цыпкиным (как будто не располагающим аналогичными наблюдениями, по ссылающимся на Spengler'a) производит впечатление неожиданности. Блестящие результаты, получаемые при лечении печени, делают для автора несомненным, что „причину болезни следует в известной мере связывать с поражением печени. За это говорит прямая логика. Надо полагать, что упомянутое поражение печени имеет своим следствием выпадение какой-то внутрисекреторной функции обезвреживающего характера“ (340),— в результате наводнение крови ядовитыми веществами, разрушение эритроцитов, эмбрионализация паренхимы костного мозга.

Почему бы автору не подкрепить его построения ссылками на действительно новые достижения в гематологии: культивирование форменных элементов крови, результаты пункции костного мозга? Почему бы не связать свою теорию с развитием учения о р.э. системе?

Для меня лично построения автора, всегда казавшиеся слишком теоретическими, становятся еще более оторванными от фактической действительности после указанных „последних достижений гематологии“.

Проф. Н. К. Горяев.

Хроника.

86) *Казанским туберкулезным институтом* 1/XII 1931 г. организованы отделения Ин-та на текстильной и меховых фабриках Казани. Целью отделений является всестороннее изучение условий труда и быта рабочих этих фабрик, устранение вредностей в производстве и в быту и приближение лечебно-профилактической помощи к производству. Работа отделений включается в общий план здравпункта фабрики и проводится через него работниками здравпункта, Туб. Ин-та, местных туб. диспансеров при максимальном вовлечении актива фабрики. Для организации отделений и работы в них Туб. ин-том выделены ассистенты Ин-та д-ра Н. М. Захаров и Н. А. Крамов.

87) В первой половине января 1932 г. *Ульяновская научная ассоциация врачей* чествует известного окулиста д-ра мед. Г. Н. Сурова по поводу 35-летия научно-врачебной и общественной деятельности.

Ульяновская Н. А. В. просит желающих принять участие в чествовании юбиляра приветствия направлять по адресу: Ульяновск, раб. поликлиника, глазной кабинет А. Смирнову.

88) *Во Франции* после ряда лет, когда рождаемость превышала смертность, первый квартал 1931 г. снова дал превышение смертности над рождаемостью на 34679 чел.

89) General's Statistical Review of England and Wales 1930 дает сведения о числе самоубийств в Англии и Уэльсе за 1930: их было 5056 (3527 м. + 1529 ж.). По способу самоубийства разделяются так: отравление угаром и светильн. газом—1383 (больше женщин), утопление—887, повешение—753 (больше мужчин), колющие и режущие орудия—613, огнестрельн. оружие—262 (среди них 8 женщин), бросились под поезд—214, отравления—715 (из них сулемой 354, CN—43, жербол. к.—56, солян. кисл. 53 и др.), разных других способов—229. По возрасту:

25—35 л.=400 м.+250 ж.; 35—45 л.=548 м.+276 ж.; 45—55 л.=861 м.+383 ж., 55—65 л.=869 м.+289 ж.; 65—75 л.=482 м.+167 ж., старше 75 л.=147 м.+37 ж. *Общая смертность в Англии в 1930 г. была 11,4 на 1000 жителей, рождаемость 16,3.*

90) Число граждан, пользовавшихся социальным обеспечением в Германии в 1930 г., по данным *Soziale Medizin* (1931 г. № 9), равнялось (при населении в 64 милл.): по болезни—22 милл. чел., по послед. несчастн. случаев—23,7 милл., по инвалидности и старости—22,3 милл., всл. безработицы—16,5 милл.

91) Экономический кризис в капиталистических странах отражается на здравоохранении и врачебном образовании и в Венгрии. Так, число больничных коек в Будапеште сокращено на 250, причем прием больных сверх нормы запрещен врачам. Решено не замещать 7 вакантных кафедр на медфаке в университетах Пешта, Дебрецина, Сегедина. Из 397 желавших поступить на медфак принято только 200 чел., т. к. много врачей теперь не нужно.

92) В Кенигсберге вследствие экономического кризиса закрыта детская клиника, которой заведывал доц. Falkenheip.

93) В Италии в настоящее время ректорами университетов назначаются лишь лица, принадлежащие к фашистской партии, и со всех профессоров берется присяга, что они будут воспитывать юношество в фашистском духе и сами будут беспрекословно повиноваться назначенному ректору. Некоторые отказавшиеся от этой присяги профессора немедленно были уволены в отставку.

94) В 1932 г. будет праздноваться 300-летие университета в Амстердаме.

95) 24 ноября в Берлине праздновалось 70-ти летие известного хирурга проф. А. Вьерга. Вд. 234. „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, содержащий 47 больших и 21 меньших статей (800 стр.) посвящен Вьергу.

96) Согласно постановления прошлого года интернационального Конгресса по туберкулезу собирались средства для постановки в Риме памятника Carlo Forlanini, предложившему искусственный пневмоторакс при лечении тбс. В настоящее время средств собрано достаточно и в ближайшее время памятник будет открыт.

97) В настоящее время в издании Reinhardt'a (München) вышла 16 изданием книга А. Фореля „Die Sexuelle Frage“, составившая в свое время целую эпоху в обращении внимания на социальное значение полового вопроса. Книга вышла в новой переработке д-ра К. Fetsche'a.

98) В 1932 г. состоятся следующие интернациональные съезды:

а) IX интерн. хирургический конгресс в Мадриде 15—18 марта. Программа: диагностика и лечение внутрипозвоночн. опухолей, лечение легочного гнойного тбс, хирургия пищевода, современные успехи анестезии в хирургии. Генеральный секретариат съезда: Bruxelles, rue de la Loi, 72.

б) II интерн. конгресс по ото-рино-ларингологии 27—30 сентября в Мадриде. Гл. тема—Склерома. Генер. секретарь D. A. Fumagollo, Madrid, Argensola, 16—18.

в) Инт. конгресс по желчно-каменной болезни в Виши 19—20 авг. под председ. проф. Сагготи. Будет 4 секции: терапевтическая, хирургическая, терапии и гидрологии, электро-радиотерапии. Ген. секретариат: 24, boulevard des Capucines, Paris.

г) II интерн. конгресс по светолечению 15—19 авг. в Копенгагене. Программные вопросы: 1) как может быть объяснен эффект свет. лечения при тбс, 2) роль пигмента, как биологич. фактора, и его значение в терапевтическом эффекте светолечения, 3) база и организация гелио-климатических исследований в области гигиены, 4) установление однородной единицы измерения ультрафиолетовых лучей. Секретариат: Finseninstitutet, Strand boulevard. Copenhagen.

д) Конгресс инт. лиги по борьбе с ревматизмом в Риме 19—24 мая. Программа: начальные симптомы хронич. ревматизма, ревматизм и тбс, ревматизм и профессия. Ген. секретарь van Bree men, Kleizersgracht 489, Amsterdam.

е) II конгресс по тропической медицине, назначенный на 12—17 сент. в Амстердаме, всл. экономического кризиса отложен на неопределенное время.

99) 27/XI в Лондоне во время похорон своей жены умер известный английский биолог David Bruce (76 л.), открывший бациллу Мальтийской лихорад-

ки (*febris undulans*) и передачу ее поср. козьего молока, а также открывший трипанозому сонной болезни и роль мухи це-це в ее передаче.

100) В Вене 30/X умер один из основоположников медицинской рентгенологии проф. Guido Holz kneht (род. в 1872 г.). Еще в 1903 г. им была выпущена книга: *Lehrbuch d. Rontgenuntersuchung d. Brusteingeweide*, в 1902 г. им был изобретен первый хронорадиометр. Умер Holz kneht от рентгенового рака, после того как ему была ампутирована левая рука.

101) Умер выдающийся шотландский невролог проф. W. Elder (67 л.), много занимавшийся афазией, аграфией и исследованием памяти.

102) Умер выдающийся американский акушер проф. W. Williams (род. в 1866 г.) Его учебник был самым распространенным в Америке. Он был одним из первых, заговоривших о важности гигиены матери и ребенка. Из его работ наиболее известны работы об эклампсии и вуэриперальных инфекциях.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

8) Мог ли возникнуть рак губы у 38 летнего субъекта вследствие частых тресканий губы и скусывания и сдирания слизистой губы зубами и 9) может ли рак развиваться без раздражения.

Под. Туполев.

Ответ. Все наши современные знания о раке, почерпнутые из клинических наблюдений и лабораторного эксперимента, единогласно свидетельствуют в пользу многообразия причин, создающих опухоли, и отсутствия какой-либо единой специфической причины. Разнообразные раздражители при достаточно долгом действии могут вызывать злокачественные опухоли. С другой стороны, и в отсутствии уловимых внешних раздражителей могут возникать раки (желудка, молочной железы и др.). Рекомендуется просмотреть книгу проф. Н. Н. Петрова. Учение об опухолях и Труды I Онкологического съезда.

Прив. доц. И. Ци.маес.

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ.

В № 9—10 „Каз. мед. журн.“ появилась ст. Л. Н. Андреева о применении зажима Кохера при обработке пуповинного остатка у новорожденных. Автор, повидимому, не ознакомился с историей этого вопроса и с относящейся сюда литературой. Применение зажима на пуповину предложено мною (см. мою статью „О методах отделения новорожденного от последа“ в Журн. акуш. и женск. бол. за 1905 год). С той поры я неизменно пользуюсь этим методом, причем зажим через 2 часа после рождения ребенка удаляется. За время моего 18-летнего заведования акушерской клиникой в Саратове этот метод с успехом использован более чем в 3000 случаях.

Проф. Н. Какушкин.

Саратов, Мал. Кострижная 5.

Оглавление XXVII тома

Письмо т. Сталина „О некоторых вопросах истории больше-
визма“ — есть программа действия для медицинской
прессы I—VI (№ 11—12)

Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

Аксянцев М. И. Медицина и ОЗ (отравляющие вещества)	671
Айхенвальд Л. И. проф. Роль врача в борьбе с алкоголизмом	1032
Бурнашев И. (Казань). К вопросу о планировании науки	521
Винников М. Э., Мастбаум М. Н., Рахлин Л. М., Слепков В. Н. и Цукерман С. С. (Казань). Математика и медицина (ответ д-ру Матвееву)	1015
В обществе врачей марксистов-ленинцев при Комкадемии	507
Волков К. В. Узловые вопросы в усовершенствовании врачебных кадров	647
Гельман И. Г. проф. (Москва). Новый тип лечебно-профилактической помощи	1157
Грязнов И. С. (Москва). XIV годовщина Октября и здравоохранение .	931
Иванов В. Ф. (Москва). О работе здравпунктов на предприятиях . .	1146
Диалектически-медицинская учеба в Казани	294
Диковицкий А. А. (Казань). Во власти буржуазной методологии . .	511
За перестройку научного фронта. За партийность в научной работе	270
Плещицер А. Я. (Казань) Квази-наука (вместо рецензии)	526
Пучков Н. В. прив.-доц. (Казань). Механизм и идеализм в фило- софских работах проф. А. Ф. Самойлова	352
Рожанский В. И. (Москва). Преимущества системы заочного усовер- шенствования врачей	1030
Тверитик В. (Москва). Хозяйственный расчет в лечсанучреждениях .	1139
Фридлянд М. О. проф. Задача травматологии в общем плане пяти- летки	664
Цимхес И. Л. прив.-доц. О некоторых социально-профилактических моментах в работе хирурга	658
Цукерман С. С. и Винников М. Э. Социалистическое строительство и подготовка медкадров	653
Шварц С. М. доц. (Казань). Санитарная статистика и диалектика .	167

Социальная гигиена, профилактика и профпатология.

Агафонов Ф. Д. (Казань). Распространение рахита среди детского населения г. Казани (с 1 крив.)	968
Берзин И. Ф. (Курган). Туляремия у работников консервного завода .	742
Боголепов Н. К. и Хондкариан О. А. Наркомприемник для остро- отравленных алкоголем и опыт его годичной работы в Фрун- зенском районе (Москва)	1035
Лейзеровский А. М. (Казань). К вопросу о проституции в Казани .	1161

Магид М. и Вениковский М. (Киев). К изучению легального и подпольного аборта (с 8 табл.)	856
Məxəmmədjaraf F. Q. Jaz vıynıngıñ cıteğüen örgäñü mäs'älse . . .	564
<i>Русский перевод 570.</i>	
Плещинер А. Я. Состояние здоровья отдельных групп рабочих химической промышленности г. Казани	679
Романов М. А. (Казань). Женская гоноррея на железнодорожном транспорте	286
Ротштейн Г. А. (Ленинград). К вопросу о влиянии социально-бытовых факторов и производства на интеллектуальное развитие рабочих кузнечного цеха завода «Красное Сормово»	281
Целищева А. Д. (Казань). Сифилис в башкирской деревне (опыт обследования)	180

К истории медицины.

Боголюбов В. Л. проф. (Казань). К итогам X-летней деятельности Казанского гос. ин-та для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина	555
Воронцов Д. С. проф. (Казань). Научно-исследовательская деятельность А. Ф. Самойлова	334
Киселев М. доц. (Казань). Работы А. Ф. Самойлова и его лаборатория в области физиологии центральной нервной системы	344
Маненков П. В. прив.-доц. (Казань). Акушерско-гинекологическая школа проф. В. С. Груздова на грани XL лет деятельности ее руководителя (с портр.)	219
Смирницкий Б. Памяти Фарадея (с портр.)	1056

Физиология. Экспериментальная медицина.

Агафонов А. Ф. проф. (Казань). Реакция кожи человека на введение чужеродной сыворотки и диагностическая ценность этой реакции	574
Адо А. Д. (Казань). Ретенция воды при экспериментальных нарушениях альбумино-глобулинового равновесия (с 5 кр.)	1080
Adrian E. D. prof. (Cambridge). Spontaneous Activity of nervous Cells (с 1 рис.)	362
<i>Русский перевод 365.</i>	
Архангельский В. М. проф. (Днепропетровск). О тормозном действии положительных условных раздражителей	474
Боль К. Г. проф. (Казань). Изменения слизистой желудка при бешенстве (с 2 рис.)	711
Вишневский А. А. (Ленинград). К вопросу о предрасположении (с рис.)	1075
Геккер Э. И. (Днепропетровск). Влияние имплантации яичников на условно-рефлекторную деятельность собак-самок	437
Гельтцер Р. Р. прив.-доц. (Казань). К методике культивирования <i>spiroch. pallida</i>	951
Гельтцер Р. Р. прив.-доц. и Сушкова Э. Г. (Казань). О применении антигенов из культур <i>sp. pallida</i> для серодиагноза сифилиса	3
Henschen Folke prof. Dr. (Stockholm). Zur Patho-Physiologie des Gefäßendothels	378
<i>Русский перевод 380.</i>	
Данилов. (Казань). О влиянии сердечных нервов лягушки на ток покоя обездвиженного желудочка (с 1 электрограм.)	410
Еналеев С. М. (Казань). К вопросу о патогенезе паренхиматозного кератита	226

Ефимов В. В. проф. (Москва). К вопросу о взаимодействии ионов друг на друга в возбудимых тканях. Антагонистическое действие ионов на скорость диффузии гидроксильного иона в желатину	412
Завадовский Б. М. проф. (Москва). К постановке проблемы физиологии и обмена гормонов в организме	417
Зархи Г. И. (Свердловск). Эпидемиологическое значение сибирской язвы для маслоделия	162
Зиминский В. С. доц. и Мамиш М. Т. (Казань). Влияние кумыса на отделительную работу печени и поджелудочной железы	110
Зубенко П. М. (Днепропетровск). Об отдаленном влиянии голодания на условные рефлексы у собак (с 1 рис.)	494
Израэльсон М. М. (Одесса). Опыт выращивания бледной спирохеты в тканевых культурах	955
Кан М. Л. и Павлова Г. А. (Москва). О действии адреналина на сердечный блок лягушки (с 6 рис.)	501
Cate, ten, prof. (Амстердам). Значение кровотоков в симптоматологии экспериментальных повреждений мозжечка	372
Кибяков А. В. (Казань). К вопросу о механизме сосудорасширения при раздражении антидромных нервов (с 6 крив.)	404
Киселев М. доц. (Казань). К вопросу о центральных процессах торможения (10 рис.)	389
Cremser Max. (Berlin). Die eigentliche Grösse der elektromotorischen Kraft des Verletzungsstromes beim Nerven <i>Русский перевод 370.</i>	366
Лепский Е. М. проф. и Тямина Г. С. (Казань). Содержит ли соя антирахитический витамин?	957
Матинский А. Н. К теории парабноза (с 6 рис.)	428
Плещицер А. Я. (Казань). Влияние длительного отравления свинцом, сулемой, бензином и анилином на функцию ретикуло-эндотелиальной системы	716
Разенков И. П. и Пчелина А. Н. (Москва). О гуморальной природе нервного возбуждения. Сообщение I	442
Разенков И. П. и Пчелина А. Н. (Москва). О гуморальной природе нервного возбуждения. Сообщение II	446
Смирнов А. И. проф. (Краснодар). К методике изучения функционального состояния вегетативной нервной системы	448
Смирнов А. И. и Олефиренко П. Д. (Краснодар). Метод менингостомии и его применение при изучении головного мозга у животных (с 1 рис.)	819
Шажарина О. В. (Ленинград). Влияние невротомии на индиканэмию при хронических незаживающих язвах	826
Энгельгардт В. А. проф. (Казань). Анаэробный распад и аэробный ресинтез пироглютата в красных кровяных клетках птиц (с 2 рис.)	496

Внутренние и детские болезни.

Васильев И. П. проф. и Журавлева В. И. (Казань). К казуистике аневризм аорты по секционному материалу г. Казани	707
Билибин А. ф. (Брянск). К вопросу о лечении брюшного тифа по Безредка	239
Виленский Л. И. прив.-доц. и Рахлин Л. М. (Казань). Сифилитические аортиты по материалам терапевтической клиники	579
Вольтер Б. А. проф. и Шаровская В. Н. (Казань). Органные липазы Рона-Чебоксарова в клинике острых инфекций	18
Гасуль Р. Я. и Гольдштейн М. И. Клиническое значение методики рентгенологического исследования рельефа слизистой желудка	630

Гельман И. прив.-доц. (Москва). К вопросу о классификации и номенклатуре хронических «ревматических» суставных заболеваний	23
Горяев Н. К. проф. (Казань). Селезенка — сократительный резервуар крови	1093
Дормидонтов А. А. (Владимир). К вопросу о взаимоотношениях между корью у человека и обезьян	1090
Иодис С. И. (Москва). Урохромоген при инфекциях	738
Кавецкий Н. Е. (Самара). Материалы по вопросу об аускультации суставов	33
Кавецкий Н. Е. (Самара). Лечение болезней сердца сероводородными ваннами на Сергиевских минеральных водах	734
Кисель А. А. проф. (Москва). К учению об абсолютном симптомо-комплексе	119
Лепский Е. М. проф. (Казань). К методологии клинических дисциплин	589
Магазаник М. Л. (Ачинск). К вопросу об излечимости бронхальной астмы	733
Малкин З. И. прив.-доц. (Казань). Значение определения осмотического давления протейнов крови в клинике внутренних болезней	728
Мастбаум М. И. (Казань). Два случая туберкулеза легких	836
Смирнов М. С. и Борисова Е. И. (Москва). Электрокардиографический анализ коронарного тромбоза (с 6 электрокардиогр.)	464
Смирнов М. С. и Борисова Е. И. (Москва). Коронарный тромбоз с расстройствами ритма (с 7 электрокардиогр.)	470
Мастбаум М. и Винников М. (Казань). О гиперемиях легких	584
Мишенин И. Д. (Ростов Н/Д). Перкуссия верхушек легких	107
Солнцева М. С. (Воронеж). Метод щелочной нагрузки и его применения в клинике внутренних болезней	827
Степанов П. Н., Тутаев Е. А. и Аббасов А. И. (Хачмаасская больница Азербайджан). К эпидемиологии и клинике малярийной комы (Encephalitis malarica)	961
White Paul Dudley M. D. and Sprague Howard Burnham M. D. (Boston U. S. A.) Elektrokardiography of 10000 Patients at the Massachusetts General Hospital from 1914 to 1931	381
<i>Русский перевод 386.</i>	
Цветков И. И. (Казань). Влияние воды Ижевского минерального источника на остаточный азот крови при болезнях печени и желудочно-кишечного тракта	1086
Якимов В. Ф. (Казань). К вопросу о кислотном диатезе у язвенных больных	230

Хирургия.

Вишневский А. В. проф. (Казань). Одномоментная через один разрез операция на почке, желчном пузыре и слепой кишке под местной анестезией (с 5 рис. на отд. табл.)	846
Гранат Б. С. (Астрахань). К вопросу о семенных кистах	989
Гусынин В. А. прив.-доц. (Казань) К технике аппендектомии	602
Зерцалов Н. (Богородицк). Операция заворота — S-gomani по способу Гаген-Торна	752
Кимбаровский М. А. (Подольск). О напрасных операциях при сифилисе желудка	981
Киптенко Н. Д. (Казань). Плоскостопие и курорты	69
Кириллов Б. П. (Астрахань). О связи мускулатуры червеобразного отростка и Вагниневой заслонки	241
Киселев А. Г. (Харьков). К вопросу о травматических стриктурах тонкого кишечника	975

Низнер В. И. (Казань). Случай околопочечной ретроперитонеальной кисты	247
Огаев Б. В. (Наб. Челны). О конкрементах кишечника (с рис.)	1104
Панкратьев Б. Е. (Казань). К технике операций при ущемленных грыжах (с 2 рис.)	134
Панкратьев Б. Е. (Казань). Трансплантация кости и переломы (с 12 рентгенограммами)	592
Поволоцкий Я. Л. (Харьков). К вопросу о субдиафрагмальных абсцессах и операциях при них	47
Приселков П. В. (Артемовск). Эластическая повязка при переломах ключицы (с 2 фот.)	1115
Рабинович В. А. (Днепропетровск). О ранней операции при остром аппендиците	125
Ратнер Ю. А. прив.-доц. (Казань). Хирургическое лечение хронических эмпием плевральной полости	605
Смирнов Е. Б. прив.-доц. (Астрахань). К вопросу о саркомах тощей кишки	852
Сущевский А. В. (Воронеж). К вопросу о хирургической анатомии надпочечников и положении их в цепи хромаффинных органов (с 4 рис.)	14
Флеров С. А. прив.-доц. (Казань). К вопросу о тотальной колектомии	747
Хенкин В. Л. (Фарская райбольница, Адыг. А. О.). К вопросу исследования функциональной деятельности сердца в хирургии	43

Акушерство и гинекология.

Андреев Л. Н. (Курск). Проверка одного из способов отделения пуговчины — наложение зажима Кохера	992
Антелав Н. В. (Зугдиды, Грузии). К вопросу о разрывах матки во время искусственного прерывания беременности	142
Беккер С. М. (Евнатория). Грязелечение и менструальный цикл	1121
Брейтман М. Г. (Бершадск). О зашивании брюшной стенки после удаления огромных кист яичника со сращениями (с 2 рис. и 2 фотогр.)	761
Бубличенко А. проф. (Ленинград). Основные моменты внутривенной терапии септических заболеваний	753
Гольдштейн Д. и Лейбов С. (Казань). Значение метросальпингографии в гинекологии (с 16 рентгеногр.)	616
Гуртовая Р. М. (Днепропетровск). Опыт обезболивания момента прорезывания головки — „Durchtrittsnarcose“	138
Дыхно М. А. и Гарло Б. С. (Казань). К вопросу о самоизлечении хориоэпителиомы	872
Дьяконов В. В. (Казань). К вопросу о терапии эклампсии	1117
Здравосмыслов В. М. (Липецк). К вопросу о терапии кольпитов	758
Козлов И. Ф. проф. (Омск). К вопросу об интерстициальной беременности поздней стадии развития (с 2 рис.)	52
Паринов В. С. (Ленинград). Исследование крови при лечении раком матки	252
Селицкий С. А. проф. (Москва). По поводу статьи д-ра мед. А. М. Холодковского „Амбулаторный аборт“	868
Сергеев Н. Н. (Хорезмская б-ца). К казуистике гигантских опухолей женской половой сферы	764
Соболев Л. Г. Некоторые наблюдения над применением электропонтотерапии при гинекологических заболеваниях	613
Холодковский А. М. (Новороссийск). Амбулаторный аборт	145

Ото-рино-ларингология.

Березин И. Ф. (Курган). Склерома верхних дыхательных путей на Урале	1126
Вольфсон З. И. (Казань). К вопросу о лечении перигенолем хронических гнойных отитов и мастоидитов, осложненных прорастанием b. Vincenti в симбиозе со сифирохотой	257
Громов В. Б. (Казань). К вопросу о показаниях к антротомии при острых мастоидитах	59

Невропатология, психиатрия и физиотерапия.

Выгновский А. Ю. (Ташкент). Психозы абстиненции у курящих	1131
Зеленин Н. В. (Псков). К структуре сифилитических психозов	775
Кульков А. Я. прив.-доц. (Москва). Течение и прогноз при ртутной энцефалопатии по материалам динамического наблюдения	263
Лойко В. И. (Ленинград). К вопросу о развитии паркинсоновских синдромов на травматической почве	767
Никольский В. А. и Ковалев Е. Н. (Ростов н/Д). Клиника височных опухолей	1004
Рабин П. И. и Шарапов Н. И. (Калиск). К вопросу применения антирабических прививок (по Ферри) при функциональных неврозах	159
Русецкий И. И. проф. (Казань). К изучению и классификации непроизвольных мышечных сокращений (с 7 крив.)	455
Супоничкая Ф. М. (Севастополь). Влияние некоторых физико-терапевтических раздражителей на характер воспалительной реакции	822
Сухов Е. И. (Казань). О сифилитической этиологии раннего слабоумия	771
Фридман А. П. (Ленинград). К вопросу о феномене насильственного отведения глаз при паркинсонизме	266
Южелевский А. С. и Антонов Н. Н. (Ленинград). Случай истинной порэнцефалии, прижизненно диагностированной (с 6 рентг. на отд. таблице)	149

Дерматология и венерология.

Левин И. А. проф. (Н.-Новгород). Ulcus vulvae acutum Lipschutz-Chapin	84
Лейзеровский А. М. Опыты применения гипосульфит-натрия в терапии кожных заболеваний	638
Львов Н. А. (Москва). Методы распознавания гонорреи женских половых органов	996
Медведь А. (Казань). Реакция Манойлова при венерических болезнях	83
Печников Я. Д. (Казань). Скрытая малярия и дерматозы	635
Успенская М. П. (Пятигорск). Хинин, как лечебное средство при женской гоноррее и ее осложнениях	1001
Штейн А. А. (Ленинград). Toxidermia nodosa (Erythema nodosum) ex usu kalii iodati	75

Офтальмология.

Барбель И. Э. (Златоуст). О преимуществах операции Lagleuz'a при трахоматозном завороте	887
Батарчуков Р. А., Круглов А. Н. и Коленько А. Б. (Казань). Лечение трахомы препаратом Ol. Chaulmoograe	877
Канкроев А. Л. (Пенза). К вопросу о лечении трахоматозного паннуса	893

Коленко А. Б. (Казань). Операция заворота век по способу проф. В. П. Иванова	66
Крылов Т. (Канащ). О „наилучшем“ способе операции при трахоматозном завороте век	889
Ратнер И. И. К вопросу о лечении блефаритов бриллиантовой зельню	642

Гельминтозы.

Гавриленко А. А. (Ессентуки). Редкий случай аскаридоза	39
Крозинский А. Я. (Ленинград). Трансдуоденальное изгнание ленточных глист у детей	37
Ратнер Ш. И. и Розов Н. В. (Казань). Лейкоцитарная формула крови при глистных инвазиях (с 6 табл.)	842
Тумановский М. Н. (Кулебаки). Глистные инвазии среди рабочих (и служащих) Кулебацкого металлургического завода в связи с их общей заболеваемостью	839

Судебная медицина.

Кузнецов В. Г. (Уфа) К вопросу реставрации трупов неизвестных личностей с целью их опознания (с 5 фот. на отд. листе) . . .	1135
---	------

Из практики.

Александрова. (Казань). Случай акромегалии и гигантизма (с рис.) .	1169
Багров Ю. Б. (Златоуст). Резекция толстых кишек по поводу непроходимости и субтотальная резекция желудка по поводу рака у одного и того же больного	192
Вадзевский В. (Ульяновский окр.). Случай гипоспадии у новорожденного	297
Ворончихин. (Ижевск). Случай ложной диафрагмальной грыжи с ущемлением и перфорацией кишек в плевральной полости . . .	295
Гальцевский С. И. (Самара). Случай врожденной грыжи	908
Гольмберг В. В. Из практика применения марганцево-кислого калия при ожогах	194
Данилов И. В. (Чебоксары). Случай прободения матки гусиным пером с выходением его в брюшную полость	907
Евтушенко Г. И. (Больница Днепроострой). Случай беременности при целости девственной плевы	91
Зерцалов Н. (Богородицк, Тульск.). Случай успешного оперативного излечения внутрибрюшинного разрыва моч. пузыря 4-х дней давности	788
Зубов П. (Ирбит). Еще о „lumbago“	90
Каминский Б. М. (Житомир). Случай атрезии в цервикальном канале post coceptionem	297
Куликов П. (Вологод). К вопросу об инородных телах брюшной полости	908
Лукашев В. А. (Брянск). Опыт применения лампы Jesionek'a при лечении эпилепсии	196
Морозов К. Ф. (Ярцев). Аденосаркома uteri у девочки 1 г. 6 мес.	90
Псномарев. (Старо-минская б-ца). О клинических наблюдениях над prurigium'ом и т. д.	1167
Путин. (Дегтянская б-ца ЦЧО). Случай хронической прогрессирующей инвагинации слепой кишки	193
Пытель А. Я. (Москва). К казуистике доброкачественных опухолей желчного пузыря	88

Романкевич В. М. (Уфа). О дивертикулах Мекеля брюшной полости и бедренной грыжи (с 2 рис.)	785
Сазонтов В. И. (Полинск). Случай внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря	787
Харитонов И. Ф. (Мензелинск). К казуистике наружного сечения пищевода при пиявочных телах	296

Обзоры, рефераты, рецензии, сообщения и пр.

1) Обзоры и статьи.

Батунин М. И. доц. (Казань). Значение гонорреи в ряду инфекционных болезней	200
Беляев А. А. (Казань). Профилактика кори и ее организация	790
Гран М. М. проф. (Казань). Дрезденская гигиеническая выставка 1930 год	304
Давыдов А. В. (Москва). Лямблиоз	298
Малов Г. А. проф. (Астрахань). К фармакологии и физиологии вен	93
Парин В. В. доц. (Пермь). Сердце и физический труд	911
Рабин Л. (Кайиск). Чумоподобные заболевания в Барабинском округе	204
Русецкий И. И. проф. Современные клинические представления о деятельности вегетативной нервной системы	685
Шварц С. М. (Берлин). Распространение раковых заболеваний в Германии и борьба с ними	536
Шварц С. М. доц. Проблема прироста населения в Германии (письмо из Берлина)	791
Шварц С. М. доц. Распространение зоба в Швейцария и борьба с ним (письмо из за границы)	1041
Шварц С. М. доц. Интернациональная клиника-мастерская для лечения солнцем и работой больных с хирургическим туберкулезом (с 4 рис.)	1172
Энгельгардт В. А. проф. (Казань). Обмен веществ в злокачественных опухолях	528

2) Рефераты:

а) Биологическая химия	211
б) Общая патология и бактериология	691
в) Внутренние болезни	212, 692, 803, 1065
г) Хирургия	213, 693
д) Болезни уха, горла и носа	695, 804
е) Невропатология и психиатрия	214, 696, 1066
ж) Офтальмология	696
з) Новообразования	1068

3) Библиография и рецензии. 98, 210, 318, 539, 689, 801, 918, 1062 и 1179

4) Деятельность медицинских обществ и съездов.

Казанское общество врачей:

1) Общее заседание	542
2) Хирургическая секция	99, 542, 697, 805
3) Рино-ларинго-отоларингическая секция	101, 811
4) Акушерско-гинекологическая секция	322, 698
5) Педиатрическая секция	323

Казанское общество невропатологов и психиатров.

Общие заседания	323
---------------------------	-----

Общество естествоиспытателей при Казанском университете.

Объединенное заседание с Об-вом врачей	542
5) Съезды и конференции.	
III-я сессия ГУС'а (отч. проф. <i>М. М. Гран</i>)	186
I-ое Всесоюзное совещание комитетов по борьбе с ревматизмом и борьба с ним в СССР (отч. прив.-доц. <i>Л. И. Виленского</i> и <i>М. И. Ойфебаха</i>)	206
XI Всесоюзный съезд терапевтов (отч. прив.-доц. <i>Л. И. Виленского</i> и <i>М. И. Ойфебаха</i>)	311
VI Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов (отч. проф. <i>Р. Я. Гасуль</i>)	920
I Всесоюзный онкологический съезд (отч. д-ра <i>С. М. Эйбер</i>)	922
I Всесоюзный онкологический съезд (отч. проф. <i>Р. Я. Гасуль</i>)	1054
VII Международная психотехническая конференция (отч. <i>М. А. Юровской</i>)	1045
Научная конференция Госуд. Центр. Московского научного. Ин-та ОЗД и П.	324, 699
Из Московского областного о-ва детских врачей	544, 702
План работы Всесоюзного о-ва врачей-терапевтов (ВОГ)	550
Юбилей.	
Боля К. Г. (35-летие научн. деят.)	1061
Некрологи.	
Нагибин А. Л.	326
Памяти А. Ф. Самойлова. <i>Акад. И. П. Павлова</i>	331
In memoriam A. Samoiloff. Prof. Roitberger (Wien)	332
Форель Авг.	812
Гротьян А.	1176
Хроника	102, 216, 328, 547, 703, 814, 925, 1068 и 1182
Вопросы к ответы	104, 216, 328, 551, 704, и 1184
Письма в редакцию	104, 814 и 1184
Спрос и предложение труда	328, 815
Журналы и книги, поступившие в редакцию.	815

Предметный указатель XVII тома.

А.

- Abadie, проф., смерть его 1072.
Абражанов А. А., проф., смерть его 928.
Аборт амбулаторный 145, — — (по поводу ст. д-ра А. М. Холодковского) 868, — летальный и подольный, изучение его 856, — трубный, выворот трубы при нем 699.
Абстиненции психозы у курильщиков гашиша 1131.
Абсцесс легкого нетуберкулезный 315, — поддиафрагмальные, операции при них 47.
Агар-агар, приготовление в Одессе из водорослей 928.
Adenocarcinoma uteri у девочки 1½ л. 90.
Adenoma желчного пузыря 88.
Adenomyosis retrocervicalis 698.
Адреналин при спленектомии 1096.
Азот остаточный, колебания при леч. Ижевской мин. водой 1086.
Акромегалия и гигантизм, случай 1169.
Акроцваноз 322.
Активность спонтанная нервных клеток 362, 365.
„Акушерский семинарий“, руководство 98.
Акушерство оперативное (бром.) 918.
Алкоголизм, роль врача в борьбе с ним 1032.
Алкоголь, наркоприемник для остро-отравленных им 1035.
Алуф И. С., проф. избрание пред. краевой мед. ассоциации ТР 703.
Аневризмы аорты 707.
Анемия злокачественная, лечен. желудком свиной 804, — переливание крови при ней 693.
Анизокория при ранении уха 804.
Аннлин, влиян. отравл. на рет.-энд. систему 716.
Анкилоз черпало-перстневидного сустава 101.
Антагонисты туберкулеза, мочеислый обмен при них 315.
Антигены из культур *sp. pallida* для серодиагноза сифилиса 3.
Антротомия, показания при мастоидитах 59.
Анестезия местная, *panthoкаin* при ней 213, — — при остром плеузе 810, — — одномоментная операция на почке, желчном пузыре и слепой кишке 846.
Аорта, аневризмы ее 707.
Аортиты сифилитические 579.
Аппендэктомия, техника ее 602.
Appendix, связь его мускулатуры с Баугиниев. заслонкой 241.
Аппендицит острый, ранняя операция при нем 125, — и травма 213.
Аритмия синуса 385, 388.
Артриты хронич. у детей 700, — — — классификация 209.
Артропластика коленных суставов 807.
Аскаридоз, случай выхода аскарид через уретру 39.
Ассоциация медицинская краевая в Казани, организация и состав правления 549.

Астма бронхальная, лечение 733, — — и туберкулез 315, — — случай смерти 803.

Атония послеоперационная желудка 809.

Атрезия в цервикальном канале, случай 297.

Атрофии, лечение им постэнцефал. паркинсонизма 214.

Аускультация суставов 33.

Б. В.

Барьер гематоэнцефалический и рентгенизация 922.

Баугиниева заслонка, связь с мускулатурой appendix'a 241.

Безработица среди лиц с высшим образованием в Германии 216.

Белки, новые данные о строении 211.

Бензин, влияние отравления на рет.-энд. систему 716.

Беременность интерстициальная поздней стадии развития 52, — при целостности девственной плевы 91, — разрыв матки при искусств. прерывании 142.

Бешенство, измен. слизистой желудка при нем 711.

Bier, prof., юбилей его 1183.

Блефариты, лечение бриллиантов. зеленью 642.

Блок сердечный 384, 388, — — действие адреналина 501, — — бессимптомный 803.

Богословский С. М., врач, смерть его 1072.

Болезни венерические, законодательство в области борьбы с ними (критика брошюры) 511, — детское, профил. и терапия (брош.) 319, — инфекционные, органические лишаи при них 18, — Perthes'a 213, — уха, носа и горт. (брош.) 690, — хронические, ревматические, классифик. и номенклатура 23.

Больш К. Г., проф., 35-летие научно-учебн. деят. 1061.

Больницы в Германии, закрытие вследствие кризиса 927, 1071, 1183.

Брадикардия ритмичная 459.

Брадикардия синуса 385, 388.

Brillantgrün, лечение блефаритов 642.

Бронхоскопия, значение 805.

Bruse D., проф., смерть его 1183.

Bruck C., проф., избр. поч. членом Берлинского дерматол. о-ва по сл. 25-летия открытия реакции Wassermann'a 704.

BSG, Любекская катастрофа при прививке 102.

В. V. W.

Вазография 922.

Вакцина по Безредка, лечение брюшного тифа ею 239.

Warburg E., проф., смерть его 1072.

Warburg Otto, присуждение ему нобелевской премии 1071.

Вегетативная нервная система, изучение функций, состояния 448, — — — кл.яич. представл. о деятельности (обзор) 685.

Веки, операция заворота их по спос. проф. В. П. Иванова 66.

Вены, физиология и фармакология их 93.

Vincent'a бацилл 257.

Вирус туберкулезный и бациллез 691.

Витамин антирахитический в сое 957.

Вода Ижевская минеральная, влияние на остаточный азот 1086, — ретенция ее при нарушении альбумино-глобулин. равновесия 1080.

Водоросли *Phylorhiza rubens*, приготовл. агар-агара из них 928.

Возбуждение гуморальное п.п. vagi 442, 446.

Волосы, гигиена их (брош.) 540.

„Вопрос половой“, книга проф. А. Фореля, 16-е издан. 1183.

Воротник гальванический и воспаление 823, — грязевой и воспаление 824.

- Воспаление в гальванический воротник 823, — и гризевой воротник 824, — и диатермия 825.
Воспроизводство поколений, изучение 564, 570.
Врач, роль его в борьбе с алкоголизмом 1032.
Врачи в Англии и Германии 1071, — женщины в Америке 1071, — заочное усовершенствование их 1030, — окончивш. Казанский медиц. ин-т в 1931 г. 814..., — усовершенствование их в Америке 1071.
Врачи-терапевты, план работы Всесоюзного о-ва 550.
Вывих одновременный обоих коленных суставов 99.
Выставка гигиеническая в Дрездене 1930 г. 304.

Г. Г. Н.

- Га к к е б у ш В. М., проф., смерть его 1072.
Гангрена спонтанная, лечение иссечен. симпат. поясн. узлов 698.
Гастректомия тотальная 543.
Гастрит, проблема его 550.
Гашин, психозы абстиненции у курильщиков его 1131.
Гельминтологическая экспедиция в Узбекистане 700.
Гематология детского возраста (брош.) 689.
Гематология, последние достижения (брошюра) 1179.
Гигантизм 324, — и акромегалия. сл. 1169.
Нудго-руорнеушотогох, литература 328.
Гимнастика грудных детей (брош.) 1065.
Гиперемия легкого 384.
Гиперкинез дрожательный 456, миоклонический 458, — усиление малозаметного 460, — хорейформный 460.
Гипоспадия у новорожденного 297.
Гипосульфит-натрий, терапия кожн. забол. 638.
Гистиоцитоз липоидный 212.
Глаза, феномен насильствен. отведения при паркинсонизме 266.
Глисты ленточные у детей, трансдуоденальное изгнание их 37.
Головин С. С., проф., смерть его 704.
Голодание, отдаленное влияние на условные рефлексы 494.
H o l z k n e h t G., проф., смерть его 1184.
Гоноррея женская, лечение хинином 1001, — — методы распознавания 996, — — распространение на жел.-дор. транспорте 286.
Гоноррея в ряду инфекционных заболеваний (обзор) 200.
Гормоны, обмен в организме 417, — физиология их 417.
Гортань, развитие ее 102.
Гортань, смертельное кровоизлияние 696.
Грипп, проблема его 550.
G r o t j a n A., проф., смерть его 1072, 1176.
Груздев В. С., проф., акушерско-гинекологическая школа его 219, — — празднование 40-летия научно-преподав. деятельности 215, 322.
Грыжа врожденная 908, — диафрагмальная с ущемл. и перфор. кишок в плевр. пол. 295, — ущемленная, техника операции 134.
Грязелечение и менструальный цикл 1121.
Губарев А. П., проф., смерть его 1072.
Гумма верхне-челюстн. пазухи 804.
ГУС, III-я сессия 186.

Д. Д.

- Действие тормозное полож. услови. раздражителей 474.
Дети бурятские (брош.) 802.
Дети трудновоспитуемые (брош.) 1065.

Диагностика дифференциальная практическая, руководство 211.
Диагностика клиническая и семиология (брош.) 802.
Диазот кислотный у язвенных больных 230.
Диатермия и воспаление 825.
Дивертикул Мекеля брюшной полости и бедренной грыжи 785.
Dikodid при забол. дых. тракта 693.
Dixon W. E., проф., смерть его 928.
Диалектика и санитарная статистика 167.
Диалектически-медицинская учеба в Казани 294.
Дискуссия философская на фронте медицины, итоги ее 900.
Диспансер единый, формы его 316.
Дистонические аномалии при неврозах 215.
Дифтерия, лечение 702.
Диффузия, скорость гидроксильного иона в желатину 414.
Dujarrier Ch., проф., смерть его 928.
Durchtrittsnarcose 138.

Е.

Есопомов von K., смерть его, 1072.
Elder W., проф., смерть его 1184.
Encephalitis malarica 961.
Encephalopathia thyreotoxica 1068.
Erythema nodosum при употреблении Kalii jodati 75.
Ефремов М. С., врач, смерть его 216.

Ж.

Жаба грудная после инфлюэнцы 692, 1066.
Железа грудная, рак ее 213.
Желтуха, изучение ее (Les syndromes ictériques), руководство 98, отношение селезенки к ней 212.
Желудок, изменения слизистой при бешенстве 711, — исследование рельефа слизистой его 630, — полное удаление, сл. 809, — послеоперационная атония 809, — свищи, лечение им злокачественного малокровия 804.
Желчный пузырь, аденома его 88.
Женская полов. сфера, гигантские опухоли ее 764.
Жир морского окуня при рахите 323.

З.

Заболевания венерические среди рабочих и крестьян Донбасса (брошюра) 321.
Заболевания гинекологические, электроноотерапия их 618, — глистные, терапия 319, — инфекционные кисты 318, — кожные, терапия гипосульфит-натрием 638, — раковые в Германии, распространение 536, — ревматические сердца 1066, — септические, лечение 753, — чумоподобные в Барабинском окр. 204.
Законодательство в области борьбы с венер. болезнями (критика брош.) 511.
Заворот век трахоматозный, операция по сл. Иванова 66, — — — опер. Lagleuze при нем 887, 889.
Заворот S-gomani, операция по Гаген-Торну 752.
Заседание по пов. 10-летия журн. „Нов. Хир. Архив“ 703.
Зачальна биология (брош.) 803.
Зашивание брюшн. стенки после удал. кисты личника 761.
Здоровье рабочих химической промышленности 679.
Здравоохранение к XIV годовщине Октября 931, — задачи его в реконструктивный период 1054, — участие врачей в строительстве его 551.

Здравпункты, работа их на предприятиях 1146.
Зоб в Швейцарии и борьба с ним 1043, — эндемический в Марнобласти, на-
следств.-кениституц. факторы при нем 323.

И.

Иванов В. В., проф., смерть его 1071.
Игла педальная 246.
Изоагглютинация у детей 701.
Изучение клиническое, методология его 350.
Илеус острый, местная анестезия его 810.
Имплаентация яичников, влияние на условно-рефлект. деятельность 487.
Инвагинация, хронич. прогр. слепой кишки 193, — кишечника, лечение 697.
Инвазии глистные среди рабочих 839.
Индиканемия при незаживающих язвах 826.
Институт высшей нервной деятельности на новом этапе 904, — для усоверш.
врачей им Ленина в Казани, X-летие его 555, — медицинский в Ка-
зани, первый выпуск врачей 102, — туберкулезный в Казани, откры-
тие отделений на фабриках 1182.
Инфлюэнца, грудная жаба после нее 692, 1066.
Ионы, взаимодействие их в возбудимых тканях 414, — гидроксильный,
скорость его диффузии в желатину и антагон. действие ионов 414.

К.

Кавернома печени 542.
Кадры медицинские, подготовка 317, — — — и социал. строительство 653,
— — — декрет 925, — — — участие врачей-терапевтов 550, — — во-
просы усовершенств. их 647.
Калеки в Германии, обследование 103.
Кампания посевная, мобилизация научных работников и студенчества на
нее, отчет 547.
Капилляроскопия, значение в детском возрасте 699.
Кардиограмма желудочковая, аномалии ее (брош.) 920.
Кардиография, материалы клиники 805.
Катастрофа в Любеке в связи с прививками BCG 102.
Кисты семенные 989.
Kitasato, смерть его 928.
Кенотронные установки 922.
Кератит паренхиматозный, патогенез его 226.
Киста околопочечная, ретроперитонеальная 247, — яичника, зашивание
брюши, стенки после удаления 761.
Кисть, повреждения и инфекционные заболевания 318.
Кишечник, лечение инвагинаций 697.
Кишки, конкременты в них 1104, — поваренная соль при непроходимости
694, — слепая, прогрессив. хрон. инвагинация 193, — толстые, опухоли
694, — тонкие, травматические стриктуры 975, — — саркома 852.
Классификация непроизвольных мышечных сокращений 455, — ревматиче-
ских суставных заболеваний 23.
Клетки красные кровян., анаэр. распад и аэробн. синтез пирогеноса в них
496, — нервная, спонтанная активность ее 362, 365.
Клиника детская в Кенигсберге, закрытие вследствие эконом. кризиса 1183.
Клиника-мастерская для лечения работой туберкул. больных 1172.
Кожа, гигиена ее (брош.) 540.
Колектомия тотальная 747.
Кольпиты, терапия 758.
Кома малярийная (*Encephalitis malarica*) 961.

Конгресс 22-й немецких гинекологов 104, — II по тропической медицине 1183, — интернациональный IX хирургический 1183, — — II по оторино-ларингологии 1183, — — по желчно-каменной болезни 1183, — — II по светолечению 549, 1183, — — по организации госпиталей 549, — — по тропической медицине 549, — — неврологический 549, — — III по рентгенологии 549, — — VI по проффессии, болезням и рабочей медицине 549, — Интернациональной лиги борьбы с ревматизмом 1183, — международный по истории науки и техники 925.

Конкременты кишечника 1104.

Консультация заочная при Центр. Вен. Ин-те 1070.

Конференция международная VII-я психотехническая 549, — 1045, — научные Московск. Ин-та ОЗД и П за 1930 г. 325.

Коренизация преподав. в Казанском мед. ин-те 814.

Корь, организация профилактики ее 790.

Краниография 921.

Кризис в медицине 312.

Кризис экономический в капит. странах, сокращение подготовки кадров 927, — — — — закрытие больниц в Англии 927, — тоже в Германии 1071, — — — — отказ в приеме в больницы калек и туберкулезных 927, — — — — отложение ряда врачебных съездов в Германии вследствие него 927, — — — — самоубийство проф. Э. Мейера 927, — — в Венгрии, состояние здравоохранения 1183.

Кровоизлияние смертельное гортани 696.

Кровообращение, патология и терапия, руководство 98.

Кровообращение, влияние на него тбс-токсэмии 315.

Кровотечения атонические послеродовые 1117, — значение в симптоматол экспериментальных повреждений мозжечка 373.

Кровь, осмотическое давление протсинов ее и значение в клинике внутренних болезней 728, — остаточный азот в ней при действии Ижев. мин. воды 1086, — при лечении раком матки 252, — собиране литературы для Ин-та переливания 104, — электролиз ее 1068.

Культуры тканевые, выращивание в них *spir. pallida* 955.

Курильщики гашиша, психозы абстиненции у них 1131.

Кумыс, влияние на работу печени и pancreas 110.

Л. Л.

Лампа Jesionek'a, лечение эпилепсии 196.

Легкие, базальные тени в них 701, — гиперемия 584, — лечение нагноений 212, — осложнения послеоперационные в них 214, — первичный рак 693, — перкуссия верхушек их 107, — туберкулез 836, — фузоспирохэтоз 693, 1066, — хронические нетуберкулезные заболевания их 314, 315.

Липазы органические Рона-Чебоксарова при инфекционных заболеваниях 18.

Люброкаль при эпилепсии 1068.

Lumbago 90.

Лямблиоз 299.

М.

Малярия, лечение ею прогрессивного паралича 1066, 1067, — причины рецидивов 703.

Марганцево-кислый калий при ожогах 194.

Маслоделение, эпидемиол. знач. сибирской язвы для него 162.

Мастоидиты, лечение пергенотем 257, — острые, антротомия при них 59.

Математика и медицина (дискуссия) 1015.

- Матка, прободение гусиным пером 907, — разрывы при иск. прерыв. беременности 142.
 Медицина и ОР 671, — кризис ее 312, — математика в ней (дискуссия) 1015, — итоги философской дискуссии на ее фронте 909.
 Медицинский институт в Казани, первый выпуск врачей 102.
 Мейер Э., профес., самоубийство его 928.
 Менингит менигококковый в САСИ 102, — цереброспинальный, бактериология 544, — — эпидемиология 544, 545, — — клиника его 545, — — у детей 326.
 Менингостомия при изучении головного мозга 819.
 Менструации, их цикл и гизеачение 1121.
 Методология буржуазная (по пов. брош. д-ра М. П. Батунина) 511.
 Методология клинических дисциплин 559, 589, — усовершенствования врачей 555.
 Метросальпингография, значение в гинекологии 616.
 Микроглия, третий элемент ЦНС 214.
 Минаков П. А., проф., смерть его 1072.
 Миокардозы 1065.
 Младенчество, задачи охраны его 323.
 Мозг головной, изучение методом менингостомии 819.
 Мозжечек, экспериментальн. повреждения и кровотечения 373.
 Моча, ночное подержание ее (брош.) 1064.
 Мочеточники, пересадка их в S-образную кишку 109, — первичный рак 804.
 Музей им. Пирогова, передача в вед. В.-М. академии 216.
 Мыш В. М., проф., 35-летие лечеб. и научн. деятельности 928.

Н. Н.

- Нагибин А. Л., смерть его (некролог) 326.
 Нагноения легочные, лечение 212.
 Нагрузка щелочная при внутр. болезн. 827.
 Надпочечники, хирургическая анатомия их 14.
 Наркопрепараты для остро-отравленных алкоголем 1035.
 Население Германии, проблема прироста 796, — земного шара в 1930 г. 1071.
 Наследственность отягощенная и брак 1067.
 Наука, quasi (рецензия) 526, — планирование ее 521, — реконструкция ее 900.
 Научная работа, партийность в ней 270.
 Neuritis retrobulbaris sin., случай 101.
 Неврозы и аномалии Ц. Н. С. 215, — в детском возрасте (брош.) 689, — функциональные, антирабические прививки при них 159.
 Неврология (брош.) 920.
 Невротомия, влияние на индиканемию 826.
 Неуродимость кишек, лечение поваренной солью 694.
 Нервное возбуждение, гуморальная природа его 442, 446.
 Нервы антидромные, сосудорасширение при раздражении их 404, — блуждающий, гуморальное возбуждение 442, 446, — действит. величина электродвижущей силы тока повреждения в нем 366, 370, — сердечные лягушки, влияние их на ток покоя обездвиженного желудочка 410.
 Нетрудоспособность временная, выплата пособий 328, — методика экспертизы при тbc 317.
 Новообразования злокачественные, этиология, патогенез и диагностика 923, — терапия 925, — — борьба с ними 922.
 Номенклатура ревматических суставных заболеваний 23, 209.

О.

- Обезболивание момента пререзывания головки (Durchtrittsnarcose) 138.
 Обеспечение социальное в Германии 1183.
 Обмен веществ в злокачественных опухолях 528.
 Общество врачей-марксистов, критика работы его 312, — врачей марксистов—ленинцев, резолюц. засед. 31/III—1931 г. 507, — — терапевтов Всесоюзное, план работы 550.
 Оборона СССР, участие врачей-терапевтов в ней 511.
 ОВ и медицина 671.
 Овариин 704.
 Овариокрин 704.
 Овариолизат 704.
 Ожоги, лечение марганцево-кисл. калием 194.
 Октябрьская годовщина XIV-я и здравоохранение 931.
 OI. chaimoogae, лечение трахомы 877.
 Операция заворота век по спос. проф. В. П. Иванова, 66, — — — — —
 Lagleyze 887, 889, — — S-romani по Гаген-Торну 752, — на-
 прасные при сифилисе желудка 981, — на сердце 215, — одномо-
 ментная на почке, желчном пузыре и слепой кишке 808, 846, — пла-
 стические на тазобедренных суставах 806, — ранняя при остром
 аппендиците, 125, — ушные в Казанской клинике 811, — ущемленной
 грыжи 134.
 Опухоли височные, кленика их 1004, — гигантские женской полов. сферы
 764, — доброкачественная желчного пузыря 88, — злокачественные,
 борьба с ними 922, — — этиология, патогенез и диагностика 923,
 1055, — — терапия 925, — — обмен веществ в них 528, — — сре-
 достения 699, — толстых кишек 694.
 Организм животный, проблема целостности его (брош.) 1062.
 Органы хромафинные, надпочечники как таковые 14.
 Осложнения послеоперационные легочные 214.
 Осмотическое давление протеинов в клин. внутр. болезней 316, 728.
 Отделение пуповины наложением зажима Кохера 992.
 Отиты, лечение регенолом 257, — — хлором 102.
 Отравления БОВ, ранняя диагностика их 675.
 Охрана младенчества, задачи ее 323.

П. Р.

- Панкардит 701.
 Pansgeas, влияние кумыса на отдел. работу ее 110.
 Паннус трахоматозный, лечение 893.
 Pantokain—новое обезболив. средство, применение 213.
 Парабиоз, теория 428.
 Паралич прогрессивный, лечение малярией 1066, 1067.
 Паркинсонизм, лечение сир t. Stramonii 696, — насильственное отведение
 глаз при нем 266, — постэнцефалитический, лечение атропином 214.
 Партийность в научной работе 270.
 Regenol, лечение отитов и мастоидитов 257.
 Перегородка носовая, резекция ее 695.
 Переливание крови при анемии 693.
 Переломы врожденные голени 806, — ключицы, эластическая повязка 1115,
 — локтевой кости, рентг. снимки 694, — tibial, лечение 694, — транс-
 плантация костей при них 592.
 Перестройка научного фронта 270.
 Период климактерический, облегчение страданий при нем 704.
 Перитонит гнойный, кесарское сечение при нем 699, — сумкувыходящий
 хронич. 543.

- Перкуссия верхушек легких 107.
Печень, влияние кумыса на отдел. работу ее 110, — кавернома ее 542.
Piltz, проф., смерть его 814.
Пуэрпериотомия, литература 328.
Пиррофосфат, анаэробный распад и аэробный ресинтез в красн. кровян. клетках 498.
Питание массовое, специализация, изучение его 103, — плановое население в СССР 293.
Пищевод кожный антиторакальный 542, — наружное сечение при инородных телах 296, 811.
Пиэлография внутривенная 922.
Плазмохин 703.
План учебно-производственный Казанского Медицинского института на 1931/32. 1070.
Планирование науки 521, — работы малярных станций 703.
Пластика черепа мертвой костью 100.
Плоскостопие, лечение на курортах 69.
Пневмосклероз, рентгенов. картина 314.
Пневмоторакс (брошюра) 321.
Поколения, изучение воспроизводства 564, 570.
Помощь лечебно-профилактическая, новый тип ее 1157.
Повреждения кисти 318.
Повязка эластическая при переломах ключицы 1115.
Подготовка кадров медицинских 317.
Поезд банно-прачечный, отправлен в Магнитогорск 1070.
Полость брюшная, инородные тела в ней 908, — носа придаточные, рентгенизация 922, — плевральная, лечение хронических эмпиэм 605, 808, — — перфорация кишок в нее 295, — рта, лечение воспалит. процессов 922.
Порэнцефалия, случай прижизненной диагностики 149.
Постановление комиссии исполнения при СНК РСФСР о мед.-сан. состоян. Магнитогорского строительства 1069.
Почки, влияние токсилектомии 805.
Предрасположение, экспериментальное иссл. 1076.
Преподавание в Каз. мед. ин-те, коренизация его 814.
Препараты ртути сист. А. Ф. Самойлова 394.
Прививки антирабические при функциональных невросах 159.
Прирост населения в Германии 796.
Проба адреналиновая при исследов. селезенки 1097, — кожная 574.
Проблема целостности животного организма (брош.) 1062.
Прободение матки гусиным пером 907.
Прокол субокципитальный 1079.
Проституция в Казани 1161.
Профилактика детских инфекций (брош.) 801.
Профилактика кори, ее организация 790.
Профпатология легких и сердца и травматизм 921.
Проприетарность трубного канала, влияние перевязки фаллопиев. труб 698.
Псевдартрозы врожденные голени 697.
Психозы абстиненции у курильщиков гашиша 1131, — сифилитические, структура их 775.
Психология профессий 1046.
Психотерапия (брош.) 920.
Психотерапия, применение в терапевт. клинике 214.
Психотехника, теория ее 1046, — применение математ. показателей в ней 1046, — кризис ее в капиталист. странах 1046, — научные основы ее 1046, — личностный фактор в ней 1047.
Pterygium, наблюдения и результаты операций 1167.

Пузырь мочево́й, внутри-брюшинный разрыв 787, 788.
Пункты первой помощи 661.
Пуловина́, отделение наложением зажима Кохера 992.

Р. Р.

Рабо́в S., проф., смерть его 814.
Работа больного в клинике, как метод лечения 1172.
Рабочие, состояние здоровья группы их в химической промышл. 679.
Ра́виарт, проф., ранение его палисенткой 328.
Радий, кровь при лечении им рака матки 252.
Радиотера́пия (брош.) 803.
Радиотера́пия различных заболеваний 922.
Развитие интеллектуальное, влияние производства и социально-бытовых факторов 281, — — детей, скала Бина-Термена для измерения 210.
Раздражители положительные условные, тормозное действие 474, — физиотерапевтические, влияние на воспал. реакции 822.
Рак грудной железы 213, — губы, возникновение без раздражения 1184, — желудка, раннее хирургич. вмешательство 542, — легкого, первичный 693, — матки, кровь при лечении его радием 252, — мочеоточника первичный 804, — проблема его 692, — распространение в Германии и борьба с ним 536, — гесты 100, — статистика 1055, — борьба с ним 1055, — этиология 1055, — языка, рентгенотерапия 922.
Рахит, жир морского окуня при нем 323, — распространение среди детей г. Казани 968.
Реакция воспалительная, влияние физ.-тер. раздражителей 822.
Реакция Бо́нхо́ффера 215, — Waсseгman'а, 25-летие открытия 704, — Weil-Felix'a, значение и литература 551, — кожная 574, — Ма́нойлова при венерических болезнях 83.
Ревматизм, влияние серной конизации 209, — значение среды 312, — классификация и номенклатура 23, 209, 314, — лечение 314, — очаговая инфекция в зеве ревматиков 209, — патологическая анатомия 313, — I Всесоюзное совещание по борьбе с ним (подр. отчет) 206, — проблема клиники его 313, — распространение в СССР 314, — сердца 692, — среди трамвайщиков 208, — сущность его 209, — туберкулезный, пат. анат. и клиника 209, — формы его (брош.) 322, — этиология и патогенез 312, 314.
Резекция субтотальная желудка по поводу рака 192, — толстых кишек по поводу непроходимости 192.
Реконструкция науки 900, — социалистическая медицины и здравоохранения 311.
Рельеф слизистой жел.-киш. канала 921.
Рентгенизация и гемато-энцефал. барьер 922, — культурных растений для селекции 922, — тутового шелкопряда 922.
Рентгенотера́пия различных заболеваний 922.
Реставрация трупов с целью опознания 1135.
Ретенция воды при альбумино-глобулиновом равновесии 1080.
Ретикуло-эндотелиальн. система, влияние отравления свинцом, сулемой, бензином и анилином 716.
Рефлексы условные, отдаленное влияние голодания 494.
Ритм узловый, аурикуло-вентрикулярный 385, 388.
Рождаемость, падение в Зап. Европе 103.

С. S.

Само́йлов А. Ф., проф., воспоминания о нем 331, 332, — заседание о-ва врачей и О-ва Естествоиспытателей при КГУ, посвященное его памяти 542, — научно-исследовательская деятельность его (обзор) 334, — работы

- его в области физиологии центральной нервн. системы 344,—механизм и идеализм в его философских работах 352,—ртутный прерыватель его системы 394.
- Самоубийства в Англии в 1930 г. 1182.
- Саркома тощей кишки 852.
- Свинец, влияя. отравл. на ретик.-энд. систему 716.
- Связка голосовая, паралич после эзофагоскопии 101.
- Селезенка—сократительный резервуар крови 1093,—отношение ее к жел-тухе 212.
- Сергиевские мин. воды, леч. болезн. сердца 734.
- Сердце, аритмия и брадикардия синуса 385, 388,—аурикуло-вентрикулярный узловой ритм 385, 388,—аурикулярная фибрилляция 384, 388,—блок его 384, 388,—воспалительные и дегенеративные (миокардозы) процессы в нем 1065,—действие адреналина на серд. блок 501,—исследование функциональной деятельности в хирургии 43,—лечение сероводородными ваннами 734,—у людей, заним. атлетикой 1065,—ненормальные Т-волны 385, 389,—ненормальное отклонение оси 383, 387,—низкий вольтаж 385, 389,—оперативное лечение 213,—ревматические заболевания его 692, 1066.—тахикардия 384, 388, трепетание 384, 388,—и физический труд 911,—экстрасистола 383, 387.
- Сероводородные ванны, лечен. сердечн. бол. 734.
- Симптомокомплекс абсолютный, учение о нем 119.
- Сечение кесарское при гнойном перитоните 697.
- Сигалевич А. И., д-р, смерть его 698.
- Синдромы паркинсон. при поврежд. подкорк. узлов 767.
- Система нервная, рефлексология и физиология (брош.) 539.
- Система нервная вегетативная, деятельность 685, — — — изучение функционального состояния 448,—ретикуло-эндотелиальная и рентгенизация 922,—сердечно-сосудистая, трудоспособность при поражениях ее 550.
- Сифилис в башкирских деревнях 180,—и внутренняя медицина (брош.) 803,—желудка, напрасные операции при нем 981,—применение антигенов из культур *Sp. pallida* для серодиагноза 3—психозы 775,—и раннее слабоумие 771,—и туберкулез легких 316.
- Склерома верхних дых. путей на Урале 1126.
- Слабоумие раннее, сифилитич. этиология его 771.
- Смертность детская (брош.) 540.
- Смертность детская, социально-гигиен. оценка (брошюра) 320.
- Смертность в Англии 1183,—в детских больницах г. Москвы 324,—во Франции, превышение над рождаемостью 1182.
- Совещание I-ое Всеукраинское по борьбе с трахомой 216,—по медицинским журналам при Медгиге 1070.
- „Современная психоневрология“, журнал, реорганизация 104.
- Сокращения мышечные, изучение и классификация 455.
- Состояние медико-санитарное Магнитогорского строительства (постанов. комиссии исполн. при СНК РСФСР) 1068.
- Сосудорасширение при раздражении антидромных нервов 404.
- Социально-бытовые факторы, влияние на интеллектуальное развитие рабочих 281.
- Социально-профилактич. моменты в работе хирурга 658.
- Соя, отсутствие в ней антирахитич. витамина 957.
- Spirochaeta pallida*, культивирование ее 951,— — — выращивание в тканевых культурах 955, — — — применение антигенов из культур ее для серодиазн. сифилиса 3.
- Спленэктомия, адреналин при ней 1096.
- Средостения, злокачественная опухоль 699.
- Станции малярийные, планирование работы 703.

- Статистика санитарная и диалектика 167.
 Стражеско Н. Д., проф., 30-летие деятельности 328.
 Структуры травматические тонкого кишечника 975.
 Строительство социалистическое и подготовка медкадров 653.
 Студенты, осенний прием в Казанский мед. ин-т 1070.
 Сулема, влиян. отравл. на рет.-энд. систему 716.
 Суров Г. И., д-р мед., 35-летие научно-обществ. деятельности 1182.
 Суставы, аускультация их 33,—влияние метеорологических факторов на заболевания 314,—коленные, артропластика 807,—классификация острых и хронических воспалений их 30,—множественное заболевание их 805,—тазобедренные, пластические операции на них 806.
 Сыпной тиф, литература 551.
 Съезды Российских хирургов, указатель 801.
 Съезд Всероссийский 4-й урологов 548, — — хирургов 928.
 Съезд Всесоюзный IX акушеров и гинекологов 814, — — 5-й детских врачей 548, — — VII по курортному делу 104, 216, — — по борьбе с малярией 328, 703, — — I Онкологический 704, 922, 1054, — — 2-й офтальмологов 103, — — I по психотехнике 548, — — VI рентгенологов и радиологов 920, — — XII санитарных врачей и эпидемиологов 216, 548, — — XI терапевтов 311.
 Съезд Всеукраинский III-й терапевтов 814.
 Съезд краевой невропатологов и психиатров на Сев. Кавк. 549.
 Съезд по изучению травматизма в угольной индустрии 1070,—4-й урологов 814.
 Съезд международный 9-й хирургов 928.

Т.

- Тахикардия 384, 388.
 Т-волны ненормальные 385, 389.
 Тела инородные в брюшной полости 908, — — в пищеводе 296.
 Тени базальные треугольн. в легких 701.
 Т. stramonii. лечение сию паркинсонизма 696.
 Тиф брюшной, лечение вакциной по Безредка 239.
 Тиф сыпной без сыпи 551.
 Toxidermia podosa при употреблении Kalii jodati 75.
 Тонсиллектomia, влияние на почки 805.
 Тонус мышечный 323.
 Ток повреждения в нерве, велич. электродвиж. силы 366, 370, — покоя жёлудочка, влияние сердечных нервов 410.
 Торможение, центральные процессы 389.
 Травма и аппендицит 213.
 Травматизм промышленный среди углекопов Англии 928, — и профпатология легких и сердца 921, — в угольной индустрии, съезд по изучению его 1070, — сельскохозяйственный 663.
 Травматология, ее задачи в плане пятилетки 664.
 Трансплантация кости при переломах 592.
 Трахома, возбудитель ее 696,—выставка по ней 104,—лечение с. ammonio sulphurici 552, — — ol. chaulmoograe 877,—операция Lagiez'a при завороте век 887, 889, — — по спос. проф. Иванова 66 . . . — павнус, лечение 893,—совещание I Всеукраинское по борьбе с ней 216.
 Тромбоз воротной вены, излечение 213, — коронарный с расстройствами ритма 470, — — электрокардиографический анализ 464,—первичный v. mastoideae 695.
 Трубы фаллопиевы, влиян. перевязки на проходимость канала 698, — — выворот при аборте 699.
 Труд физический и сердце 911.

Трудоспособность, вопросы ее в колхозах 317,—при язвах желудка и duodeni 317,—при поражениях сердечно-сосудистой системы 550.
Трупы, реставрация их с целью опознания 1135.
Туберкулез, антагонисты его 315,—и бронхиальная астма 315,—вирус, гра-
нулемия и бациллоз 691,—влияние токсемии на аппарат кровообра-
щения 315, внутриутробная передача 325,—заражение и наследствен-
ность 702, костно-железистый в б. Мензелинском кантоне АТССР
807,—легких, два случая 836,—легких и сифилис 316,—методика экс-
пертизы нетрудоспособности при нем 317,—мочекислый обмен при
нем 315,—50-летие открытия K o s c h'om tbc-палочки 814,—и сердце
315,—хирургический, лечение работой и солищем 1172.
Туляремия 742.

У.

Углекислоты в Англии, погибшие во время работ в 1930 г. 928.
Узлы подкорковые, паркинсоновские синдр. при поврежд. их 767,—симпа-
тические поясничные, иссечение при лечен. гангрены 696.
Ulcus vulvae acutum Lipschutz-Чайкина 84.
Уретра, случай выхода через нее аскарид 39.
Уродство языка врожденное 805.
Урохромоген при инфекциях 738.
Усовершенствование врачей заочное 1030.
Усовершенствование врачей в Америке 1071.
Установки кенотропные 922.

Ф. Ф.

Фарадей Михаил, к 100-летию со дня открытия электромагнитной
индукции (статья) 1056.
Фармакология вен 93.
Фашизм в Италии, воспитание в его духе юношества 1183.
Физиология вен 93.
Фибрилляция аурикулярная 384, 388.
Ф ор е л ь А., проф., некролог 812.
Forlanini Carlo, памятник ему в честь открытия им искусств. пнев-
моторакса 1183.
Frenkel-Heiden H., проф., смерть его 704.
Фузоспирехотоз легкого 693, 1066.

Х.

Химоборона, лекции (брошюра) 539.
Хинин, как лечебное средство при женской гоноррее 1061.
Хирург, социально-проф. моменты в работе его 658.
Хлор, лечение им отитов 102.
Хозрасчет в лечсанучреждениях 1139.
Холцисто-гастростомия (брош.) 801.
Хондрома межпозвоночного хряща 1068.
Хорио-эпителиома, самоизлечение 872.

Ц.

Целостность животного организма (брош.) 1062.
Центральная нервная система, микроглия-элемент ее 214.

Ч.

Чумоподобные заболевания в Барабинском окр. 204.

Ш. Sch.

Schiefferdecker P., проф., смерть его 704.

Шизофрения экзогенная 215.

Школы врачебные в Америке 1071.

Щ.

Щелочи, нагрузка ими при внутр. бол, 827.

Э.

Эзофагоскопия 101,—наралич голосов. связки после нее 101

Эклампсия, терапия 1117.

Экстрасистола 383, 387.

Эктромелия, случай 806.

Электроионо-терапия при гинекологических заболеваниях 613.

Электрокардиография в Массачусетском госпитале 381, 386,—обнаружение ненормального отклонения оси 383, 387.

Электролиз крови 1068.

Эмпиемы хрон. плевральной полости 605, 808.

Эндотелий сосудистый, патологическая физиология его 378, 380.

Энтеролиты 1104.

Энцефалопатия ртутная, течение и прогноз 262.

Эпилепсия, лечение с пом. лампы Jesionek'a 196,—люброкаль при ней 1068.

Эхинококк шей 805.

Я.

Язва желудка, хирургическое лечение (брош.) 919.

Язва желудка, кислотный диатез при ней 230,— и duodeni и трудоспособность 317,—незаживающая, индиканемия при ней 826,—сибирская, эпидемиологическое значение для маслоделия 162.

Яичники, влияние имплантации на условно-рефлекторн. деятельность 487.