

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Казанского Общества врачей

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—профф. В. Л. Боголюбов,
И. П. Васильев, М. М. Гран, Е. М. Лепский, Р. А. Лурья, В. А. Энгельгардт,
д-ра З. Н. Блюмштейн (секретарь), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Плещицер.

1931 г.

(Год издания XXVII)

№ 3

М А Р Т.

КАЗАНЬ.

Татглавлит № 6692.

Нар. № 5683.

Тираж 5000.

Татполиграф, Казань, ул. Миславского, 4. 1931.



Профессор
Викторин Сергеевич Груздев.

Акушерско-гинекологическая школа проф. В. С. Груздева на грани XI лет деятельности ее руководителя.

Прив.-доц. П. В. Маненкова ¹⁾.

(с портретом).

Что проф. Груздев создал свою акушерско-гинекологическую школу—это, мне кажется, не нужно доказывать. Это уже признано в нашем Союзе. Не потому, конечно, считается проф. Груздев представителем особой школы, а его клиника—школой, что он 40 лет работал в области акушерства и гинекологии, из них более 30 лет профессором. «Нельзя уже а priori допустить, говорит проф. Таубер, чтобы каждый профессор был представителем особенной школы». Школой можно назвать только ту клинику, в основу деятельности которой положено определенное направление, основанное на научных началах, притом принятое и проводимое в жизнь не только самим представителем, но и его последователями. Вот такой-то клиникой и является клиника, возглавляемая проф. Груздевым. Вступив на кафедру, образованный, энергичный и молодой проф. Груздев направил свою деятельность на разработку научных основ акушерства и гинекологии и важных практических вопросов этих дисциплин. Этим направлением он пропитал деятельность своей клиники, увлек, образно выражаясь, своих учеников и, таким образом, создал свою акушерско-гинекологическую школу, имеющую в настоящее время ряд жизнеспособных отпрысков—дочерних школ.

Не раз уже научный мир, врачи и общественность нашей страны имели возможность торжественно приветствовать проф. Груздева по поводу многосторонней, ценной и плодотворной деятельности его и руководимой им школы. Но никогда еще, насколько мне известно, ни Викторин Сергеевич, ни его ученики не были свидетелями того, что предстоит сегодня. 30-летняя школа-мать и представители школ-дочерей собрались здесь сегодня, в день 40-летия деятельности своего руководителя для того, чтобы в скромной деловой обстановке 1) оглянуться на свою прошлую работу и 2) дать отчет в ней своему бодрому и энергичному 65-летнему учителю. Сделать это необходимо как для пользы самой школы, так и для пользы той науки, которой школа служит. Для пользы школы это необходимо потому, что лишь на базе учета и критической оценки прошлого мыслим прогресс школы в будущем. Для науки же это важно потому, что успех ее органически связан с прогрессом школ, разрабатывающих то или иное направление в данной науке. Важность таких подытоживаний оттенил и сам В. С. своим большим интересом к истории акушерства и гинекологии, выразившемся в появлении из под его пера ряда научных работ исторического характера.

¹⁾ Сообщено 16 февраля 1931 г. в заседании Акушерско-гинекологической секции Общества врачей при Казанском мединституте, посвященном XI-летию деятельности проф. В. С. Груздева.

На мою долю выпала ответственная задача обрисовать выпукло и кратко основные черты школы-матери и коснуться значения последней в развитии акушерства и гинекологии в нашей стране. Ответственность эта усугубляется тем, что при выполнении указанной задачи требуется строгая объективность, которую я и постараюсь соблюсти в данном обзоре.

Деятельность В. С. и его школы, основное направление, тематика и методика последней уже освещались в печати. Здесь мне придется их снова оттенить, дополнив данными о 5 последних годах деятельности нашей школы.

Личность и деятельность руководителя школы обыкновенно настолько тесно связана с возникновением и деятельностью последней, что разграничить их бывает трудно. Деятельность руководителя является основной частью деятельности школы, а личность руководителя дает направление и оттенок этой деятельности.

В. С. родился в 1866 г. в г. Кинешме, Костромской губернии. Среднее образование он получил в Костромском духовном училище и Костромской духовной семинарии. Несмотря на прямой и легкий путь—поступить в дальнейшем на казенный счет в одну из духовных академий, В. С., имея призвание к медицине, избрал наиболее трудную для семинариста дорогу—поступление в Военно-медицинскую академию. Сдав при гимназии экзамен на аттестат зрелости, он в 1886 г. был принят в академию. Начиная с 3-го курса академии, В. С., плененный обликом известного врача-общественника проф. В. А. Манассеина, прозванного «живой совестью русского врача», посещал преимущественно клинику последнего, где, помимо чисто-клинических занятий, выполнил две научные работы. За одну из них автору присуждена была золотая медаль, за другую же—премия С. П. Боткина. Кроме учебной и научной работы в бытность свою студентом академии В. С. вел и литературную работу. Начав последнюю еще до поступления в академию, он в академии под влиянием проф. Манассеина стал постоянным сотрудником журнала «Врач». На студенческой же скамье им вместе с Сойкиным был основан известный журнал «Природа и Люди».

По окончании академии в 1891 г., В. С. был зачислен в группу врачей так наз «профессорского института» и, избрав своей специальностью акушерство и гинекологию, поступил ординатором в клинику проф. А. И. Лебедева. За время своей трехлетней ординатуры он написал 8 научных работ по различным вопросам акушерства и гинекологии. Одна из этих работ,—монография о саркомах яичника—доставила ему автору степень доктора медицины.

По окончании ординатуры, В. С. два года (1895 и 1896) провел в заграничной научной командировке на казенный счет. Во время этой командировки он посетил Германию, Австрию, Швейцарию, Францию, Англию, Бельгию, Голландию, Данию и Швецию. Главное внимание он обратил здесь на ознакомление с акушерско-гинекологическими и родственными им клиниками. Кроме того он успешно пополнил свои теоретические знания по эмбриологии, физиологии и бактериологии и произвел 5 специальных работ.

По возвращении из командировки, В. С. продолжал работать в клинике проф. Лебедева. В 1897 г. он получил здесь звание прив.-доцента и вскоре занял должность штатного доцента академии. В 1899 г.

он снова отправился в заграничную командировку для ознакомления с акушерско-гинекологическими клиниками австрийских университетов. В 1900 г., 20 августа, В. С. был избран по конкурсу профессором Казанского университета по кафедре акушерства и женских болезней и директором Казанской акушерско-гинекологической клиники, а с начала 1900—1901 уч. года приступил к исполнению указанной должности.

Уже этот сухой перечень автобиографических фактов показывает, что В. С. в допрофессорский период своей деятельности обнаружил такие черты своей личности, которые выгодно выделяли его из среды остальных акушеров и гинекологов того времени.

К этим чертам прежде всего следует отнести глубокое знакомство с научными основами медицины вообще и своей специальности в частности, полученное им в Академии и во время заграничных командировок. Указанные черты личности В. С. необходимо дополнить еще такими его качествами, как 1) огромная энергия и работоспособность, 2) целеустремленность, добросовестность и аккуратность в работе, 3) внимательность к своим ученикам и пр.

Среди условий, благоприятствовавших созданию школы проф. Груздева, помимо личных качеств основателя, немаловажную роль сыграла также особенность той эпохи в медицине вообще и в акушерстве и гинекологии в частности, в которую В. С. начал работать. В эту эпоху акушерство и в особенности гинекология 1) вышли в России из отсталого состояния на путь быстрого достижения того уровня развития, на котором они стояли в Западной Европе, и 2) стали перестраиваться на новых научных началах, добытых путем новых открытий в области бактериологии и патологической анатомии. Выделение гинекологии в России в самостоятельную дисциплину, создание клеточной патологии Вирховым, открытия Пастера и Листера, а также новое направление в практической гинекологии—хирургическое—открывали широкое поле для научной и клинической деятельности молодого образованного и энергичного профессора Груздева и позволили ему заложить фундамент своей школы.

Каковы же основные черты школы проф. Груздева, имеющей за собой уже 30-летний возраст? Получив основательную, современную теоретическую и клиническую подготовку, В. С. при вступлении на кафедру прежде всего наметил те пути, которыми, по его мнению, должно в дальнейшем идти развитие акушерства и гинекологии. Неуклонно, по этим путям развивалась деятельность учителя и его учеников, и пути эти являются основной чертой в характеристике школы Груздева. Эта черта заключается в том, что школа В. С. видела необходимое условие успехов гинекологии и акушерства, как практических отраслей медицины, в разработке научных основ этих дисциплин, а именно, анатомии, эмбриологии, гистологии, физиологии, патологии и бактериологии. При этом акушеры-гинекологи должны играть в этой разработке роль не простых зрителей, а активных участников, наряду с анатомами, гистологами, патологами, бактериологами и пр. Эта черта, являющаяся фундаментом школы Груздева, отчетливо выражена в ряде научных работ руководителя и его учеников. Не имея ни времени, ни места подтвердить эту основную черту школы проф. Груздева разбором всех работ учителя и его учеников, я продемонстрирую это ссылкой на

работы монографического характера, выпущенные школой в качестве докторских диссертаций. Таких работ—10. Работы Тимофеева, Чукалова и Маненкова посвящены гистологическим и эмбриологическим темам. Работы Кадыгровова, Дьяконова, Горизонтова, Козлова и отчасти Кедровой ставят на видном месте разработку вопросов патологической анатомии. Работа Малиновского представляет собой фармако-физиологическое исследование. Работа Лейбчика—выясняет некоторые вопросы пато-физиологии.

Вторая черта школы Груздева заключается в том, что предметом своих научных исследований данная школа всегда ставила такие вопросы, которые являлись либо спорными в науке, либо мало освещенными в печати, причем трудность темы не останавливала ни руководителя, ни его учеников в поисках научной истины. В подтверждение этого положения сошлюсь на те же работы. Диссертации Кадыгровова, Кедровой и Дьяконова посвящены выяснению темных вопросов онкологии. Работа ныне покойного д-ра Кадыгровова, являющаяся первой диссертацией из школы Груздева, предметом своего изучения избрала эндотелиомы женского полового аппарата. Труд Кедровой представляет опыт изучения т. наз. гигантских опухолей женской половой сферы. Капитальная работа д-ра Дьяконова посвящена изучению ряда вопросов по отношению рака матки, самой жгучей темы тогдашней и современной гинекологии. Работы Горизонтова и Лейбчика касаются важной биологической и социальной проблемы—туберкулеза. Из них первая посвящена очень важному, но в то время совершенно не изученному вопросу о вторичной бугорчатке женских половых органов, а вторая дает экспериментальное освещение вопроса о влиянии кастрации на течение туберкулеза. Экспериментальная работа д-ра Козлова, путем изучения влияния рентгеновских лучей на матку кроликов, пытается выяснить причину благоприятного терапевтического действия рентгенизации при фибромиомах матки. Исклчительно трудное изыскание ныне покойного д-ра Тимофеева по спорному в то время вопросу о развитии желтого тела яичников человека подтвердило эпителиальную природу его и установило отношение между овуляцией и менструацией у женщины. Работа д-ра Чукалова затронула некоторые спорные вопросы в развитии влагалища женщины и позволила признать наиболее вероятным происхождение всего этого органа из Мюллеровых ходов. Работа д-ра Маненкова касается спорного вопроса о топографии и судьбе парасофорона и устанавливает персистенцию этого органа у взрослой женщины. Наконец, фармако-физиологическое исследование д-ра Малиновского, посвященное изучению влияния питуитрина на сокращения матки при родах, направлено к выяснению еще до сих пор нерешенного вопроса борьбы со слабостью маточных схваток.

Уже из приведенного выше краткого обзора основных работ школы выявляется одна черта ее,—это морфологическое направление в научно-исследовательской деятельности. И действительно, большинство указанных работ носят морфологический характер. Что касается методики научно-исследовательской работы, то школа Груздева пользовалась преимущественно также морфологическим методом, реже экспериментальным. Среди методов морфологического исследования здесь на первом плане стоят методы патолого-гистологические, гистологические, эмбриоло-

гические и бактериологические. Говоря о методике исследовательской работы школы, важно отметить, что последняя пользовалась всегда новейшими и наиболее точными методами исследования (метод токодинамометрический (Малиновский), метод пластической восковой и графической реконструкции (Маненков) и пр.).

Следующая черта школы Груздева—это тесная связь научной и практической деятельности школы. Можно без преувеличения сказать, что темы большинства научных исследований школы были навеяны клиникой. Эта связь осуществлялась через клиническую лабораторию, которая являлась своего рода научно-исследовательским учреждением при клинике, и через созданный при ней патолого-анатомический музей. Содержание указанных выше работ демонстрирует эту связь.

Перейду теперь к изложению характерных черт клинической деятельности школы В. С.

Прежде всего укажу, что клиническая деятельность школы, благодаря постоянным заботам В. С. и его учеников, была поставлена в условия, соответствовавшие современным требованиям хирургии и гинекологической техники.

Вторая черта—это хирургическое направление в клинической деятельности школы В. С., причем развитие этого направления шло под контролем принципов разумного хирургического консерватизма, указанных лучшими русскими хирургами того времени с Н. И. Пироговым во главе.

Далее, в клинической своей деятельности Казанская акушерско-гинекологическая школа строго проводила принцип научного обоснования всех клинически-важных вопросов. Под контролем научной разработки она подвергала критике старые методы, принципы и взгляды практической гинекологии, видоизменяла их, вводила новые и результаты своих исследований представила в ряде работ руководителя и учеников школы. При этом главное внимание обращалось на вопросы, выдвигаемые современным направлением в акушерстве и гинекологии и особенностями клинического материала.

Расцвет хирургического направления в гинекологии того времени, отразившись в деятельности школы Груздева, дал повод к разработке таких вопросов, как, напр., вопрос о промывании брюшной полости при чревосечениях (работа В. С. и его покойного ученика д-ра Нагевича), о гедоналовом наркозе (д-р Болондзь), стерилизация шовного материала (Кривошеин), дезинфекция рук (Груздев, Лидский) и пр.

Среди вопросов, выдвинутых для научной разработки особенностями клинического материала, были опухоли, внематочная беременность, половые свищи и остеомалация. Последние два заболевания особенно напоминали о себе в клинике, будучи печальной привилегией женщин-татарок. Естественно, что школа Груздева не могла пройти молча мимо этих страданий. В работах д-ров Малиновского и Козлова был подвергнут научной разработке вопрос о свищах, остеомалация же послужила темой для исследований Ключевского и Палкина. Не мог уйти также от внимания школы всегда жгучий вопрос гинекологии—рациональная борьба с раком матки. Работы самого В. С. и его учеников Дьяконова, Тимофеева и Елина дали в этом вопросе большой и ценный материал.

Наконец, тщательное патолого-анатомическое исследование почти каждого операционного препарата, в особенности опухолей, позволило школе Груздева внести много ценного в русскую онкологию и причислило В. С. к числу немногих представителей последней.

Много проф. Груздев и его школа сделали и на поприще преподавательском. В. С. очень строго понимал долг преподавателя и стремился поставить на должную высоту преподавание своей дисциплины. Обладая незаурядными педагогическими способностями, он живо и в строгой последовательности излагал своим слушателям самое необходимое, новое и научно проверенное. Свои лекции он всегда старался сделать наиболее демонстративными. Для этой цели при клинике был организован учебный патолого-анатомический музей, собраны коллекции микроскопических препаратов, диапозитивов, фотографий и рисунков. Особое внимание обращала школа Груздева на практическую подготовку студентов, а именно, обучение правильному подходу к гинекологической больной, курирование больных, практические занятия по основным неоперативным методам гинекологической терапии, по консультации для беременных и пр. Завершением преподавательской деятельности школы В. С. явилось издание руководителем школы оригинального руководства по акушерству и гинекологии, обобщающего многолетний опыт автора и его школы.

Не осталась школа Груздева вдали и от общественной жизни. Здесь следует отметить литературную деятельность руководителя школы в специальных и популярных журналах, оживление им угасших во время революции Казанского об-ва врачей и „Казанского медицинского журнала“, участие в организации Поволжского врачебного съезда, председательство в ученом совете при Татнаркомздраве, участие в различных комиссиях при Наркомздраве и в организации Казанского клинического института для усовершенствования врачей. Эта склонность учителя к общественной работе нашла отражение и в деятельности его учеников.

В последние 5 лет своей деятельности В. С. и его школа неуклонно соблюдают свои основные принципы. Попрежнему клиническая работа идет под строгим контролем современных достижений науки и требований жизни. За это время руководителем и его учениками выпущено немало работ, касающихся внематочной беременности (Маненков, Тимофеев), истории эмбриологии и гинекологии (Груздев), современного положения вопроса об абдоминальном кесарском сечении (Груздев и Тимофеев), учения о послеродовой инфекции (Дьяконов и Тимофеев), хирургической стерилизации женщины (Груздев), злободневного вопроса о борьбе с распространением искусственного выкидыша (Груздев), заживления ран при местной инфильтрационной анестезии (Маненков) и пр. Не чужды школе проф. Груздева и вопросы профилактики в гинекологии. Правда, специальных научных работ в этом направлении в трудах школы немного, но зато В. С., учитывая важность данного отдела в современной гинекологии, прорабатывает накопившийся в русской литературе относящийся сюда разрозненный материал для специальной главы своего руководства и тем заложит фундамент развитию деятельности своей школы в сторону изучения вопросов профилактики.

Остановлюсь теперь вкратце на значении школы проф. Груздева в развитии акушерства и гинекологии в России: 1) Из школы Груздева вышло свыше 200 научных работ, из которых 90 принадлежат перу самого В. С.. 2) Тесно увязав научную свою деятельность с клинической, школа Груздева поставила практическую деятельность клиники на должную высоту. 3) Школа Груздева воспитала значительный кадр профессоров и прив.-доцентов акушерства и гинекологии, каковы: проф. Горизонтов (Томск), проф. Малиновский (раньше в Иркутске, теперь в Москве), проф. Занченко (раньше в Самаре, Иркутске, теперь в Ленинграде), проф. Тимофеев (Казань), проф. Козлов (раньше в Омске, теперь в Казани), проф. Лейбчик (Омск), доцент Софотеров (Самара), прив.-доцент Чукалов (Н.-Новгород) и прив.-доц. Маненков (Казань).

Итак, школа Груздева сделала многое для прогресса своей специальности. Создателем школы и его учениками положен большой труд, являющийся для них лучшей характеристикой. Этот труд принес ценные плоды для науки, учеников и страждущей женщины. Следовательно, долг учителя перед наукой, учениками и обществом с честью выполнен. Уже сознание этого является высшей наградой для руководителя-труженика науки. Но мы, ученики, не можем ограничиться этим. Мы должны еще раз поблагодарить своего руководителя за его трудную, но плодотворную деятельность и обещать здесь продолжить и развить его дело.

Отдел I. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из лаборатории Кафедры микробиологии Казанского государственного медицинского института и Микробиологического института Наркомздрава СССР. (Директор-проф. В. М. Аристовский).

К вопросу о патогенезе паренхиматозного кератита.

Д-ра С. М. Еналеева.

Патогенез паренхиматозного кератита является одной из самых трудных и интересных проблем офтальмологии в связи с патологией сифилиса. Так, в течение целого ряда лет дискуссировались три возможности патогенеза паренхиматозного кератита: 1) паренхиматозное воспаление роговицы возникает благодаря внедрению сифилитического вируса в переднюю камеру глаза, 2) паренхиматозное воспаление роговицы является результатом нарушения питания или заболевания цвеа и прежде всего ее сосудов (Wagemann), или благодаря сифилитическому заболеванию перикорнеального сосудистого венка (von Milch), 3) внедрение сифилитического вируса в роговицу обуславливает ее специфическое воспаление.

Не вдаваясь в подробную критику этих теорий, укажем, что против первой и второй точек зрения выдвинуты серьезные возражения, которые заставляют, по видимому, признать, что при паренхиматозном кератите лютетический *virus* проникает в роговую оболочку, и что паренхиматозное воспаление стоит в какой-то зависимости от этого *virus'a*. Однако, некоторые особенности в развитии паренхиматозного кератита (его наступление в поздние периоды врожденного сифилиса, редкость при приобретенном лютесе) заставляют усомниться, что здесь дело идет просто о реакции на незадолго перед тем проникших в роговицу спирохэт. Wessely убежден, что без допущения особых предрасполагающих моментов трудно дать надлежащее объяснение и впервые обратил внимание на анафилактические процессы: „Es schien verlockend dieses Moment in einer periodischen Überempfindlichkeit gegen den Lueserreger oder in seinem Stoffwechsel zu suchen“. Wessely при изучении анафилаксии роговицы, правда, не работал с бледной спирохétой, но все же доказал, что при инъекции чужеродного белка в роговицу кролика получается общая анафилаксия, в которой непосредственное участие принимает и роговица второго глаза, и что в стадии повышенной чувствительности роговица реагирует на введение гомологичного антигена в форме паренхиматозного кератита. Szily и Arisava могли установить далее, что паренхиматозный кератит (*kerat. anaphylaxica*) наступает у первично препарированного глаза и при условии, если вторичное введение антигена производится в кровяное русло. Szily допускает, что анафилактические процессы при сифилитическом паренхиматозном кератите играют известную роль, но считает преждевременным переносить полученные результаты анафилаксии для объяснения типических глазных болезней. Igersheimer объясняет возникновение паренхиматозного кератита у взрослых следующим образом: благодаря длительной вегетации спирохэт в проз-

рачной роговице и постепенной их гибели ткань роговицы специфическим образом перестраивается, наступает *Umstimmung* роговой оболочки, вследствие чего она становится анафилактичной по отношению к сифилитическому антигену, приобретая способность реагировать на крайне небольшие его количества. Это обстоятельство вполне вяжется с тем фактом, что при поздней форме паренхиматозного кератита обнаруживаются только единичные спирохеты в роговице. Решающим моментом для воспаления роговицы являются циркулирующие в крови продукты обмена веществ спирохет, которые, попадая в специфически перестроенную роговицу, вызывают паренхиматозное воспаление ее. Таким образом, мы находим в литературе указания на то, что как роговица проиммунизированного животного, так и человека, больного сифилисом, путем взаимодействия между собой продуктов обмена веществ, тканей и соков организма не остается безучастной в общей иммуно-биологической перестройке, в результате которой анэргическое состояние организма и, в частности, роговицы, сменяется на реакцию аллергии, выявляющуюся в повышенной реактивной чувствительности роговицы на специфический антиген.

Если это положение, касающееся участия роговицы в общей аллергической перестройке сенсibilизированного организма, является экспериментально обоснованным в отношении к сывороточному белку упомянутым выше авторами Wessely, Szily и Arisava, то по отношению к сифилитическому антигену такое допущение делается, главным образом, на основании аналогий. Сам по себе факт наступающей сенсibilизации организма и отдельных его тканей (кожа) под влиянием сифилитической инфекции не подлежит сомнению, составляя одну из характерных особенностей так называемого противосифилитического иммунитета. Люэтиновая внутрикожная проба, аналогично туберкулиновой пробе при туберкулезе, является выражением аллергии при сифилитической инфекции, хотя надо признать, что постоянство и закономерность выпадения люэтиновой пробы далеко отстоят в этих отношениях от пробы на туберкулин.

Как бы то ни было люэтиновая проба признается большинством исследователей показателем аллергического состояния ткани к сифилитическому *virus'u*. Если, как мы видели выше, необходимой предпосылкой для развития паренхиматозного кератита выдвигается наличие специфического аллергического состояния роговицы, то нужно прежде всего доказать, что эти изменения действительно имеют место в той общей перестройке организма, которая наступает под влиянием сифилитического *virus'a*. В случае положительного ответа можно надеяться, что измененная в своей чувствительности к сифилитическому *virus'u* роговица будет иначе реагировать на интраламеллярное введение люэтина, чем нормальная роговая оболочка.

По аналогии с тем, что внутрикожная люэтиновая проба оказывается положительной у экспериментальных животных как под влиянием сифилитической инфекции, так и искусственной иммунизации, нам казалось, что можно рассчитывать на развитие при этих же условиях и аллергического состояния роговицы. Для проверки данного положения нами было проиммунизировано по методу Klopstock'a два вида животных — кролики и морские свинки, у которых по окончании иммунизации была испытана чувствительность роговицы к люэтину путем интраламел-

лярного введения 0.05 к. с. препарата, приготовленного из имеющихся в лаборатории чистых культур *spr. pallida* (люэтин № 1, приготовленный из Казанского штамма № 1 и люэтин R—из штамма Reiter'a). Препарат представляет из себя взвесь промытых и убитых (при 60° в течение 24 час.) спирохэт, выращенных на жидкой питательной среде Fortner'a. Кроме того, в опыт были введены также кролики, зараженные в яичке штаммом спирохэт Truffi. Всего было введено в опыт 33 кролика и 8 морских свинок. Из общего числа 33 кроликов, 20 кроликов были проиммунизированы нами путем интравенозных инъекций убитых спирохэт по Klopstock'y: 7 кроликов штаммом Reiter'a, 7 кроликов казанским штаммом № 1 и 3 кролика казанским штаммом № 2; кроме того 3 кролика были обработаны живыми спирохэтами штамма № 2, 3 кролика—взвесью убитых спирохэт штамма Truffi, остальные опытные кролики (7 штук) находились в различной стадии развития сифилитической инфекции, вызванной у них заражением штаммом Truffi. Опытные морские свинки иммунизировались исключительно взвесью убитых спирохэт штам. № 2 путем или интракардиальных, или интраперитонеальных, или подкожных инъекций, или и тех и других, причем общее количество инъецированного материала составляло у отдельных животных от 54 до 94 к. с. взвеси крепостью в 4 миллиарда (крепость определялась по мутности). Одна свинка проиммунизирована интракутанно (всего было введено 24 к. с. взвеси).

Предварительно, с контрольной целью, нами была исследована реактивная чувствительность роговицы нормальных кроликов, для чего 24 кроликам было введено интраламеллярно в роговицу различное количество люэтина, физиологического раствора и стерильной питательной среды Fortner'a. Опыты эти показали, что при введении в роговицу этих препаратов в количестве 0.1 к. с. часто наступают, повидимому, уже в силу чисто механических условий, резкие явления раздражения в виде более или менее стойких помутнений роговой оболочки. При уменьшении дозы инъецируемого материала до 0.05 к. с. дело ограничивается появлением тотчас же после инъекции беловато-сероватого помутнения, исчезающего через 30 минут, и в дальнейшем роговица остается совершенно прозрачной. Контрольные опыты на нормальных морских свинках (10 животных) дали такие же результаты.

Всем опытным животным, спустя 12—15 дней по окончании иммунизации, было введено в роговицу по 0.05 к. с. люэтина. Каких-либо различий в последующей реакции на введение люэтина в зависимости от исходного материала, служившего для изготовления люэтина (штамм № 1 или штамм Reiter'a), нами отмечено не было. Что же касается реактивного ответа роговицы вообще, то результаты наших опытов показали, что кролики и морские свинки в этом отношении неравноценны. Из исследованных нами 33 опытных кроликов у 13 мы не могли подметить никакой разницы по сравнению с нормальными животными: на роговице этих кроликов кроме тех реактивных явлений, которые наблюдались нами у нормальных животных и которые стояли в зависимости от раздражений чисто механического характера, никаких изменений не наблюдалось. У остальных 20 опытных кроликов, среди которых большинство относится к проиммунизированным и лишь 2 к. к. зараженным штаммом Truffi, нами отмечены на роговице явления, которые мы свя-

зываем с аллергическим состоянием роговицы. С количественной стороны степень наблюдавшихся нами реактивных явлений колебалась у привитых животных в широких размерах. Если оставить в стороне количественные различия, то в общем картина явлений на роговице сводилась к следующему: на другой день после инъекции люэтина появляется небольшое помутнение серовато-дымчатого цвета, которое держится от 3—4 дней до 2-х недель, постепенно увеличиваясь в своей интенсивности в течение первых дней и затем постепенно исчезая. Как правило, радужка обычно остается без каких-либо изменений. Помимо изменений на роговой оболочке исследуемого глаза в некоторых случаях (7 кроликов из 20) нам пришлось наблюдать вовлечение в процесс и другого, необработанного глаза. В этих случаях на роговице симпатизирующего глаза отмечалось появление на симметричном месте такого же помутнения, что и на роговице опытного глаза, с тем различием, что явления на симпатизирующем глазе появлялись спустя 6—7 дней после инъекции люэтина.

При осмотре в корнеальный микроскоп констатировалось пузырькообразное пропотевание жидкости, то поверхностное, то более глубокое—картина в общем одинаковая как в опытном, так и в контрольном глазе.

Что касается морских свинок, то все бывшие в опыте 8 морских свинок дали одну и ту же картину, а именно: на другой день после интраламеллярного введения люэтина на роговице опытного глаза появлялось помутнение диффузного характера, а на 3-й день такое же помутнение появлялось на втором глазу. Помутнение держится 12—14 дней, постепенно исчезая.

Таким образом, протоколы наших опытов позволяют отметить тот факт, что после сенсibilизации, как у кроликов, так и у морских свинок, между роговицей и раздражителем—антигеном устанавливается новое иммуно-биологическое соотношение, закономерно проявляющееся помутнением роговицы на месте введения антигена. Мало того, измененная реактивная чувствительность роговицы наблюдается не только на месте введения антигена, но и на роговице второго глаза. В смысле постоянства и закономерности указанных явлений нужно отметить, что у кроликов они наблюдаются далеко не всегда, тогда как у морских свинок описываемые нами явления отмечены у всех бывших под опытом 8 свинок. Такая разница в результатах наших опытов зависит, возможно, от степени легкости или трудности сенсibilизации этих двух видов животных, из которых, как известно, морские свинки являются вообще более подходящими для опытов изучения явлений повышенной чувствительности.

Если с точки зрения учения об аллергии в основе повышенной реактивной чувствительности сенсibilизированной ткани лежит реакция антиген-антитело, то в наших опытах объяснение механизма повышенной чувствительности приложимо лишь к препарированной роговице глаза и не может дать удовлетворительного толкования явлениям, наблюдавшимся нами в роговице симпатизирующего глаза; остается совершенно непонятным, откуда берется раздражитель—антиген и как он попадает в роговицу симпатизирующего глаза. Не вдаваясь в анализ механизма возникновения т. наз. симпатических явлений в глазе, так как это является совершенно самостоятельным и весьма сложным вопросом, укажем на интерпретацию этих и подобных им явлений при поражении

парных органов, предложенную и экспериментально обоснованную проф. А. Д. Сперанским.

Проделанные нами опыты на кроликах и морских свинках убеждают нас, что происходящие под влиянием сифилитического антигена в процессе искусственной иммунизации или заболевания иммуно-биологические явления в организме животного отражаются и на состоянии реактивной способности роговой оболочки, делая ее чувствительной к таким дозам антигена (люэтина), на которые нормальная роговица не отвечает. Учитывая этот факт в связи с указанными в начале этого сообщения взглядами на значение анафилактических процессов в патогенезе паренхиматозного кератита, мы склонны рассматривать полученные нами данные как лишнее доказательство в пользу выдвинутого впервые Wessely положения.

Наши опыты позволяют нам сделать следующие выводы:

1) Под влиянием искусственной иммунизации кроликов и морских свинок взвесью убитых спирохет сифилиса по Klopstock'y, а также экспериментальной сифилитической инфекции (у кроликов) роговица глаза приобретает повышенную чувствительность к интерламеллярному введению люэтина.

2) При введении люэтина реакция может наблюдаться не только в препарированном глазе, но и в необработанном (симпатизирующем).

3) В опытах на кроликах описанные явления наблюдаются закономерно, тогда как морские свинки дали нам в этом отношении постоянные результаты.

4) Наши опыты дают лишнее доказательство в пользу участия явлений анафилактического порядка в патогенезе паренхиматозного кератита.

Литература: 1) Igersheimer J. Syphilis und Auge.—2) Szily A. Die Anaphylaxe in der Augenheilkunde.—3) А. Д. Сперанский. Нервная система в патологии.—4) Wessely. Experimentelle Untersuchungen über Reizübertragungen von einem Auge auf das andere. A. f. O. 1900 B. 123.

Из Пропедевтической терапевтической клиники Казанского гос. универс.

К вопросу о кислотном диатезе у язвенных больных¹⁾.

В. Ф. Якимова.

В 1926 г. почти одновременно появляются сообщения заграницей Балинта, у нас—покойного С. С. Зимницкого, где старая биохимическая теория Лейбе и Пави, объяснявшая образование язвы желудка недостаточностью нейтрализации кислого желудочного содержимого вследствие понижения щелочности крови,—получает новое освещение. Балинт, на основании экспериментальных данных своих и своих учеников над больными заведываемой им клиникой, Зимницкий, на основании изучения у язвенных больных автономной нервной системы (орд. Ланде) и успешной щелочной и инсулиновой терапии, пришли к одному и тому

¹⁾ Сообщено в заседании Общества врачей при Казанском университете 2/IV 1929 г.

же выводу в разрешения вопроса о патогенезе круглой язвы желудка. Каковую они рассматривают как следствие и своеобразное выявление ацидоза тканей, т. наз. кислого диатеза. Следствием этого диатеза, по мнению Зимницкого, является дистония вегетативной нервной системы с определенным повышением *vagotonus'a*, сопутствующей ему спазмофилией, что наблюдается при язвах, холециститах, аппендицитах и при многих других спастических состояниях ж.-к. тракта. Это совпадение выводов двух исследователей, шедших совершенно различными путями к разрешению одного и того же вопроса, по мнению Зимницкого, является лучшим доказательством правильности сделанного вывода.

Трудно объяснимый факт периодичности болевых приступов у язвенных больных, по мнению Балинта, хорошо увязывается с выдвигаемой им теорией патогенеза язвы, так как этот факт хорошо согласуется с данными исследований Штраубе, по которым кислотно-щелочное равновесие одного и того же индивидуума показывает известную, связанную с временем, периодичность. Как практический результат своего сообщения Балинт выставляет положение, что принцип лечения круглой язвы должен лежать не в нейтрализации желудочного содержимого, а в алкализации всего организма. Не трудно видеть, что это „новое“, как говорит Зимницкий, в патогенезе круглой язвы, есть дань увлечения физико-химическим направлением современной медицины.

Для более ясного представления сущности гипотезы Балинта, Зимницкого, мы позволим себе вкратце остановиться на литературных данных последних двух лет по затронутому вопросу.

Прежде всего о наличии кислого диатеза, по мнению Балинта, можно говорить только у тех лиц, *Ph* крови которых при 18° С равняется в среднем 7,55. *Ph* крови = 7,59 есть средняя величина здоровых людей (определение по способу Холло-Вейсса). Вторым условием кислого диатеза, являющегося основным моментом, предрасполагающим к образованию язвы желудка, является ацидоз тканей, о котором Балинт делает заключение по предложенной им пробе с ощелачиванием. По данным Балинта моча здоровых лиц после введения им 20 к. с. 8% раствора соды в вену сильно ощелачивается; моча же язвенных больных после этой пробы или совсем не ощелачивается, или ощелачивается очень незначительно даже после введения двойной дозы. По Балинту увеличение *Ph* мочи через 2 часа после внутривенного введения вышеуказанного раствора соды более чем на 0,7 дает отрицательную реакцию на ацидоз тканей, увеличение же на 0,5 и меньше положительную реакцию на ацидоз тканей. Не касаясь сущности предложенной Балинтом пробы, необходимо отметить, что по его данным исследования, производимые в безболевой, латентный период язвы у тех же больных, давали величины, сдвинутые в щелочную сторону.

Поппер, предпослав предварительную основательную критику данных Балинта, сообщает о собственных результатах произведенной им пробы с ощелачиванием у больных, где диагноз колебался между язвой, раком и желчными камнями печени. У всех больных диагноз проверялся последующей операцией. Поппер получил при вышеуказанных заболеваниях пробу положительной одинаково часто в процентных соотношениях как у язвенных, так и у неязвенных—раковых; холециститы же дали даже 80% положительных результатов. Лифшиц, исследуя щелочной

запас крови по Van-Slyke у 25 желудочных больных (из них 14 — язв, 5 рака, катарра спайки, 3 ахилии, 3 гиперсекреции), у всех нашел колебания щелочного запаса крови в пределах нормы (56—65); вообще для желудочных больных и гиперсекретиков и ахиликов щелочной резерв крови не типичен, и говорить о кислом диатезе у язвенных больных, по мнению автора, нельзя. Михлин, изучая напряжение CO_2 альвеолярного воздуха, которое является одним из ценных методов определения кислотно-щелочного равновесия (Скворцов), нашел колебания этой величины при нарушениях желудочной секреции (гиперацидитас и анацидитас) в пределах нормы.

По изучению вопросов о взаимоотношениях между желудочной секрецией, кислотно-щелочным равновесием, обменом хлора и тонусом вегетативной нервной системы имеется ряд работ, вышедших из клиники Гранстрема. Ценность этих работ усугубляется тем обстоятельством, что здесь осуществлена попытка изучить сложные взаимоотношения по указанному вопросу на одних и тех же больных. Так, изучение колебания резервной щелочности показало, что таковая сохраняется в общем в физиологических пределах, со средней величиной ее у гиперацидиков (61,7) несколько выше, чем у анацидиков (59,3). Средняя величина рез. щел. у язвенных больных (56,9), независимо от характера секреции, оказалась ниже средней величины нормацидиков (60,2%) (Введенский). Наклонность к ацидозу по анализам мочи с нагрузкой щелочами была найдена у гиперацидиков и у язвенных больных, что автором ставится в связь с характером желудочной секреции (Бельтюков). Кроме того наблюдения Бельтюкова вполне совпадают с данными Янсена и Карбаума в том, что пищеварительную алкалмию нельзя объяснять только одним желудочным пищеварением: помимо, причинами ее являются частью кишечное пищеварение, частью всасывание из кишечника и процессы ассимиляции. Понижение цифр титрационной кислотности мочи и уменьшение аммиака часто наступает при нормацидности, гиперацидности и у язвенных раньше, чем наступает обильное выделение HCl во время пищеварения.

Аналогичный факт находится в работе Фортальнова, из той же клиники, который наблюдал, что Cl крови начинает уменьшаться до пробного завтрака, а после пробного завтрака начинает медленно повышаться: последнее объясняется быстрой мобилизацией тканевого хлора и перехода его из тканей в кровь. Работа Фортальнова интересна еще тем, что в ней отмечается автором факт особой склонности гиперацидиков и язвенных задерживать NaCl после нагрузки ею, что, повидимому, можно рассматривать как показатель общих конституциональных свойств этих больных.

Что касается вопроса о влиянии щелочения на понижение тонуса вагуса, каковой якобы, по заявлению С. С. Зимницкого, зависит от кислого состояния среды, то результаты наблюдений Шендерова находятся в прямом противоречии с положениями Зимницкого. Щелочение больных в клинике Гранстрема приводило к повышению тонуса парасимпатической нервной системы.

Теория кислотного диатеза патогенеза извы желудка проверяется как на клинических больных, так и экспериментально на животных в клинике Койчалоковского, результатом чего явилось сообщение Тол-

качевской. Гальперн, Юровской на тему „К вопросу о кислотном диатезе при язве желудка“. Авторы этой работы проверяли наличие ацидоза у соответственных больных путем изучения колебаний AR с одной стороны, а с другой,—путем учитывания количества аммиака и фосфатов мочи, являющихся главными факторами в деле удержания кислот.-щелоч. равновесия организма. Почка является одним из главных регуляторов кислотно-щелочного равновесия. Как отражается на щелочном запасе организма нарушение этой функции при заболевании почек, мы уже указывали в своей прежней работе. С другой стороны, при условии здоровой почки реакция мочи (Ph), а главным образом, количество аммиака, или лучше так называемый редуцированный аммониакальный коэффициент по Гассельбальху, является ясным показателем сдвига реакции в ту или другую сторону. Изучение всех вышеуказанных факторов, могущих говорить о кислотном сдвиге у язвенных больных, в клинике Кончаловского выяснило отсутствие какого-либо сдвига реакции организма в кислую сторону, а именно: отсутствие у язвенных больных гипокапнии, отсутствие сдвига реакции мочи в кислую сторону и отсутствие количественных изменений в моче аммиака и фосфатов.

Явным противоречием положению Зимницкого о зависимости ваготонии со спазмофилией от ацидотического состояния тканей, кроме вышеуказанной работы Шендерова, стоит факт прямой зависимости тетании, являющейся клиническим типом резкого спазмофильного состояния, от алкалоза, а не от ацидоза. К тем же результатам, что и Шендеров, пришли сотрудники Госп. кл. В.-М. академии при изучении связи экспериментального алкалоза с тонусом вегетативной нервной системы. Вызывая алкалотическое состояние организма путем откачивания желудочного сока после неоднократной дачи раздражителя и проверяя наличие алкалоза путем определения щелоч.-зап. крови по Van-Slyke, кислотности мочи, Ph мочи, аммиака, мочевины, авторы получили в ряде случаев значительное повышение тонуса вагуса. На основании своих данных авторы высказываются о невозможности на основании изучения только тонуса вегетативной нервной системы без одновременного изучения кис.-щел. равновесия, делать заключение об ацидозе тканей.

Одним из клинических факторов, подтверждающих якобы правильность выдвигаемой теории кислотного диатеза при язве, по мнению творцов ее, является благоприятный эффект метода Sipru, ощелачивающее действие коего сводится не к местному, а к общему сдвигу реакции тканей в сторону повышения Ph. О таком же благоприятном эффекте у язвенных больных говорит Кушелевский, применяя у них исключительно только диету Яроцкого, как известно сдвигающую реакцию тканей к ацидозу, значит приводящую к окислению, а не к ощелачиванию организма.

Холлер и Блох, изучая взаимоотношения между Ph крови и желудочной секрецией во время пищеварения, хотя и нашли у гиперациков сдвиг Ph крови в кислую сторону,—и чем выше функция желудочной железы, тем сильнее этот сдвиг крови,—все же в своей работе о патогенезе язвы желудка и 12-перстной кишки дают определенное заключение, что ни гиперацидность ж. с., ни повышенная концентрация ионов крови не являются этиологической причиной язвы. Оба эти фактора являются вторичными симптомами существующего основного страда-

ния и зависят в конечном итоге от функционального состояния желез желудка. Так, по авторам, при одновременно существующей язве и функциональной слабости железистого аппарата желудка, даже ахилии, кислой реакции крови, описанной Балингом, нет. С другой стороны, случаи простой гиперацидности без язвы дают кислую реакцию крови.

Заканчивая литературный обзор, далеко не исчерпав скопившегося огромного материала по данному вопросу, мы позволим себе привести еще одну работу сотрудников клиники проф. Балинта о реакции крови у карциноматозных больных в связи с функцией почек. Путем изучения у 29 заведомо карциноматозных больных реакции крови, тканей, выделительной функции почек по отношению к хлору, воде, азоту и ионам карбоната авторы пришли к заключению, что у карциноматозных больных имеется нарушение кисл.-щел. равновесия в сторону алкалоза и что этот сдвиг может быть только отчасти объяснен недостаточной функцией почек, так как в большинстве случаев ее не было.

Интересуясь вопросом кислотно-щелочного равновесия, мы в течение 2-х последних лет в клинике занимались исключительно проверкой новой теории кислотного диатеза у язвенных больных, результатом чего и является данное сообщение. Для этой цели у большинства больных клиники с заболеванием желудочно-кишечного тракта нами определялся AR плазмы по Van-Slyke, как показатель кислотно-щелочного равновесия крови, и у тех же больных производилась по Балинту проба с ощелачиванием, по каковой, как указано выше, по мнению автора, можно судить о сдвиге реакции тканей. При производстве пробы Балинта нами определялась активная реакция (Ph) мочи в 3-х порциях: 1) в утренней порции—6 час. утра (ночная моча); 2) в 9 ч. утра до введения соды; 3) в 11 ч. дня—через 2 часа после введения соды. Все больные во время исследования и за несколько дней до него получали однообразную молочную диету. Всего под нашим наблюдением было 36 человек, из которых у 14 была язва желудка или 12-перстной кишки, у 6—последствия таковой в виде той или другой степени стеноза привратника с расширением желудка, один случай *ulcus pepticum jejunum*, развившейся после гастроэнтероанастомоза; у остальных различные заболевания желудочно-кишечного тракта. Ни у одного из больных не было клинических указаний на заболевание органов, могущих повлиять на состояние щелочного резерва (почки, печень, легкие, сердце). Кровь бралась утром натощак, по возможности после предварительного покоя больного. Все данные наших наблюдений нами представлены в таблицах, к рассмотрению которых мы и позволим себе перейти.

Таблица № 1.

Характер желудочной секреции	Резервная щелочность (AR) по Van-Slyke в объемн. % CO ₂				Проба Балинта		
	Ниже 53	От 53—64	От 64—77	Среднее	Полж. +	Отрицат. —	Неясн. +-
Normaciditas . . .	0	8	0	59,9	3	3	2
Hypersecretio . . .	1 (52,1)	19	2	60,3	10	10	2
Subaciditas	0	1 (56)	1 (67,1)		1	1	0
Anaciditas	0	3	0	59,3	0	3	0
Итого . . .	1	31	3		14	17	4

Рассматривая таблицу № 1, можно видеть, что в 97,2% наших случаев AR плазмы колебался в довольно узких нормальных пределах, независимо от характера секреции желудка. Только в одном случае гиперсекреции мы имеем AR плазмы как бы сдвинутым в сторону ацидоза, лежащим ниже нижней границы нормы—52,1; это случай большой язвы малой кривизны желудка, перфорировавшейся через три дня после исследования.

Самый высокий AR в группе гиперсекретиков=65,3. Средние величины AR нормацидиков и гиперсекретиков почти совпадают как друг с другом (59,9%, 60,3%), так и с величинами, найденными другими авторами (Введенский, Лифшиц). Повидимому можно сказать, что характер желудочной секреции даже с ее крайними проявлениями, от hyperaciditas до полной anaciditas не оказывает влияния на щелочной резерв организма в смысле его постоянной установки, характерной для той или другой секреторной деятельности желудка. Да это и понятно: ведь если и происходит сдвиг в щелочном резерве в сторону повышения во время секреторной деятельности желудка, вследствие ухода иона хлора из крови (Гейлмайер, Янсен, Арнольди, Шехтер), то эти колебания AR—явление преходящее, быстро выравнивающееся с началом поджелудочной секреции, с уходом в кишечник щелочных валентностей, в связи с чем наблюдается последующее понижение напряжения CO_2 крови (Доддс и Мак-Интош). По данным Введенского щелочной резерв увеличивается на высоте пищеварения больше всего у гиперацидиков, в среднем на 3,9 объем. %/о CO_2 . Это вполне совпадает с данными о пищеварительном алкалозе, указанными нами в первой нашей работе 1926 г.

Какой-либо зависимости между характером секреции желудка и пробой Балинта с ощелочением подметить нам не удалось (см. табл. № 1). Последняя выпадала почти одинаково часто то положительно, то отрицательно при одном и том же характере секреции. Только в случаях анацидитас мы ни разу не имели положительной пробы.

Взаимоотношения между величиной AR плазмы, пробы Балинта и характером заболевания нами представлены на таблице № 2 (стр. 236).

Из табл. № 2 видно, что почти при всех заболеваниях желудочно-кишечного тракта AR колеблется в очень узких пределах, от 56 до 64,0 с средней величиной его в 59 объем. %/о CO_2 ; здесь наши цифры выше цифр, полученных д-ром Введенским (56,9%). Самый низкий щелочной резерв (все же выше величины умеренного ацидоза)=49,3% был у больной с печеночной коликой и калькулезным холециститом. Характер желудочной секреции у этой больной остался неизвестным. Активная реакция мочи этой больной в 3-х утренних пробах была резко сдвинута в кислую сторону, но все же у самой еще нижней границы нормы=5,00 (4,7—7,4 нормы). Проба Балинта была положительной. Здесь по всем данным имелся случай сдвига в сторону ацидоза негазообразного, скорее всего объясняющегося нарушением функции печени. Самый высокий щелочной резерв 67,1 получился у больного со стенозом пилоруса, подтвержденным операцией. Здесь сужение привратника сопровождалось обильным выделением натошак сока с пониженной кислотностью.

Таким образом, если судить по величине AR, который в среднем у язвенных больных около 59 объем. %/о CO_2 с крайними колебаниями

Таблица № 2.

Диагноз	Резервная щелочность по Van-Slyke в объемн. % CO ₂				Проба Балинта		
	Ниже 53	От 53—64	От 64—77	Среднее	Полож. +	Отриц. —	Неяс. +—
Gastrit. hyperac. . .	0	2	0	62,7	1	1	0
Cholecyst. chron. . .	0	1	0	64,00	0	1	0
Cholecyst. acuta . .	1 (49,3)	1 (61,8)	0	56,00	2	0	0
Carcinoma ventr. . .	0	2	0	56,05	1	0	1
Neurasthen. gastr. .	0	1	0	60,40	0	1	0
Gastrit. chron. . . .	0	2	0	57,7	1	1	0
Appendicit. chron. .	0	2	0	56,5	0	2	0
Achylia gastrica . .	0	3	0	59,4	0	3	0
Stenosis pylor part., peripyloritis	0	5	1 (67,1)	60,00	3	3	0
Ulcus ventr. et duodeni	1 (52,1)	11	2 (65,3) (64,2)	59,7	4	7	3
Ulcus pept. jejun. et stenosis ost. entero- anastomot.	0	1	0	57,4	0	1	0
Итого . . .	2	31	3		12	20	4

в 52,1 (случай был указан выше) и 65,3, то здесь мы не имеем никаких данных говорить о каком-либо сдвиге реакции в сторону ацидоза.

Проба Балинта, поставленная нами у 36 больных, в 12 случаях дала положительный результат, в 20—отрицательный и в 4—неясный (+—). Из таблицы № 2 видно, что одно и то же заболевание может давать разный результат пробы. В частности, из 15 язвенных больных только в 4 случаях проба оказалась положительной, в 3-х сомнительной, в 8 отрицательной. Нужно отметить, что проба ставилась у всех язвенных больных в болевой период.

Если мы во избежание каких-либо недоразумений остановимся на разборе выпадения пробы Балинта в случаях, где диагностика или подтверждалась операцией, или устанавливалась на основании патогномичных симптомов язвы (кровотечение, боли, анамнез), то и здесь мы не получаем четкого ответа. Так, из 5 заведомо язвенных больных один дал неясную пробу, трое—отрицательную, у одного из этих трех была пептическая язва тонкой кишки после бывшей гастроэнтеростомии и сужение гастроэнтероанастомоза, и только один дал положительную пробу (ulc. duodeni). Из шести случаев стеноза привратника в силу перигастрита и перипилорита на почве бывшей язвы (у всех диагноз подтвержден последующей операцией) в 3-х случаях проба положительна, в 3-х—отрицательна. При этом один больной был исследован три раза с промежутками от года до 6 месяцев. Первый раз проба выпала положительно, при вторичном и третичном исследованиях, несмотря на одни и те же объективные и субъективные симптомы (AR во все три раза почти один и тот же), проба выпала отрицательно. Таким образом мы можем видеть, что факт отсутствия ощелачивания мочи после интравенозного введения соды не является специфическим для язвенных больных, что это явление может быть при других заболеваниях жел.-киш. тракта так же часто, в чем наши данные вполне согласуются с данными Поппера. Кроме

того, заведомо язвенные больные более чем в 50% дали отрицательный результат. Возможно, что тот или другой результат пробы Балинта скорее всего будет зависеть от нарушения щелочно-кисотно-выделительной функции почек, чем от предполагаемой Балинтом жадности тканей к щелочам в силу сдвига их реакции в кислую сторону в сравнении с нормой.

Что касается эффекта ошелачивающей терапии, который, по словам проф. Зимницкого, является одним из убедительнейших доказательств правильности выставляемой им теории, то при разборе таблицы № 3 мы находим, что 7 случаев дали отрицательный эффект, 9 остались без эффекта, 11 случаев дали положительный результат, сказавшийся в ослаблении той или другой степени субъективных симптомов, гл. обр. в ослаблении болевых ощущений. Характерным здесь является одно, что положительный эффект при ошелачивании получился у больных с гиперсекрецией желудка.

Таблица № 3.

Д и а г н о з	Колич. дней приема со-ды	Колич. при-нат. соды в гр.	Проба Ба-линга	Резервная щелоч. по Van-Slyke			Эффект ошела-чива-ния
				До оше-лач.	После оше-лач.	Раз-ница	
1 } Achylia gastrica	2	3,2	—	55,7	—	—	— — — — — ухудшение
2 }	5	8,0	—	62,9	—	—	
3 Carcinom. ventr.	3	4,8	+	55,4	—	—	
4 Cholecyst. calculus acut.	4	9,2	+	49,3	53,7	4,4	
5 Cholecys. catharr. acut.	3	4,8	+	61,8	63,9	2,1	
6 Stenos. pylori	4	6,4	+	—	—	—	— — — — — Без эффекта
7 Ulcus duodeni	3	4,8	+	—	—	—	
8 Apendic. chron.	2	9,2	—	—	—	—	
9 Apendic. chron.	4	31,6	—	56,7	64,3	7,5	
10 Carcin. ventric.	3	5,2	+	—	—	—	
11 Gastrit. chron.	5	33,2	—	—	—	—	+ + + + + Ослабление и полное исчезнов. болез.
12 " "	11	60,4	+	56,0	58,00	2	
13 Neurast. gastric.	5	33,2	—	—	—	—	
14 Gastrit. hyperac.	5	41,6	—	64,2	71,4	7,2	
15 Ulcus ventric.	5	41,6	—	61,9	59,5	2,4	
16 Ulcus parapylor.	3	4,8	—	—	—	—	+ + + + + Ослабление и полное исчезнов. болез.
17 " "	3	4,8	—	57,4	59,5	2,1	
18 } Ulcus ventric.	2	3,2	±	—	—	—	
19 }	5	33,2	+	62,4	68,5	6,1	
20 "	5	33,2	—	60,00	70,5	10,5	
21 Ulcus duodeni	5	33,2	+	54,8	56,6	1,8	+ + + + + Ослабление и полное исчезнов. болез.
22 Ulcus pept. jejun.	15	53,2	—	57,4	58,9	1,5	
23 Ulcus duodeni	5	33,2	+	61,4	62,3	0,9	
24 Gastr. hyperac.	3	4,8	+	—	—	—	
25 " "	4	6,4	+	—	—	—	
26 } Stenos. pylori et peripylorit	4	6,4	+	—	—	—	+ + + + + Ослабление и полное исчезнов. болез.
27 }	5	41,6	—	58,6	67,7	9,1	

Влияние ошелачивания организма путем интравенозного введения соды и дачи ее per os на AR крови можно видеть из приводимых данных на этой же таблице.

В 12 случаях мы видим AR увеличенным после ошелачивания и только в одном пониженным. В этом пункте наши данные сходятся с литературными данными и расходятся только с данными клиники проф.

Кокчаловского, где в большинстве случаев, в 12 из 19, после ощелачивания AR снизился.

На основании полученных нами данных величин щелочного резерва плазмы крови и результатов пробы Балинта у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта говорить с определенностью о каком-либо сдвиге реакции тканей у язвенных больных патогенетически специфическом для них, мы не считаем себя в праве. В самом деле, сложный вопрос регуляции кислотно-щелочного равновесия в организме и его изменения, конечно, не может решаться на основании учета только двух величин. Этот вопрос подобно уравнению со многими неизвестными может быть разрешен только путем одновременного учета многих данных как со стороны крови, так, главным образом, мочи (Ph, кислотность, аммиак, фосфаты), что может быть охвачено только совместным изучением группы лиц.

Все же на основании данных активной реакции мочи (см. табл. № 4) у больных двух противоположных групп, язвенных и ахиликов, мы позволяем себе с большой осторожностью высказаться за сдвиг реакции у язвенных больных с гиперсекрецией скорее в сторону алкалоза.

Таблица № 4.

Ф а м и л и и	Д и а г н о з	Щелочной резерв по Van-Slyke до ошел.	Ph мочи до ощелач.		
			6 ч. ут. ноч. мочи	9 ч. дня	11 ч. дня
К—ев	Ulcus pept. jejuni . . .	57,4	7,00	8,00	8,00
М—чев	Ulcus ventr. curv. min. .				
	3 дня до перфорации . .	52,1	6,8	7,2	7,8
Гал—ин	Ulcus ventric.	61,9	5,6	6,6	7,2
Гал—ров	Ulcus ventricul.	60,0	5,6	6,2	6,6
В—ов Е.	Ulcus duodeni	54,8	5,7	5,4	5,4
Иг—ев		55,7	5,0	5,4	5,4
Ан—ов	Achyilia gastrica . . .	62,9	5,4	5,4	5,4
Ст—ов		59,5	5,4	5,4	5,4

В самом деле, почти при одном и том же AR активная реакция мочи части язвенных больных 3-х порций (ночной и 2-х утренних до приема пищи) без щелочения сдвинута в щелочную сторону, тогда как у ахиликов она сдвинута довольно резко в кислую сторону и стойко удерживается. Этот сдвиг реакции мочи при одном и том же щелочном резерве может быть показателем сдвига состояния обмена у язвенных больных с гиперсекрецией в щелочную сторону, о каковом мы имеем указания у Арнольди и Шехтера, устанавливающих этот сдвиг обмена при повышенной кислотности.

Заканчивая данное сообщение, мы позволим полученные результаты резюмировать следующим образом:

1. Проба Балинта с внутривенным ощелачиванием более чем в 50% у язвенных больных выпадает отрицательно.
2. Эта проба одинаково часто выпадает положительно при других болезнях желудочно-кишечного тракта.
3. Эти выводы позволяют сказать, что проба Балинта не является специфически-патогномичным симптомом круглой язвы.

4. Щелочной резерв плазмы, определяемый по Van-Slyke, у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта колеблется в пределах нормы (53—64 объемн. % CO_2).

5. Характер желудочной секреции не влияет на щелочной резерв плазмы в смысле его постоянной установки на той или другой высоте: гиперацидии и анацидии дают почти одни и те же величины щелочного резерва.

6. Эффект ощелачивающей терапии в смысле исчезновения болевых ощущений сказывается только у язвенных больных, сопровождающихся гиперсекрецией.

Литература: 1) Балинт. Wien. klin. Woch. № 1, 1926.—2) Зимницкий. Врачебное дело, № 17, 18, 19, 1926; № 3, 1928.—3) Скворцов. Ацидоз и алкалоз в медицине.—4) Губергрц. Сборн. „Науч. мысль“ 1928.—5) Лифшиц. Врач. газета, № 3, 1928.—6) Михлин. Врач. дело, № 6, 1928.—7) Введенский. Терап. арх. 1927.—8) Бельтюков. Ib.—9) Фортальнов. Ib.—10) Шендеров. Ib.—11) Толкачевская, Гальперин, Юровская. Терап. арх. Вып. 3. 1928.—12) Якимов. Каз. мед. жур. № 12, 1927, № 8, 1926.—13) Porrer. Wien. klin. Woch. № 36, 1926.—14) Лытков, Тарантаев, Соколовский. Клин. мед. № 9, 1928.—15) Кушелевский. Клин. медиц. № 28, 1928.—16) Holler und Bloch. Wien. klin. Woch. № 40, 1927, № 22, 1928.—17) St. Weiss, Sumegi, Undyardi. Klin. Woch. № 25, 1928.—18) Arnoldi u. Schechter. Deut. med. Woch. № 39, 1926.

3 сов. больница Брянского Здравотдела. (Зав. д-р В. Ф. Шуберт).

К вопросу о лечении брюшного тифа вакциной по Безредка.

А. Ф. Билибина.

Для борьбы с брюшным тифом мы и по настоящее время не имеем хорошо разработанной специфической терапии. От предложенной Chaptemess'ом сыворотки пришлось отказаться из-за тяжести явлений, связанных с ее применением. Усовершенствование же способов ее приготовления и применения (комбинированный способ Rodé), хотя и дает весьма утешительные результаты по сообщениям французских авторов, но находится еще в стадии разработки. Значительно подробнее разработан вопрос о вакцинотерапии у нас, главным образом проф. Лавриновичем и проф. Гранстрем, из работ которых видно, что наилучший эффект получается от внутривенного способа введения вакцины, дававшего во многих случаях abortивное течение брюшн. тифа. Все же, несмотря на это, вакцинотерапия бр. тифа не получила достаточно широкого распространения в силу целого ряда противопоказаний к ней (слабость сердца, туберкулез, беременность), а также в силу стеснения ее моментом применения (не позже 10-го дня) и появлением некоторых осложнений. Поэтому вполне понятно обращение к более простому и менее безобидному способу, а именно к вакцинотерапии per os по Безредка.

Последний способ был испробован на небольшом материале французскими авторами (Le Blaye) с хорошими результатами. У нас впервые применен Алисовым, сообщившим о своих наблюдениях в 1927 г.

(Русск. кл., № 42) и в своем выступлении на 11-м Съезде терапевтов в 1928 году. Указанным способом вакцинотерапии Алисовым проведено 72 случая бр. тифа, и выводы его сводятся к тому, что прием вакцины регос „укорачивает течение болезни, резко понижает смертность и уменьшает количество осложнений. Эффект тем более выражен, чем раньше предпринято лечение... Метод этот вполне безопасен и идеален по простоте—употребления“.

Имея ввиду работы Алисова, а равным образом и Глухова, лечившего аналогичным способом в Ленинграде дизентерию, мы провели лечение 103 брюшно-тифозных больных путем приема регос брюшно-тифозной вакцины (в таблетках), получаемой нами из Москвы из Ин-та им. Мечникова. Способ применения вакцины у нас был таков: таблетки хорошо размельчались и разбалтывались в воде, и в таком виде давались для приема больным, причем в 1-й день начала лечения 1 таблетка, а в последующие дни по 1 таблетке 2 раза в день, 1 раз утром натощак, а второй раз за $1\frac{1}{2}$ часа перед обедом. Слабительных предварительно, как это делал Алисов, мы не давали. По прошествии 4 дней такого лечения вакцина отменялась и только в некоторых случаях, дня через 3, назначалась повторно в течение стольких же дней.

Для более точного учета результатов лечения нами для сравнения взято 56 случаев, леченных обычным симптоматическим способом, причем как первые 103 случая, леченные вакциной, так и вторые 56, леченные симптоматически, относились к одной и той же вспышке эпидемии, и диагноз их точно обоснован либо бактериологически, либо серологически. Все неясные случаи в обеих группах в расчет не приняты.

Сравнительную оценку результатов нашего лечения можно себе представить из таб.

	Продолжительность лихорадочн. состояния										Смертн.		Рецидивы	
	До 2-х недель		До 3-х недель		До 4-х недель		До 5 недель		Свыше 5 недель					
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
У леченных вакциной (103 ч.) . .	4	3,9	27	26,9	32	31,9	23	22,9	8	7%	9	7,3	6	5,6%
У леченных симптомат. (56 ч.) . . .	5	8,7	8	15,2	10	17,6	12	21,6	15	25,9	7	11	8	15,2

Прежде всего необходимо отметить у группы леченных вакциной значительное сокращение лихорадочного периода—сравнительно с группой леченных симптоматически.

Весьма важным обстоятельством, говорящим за наличие терапевтического эффекта, по нашему мнению, является снижение количества рецидивов в группе леченных вакциной почти втрое (5,6% против 15,2 у леченных симптоматически). В соответствии с этим и цифра смертности снизилась с 11% до 7,3%.

Что касается влияния вакцинотерапии на abortивное окончание тифа, то такового подметить нам на нашем материале не удалось. А

именно на 103 случаев абортное течение наблюдалось нами в 6 случаях, в то время как на 56 случаев, леченных симптоматически, мы также отметили его в 5 случаях.

Сказывалась ли вакциноterapia per os на количестве и качестве осложнений при бр. тифе? Наш материал в этом отношении дает очень пеструю картину и приводить какие-либо цифры мы воздерживаемся до увеличения количества своих наблюдений, отметим лишь, что на имевшиеся осложнения до начала лечения вакциноterapia, эффекта никакого не оказывала. В целом ряде случаев наблюдалось на 3—4-й день снижение и субъективное улучшение. Случаи с нарастанием явлений интоксикации несмотря на применение вакцинотерапии, хотя и имели место, но по преимуществу относились к тем случаям, когда лечение было начато поздно (более чем на 15-й день). Срок же, в который лечение начинается, играет важную роль. Так, средняя продолжительность лихорадочного состояния у больных, у которых лечение начато до 10 дня, равняется 23 дням; с началом лечения—до 15 дня—24 дн.; до 20-го—28 дн.; свыше 20-го—31 день.

Выводы: Вакциноterapia per os по Безредка брюшного тифа оказывает несомненный терапевтический эффект, сказывающийся уменьшением смертности, количества рецидивов и укорочением лихорадочного периода, а потому заслуживает более широкого применения.

Из Пропедевтической хирургической клиники Астрахан. мед. института. (Завед. клиникой проф. А. Т. Лидский).

О связи мускулатуры червеобразного отростка и Баугиниевой заслонки.

Студ. Б. П. Кириллова.

В последнее время кривая аппендэктомий, как видно из многочисленных статистик, неуклонно растет, и эта массовая операция является преобладающей в работе некоторых клиник (Бурлаков—31% аппендэктомий из числа всех операций). Несомненно, что такой огромный процент аппендэктомий заставляет хирургов критически проанализировать материал их клиник. Но что вызывает особое беспокойство—это отдаленные результаты аппендэктомий, которые нередко компрометируют данную операцию, давая большие проценты рецидивов тех же болезненных симптомов, которые существовали и до операции. Процент рецидивов от 3,9% у Розанова по другим авторам резко поднимается (Horn 21%, Lick 40%, Родзиевский 57,8%, Coffes 50%). Такие огромные колебания в характере исходов заболеваний, диагностика которых, казалось бы, должна быть разработана хорошо, являются прямо поражающими. Невольно встает вопрос о целесообразности такого количества аппендэктомий и тесно связанный с ним вопрос о диагностических ошибках. Необходимо оговориться, что мы имеем ввиду болезненные явления, идущие под диагнозом хронического аппендицита, а не острого, т. к. в отношении последнего диагностика и показания к операции

не представляют особых затруднений, и поэтому операции в острых случаях аппендицита дают результаты, удовлетворяющие хирургов.

Разбирая вопрос о хроническом аппендиците, мы видим, что несмотря на тщательно проведенную диагностику хронического аппендицита, по крайней мере у некоторых хирургов, очень велик процент рецидивов. Ситковский в своей работе по этому вопросу ставит основной причиной неудач диагностические ошибки. Родзневский, проанализировав свой материал (171 больной) с диагнозом хронического аппендицита, указывает, что несмотря на клинически достоверный диагноз, в 63 случаях был удален совершенно нормальный патолого-анатомически отросток (если не считать иногда бывшее увеличение числа лимфатических фолликулов). С другой стороны, на 44 рецидива в 26 случаях был найден отросток макроскопически измененным. Казалось бы, в этих случаях, где мы имеем клинически и патолого-анатомически аппендицит, операция должна была радикально избавить больного от всех болезненных явлений. Однако это далеко не так. Проще всего было бы объяснить эти рецидивы спайками, которые образуются иногда после аппендэктомий. Но все же хирургу довольно часто приходится находить сращения при лапаротомиях, как первичных (сращения вследствие воспалительных явлений в полости живота), так и при вторичных (сращения вследствие оперативного вмешательства), и в громадном большинстве случаев эти сращения не вызвали у больных никаких болезненных явлений. У Ф. О. Гаусмана мы находим в работе о псевдорецидивах следующее: „свежий внутренний рубец или сращения после операции, или затронутый нерв могут быть причиной страдания. Но эти последние причины послеоперационных страданий играют роль не так часто, как говорится больным“.

Кроме всего вышесказанного, сам характер болей после операции хронического аппенд. заставляет думать, что рецидивы болей, обусловленные спайками, далеко не так часты. Ибо, во первых, характер болей остается тот же что и до операции (очевидно обусловленный одной и той же причиной), а с другой стороны, быстрота их появления, иногда даже без светлого промежутка после операции, чаще всего через 1—2—3 месяца, что является сроком недостаточным, как указывает проф. Лидский, для развития в образовавшихся спайках столь высоко дифференцированных нервных окончаний, которые служат для восприятия болей. Конечно, роль спаек в этиологии болей может быть объяснена не только присутствием в них нервов, что доказано Вережинским. Боли могут быть обусловлены сращениями с париетальной брюшиной, брыжейкой и проч. Но этот вид сращений встречается не часто. Все это как бы говорит за то, чтобы не приписывать послеоперационным сращениям доминирующей роли в патогенезе и этиологии рецидивов после аппендэктомий.

Учитывая все изложенное, приходится направить мысль по иному руслу для объяснения рецидивов. Если спайки не повинны, то, очевидно, первопричина—источник болей не удален, хотя аппендэктомия произведена. Иными словами клинические явления, указывающие на аппендицит, не всегда зависят от заболеваний отростка, и видимо существуют болезненные процессы, симулирующие аппендицит. В соответствии с этим стоит работа А. И. Абрикосова о клинко-анатомических противоречиях в вопросе об аппендиците. В своей работе он указывает, что часто (от 5 до 50%) присланный патолого-анатому отросток, удаленный по по-

воду аппендикита, никаких следов воспаления не имеет, за исключением лимфоидной формы аппендикита, или изменений инволюционного характера (склероз подслизистой ткани, атрофия слизистой оболочки и лимфатического аппарата и др.), которые он не считает за особую форму хронического аппендикита, не признавая вообще идиопатическую форму хронического аппендикита и считая возможным развитие его лишь из острого. Далее он объясняет болезненные симптомы при „аппендиците“ без аппендикита, относя часть к аппендикалгиям от атонии отростка, вызванным постулением, задержанием в просвете его кала, и неправильной перистальтикой. Другую часть случаев он относит за счет неправильностей в функции вегетативной нервной системы, когда боли не связаны с отростком, а лишь проецируются в область его. Rössle объясняет такие аппендикулярные колики у невропатических субъектов движением мускулатуры отростка—спазмами ее.

В последнее время появилось несколько работ по вопросу о причинах рецидивов после аппендэктомий. Среди них нужно отметить работу В. Н. Розанова, который считает свой процент рецидивов низким (3,9%) благодаря тому, что при операции аппендикита он учитывает патологические состояния соесум (подвижность, существование брыжейки, соесум mobile, расширение ее, наличие тифлитов, тифлоколетов и проч.) где аппендикит—явление вторичное. Такое же значение имеют тяжи и сращения, которые фиксируют проксимальный отдел толстого кишечника и служат источником ряда болезненных явлений, характерных для аппендикита. Далее мы остановимся на работе И. И. Грекова—о значении аномального состояния *v. Vaughanii*, именно ее спазмов, в симптомокомплексе „аппендикита“, а возможно и в этиологии хронических аппендицитов, и как одного из источников рецидивов после аппендэктомии. По мнению Грекова *colica appendicularis* часто зависит от спазмов Баугиниевой заслонки, а не только от сокращений отростка, и боли в точке Mac Bärney, произвольно или искусственно вызванные, есть результат массирования соесум и *pars coecalis ilei* (с. спазмы Баугиниевой заслонки). Что касается отростка, то он, по Грекову, играет роль источника рефлексов, вызывая спазмы Баугиниевой заслонки, именно: вследствие интимной связи мышечной его оболочки с *m. iliocolicus*. Вообще под влиянием каких-либо патологических явлений спазмы могут возникать в любом месте желудочно-кишечного тракта, но с особенной силой они должны проявляться в области заслонок в виду мощности их сфинктеров, снабженных развитой нервной сетью, заведующей работой заслонок (Греков). Далее Греков анализирует главные симптомы хронического аппендикита, останавливается на следующих моментах (приведу некоторые):

1. Коликообразные, периодические боли спазматического типа, тянущий их характер зависит от растяжения газами соесум. Эти коликообразные боли могут зависеть: или а) от сокращений отростка, или б) от сильного внезапного растяжения сращений, или с) от сокращений Баугиниевой заслонки. Принимая же во внимание, что в части случаев, когда производится аппендэктомия, и устраняются имеющиеся сращения, а больные облегчения не получают, следует признать в этих случаях единственной причиной спазмы Б. заслонки, в некоторых случаях вторичного происхождения. Спайки и тяжи, затрудняя и извращая перистальтику, также могут рефлекторно вызывать спазмы Б. заслонки, ведущие к появлению новых сращений таким путем, что вначале появляются язвенные катарры, а последние в дальнейшем, путем развития лимфангоитов, ведут к образованию сраще-

ний. Получается как бы *circulus vitiosus*. — «Спазмы вызывают сращения, а последние усиливают спазмы».

2. Запоры и периодические немотивированные поносы. Лишь в единичных случаях можно объяснить эти явления вялостью кишечника или сращениями, тем более что весьма часто одна аппендэктомия устраняет все ненормальности со стороны кишечника. Улучшение болезненных явлений происходит здесь потому, что операцией устраняется одна из причин спазмов Б. заслонки, которые аналогично органическим стенозам ведут к запорам.

3. Нервные моменты — то что у одних больных имеются болезненные явления слегка выраженные, а у других они вызывают бесконечные страдания, доказывает различие нервной конституции этих больных, каковая несомненно играет большую роль в этиологии спазмов Б. заслонки.

Ряд причин, которые вообще вызывают спазмы кишок — химические, термические, механические агенты, рефлексы центрального и периферического характера, сращения и т. п. могут играть роль в этиологии Баугиноспазма; но главной причиной надо считать аппендикс, удаление которого в некоторых случаях устраняет Баугиноспазм, так же как заболевание его вызывает и поддерживает этот спазм. И. И. Греков дает этому факту следующее объяснение: „удаление отростка устраняет спазм Б. заслонки, потому что ставит ее в независимые от отростка отношения“.

Итак, приведенные факты и гипотезы позволяют уже заключить, что между отростком и Б. заслонкой существует какая то связь. Что патологический процесс, начавшись в отростке, весьма часто вовлекает Б. заслонку, причем болезненные явления (спазмы) со стороны последней начинают иногда доминировать во всей картине заболевания. Если применить эту точку зрения к вопросу о причинах рецидивов, то можно сказать, что в тех случаях, когда был только рефлекс с отростка resp. спазм Б. заслонки, вызванный рефлекторно, аппендэктомия излечивала больных; в тех же случаях, когда получились стойкие изменения Б. заслонки, вследствие того что раздражитель успел переключиться с отростка на Б. заслонку, аппендэктомия явилась запоздавшей, и боли оставались при больном. Это подтверждается фактом рецидивов после удаления уже „невинных“ в настоящее время отростков, но в которых имеются следы бывшего воспаления (облитерация, утолщения и т. д.). Эти отростки в свое время явились причиной спазмов Б. заслонки, каковые имеют место и по сие время, и служат причиной всех жалоб больных и до, и после аппендэктомии. С другой стороны, понятен обратный путь, т. е. сокращения отростка вследствие спазмов Б. заслонки, вызванных какими-либо другими причинами (колиты, сращения и т. п.)

Из всего вышеизложенного мы видим, что, даже рассуждая теоретически, мы должны предположить какую-то связь отростка с Б. заслонкой. Но эту связь необходимо твердо установить анатоми-гистологическими исследованиями. Насколько нам известно, в литературе имеется одна лишь работа Heile, посвященная вопросу анатомической связи отростка и *m. ilio-colicus* (составной части Б. заслонки). Heile установил, что у человека червеобразный отросток, являясь концом *coeci*, образован таким образом, что все *teniae coeci* соединяются вместе у конца последней и образуют трубку, resp. червеобразный отросток. Из этого видна тесная связь червеобразного отростка с продольной мускулатурой толстой кишки. Эта продольная мускулатура в своей задней *taenia*, прежде чем перейти на червеобразный отросток, направляется на устье впадения тонкой кишки в толстую. В этом месте при тщательном препарировании

Heile находил заднюю продольную *taenia* и циркулярный замыкающий мускул Б. заслонки, переходящие одна в другую. Кроме перехода *taeniae posterior coeci* в червеобразный отросток и закрывающий мускул Б. заслонки (*m. iliocolicus*) связь эта выражается еще тем, что иннервация отростка и запирающего мускула Б. заслонки происходит через общий чревный нерв, причем нервные волокна последнего, идущие к отростку и *m. iliocolicus*, анастомозируют между собой.

Признавая всю важность этой связи, мы сочли нелишним выявить более точно, путем гистологических исследований эту предполагаемую связь мускулатуры отростка и Б. заслонки, ибо одна грубо анатомическая связь, устанавливаемая Heile, недостаточна для подтверждения высказанных клиницистами теорий связи болезни отростка с дефективностью Б. заслонки. Эту задачу мы попытались разрешить нашими исследованиями, краткие результаты которых мы приводим ниже. Нами был проведен ряд гистологических исследований препаратов, содержащих Б. заслонку, часть *coeci* и отросток. Эти препараты добыты на секционном столе от субъектов различного возраста, начиная от эмбрионов 7 месяцев, и кончая субъектами пожилого возраста. Не имея возможности по чисто техническим соображениям привести в данной работе описание всей коллекции препаратов, приготовленных нами в процессе данной работы, мы ограничиваемся приведением только наиболее демонстративных. К сожалению, также по техническим условиям, не могут быть помещены в печати рисунки наших препаратов.

Первоначально нами были взяты препараты от взрослых субъектов, содержащие створку Б. заслонки (с *m. iliocolicus*), часть *coecum*, и прилежащий к ней отрезок отростка. С этих препаратов микротомом был проведен ряд сериальных срезов по направлению от Б. заслонки к отростку (толщина срезов 9 - 12 микронов). На этих срезах нам удалось установить довольно свободно непосредственный переход мышечных волокон с Баугиниевой заслонки на *appendix*. Однако трудность изготовления цельного препарата ввиду большого размера блока при исследовании препарата взрослого, заставила нас обратиться к изучению соответствующего отдела на зародышах 7 месяцев (у которых вполне развита мускулатура и интересующая нас часть кишечника); вырезая у них часть кишечника, содержащую *pars coecalis ilei*, *coecum*, и отросток, проводили срезы таким образом, чтобы в один гистологический препарат попали: Б. заслонка, *coecum*, и отросток. На данных препаратах мы можем также констатировать переход мышечных волокон с мускулатуры Б. заслонки на отросток. Для того, чтобы быть вполне уверенным в точности соотношения исследуемых частей, мы изготовили еще ряд препаратов, в которых провели контрольную кетгутовую нить из просвета *pars coecalis ilei*, через отверстие в Б. заслонке, в просвет *coecum*, и далее в просвет отростка. Такой препарат представляет из себя отрезок кишки, заключающий в себе место перехода тонкой кишки в толстую, и далее в отходящий от последней червеобразный отросток. Границей перехода является Б. заслонка, которая в данном препарате представляется в виде двух створок — выпячиваний стенки кишки. Эти выпячивания состоят из тех же оболочек, что и кишка, т. е. слизистой, подслизистой, и мышечной оболочек. Оба эти выступа располагаются конусообразно, причем конус, открытый в сторону тонкой кишки, состоит из ворсин

и прочих характерных признаков для тонкой кишки (Либеркюновы железы с бокаловидными клетками, закраенный эпителий и проч.) На нижней поверхности каждого из этих выпячиваний, обращенной в полость толстой кишки, слизистая оболочка—аналогична слизистой оболочке толстой кишки, т. е. она не имеет ворсин. На верхушках этих выпячиваний наблюдается укорочение в длину ворсин по сравнению со стороной, обращенной в полость тонкой кишки, а перейдя на нижнюю поверхность, обращенную в полость толстой кишки (соеси), ворсины все более и более понижаются, и наконец совершенно исчезают на некотором расстоянии от верхушек выпячиваний геср. створок Б. заслонки. Подслизистая оболочка выпячиваний состоит из рыхлой, волокнистой соединительной ткани, содержащей кровеносные сосуды, перерезанные в различных направлениях, и нервные стволы. На верхушке выпячиваний, в подслизистой находится большое скопление лимфоцитов, которые складываются в солитарные фолликулы. Мышечная оболочка—*muscularis externaе*—состоит из двух слоев: наружного продольного, и внутреннего кольцевого. Наружный продольный слой *muscularis externaе*, начинаясь в тонкой кишке, переходит не прерываясь на толстую кишку (соесит), частично заходя в выпячивание (Б. заслонку), не доходя до их конца—верхушек, и дальше не прерываясь переходит в продольный слой *muscularis externaе* отростка.

Внутренний кольцевой слой *muscularis externaе*, также переходит с тонкой кишки на Б. заслонку, причем данный слой образует в ней мощную мускулатуру, которая доходит до самой верхушки створок заслонки. Далее кольцевой слой, не прерываясь, переходит на толстую кишку, где продолжает сохранять значительную толщину своего слоя, и ниже переходит не прерываясь на отросток, причем в области перехода его в месте отхождения отростка от слепой кишки дает утолщение мускулатуры (кольцевой слой *musc. externaе*)—сфинктер отростка (*sph. Gerlachii*). Таким образом, гистологически устанавливается непрерывный ход мышечных волокон с отростка через мускулатуру слепой кишки в мощную мускулатуру Баугиниевой заслонки, где главная ее масса состоит из циркулярного слоя *muscularis externaе*. Продольный слой *muscularis externaе*, сохраняя также непрерывное направление с отростка через соесит на Б. заслонку, в образовании мускулатуры Б. заслонки принимает меньшее участие, входя лишь только в основание Б. заслонки.

Только учитывая глубоко интимную связь между отростком и Б. заслонкой, становится понятным ряд явлений в патологии области слепой кишки, отсюда и аппендэктомия по поводу хронического аппендицита, быть может, должна занимать далеко не первое место в арсенале оперативных мероприятий по поводу заболеваний в этой области. И в тех случаях, когда аппендэктомия была проделана и получился рецидив, хирургическое вмешательство было односторонне, операция не доделана, т. к. не было обращено должного внимания на соесит, *pars coecalis ilei*, и главным образом, на Б. заслонку, как не исключена возможность и ошибочной диагностики.

Суммируя все вышеизложенные, неизбежно выводим следующие положения, частью не раз уже высказанные другими авторами:

1. В симптомокомплексе, течения, а возможно и в этиологии аппендицитов, нарушения функции Баугиниевой заслонки, в частности ее спазмы, играют весьма большую роль.

2. Считая доказанной связь мускулатуры Б. заслонки и аппендикса, анатомически (Heile) и гистологически (наши исследования), становится понятным, что сокращения одного органа должны передаваться на другой.

3. Ряд патологических изменений, возникающих в аппендиксе, передаются путем рефлекса или непосредственно на Б. заслонку, вызывая ее спазмы, от которых и зависит во многих случаях хронического аппендицита главная масса болезненных симптомов.

Некоторые патологические процессы, как со стороны кишечника, так и вне его, вызывая спазм Б. заслонки, могут аналогичным путем вызывать сокращения и спазмы отростка, обуславливая собой неврогенный и миогенный путь „аппендицита“.

Из Госпитальной хирургической клиники Казанского медицинского института
(Директор проф. В. Л. Боголюбов).

Случай околопочечной ретроперитонеальной кисты.

Ординатора В. И. Низнера.

Околопочечные кисты относятся к числу очень редко встречающихся патологических образований. Они представляют большой интерес не только из-за их редкости, но также в виду трудности их распознавания—диагностики их, а также и в отношении их патогенеза. Не все авторы единодушны в вопросе о том, какие кисты считать околопочечными. Regier, например, считает за истинные параренальные кисты только такие, которые развились в области параренальной клетчатки и не имеют другого отношения к почке кроме соприкосновения с ней. Другие же авторы, и их большинство, не исключают из группы параренальных кист также и те кистовидные образования, которые имеют более тесный контакт с почкой, имеют сообщение или сращение с лоханкой, с почкой или располагаются в фиброзной капсуле ее. Из группы околопочечных кист исключаются кисты паразитарного происхождения—эхинококк, а также гидро и пионефроз. Околопочечные кисты принято теперь делить на следующие группы по Küster'y: 1 группа—травматические, более правильно называть их по Федорову, Lipens'y—фибринозными; 2 группа—кисты эпителиальные; 3 гр.—кисты лимфатические; 4 гр.—кисты, развивающиеся из эмбриональных остатков Вольфовых тел и, наконец, 5 гр.—кисты дермоидные.

Литературные данные о случаях околопочечных кист чрезвычайно ограничены. До 1911 г. из иностранной литературы Шамовым собрано только 30 случаев околопочечных кист, из русской же литературы за это время Шамов не приводит ни одного случая этих образований. У проф. Федорова имеются наблюдения случаев некоторых видов кист и есть указания на то, что число наблюдений среди хирургов в настоящее время, вероятно, увеличилось. Посильное знакомство с доступной мне литературой последних лет показало, что у иностранных авторов имеются лишь общие указания о ретроперитонеальных кистах,

случаев же околопочечных кист найти не удалось. Из русских авторов указания на случаи околопочечных кист мы нашли лишь у проф. Федорова и его учеников. Из указанных 5-ти групп околопочечных кист 3-я группа их—кисты лимфатические, а также кисты, возникшие из остатков Вольфовых тел, встречаются особенно редко.

Настоящий случай ретроперитонеальной кисты, с большой вероятностью могущий быть отнесенным к случаю параренальной кисты, развившийся из остатков Вольфовых тел, случай, оперир. проф. В. Л. Боголюбовым в нашей клинике, представляет, таким образом, большую редкость.

Вопрос об этиологии параренальных кист до настоящего времени остается еще не совсем решенным. Существуют различные гипотезы о патогенезе их. В отношении 1-й группы, кист травматических, фибриновых по Федорову, которые получаются после осумкования параренальных кровоизлияний, не решенным остается вопрос—какая причина этих кровоизлияний. Указывают, что источником кровоизлияния является патологически измененная почка, неправильное фиксированное положение ее, ненормальная смещаемость, ее венозный застой, а также на общие причины—гемофилию, геморрагический диатез и прочее.

В отношении происхождения других видов кист большинство авторов принимает теорию образования околопочечных кист из остатков Вольфова тела и ходов (теория, предложенная впервые в 1889 г. Przewoski), а также из различных эмбриональных остатков, при эмбриональном формировании почечной ткани (Loovad, Albarran, Obalinski, Philippi, Sihal-Jacques).

В отношении происхождения околопочечных лимфатических кист вопрос до сих пор остается еще не решенным. Некоторые авторы, наприм., Clavs, Bartels, сомневаются, причислить ли ретроперитонеальные кисты лимфатического происхождения к новообразованиям лимфатических сосудов, в смысле лимфангиом, или же принимать их за образования, механизм получения которых сводится к лимфоэктазии. Vestmann (1925 г.) считает мало вероятным взгляд, что лимфатические кисты образуются через расширение лимфатических путей; он высказывает предположение, что кисты могут образоваться вследствие изменения лимфатической железы после инфаркта, некроза или хронического воспаления железы. Некоторые авторы рассматривают лимфатические кисты, как врожденные новообразования. Некоторые авторы полагают, что параренальные лимфатические кисты образуются на почве застоя лимфы в параренальной ткани. Получение их было вызвано экспериментально—путем перевязки мочеточников.

Кисты, образующиеся из остатков Вольфова тела, развиваются в жировой капсуле почек или в параренальной клетчатке. Внутренняя поверхность стенок этих кист одета цилиндрическим эпителием или эпителием, как говорил профессор Федоров С. П., непохожим на плоский эпителий. Содержимое их—серозная жидкость с малым удельным весом.

Эпителиальные околопочечные кисты, по мнению некоторых, видимо, представляются врожденными. По мнению некоторых авторов (Федоров и др.), эпителиальные кисты образуются из остатка мезонефров при внутриутробной жизни плода.

Околопочечные кисты встречаются чаще у женщин, чем у мужчин. Из статистики Шамова видно, что наиболее околопочечные кисты наблюдаются в возрасте между 20—50 годами. Располагаются околопочечные кисты преимущественно на правой стороне, что видно также из данных этого автора.

В нашем случае киста располагалась также на правой стороне. В литературе отмечается тот интересный факт, что околопочечные опухоли часто сочетаются с опухолями других органов. В нашем случае имелось кистозное изменение правого придатка.

Касаясь диагностики околопочечных ретроперитонеальных кист, нужно сказать, что она, как и вообще диагностика всех ретроперитонеальных опухолей, очень трудна, несмотря на то, что в настоящее время имеется большой арсенал диагностических методов. Из 30-ти упомянутых случаев околопочечных кист, собранных Шамовым, ни в одном случае не было поставлено правильного диагноза до операции. Из них в 2-х случаях предполагался диагноз смещенной почки (Piquet, Brault), в 4-х случаях был поставлен диагноз кисты яичника (случ. Cruvellhier, Obalinski, Perier), в 1-ом случае асцит и цирроз печени, в 2-х случаях диагноз эхинококка печени и почки, в 2-х случаях опухоль почки. В остальных случаях указаний на предполагавшийся диагноз не имеется. Из 105 случаев околопочечных опухолей по статистике Шамова только в 2-х сл. был поставлен правильный диагноз.

Трудность диагностики вообще забрюшинных опухолей признается всеми, а околопочечных кист в особенности. Прежде всего положение опухоли и отношение ее к другим органам. Где располагается опухоль, забрюшинно или внутрибрюшинно? Этот вопрос решить надо прежде всего, ибо подход к забрюшинной опухоли через брюшную полость всегда не желателен.

В этом случае решение вопроса о виде опухоли часто отходит на 2-ой план. Вот что говорят проф. Федоров, касаясь диагностики параренальных опухолей: „при очень больших опухолях нужно считать себя удовлетворенным, если удастся распознать *забрюшинное* расположение опухоли, ибо забрюшинные опухоли нередко смешивали с кистами яичника, с опухолями печени и другими *внутрибрюшинными* опухолями“. Приведенные выше данные об ошибках в случаях околопочечных кист достаточно ярко подтверждают эти слова проф. Федорова.

Осмотр живота при наличии кистовидной опухоли не решает вопроса о забрюшинном или внутрибрюшинном ее расположении. Обычно вопрос этот решается путем исключения. При небольших опухолях, когда они выходят из подреберного края, относительная неподвижность их при дыхании позволяет исключить поражение печени и селезенки, это подтверждается еще возможностью определить пальпаторно и перкуторно края этих органов, однако при этом необязательно будет речь идти о забрюшинных опухолях. Спур советует для распознавания почечной опухоли обращать внимание на то, что в случае таковой при бимануальном исследовании вращательные движения руки со стороны поясницы передаются руке, расположенной сверху, тогда как при внутрибрюшинном положении опухоли рука эта будет ощущать толчок. Григорьев отмечает важность низведения печеночного и селезеночного изгиба кишек

при забрюшинных опухолях, но, как указывает проф. Веденский, симптом этот мало надежен для диагноза правосторонних поражений, ибо и в норме печеночный изгиб часто стоит низко.

Kustaul указывает, что перед селезенкой никогда не лежит кишка. Josephson, как признак забрюшинной опухоли, трактует следующий симптом—если опухоль через брюшные стенки захватить и вывести вперед, то после отпускания, она быстро уходит назад. Определение положения опухоли отношением ее к искусственно раздутому кишечнику не всегда дает желаемый результат. Может случиться так, что забрюшинная опухоль, оттесняя петли кишок, будет непосредственно прилегать к передней брюшной стенке и, наоборот, внутрибрюшная опухоль может закрываться петлями раздутых кишок.

В конце концов, вопрос определения положения опухоли и ее отношение к органам, может быть решен, видимо, только путем применения комбинированных методов исследования и исследования специального. При наличии забрюшинных опухолей практически бывает важно исключить поражение почки. Отсутствие гематурии, отсутствие вообще каких-либо патологических изменений в моче обычно указывает на незаинтересованность почки. Методы определения функциональной способности почек, катетеризация, цистоскопия, хромоцистоскопия дают многое для распознавания заинтересованности почек при наличии забрюшинной опухоли. Применение рентгена при помощи контрастов также иногда дает возможность точно установить локализацию опухоли.

В этом случае применяют уретро-пизлографию и пневморэн, а для исключения (заинтересованности) внутрибрюшинных опухолей просвечивание при раздутых петлях кишок и пневмоперитонеум.

Вопрос о том, откуда исходит забрюшинная опухоль из околопочечной или ретроперитонеальной клетчатки, по мнению большинства авторов, решить невозможно. Наконец, определение вида околопочечной опухоли, околопочечной кисты, может быть произведено лишь после удаления оперативным путем и тщательного макроскопического и микроскопического исследования.

Позволю теперь перейти к изложению истории болезни случая околопочечной ретроперитонеальной кисты, наблюдавшегося в нашей клинике.

Больная Мух—нова, 27 лет, татарка, домашняя хозяйка. Поступила в к-ку 5 февраля 29 г. по поводу опухоли правой половины живота. Жалобы на болезненность, чувство тяжести в животе, чувство давления в месте расположения опухоли, жалобы на частые запоры, тошноту, на появляющиеся часто головные боли, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, раздражительность и сердцебиение. Опухоль больная чувствует постоянно, она как бы мешает ей при ходьбе, после физического напряжения больная испытывает усиление болевых ощущений в месте расположения опухоли, и боли чувствуются в пояснице и верхней трети ребра. Опухоль иногда самой больной прощупывается ясно, всегда почти при вертикальном положении, при горизонтальном же положении опухоль исчезает, и больная не может ее прощупать.

Около 6-ти лет тому назад, вскоре после родов, больная заметила у себя в правом подреберье подвижную опухоль величиной с крупное яйцо. Опухоль эта мало беспокоила больную и только спустя год после третьих родов больная отметила увеличение опухоли, ее большую подвижность и стала испытывать болезненные ощущения в правой половине живота и поясницы. С тех пор больная постоянно испытывает чувство полноты и болезненности в животе, расстройство органов пищеварения, отрыжку, тошноту и т. д. Расстройства со стороны моче-

испускания не отмечала. Половая зрелость наступила около 15-ти лет; менструации приходили правильно, лишь после замужества бывали задержки. Из перенесенных болезней в детстве отмечает корь; 17-ти лет перенесла брюшной тиф и через год—сыпной; 7 лет тому назад перенесла заболевание, сопровождавшееся желтухой. С 1925 года подозрение на тbc легких; последние годы лечилась по поводу воспаления придатков. Замужем с 18-ти лет. Имела 4 беременности—они протекали нормально. Со стороны наследственности особенностей нет. Венерические болезни отрицает. Материальные условия жизни удовлетворительны.

Объективно: Больная среднего роста, правильного телосложения, питания ослабленного. Кожные покровы смугловаты, тургор их несколько понижен. Видимые слизистые Н. Лимфатические железы слегка увеличены и прощупываются в подмышечных и подчелюстных областях в виде плотных узелков. Мышцы несколько дряблы. Границы сердца в пределах нормы. Тоны глуховаты, Р—72—76 в 1 м. правильный, среднего наполнения, напряжения ослабленного. Границы легких—Н. При перкуссии незначительное притупление левых подключичных впадин; при аускультации—жестковатое дыхание и незначительный выдох в области верхушки левого легкого. Язык влажен, несколько обложен, изжога. Со стороны нервной системы—повышенная нервная возбудимость, сухожильные и мышечные рефлексы повышены, зрачки реагируют правильно; дермографизм красный—в резкой степени. Стенки живота дряблы. Живот протитчен. Печень увеличена—выходит на 2 поп. пальца из под правой реберной дуги. В правой половине живота имеется опухоль кругловатой формы. Опухоль подвижна, ясно отграничена от прощупываемого края печени. Опухоль легко смещается. Верхние границы опухоли уходят в правое подреберье, в область почки; при вертикальном положении нижняя граница опухоли стоит на уровне горизонтальной линии, проведенной на 2 см. ниже пупка. При захватывании опухоли и ведении ее вперед и последующем опускании—опухоль устремляется в область правой почки. При бимануальном исследовании опухоль прощупывается в виде овального тела, плотноватой консистенции, слабо баллотирует по направлению к пояснице. При дыхательных движениях исследующая рука ощущает незначительное смещение опухоли. При перкуссии над опухолью—тимпанит. Асцита нет. Повторное исследование мочи—ничего патологического не обнаружено. При урологическом исследовании (ассистент А. Н. Рыжих)—цистоскопии, катетеризации мочеоточников,—заметных изменений со стороны мочевого пузыря и мочеоточников не оказалось. Рентгенологическое исследование при помощи контраста (NaJ, 20% раствор), пиелоуретрография показала некоторое изменение хода правого мочеоточника в смысле отклонения его от позвоночника (снимок оказался неудачным) и меньшую его протяженность кверху. От повторной пиелографии больная отказалась. Исследование внутренних половых органов (совместно с д-ром В. В. Дьяконовым) обнаружило увеличение правого яичника, его кистозное изменение.

На основании данных, полученных при исследовании, было высказано предположение о наличии у нашей больной правой смещенной почки или забрюшинной опухоли.

16 февраля под общим эфирным наркозом проф. В. Л. Боголюбовым произведена операция: косой поясничный разрез справа—типичный при операциях на почках.

Рассечена подкожная клетчатка, фасция, мышцы, апоневроз. После рассечения жировой капсулы обнаружена резко смещенная лежащая почка. Почка по наружному виду нормальна, покрыта фиброзной капсулой. После отведения смещенной почки кверху у внешнего полюса ее, в толще жировой капсулы обнаружена кистовидная опухоль. Опухоль покрыта нежной соединительнотканной капсулой, не соединена с почкой. Надавливанием со стороны живота опухоль вытеснена в рану. Тупым путем легко вылучена из окружающей ткани и удалена без нарушения ее целостности. После рассечения фиброзной капсулы почки вдоль выпуклого края ее и отслоения капсулы толстым кетгут. швом, прокалывающим нижний полюс почки, последняя подтянута и прочно фиксирована к 12 ребру. Кетгут на мышцы. Тампон в глубину. Швы на кожу.

Операцию больная перенесла хорошо. Послеоперационное течение—без всяких осложнений. На 8-ой день извлечен тампон. Швы сняты на 11-ый день—заживление. 8-го марта больная выписалась здоровой. В настоящее время никаких болевых ощущений не испытывает, чувствует себя хорошо.

Макроскопически удаленная опухоль представляет кисту, имеет кругловато-овальную форму. Дает впечатление замкнутого мешочка из нежной ткани, наполненного жидкостью. Стенки кисты тонкие, нежные, полупрозрачные, имеют однородное строение, местами несколько утолщены. В толще стенки заметны редко расположенные сосуды—в очень незначительном количестве. Опухоль величиной со средний кулак, величина опухоли в длину 12 см. Цвет сероватобледный—однородный по всей поверхности кисты. Киста однополостная, внутренняя поверхность гладкая и блестящая. Содержимое кисты—прозрачная, бесцветная, серозная жидкость, слегка опалесцирующая. Удельный вес жидкости 1008; реакция слабощелочная, содержит белок—1,5. Реакция на пигменты—отрицательная, на хлориды—положительная, на кровь—отрицательная, реакция на мочевую кислоту—отрицательная. В осадке после центрифугирования—частички разрушенных клеток, кристаллов нет.

Микроскопически: полость кисты выстлана эпителием. Клетки эпителия расположены в несколько рядов; местами по протяжению эпителий выдается из уровня общего эпителиального слоя в виде выступов. Ядра эпителия ярко окрашены, имеют у основания вытянутую форму, лежат в центре клетки. Клетки местами имеют неправильную форму, имеют вид эпителия, непохожего на плоский. Подэпителиальный слой равномерной толщины, однородный по строению. Большая часть стенки кисты состоит из нежных гиалинизированных волокон соединительной ткани, тесно прилегающих друг к другу. Между ними местами встречаются отдельные волокна гладкой мускулатуры ¹⁾.

Таким образом, на основании патолого-анатомического исследования удаленной околопочечной ретроперитонеальной кисты можно с большой вероятностью полагать, что она относится к тем видам околопочечных кист, которые образуются из остатков Вольфова тела.

Эти кисты встречаются чрезвычайно редко и поэтому наш случай представляет большой казуистический интерес.

Из отделения физических методов лечения (Завед. доц. В. А. Полубинский) Государственного Оттовского акушерско-гинекологического института (Пожизненный директор—засл. проф. Д. О. Отт.)

Исследование крови при лечении радием рака матки.

Научного сотрудника В. С. Паринова.

Изменения крови при лечении злокачественных новообразований лучистой энергией, в частности радием, представляются разными авторами в следующем виде. Обертин, Божард в 1904 году выяснили, что при освещении больных рентгеновыми лучами наступает сначала лейкоцитоз, а потом лейкопения. Гейнике, Линзер, Гельбер опубликовали свои патолого-анатомические исследования белых мышей, умерших от освещения рентгеновыми лучами. У таких мышей всегда была обнаруживаема маленькая коричнево-черная селезенка с фолликулами, замещенными соединительной тканью. При исследовании крови больше всего уменьшалось количество лимфоцитов, нейтрофильных лейкоцитов и

¹⁾ Данные микроскопического исследования были подтверждены пат. анатомами—проф. Васильев и его сотрудники. Выражаю им большую благодарность за консультацию препаратов.

эозинофильных лейкоцитов. Костный мозг обнаруживал потерю клеток, но ткань была способна к регенерации. По сопротивлению лучистой энергии клетки располагались так: 1) нейтрофильные лейкоциты, 2) базофилы, 3) эозинофильные лейкоциты, 4) миелоциты, 5) лимфоциты. Сильва, Мелло экспериментировали с торием х, причем смертельные дозы последнего побуждали мозг к гиперплазии. Торий х в первую очередь повреждает миелоидную ткань, а рентгеновы лучи—лимфоидную. Гельбер, Линзер, Мильхнер, Моссе нашли, что терапевтические дозы лучистой энергии не изменяют ни гемоглобина, ни эритроцитов. Гейнике нашел после применения лучистой энергии уменьшение гемоглобина и эритроцитов. Обертин, Божард отметили раздражение костного мозга (пойкилоциты, эритробласты). Полубинский, Вальтегёфер нашли, что под влиянием лучистой энергии сначала количество эритроцитов падает, а потому увеличивается (Полубинский при раке матки, Вальтегёфер—при лейкемии). Общее мнение таково, что эритроциты менее чувствительны, чем лейкоциты, и повреждаются только при очень больших дозах луч. энергии. Степень наблюдаемой лейкопении зависит от богатства сосудами, от дозы лучей и от богатства данного участка кроветворными органами.

Цумпе исследовал кровь у 23 раковых больных, леченных рентгеновыми лучами, и пришел к следующим выводам: 1) изменение крови при освещении рентгеновыми лучами при известных условиях подкрепляет клинический диагноз и предсказание, 2) изменение крови идет параллельно тяжести заболевания, 3) лимфоцитоз, наступающий после приобретенной при освещении лимфопении, не является обязательно благоприятным; наоборот, продолжающаяся лимфопения—неблагоприятна всегда; 4) сдвиг влево лейкоцитарной формулы Арнета, вызываемый самим раком, под влиянием лечения уменьшается; если этого не происходит, то это—неблагоприятный признак.

Зигель находит, что нельзя установить строго параллелизма между степенью изменения картины крови и возрастанием дозы рентгеновых лучей. Перед самой смертью отмечает и высокий лейкоцитоз—30.000. Зигель подчеркивает, что угрожающие изменения в картине крови должны оцениваться прогностически плохо, хотя бы это и сопровождалось кажущимся хорошим самочувствием больной и противоречило данным объективного исследования местного процесса. Это подтверждается и моими наблюдениями. Как практический вывод, Зигель рекомендует проводить лечение только при условии обязательного контроля картины крови и предостерегает от повторных освещений раньше, чем эта картина вернется к исходной, имевшей место до начала лечения.

Лингардт исследовал кровь при лечении рентгеновыми лучами. При этом лечении он отметил, что свертываемость крови ускорялась, процент гемоглобина почти не изменялся, число эритроцитов и лейкоцитов несколько уменьшалось, кроме раковых случаев, где количество лейкоцитов умеренно повышалось, число лимфоцитов уменьшалось на 40—50%, количество же полинуклеаров относительно увеличивалось (на 20—25%). Эти изменения происходят на протяжении 12 часов после освещения.

Бок при лечении рентгеновыми лучами нашел, что изменения крови происходят параллельно интенсивности освещения. Эритроциты па-

дают на 30%, причем появляются анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, мегалоциты и мегалобласты. Гемоглобин почти не изменяется. Цветной показатель увеличивается и возвращается к первоначальному числу через 3 недели. Число лейкоцитов падает и наиболее сильно через 1—4 дня после окончания серии облучения; возврат к норме не раньше, как через $\frac{1}{4}$ года. Одновременно происходит сдвиг влево. Появление миелоцитов прогностически неблагоприятно. Сдвиг выравнивается через 2—3 месяца. Число эозинофилов сначала падает, а через несколько дней восстанавливается; через 1 неделю может быть эозинофилия. Сначала наблюдается лимфопения, а затем через 2 месяца может быть абсолютный лимфоцитоз.

Перехожу к своей работе. Мною производилось изучение изменения крови при лечении радиом рака матки. Рассматривались изменения гемоглобина, красных и белых кровяных шариков, лейкоцитарной формулы по Эрлиху и отчасти свертываемости крови. Изменения крови разграничивались соответственно делению рака матки на следующие степени: четыре степени первичного рака: 1) начальный, операбельный рак, 2) рак на границе операбельности, 3) рак неоперабельный—радиолечение показано, 4) рак неоперабельный—радиолечение непоказано (резкая кахексия, метастазы, свищи, выходение опухоли за пределы матки, таза); две степени профилактического лечения радиом рака матки—1) рак, оперированный без признаков возврата, 2) рак, оперированный с оставлением инфильтратов, или качество инфильтратов, явившихся после операции, нельзя определить из-за глубокого их расположения; две степени возврата рака—1) рак, расположенный поверхностно (радиусом не дальше 3 сантиметров от влагалища), 2) рак, расположенный вдали от влагалища, или с намечающейся генерализацией и кахексией.

Кровь мною взята у 40 больных раком матки. Из них у 1 с 1-ой, 29 с 3-ей, 1 с 4-ой степенями первичного рака; у 4 с 1-ой, 3 со 2-ой степенями профилактического лечения радиом рака, и у 1 с 1-ой, 1 со 2-ой степенями возврата рака. Обычно кровь бралась до, после и через 1 месяц после радиолечения. Ниже приведены средние числа доз и изменений крови.

У 29 больных 3 степенью первичного рака, при дозе 5708 Раэл. (радий-элемента) найдено: количество гемоглобина после лечения увеличивалось, спустя 1 месяц еще больше увеличивалось; количество красных кровяных шариков после лечения уменьшалось, через 1 месяц еще больше уменьшалось, но находилось в пределах нормы; количество белых кровяных шариков после лечения увеличивалось, через 1 месяц уменьшалось; количество лимфоцитов после лечения уменьшалось, через 1 месяц увеличивалось; количество нейтрофилов и миелоцитов после лечения увеличивалось, через 1 месяц уменьшалось; количество переходных форм и моноцитов после лечения уменьшалось, через 1 месяц уменьшение шло дальше; количество базофилов и эозинофилов после лечения увеличивалось, через 1 месяц еще больше увеличивалось.

Сравнение изменений крови при профилактическом лечении и при лечении первичного рака показало, что изменения гемоглобина сходны; количество красных и белых кровяных шариков при профилактике увеличивается, при первичном раке уменьшается; миелоциты при профилакти-

тике имеются только до лечения, при первичном раке имеются всегда. Доза при профилактике: 3002 Раэл. (1 степень), 3267 Раэл. (2 степень).

У 29 больных 3 степенью первичного рака матки до лечения найдено гемоглобина 68,8%, красных кровяных шариков 5.864.142. Такое несоответствие между гемоглобином и красными кровяными шариками, найденное и другими авторами, указывает на то, что при раке матки страдает образование гемоглобина. Вследствие лечения радием, получается соответствие между гемоглобином и красными кровяными шариками. Увеличение белых кровяных шариков после лечения является признаком благоприятным, да это и понятно в виду того, что лейкоциты, помимо своей фагоцитарной деятельности, обладая бактерицидными и антитоксическими свойствами, представляют могучую защиту от заболевания. Количество лимфоцитов после лечения уменьшается, но остается в пределах количества их в здоровой крови; количество нейтрофилов после лечения увеличивается почти настолько, насколько уменьшается число лимфоцитов. Через 1 месяц после лечения количество нейтрофилов уменьшается, количество лимфоцитов увеличивается и становится таким, каким оно было до лечения. Эти изменения числа лимфоцитов и нейтрофилов, а также увеличение общего количества белых кровяных шариков указывают на то, что кроветворные органы еще под влиянием токсинов не парализованы и что картина крови перешла в исходное состояние — чему Зигель придает важное значение в смысле времени повторного лечения.

При 1 степени профилактического лечения наблюдалась лимфопения, которую Цумпе считает всегда неблагоприятным признаком, что подтверждается и моими наблюдениями. Количество нейтрофилов после лечения увеличивается при 2 степени профилактического лечения и при 3 степени первичного рака, и уменьшается при 1 степени профилактического лечения. Количество нейтрофилов через 1 месяц после лечения уменьшается при 2 степени профилактического лечения и при 3 степени первичного рака, и увеличивается при 1 степени профилактического лечения. Количество переходных форм после лечения уменьшается при 2 степени профилактического лечения и при 3 степени первичного рака, и увеличивается при 1 степени профилактического лечения. Количество переходных форм через 1 месяц после лечения при 3 степени первичного рака еще больше уменьшается, при 2 степени профилактического лечения увеличивается, при 1 степени профилактического лечения уменьшается. Количество моноцитов после лечения при 2 степени профилактического лечения и при 3 степени первичного рака уменьшается и увеличивается при 1 степени профилактического лечения. Количество моноцитов через 1 месяц после лечения при 3 степени первичного рака уменьшается, при 2 степени профилактического лечения увеличивается, при 1 степени профилактического лечения уменьшается.

Изменения крови у больных раком матки при радиолечении, в зависимости от исхода, таковы. В случаях с *большим улучшением* (5 больных 3 степенью первичного рака, доза 6680 Раэл.) после лечения — количество гемоглобина увеличивается, количество красных и белых кровяных шариков уменьшается, но находится в пределах нормы, количество лимфоцитов соответствует норме, количество нейтрофилов на 10,3% больше нормы, количество переходных форм и моноцитов в 2 с лишним

раза больше нормы, базофилов и миелоцитов нет, эозинофилов меньше нормы. Через 1 месяц после лечения количество гемоглобина еще больше, количество красных кровяных шариков близко к норме, количество белых кровяных шариков, лимфоцитов, нейтрофилов, переходных форм и базофилов—норма, количество моноцитов еще больше увеличивается, миелоцитов нет. В случаях с *клиническим излечением* (6 больных 3 степенью первичного рака, доза 5772 Раэл.) после лечения—количество гемоглобина увеличивается; красных кровяных шариков норма; белых кровяных шариков—близко к норме; лимфоцитов больше нормы на 4⁰/₀; нейтрофилов меньше нормы; переходных форм больше нормы на 1,5⁰/₀; моноцитов в 7 с лишним раз больше нормы; эозинофилов и базофилов меньше нормы, миелоцитов 0,05⁰/₀. Через 1 месяц после лечения—количество гемоглобина еще больше; красных, белых кровяных шариков, нейтрофилов и переходных форм меньше нормы; лимфоцитов больше нормы на 3,6⁰/₀; моноцитов в 3 с лишним раз больше нормы; эозинофилов, базофилов и миелоцитов нет. В случаях с *улучшением* (11 больных 3 степенью первичного рака, доза 6308 Раэл.) количество гемоглобина увеличивается; красных кровяных шариков больше нормы; белых кровяных шариков близко к норме; лимфоцитов меньше нормы на 2⁰/₀; нейтрофилов больше нормы на 11,5⁰/₀; переходных форм и базофилов норма; моноцитов в 4 с лишним раз больше нормы; эозинофилов меньше нормы; миелоцитов 0,14⁰/₀. Через 1 месяц после лечения—количество гемоглобина почти такое, как и до лечения; красных кровяных шариков—в пределах нормы; белых кровяных шариков, нейтрофилов, переходных форм и эозинофилов меньше нормы; лимфоцитов больше нормы на 1,2⁰/₀; лейкоцитов в 7 с лишним раз больше нормы; базофилов нет; миелоцитов 0,1⁰/₀.

У больной (2 степень профилактического лечения, доза 4340 Раэл.) при неблагоприятном исходе имелось несоответствие между гемоглобином и красными кровяными шариками; увеличение переходных форм в несколько раз; увеличение моноцитов больше, чем в 10 раз; показатель окраски был больше единицы.

Свертываемость крови я исследовал по способу профессора Словцова и нашел ускорение свертываемости крови после радия. После 3-го сеанса радия кровь особенно быстро свертывалась и стоило большого труда взять кровь в смеситель, чего обычно при исследовании крови не бывает.

Изменения крови, найденные мною при радиолечении больных раком матки подтверждаются исследованиями в том же направлении других авторов (Брюлова, Кочнева, Зигел, Цумпе).

Выводы. 1. Картина крови при раке матки имеет большое сходство с картиной крови при хлорозе.

2. Показатель окраски при радиолечении приходит к норме.

3. Резкий гиперлейкоцитоз является неблагоприятным симптомом.

4. После лечения радием свертываемость крови ускоряется.

5. Возможно, что в будущем радий будет применяться, как лечебное средство, при гемофилии.

6. При радиолечении количество нейтрофилов увеличивается, главным образом, за счет лимфоцитов.

7. При профилактическом лечении радием, если имеется после лечения большое увеличение переходных форм, моноцитов и показатель окраски больше единицы, то предсказание неблагоприятное.

8. Рак матки уменьшает количество гемоглобина, а радий увеличивает.

9. Радий мало изменяет количество красных кровяных шариков.

10. Радий увеличивает количество белых кровяных шариков.

Из Клиники болезней носа, горла и ушей Казанского гос. медицинского ин-та.
(Директор профессор В. К. Трутнев).

К вопросу о лечении пергенолем хронических гнойных отитов и мастоидитов, осложненных присутствием *Vincenti*'a в симбиозе со спирохетой.

Ассистента клиники **З. И. Вольфсона.**

За последнее время ушная клиника Казанского университета обратила особое внимание на поражение ушей, сопровождающееся возбудителем *Pl. Vincenti*'a. На поставленный нами совместно с проф. В. К. Трутневым вопрос: надо ли выделить поражение сосцевидного отростка веретенообразной палочкой в симбиозе со спирохетой в самостоятельную форму „Винцентовского мастоидита“?—был дан положительный ответ. В основной работе по этому вопросу (Mntsschr. f. Ohren. 5, N. 63, 1929) мы указали, что по своим отличительным признакам Винцентовский мастоидит не только имеет право на самостоятельное существование, но ему следует придать значение отдельной нозологической единицы. Весь симптомокомплекс Винцентовского мастоидита складывается из 4-х периодов а) начало и развитие болезненного процесса, в) объективные данные при исследовании больных, с) находки во время операции и d) послеоперационное лечение.

А. Начало и развитие болезненного процесса. 1) В анамнезе большинство наших больных указало, что после какой-нибудь инфекции, а иногда и травмы появилось гноеотечение из уха. Болезнь развивалась не бурно, исподволь. Можно предполагать, что вначале у больных имелось обычное неосложненное воспаление среднего уха, и только впоследствии, когда отит осложняется присутствием Винц. палочки, болезнь принимает своеобразное течение и иногда приводит к Винцентовскому мастоидиту.

2) Как правило, Винцентовский мастоидит, раз появившись, обладает крайне упорным течением болезни. Процесс тянется годами.

3) Обращает на себя внимание, что болезнь протекает при нерезкой общей реакции организма и сравнительно удовлетворительном общем состоянии больных; также не отмечается резких температурных колебаний, если нет особых осложнений. Больные часто отмечают общую вя-

лость и удрученность вследствие непрекращающегося болезненного процесса.

4) Всякий В. мастоидит сопровождается упорным гноетечением. Цвет выделений часто желтовато-коричневый. Иногда выделения кровянистого характера, но без склонности к свертыванию.

5) Запах выделений гнилостный, вонючий, распространяющийся в запущенных случаях далеко вокруг больного.

6) У детей часто образуется нарыв на сосцевидном отростке, который самопроизвольно вскрывается и оставляет после себя долго незаживающий свищ, а у взрослых послеоперационный свищ сосцевидного отростка держится годами открытым.

7) Из свища выделения того же характера и запаха, как и из слухового прохода.

8) Больные отмечают боль в соответствующем ухе и часто головные боли.

9) Резкое понижение слуха на соответствующее ухо.

10) В анамнезе большинства больных имеется указание, что у них была произведена операция в сосцевидном отростке.

В. *Объективные данные при исследовании больного.* 1) При осмотре больного ушная раковина и окружающие участки кожи испачканы засохшим гноем, вытекающим в обильном количестве из слухового прохода.

2) Цвет секрета от желтоватого до кровянистого.

3) Запах секрета, взятого из глубины свища или из слухового прохода, отвратительный, резкий. Характер запаха не поддается описанию, но он безусловно своеобразен и легко запоминается.

4) По очистке слухового прохода почти всегда обнаруживаются полипы в среднем ухе, а иногда полипы выполняют весь слуховой проход. Полипозная слизистая часть кровоточит и придает секрету кровянистый характер.

5) Стенки слухового прохода нередко инфильтрированы.

6) Часто встречается послеоперационный свищ сосцевидного отростка. Из свища секрет того же цвета и запаха, как и из слухового прохода. При зондировании зонд упирается в глубине свища на плотную кость.

7) T^0 больных в большинстве случаев нормальная.

8) Только при глубокой пальпации больные иногда отмечают болезненность сосцевидного отростка, и этот симптом часто неясно выражен.

9) При исследовании секрета во всех случаях обнаруживается в преобладающем количестве веретенообразная палочка Vincent'a в симбиозе со спирохетой.

При исследовании материала носоглотки и зева в наших случаях мы того же возбудителя не обнаружили. Повидимому, возбудитель может самостоятельно проникнуть на слизистую уха, без предварительной локализации в полости зева или носоглотки с обязательным прохождением через Евстахиеву трубу.

С. *Находки во время операции.* На поверхности кости мелкие свищи. Кость разрыхлена на большом протяжении, встречаются свободно лежащие костные секвестры. Нередко обнаженная dura mater или стенка sinus sigmoideus. В костной ране глубокие углубления и бухты по разным направлениям. Часто полипы выполняют клетки сосцевидного отростка, антрума и полость среднего уха. В сосцевидном отростке ихорозный гной,

при исследовании которого обнаруживается возбудитель Vincent'a. При операциях нередко обнаруживаются холестеатомные массы.

D. Послеоперационное течение. При „Винцентовском мастоидите“ закрытое лечение раны не выдерживает критики. Биологически возбудитель Vincent'a—строгий анаэроб. Если бы у нас была уверенность, что оперативным путем мы удалили совершенно возбудителя из раны—тогда можно говорить о закрытом лечении раны. Но раз такой уверенности у нас нет, то при закрытом лечении раны, мы ставим возбудителя в более благоприятные условия размножения; через несколько дней после операции мы получаем нагноение швов и полное расхождение краев раны. Зашивая рану, мы еще больше закупориваем выходное отверстие раны и совершенно преграждаем доступ кислорода в рану, при первой же перевязке мы принуждены широко развести края раны. По нашим наблюдениям, при В. мастоидите допустима только наиболее рыхлая тампонада и открытое лечение раны. Последнее условие является *conditio sine qua non*, ибо этим путем мы рационально действуем на этиологический фактор болезни, создавая для возбудителя Vincent'a наименее выгодные в биологическом смысле условия существования.

В дальнейшем течении болезни обращает на себя внимание крайне вялое заживление раны.

Часто на стенках операционной полости образуются дифтериеподобные налеты, крепко спаянные с подлежащей тканью. Налеты в виде пленок серовато-грязного цвета. Края раны вяло гранулируют, отечны, с синюшным оттенком. Крупные сероватые грануляции иногда в виде бугорков располагаются по краям раны. Грануляции кровоточивы. Обильные ихорозные выделения, при исследовании которых обнаруживается возбудитель Vincent'a.

Крайне медленно, при самом тщательном уходе, суживается операционная полость, но свищ долго не закрывается. Наконец, если свищ закрылся, то выделения из слухового прохода продолжают. Проходит некоторое время, и больной опять появляется в клинике с открытым свищем. Больной оперируется повторно, но операционный эффект тот же.

Не при всяком случае „Винцентовского мастоидита“—резко выражены симптомы нами перечисленные. Вполне законно, если тот или другой второстепенный признак отсутствует в отдельном случае, но вся картина болезни настолько ясна и определена, что мы имеем право говорить о „Винцентовском мастоидите“, как об отдельной нозологической единице.

В нашей работе о „Винцентовских отитах“ мы обратили внимание на значение социального фактора при данном поражении ушей. По нашим наблюдениям, „Винцентовский отит и мастоидит“ встречается в громадном большинстве случаев у лиц мало обеспеченных, мало культурных, не считающихся с общими правилами гигиены! Такие больные годами индифферентно относятся к имеющемуся у них гнойному поражению ушей, обходятся без всякого лечения и ухода за своим ухом и появляются в нашей амбулатории только тогда, когда зловонный запах из уха делает их нетерпимыми в обществе. Часто процесс в запущенном виде встречается у детей неимущих классов. Мы не встретили „Винцентовского“ поражения ушей у человека, знакомого с общими правилами гигиены и следящего за туалетом своего больного уха.

Нет сомнения, что возбудитель Vincent'a играет чрезвычайно важную роль в *этиологии и патогенезе* болезненного процесса, и его присутствием обуславливается своеобразный характер течения болезни.

Мы не встретили возбудителя Vincent'a при остром воспалении ушей. По нашим наблюдениям возбудитель Vincent'a является вторичным инфектом. Вначале у больных имеется неосложненное воспаление среднего уха, а только впоследствии, когда отит осложняется присутствием возбудителя Vincent'a, болезнь принимает своеобразное течение. Вторичная инфекция возбудителем Vincent'a нуждается в особой почве, и эта почва наиболее благоприятная при запущенном гнойном хроническом отите, где имеющаяся разрыхленная ткань создает удобные условия для анаэробного существования указанного возбудителя.

Не менее интересным является вопрос о лечении „Винцентовской“ формы поражения ушей, тем более что в присутствии бас. Vincent'a болезнь принимает крайне затяжное течение и продолжается годами.

Лечение таких больных требует от врача и больного исключительного терпения, а иногда и врач, и больной теряют всякую надежду на какой-либо успех.

В качестве примера приведу одну историю болезни, которая еще не вошла в число нами уже описанных¹⁾.

Больная Т. Т. явилась первый раз в клинику 15/V 28 г. с жалобами на припухлость и красноту за левым ухом и сильные ломящие боли в области левого уха. По словам больной, припухлость, краснота и боли появились 2 недели тому назад после простуды. Пять лет тому назад после сыпного тифа заболели оба уха. Сначала открылось гноеотечение из правого уха, а затем из левого. С тех пор гноеотечение из обоих ушей не прекращалось. *Объективно. Правое ухо:* в слуховом проходе гной. Стенки слухового прохода инфильтрированы и суживают его просвет. Барабанная перепонка в большей части отсутствует. На слизистой среднего уха мелкие кровотокающие полипы и грануляции. *Левое ухо:* в слуховом проходе гной, заполняющий весь просвет его; барабанная перепонка не видна. Гной, смешанный с кровью, отвратительного запаха. *Сосцевидные отростки:* в области левого сосцевидного отростка разлитая краснота и припухлость, распространяющаяся далеко кзади и кверху. Пальпаторно—флюктуация и резкая болезненность. Правый сосцевидный отросток без изменений. *Слуховая функция:*

AD.	30"	0	0.3	256	³ / ₄ m.	2 m.	ad. c.
AS. ← W.	CM.	CA.	LS.	Li.	AP.	V.	v.
	25"	0	1,2	256	ad. c.	ad. c.	0

18/V 28 г. трепанация левого сосцевидного отростка. По разрезе мягких тканей и надкостницы показались ихорозный гной. Гною выделилось значительное количество. По удалении гноя обнаружен распад мягких тканей и больших размеров фистула сосцевидного отростка, соединяющаяся с *sin antro*. Сосцевидный отросток в значительной степени оказался размягченным. Детали его анатомического строения смыты. При удалении размягченных частей отростка обнажен *sinus sigmoideus*. Кровотечение значительное. Открытое лечение. Тугая повязка. В мазках из обоих ушей обнаружена бас. Vincent'a. RW—отрицательна. В дальнейшем ежедневные перевязки, иodoформенные турунды. Послеоперационное лечение затянулось.

После выписки из клиники больная через день посещала амбулаторию. В послеоперационном периоде свищ за ухом временно закрывался, но на весьма короткий срок. Перевязки с иодоформом, риванолом, неосальварсаном, марганцевокислым калием, перекисью водорода—успеха не дали.

Через 7¹/₂ месяцев, 31/I 29 г. больная вторично поступила в стационарное отделение клиники. В виду того, что свищ за ухом упорно держится, предложено

¹⁾ Случай доложен в Р.-Л.-О. секции общ-ва врачей при Казанском университете 20 ноября 1929 г.

воздействовать на рану кислородом в газообразном виде, чтобы аэрацией поставить возбудителя *Vincent'a*, строгого анаэроба, в неблагоприятные в биологическом смысле условия существования. Несколько раз рана газировалась из кислородной подушки в течение 10 минут. Такой способ введения кислорода не оказал заметного влияния на рану.

8/II 29 г. повторная операция. Удалены грануляции и полипы из среднего уха. Стенки костной раны выскоблены ложкой. В рану турунда, пропитанная неосальварсаном. В дальнейшем ежедневная перевязка. Рана гранулирует. Запах уменьшается.

20/II—больная выписана для амбулаторного лечения. Амбулаторно при перевязках применялся H_2O_2 и *kali hypermanganicum*. Свищ закрылся. Из обеих ушей ихорозный гной, смешанный с кровью.

Больная периодически посещала амбулаторию клиники, но выделения из ушей также обильны и того же характера; характерный запах выделений распространяется на значительном расстоянии от больной.

8/X 1930 г., после полутора лет безуспешного лечения, было предложено начать лечение препаратом, полученным из заграницы,—«pergenol'ем».

Оба уха промывались H_2O_2 . Слуховой проход тщательно обсушивался ватными тампонами, а затем инсуфлятором вдувался порошок pergenol'я. Постепенно слизистая стала принимать нормальный характер; количество выделяемого уменьшилось настолько, что не было нужды в промываниях. Стали выясняться опознавательные пункты барабанной полости, и с большим удовлетворением мы могли отметить 29/X, через 3 недели после начала лечения pergenol'ем, что справа слизистая среднего уха суха и эпидермизируется, а слева имеется небольшая влажность. Еще через 2 недели мы могли отметить сухость слизистой также слева. При дальнейшем наблюдении слизистая средних ушей с обеих сторон стойко оставалась сухой и постепенно покрывалась эпителием.

Кроме данной больной, мы провели лечение pergenol'ем еще 9-ти случаев „Винцентовского“ поражения ушей, где основной процесс был также упорный, и там мы получали полный эффект в сравнительно короткий срок.

Препарат pergenol не новый. О нем подробно говорят Hasslauer в своем руководстве издания 1913 года. Но мы к нему подошли на основании теоретических предпосылок.

Изучая систематически микрофлору уха, мы сумели отметить и выделить в особую группу хроническое поражение ушей, связанное с возбудителем *P. Vincent'a*. Присутствие указанного возбудителя влияет, главным образом, на течение болезни; процесс становится очень упорным и не поддается обычным методам лечения.

В силу того, что *bas. Vincent'a* является строгим анаэробом, мы еще в нашем предварительном сообщении высказались, что лечение должно быть направлено к тому, чтобы создать для возбудителя невозможные в биологическом смысле условия, т. е. поставить его в условия аэробии, и только направляя нашу мысль по этому пути, мы можем говорить о рациональном методе лечения „Винцентовских“ отитов и мастоидитов. С этой целью мы пробовали разные окислительные средства: *kali chloricum*, *kali hypermanganicum*, кислород в газообразном виде, но все эти средства могут освобождать кислород только кратковременно и поэтому особенного эффекта от их применения мы не получили. Мы искали препарат, который бы выделял кислород *in statu nascendi* в течение многих часов. И в этом смысле нас вполне удовлетворит pergenol, который содержит 12% H_2O_2 и 22% тончайшей борной кислоты. По словам Hasslauer'a, в присутствии борной кислоты 12% перекись водорода теряет свои раздражающие свойства.

Говоря о лечении рергенот'ем, я не упускаю из виду того обстоятельства, что на лечение болезни влияют кроме инфекта и другие факторы: конституция, общее состояние организма, социальные условия и др.

Целью настоящего сообщения является фиксировать внимание специалистов на простой и легко проводимый в любой обстановке способ лечения такого тяжелого страдания, каким является „Випцентовское“ поражение ушей.

Из Нервного отделения Института им. В. Обуха (Дир. Л. С. Боголепова).

Течение и прогноз при ртутной энцефалопатии по материалам динамического наблюдения.

Прив.-доц. А. Е. Кулькова.

Динамическое наблюдение над случаями ртутных отравлений представляет собой одно из ответвлений общего динамического наблюдения, предпринятого Институтом по целому ряду болезненных форм. В отношении нервных осложнений при отравлении ртутью оно приобретает особое значение в виду малой изученности нозографии этой формы в целом (энцефалопатии). Подвергая периодическому осмотру каждого больного, мы устанавливаем, как протекает данное заболевание, какие симптомы исчезают раньше и какие из них являются более стойкими в своем течении. Кроме того, динамическое наблюдение в отношении ртутных отравлений имеет большое профилактическое значение, т. к. оно дает нам руководящие указания в смысле выработки общих правил того, как должен вести себя больной с явлениями ртутной энцефалопатии.

Как уже отмечалось нами в предыдущих наших работах по ртутному отравлению¹⁾, случаи энцефалопатии дают хорошее течение и прогностически вполне благоприятны, если б-ные своевременно удаляются с вредного производства. Только далеко зашедшие формы в отношении изменений со стороны центральной нервной системы и детские случаи (как более восприимчивые к ртути) давали более тяжелое течение.

Динамическое наблюдение, предпринятое нами как в Москве, так и в Клинском уезде, в общем обнимает 13 случаев взрослых и детей. Опуская описание деталей работы б-ных, которое имеется в наших предыдущих статьях, мы коснемся только изменений в клинической картине за определенный период времени.

Б-ным с явлениями ртутной энцефалопатии, после того как они выходили из нашего отделения, мы рекомендовали полное оставление работы со ртутью, а так как большинство из них пило, то и бросать пить; в большинстве эти советы выполнялись.

Рассмотрим сначала случаи, касающиеся взрослых, приведя кратко их предыдущую историю болезни.

Случай 1-й. Больной К-ий, 47 лет, стеклодув, технический руководитель. Диагноз *encephalopathia mercurialis*, болен 1½ года; 5 лет работает термометристом; 17 лет имел дело со ртутью. Объективно: картина резко выраженной энце-

¹⁾ Труды Ин-та Обуха. Вып. 19, 1928, Московск. мед. журнал, № 8, 1928, Русская клиника, 1930.

фалопатии с генерализованным тремором (руки, ноги, язык) интенционного характера, с выраженной амимией, асимметрией *facialis*'а и дизартрией; наличие мозжечковых симптомов, атактически cerebellarная походка, с *Romberg*'а и адiadoхокинез. В анамнезе алкоголизм; ртуть в моче abs.; резкое изменение характера в связи с настоящим заболеванием (страхи, раздражительность, понижение памяти); больной был выписан из Ин-та в мае 1929 г. с явлениями некоторого улучшения, — дрожание стало меньше, речь лучше, походка также. *Повторный осмотр 10/I—30 г.* По словам больного в июле в моче была обнаружена ртуть, — в дальнейшем она исчезла. Лечился в Ессентуках и в Пятигорске, где принимал различные процедуры. В настоящее время работает, но со ртутью дела не имеет. Жалобы на небольшую общую нервность, дрожание временами; письмо удовлетворительное (ранее было резко расстроено). Сон хороший. Пьет мало. Объективно: небольшая *anisocoria* (лев. зр. > правого), р. зрачков на свет несколько зияющих; небольшая асимметрия *fac.* (прав. слабее); язык по средней линии. Небольшой тремор пальцев рук слева и отчасти в ногах. *S. Romberg*'а abs. Походка правильная. Интенционного дрожания нет. Лицо несколько амимично; брюшные *p.p. abs.*, *p.p. кол. и Ахилл.* равномерно живые. Память неважная.

Таким образом в этом случае, который является наиболее тяжелым, мы видим резкое улучшение; в настоящее время имеются лишь отдельные *residua*.

Случай 2-й. Мух. Ал., 22 л., термометрист, кустарь. Диагноз: *encephalopathia mercurialis*, болен 1½ года. Начало заболевания — спустя 3 месяца после того, как стал работать со ртутью (с дрожания в руках, больше левой). В дальнейшем нервность, раздражительность, страхи, расстройства речи; шаткая походка, судороги в конечностях. Объективно: *anisocoria*. Амимия. Интенционный тремор верхних конечностей (*s > d*). *S. Romberg*'а положительный. Походка атактически-церебеллярная. Скандированная речь. Сух. *p.p. живые* (ртуть в моче, слюне, кале и спинно-мозговой жидкости). Во время пребывания в отделении (3 месяца) значительное улучшение. Среди остальных симптомов — речь очень мало изменилась к лучшему. *При осмотре 17/I—30 г.*, спустя больше года после пребывания б-ного в отделении, обнаружены лишь небольшие следы бывшего заболевания: амимия очень слабо выраженная; речь почти нормальная. Тремор рук > слева (интенционный). Парезов нет. Чувств. в *N*, *p.p. biceps, triceps*, — не усилены, *кол. p.p. d > s*, ахилл. *p.p. жив.*, *s. Romberg*. — отриц. В нижних конечностях дрожания почти нет.

Случай 3-й. Б-ной Осм., 39 л., термометрист, поступил в отделение 1/XII—27 г., болен ½ года. Диагноз: *encephalopathia mercurialis*. Объективно: асимметрия *fac.* Понижение мышечной силы в верхних конечностях (дистально). Интенционный тремор рук *d > s*. Пальценосовая проба не удается. Речь неясная. Парестезии в правой руке; болезненность при давлении точек *Erb*'а с обеих сторон. Сух. *pp. biceps* равномерны; *triceps* живые. *Кол. s > d*, Ахилл. *s > d*, ртуть в моче. За время пребывания в Ин-те дрожание стало меньше, сила в руках больше. Выписан 21/XII—27 г. *Осмотр 9/X—30.* Продолжает работать со ртутью в Ин-те нар. хоз. В настоящее время жалобы на общую слабость, усталость. Симптомы эретизма нет. Зрачки одинаковы, *p.* на свет удовл. Небольшая асимметрия *fac.*; небольшой тремор правой руки при пальценосовой пробе. Мыш. сила и тонус в *N*, рефлексы: *biceps, triceps*, периостальные — живые; *кол. и ахилл. pp.* повышены; *Romberg*. — сл. полож. Красный дермографизм. Потливости нет. Головных болей нет.

В этом случае мы видим любопытное явление: отсутствие рецидивов со стороны нервной системы несмотря на то, что б-ной продолжает работать со ртутью.

Случай 4-й. Б-ной К-ов, 30 л., термометрист; болен 5 лет. Диагноз: *encephal. mercurialis*. Работает со ртутью 15 лет; пьет. Объективно: узкие зрачки, амимия, асимметрия *fac.*; язык вправо — отмечается дрожание в нем; небольшое понижение силы в правой руке. Дрожание вытянутых рук, носящее справа интенционный характер. В нижних конечностях также небольшое дрожание. Дизартрия. Сух. *pp. жив.*, брюшные *s > d*; со стороны психики: изменение характера (страхи, понижение памяти, внимания). В моче ртуть. *При осмотре 8/V—30.* Слабость, головная боль, общая нервность резко выраженная: бросает временами в жар, потливость. В настоящее время со ртутью не работает. Объективно: зрачки в *N*; *p.* на свет удовл.; прав. *facialis* несколько перетягивает; тремор языка; в пальцах рук заметного дрожания нет. *S. Romberg*'а abs. Рефлексы: сух. живые с обеих сторон. Потливость; сон удовлетворительный; застенчивость на людях.

Прошедшие 2—3 месяца после пребывания б-ного в отделении внесли значительные изменения в состояние б-ного, однако, все-таки остались резидуальные явления.

Случай 5-й. Мух. Фед., 48 л., о котором мы имели сведения в первый раз только со слов его родственников. Выраженный алкоголизм; работает со ртутью только два дня, после чего развивается резкое дрожание, прошедшее спустя два месяца (в 1928 г.). *При осмотре 10/I—30:* б-ной работает со ртутью с сентября настоящего года; временами небольшое слюнотечение, дрожание в руках; головных болей нет. Дрожание в руках несколько мешает работе. Алкоголь 2 раза в неделю. Объективно: Зрачки в Н. Выраженный тремор пальцев рук больше слева, отмечается элемент интенционности. В нижних конечностях также небольшой интенционный тремор и атаксия. Походка N; амимия. Левый фас. перетягивает; тремор языка. Кол. и Ахилл. рр. жив. > слева. Брюшные рр. жив. s > d, речь несколько дизартрична. В этом случае, в котором отмечается особая чувствительность по отношению к ртутной интоксикации (появление первых симптомов спустя 2 дня после начала работы), мы видим рецидив симптомов после возобновления работы со ртутью.

Случай 6. Рыж. Ив., 30 л., термометрист, болен около года (с февраля 26 г.); заболевание началось с дрожания в руках; работает со ртутью 3 $\frac{1}{2}$ года. Алкоголизм. Объективно: типичное дрожание, головные боли, слюнотечение, стоматит, анизокория, дизартрия, болезненность при давлении точек Ег b'a. *При осмотре 30/I—30 г.* жалоб не было. Работу со ртутью продолжает. Объективно: небольшое дрожание в руках, небольшие нистагмические подергивания при крайних положениях глаз; небольшой левосторонний ptosis; язык несколько отклоняется влево; небольшая атаксия больше слева. Тремор языка, век и вытянутых рук. Сух. рр. живые; кр. дермографизм; потливость. Повышенная раздражительность; временами подавленное состояние. Нб. 81%; эр. 6 мил. 110. Ртуть в моче abs.

В этом случае мы видим, что на протяжении довольно большого промежутка времени (около 2-х лет) после первого осмотра развились новые добавочные органические симптомы со стороны нервной системы. Диагноз: *encephalopathia mercurialis*.

Случай 7-й. Р-ова Н., 29 л., дом. хоз. В конце 1924 г. муж начал работать со ртутью, жили временами в сыром подвале, там же и работали, через 7—8 месяцев после этого заболела вся семья. Б-ная стала постепенно слабеть, появились головные боли, сонливость. Через 5 месяцев легла в б-цу. *При первом обследовании* в 1926 г. было обнаружено: зрачки одинаковы; р. живая; отклонение языка вправо, небольшой тремор. Амимия, головные боли, головокружения, рвота, явления эре-тизма, временами расстройство походки, адиадохикиз, небольшой парез верхних конечностей. Болезненность при давлении на нервные стволы верхних и нижних конечностей. *При осмотре в январе 1930 г.:* постоянные головные боли, головокружения, сонливость, слабость, боли в верхних и нижних конечностях. Асимметрия фас.; язык отклоняется вправо; дрожание рук больше справа. С. R o m b e r g'a +; небольшой адиадохикиз. Сух. рр. высокие. Точки Ег b'a болезненны при давлении. Небольшая слабость в правой руке. Плохая память; общая заторможенность, беспричинная тоска. Нб. 70%; эр. 4780.000.

Этот случай является особенно интересным, поскольку сама б-ная со ртутью не работала, а только лишь находилась в атмосфере ртутных паров. Повторное обследование не обнаружило больших изменений в статусе ни в сторону улучшения, ни в сторону ухудшения. Дети этой б-ной также заболели, находясь в той же обстановке, как мы увидим ниже.

Случай 8-й. Р-ова Л., 8 лет, дочь предшествующей б-ной; до 2 $\frac{1}{2}$ лет находилась в доме, где работала со ртутью, в дальнейшем также находилась в атмосфере ртутных паров. Заболела 1 $\frac{1}{2}$ лет. Ходить стала до года. Говорить начала также очень рано. В 1926 г. было обнаружено изменение характера, стала бояться людей, развился полный мутизм и деменция. 4 и 5 пальцы в положении межфаланговой флексии, в хватательных движениях не участвуют (*neuritis ulnaris ulnarisque*) Сух. рр. повышены. Перед развитием настоящей картины б-ная перенесла грипп с повышением т°. *Повторный осмотр 12/II—30 г.:* некоторое улучшение речи, произносит слова: «не надо», «папа». Негативизм. Наклонность к онаниям. Не безучастна, подходит, всматривается внимательно во все. Очень беспокойна, беспрерывно двигается. Вит. зерн. 56 в поле зрения.

Как мы отмечали в предыдущих наших работах, детские случаи энцефалопатии дают наиболее тяжелое течение и наихудший прогноз. Настоящий случай, как и последующие, которые мы приведем ниже, иллюстрируют это положение. Несмотря на то, что в общем состоянии б-ной Р. Л. произошло улучшение, отмечается значительная умственная отсталость и существенные дефекты со стороны речи, что говорит о значительных токсически-деструктивных процессах в головном мозгу. Любопытно отметить, что у другого ребенка из той же семьи (Р. Т.) 2 лет и 11 м., который также одно время находился в атмосфере ртутных паров, никаких явлений со стороны нервной системы, кроме анемии, отметить не удалось. Здесь несомненно влияние личного фактора в смысле индивидуальной восприимчивости к ядам.

Случай 9-й. Это наблюдение касается другой семьи (Ч-вых), в которой также был ряд случаев ртутной энцефалопатии.

Б-ной Ч. Вал., 8 лет, живет в помещении, куда раньше попадали ртутные пары в течение 1 года; любопытно отметить, что после 2—3 месяцев пребывания в данном помещении проявляет почти все признаки ртутного отравления. 5 лет родители б-ного стали отмечать некоторую в нем ненормальность: перестал понимать, стал неразговорчив, кричал по ночам (3 месяца), после чего сделалось лучше—сгал говорить и понимать речь. В 26 г. в Ин-те было обнаружено: неясность речи, раздражительность, расстройство походки, дизартрия, сильное слюнотечение; амимия, отклонение языка влево; значительное понижение интеллекта. *При осмотре 4/II—30:* умственная отсталость, робость, застенчивость; дрожание век и языка, речь несколько замедленная и не совсем внятная. С. рефлексы жив.; кол. повышены. Частые поносы. Нб. 79% эр. 4.940.000. Вит. зерн. 1—2 в поле зрения; в моче ртуть abs.

В этом случае мы видим более хорошее течение; речь б-ного значительно менее дефективна, нежели у предыдущей.

Случай 10-й. Р-ва Клавдия, 6 лет. До 1 г. жила в деревне, где отец работал со ртутью. Через 1½ года жизни в подвале, где происходила работа со ртутью, заболела (2½ лет.). В 26 г. объективно было обнаружено дрожание. Неврит п. ulnaris utr. Кол. и Ахил. рр. жив., речь расстроена. Произносит отдельные слова. *При осмотре 12/II—30 г.* мать указывала на недостаточное умственное развитие ребенка. Отмечается небольшое дрожание век и слабость orbicularis oculi, речь расстроена. Красный демографизм, потливость. Умственное развитие не превышает уровня 3—4 лет. Буквы и слова произносит неотчетливо (иногда речь как бы скандирована). Доступна, общительна, добродушна. Нб. 67% эр. 4.730.000. Вит. зерн. 3—5—8 в поле зрения; в моче следы ртути.

Случай 11-й. Чер-ов Мих., 5 лет, у родителей ртутное отравление. Рос и развивался правильно. Говорить стал около года. В возрасте 2-х лет ртутное отравление, развившееся в течение одного месяца. Наблюдалось расстройство речи—перестал говорить, мутизм остался почти до настоящего времени, только за последние ½ года стал произносить «папа», «мама». Состояние несколько регрессировало: стал менее безучастным, выполняет несложные приказы. Ртутное отравление в первый раз развилось после гриппа. При первом обследовании (в 26 г.) у б-ного наблюдались непроизвольные движения в пальцах рук, а также и ног, носившие характер непроизвольной автоматической жестикуляции. Mydriasis, вялая реакция зрачков на свет. *При повторном осмотре 4/II—30 г.:* мутизм, легкое дрожание закрытых век; в руках дрожания не отмечается; негативизм; на звук и зов реагирует; в домашней обстановке ориентируется. Нб. 83% эр. 4.340.000. Вит. зерн. 1—2 в каждом поле зрения; в моче ртуть abs.

Суммируя полученные нами результаты динамического наблюдения, мы можем отметить следующее.

1. Неодинаковые течения ртутной энцефалопатии у взрослых и детей; у последних, где организм является особенно ранимым различными ядами (resp. ртутью), картина заболевания, будучи тяжелее сама по себе, дольше и тяжелее протекала. Очевидно, деструктивные процессы, вызван-

ные ядом, уже так далеко зашли, что улучшению был положен известный предел, далее которого оно не могло идти. Это относится в особенности к общему умственному недоразвитию детей и расстройствам речи. Мутизм, правда, у большинства прошел, но всетаки речь оставалась резко дефективной. Следовательно, в этих случаях и течение, и прогноз являются довольно неблагоприятными.

2. У взрослых течение заболевания можно считать вполне благоприятным, поскольку б-ные оставляли работу со ртутью; однако и здесь проглядывали моменты индивидуального отношения к яду. Напр., один из б-ных проработал всего два дня со ртутью и получил отравление, в то время как остальные заболевали только спустя несколько месяцев после начала работы. Далее интересно, что не всегда продолжение работы со ртутью обязательно ведет к рецидивам; иллюстрацией к этому является сл. 3.

Вообще, наши наблюдения показали, что если б-ной не оставляет совсем работы, то последующие явления бывают более выраженными, нежели первоначальная картина.

3. В отношении лабораторных данных интересно отметить, что у одного из б-ных (сл. 1-й), который лежал с резко выраженной картиной энцефалопатии в отделении, в то время ртуть в моче обнаружена не была; в дальнейшем, после того как б-ной несколько поправился, появилась в моче ртуть. Этот факт подтверждает высказанное нами соображение относительно того, что тяжесть симптомов зависит, повидимому, от задержки ртути в организме (депо). Поскольку ртуть начинает выделяться из организма, клиническая картина улучшается.

К вопросу о феномене насильственного отведения глаз при паркинсонизме.

А. П. Фридмана (Ленинград).

Симптоматология хронической стадии энцефалита (resp. паркинсонизма) чрезвычайно разнообразна. Можно признать совершенно справедливыми слова Lhermithe'a: „Эпидемический энцефалит обладает чрезвычайным полиморфизмом. Это болезнь, сбивающая с пути вариабельностью и богатством клинических проявлений“... Действительно, кроме известного для паркинсонизма и описанного впервые Esopom'o 11 лет тому назад амиостатического симптомокомплекса (акинез-гиперкинез) и расстройств вегетативной нервной системы, обращали на себя внимание клиницистов различного рода симптомы со стороны отдельных черепно-мозговых нервов. Сюда относятся: редкое мигание (с. Stellwag), блефаро-спазм-клонус, расстройство зрения, двоение, сужение поля зрения, нарушение акта конвергенции и аккомодации при сохранности световой реакции—т. н. *perverse Argyll-Robertson* и проч. За последние 5—6 лет было также обращено много внимания на новый сопутствующий паркинсонизму симптом в виде насильственного отведения глазных яблок кверху, книзу, в стороны и, редко, вперед. Это насильственное содружественное движение глазных яблок в определенном направлении,

наступающее периодически в виде припадков, немецкие авторы определяют словом „Schauanfalle“.

В большинстве описанных авторами (Georgi, Ewald, Marinescu, Попов, Bins, Fincl, Kroll, Маргулис, Сандомирский и др.) случаях глазные яблоки подкатывались прямо вверх, редко в стороны, что ведет к синергическому сокращению верхних век. Длительность приступов определяется различными авторами от нескольких минут до нескольких часов и большею частью в вечернее время до наступления сна. Мы наблюдали в клинике нервных болезней Ленинградского медич. ин-та (завед. проф. М. П. Никитин) за последние 6 лет всего 3 случая „Schauanfalle“, не отличающихся сколько-нибудь от описанных в литературе. Однако, предлагаемый вниманию читателей случай паркинсонизма с симптомом „закатывания“ носит некоторые отличительные черты.

Больной 28 л., по профессии сапожник, родом из Донской Области. Острую инфекцию перенес, очевидно, в 1923 г., когда лежал в местной больнице по поводу «голодного тифа» около двух месяцев. В 1924 г. был принят на военную службу, но вскоре был освобожден, так как часто засыпал на посту днем, а ночью страдал бессонницей. В 1927 г. он прибыл в Ленинград и попал в больницу им. Мечникова, где был установлен диагноз паркинсонизма. В мае 1928 г. с целью ослабить ригидность мышц и общую скованность проф. В. А. Опель произвел больному операцию «симпатэктомию» в шейной части ствола. Операция, однако, не произвела желаемого эффекта и больной выписался из больницы без заметного улучшения. Месяца через 2—3 после операции у него начинает развиваться следующий симптом: вечером, обыкновенно перед сном, больной чувствует, что его глаза неудержимо тянет вверх, и он не может их произвольно удержать от насильственного перемещения туда. Припадок насильственного закатывания глазных яблок в первый период своего возникновения бывал длительною всего несколько секунд и не более одного раза в день, но течение зимы 1928—29 гг. приступы стали учащаться и продолжительность их увеличиваться до нескольких минут, что все более и более приводило в беспокойство больного. У него появился «страх ожидания» припадков и возникли различного рода фобии, в частности, боязнь за ночь лечение скопоямином не оказывало сколько-нибудь заметного влияния на мучивший больного симптом, и он стал просить своего амбулаторного врача лечения гипнозом. Первые сеансы, по словам больного, приносили ему некоторое облегчение, но вскоре его врач уехал, а другой врач не пожелал продолжать эти сеансы. Ко мне в амбулаторию № 10 Ленинградского Облздравотдела (ст. вр. Б. И. Юдашин) больной попал на прием в августе 1929 г., и первое же обращение ко мне со слезами на глазах было: «Спасите меня, доктор, я с ума схожу от своих глаз».

Status 8/VIII 29 г. Больной среднего роста, крепкого сложения. Общая скованность всего тела выражена в резкой форме, руки приведены к туловищу, при ходьбе руками не балансирует. Гипертония и ригидность мышц больше всего выражены на верхних конечностях, адиадохокinez. Лицо маскообразно, аффективно-мимические движения выражены в ничтожной степени. Речь медленная, невнятная, саливация и усиленное отделение кожного сала на лице. Зрачки среднего диаметра, слегка неравномерны, реакция на свет—средней живости, на аккомодацию—слабо выражена, с. Stellwag. Движения глазных яблок во все стороны несколько замедлены, а движения *вверх* как-бы «застушены», совершаются с трудом и проходят за несколько этапов. Сухожильные и периостальные рефлексы понижены и неравномерны. Патологические—отсутствуют.

По рассказу больного, ежедневно, в вечерние часы, им овладевает безумный, животный страх перед наступлением припадков «закатывания», приближение которого он ясно чувствует. В это время страх настолько усиливается, что он впадает в аффективное состояние и способен на убийство или самоубийство, причем не всегда помнит о своих действиях (амнезия). Жена в эти минуты зорко следит за ним, так как очень часто больной хватается за свой сапожный нож с целью совершить то или иное насильственное действие. Ввиду настойчивых просьб больного, я неоднократно подвергал его гипнозу. Впадал он, разумеется, в состояние

легкого забытья; при этом я неизменно внушал: «Вы не должны бояться приступа закатывания глаз, Ваше зрение сохранится в полной мере, Ваше настроение должно быть ровным, спокойным». Пробуждался он всегда радостный, успокоенный и бесконечно благодарный и уверял, что он теперь не будет бояться припадков. Действительно, по словам жены, первый вечер после сеанса гипноза больной чувствовал себя более или менее хорошо, но уже со 2—3 дня все снова возвращалось в прежнее состояние, припадки «закатывания» вызывали в психике больного целую бурю эмоциональных переживаний. Кроме гипноза я применял последовательно scopolamin (несколько раз ездил к больному на дом и делал вечером подкожные впрыскивания), atropin, Datura Stramonii, ванны и т. п.—и все безуспешно. В течение 3½ месяцев наблюдения я особых изменений в состоянии больного не замечал. Единственно благоприятным обстоятельством можно было считать, что за время наблюдения приступы «закатывания» не усиливались качественно и количественно, а непосредственно после гипноза психическое состояние больного неизменно улучшалось.

Особенности только что описанного случая представляются нам в следующем виде: 1) Попытка лечения паркинсонизма оперативным путем с целью воздействия через симпатикус на центры подкорковых ганглиев. 2) Вскоре после оперативного вмешательства выявляется вышеуказанный симптом со стороны глаз. Имеется ли непосредственная связь между этими двумя явлениями—сказать трудно. Возможно, что операция лишь ускорила возникновение феномена. 3) Психические симптомы для паркинсонизма, главным образом—повышенная эмоциональность, но Georgi, Kroll и др. описали также психопатологическое состояние во время припадков. Но в нашем случае мы имели таковое и до его наступления, в ожидании приступа. 4) Лечение гипнозом этого симптома, правда без длительных результатов. Временное облегчение больному его страданий следует, однако, отметить. Мы бы сочли возможным рекомендовать применение метода активной психотерапии врачам, пользующим такого рода больных, страдающих главным образом „страхом ожидания“. 5) Вопреки мнению большинства авторов, мы не могли наблюдать благоприятного воздействия скополамина специально на данный симптом. Он лишь ослаблял общий ригор мышц. Этот факт тем интересен, что здесь можно истолковать отсутствие эффекта на скополамин тем, что психическое состояние больного, его возбуждение, возможно, парализовало фармакологическое действие препарата (?).

Покончив с кратким изложением этого, 4-го по счету из наблюдаемых нами случаев „Schauanfalle“, мы считаем теперь необходимым высказать несколько обобщающих мыслей. Каков патогенез феномена, как представить себе механизм возникновения этих тонических судорог глазных мышц? Есть ли это симптом выпадения или, наоборот, раздражения соответствующих центров? Некоторые авторы (Sterling, Georgi, Филимонов, Сандомирский и др.) склонны считать это явлением порядка двигательного разряда подкорковых центров в виде своеобразной формы *эпилепсии*. Исходный пункт этих предположений—тоническую фазу судорог генуинной эпилепсии—многие относят за счет подкорковых процессов. Binswanger, Ziehen, Monakow, Reymonds, Hoffmann, Бехтерев, Sterling, приводя несколько случаев судорожных припадков при эпидемическом энцефалите, прямо говорят о так. наз. субкортикальной эпилепсии, признавая за клоническими судорогами эпилептического припадков корковое происхождение.

Нам представляется, однако, что феномен „закатывания“ следует отнести в категорию явлений *выпадения*, торможения, и вот по каким

соображениям: 1) Пока еще экспериментально не доказана возможность самостоятельной подкорковой эпилепсии преимущественно тонической фазы и, в частности, получения симптома Schauanfälle. 2) При эпидемическом энцефалите мы имеем, как известно, поражение подкорковых ганглиев и, следовательно, можно предполагать нарушение обычной связи между ними и корой мозга, resp. состояние растормаживания. По нашему мнению, такое же явление торможения можно наблюдать у здоровых людей *во время сна*, когда глазные яблоки, как известно, отходят *кверху*. 3) Частота насильственного отведения глазных яблок при эпидемическом энцефалите именно *кверху* говорит в пользу нашего предположения еще по другой аналогия. Согласно последним воззрениям И. П. Павлова и др., подкорковые ганглии — вместилище эмоций. И, действительно, мы наблюдаем у религиозных людей на высоте эмоциональных реакций и у истеричных особ женского пола частое обращение глазных яблок *кверху*. Очевидно, гораздо *физиологичнее* и легче всего именно передвижение яблок *кверху*, а не вниз и в стороны. 4) Благоприятное влияние гипноза на припадок „закатывания“ следует также рассматривать как признак воздействия коры, как временное неустойчивое восстановление связи между двумя этажами головного мозга.

Все эти данные дают нам право высказаться с убеждением за тормозную природу феномена. Выше мы говорили, что желательно было бы поставить эксперименты на животных с раздражением подкорковых центров с целью вызвать симптом „закатывания“. К сожалению, оперативное вмешательство на ганглиях является гораздо более затруднительным, чем на cortex'e, и опасным для жизни животных.

За перестройку научного Фронта. За партийность в научной работе.

Постановление ЦК ВКП(б) от 15 марта 1931 г. по докладу президиума Коммунистической академии. („Правда“ от 18/III 31).

Этап завершения фундамента социалистической экономики требует перестройки всей научно-исследовательской работы, подчинения ее строгой плановости, создания многочисленных кадров научных работников-коммунистов и в особенности преодоления отмеченного тов. Сталиным отставания научной работы от практики социалистического строительства.

Обострение классовой борьбы нашло в последние годы свое яркое отражение и на теоретическом фронте. Буржуазное влияние сказалось в форме ряда антимарксистских и ревизионистских теорий: меньшевистский идеализм рубинщины в экономике, механистические теории в философии, политэкономии и других областях, меньшевистствующий идеализм группы Деборина в философии и естествознании, переверзевщина в литературоведении.

Необходима еще неустанная работа по искоренению существующих и возникающих в различных научных областях теорий, отражающих буржуазное и социал-демократическое влияние.

Внимание и силы научных работников должны быть сосредоточены на теоретической разработке проблем социалистического строительства и классовой борьбы пролетариата. Исходя из ленинского принципа партийности научной работы и непримиримой борьбы с враждебными теориями, научные работники-коммунисты должны вместе с тем давать отпор упрощенству в теоретических дискуссиях, подмене их схоластическими словопрениями.

Комакадемия проводила правильную политическую линию, решительно борясь со всеми уклонами от линии партии, и достигла на этой основе ряда значительных успехов в своей работе. Комакадемией была развернута борьба с буржуазными и социал-демократическими теориями и направлениями в различных областях научного знания.

Ряд теоретических проблем в области истории, права и государства, по мировому хозяйству и пр. подвергся углубленной разработке. Развернута работа по подготовке научных кадров.

Однако, за последнее время Комакадемия запоздала с перестройкой своей работы в соответствии с этой правильной линией (особенно по экономическому и аграрному институтам), вследствие чего не осуществляла достаточного и своевременного руководства в отношении ряда теоретических дискуссий и разработки ряда новых теоретических проблем.

ЦК ВКП(б) постановляет:

1. Предложить президиуму Комакадемии перестроить работу своих учреждений таким образом, чтобы были обеспечены еще более тесная

связь научной работы с актуальными задачами социалистического строительства и классовой борьбы пролетариата и быстрейшая ликвидация отставания научной мысли от практической работы партии.

В своей научно-исследовательской работе Комакадемия должна исходить из необходимости на первый план выдвинуть разработку конкретных узловых проблем, связанных с текущими задачами партии и пролетариата, с вступлением в период социализма и с задачей выполнения пятилетки в четыре года на основе реконструкции всего народного хозяйства, с задачами культурной революции и, в целом, с классовой борьбой мирового пролетариата на данном этапе.

При этом Комакадемия должна взять на себя дело действительной теоретической помощи партийным, советским, хозяйственным и пр. организациям в их практической работе.

Обязать наркоматы совместно с Комакадемией в месячный срок рассмотреть в соответствующих частях планы Комакадемии с точки зрения того, насколько в них отражена задача теоретической разработки узловых актуальных вопросов в данной отрасли социалистического строительства.

Комакадемия, ее институты, научные общества должны принимать постоянное, систематическое участие в организуемых наркоматами, хозяйственными и руководящими органами общественности мероприятиях научного характера, как-то: экспедициях, обследованиях, научных съездах, совещаниях и т. д.

2. Президиум Комакадемии должен обеспечить действительное руководство теоретической работой, сосредоточивая свое внимание на рассмотрении важнейших теоретических проблем по существу и проверяя под этим углом зрения работу всех своих институтов и обществ.

Для ведения текущей оперативной работы и разгрузки президиума Комакадемии от ряда организационных и адм.-хозяйственных вопросов выделить при президиуме Комакадемии секретариат.

3. Практиковать в институтах Комакадемии преимущественно систему коллективной проработки проблем и заданий со включением методов ударных бригад и социалистического соревнования с тем, чтобы были обеспечены в каждом случае реальные результаты работы, ее конкретный и практический эффект, а также подлинно боевые темпы в выполнении планов Комакадемии и в научной работе вообще.

Одним из важнейших методов вовлечения партийных кадров в работу Комакадемии должна являться мобилизация соответствующих товарищей через ЦК с освобождением их на 2—3 месяца от других обязанностей для разработки наиболее актуальных проблем социалистического строительства, стоящих в плане Комакадемии.

Необходимо привлекать к совместной с Комакадемией работе заинтересованные наркоматы и учреждения на договорных началах.

4. Установить более четкое разграничение задач и содержания работы институтов и научных обществ, возложив на последние организацию массовой работы, дело пропаганды марксизма и ленинизма в своей области, популяризацию научных достижений и работу с научными кадрами, особенно в нацреспубликах и отдаленных областях.

5. Произвести проверку наличного состава научных сотрудников Комакадемии и обеспечить решительное выдвижение молодых сил из числа проявивших себя и выдержанных коммунистов. Обеспечить за Комакадемией для научной и преподавательской работы не менее 10 проц. аспирантов, кончающих ее институты и институты ИКП соответствующих специальностей. Решительно покончить с системой совместительства работников Комакадемии, приводящей в ряде случаев к срыву трудовой дисциплины и полной безответственности.

6. Объединить ИКП с институтами Комакадемии таким образом, чтобы учебная работа аспирантов была организована в основном на базе учебных аппаратов ИКП. Поручить Культпропотделу ЦК ВКП(б) совместно с президиумом Комакадемии и директорами ИКП разработать конкретный план объединения с тем, чтобы провести его к 1 июля настоящего года. Обеспечить при этом отчетливое организационное разграничение в рамках Комакадемии научно-исследовательской и учебной работы при тесной увязке подготовки аспирантов с научно-исследовательской работой.

7. Предложить президиуму Комакадемии особое внимание обратить на актуализацию и политическое заострение всей работы ассоциации естествознания, ускорение и расширение подготовки естественно-научных кадров и ликвидацию случайного и незаконченного характера сети ее научных учреждений; организовать секции химии и физики. Поручить Комакадемии приступить к развертыванию, на основе существующей секции, института техники и технической политики.

8. Одной из основных и важнейших задач Комакадемии должно быть осуществление методологического контроля над работой наиболее важных ведомственных, научно-исследовательских институтов и учреждений СССР, которые обязаны по требованию Комакадемии представлять план своей научно-исследовательской работы.

Комакадемия должна на деле взяться за возложенную на нее ЦК ВКП(б) задачу планирования и проверки работы всех марксистско-ленинских научных учреждений и организаций.

Особое внимание должно уделяться во всей работе Комакадемии помощи постановке научно-исследовательского дела на местах, в национальных республиках, в областях и районах и руководству местными отделениями Комакадемии.

9. Возложить на Комакадемию задачу систематического повышения квалификации партийных научных кадров путем заочной их переподготовки, созыва специальных курсов, научных конференций по важнейшим проблемам и т. п.

10. Считать материальную базу Комакадемии совершенно недостаточной для обеспечения лежащих на ней задач.

Предложить президиуму ЦИК усилить материальную базу Комакадемии по линии капитального строительства (особенно в связи с вхождением в Комакадемию институтов красной профессуры), штатного состава, подтягивания зарплаты и специальных средств для научных работ и научных командировок как в СССР, так и за границу. Через месяц войти в ЦК с отчетом об исполнении этого постановления.

За перестройку научного фронта. (Передовица из „Правды“ от 20/III 31 г.).

Постановление ЦК ВКП(б) о Коммунистической академии, опубликованное в „Правде“ от 18 марта с. г., должно привлечь к себе внимание всех научных работников-коммунистов. Оно должно лечь в основу их работы, ее перестройки, которую необходимо провести в кратчайший срок.

Подготовка научных работников расширяется с каждым годом. С каждым годом увеличиваются кадры научных работников.

Но это расширение кадров пока не дает достаточных результатов в смысле эффективности научной работы, главным образом потому, что научная работа строится по-старинке, что она, как это отмечено т. Сталиным, резко отстает от практики социалистического строительства.

Правда, теоретический фронт имеет ряд заслуг в борьбе с буржуазными и социал-демократическими теориями. Эта борьба велась и ведется с особым напряжением теперь, когда СССР завершает построение фундамента социалистической экономики, когда кулачество, ликвидируемое как класс, контрреволюционные круги интеллигенции, при поддержке империалистов с ожесточением сопротивляются развернутому наступлению социализма.

За последнее время на теоретическом фронте, как указывается в резолюции ЦК, это „буржуазное влияние сказалось в форме ряда антимарксистских и ревизионистских теорий: меньшевистский идеализм рубинщины в экономике, механистические теории в философии, политэкономии и других областях, меньшевистствующий идеализм группы Деборина в философии и естествознании, переверзевщина в литературоведении“.

Было бы большой ошибкой считать, что с разоблачением этих теорий борьба с буржуазными и социал-демократическими влияниями уже закончена. Ни в коем случае! Эти влияния еще существуют, они неизбежно еще будут возникать. И наши научные работники должны быть во всеоружии марксистской критики для борьбы с этими влияниями.

Тем более, что враждебные теории лишь в редких случаях выступают теперь в своем настоящем, неприкрытом виде. Нет, они маскируются, они выступают иногда в качестве тончайших, изощреннейших фальсификаций марксизма-ленинизма, разоблачение которых стоит большого труда.

Научные работники-коммунисты должны помнить слова т. Сталина о том, что „только в борьбе с буржуазными предрассудками в теории можно добиться укрепления позиций марксизма-ленинизма“.

Одной из форм социал-демократического извращения марксизма является отрыв теории от классовой борьбы пролетариата.

Пример т. н. „марксоведа“ Рязанова, предавшего партию, показывает, куда может завести этот отрыв, это игнорирование и непонимание ленинизма, как „марксизма эпохи империалистических войн и пролетарских революций“. Этот отрыв марксизма от практики классовой борьбы и социалистического строительства, превращение марксизма в мертвую догму—ведет в болото контрреволюционного меньшевизма.

„Наше учение,—говорил Энгельс про себя и про своего знаменитого друга—не догма, а руководство для действия. В этом классическом положении с замечательной силой и выразительностью подчеркнута та сторона марксизма, которая сплошь да рядом упускается из виду.

А упуская ее из виду, мы делаем марксизм односторонним, уродливым, мертвым, мы вынимаем из него его душу живую, мы подрываем его коренные теоретические основания—диалектику, учение о всестороннем и полном противоречий историческом развитии; мы подрываем его связь с определенными практическими задачами эпохи, которые могут меняться при каждом новом повороте истории“ (Ленин).

Вот эта сторона марксизма, она и сейчас должна быть подчеркнута со всей силой, она и сейчас имеет самое непосредственное значение для теоретического фронта.

Наш теоретический фронт, и Комакадемия, которая возглавляет, имеет несомненные заслуги в разработке ряда проблем социалистического строительства.

Но, в целом, Комакадемия еще не перестроилась в соответствии с новыми задачами и темпами строительства, еще продолжает отставать от хода и задач социалистического строительства. Особенно это относится к экономическому и аграрному институтам.

Это обстоятельство является самым слабым местом нашей теоретической работы.

Этим объясняется, что иногда теоретические дискуссии идут на „холостом ходу“, иногда превращаются в „схоластические словопрения“.

„Исходя из ленинского принципа партийности научной работы и непримиримой борьбы с враждебными теориями, научные работники-коммунисты должны вместе с тем давать отпор упрощенству в теоретических дискуссиях, подмене их схоластическими словопрениями“. (Из резолюции ЦК).

Значение теории для нас заключается в том, что она „дает практикам силу ориентировки, ясность перспективы, уверенность в работе, веру в победу нашего дела“ (Сталин). Теперь, в период невиданного и все увеличивающегося размаха социалистического строительства, такое освещение всех линий нашей работы, анализ социалистической перестройки, ее глубин и ее деталей, взаимных сцеплений отдельных частей, разрыва старых связей и возникновения новых,—особенно необходим.

И надо со всей откровенностью сказать, что работа коммунистов-теоретиков ни по размеру, ни по темпам не соответствует еще этим задачам. В чем же дело? Возможно, что у нас нет научных кадров?

Этого сказать нельзя. Правда, наши научные работники загружены практической работой, но ведь их теперь тысячи. Только Комакадемия и ИКП насчитывают в своих институтах полторы тысячи аспирантов-коммунистов.

И вместе с тем количество научных работ—в особенности, посвященных проблемам соцстроительства,—ничтожно. И вместе с тем у нас постоянные затруднения даже с составлением учебников для сети партийного, общего и технического образования.

Дело в том, что научные работники и учреждения еще не перестроили своей работы. Дело в том, что они еще не привели ее в соответствие с задачами нынешнего этапа. Дело в том, что они не сумели по-новому эту работу организовать и развернуть боевые темпы этой работы.

Комакадемия должна обратить особое внимание на разработку вопросов техники и технической политики, на расширение и политическое заострение всей работы ассоциации естествознания.

„Внимание и силы научных работников,—говорит резолюция ЦК ВКП(б),—должны быть сосредоточены на теоретической разработке проблем социалистического строительства и классовой борьбы пролетариата“.

Нужно не только усвоить это положение и отразить его в своих планах, но и всю научную работу построить таким образом, чтобы добиться—в смысле научной продукции—научных работ, учебников, максимальной эффективности и темпов.

Мы не сможем добиться больших темпов и результатов, если будем надеяться только на научного работника, который действует методами „кустаря-одиночки“.

Необходимо в большей степени практиковать коллективный метод разработки проблем, составления учебников и проч.

Почему аспирантура старших курсов и слушатели ИКП должны по традиции составлять такого рода учебные, зачетные работы, которые годятся только затем, чтобы их класть в архивные шкафы?

Почему и здесь работа не может строиться коллективно, под углом проработки определенной проблемы, составление учебника—так, чтобы она давала ощутимый результат в нашей научной работе?

Разработка проблемы, для которой требуется срок в несколько лет, если работа ведется методами „кустаря-одиночки“, может быть выполнена в несколько месяцев коллективом научных работников.

Пора перестать работать по-старинке, по-кустарному в наших научных учреждениях. Пора и здесь не только составлять свой производственный план, но и организовать его выполнение, но и бороться за него с той энергией и напором, как борется партия на всех участках социалистического строительства. Пора и в научной работе взять боевые темпы.

Эти задачи партия ставит перед Комакадемией, перед всеми научными учреждениями и перед всеми коммунистами.

И под этим знаком она будет проверять и оценивать их работу.

За партийность в философии и естествознании (редакционная программа журнала „Естествознание и Марксизм“ № 2—3 за 1930 г.).

Огромные успехи строительства социализма в нашей стране и развернутое наступление по всему фронту вызывают бешеное сопротивление классового врага внутри и вне СССР.

Область теории никогда не была нейтральной, никогда не была лишена классовой основы. Сейчас, в период обострения классовой борьбы в теории также проявляется сопротивление враждебных пролетариату классовых сил. Оно нашло свое выражение в вопросах философии и естествознания. В частности, в естествознании мы стоим перед подъемом его на новую высшую ступень, мы вплотную подошли к конкретизации марксизма-ленинизма в конкретных областях науки. Мы ставим перед собою задачу критики и переработки не только теоретических основ современного естествознания; сейчас ставится вопрос о преодолении ползучего эмпиризма в самом эксперименте; сейчас мы можем говорить о планировании, о сознательном руководстве экспериментальной, научно-исследовательской работой.

Явно враждебные и ревизионистские течения должны быть разбиты также на фронте научной практики. Необходимо ставить вопрос о пол-

ноценном движении вперед всей научной теории и практики вместе взятых. Несомненно, в этом, равно как и в непосредственном включении в социалистическое строительство, смысл поворота на теоретическом фронте, в этом заключается участие теории, науки в строительстве социализма. Наука, естествознание в частности, не только участвует в строительстве социализма, оно одновременно совершает гигантский скачек по пути своего развития. В период крутой ломки старого нужна особая бдительность к вопросам теории, необходимо решительное осуществление наступления, проводимого партией со всем рабочим классом, чтобы сломить сопротивление враждебных сил. За последний период сопротивление получило свое выражение на различных участках теории.

Так, в теоретической экономике идеология враждебных пролетариату классов выражается в теориях Базаровых, Громанов, Сухановых, Кондратьевых, Рубиных и др. В литературе — в переверзевщине. В области философии мы имеем и открытые выступления явных идеалистов (Лосев, Нудубидзе и др.) и скрытые формы борьбы с марксистско-ленинской философией под флагом асмусовщины, в виде псевдомарксистского течения Корнилова и его школы в психологии, в виде прикрытой, выступающей под маской ленинизма механистической по существу ревизии ленинизма Обухом и его школой в медицине.

Мы имеем общее оживление механистов всех толков (Тимирязев, Варьяш, Обух, Корнилов и др.). В естествознании активизируется также витализм (биологи Берг, Гурвич), махизм (физик Френкель), конвенционализм и субъективизм (математики: Каган, Богомолов).

Эти и всякого рода подобные им извращения в области теории создают почву для использования „объективной“ науки в целях планового вредительства, как это имело место в теплотехнике, холодильном деле, статистике, теории планирования и конъюнктуры и т. д. Все эти обстоятельства ставят перед марксистско-ленинской теорией задачу завоевания естественно-научного и технического буржуазного наследства на основе непримиримой борьбы со всеми отклонениями от марксизма-ленинизма.

Совершенно очевидно, что никакая теория, в особенности в условиях обостренной классовой борьбы, не может быть свободна от политики, что не могут быть не партийными философские основы и выводы науки. Осуществление генеральной линии партии требует единства ее проведения во всех областях нашей действительности.

Философия, естественные и математические науки так же партийны, как и науки экономические или исторические.

Перед марксистско-ленинской философией возникает ряд новых проблем, требуется пересмотр всех методов и темпов работы. Марксистско-ленинская философия не может в период, когда СССР вступил в социализм, оставаться на уровне восстановительного периода. Новая практика рождает новый подход к проблемам теории. „По-новому ставится теперь вопрос о напе, о классах, о темпах строительства, о смычке, о политике партии. Чтобы не отстать от практики, надо заняться теперь же разработкой всех этих проблем с точки зрения новой обстановки“ (Сталин). Так возникает проблема поворота на философском фронте.

Проблема эта на философском фронте еще более обострилась потому, что так называемое философское руководство не захотело, да и не способно было по существу возглавлять движение за поворот. В установках философского руководства имеется „чрезвычайно тонкая форма идеалистической ревизии марксизма, крайне тщательно завуалированная, прикрытая материалистической марксистской фразеологией, наряженная часто в марксистско-ленинские одежды, выступающая сама часто в очень резкой форме не только против откровенного поповского контрреволюционного идеализма типа Лосева, но и даже против идеалистов-гегельянцев типа Лукача“ (см. резолюцию общего собрания ячейки ИКП философии и естествознания от 29/XII 1930 г., „Правда“ от 26/I).

По существу, на деле „вся совокупность теоретических и политических взглядов деборинской группы представляет собой меньшевистствующий идеализм“ (там же).

Товарищи из философского руководства выступили против самокритики в философских рядах, квалифицируя ее как „эклектику“, „мещанство“ и т. д. Противопоставление себя партийной массе привело товарищей из так называемого философского руководства к замыканию в группку и к попыткам оформления групповой точки зрения (декларация „10“ в „Под знаменем марксизма“) и к игнорированию правильных указаний ЦО партии, „Правды“ и журнала „Большевик“.

Основной ошибкой так называемого философского руководства является известный „аполитизм“, уход от актуальнейших проблем социалистического строительства и борьбы за генеральную линию партии исключительно в область проблем, далеко стоящих от жизни. Это привело к тому, что и в области теории в целом не давалось отпора враждебным пролетариату теоретическим течениям типа рубинщины, кондрачевщины, теории Базарова, Громана и др.

Имея некоторые достижения по разоблачению методологической базы правого уклона, философское руководство эту работу развернуло однако далеко неудовлетворительно, а в отношении троцкизма совершенно не поставило этой задачи.

Эта ошибка стоит в теснейшей связи с ложной концепцией, развивавшейся тт. Стэнном и Каревым, по которой выходило, что философский фронт имеет обособленное от политики исключительное положение по сравнению с другими фронтами борьбы, что защита генеральной линии партии не включает в себе необходимым образом и защиты правильной философской позиции. Эта установка вытекала из того обстоятельства, что тт. Карев и Стэн на значительном отрезке своей деятельности вели борьбу с партией и до настоящего времени не изжили полностью своего мелкобуржуазного „левацкого“ радикализма.

Другой основной ошибкой товарищей из так называемого философского руководства является недооценка значения Ленина в развитии марксистской философии и в соответствии с этим недостаточно критическое отношение к Гегелю, Фейербаху и Плеханову.

Вместо того, чтобы на основе работ Ленина показать, что в лице Ленина марксизм достигает своего наивысшего развития, товарищи из так называемого философского руководства недооценили значение Ленина как теоретика, как философа, односторонне подчеркивая его значение как практика, как вождя. С этой ошибкой теснейшим образом

связана недостаточная разработка указанными товарищами литературного наследия Ленина. Ошибки в области философии у товарищей из так называемого философского руководства имели своим следствием ряд ошибок и в области естествознания.

К последним прежде всего относится хеостистское отношение к буржуазной идеологии в области естествознания и игнорирование указания Ленина, что задачей марксиста-естественника должна быть „борьба против буржуазных идей и восстановления буржуазного мирозерцания“. Это отношение выразилось в некритическом усвоении новейших естественнонаучных теорий вместе с враждебными марксизму-ленинизму философскими выводами, как это имело место, например, в теории относительности (Гессен), генетике (Агол, Левит и Левин).

Это некритическое отношение к новейшим взглядам буржуазных естествоиспытателей приводило к тому, что эти взгляды, без их материалистической переработки и преодоления, выдавались за якобы близкие к взглядам диалектического материализма, а порой мы имеем отождествление достижений буржуазной науки с материалистической диалектикой (как это имело место, например, у Левита по отношению к теоретической биологии), чем воскрешается основное положение механистов об упразднении материалистической диалектики.

Позиция группы естественников (Агол, Левин, Левит, Гессен, Шмидт) характеризуется резолюцией общего собрания ячейки ИКП философии и естествознания от 29/XII 1930 г. следующим образом:

„Ряд руководящих товарищей в области естествознания полностью поддерживали позиции группы Деборина (Агол, Левин, Левит, Гессен), либо примиренчески к ней относился, по существу защищая ее (Шмидт). Указанная группа естественников кроме того в специальных вопросах естествознания заняла неправильную—по существу антимарксистскую—позицию (апелитичность, извращение указания т. Сталина о соотношении теории и практики, отрыв теории от практики, противодействие проведению самокритики, игнорирование роли Ленина в естествознании, ревизия методологических установок Энгельса в естествознании, в частности, в биологии, непонимание смысла и значения работ Энгельса для современного естествознания, отождествление достижений теоретической биологии, как методологии естествознания, с генетикой, переход на позиции автогенеза, махистские высказывания в области физики и математики, антимарксистское по существу содержание руководимого представителями деборинской группы естественно-научного отдела БСЭ). Борьба с механистами носила совершенно недостаточный, чисто-формальный характер, по существу имеется стык с механистами в отдельных установках (соотношение марксизма и естествознания, проблема внутреннего и внешнего и др.). Совершенно оставались вне поля зрения механистические концепции в области медицины (группа Обуха)“ (резол., пункт 13. „Правда“ 26/I 1931).

Неправильная позиция товарищей-естественников, примыкавших к так называемому философскому руководству, в ряде естественнонаучных вопросов сочеталась с неумением усвоить то, что дано по философии естествознания основоположниками марксизма и даже с попытками подвергнуть ревизии отдельные взгляды основоположников марксизма (например Энгельса по вопросу о роли труда в развитии человека,

по вопросу эволюции органического мира: Левит, Левин, Агол, проф. Серебровский).

Наряду с этим нынешнее руководство естественнонаучным фронтом в области организации его не обеспечивало фактического осуществления генеральной линии партии. Совершенно отсутствовала ставка на подбор и воспитание новых пролетарских кадров естествовспов, не было даже попытки ввести в работу элемент плановости, не было признаков начинаний по переработке буржуазной науки, а, наоборот, имели место полный отрыв теоретической работы от практики социалистического строительства и система покровительства буржуазным, зачастую реакционным ученым (Костицын, Егоров). Тем самым облегчалась вредительская работа в области выдвижения и подготовки пролетарских кадров научных работников. Отсутствовала массовая работа по ликвидации естественнонаучной и математической безграмотности партийных и рабочих кадров, работа, имеющая большое значение для повышения технической базы социалистического строительства и управления хозяйством.

Отмеченные неправильные установки и ошибки товарищей из естественнонаучного руководства сказались и на литературной продукции, выходящей под ответственностью этих товарищей. Журнал „Естествознание и марксизм“ не поместил ни одной статьи, посвященной социалистическому строительству и защите генеральной линии партии, и по существу был групповым органом естествовспов, поддерживающих т. н. философское руководство.

В Большой советской энциклопедии, руководимой ответственным редактором, председателем Ассоциации естествознания Коммунистической академии т. Шмидтом, естественнонаучный отдел должен быть квалифицирован как антимарксистский по существу.

В ряде важнейших идеологических статей („Волны“, написанные махистом Франком, „Гарвей“, „Вещество“, „Витализм“, „Антропотехника“, „Аксиома“, „Внушение“, „Вейсман“, „Вероятность“, „Влечение“, „Берг“, „Бэр“ и др.), дается антимарксистская интерпретация и ориентация широких кадров читателей. Помимо того, редакция естественнонаучного отдела БСЭ допустила политические ошибки в организации и подборе редакционного и авторского персонала, не привлекая к этой работе в значительной степени имеющиеся и растущие марксистские, коммунистические кадры естествовспов, используя для этой работы в то же время реакционные круги естествовспов-специалистов, сотрудничая с ними в духе либерализма, в духе терпимости к проведенным ими немарксистским взглядам.

Все это ослабляло позиции марксизма-ленинизма в области естествознания, задерживало поворот его в сторону задач социалистического строительства, дезориентировало молодые подрастающие кадры, диаметрально противостояло указаниям Ленина о необходимости „вести войну с современными крепостниками и „образованными“ лакеями „поповщины“, извращало генеральную линию партии.

Давая оценку общего положения на фронте естествознания, редакция журнала „Естествознание и марксизм“ должна указать, что она сама в том составе, который существовал до последнего времени, не сумела обеспечить и возглавить борьбы за поворот.

Затем существенной ошибкой всей работы журнала на всем протяжении его существования является академизм, замыкание в проблемы, односторонне связанные лишь с теорией естествознания и не связанные с теорией социалистического строительства. Проблемам социалистического строительства и роли в нем естествознания специально не было посвящено до сих пор ни одной статьи.

Такой же существенной ошибкой является отсутствие в журнале статей по разработке литературного наследства основоположников марксизма и особенно „Диалектики природы“ Энгельса и литературного наследства Ленина.

Ошибкой же является отрыв редакции от широкой массы читателей и партийцев философов-естествоиспытателей.

Наконец ошибкой является не критическое отношение к антимарксистским по существу положениям ряда товарищей-авторов, печатавшихся без примечаний в журнале „Естествознание и марксизм“ (статья Гессена о статистическом в методе физике—с полумарксистскими ошибками; статья проф. Серебровского—с ревизией марксистского учения причинности, неверной оценкой Энгельса и односторонней трактовкой генетики и т. д.). Недостаточной, несомненно, была и вообще борьба с враждебной марксизму идеологией в естественнонаучной литературе и отсутствовала антирелигиозная работа журнала.

Редакция журнала „Естествознание и марксизм“ в качестве первоочередных задач журнала считает следующее:

1. Участие в социалистическом строительстве путем разработки естественнонаучных проблем, имеющих актуальное значение.

2. Разработка естественнонаучного и философского наследства Маркса, Энгельса и Ленина.

3. Работа над реконструкцией естествознания на основе методологии диалектического материализма и осознанного единства теории и практики социалистического строительства.

4. Непримеримая борьба с враждебной марксизму идеологией в области естествознания и пропаганда атеизма.

5. Борьба со всеми уклонами от марксизма-ленинизма в применении к естествознанию, в первую очередь с механистической ревизией марксизма-ленинизма как главной опасностью на данном этапе, борьба с либеральным меньшевистским подходом в вопросам науки, особая бдительность и разоблачение меньшевистствующего идеализма.

Редакция журнала должна выполнять задачи, поставленные перед марксистским естествознанием Марксом, Энгельсом и Лениным, активно защищать и проводить генеральную линию партии. Ни одна из этих задач не может быть выполнена иначе, как на основе подлинного проведения в жизнь лозунга партийности в философии и естествознании.

Из психофизиологической лаборатории Нижегородского краевого института по изучению профессиональных заболеваний (Консультант-проф. С. М. Василейский, директор ин-та д-р С. И. Скундина).

К вопросу о влиянии социально-бытовых факторов и производства на интеллектуальное развитие рабочих кузнечного цеха завода „Красное Сормово“.

Д-ра Г. А. Ротштейна.

Для выяснения вопроса о влиянии совокупности социально-бытовых и профессиональных факторов на интеллектуальное развитие рабочих лабораторией Института был проведен психологический эксперимент над группой рабочих кузнечного цеха завода „Красное Сормово“ численностью в 400 человек.

Эксперимент проводился по коллективному методу в лаборатории Института по методике, состоящей из 5 тестов: тест Бурдона, Шульте (внимание), тест Нечаева (память), тест Альфа из американской серии и тест контрастов (мышление). Все тесты обрабатывались по формуле Уиппла к тесту Бурдона в модификации проф. С. М. Василейского. В таблицах мы оперируем средними арифметическими из индексов, полученных по этой формуле. Результатам эксперимента и посвящено настоящее сообщение.

Таблица № 1.

Психические процессы рабочих по возрастным группам.

Элементы психики	Возрастные группы				
	До 20 л.	20—29 л.	30—39 л.	40—49 л.	50 л. и выше
Внимание	51	52	48	39	35
Память	18	25	20	20	18
Мышление	31	38	30	27	25

Из таблицы видно, что все элементы психики—внимание, память и высшие процессы (мышление)—нарастают от группы рабочих в возрасте до 20 лет к группе от 20 до 29 лет, постепенно снижаясь к более старым группам. Таблица подтверждает, таким образом, положение о том, что наибольшей свежестью и силой обладают психические процессы в молодом цветущем возрасте от 20 до 29 лет.

Влияние на психические процессы со стороны производственной жизни характеризует табл. № 2, представляющая психические процессы в зависимости от стажа. С целью избежать, насколько это возможно, влияния возрастного фактора, мы взяли стажевые группы в пределах одной возрастной группы до 30 лет.

Таблица № 2.

С т а ж	Э л е м е н т ы п с и х и к и		
	Внимание	Память	Мышление
До 3-х лет	49	23	36
Выше 3-х лет	54	26	37

Из табл. 2 видно, что у лиц со стажем выше 3-х лет все психические процессы развиты лучше, чем у лиц со стажем до 3-х лет. Повидимому, производственная обстановка действует стимулирующим образом на интеллектуальное развитие. Однако, это положение подтверждается не на всех рабочих группах. При исследовании рабочих кузнечного цеха завода „Красный Якорь“ мы нашли обратное отношение, приведенное в таблице № 3.

Таблица № 3.

С т а ж	Э л е м е н т ы п с и х и к и		
	Внимание	Память	Мышление
До 3-х лет	61	30	43
Выше 3-х лет	54	29	40

Мы видим, что психические процессы у лиц со стажем до 3-х лет выше, чем у лиц со стажем выше 3-х лет. Для выяснения этого „парадокса“ мы постараемся подвергнуть анализу комплекс биосоциальных факторов, влияющих на интеллектуальное развитие.

Если мы обратимся к социальному составу обеих групп рабочих, то увидим (табл. № 4), что среди рабочих кузнечного цеха завода „Красное Сормово“ больший процент детей крестьян, чем среди рабочих завода „Красный Якорь“.

Таблица № 4.

	«Красный Якорь»	«Красное Сормово»
Дети рабочих	45,4%	40,2%
„ крестьян	46,5%	57,8%
„ служащих	7,2%	1,8%
Не обозначено	0,9%	0,2%

Однако, на материале кузнечного цеха завода „Красное Сормово“, мы не могли установить видимого влияния социального происхождения на интеллектуальное развитие, как это видно из таблицы № 5.

Таблица № 5.

Социальное происхождение	Элементы психики		
	Внимание	Память	Мышление
Рабочий	48	22	32
Крестьянин	48	23	34

Повидимому, дальнейшая социально-профессиональная жизнь нивелирует разницу в интеллектуальном развитии даже в том случае, если в детстве эта разница существовала.

Если мы обратимся к степени образования обеих групп рабочих, то увидим (табл. № 6), что среди кузнецов-сормовичей грамотных значительно больше, чем среди кузнецов завода „Красный Якорь“, что не могло, конечно, не оказать влияния на степень интеллектуального развития сормовичей.

Таблица № 6.

	«Красный Якорь»	«Красное Сормово»
Грамотных	57,70%	64,42%
Малограмотных	36,00%	24,22%
Неизвестно	6,30%	9,42%

Не без влияния на степень интеллектуального развития сормовичей, повидимому, оказывается и то обстоятельство, что из них значительно большее количество, как это видно из таблицы № 7, провело детство в городе.

Таблица № 7.

Детство провели:	«Красный Якорь»	«Красное Сормово»
В городе	16,10%	28,60%
В деревне	76,90%	62,50%
Частью в городе, частью в деревне	7,00%	8,90%

Если вышеприведенные факторы, выявляющие предпосылки для более высокого интеллектуального развития у сормовичей, характеризуют обе сравниваемые группы рабочих в процессе их развития, то нижеприводимые данные характеризуют факторы, воздействующие на рабочих в настоящее время.

Таблица № 8 дает характеристику жилищных условий обеих рабочих групп.

Таблица № 8.

	«Красный Якорь»	«Красное Сормово»
Живут в подвалах	3,90%	1,30%
„ „ 1 этаже	72,70%	76,60%
„ „ верхнем этаже	15,00%	15,50%
„ неизвестно	8,80%	8,90%

Уже на основании этих данных мы можем судить о том, что сормовичи в жилищном отношении поставлены в лучшие условия, нежели кузнецы завода „Красный Якорь“. Дальнейшие таблицы, характеризую-

щие количество занимаемых комнат (табл. № 9) и качество жилищ (табл. № 10) подтверждают это положение:

Таблица № 9.

	«Красная Якорь»	«Красное Сормово»
Занимают 1 комнату	43,0 ⁰ / ₀	58,2 ⁰ / ₀
„ 2 комнаты	1,7 ⁰ / ₀	18,0 ⁰ / ₀
„ 3 „	1,4 ⁰ / ₀	1,3 ⁰ / ₀
„ угол	34,3 ⁰ / ₀	20,5 ⁰ / ₀
Живут в общежитии	10,9 ⁰ / ₀	—
Неизвестно	8,7 ⁰ / ₀	1,9 ⁰ / ₀

Таблица № 10.

Сан. состояние жилищ:	«Красный Якорь»	«Красное Сормово»
Чистое	76,6 ⁰ / ₀	87,2 ⁰ / ₀
Грязное	16,0 ⁰ / ₀	9,7 ⁰ / ₀
Неизвестно	7,4 ⁰ / ₀	3,1 ⁰ / ₀
Сухое	44,0 ⁰ / ₀	66,7 ⁰ / ₀
Сырое	48,6 ⁰ / ₀	32,0 ⁰ / ₀
Неизвестно	7,4 ⁰ / ₀	1,3 ⁰ / ₀
Светлое	62,9 ⁰ / ₀	89,7 ⁰ / ₀
Темное	29,7 ⁰ / ₀	8,6 ⁰ / ₀
Неизвестно	7,4 ⁰ / ₀	1,7 ⁰ / ₀
Теплое	53,5 ⁰ / ₀	83,3 ⁰ / ₀
Холодное	39,4 ⁰ / ₀	14,7 ⁰ / ₀
Неизвестно	7,4 ⁰ / ₀	2,0 ⁰ / ₀

Из таблиц видно, что сормовичи живут менее скученно и в более хороших в санитарно-гигиеническом отношении жилищах, чем кузнецы завода «Красный Якорь».

Касаясь материальной обеспеченности обеих групп рабочих, укажем, что средний месячный заработок сормовича (104,4 руб.) выше среднего месячного заработка кузнеца с «Красного Якоря» (92,6 руб.).

Что материальная обеспеченность стоит в тесной связи с интеллектуальным развитием, показывает таблица № 11.—из которой видно, что все психические процессы у рабочих („Красного Сормова“) с заработком до 30 рублей ниже, чем у зарабатывающих выше 30 рублей на едока в месяц.

Таблица № 11.

Доход на 1 человека в месяц	Элементы психики		
	Внимание	Память	Мышление
До 30 рублей	47	21	32
Выше 30 рублей	50	31	36

Питание, естественно, находится в полном соответствии с заработком и, в свою очередь, оказывает влияние на интеллектуальное развитие, как это видно из табл. № 12, представляющей психические процессы рабочих с питанием до 2500 и выше 2500 калорий в сутки.

Таблица № 12.

Питание в сутки	Элементы психики		
	Внимание	Память	Мышление
До 2500 калорий . . .	35	21	32
Выше 2500 калорий . .	49	23	34

Мы видим, что у лучше питающихся все психические процессы выше.

Также же отношения мы находим и в вопросе о потреблении алкоголя и табака. Таблица № 13 представляет психические процессы рабочих завода „Красное Сормово“, употребляющих и не употребляющих алкоголь и табак.

Таблица № 13.

	Элементы психики		
	Внимание	Память	Мышление
Не пьет	51	22	37
Пьет	48	23	33
Не курит	50	22	35
Курит	47	22	33

Мы видим, что у пьющих и курящих интеллектуальное развитие ниже, нежели у неупотребляющих алкоголя и табака. Если мы рассмотрим степень потребления этих наркотиков у сравниваемых групп рабочих, то увидим (см. № 14), что сормовичи находятся в более благоприятных по сравнению с кузнецами „Красного Якоря“ условиях.

Таблица № 14.

	«Красный Якорь»	«Красное Сормово»
Пьют	78,3%	77,0%
Курят	74,8%	73,6%

Таким образом, мы приходим к выводу, что большая грамотность, пребывание в детстве в условиях городской культуры, лучшие жилищные условия, большая материальная обеспеченность и, в связи с этим, лучшее питание, а также меньшая алкоголи-и никотинизация у сормовичей создают у этой группы рабочих условия для более высокого интеллектуального развития по сравнению с кузнецами завода „Красный Якорь“, у которых противоположные условия вызывают понижение интеллектуального уровня в зависимости от стажа, т. е. от времени воздействия на них этих факторов.

Однако, мы не можем исключить и чрезвычайно важного, на наш взгляд, фактора влияния на интеллектуальное развитие самого производства с его социально-профессиональной жизнью, стоящей в непосредственной зависимости от величины и значимости того или другого предприятия. Нам кажется естественным и понятным, что Сормовский гигант

с его крупными индустриальными кадрами создает обстановку интенсивной общественной жизни, в которой психика отдельного индивида находит благоприятные условия для своего интеллектуального развития. С другой стороны, нельзя не думать о стихийном профессиональном отборе на сормовский завод с его развитой техникой, отсеивающей всех не могущих приспособиться к ее требованиям, в то время как „Красный Якорь“ с его полукустарными методами обработки дает возможность овладеть техникой работы менее одаренным группам рабочих.

Из поликлиники М.-К. ж. д. ст. Казань.

Женская гоноррея на железнодорожном транспорте¹⁾.

М. А. Романовой.

Материалом для настоящей статьи служат карточки больных, прошедших через гинекологический кабинет Казанской поликлиники Моск.-Каз. ж. д. за 2½ года ее существования (с 1 VII 1926 г. по 31 XII 1928 г.). Больные эти состояли исключительно из железнодорожного населения г. Казани и ближайших станций, которые обращались в наш кабинет не только за узко-специальной помощью по женской гоноррее, но вообще за акушерско-гинекологической. Попад в гинекологический кабинет, они подвергались учету, специальным исследованиям, систематическому лечению и профилактической обработке. За указанный срок в нашем кабинете было зарегистрировано 4350 первичных посещений, из которых на долю гонорреи (ж. г.) и ее осложнений падает 957 случаев, что составляет 22% по отношению к общему числу посещений. Процент большой, но не исчерпывающий, т. к. в это число вошли далеко не все случаи; многие больные, страдающие этой болезнью, прошли мимо нас или вовсе нигде не лечились. Поэтому действительный процент следует ожидать еще выше. Если мы сравним его с имеющимися на этот счет процентами у других авторов, то убедимся, что он выше их. Так, по материалу Волынского окружного вендиспансера для городского населения он равен 18,7%. Конечно, полученный нами % имеет только относительное значение: он не отражает действительные размеры гонорроизации женского населения транспорта, но на основании его мы все же можем с уверенностью сказать, что по своей распространенности и значению гоноррея у транспортниц, бесспорно, занимает одно из первых мест среди гинекологических заболеваний, и что действительный процент поражения женщин этой болезнью нужно считать, во всяком случае, не ниже, а выше, чем это исчислено у Хольцова (от 20 до 30%).

Дальнейший анализ имеющегося материала рисует еще более любопытные факты социального характера. Так, наши больные распределялись:

¹⁾ Доложено на заседании Венерологической секции О-ва врачей при Каз. ун-те 28/III 1929 г.

По социальному положению:	По национальности:	По семейному положению:
Застрахованные 78	Русские 699	Дети 7
Члены семейств 718	Татары 99	Замужние 617
Безработные 102	Проч. 159	Незамужние 234
Пенсионеры 13		Вдовы 99
Прочие 46		
По возрасту:	По месту жительства:	
Дети 7	От 31 до 35 л. . . . 165	Казань 757
До 20 лет 103	» 36 » 40 » . . . 117	Приезжие 220
От 21 до 25 л. . . . 257	Свыше 40 л. 83	
» 26 » 30 л. . . . 225		

О чем говорят эти данные? Они свидетельствуют нам о том, что ж. г. распространена, главным образом, как среди замужних, так особенно среди незамужних женщин русского населения. 234 случая заражения гонорреей среди незамужних ж. (одиночек) показывают, насколько социально опасной является эта, сравнительно небольшая, группа населения. Татарок с ж. г. было всего 10,3%. Такое незначительное количество ж. г. среди татарского населения зависит от двух обстоятельств: во-первых, татар среди транспортников не так много, во-вторых, женщины этой национальности очень неохотно посещают амбулаторию.

В возрастном отношении ж. г. больше всего страдают в самые цветущие годы: от 20 до 30 лет. Местных жительниц с ж. г. было зарегистрировано в три раза больше, чем приезжих. Что касается ничтожного количества зарегистрированных нами случаев с детской гонорреей, то надо сказать, что эта цифра совершенно не соответствует действительности, раз среди взрослого населения так широко распространена ж. г. Это могло зависеть от того, что нами не производилось обследования семей, и все эти случаи явились к нам на прием по личной инициативе родителей. Статистика Бакинского вендиспансера показала, что 0% гоноррейных детей в детдомах доходит до 11,2%.

Переходя к вопросу об источниках заражения, необходимо отметить, что в громадном большинстве случаев больные получили гоноррею по выходе замуж от своих мужей и только в единичных случаях от случайных coitus'ов со знакомыми мужчинами. Если мы рядом с этим сопоставим сообщение венерологов, то увидим следующее: по материалу диспансера ГВИ 70,1% больных женщины заразились от своих мужей, в то время как мужья от своих жен заразились в 10,3% случаев. У нашего венеролога Н. Н. Ясницкого заражение у мужчин в 60% происходит от половых сношений с неизвестными женщинами во время служебных поездок на линию. Эти данные с несомненностью показывают, каким путем венерические болезни проникают в железнодорожные семьи—бытовые и служебные условия здесь играют большую роль, причем главным виновником внесения гонорреи в семью является мужчина. Очевидно, среди мужчин еще очень многие не прониклись сознанием ответственности перед своей совестью и обществом за внесение в семью гоноррейной заразы.

Наряду с этим чрезвычайно интересным является факт постепенного нарастания ж. г.

С р о к	Острая	Хронич.	Всего
За 1/2 г. 1926 г.	48	126	174
За 1927 г.	103	265	368
За 1928 г.	121	294	415
	272	685	957
	28,5%	71,5%	

Число больных ею из года в год увеличивается: причем, как видно из таб. № 6, этот рост происходит как за счет остро протекающих случаев, так и за счет хронических. Всего нами острых случаев зарегистрировано 28,5%, а хронических—71,5%.

Для ясности я считаю необходимым оговориться, что остропротекающая группа нашей статистики состоит далеко не из одних только свежих случаев инфекции. За основу мною бралась не давность процесса, а клиническая картина болезни. По сводной статистике у Гальперина и Исаева острых случаев было 40%, а хронических—60%. Это несоответствие наших данных с данными указанных авторов могло зависеть от того обстоятельства, что в диспансер идут, главным образом, острые случаи свежей инфекции, к нам же, наоборот, под видом женских болезней—различные осложнения и хронические заболевания на почве гонорреи.

Что касается давности процесса, то его точно выяснять у наших больных в большинстве случаев было невозможно, т. к. многие больные не могут указать момента заражения, а довольно часто встречающееся длительное толерантное отношение организма к гонококковой инфекции скрывает от больной начало болезни. Поэтому число свежих случаев, бурно себя проявивших с самого начала инфекции, было зарегистрировано небольшое (42). Превалирующее количество составляли воспалительные процессы, давность которых колебалась от 2 до 5 лет. Также немало было случаев с вторичной латентной гонорреей, в то время как длительной первичной латентной гонорреей было зарегистрировано всего 3 случая.

Способ заражения у наших больных, за исключением детей, был половой. Переходя к вопросу о диагностике ж. г. у наших больных, считаю необходимым отметить, что за гоноррейное заболевание мы признавали те случаи, где налицо были несомненные анамnestические данные, соответствующая клиническая картина и положительные результаты бактериоскопического исследования. В некоторых сомнительных случаях картина заболевания выяснялась консультативно с венерологом, у которого лечатся мужья наших больных. Затруднения и сомнения возникали, главным образом, в деле распознавания хронической гонорреи. Здесь, благодаря многолетней давности процесса, характерные особенности половой жизни ж. заглушались, а ложный стыд и другие практические соображения довольно часто заставляли их скрыть тайну и даже самый тщательный анализ анамnestических данных не всегда разрешал вопрос об инфекции. Что же касается клинической картины ж. г. и отдельных симптомов ее, то, по мнению многих клиницистов, они не имеют ни одного патогномического признака, присущего только этой болезни. С другой стороны, теперь считается общепризнанным, что и отрицательные результаты бактериологических исследований еще не служат доказатель-

ством отсутствия гонорреи. Отсюда явствует, что диагностика ж. г. при современных методах исследования не всегда возможна.

Бактериологические исследования нами были произведены всего лишь в $\frac{1}{2}$ всех случаев с ж. г., причем они касались, главным образом, открытых форм. В случаях далеко зашедших и большой давности бактериологические исследования не производились, потому что, по мнению большинства клиницистов (Sänger, Noeggerath, Wertheim, Döderlein и др.), найти в этих случаях гонококка в отделяемом нижнего отдела мочеполового тракта женщины является делом почти невозможным, а отрицательные результаты ничего не доказывают. Как положительный результат бактериологического исследования мы признавали те случаи, где налицо были обнаружены или типичные гонококки Neisser'sa (35% по отношению к положительному числу исследований), или грамотрицательные диплококки типа Asch'a (55%), или обилие гнойных клеток (нейтрофилов, эозинофилов) даже при отсутствии в препарате гонококка (10%). Первые обнаруживались, главным образом, в свежем патологическом отделяемом при острой форме гонорреи; вторые—при различных формах хронической гонорреи, чаще в цервикальном канале, где, по видимому, имеются особые благоприятные условия для гетероморфизма и длительной фиксации этих форм (Финкельштейн). Несмотря на допускаемые некоторыми авторами (Лавринович, Сиротинни, Утенков) большие морфологические изменения этих гонококков типа Asch'a, нами признавались зачатковые только те, которые все же сохраняли форму диплококка. Гнойные клетки были неизменными спутниками латентной гонорреи, где гонококк сохранял свою жизнь в глубине пораженных тканей, не проявляя себя клинически и не обнаруживаясь в отделяемом.

Современные исследователи различно смотрят на эту стойкую микроскопическую картину отделяемого мочеиспускательного канала. По мнению Фро н ш т е й н а, этот „лейкоцитарный индекс“ дает право считать больного свободным от инфекции. Pícker и Asch рассматривают его как несомненный признак латентной гонорреи. За к с, З а л у ц к и й и Ш и ш о в определяют его как показатель момента равновесия между инфекцией и организмом. Мы полагали, что такой результат бактериологического исследования надо считать как признак наличия инфекции, скрытно протекающей до поры до времени, и поэтому относили его к положительным.

Положительный анализ при заведомой гоноррее нами был получен в 37% всех случаев, подвергнутых бактериоскопическому исследованию, % сравнительно низкий, хотя и у проф. И в а н о в а количество положительных результатов бывает в три раза менее отрицательных. Такой небольшой % удач он объясняет иррациональной техникой взятия отделяемого.

Для микроскопического исследования мы брали отделяемое уретры, бартолиновых желез, канала шейки матки, вагины, а иногда и прямой кишки. Техника взятия обычна. Мазки, фиксированные на предметных стеклах, направлялись в лабораторию поликлиники, где и окрашивались общепринятым способом—синькой и по Грамму. Так как таким обычным способом не всегда удавалось найти микроба, особенно в случаях хронических и латентно протекающих, то в ряде случаев мы прибегали к помощи провокации. Провокация приурочивалась ко времени окончания

менструации, которая во многих случаях сама по себе играла провоцирующую роль. Провокация сводилась к искусственному местному повреждению слизистой уретры (инстиляция 1% раствором arg. nit.) и канала шейки матки (смазывание 5—10% раствором arg. nit.) и впрыскиванию гонококковой поливалентной вакцины в наружно-верхний квадрант ягодичной области в количестве 1,0. Одновременно с этим большей рекомендовалось пить пиво, что с давних пор заслуженно считается хорошим провоцирующим средством. В течение ближайших 2-х суток больная ежедневно являлась на прием, где у нее обычным способом брались мазки. Такому методу провокации было подвергнуто 68 человек, у которых примененный ранее обычный способ исследования дал отрицательный результат. Благодаря такому вылавливанию гонококков мы имеем еще 20% положительных анализов.

Придавая бактериоскопическому исследованию большое диагностическое значение, мы произвели его, как уже отмечено выше, приблизительно в $\frac{1}{2}$ всех случаев, т. е. у 450 чел.

Насколько часто бралось для исследования отделяемое того или другого органа и с каким успехом, показывает табл. № 1.

ТАБЛ. № 1.

Название органа, из которого бралось отд.	Число исследований	Число положительных результ.	% положительных анализов
Уретра	321	160	50%
Барт. железы	56	11	20%
Церв. канал	339	135	40%
Влагалище	140	14	10%
Прямая кишка	8	2	25%
Всего	864	322	37%

Необходимо отметить, что сюда вошли часть остропротекающих случаев, часть хронических, отчего и зависит снижение % положительных анализов. Кроме того, в этой таблице обращает на себя внимание низкий % положительных находок во влагалищном секрете, в то время как проф. Иванов очень часто находил гонококки и атипичские формы их в подэпителиальном слое биопсированных кусочков вагины. Далее, мы очень мало произвели исследований из rectum, где, судя по литературным данным, гонорейная инфекция встречается довольно часто (Schultze на своем материале в 471 сл. ж. г. нашел 75,4% поражения rectum).

Мы мало производили исследований секрета rectum на гоноррею потому, что взятие мазков непосредственно из rectum (метод Иерсильда) не всегда возможно, а метод промывания отнимает очень много времени, что недопустимо в условиях нашего приема.

Посевы и серодиагностика (реакция Wriht'a и реакция Bordet-Gengou) нами не производились. К сожалению, технические условия лаборатории не позволили нам применить эти диагностические методы, литературная оценка которых так богата и разноречива.

По характеру заболевания и локализации процесса наши больные распределялись так, как показывает табл. № 2.

ТАБ. № 2.

и по ха- рак. заб.	По локализа- ции процес.	Общее ко- личество	Уретра	Парауретр. ходы и кнн. желез.	Барт. жел.	Вагина	Шейка матки	Матка	Придатки матки	Таз. брющ. и клетчатк.
Остр. откр. гонорр.		116	107 (92 ⁰ /о)	—	19	12 (10 ⁰ /о)	40 (34 ⁰ /о)	—	—	—
» закр.	» . .	156	148 (95 ⁰ /о)	13	25	14 (4 ⁰ /о)	74 (47 ⁰ /о)	94 (60 ⁰ /о)	48 (30 ⁰ /о)	31 (20 ⁰ /о)
Хрон. откр.	» . .	182	65 (35 ⁰ /о)	20 (11 ⁰ /о)	37	36 (20 ⁰ /о)	145 (80 ⁰ /о)	—	—	—
» закр.	» . .	503	120 (30 ⁰ /о)	40 (10 ⁰ /о)	56	73 (18 ⁰ /о)	290 (72 ⁰ /о)	323 (80 ⁰ /о)	240 (60 ⁰ /о)	180 (45 ⁰ /о)
Всего.		957	440	73	137	135	549	417	288	211

Конечно, она далеко не точная, т. к. в нее не вошли очень мно-
гие ткани и органы, принимавшие участие в процессе болезни. Она
лишь схематически указывает, насколько часто был поражен инфекцией
тот или иной орган. Мочепускавательный канал, таким образом, являлся
наиболее частым местом для поселения гонококка, в то время как гонор-
рейные вагиниты наблюдались довольно редко и притом встречались,
главным образом, у детей, старух и беременных. Парауретриты встрети-
лись сравнительно редко (8%, в то время как в отделении ж. г. ГВИ
на 100 случаев ж. г. было 13 парауретритов). Шеечный канал пред-
ставлял самую частую локализацию гонорреи. Увлажненный слабо-щелоч-
ным секретом, выстланный нежным цилиндрическим эпителием и имею-
щий множество складок и желез, шеечный канал, очевидно, представляет
очень удобное место для гонококков.

Тело матки стоит на третьем месте по частоте поражения гонор-
рейной инфекцией, которая, хотя и быстро исчезала отсюда, но оставляла
после себя глубокие и стойкие изменения. Придатки матки были пора-
жены гоноррейной инфекцией в острой стадии в 30%, а в хронической—
в 60%, т. е. у наших больных эти органы были поражены несколько
чаще, чем это видно из статистики Menge. Menge, делая общий вы-
вод на основании статистики Bumm'a, Steinschneider'a, Weland-
er'a, Bräse и др., делает вывод, что трубы бывают поражены этой
инфекцией в 25% в остром периоде, и в 50% в хроническом периоде.
Такая частота поражения внутренних половых органов у наших женщин
гоноррейной инфекцией в известной доле зависит от той обстановки,
в которой проводилось лечение.

Не останавливаясь на клинической картине, наблюдаемой нами ж.
г., я отмечу только, что она была бесконечно разнообразна как по ло-
кализации и началу болезни, так по течению и исходу. Очень часто
болезнь в одно и то же время давала различные комбинации, протекая
в одних органах остро, в других скрытно, в третьих—хронически; по-
ражая одни органы катарральным воспалением, она в других давала
глубокие, гнойные процессы. Кроме того, в очень многих случаях нами

были отмечены тяжелые нарушения всех функций половой сферы: бесплодие, дисменоррея, маточные кровотечения и болезненный coitus. В связи с этими расстройствами рефлекторно возникали также расстройства и в других областях организма женщины, причем главным образом в психике и нервной системе. Нам не раз приходилось видеть тяжелые формы неврастения и истерии на почве гоноррейных поражений внутренних половых органов женщины.

В терапии ж. г. в нашей поликлинике мы прежде всего придавали большое значение общим гигиеническим требованиям, предъявляемым в смысле соблюдения чистоты и опрятности, регулированию диеты и стула, отказу от физического напряжения и половой жизни. Однако, тяжелые бытовые условия жизни наших больных не позволяют им выполнять у себя дома эти требования. Не взирая на наши советы, больные продолжают через силу заниматься работой по хозяйству и отправлять супружеские обязанности, т. к. в условиях домашней обстановки им часто бывает невозможно уклониться от этого. Такое вынужденное пренебрежение необходимыми для благоприятного течения болезни мерами сказывается очень быстро появлением тяжелых осложнений, по поводу чего больных приходится уже помещать в больницу.

Из всего количества зарегистрированных нами гоноррейных больных женщины стационарным лечением пользовались только 163 человека (17%). При острых, бурно протекающих воспалительных процессах с целью задержать развитие инфекции и умерить чрезмерно бурную реакцию со стороны организма мы применяли наркотики в виде суппозиторий и холод в виде мешка со льдом на нижнюю часть живота. И только по мере затихания процесса переходили к более активной терапии, в основе которой был заложен принцип не столько уничтожить гонококков *in loco morbi*, сколько стремление повысить защитительную способность организма и устранить те пат.-анат. изменения, которые явились в результате длительной инфекции.

Мы не стремились непосредственно уничтожить гонококков, т. к. по единодушному мнению многих клиницистов чисто бактерицидный способ лечения, так блестяще разработанный *in vitro* и *in vivo* на эксперимент. животных, не дал должного успеха при применении на людях. Не возлагая особых надежд на бактерицидные лекарственные вещества, мы применяли их в сочетании с другими методами, среди которых на первом месте стояли физиотерапевтические способы. Эти способы, по мнению многих авторов, дают прекрасные результаты при лечении ж. г. В основе их лежит способность вызывать в пораженном органе гиперемию, которая, по мнению Мечникова, Marschanda, Büchner'a, Ribbert'a и Bier'a, является благодетельной реакцией организма на внедрившуюся инфекцию.

Из физиотерапевтических способов мы применяли у наших больных гидротерапию, грязелечение, вагинотермию, диатермию, местные световые ванны, нонтофорез и механические приемы (массаж, ихтиолизацию, булжирование). Кроме того, в известном ряде случаев нами проводилась иммуно-(вакцино, аутогеомо, протейно) терапия. Располагая этим громадным арсеналом средств, мы имели определенный успех в деле лечения ж. г.: через 1½—2 месяца лечения больные прекрасно себя чувствовали, возвращались к обычной физической работе, у них исчезали симп-

томы болезни и восстанавливались нормально физиологические отправления половых органов, а неоднократные повторные исследования отделяемого половых органов не обнаруживали уже гонококков.

Однако, патолого-анатомические изменения проходили не скоро, и служили причиной неоднократных обострений процесса и требовали хирургического лечения. Эти случаи касались, главным образом, плохо обеспеченных пациенток, которые не располагали временем, необходимым для консервативного лечения. Хирургическое лечение нами было применено в 90% (20 раз) по отношению к числу поражения придатков. Если мы сравним этот % с данными клиники Schauta, то увидим, что мы сравнительно редко прибегали к оперативному лечению гоноррейных аднекситов (в клинике Schauta он равен 13%).

Устанавливая строгие показания к оперативному вмешательству, мы рассчитывали, главным образом, на консервативное лечение, которое почти всегда приводит к исцелению или, в крайнем случае, настолько облегчает страдания, что они становятся выносимыми.

Остается сказать еще несколько слов о профилактике ж. г. Профилактическая работа сводилась к санитарно-просветительной обработке женского населения транспорта в отношении гоноррей, к правильной постановке лечения и к проверке момента излечимости ж. г. Что же касается диспансеризации, то она не проводилась:

Выводы: 1. Ж. г. на транспорте является одной из распространенных болезней.

2. В основе борьбы с этой болезнью должна быть положена диспансеризация, раннее распознавание, правильное лечение и проверка момента излечимости.

3. Лечение ж. г. возможно и должно проводить в гинекологических кабинетах, для каковой цели они должны быть соответствующим образом оборудованы.

4. В основу оборудования гинекологического кабинета должны быть заложены, в первую очередь, принципы физиотерапевтических методов.

5. Для правильной постановки дела лечения ж. г. необходимы периодические научные командировки гинекологов в ГВИ.

Профессор Гротьян о плановом питании населения в СССР.

(По письму из Берлина).

Доцент кафедры социальной гигиены Казанского университета д-р. С. М. Шварц ныне находится в заграничной командировке для научного усовершенствования и работает с февраля месяца в Гигиеническом институте Берлинского университета у проф. Нанн. Одновременно он слушает курс лекций по социальной гигиене у проф. Гротьяна. Письма, направленные им на кафедру в Казань, делаются все более и более интересными. В последнем письме он дает интересную краткую информацию о лекции проф. Гротьяна, посвященную вопросу о питании. Вообще он характеризует лекции проф. Гротьяна как очень интересные, насыщенные необычайно богатым фактическим и цифровым материалом; таковы были и лекции, посвященные вопросу о питании.

Основная мысль лекций проф. Гротьяна сводилась к следующему: «питание населения отражает эпохи и формы народно-хозяйственной жизни, в которой живет народ: так, первобытное человечество, жившее в эпоху «натурального хозяйства» (Naturwirtschaft), питалось хотя и однообразно, но с точки зрения гигиенической по естественному качеству и калорийной ценности продуктов весьма удовлетворительно; полную противоположность представляет массовое, народное

питание в нашу капиталистическую, индустриальную эпоху, когда господствует «рыночное» питание, эпоху, которую он именует «Marktwirtschaft»; в эту эпоху масса населения, по качественной и колорийной ценности продуктов, питается определенно голодно и в большой части суррогатами; богатые и зажиточные классы, наоборот, питаются изысканно и сверхнасыщенно, с избытком мяса, жиров, с избытком белого хлеба, игнорируя черный, фактически наиболее здоровый хлеб. (Надо отметить, что немцы последние годы усиленно пропагандируют черный хлеб опять-таки по причинам не столько гигиенического, сколько экономического характера. Примечание передающего письмо д-ра Шварца)... И сколько бы мы, гигиенисты, прибавляет проф. Гротьян, не протестовали против такого положения—нас, гигиенистов, население слушать не будет, ибо диктуем социальные законы питания не мы, гигиенисты, не наука, а «рынок», т. е. система социально-экономического строя, в котором народ живет. Благодаря этому мы (немцы), будучи народом бедным, вынуждены ежегодно ввозить на многие миллиарды марок дорогие стоящие продукты питания, а наше сельское хозяйство находится на пути к гибели.

«Но, говорит проф. Гротьян, есть еще один вид народного хозяйства—ныне существующий в СССР. Этот вид хозяйства проф. Гротьян называет «Bedarfwirtschaft». Это плановое хозяйство—наиболее правильное разрешение вопроса. Не знаю, добавляет проф. Гротьян, сможет ли Советское правительство выполнить свой намеченный пятилетний план, но самый факт существования такого плана уже имеет колоссальное значение.»

Таково интересное и ценное признание проф. Гротьяна по вопросу о советском плановом питании населения (из письма д-ра Шварца к проф. Гран).

Диалектически-медицинская учеба в Казани.

Надо отметить, что в этом академическом году жажда овладеть диалектически-материалистическим методом охватывает все более и более широкие научные круги всех возрастов. Это касается всех ВУЗ'ов и ВТУЗ'ов, в частности и, может быть, даже преимущественно естественно-биологических и медицинских; по крайней мере это резко обращает на себя внимание в Казанском медицинском институте. Это захватывает многие кафедры, клиники, больницы.

Так, 25 января на кафедральной конференции лаборатории биологической химии Медицинского (Зав. проф. Энгельгардт) состоялось заседание, на котором аспирант А. А. Баев сделал доклад на тему «Диалектика как метод биологии». Доклад вызвал оживленные прения.

В начале февраля в клинике нервных болезней (проф. Алуф) состоялась очередная научная конференция, на которой под председательством проф. Алуф состоялся интересный доклад аспиранта Кудяшева на тему «Современная психология в диалектически-материалистическом разрезе». Доклад также вызвал весьма оживленные прения.

28-го февраля состоялось открытие кружка врачей материалистов-диалектиков, организованного коллективом Варнитсо Медицинского института. Кружок собрался в аудитории кафедры социальной гигиены, и аудитория была полна (около 70 человек). Первым докладчиком выступил д-р В. И. Катеров на тему «Диалектика как метод биологии и медицины». Докладчик дал определение материалистической диалектики, охарактеризовал ее отношение к метафизическим методам мышления и пытался на конкретных примерах биологии и медицины дать обоснование необходимости приложения диалектического метода в биологии и медицине.

Содокладчица тов. В. П. Зенкина дала анализ натур-философии и эмпиризма. В. П. Суворов дал диалектическую оценку «кризиса» в медицине. В прениях по докладам выступали тт. Баев, Кондратьев, Бродовский и др. Собрание носило весьма оживленный характер. Бюро Варнитсо на последнем заседании постановило просить тт. И. С. Алуфа, М. М. Гран, Н. И. Слепкова и П. К. Бродовского разработать программу занятий кружка. 18-го марта состоялось второе заседание кружка, на котором собралось вновь около 70 человек. Тема доклада: «Законы диалектики в биологии и медицине». Вновь оживленный обмен мнений, живой и напряженный интерес аудитории. Видимо, диалектика побеждает.

ОТДЕЛ III. ИЗ ПРАКТИКИ.

Из хирургического отделения Ижевской облгорбольницы (Зав. отдел. д-р Паншин).

Случай ложной диафрагмальной грыжи с ущемлением и перфорацией кишек в плевральной полости¹⁾.

Д-ра Ворончихина.

20 сентября 1930 г. в хирургическое отделение Ижевской областной больницы из родильного отделения была срочно переведена больная А., 30 лет, крестьянка, удмуртка, с явлениями непроходимости кишечника. 16 дней не было стула и в последнее время каловая рвота. Боли в животе.

Объективно: Покровы цианотичны, пульс почти отсутствует, резкое истощение; живот умеренно вздут, мягкий—*défense musculaire* отсутствует, средний тимпанит и нерезкая разлитая болезненность, *t^o* нормальная. Сознание полное.

Оперативное вмешательство не произведено. В ту же ночь, т. е. на 21/IX, больная скончалась.

Вскрытие дало: Признаки воспалительного процесса в брюшной полости отсутствуют; брюшина и серозная оболочка кишек нормальны, никаких спаек. Тонкие кишки слегка вздуты. Конец слепой кишки подтянут к левому куполу диафрагмы поверх всех органов: *colon transversum* и желудка. Неизменный *appendix* расположен тотчас под диафрагмой; отвести соесис в нормальное ложе не удалось—она плотно фиксирована к диафрагме. Приблизительно на середине левого купола диафрагмы найдено добавочное, кроме естественных, отверстие, закупоренное плотно кишечником и салником. Вскрыта грудная полость. В левой плевральной полости оказался жидкий кал—она вся до самой верхушки заполнена раздутым до полторного размера желудка перфорированным илеоцекальным отделом тонкого кишечника длиной с один метр. Кишка в разных местах начала омертвевать; здесь же (в плевр. полости) находилась вся *flexura lienalis* толстой кишки с отечной брыжейкой и мало измененной серозной оболочкой и иполивина большого салника. Париеальная и висцеральная плевра мало изменены, легкое совершенно спало до размеров небольшого куриного яйца к *hilus'u*. Легкое и край грыжевого отверстия соединены длинным толстым организовавшимся тяжем. Диаметр грыжевого отверстия равняется 3 см. Край превращен в рубцовое кольцо. Сердце несколько смещено вправо. Правое легкое без изменений.

К величайшему сожалению, клиническая картина у больной неполная (не применены специальные методы исследования, напр. Рентген и др., за неимением времени). С момента заболевания больная ездила по участковым больницам течение 2-х недель, но нигде, повидимому, тщательному исследованию не подвергалась. Только в одной больнице заявили, что у ней «завязались кишки»; предложили операцию, но она отказалась.

В родильное отделение попала по поводу начавшегося в дороге аборта (4-х месячная беременность), где и пробыла 2 дня. Согласно истории болезни родильн. отделения послед отделился через 30 минут, весь цел; матка сократилась хорошо, *t^o* 36.0. Диагноз: Беременность 7-я. Аборт 4 мес. На боли в животе начала жаловаться на 6-м месяце 2-й беременности; боли и после родов не прошли. В каждую новую беременность и после выпивки боли усиливались.

Последнее острое заболевание началось после несчастного случая: во время уборки сенов с поля 2 сентября 1930 г. лошадь больной испугалась и помчалась; больная успела взяться только за вожжу, но не успела сесть на телегу. Лошадь волокла ее по земле сажен 50. Тотчас начались резкие боли в животе, груди и рвота. Этот последний момент, очевидно, нужно считать этиологией ущемления грыжи, которая существовала у больной раньше.

¹⁾ Доложено с демонстрацией препаратов на конференции врачей г. Ижевска.

Врожденная грыжа на почве пороков развития диафрагмы: наличие прижогового отверстия, недоразвитие мыши или отсутствия диафрагмы (Rydingier) — встречаются нередко; по Grosser'у из 433 случаев грыж — врожденных 252. Но на практике несравненно чаще встречаются травматического происхождения грыжи. Несмотря на довольно определенные субъективные данные и типичный для диафрагм. грыж объективный симптомокомплекс (Рентген), последние, по данным всех авторов, трудно диагностируются и являются подчас случайной находкой при оперативном вмешательстве или на секции.

Облегчается диагностика при ущемлениях (постоянная угроза этих грыж — это внутреннее ущемление), но мы в этот период порой оказываемся бессильными помочь больным: % смертности после операц. при ущемленных д-грыжах 77% по Vayhingier'у.

Из хирургического отделения Мензелинской больницы (Зав. больницей и хирургич. отд. д-р И. Ф. Харитонов).

К казуистике наружного сечения пищевода при инородных телах.

Д-ра И. Ф. Харитонova.

По вопросу о методах удаления инородных тел из пищевода в настоящее время не может быть двух мнений. Лучшим способом является извлечение посредством эзофагоскопа. Но в то же время встречаются случаи, когда даже в руках опытных специалистов эзофагоскоп не оправдывает возлагаемых на него надежд. Так, в клинике Гаккера в 10% всех случаев извлечения инородных тел из пищевода были принуждены прибегнуть к кровавому вмешательству, в клинике проф. Волчек в 23%, по статистике Schlemmer'a на 508 сл. извлечении инородных тел в 16 случаях (3,2%) потребовалось оперативное удаление, по Sahen'у на 61 случай 3 раза (5%). Причиной, заставляющей отказаться от применения эзофагоскопа, является запущенность случая, когда отечная, набухлая слизистая оболочка пищевода, ограничивая поле зрения эзофагоскопа, таит опасность разрыва. При перизофагеальной флегмоне, абсцессе наружное сечение пищевода преследует не только цель извлечения инородного тела, но является и лечебным вмешательством, давая широкий сток гноя из медиастинального пространства. В условиях нашей действительности (отсутствие эзофагоскопов, специалистов) наружное сечение пищевода часто является единственно надежным и безопасным способом извлечения инородных тел из пищевода и при условии ранней операции.

В наших двух случаях операция произведена по поводу застревания костей.

1-й случай. Больной 38 лет, крестьянин, крипке, поступил в хирургическое отделение Мензелинской больницы 2-го января 1930 года. Накануне, во время еды, подавился костью. Жалуется на невозможность проглатывания пищи. Больной правильного телосложения. Сердце и легкие в норме. Пульс 80. Температура нормальна. Мягкий резиновый зонд останавливается на расстоянии 25 см. от передних зубов. 3/1 операция под местной анестезией 1/2% раствором новокаина. В пищевод для ориентировки введен резиновый желудочный зонд. Разрез слева по внутреннему краю m. sterno-cleido-mastoidei. Пищевод взят на 2 лигатуры и между ними вскрыт. Пальцем, введенным через разрез пищевода, нащупано инородное тело — кость, захвачено введенным по пальцу корнцангом и удалено. Кость представляет собой осколок лопатки гуси треугольной формы с острыми концами. На рану пищевода наложены несколько катгутовых швов. В наружную рану вставлен тампон. После операции больному придано положение по Фовлеру с приподнятым ножным концом кровати. 4/1 тампон удален. Питательные клизмы и капельные per rectum. 6/1 больной пьет сладкий чай и молоко. 7/1 больному дана жидкая каша. Рана заживает гладко. Выписан 22 января 1930 г. с гранулирующей раной. Являлся через 2 месяца. Прохождение пищи свободное. На месте раны рубец.

2-й случай. Больной 24 л., крестьянин, татарин, поступил в хирургическое отделение Мензелинской больницы 15 февраля 1930 г. Подавился говяжьей костью 3 дня тому назад. Жалуется на невозможность проглатывания пищи. Больной правильного телосложения. Сердце и легкие в норме. Температура 39,2. Мягкий резиновый зонд останавливается на расстоянии 25 см. от передних зубов.

16/II операция под местной анестезией 1/2% раствором новокаина. В пищевод введен резиновый зонд. Разрез слева по внутреннему краю *m. sterno-cleido-mastoidei*. Пищевод взят на 2 лигатуры и между ними вскрыт. Пальцем, введенным через разрез пищевода, нащупано инородное тело—кость—и удалено введенным по пальцу корнцангом. Пищевод закрыт несколькими катgutовыми швами. В рану введен тампон. Удаленная кость—острый осколок трубчатой кости гуся. Послеоперационное ведение больного как и в первом случае. На 5-й день образовался свищ, пропускающий жидкую пищу. На третьей неделе свищ закрылся. Больной выписан 5/III с гранулирующей раной.

Из Кандаратской участковой больницы Ульяновского округа.

Случай гипоспадии у новорожденного.

Врача В. Вадоеского.

20/XI 29 г. в Б. Кандаратской больнице родился ребенок, пол которого трудно было определить. Перейду к описанию этого случая. У многорожавшей женщины, имевшей вполне нормальных детей, родился доношенный ребенок, весом 3230,0, длиной 50 сант. Грудные железы у новорожденного выдаются над окружающей поверхностью, наощупь они—больше лесного ореха, при надавливании из них выделяется беловатая жидкость. Наружные половые органы неопределенного пола. На промежности, в области половых органов, имеются две большие кожные складки, своим положением и видом напоминающие большие половые губы. Эти складки продолжают параллельно друг другу к анальному отверстию и, немного не доходя до ануса, сглаживаются. Они выстоят приблизительно на 0,5 сантиметра, разделяются друг от друга глубокой бороздой и имеют обычные кожные покровы, не свойственные для мошонки. Малых губ нет. Спереди кожные складки сходятся и в этом месте расположено образование, похожее на penis. Penis этот представляется крючковидно изогнутым книзу; нижняя его сторона и обе боковые—срослись с кожными складками, головка penis'a частично открыта. Дальнейшее открытие головки невозможно, т. е. praepucium оказался сросшимся с нею. Мочевыпускательного канала на его обычном месте нет. На головке penis'a имеется небольшое оканчивающееся слено углубление, в несколько миллиметров глубиной. По бокам этого углубления расположены два бугорка, величиной с булавочную головку каждый. Отверстие мочеиспускательного канала лежит ниже корня penis'a в глубине борозды, разделяющей вышеупомянутые кожные складки, и отстоит от корня penis'a на 0,5—0,75 сантиметра. Ребенок мочится. Анальное отверстие нормально. Яичек прощупать не удалось ни в кожных складках, расположенных на месте мошонки, ни в паховом канале. Данный случай должен быть отнесен к порокам развития половых органов и может быть истолкован как случай гипоспадии с крипторхизмом.

По данным Reichel'я чем дальше кзади открывается устье мочеиспускательного канала, тем более раннего происхождения гипоспадия; образование промежностной гипоспадии Reichel относит к 6—7 неделе утробной жизни.

Из акуш.-гинекологического отделения Житомирской 1 рабочей поликлиники.

Случай атрезии в цервикальном канале post conceptionem.

Зав. отд. Б. М. Каминского.

Атрезии цервикального канала нередки. По своему происхождению они бывают врожденные, крайне редко встречающиеся, и приобретенные—более частые. Причины последних очень разнообразны. Приобретенные атрезии цервикального канала могут развиваться после операций, как-то: после пластических операций на шейке (*Euthetia*, *discisio colli*, *amputatio colli* и т. под.), после влагалищного кесарева сечения, после удаления полипов шейки, после тяжелых родов со щипцами, после *abrasio uteri*, сопровождающегося глубоким соскабливанием слизистой

в области *orific. int.* и цервикального канала; после вапоризации матки (*atmocausis*); после прижиганий эрозий и эндоцервицитов крепкими прижигающими веществами и Раquélin'ом, а также после длительного оставления в матке тампонов, вызывающих образование в цервикальном канале пролежневых язв (Цомакион); после кюритерапии; как следствие туберкулезных язв (Ludwig, Краемер, Schiffmann) и т. под. Мой случай атрезии следующий.

3/VIII 1923 г. ко мне на прием явилась больная III. 28 лет, незамужняя. Menses $\frac{3-4}{4}$; последн. мепс. около 2 мес. тому наз. Родила 1 раз 2 года тому

назад. Через $\frac{1}{2}$ г. после родов больная лечилась у меня по поводу *metroendometritis chr., erosio portio. vagin. et retroflexio uteri fixata*. Она получила 3 прижигания шейки *ac. nitric. dil.* с промежутками в 2 недели и после этого в течение 3—4 месяцев делала горячие влагалищные спринцевания *acet. pyrolignos. crud.* С тех пор я больной больше не видел. При объективном исследовании матка в *retroflexio mobil.* соответствует беременности около 2 мес.; шейка нормальна, никаких следов эрозий. Диагноз: *Gravid. II m.*

Больная пожелала сделать аборт, причем операция была назначена у нее на дому.—При попытке к зондированию матки оказалось, что зонд проникает в цервикальный канал только на $\frac{1}{2}$ см., а дальше он натывается на препятствие. Предположена атрезия цервикального канала. Я заявил об этом больной и посоветовал ей лечь в больницу, где беременность будет прервана другим, более сложным способом. Больная обратилась в больницу, где ей был сделан аборт. Сращение было проколото скальпелем, и шейка расширена буками Негар'а, причем выяснилось, что цервикальный канал был заращен на протяжении 2—3 см.

Мой случай особенно интересен тем, что атрезия наступила уже после зачатия, и беременность продолжалась в замкнутой матке. Какова же причина атрезии в данном случае? Из анамнеза мы узнаем, что $1\frac{1}{2}$ г. тому назад больной были сделаны 3 прижигания шейки матки *ac. nitric. dil.* Образовавшиеся после прижигания эрозии грануляции, нужно думать, вызвали стеноз цервикального канала, который после зачатия перешел в атрезию.

Подобные атрезии *sub graviditate* редки. В доступной мне литературе я нашел только 2 таких случая. Hisgen описал «цервикальную атрезию во время родов», которая заключалась в заращении внутреннего зева, и, вероятно, образовалась в результате бывшего год тому назад выскабливания матки после аборта. В этом случае роды *per vias naturales* оказались невозможными. Подобный же случай цервикальной атрезии во время беременности и родов описывает также Lau. В своей работе «облитерация матки» Mopsiorsky указывает на крайнюю редкость атрезий после зачатия, причем отмечает, что иногда заращение бывает настолько крепким, что, по мнению Сусовск'ого, роды *per vias naturales* являются невозможными, и приходится прибегать к *sectio caesarea*.

Наш случай, в котором пришлось прибегнуть к кровавому расширению, отличается, однако, от всех приведенных случаев тем, что тут беременность не достигла зрелости и была прервана. Возможно, что если бы беременность в нашем случае продолжалась, то роды могли бы произойти *per vias naturales* без постороннего вмешательства, так как заращение оказалось небольшим и, будучи разрыхлено к концу беременности, оно или могло бы само разорваться во время родовых схваток, или легко было бы устранено с помощью небольшого вмешательства.

Лямблиоз¹⁾.

Д-ра А. В. Давидова (Москва).

Лямблии—относительно нередкие гости в организме человека. По данным Schill'я в Германии лямблиоз наблюдается в 25—27% у детей и в 10% у взрослых; Bach в Рейнской области нашел лямблии (л.) у 14,9% обследованных им 435 человек (взрослых и детей); Wetzler считает, что в Италии 10% взрослых заражены л. Кузнецова обследовала тонким зондом 46 больных и 12 раз нашла л., а Пермякова и Ланде нашли л. у 11 из 39 обследованных ими больных.

Несмотря на такое значительное распространение этого паразита и на то, что он был открыт Lambl'em больше 70 лет тому назад, лямблиоз до сих пор еще недостаточно изучен, и нет еще единства мнений насчет патогенности его для человеческого организма.

Lamblia intestinalis, или *megastoma entericum*, или как французы и англичане его называют, *Giardia intestinalis* относится к простейшим (protozoa), к группе биченосцев-флагеллатов. En face она имеет грушевидную форму, с вытянутым концом, которым она проделявает оживленные движения. На передней поверхности ее отмечается углубление, в котором просвечивают два пузырька, соединенные мостиком-перемычкой,—это ядро, напоминающее гимнастические гири. В профиль л. имеет форму глубокой ложки или ковши-черпалки. В свежем дуоденальном соке или желчи л. быстро пробегает по всему полю зрения и исчезает из виду. Если же добытый зондом секрет некоторое время постоял, в особенности на холоде, то паразит застывает и виден только en face. По величине он примерно в два раза больше лейкоцита и снабжен четырьмя парами жгутиков. Фиксированный в абсолютном спирте (15 минут), он хорошо красится по Giemsa и эозинном (0,5 эозина на сто грамм 50%-го спирта).

По мнению большинства авторов, л. живет в тонких кишках, преимущественно в duodenum, присасывается к кишечной стенке и питается путем осмоса, так как настоящей ротовой полости у него не имеется. Паразит этот встречается не только у человека, но и у мышей, крыс, кроликов и кошек. Однако полагают, что л. человека и животных не идентичны, а Simon категорически отрицает возможность заражения от животных и полагает, что паразит переходит от человека к человеку через загрязненные пищевые продукты, питьевую воду и т. п. Переносчиками могут быть и мухи. Ближе паразит не изучен, так как его не удается вырастить искусственно, и нет поэтому возможности проследить ход его развития.

Первые авторы, хорошо изучившие л., Grassi и Шевяков, еще в 1888 г. признали, что л. является паразитом патогенным для человеческого организма, что он может быть причиной диареи и анемии. Через четыре года, в 1892 г., появилась работа Moritz'a и Hölzl'я, которые на основании собранного ими значительного материала пришли к обратному заключению и считают л. невинным паразитом и утверждают, что они находили л. у совершенно здоровых людей. Эта точка зрения принята значительным количеством авторитетных исследователей. Kolle и Hetsch, Jollos считают л. абсолютно непатогенным. Наш русский исследователь Гартъе также отрицает за ними патогенетическое значение. Нахождение л. может быть, по мнению его и ряда цитируемых им авторов (Jaksch, Müller, Schaudinn, Dofelin), важно в диагностически-симптоматическом отношении, так как присутствие живых паразитов в выделениях (испражнениях или рвотных массах) всегда указывает на соответствующее поражение кишок или желудка. И еще сравнительно недавно (в 1917 г.) Lieger указывал, что л. могут быть находимы в кишечнике человека как не-

¹⁾ Доложено в Научной конференции Госпит. терапевт. клиники 2 МГУ 18/IV 1930 г.

винные паразиты, однако при больших количествах он считает их патогенными.

В последнее время господствует другой взгляд и почти все авторы считают их патогенными. Так, в работе Якимова, Василевской и Цветковой мы находим указания, что на Кавказском фронте при дизентерии одним из них были находимы исключительно лямблии. Во всех 11 случаях лямблиоза Пермяковой и Ланде оказались те или другие болезненные процессы: в 5 случаях холецистит, в 1 сл. ангиохолит-холецистит, 1 сл. *icterus catarrhalis*, 2 сл. гастроэнтерит, 2 сл. энтероколит. Из 12 сл. лямблиоза Кузнецовой 3 приходится на энтероколит, 9 на ангиохолит. Wetzler у лиц со здоровым кишечником никогда не находил лямблій. Westphal у 30 лиц с нормальным кишечником при зондировании ни разу не находил л., а при 100 исследованиях кала у лиц со здоровым кишечником только путем обогащения 2 раза нашел т. н. Dauerformen. Teitge исследовал 200 человек и у 21 нашел л., но только у таких, которые жаловались на желудочно-кишечные заболевания.

Нужно, однако, заметить, что Тржецеский в работе, относящейся еще к 1896 году, на основании ряда своих случаев доказывал патогенность л. и отмечал поносы, боли в животе, диспептические явления, плохой аппетит, изменение вкуса, чувство тяжести и давления подложечкой после еды, отрыжку, тошноту. Кроме этого, наблюдался плохой сон, постоянные головные боли, головокружение, чувство слабости и боли в суставах и пояснице. После лечения глистогонными и слабительными (каломель) вместе с исчезновением или значительным уменьшением л. в кале наступало субъективное и объективное улучшение. Автор считает доказанным прямое раздражающее действие л. на кишечную стенку.

В вышедшей недавно работе проф. Крюкова л. отводится еще более широкое поле деятельности. Крюков считает л. этиологическим моментом некоторых форм «катарральных желтух», течение которых отличается от обычного тем, что болезнь затягивается на неопределенное время, переходит в хроническое состояние с периодическими ухудшениями и улучшениями. Длительный лямблиоз может, по его мнению, повлечь за собой цирротические изменения печени с клинической картиной цирроза *Hapot*. Лямблиоз иногда симулирует симптомокомплекс язвы 12-типерстной кишки с характерными болезненными ощущениями в месте расположения этого органа. «В таких случаях», говорит проф. Крюков, «лечение, направленное на дуоденальную язву, не сопровождается успехом, а неудача может привести к оперативному вмешательству, избежать которого возможно, если иметь в памяти такую этиологию этого симптомокомплекса».

Приводимые ниже истории болезни наглядно иллюстрируют, как богата может быть симптоматология при *lamblia intestinalis*.

Сл. 1. Б-я Ч-ова, 27 лет, медичка, п. б. от 30/I 30, № 247, поступила в клинику с жалобами на сильную слабость и головокружение. Семейный анамнез ничего особенного не представляет. До 18 лет кроме кори ничем не болела и пользовалась хорошим здоровьем. В 1920 г. перенесла холеру, продолжавшуюся около 2-х недель. В последующие три года раз или два в месяц, иногда реже, в течение 1—2 дней у б-ой поднималась t° до 40° , врачи подозревали малярию, но плазмодии в крови найдены не были. В 1926 году по поводу болей в обл. соесис аппендектомия. Через $2\frac{1}{2}$ месяца после операции брюшной тиф, в том же году скарлатина и грипп. С этого времени б-я чувствует слабость. В последние два года часто страдала поносами, сменявшимися запорами.

В клинике отмечено: б-я грацильного телосложения, несколько инфантильна, кожа и видимые слизистые бледноваты. Со стороны внутр. органов: небольшое расширение сердца выравн. (на 1 см.), непостоянный систолический шум у верхушки и на а. *pulmonalis*, иногда акцентуация 2-го тона на ней. Пульс лабильный, быстро меняющийся при перемене положения б-ой, в лежачем положении ее—76—80 ударов в 1'. В легких ничего патологического не отмечается. Органы пищеварения: несколько обложенный язык, уменьшенный аппетит; при пальпации болезненность под ложечкой, в обл. желчного пузыря и точки *Mc. Burney's*. Печень выходит из подреберья на 2 поп. пальца, гладкая, край острый. Селезенка не прощупывается, перкуторно не увеличена. Мочеполовая система в порядке. Со стороны нервной системы: резкая игра вазомоторов, красный дермографизм, весьма живые рефлексы и несколько ажитированное состояние.

Были исследованы кровь, моча, кал, желудочный и дуоденальный сок. Кровь: Нб—70% (по *Sahli*), э.—4570.000, л. 6.800, э.—0,10—0, п.—6%, с.—45%, л.—45%, м.—4%. Кр. давл. 110/75. Моча N. В кале небольшое количество непере-

варенных крахмальных зерен и две *lambl. intestin.* в препарате. Желуд. сок: натощак получено 10 к. с. бесцветной жидкости. Своб. HCl abs., общ. кислотность—6. После завтрака В.-Э. (через 45 минут) добыто 50 к. с. бесцветной жидкости: своб. HCl—12, связ. кисл.—16, общ. кисл.—36; молочн. к-та abs, реакц. на кровь отриц.; крахм. зерна в стадии ахродекстрина. 5/II в добытом дуоденальном содержимом единичные лейкоциты; через зонд выпрыгнуто 50 к. с. 30% раствора сернокислой магнезии; спустя 4 минуты рефлекс Мельцер-Лайона, в черной густой желчи В масса лямблий, которые покрывают все поле зрения и находятся в оживленном движении. 11/II снова через дуоденальный зонд введена магнезия, лямблий опять в желчи В, но в значительно меньшем количестве; единичные лейкоциты в желчи В и несколько больше в желчи С. 21/II 0,15 новосальварсан внутривенно. Здесь же следует отметить, что ¹⁰, державшаяся до зондажа на 37,3—37,5, после первого зондажа спустилась до нормы и опять поднялась до прежних цифр спустя 2 дня после введения новосальварсана. В это же время у б-ой появилась красная, сильно зудящая сыпь на локтевых сгибах и на чреве, чувство тяжести в эпигастральной области и одышка. 27/II новосальв. 0,15, 6/III дуоден. зонд: в желчи В 5—8 лямблий в п. з., в 2-х пол. зр. по 35—50 л., в желчи А и С до 5 лямблий в п. з., лейкоциты единичные в желчи В. 10/III faces N, л. не обнаружены. 11/III новос. 0,3. 14/III дуод. зонд: в желчи В. 1—3—4 лямбл. и 3—5 лейкоцитов в п. з. 18/III новос. 0,45. 28/III дуод. зонд: в желчи А (до введения магнезии) 3—5—10 лямблий и 3—4 лейкоцита в п. з.; в желчи В 5—6 лямблий в п. з. и ед. лейкоциты. Кроме того, из этой желчи были выловлены плавающие в ней плотные кусочки, макроскопически весьма похожие на гной, микроскопически же оказавшиеся состоящими почти сплошь из лямблий. В желчи С найдены 3—5 лямблий в п. з. и единичные лейкоциты. Зондаж каждый раз несколько ослаблял больную, второе и третье вливание новосальварсана она перенесла хорошо. После четвертого вливания б-я была вялой, апатичной и казалась ослабшей. Тем не менее на 4-ый день после вливания ¹⁰ упала до нормы. Б-я выписалась 31/III с нормальной ¹⁰, с хорошим самочувствием, без жалоб на болп, одышку или головокружение. Печень значительно сократилась, болезненность в обл. желчного пузыря и печени только при энергичной пальпации. Функциональное исследование (проба Видаля, нагрузка глюкозой, определение билирубина в крови и желчных кислот в моче) не дало отклонений от нормы. Холецистография патологических изменений в пузыре не обнаружила.

Сл. 2. (д-ра Н. С. Каменевой). Б-ал П-ва, 29 лет, и. б. от 6/III 30 г. № 759. Семейный анамнез чистый. 25-ти лет брюшной тиф. Спустя 3 месяца выкидыш, после этого 2 норм. беременности, закончившиеся нормальными родами. 10/II т. г. искусств. выкидыш, сопровождавшийся кровотечением в течение 1½ недель. Затем появились небольшие боли в животе, главным образом в правом подреберье, а 5/III внезапно приступ сильнейших болей в обл. печени, отдававших в правое плечо, озноб, ¹⁰ до 38°. 6/III второй приступ острых болей, после которого б-я была направлена в клинику. Из status'a ее в клинике нужно отметить только глухие тоны сердца, особенно на сосудах, и увеличенную болезненную печень, сильную болезненность в обл. желчного пузыря и болезненные точки справа от позвоночника. ¹⁰—N. Б-ой был назначен уротропин с белладонной, грелки. 13/III был введен дуоденальный зонд и 50 к. с. 30% раств. серно-кислой магнезии. Результаты следующие: 1) желчь А—мутноватая, единичные лейкоциты; 2) желчь В—един. лейкоциты и 3—5 лямблий в п. з. 3) желчь С—макроскопически обильные хлопья гноя, микроскопически—очень много лямблий (иногда сплошными полями). 27/III дуоден. зонд. Лямблии в меньшем количестве. Через зонд введено 0,45 новосальварсана. Вскоре после этого боль в области печени прошла. Б-я выписалась 28/III в хорошем самочувствии. Однако произведенный в этот же день зондаж обнаружил следующее: желчь А—макроскопически хлопья гноя, но значительно меньше, чем при первом зондаже. Микроскопически в желчи А—сплошные поля лямблий и единичные лейкоциты. В желчи В—лямблии в меньшем количестве. лейкоциты единичные.

Итак, у обеих больных холецистит и ангиохолит, у обеих больных найдены *lambl. intestinal.* в значительном количестве, обе больные выписались практически здоровыми, в хорошем состоянии, хотя лямблий при выписке у них осталось немного, правда значительно меньше, чем вначале.

Можно ли, однако, поставить их заболевание в зависимость от лямблиоза, а несомненное объективное улучшение от уменьшившегося количества паразитов?

Ряд авторов констатирует, что с исчезновением или уменьшением паразитов больные выздоравливают. Это отметил уже Тржецеский. То же наблюдали Teitge и Wetzler. Cade и Lepine наблюдали 3-х летнего ребенка, похуевшего, с тяжелой диарреей, временами кровавистой, и анальными болями. В кале многочисленные лямблии, при отсутствии амёб. После трех инъекций ацетиларсола по 0,16 кровавистые испражнения исчезли, также поносы. Через некоторое время снова жидкие испражнения. В кале опять найдены многочисленные л. Новая серия инъекций ацетиларсола по 0,16—шесть инъекций в три недели. Общее состояние значительно улучшилось, кишечные явления исчезли полностью, в кале л. затем обнаружены не были. Tixier и Denis 8/II 28 г. продемонстрировали в Лионском медицинском о-ве больного, который в течение одиннадцати лет страдал приступами дизентерии, которую относили на счет хронического аппендицита и печеночной колики. Исследовали кал и нашли в большом количестве лямблии. Полное излечение стоварсолом.

Таким образом, этиологическая зависимость между изложенными болезненными явлениями и лямблиозом представляется как будто несомненной.

Что касается наших больных, то у первой, Ч-ой, до возникновения холецистита отмечается ряд инфекций, и хотя мы в желчи никаких патогенных микроорганизмов не нашли, все же возникает вопрос об инфекционном происхождении ее холецистита, который, быть может, постепенно развивался после перенесенного ею брюшного тифа. Что касается 2-ой больной, II-вой, то у нее холецистит получился непосредственно после совсем гладко прошедшего аборта (кровотечение, продолжавшееся 1½ недели), кроме того и у нее брюшной тиф в анамнезе. Улучшение же состояния обеих больных можно с большим основанием приписать обычному клиническому режиму и лечению при этой болезни.

Наша больная, Ч-ова, последние два года страдала поносами, сменявшимися запорами. В анамнезе этой же больной имеется указание на перенесенную холерицу. Весьма возможно, что в данном случае лямблиоз послужил этиологическим моментом. Такие наблюдения в литературе имеются. Nothnagel, Schilling, Müller, Ad. Schmidt сообщают об острых холероподобных случаях поноса с водянистыми слизистыми испражнениями, в которых массами находили большую часть неподвижные вегетативные формы л., в меньшем количестве цисты, причем в этих случаях не находили холерных вибрионов или других protozoa и возбудителей кишечных болезней. Острый диаррейный приступ можно рассматривать как первую реакцию только что пораженного кишечника.

У нашей больной мы наблюдали ряд неврастенических симптомов, которые также можно отнести на счет лямблиоза. Такую нервную возбудимость при лямблиозе наблюдали и другие авторы.

Весь симптомокомплекс у нашей больной Ч-вой заставляет думать, что в основе его находится лямблиоз.

В ряде случаев лямблиоз протекает, вероятно, бессимптомно, ничем себя клинически не проявляя. Это имеет место и при других заболеваниях, напр. при камнях в желчном пузыре. Надо, однако, полагать, что при благоприятных для себя обстоятельствах (разные инфекции, какие-нибудь моменты, ослабляющие организм) они обнаруживают свои патогенные свойства и с своей стороны способствуют разрушительной работе других инфекций. Получается своего рода *circulus vitiosus*.

Здесь необходимо обратить внимание еще на одно обстоятельство. Лямблии считают паразитами кишечника (*intestinalis*), их находят по преимуществу в *duodenum*. Особняком стоит сообщение Dorter'a, который нашел их в толстых кишках. В приведенных же мною двух случаях л. были найдены гл. образом в пузырной и печеночной желчи (В и С). Это может иметь значение не только в смысле развития воспалительных явлений со стороны желчных путей, но и в смысле образования желчных камней (пузырных или печеночных). Последние хотя и редко встречаются, но все же бывает (см. работу Руфанова из клиники проф. Мартынова). Так, холестерин под влиянием отшелушившегося эпителия может выпасть из желчи и послужить основой для образования камня (Кёрте). Бойзен связывает возникновение камней с неинфекционным десквамативным катарром печеночных желчных протоков. Что десквамация эпителия должна иметь место при лямблиозе, при их присасывании к эпителиальной клетке, при постоянном раздражении желчных путей, представляется более чем вероятным. Помимо этого, если бы даже л. находили только в желчном пузыре, то, как справедливо заме-

чает Руфанов, «воспаление и камни желчного пузыря нельзя считать заболеванием изолированным, стоящим вне связи с самой печенью, ее мельчайшими протоками, даже клетками».

Все это выдвигает настоятельную необходимость бороться с лямблиозом.

Раньше назначали слабительные (каломель), глистогонные, тимол и проч. Ввиду того, что л. относится к protozoa, то с появлением салварсана стали применять его с определенным успехом. Teitge, напр. советует не особенно скупиться на салварсан, он считает его самым действительным средством против лямблиоза. «Доза в 0,9», говорит он, «наверняка излечивает, хотя такая доза должна быть применена в виде исключения». Более осторожно высказывается Schilli: «возможно, что исчезновение лямблей (после нео) только случайное, успех, возможно, только временный». Wetzel считает, что «выпрыскиваниями нео можно добиться такого значительного уменьшения лямблей, что устранятся болезненные симптомы, но трудно надеяться введением нео окончательно уничтожить паразитов и препятствовать их возвращению». Салварсан применяется интравеннозно или вводится через дуоденальный зонд. Некоторые, в особенности французские авторы, хвалят stovarsol (немецкий spirocid, русский осарсол). Известный специалист в области паразитологии Petzetakis (Александрия) говорит: «Le stovarsol est un médicament excellent pour le traitement des parasitoses intestinales; il est en général bien supporté à la dose de 0,50, 0,75 et 1 gr. par jour pour l'adulte».

Наряду с этими назначают дезинфицирующие препараты: уротропин, салол, бензоафтол, салициловый натр, аспирин, тимол, ментол, триафлавин, холевал и проч. Мне кажется—без достаточных оснований. Все эти медикаментозные средства вообще не действуют на protozoa. Помимо этого, если паразиты находятся в желчных путях, то они не подвергаются воздействию дезинфицирующих, так как эти последние туда не попадают, или, если некоторые вещества (уротропин, иод) и попадают, то в таких ничтожных количествах, что их действие весьма проблематично. В этом отношении особенно убедительны исследования Шепехта. У людей с фистулой желчного протока он исследовал желчь, выделывшуюся после приема ими ряда антисептических веществ. Кроме этого, больным, у которых можно было исключить наличие эмпиемы желчного пузыря, а также задержку оттока желчи, он в течение многих дней до операции давал соответствующие средства и затем при операции исследовал бактериологически желчь, стенку пузыря и вырезанные куски печени. В стенке пузыря было доказано присутствие бактерий в 98%, в печени и желчи—в 50—55% случаев. Следовательно, влияние дезинфицирующих средств незаметно и назначение их вряд ли имеет смысл.

Как мы видели выше, один уже дренаж желчных путей посредством дуоденального зонда и введение через него серноокислой магнезии действуют благоприятно в смысле значительного уменьшения количества лямблей и понижения их жизнеспособности. Мне думается, что один уже дренаж, систематически проводимый в течение некоторого времени, может дать уже многое. Что касается салварсана, то его, повидимому, следует назначать в более массивных дозах, как разовых, так и общих, чтобы получить соответствующий терапевтический эффект. У нашей больной после первого введения 0,15 новосалварсана получилась анафилактическая реакция (одышка, зудящая сыпь), поэтому мы должны были быть осторожны с этим методом лечения. Ей всего было введено 1,05 новосалварсана. Другой больной салварсан был введен через зонд в дозе 0,45 только один раз. Так что говорить о достаточном лечении салварсаном в этих случаях не приходится. Тем не менее мы все же видели, что количество паразитов уменьшилось и что больные выписались со значительным улучшением. Более подходящим, безусловно, является назначение стоварсола. Как по простоте и удобству его применения, так и потому, что он все же действует *in loco*, в кишечнике, в том месте, где лямблии обычно скопляются больше всего. Надо только помнить, что все салварсанные препараты являются ядами для печени, почему при болезнях желчных путей и обычно сопровождающих их гепатитах должна быть соблюдена осторожность и бдительность, должна проверяться функция печени. В нашем случае она оказалась нормальной, но при даче салварсана обнаружился аллергический (анафилактический) явления, что тоже надо иметь в виду.

Как видно из изложенного, уничтожить (излечить) лямблиоз дело не легкое, последнее слово в терапии лямблиоза еще не сказано, и нужны еще дальнейшие

выискания, чтобы установить те пути и средства, которые дадут возможность больным окончательно избавиться от этого далеко не безразличного паразита.

Литература: 1) Bach. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, 1924, Bd 28.—2) Wetzler. Arch. f. Verdauungskr., 1927, Bd, XL.—3) Гартъе. Простейшие животные в кишечнике детей. СПб. 1908.—4) Grassi и Шеваков. Z. f. wissenschaft. Zoologie, 1888, Bd 46.—5) Jollós. Handbuch der pathogen. Mikroorganismen V. Kollé und Wassermann, 1913.—6) Cade и Levine, Pr. médic., 1925, № 45.—7) Кёрте. Болезни желчных путей, 1930.—8) Kollé и Hetsch. Эксперим. бактериология и инфек. бол., 1912.—9) Крюков. Кл. мед., 1929, № 23—24.—10) Кузнецова. Терап. арх., 1924, вып. 5—6.—11) Luger. W. kl. Woch., 1917, № 52.—12) Moritz и Hölzl. M. m. W.,—1892, № 47.—13) Павловский. Руководство к практической паразитологии человека, 1924.—14) Пермякова и Ланде, Врач. газ., 1927, № 16.—15) Petzetakis. Pr. médic., 1925, № 19.—16) Schilli, D. m. W., 1928, № 32.—17) Руфанов. Кл. мед., 1929, № 23—24.—18) Teitge. Kl. Woch., 1929, № 25.—19) Тржецкий. Русск. арх. патолог., 1896.—20) Fixier и Denis, Pr. médic., 1928, № 15.—21) Якимов, Василевская и Цветкова. Рус. врач, 1917, № 10.

Дрезденская гигиеническая выставка 1930 г.¹⁾

Проф. М. М. Гран.

Международная Гигиеническая выставка 1930 года в Дрездене сама по себе является крупным фактом в медицинской и санитарной летописи минувшего года; для Советского Союза она получает особый интерес, поскольку наш Союз на ней экспонировал и занимал очень видное место. Наркомпрос и Наркомздрав делегировали на эту выставку значительную группу профессоров, молодых научных сотрудников и врачей—и уже это обязывает бывших на выставке дать отчетную характеристику последней. (В числе 12-ти лиц, командированных от Наркомпроса РСФСР по Казани, были проф. М. М. Гран и доцент С. М. Шварц). Но, помимо того, итоги выставки в целом и выступление Советского Союза, расценки выставки и нашего советского выступления на ней заслуживают серьезного внимания широких советских общественных кругов и в первую очередь медицинских.

Прежде всего к истории Дрезденской выставки необходимо отметить, что в истории Международных гигиенических выставок Германии принадлежит почетное место; ей принадлежит идея специальных *Международных гигиенических выставок*; она впервые осуществила эту идею в 1911 году в том же Дрездене; на этой выставке также экспонировала Россия, но Россия царская, самодержавная. Как отмечается в русском каталоге Дрезденской гигиенической выставки 1911 года «Россия первую из иностранных государств отозвалась на призыв принять участие на выставке», причем отозвалась очень активно постройкой своего собственного павильона (правительственным комиссаром был проф. В. В. Подвысоцкий). Павильон был выстроен в древне-русском стиле по мотивам Московского Кремля (по проекту петербургского академика проф. В. А. Покровского); символически возглавляла павильон, как отмечает отчет, «величественная статуя «Россия»—работы русского скульптора Ю. Н. Сквирыской. Козыряла на выставке царская Россия «земской медициной», всеми скорпионами преследовавшая «крамольное земство». «Земская медицина» была «гвоздем» Дрезденской выставки 1911 года; тогда Земская медицина действительно фиксировала на себе исключительное внимание Западной Европы. На Дрезденской выставке 1930 года—через 20 лет—Россия уже явилась в виде «Союза Советских Социалистических Республик» (Union der Sozialistischen Sowjet-Republiken) на «удивление и страх врагам»; «гвоздем» выставки была уже не земская, а Советская, социалистическая медицина. Эта историческая справка уместна и многопоучительна, обязывающая нас фиксировать особенное внимание на Дрезденской гигиенической выставке 1930 года.

Но все же обращаем внимание на основную нашу историческую справку, что Германии нужно отдать должное: ей принадлежит первое место в истории

¹⁾ Доложено в научной конференции Кафедры социальной гигиены 23 февраля 1931 года.

Международных гигиенических выставок. Причина этого кроется в том, что Германия в то время занимала первое место в инструментально-медицинской промышленности всей Европы; ей было что «показать» всему миру, блеснуть перед всем миром своей медицинской промышленностью, а заодно и поднять свою торговлю медицинским снабжением; стоило затратить крупную сумму на выставку: она вернулась с лихвой. Такая «материалистическая» расценка Дрезденской выставки 1911 года документируется второй исторической справкой: фактическим инициатором Дрезденской выставки 1911 года был «великий медицинский промышленник» Карл-Август Лингнер, с именем которого связана выставка 1911 и 1930 года; с его именем связан ныне знаменитый «Немецкий гигиенический музей» Дрездена; капитал Лингнера и его фирмы положен в основание Дрезденской выставки и 1911, и 1930 года. Об этом музее речь будет ниже. Надо отметить, что 100 страниц большого каталога Дрезденской выставки 1930 года дают интересный и убедительный материал, подтверждающий, что «материалистическая» база всех немецких выставок: Дрезденских, знаменитой Дюссельдорфской,—это индустрия. Капитал, которым она питается, и все научные и социал-гигиенические успехи являются лишь надстройками, богатыми орнаментами, украшающими это большое сооружение.

Однако, подойдем ближе к Дрезденской гигиенической выставке 1930 года. Из числа 12 лиц, командированных Наркомпросом РСФСР, группа в 6 человек (т.т. проф. М. М. Гран, доцент С. Шварц из Казани, аспиранты Бравая, Крикман, Майстрах, Мирский—из Москвы) организовались в «бригаду» и совершили поездку совместно, взяв вторую половину июля и первую половину августа; поездка носила характер организованной экскурсии, причем на выставку пало относительно небольшое время 8 дней; остальное время было использовано на Берлин, Гамбург, а двум молодым товарищам (т.т. Шварц и Мирский) удалось также посетить Дортмунд и Вюрцбург (знаменитые Институты физиологии труда и профпатологии Аттлера и Лемана); в Берлине «бригада» задержалась на 5 дней, успела ознакомиться с некоторыми социал-гигиеническими учреждениями (Гигиеническим институтом проф. Ганна, кафедрой Гротьяна), а главным образом, благодаря исключительной любезности и товарищескому вниманию д-ра Шминке, успела близко ознакомиться с медико-санитарной организацией Нейкёльна, одной из пролетарских частей г. Берлина; этой части нашей экскурсии стоило бы посвятить особое внимание, но мы ее здесь касаться не будем.

Подходя к Дрезденской выставке 1930 года, мы отметим прежде всего, что мы от нее ожидали, помимо нашего напряженного интереса к Советскому павильону выставки. Мы ожидали нового социального подхода к выставочному делу вообще—по крайней мере в научном разрезе. На наш взгляд минувшие 20 лет после Дрезденской выставки 1911 года к этому обывали. За эти 20 лет над Европой разразилась мировая империалистическая война, похитившая около 10 миллионов человеческих жизней; экономика Европы потерпела потрясающие катастрофы; социальный состав и физическое состояние населения резко изменились; монументальное здание капитализма оказалось все в зияющих трещинах; сама Германия, по утверждению проф. Адольфа Тилля—Дрезденского государственного профессионального врача-инспектора,—потеряла страну, капитал и работу (Deutschland verlor Land... Kapital... und Arbeit...)¹⁾, он же дает грозные данные о пережитом и наличном «кризисе человека» со всеми его биологическими и хозяйственно-экономическими предпосылками. За этот же период пережита великая революция не только Россией, надломившая весь социальный строй Европы, всю ее социальную биологию; за это время коренным образом перекроена политическая, географическая, экономическая, социально-биологическая карта Европы... Нам казалось, что отражение всего этого в социально-гигиеническом разрезе мы найдем на «Международной дрезденской гигиенической выставке».

Здесь мы потерпели полное, 100% разочарование. Никакого отражения политической, экономической и социально-биологической катастрофы пережитого периода мы на выставке не нашли: ни тени, ни намека; судя по выставке, все в этой области обстоит благополучно; мир и Германия полны всяких научных, технических и санитарно-технических достижений.

¹⁾ См. его статью «Mensch und Wirtschaft» в каталоге «Internationale Hygiene-Ausstellung. Dresden 1930», стр. 62, 64—65.

В этом, на наш взгляд, основной дефект Дрезденской выставки 1930 года.

На наш взгляд пора бы внести революции в международно-выставочное дело вообще, и может быть Германии—специалистке этого дела—надлежало бы взять на себя почин, хотя бы потому, что она—«потерявшая страну, капитал и работу»—добавим и «человека» в биологическом и хозяйственно-экономическом смысле—испытала на своей спине последствия периода минувших 20 лет. Пора отказаться от общепринятого стандарта выставочного дела по лозунгу: «Ура патриотизм! Вот наши достижения!». Пора отказаться от стандартного типа «показательных» выставок, обязательно с «успехами и достижениями».

Боюсь, что наш совет окажется мало приемлемым по объективно-материалистическим причинам: ведь мотив организации выставок в капиталистическом строе: интересы промышленности и торговли!

При всем том, выставка представляла большой и поучительный интерес, особенно для нас советских научных работников и врачей, в положительной и отрицательной ее расценке в научном и социально-политическом разрезе.

Прежде всего о «международном» характере выставки. Понятно, при современной международно-политической ситуации вообще и Германии в частности—«международность» Дрезденской гигиенической выставки была весьма относительной. Налицо были все великие и малые державы «мира»: Северо-Американские Штаты, Аргентина, Мексика, Япония, Англия, Франция, Италия, Австрия, Испания, Норвегия, Швеция, Дания, Юго-Славия, Литва, Нидерланды, Румыния, Чехо-Словакия, Турция, Лига Наций, как «объединительница» Европы. Германия, естественно, была представлена наиболее полно и широко-разветвленно. Но международность точно отражала «концерт» мировых держав. Великие Северо-Американские Штаты экспонировали одну большую молочную ферму в большом макете, и «гвоздем» экспоната являлась искусственная корова, которая должна была мотать головой, позвякивать великолепным колоколом на шее, двигать хвостом, но, к посрамлению американской техники, всего этого не делала вследствие порчи механизма. Такое позорное экспонирование великой Америки слухи и молва приписывали «дипломатическому» *qui pro quo*: по слухам Америка прислала 7 вагонов экспонатов, много очень интересных материалов—особенно по страхованию жизни, но всего этого выставка вместить не могла; первый вскрытый вагон дал знаменитую молочную ферму и корову, остальные, яко бы, вернулись в Америку.

Франция экспонировала для сохранения «политического равновесия», по фигурировала главным образом Институтом Пастера, а большую часть своего павильона переуступила Юго-Славии. Англия (Великая Британия—Grossbritannien) скромно экспонировала небольшую коллекцию из медицинского Лондонского музея, посвященную Листеру и Дженнеру; отражена английская система охраны материнства и младенчества; эпизодично отражена борьба с холерой в Индии. Италия была картинно представлена Городскими управлениями Генуи и Милана, национальвой оперой (!!) Рима и Об-вом защиты от несчастных случаев в том же Риме, но экспонировал фактически лишь научно-промышленный Istituto bacteriologico de Chill, Istituto medico-technico Sanitas выпячено производство «Bioelement'a вода, которое удовлетворяет по показаниям экспонентов едва ли не 80% мировой потребности. Австрия—единственная страна, которая старалась с наибольшей добросовестностью и полнотой отразить социальное страхование рабочих, деятельность больничных касс; экспонаты были посвящены почти только этому отделу; здесь можно было видеть большие достижения самодеятельности рабочих организаций—и эти экспонаты дали много интересного и поучительного. Швейцария вновь показала свои знаменитые туберкулезные санатории в Лейзене (Rollier) и Давосе.

Швеция, Норвегия и Дания показали свои научные завоевания в крупных центрах. Нидерланды дали много интересного материала по тропической медицине и гигиене. Юго-Славия—через центральный Гигиенический институт в Белграде—старалась отразить всю свою медико-санитарную организацию. Маленькая Литва старалась о том же. Румыния об этом особенно старалась, видимо потратив значительные средства на красивое и уютное оборудование своего павильона; Бухарестский «Социологический институт» (директор проф. Густы) подчеркивал, что 80% населения страны—крестьяне, организовал даже уютно и богато обставленный «дом крестьянина»—понятно богатого кулака в строго «национальном» разрезе. Чехо-Словакия старалась показать организацию здравоохранения, коммунальную гигиену и санитарную, борьбу с инфекционными заболеваниями, социальное

обеспечение, но особенно широко развернула свое курортное дело. Польша «дипломатически» отсутствовала на выставке.

Турция—в ее молодом республиканском облике—выявила у нас особый интерес; мы хотели почерпнуть материал для санитарной характеристики и научно-медицинских достижений мусульманского населения для некоторых сопоставлений с Татарской, но, к сожалению, мы не нашли сколько-нибудь достаточных материалов. Павильон был прекрасно декорирован, имел интересную художественную часть. Экспонировано Ангорское Министерство гигиены и социального обеспечения; использованы были материалы Гигиенического музея Стамбула и Ангоры, просветительного отдела (Propaganda-Abteilung) министерства Гигиены, Общества борьбы с туберкулезом в Смирне и Стамбуле, Об-ва борьбы с алкоголизмом, Об-ва «Красного полумесяца» (Красного креста). Освещался материал прежде всего инфекционных и паразитарных болезней (малярия, сифилис, туберкулез, грипп, чума, лепра, из инфекционных—оспа, дифтерия, скарлатина, сыпной тиф и друг.); освещались отделы охраны материнства и младенчества, водоснабжение, питание, жилище, одежда, школьное дело, алкоголизм. Но весь материал, весь павильон вместе взятый не давал санитарного облика Турции, своеобразия страны, ее национальных и социально-экономических особенностей, ее прошлого и настоящего, социально-биологических особенностей населения. Мы не нашли, например, картины и анализа состава населения, его физического состояния, движения населения, положения женщины и матери (между прочим, отдел охраны материнства и младенчества отражает лишь питание грудных детей); не отражены такие специфические отделы социальной патологии Турции, как злоупотребление опиумом. Большое число экспонатов популярно-стандартного характера, к тому же приготовленных в Дрезденском гигиеническом музее. Социально-гигиенического облика Турции в павильоне Турции мы, к сожалению, не нашли.

Немецкая евангелическая врачебная миссия (таковая имеет специальный врачебный институт в Тюбингене) экспонировала деятельность 20 своих организаций. Они дали весьма интересный материал к характеристике своей деятельности в Африке, Индии, Китае; они характеризовали жестокую детскую смертность этих стран, жестокое опустошение населения от тропических болезней; они подчеркивали власть некультурности, невежества, знахарства, демонизма, естественно подчеркивая свою высокую культуртрегерскую миссионерскую роль. В общем в этом отделе выставки чувствовалась вся сила великого похода Европы на далекий колониальный фронт для завоевания колониальных стран и народов с оружием религии, креста и патентованных медицинских средств немецкой промышленности.

Нам остается кратко сказать об организации, возглавляющей международный гигиенический фронт—Лиге Наций (Hygieneorganisation des Völkerbundes). Эта гигиеническая организация громко именует себя «международной рабочей организацией» (Die internationale Arbeitsorganisation). Она представляет собой союз 55 государств. Этой организации на выставке, естественно, было отведено почетное место в центре всех международных павильонов с большой площадью пола и стен. Лига Наций старалась отразить две свои задачи: дать международный статистический учет основных заразно-эпидемических заболеваний (чума, холера, желтая лихорадка, оспа и сыпной тиф) и показать свою деятельность в области международной охраны труда. Это отражалось в ряде больших стенных картограмм и диаграмм, начертательных и световых, в ряде моделей. Экспонаты были внешне эффектные, но в общем мало убедительны; статистически фигурировали по преимуществу абсолютные цифры; сводки международных законодательных усилий по линии охраны здоровья и труда были также весьма мало убедительны.

Однако, едва ли не 80% площади выставки было заполнено экспонатами Германии. Еще раз приходится подчеркнуть, что Германия, исходя из промышленных интересов, высоко специализировалась в области выставочного дела вообще, медицинского—в частности. Об этом свидетельствуют Гигиенические выставки 1911 года, Дюссельдорфская выставка 1927 года, Берлинская выставка питания 1929 года; в связи с этим музейно-выставочное дело в Германии также достигло высокой степени совершенства; Мюнхенский санитарно-технический музей, стоявший громадных средств, затраченных после войны—является образцово-показательным мировым музеем; ныне Дрезденский гигиенический музей сделался таким вторым показательным центром.

Этот Дрезденский гигиенический музей и явился гвоздем выставки 1930 года. К открытию выставки на ее площади было выстроено специальное фундаментальное богатое здание, которое строилось в течение 1927—1930 гг. Кубатура этого здания равняется 128.000 куб. метров, полезная площадь пола 22.000 кв. метр. В этом здании собраны богатые музейные ценности. Эмбрион этого музея зарождался еще к выставке 1911 года в виде знаменитой коллекции «Человек» («Der Mensch»), явившейся гвоздем выставки 1911 года. Инициатива и средства к зарождению музея, как было отмечено, принадлежали знаменитому Карлу Лингнеру.

Ныне, в новом здании, в центре 2-го этажа его памяти посвящен особый зал. Немцы ныне по справедливости гордятся этим учреждением; они расценивают музей, как мировое начинание «для воспитания народа» в области его физического оздоровления. И действительно, в смысле научной популяризации здравоохранения вряд ли другие государства имеют что-либо подобное; немцы показали здесь чудеса научной техники, изобретательности, неутомимой энергии; временами кажется, что затраченные средства и усилия не соответствуют поставленной цели; мы не привыкли на популяризацию затрачивать такие средства. Но в основе этот богатый музей все же не столько научный, сколько популяризаторский, хотя наука и техника—особенно в отделе «Человек»—здесь использована ad maximum. Ныне в музее отделов 16: «человек», «женщина, как супруга и мать», «наследственность и евгеника», «гигиеническое воспитание», «питание, здоровье и болезни», «туберкулез», «венерические заболевания», «заразные болезни», «злокачественные опухоли», «животные паразиты», «история медицины» и друг.; каждый отдел развит в деталях, во главе каждого отдела—лучшие специалисты. Но все же, повторяем, этот музей по преимуществу научно-популяризаторский. Ныне он сделался мировой лабораторией для создания подобных малых музеев и на той же выставке можно было наблюдать творчество этого музея для ряда стран.

Естественно, органы здравоохранения Германии приняли на выставке самое широкое участие: имперские органы здравоохранения в 6 больших залах дали исторически-культурный обзор здравоохранения Германии за 100 лет; особо экспонировали союзные части Германии: Пруссия, Саксония, Бавария, Тюрингия; отдельно экспонировали крупные немецкие города; в особом павильоне была попытка отразить современный «здоровый город», но попытка неудачная, ибо проблеме «здорового города» старались разрешить всевозможные промышленные фирмы рекламой новейшей продукции; специальные проблемы гигиены и санитарии Германии отразила в ряде специальных павильонов, посвященных «Женщине в семье и профессии», «ребенок», «физическое развитие», «рабочая и профессиональная гигиена», «здоровая душевная жизнь», «климат», «жилище», «одежда», «питание», «сельское хозяйство»; был особый павильон: показательная «больница» (Krankenhaus)—однако и этот павильон был павильоном промышленных фирм и предприятий, специально занятых изготовкой лечебно-санитарного оборудования. Особый павильон был посвящен «немецкому социальному страхованию». Наконец, много места было предоставлено благотворительным и церковным организациям, частно-общественным Союзам и Обществам.

Словом, немцы при всем богатстве своих материалов экспонировали «по старому»: основной лозунг выставки «на показ и коммерческое соревнование»; наука под соусом промышленности или, наоборот, промышленность и ее интересы, как основной двигатель выставки, отсутствие четкого социального разреза, слабое выявление достижений в области здравоохранения широких масс в классовом разрезе, выпячивание роли религиозного и частно-общественного, филантропического начала—все это лежало яркой печатью на всей выставке, в частности на наиболее богатой немецкой ее части.

Мы, советские ученые и врачи, пытались взять от выставки что-либо жизненно-прикладное для наших целей, для приложения к здравоохранению в социалистическом разрезе, для нужд социалистического строительства. И в этом отношении выставка, к сожалению, дала нам очень мало; она еще и еще раз показала, что мы можем черпать очень много от санитарно-технической культуры Запада, ее достижений, от рационализации организационных форм здравоохранения, от ее специальных форм применения, но эта высокая культура ничего не может дать нам для приложения в социалистическом разрезе; мы идем совершенно иными, новыми путями, именно в организационных формах, уже не говоря об иде-

логических путях. Так, мы ставили себе ряд специальных задач: проблема строительства социалистического города, обслуживание коллективного сельского хозяйства, а выставка нам дала в «здоровом городе» (*gesunde Stadt*) богатый показ промышленных достижений немецкой промышленности, а в отделе «*Landwirtschaft*» нам было показано образцовое немецкое «кулацкое хозяйство»; нас специально интересовал жилищный вопрос, а немцы в Отделе «*Wohnung und Siedlung*» показали нам ряд «дешевых» (понятно, с приложением проспектов строительных фирм) построек, индивидуальных квартир на 2, 3, 4 комнаты; тут же были экспонированы рабочие пригородные «хижины» с небольшими огородами—ныне широким кольцом окружающие все города Германии. Нас интересовали вопросы медобразования—этого вопроса выставка не коснулась; нас интересовала в частности история медицины—она была отражена интересно, но необычайно эпизодически, элементарно, популяризаторски.

Нам остается кратко охарактеризовать Советский павильон на Дрезденской выставке. Надо думать, что подробный отчет об этом павильоне будет дан в печати особо заведывавшим этим павильоном тов. д-ром И. Д. Страпуном.

Не подлежит сомнению, что наличие Советского павильона на Дрезденской выставке была политическим событием выставки, «революционным пятном» ее. Мы повторяем, что выставочное дело вообще в Европе нуждается в революционизировании. Если не могла этого сделать—даже почина—Германия, то это сделал Советский Союз и сделал решительно, смело, ярко. Советский павильон на выставке был истинно-революционным павильоном. Так его и воспринимала вся иностранная публика.

Начать с помещения и его оформления. Место, предоставленное русскому павильону, было очень хорошим: вблизи главного входа на выставку, русский павильон почти вачинал международный отдел. Архитектура всех выставочных зданий была необычайно трафаретна: фактически это был ряд вытянутых зданий сараевидного типа с необычайно скудным естественным освещением; экспонатам самим было предоставлено художественно оформлять помещения. Наш русский художник-архитектор справился со своей задачей великолепно. Архитектурно внутри помещение было оживлено устройством в части его второго яруса, где было размещено административное Бюро павильона и уютный зал-читальня, в котором на стильных столах была разбросана масса альбомно-фотографического и литературного материала; в основном зале было устроено великолепное кино, в котором в определенные часы отражалась новая жизнь, быт и строительство СССР (Турксиб и проч.); в эти часы обычно в павильоне была масса посетителей, которые, расположившись на уютных круглых стульчиках, с интересом изучали эти новые формы жизни и быта СССР. Художественное оформление павильона было проведено по всем частям и углам павильона: вместо царской скульптуры Сквирской 1911 года «Россия» павильон возглавляли величественные стилизованные две фигуры «Рабочего» и «Крестьянина»; при входе в павильон ярко бросалась в глаза (из блестящей серебристой жести) символика роста Советской страны от дикого кочевья к социалистическим высотам; тут же художественное выражение живой силы, строящей социализм: прозрачный глобус, внутри коего идет великая техническая стройка; вызывающая, жизнелюбивая голова юного рабочего возглавляет земной шар; богатый фриз отражал живую смесь народов и национальностей строителей социализма. Символика удачно заполняла все части и отделы павильона: образно, четко, начертательно и динамично была отражена «пятiletка»; ярко, живо и жизнелюбиво выглядел угол окматмлада и физического развития с веселой, улыбающейся фигурой пионера, как будто провозглашающего свой лозунг «будь готов!». Большое число строительных вышек, моделей, макетов—все это очень оживляло, разнообразило павильон; кроме того, значительное число экспонатов было конструировано динамически, движущимися; наконец, даже большой плоский потолок павильона был необычайно удачно, просто, остроумно, художественно декорирован оклейкой разнообразными красочными советскими плакатами и резко обращал на себя внимание своей красочностью; даже черносотенный белоэмигрантский «Руль» вынужден был одобрительно отметить «потолок» советского павильона в смысле его художественного оформления. Вообще, надо отметить, что если все павильоны выставки, часто при затрате больших средств на художественное убранство, поражали своей статичностью, холодностью, мертвенностью бесконечного числа картограмм, диаграмм, подчас-художественно исполненных,—Советский павильон резко отличался своей динамичностью, оживленностью.

Но самое основное, что выделяло Советский павильон на фоне Дрезденской выставки—это глубокая идейность замысла, плановость построения павильона и глубина социального разреза, проходившая по всем частям павильона; в этом смысле Советский павильон резко отличался от всех павильонов выставки. Надо признать, что подавляющее большинство иностранцев, посещавших Советский павильон, не понимало и не осваивало сущности символики, динамичности, идейности и плановости замыслов, но все посетители при первом, даже поверхностном взгляде на павильон и его экспонаты чувствовали, что они попали на «другую» выставку, резко отличную от Дрезденской; все чувствовали и понимали, что здесь нечто новое, иное—чего нет на всей выставке; они уходили, не поняв, не осознав, что это такое, но они понимали, что это какой-то новый мир—для них непонятный, чуждый, может быть враждебный, но новый, интересный, интригующий своей загадочностью.

Советский павильон был необычайно богат своим внутренним содержанием и количеством экспонатов; многое было даже эскизно, отрывочно, эпизодично, в широких мазках, как выражаются художники, но суммарно обилие материала подавляло посетителя; в этом по существу была и слабая сторона Советского павильона: затруднялась усвояемость выставленного материала. Это обуславливало и другую слабую сторону нашего павильона в организационном смысле: недостаток демонстраторов; такой павильон, при такой его идеологической структуре, при массе материала, совершенной новизне его—требовал большого кадра специально русских демонстраторов, хорошо знающих немецкий язык и советское здравоохранение; тогда только можно было рассчитывать на адаптационный эффект павильона; эта часть организационно была безусловно дефектной по мотивам, видимо, материального порядка.

Но в общем, надо признать, что Советский павильон на Дрезденской выставке имел большой и заслуженный успех. Это признавали все, даже враги Советского Союза; это признавала и немецкая буржуазная печать.

В заключение надо отметить, что с Дрезденской выставкой было связано большое число (более 100) всяких съездов и конференций медицинского характера, однако, таковые были почти исключительно локального немецкого характера; только Гигиеническая комиссия Лиги Наций носила «международный» характер; все остальные были конференции немецкие, причем они группировались в 6 крупных разделах: научные по различным медицинским отраслям и специальностям, по социальному страхованию, по профессиональным организациям, по промышленно-торговым отраслям и смешанные (Verschiedenes). Словом, немцы мобилизовались к выставке очень широко.

Мы позволим себе закончить нашу краткую характеристику Дрезденской выставки нашей личной встречей в Берлине с Альбертом Эйнштейном, другом Советского Союза. Впервые мне пришлось встретиться с Эйнштейном в том же Берлине в сентябре 1923 года. В то время я находился в Германии, командированный Наркомздравом для мобилизации медицинской помощи Советскому Союзу со стороны научно-медицинского мира Европы по делу помощи страдавшим от голода в 1921—1922 году. Тогда Эйнштейн возглавлял одну из таких организаций («ОЗЕ» Об-во Здравоохранения евреев); он был почетным председателем этой организации, каковым он остается и до сих пор. Организации этой, в значительной мере именем Эйнштейна, удалось мобилизовать на помощь Советской России довольно крупную сумму средств. Осенью 1930 года эта организация имела свою очередную конференцию под председательством Эйнштейна; эту конференцию в качестве гостя я посетил, и здесь состоялась наша встреча. В длительной беседе Эйнштейн, естественно далекий от коммунизма, выявил истинным «другом» Советского Союза. Он сделал ценную оценку происходящих событий в Советском Союзе. Его основная мысль заключалась в следующем: если человечество за последние десятилетия может гордиться величайшими завоеваниями в области науки, то в области социальной—человечество может отметить, как величайшее завоевание, идею социализма и коммунизма; героические усилия русского народа претворить эту идею в жизнь заслуживают живого сочувствия каждого культурного человека. Эйнштейн выявил громадный интерес к жизни Советского Союза. Зная, что я являюсь Казанским профессором, он специально интересовался жизнью Татарской Республики, жизнью Казанского университета; он знал о состоявшемся 125-ти летнем юбилее Универ-

ситета; он знал о Лобачевском; он лично был знаком с профессором Гольдгаммером (физиком). Естественно, наша встреча и беседа с Альбертом Эйнштейном доставила нам большое моральное удовлетворение.

XI-й Всесоюзный съезд терапевтов.

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

С 27/1—30/1 с. г. в Москве происходил XI Всесоюзный съезд терапевтов. Съезд собрался в момент исключительной важности. За месяц до него происходил объединенный пленум ЦК и ЦКК ВКП(б), который дал лозунг на предстоящий решающий третий год 5-летки «завершить построение фундамента социалистической экономики СССР». «Создать экономическую базу социализма—это значит сомкнуть сельское хозяйство с социалистической индустрией в одно целостное хозяйство, подчинить сельское хозяйство руководству социалистической индустрии, закрыть и ликвидировать все те каналы, при помощи которых рождаются классы и рождается прежде всего капитал, создать в конце концов такие условия производства и распределения, которые ведут прямо и непосредственно к уничтожению классов» (Сталин, Гиз 27 г., ст. 27—28).

Исключительно большие темпы социализма, имевшие место за последние два года—создание крепкого социалистического сектора в деревне (колхозы и совхозы), индустриализация страны—вызвали необходимость срочной реконструкции работы органов здравоохранения в соответствии с директивами партии «о медобслуживании рабочих и крестьян». Основной задачей органов здравоохранения является борьба за выполнение промфинплана, за выполнение 5-летки в 4 года, что нашло свое отражение на Съезде в докладе Наркомздрава (т. Попов): «Задачи социалистической реконструкции медицинской науки и здравоохранения».

Органы здравоохранения должны фиксировать свое внимание на обслуживании рабочего класса, строящего социализм, интересы которого должны быть удовлетворены в первую очередь. Основная масса средств и кадров должны быть направлены в ту сторону, которая решает основные моменты социалистического строительства. Советское здравоохранение должно быть классовым, опираться на массы и вместе с ними участвовать в строительстве социализма и этим оно резко отличается от западно-европейского здравоохранения. Элемент профилактики присущ и капиталистической медицине и не профилактика, как многие думают, отличает сов. медицину от буржуазной.

Основные звенья, на которые необходимо обратить серьезное внимание в нашей практической работе—это пункты первой помощи, которые являются первичными ячейками единого диспансера, борющиеся за снижение заболеваемости рабочих и тем самым за осуществление промфинплана. Необходимо расширение медицинской сети, стремясь к созданию закрытых лечебных заведений для рабочих ведущих отраслей промышленности; должна быть усилена работа по насаждению самминимума. Нужна мобилизация внутренних ресурсов, рационализация дела медпомощи, борьба с инфекциями, обеспечение сети квалифицированным медицинским персоналом; все мероприятия должны быть увязаны с выполнением промфинплана на предприятиях.

Наблюдающийся в буржуазной Европе кризис медицинской науки является результатом загнивания капитализма, следствием тех противоречий, которые кроются в умирающем капиталистическом обществе; и он отображает общий экономический и политический кризис, который переживают буржуазные страны в настоящее время. Классовая борьба имеет место и в медицинской науке, и мы должны уметь ее отличать.

Переневы зарубежных ученых (Ашоффа и др.) на советской почве (Плетнев) являются антисоциалистическими и должны получить резкий отпор. В научных изысканиях должен быть положен принцип плановости, тесно связанный с условиями реконструктивного периода. Самые отдаленные теоретические вопросы должны быть увязаны с нашими основными задачами; научная работа должна отражать в себе марксистско-ленинскую методологию и только она может направить науку на правильный путь.

После заслушания доклада т. Попова и прений по докладу, которые заняли одно заседание, на пленарных заседаниях Съезда были заслушаны программ-

ные доклады: 1) ревматизм, 2) антагонисты туберкулеза, 3) хронические нетуберкулезные болезни легких. Одно заседание было посвящено заслушиванию отдельных докладов из серии *varia*. Кроме того, были организованы три секции: 1) профпатологии, трудэкспертизы и профилактики, 2) клинической, инструментальной и лабораторной методики, 3) секция ревматическая.

Прежде чем перейти к изложению содержания основных докладов, особо следует отметить выступление тов. Новинского на пленарном заседании съезда с приветствием от О-ва врачей-марксистов.

В своем выступлении т. Н. остановился на задачах О-ва врачей-марксистов и подверг резкой критике прошлую работу О-ва. Оторванность теории от практики соцстроительства, попытка приспособления идеализма к условиям диктатуры пролетариата сделали эту теорию — теорией меньшевистствующего идеализма. Группа Обуха в своей декларации изложила теоретические основы, на которых базировалась работа О-ва диалектики в медицине. Ревизия учения Дарвина, давшего диалектические основы марксизма и в основном разрешившего проблему эволюции, постановка вопроса об учении Ламарка и механистическое направление О-ва — характеризуют в основном его ошибки. Оценка практики О-ва врачей-материалистов показала, что оно не имело роста кадров врачей-марксистов (всего членов О-ва 130 чел.), связь со студенчеством отсутствовала; недостаточное внимание уделялось вопросам мед. образования, советского здравоохранения, подготовки кадров. Вопрос о борьбе с механистами обстоял неблагоприятно; О-во пренебрежительно относилось к выступлениям молодых товарищей, не оказывая им должной поддержки и внимания.

Переходя к проблеме оценки современного состояния медицины и мер к устранению трудностей, тов. Новинский критикует взгляд тов. Левита, считавшего возможным ликвидировать кризис в медицине на основе приближения генетики к медицине. В условиях Запада кризис связан с кризисом капитализма в целом. Отсутствие действительной научной методологии и наличие идеалистических тенденций привело к тому, что ученые Запада скатывались к позитивизму и идеализму. Вторым положением, характеризующим кризис на Западе, является отсутствие возможности проведения в жизнь основ социальной гигиены. Неверным является утверждение Левита, что генетика дает орудие диалектического материализма. Нельзя брать генетику в целом — в ней много направлений. Генетика плетется в хвосте идеалистов Запада. Современное естествознание Левит отождествляет с марксизмом — это совершенно неверно.

Далее Н. остановился на основных моментах социалистического здравоохранения, отметив трудности роста и повышение участия медицинских сил в строительстве колхозов и совхозов. Большим недостатком является то, что наша практика обогнала теорию в области сов. здравоохранения. В заключение тов. Новинский резко критикует взгляды Серебровского (см. Мед. бюл. жур. 1929 г. № 5 — Антропогенетика и евгеника в социалистическом обществе), называя их реакционными. Ближайшими задачами О-ва врачей-марксистов является изменение содержания, методов и установок работы и развертывание социалистического здравоохранения, социальной гигиены и, наконец, теоретизация практики.

Первой программной темой Съезда был ревматизм, который занял два заседания.

Докладчик: М. П. Кончаловский (Москва) — «Этиология, патогенез ревматизма и значение среды».

Необыкновенная пестрота и сложность этиологии и совершенно туманный и запутанный патогенез этого страдания привлекают к нему внимание клиницистов. Едва ли найдется болезнь, где этиология столь неясна, как ревматизм. В настоящее время многие считают, что название «ревматизм» нужно оставить — настолько велик объем тех болезненных процессов, которые сваливаются, как сказал Вельяминов, в одну общую кучу, так наз., «ревматических заболеваний». Более или менее очертившейся является картина острого суставного ревматизма. Особой чувствительностью к нему является соединительная ткань. В этиологии «ревматизма» играют одинаковую роль инфекция и интоксикация. Входными воротами часто бывают миндалины, но бывают и другие входные ворота для инфекции; она имеет склонность к рецидивам и обладает анафилактическими свойствами. В этиологии ревматизма играют роль холод и простуда. С одной стороны, простуда, охлаждение играют непосредственную роль: она может служить моментальным непосредственным фактором без всякого влияния инфекции; с другой стороны, ох-

лаждение является предрасполагающим моментом для вторичного влияния инфекции. Что касается первого момента, то он ярко выражается заболеванием, известным под названием пароксизмальной гемоглобинурии. Кроме эндогенных факторов (наследственность, генетика, конституция), в этиологии ревматизма играет большую роль экзогенное влияние социальной среды (профессиональный труд с его вредностями и травмами, метеорологические условия и пр.), причем анализ профессиональных вредностей имеет первенствующее значение, ибо из всех экзогенных факторов они имеют преобладающее значение в этиологии ревматизма. Задачи врача-клинициста и врача-общественника в этом вопросе должны быть синтезированы. Среди многих причин ревматизма мы общими соединенными усилиями должны подсмотреть ту, которая имеет преобладающее значение. Тогда, с ее устранением мы скорее вернем заболевшего ревматизмом к здоровью и труду.

Ван-Бремен (Голландия): в этиологии ревматизма рассматриваются четыре причинных фактора: 1) Local infection, 2) ревматический диатез или аномалия конституции, 3) отклонение от нормы и кожной циркуляции, 4) внешние условия (космические, социальные и др.). На развитие ревматизма оказывают влияние метеорологические условия: циркуляция воздуха, температура и т. д. У больных «ревматизмом» отмечается разница в кожной температуре на больных частях тела и изменение капилляров.

С большим интересом был заслушан обстоятельный доклад В. Т. Талалаева: «Патологическая анатомия острого ревматизма и ревматические заболевания». Изучение патологической анатомии острого ревматизма дало возможность установить, что полиартритический симптом не является тем симптомом, который объединяет все клинические формы острого ревматизма. Основным симптомом, объединяющим все клинические формы острого ревматизма, является ревматический кардит (острый эндомиокардит). Следующими, нередко выпадающими симптомами острого ревматизма, являются ревматический полисерозит и полиартрит. Поражение сердечно-сосудистой системы с ревматическим кардитом во главе, ревматический полисерозит и полиартрит составляют ревматическую триаду, наблюдающуюся в полном объеме при издавна известной форме «острый сочленовный ревматизм». Сердечная (кардиальная) форма острого ревматизма, протекающая без поражения суставов, является одной из основных форм острого ревматизма. Патолого-анатомическое изучение острого ревматизма дало возможность установить, что ревматический кардит, столь характерный для полиартритических форм острого ревматизма, как правило отмечается и при chorea minor, и при nodosum ревматизма, чем документируется принадлежность этих форм к острому ревматизму, что раньше только подозревалось клиницистами. В развитии ревматического процесса различают три стадии: альтернативно-экссудативную, пролиферативную стадию, ведущую к образованию столь характерной для ревматического процесса крупно-клеточной гранулемы (Ашоффская гранулема), наконец, третья стадия—развитие ревматического склероза. Острый ревматизм представляет собой процесс циклического характера, который заканчивается к концу 6-го месяца развитием ревматического склероза. Отсюда сам собой напрашивается вопрос, когда ревматика надо считать клинически здоровым? По мнению докладчика, ревматик должен быть удержан в постели в течение 3-х м-цев, несмотря на исчезание полиартритического симптома, и 2 м-ца в санаторных условиях при ограниченных движениях, причем те больные, которые долго были выдержаны в постели, заканчивают свою болезнь с наименьшими рубцовыми изменениями в клапанном аппарате. Затронутый докладчиком вопрос имеет столь большое социальное значение ввиду необходимости предоставления продолжительного отпуска (до 6 м-цев) больным с острым ревматизмом, что должен быть подвергнут, по нашему мнению, обсуждению на специальных совещаниях врачей совместно с органами социального страхования.

Проблеме клиники ревматизма был посвящен доклад проф. Бухштаба (Одесса). Важнейшей проблемой клиники является определение понятия «ревматизм». Несмотря на то, что «ревматизм»—сборное понятие, охватывающее ряд заболеваний, ничего общего между собой не имеющих, все же потребности клиники заставляют временно сохранить этот термин. Ашоффская ревматическая гранулема есть тот патолого-анатомический субстрат, который охватывает ряд клинических форм, входящих в нозологическую единицу, которую докладчик предлагает называть «истинным ревматизмом».

«Истинный ревматизм» дает сердечно-сосудистую инвалидность, все остальные формы прежнего «ревматизма» дают инвалидность суставную. «Первичный ревматизм» не есть «проблема клиники ревматизма» — это проблема клиники заболеваний органов двигательного и поддерживающего аппарата. Внутренняя клиника должна быть руководящей в деле изучения большинства суставных заболеваний.

Проф. Г. Я. Гуревич (Москва) в докладе «Лечение ревматических заболеваний» указал на крайне большое разнообразие методов лечения ревматических заболеваний.

Исключительно большой интерес вызвал доклад М. А. Горшкова и А. А. Бабковой: «Клинический опыт по вопросу о патогенезе ревматизма», открывающий новую страницу в патогенезе и лечении ревматизма. Исходя из лабораторных экспериментов Сперанского, что, если местные явления при ревматизме представляют из себя отражение в периферических тканях того процесса, который течет в нервной системе, то исчезновение местных тканевых изменений — будет свидетельствовать не об удалении раздражителя из тканей, а о восстановлении нормального состояния пострадавшей нервной клетки, авторы пришли к выводу, что проникновение салициловых препаратов в район центральной нервной системы нормально затруднено наличием особой системы защиты, носящей название «барьера». Для повышения эффективности действия салицилового натра необходимо создание условий для лучшей проницаемости «барьера». Применяя метод «буксирования» для увеличения проницаемости «барьера», авторы на материале 100 больных Обуховской больницы в Ленинграде отметили, что в случаях острого ревматизма, эффективность действия салицилового натра при условии «буксирования» сильно повышается. Данные докладчиков подтвердил также присутствовавший на Съезде проф. Греков.

По ревматизму были также заслушаны доклады Г. М. Данишевского — «Распространение ревматизма в СССР», М. М. Дитерихса — «Принципы рациональной классификации и унитарной номенклатуры ревматических заболеваний», П. Г. Мезерницкого — «К вопросу влияния метеорологических факторов на заболевание суставов».

Второй программной теме Съезда: «Хронические нетуберкулезные заболевания легких» было посвящено два заседания, на которых был заслушан ряд докладов. Основным докладчиком на тему «Пневмосклерозы и пневмокониозы» выступил проф. А. Н. Рубель (Ленинград), изложивший характеристику, патогенез, этиологию и классификацию этих заболеваний. Отметив частоту их и опорные пункты диагностики, Рубель рекомендует различать три стадии пневмосклероза: 1-й, когда склероз легочной ткани полностью компенсируется эмфиземой и местная аллергия выражается в частой «простужаемости» и частых острых бронхитах; 2-й, когда развивается картина «хронического бронхита» и эмфизема не способна компенсировать легочный процесс, обнаруживаются застойные явления в легких, в слизистой и подслизистой бронхов; 3-й стадий характеризуется сердечно-сосудистой недостаточностью, присоединившейся к картине «хронического бронхита». Таким образом, можно говорить о компенсированном, субкомпенсированном и декомпенсированном пневмосклерозе. При пневмокониозах Рубель клинически различает: а) кониотический перибронхит, б) кониотический пневмокониоз и в) всего чаще наблюдаемую смешанную форму. Имеет значение для полноты клинической характеристики указание на стадий развития склероза и степень его распространенности (I, II, III ст. рентгенологов), а также физические и химические свойства пыли. В. А. Ляпустин из Свердловского кабинета по изучению профзаболеваний описал на основании обследования 350 чел., патолого-анатомических и экспериментальных данных картину хромикового пневмокониоза у рабочих Уральского гос. хромикового завода, вырабатывающего, так наз., хроматы (дву-хромокислый калий и натр). Эта форма пневмокониоза впервые описывается в литературе. Клинику антракоза, силикоза и сидероза изложил проф. М. М. Шейнин (Харьков), обратив внимание на значение силикатной проблемы и роли кремневой кислоты.

Положение ряда авторов «нет кониоза без силикоза» требует еще дальнейших подтверждений. «Чистые» формы кониозов встречаются сравнительно редко, чаще приходится иметь дело с так наз. «кониотуберкулезом», что, конечно, влияет на клиническую картину и течение основного процесса в дальнейшем.

Л. Л. Гольст (Ин-т имени В. А. Обуха в Москве) дал характеристику рентгеновской картины пневмосклерозов с разделением их по степени рас-

пространения на три стадии. Рентгеновский диагноз становится более верным в III ст. (большие фиброзные очаги и тяжи).

«Абсцессы легких в клинике нетуберкулезных заболеваний легких» были доложены проф. Р. А. Лурья и М. И. Ойфебах. Авторы на основании 69 случаев лег. абсцессов подтверждают участие этих случаев в связи с гриппозными заболеваниями. Различая абсцессы бронхо-пульмональные, перфоративные, гангренозные, аспирационные и метастатические, следует индивидуализировать и методы консервативной и хирургической терапии. По исходам случаи самопроизвольного излечения лег. абсцессов составляют 17%, смертельный исход 25% всех случаев.

В оживленных прениях по затронутым докладчиками вопросам высказался ряд товарищей.

Третьей программной теме Съезда: *«Антагонисты туберкулеза»* были посвящены доклады проф. Н. Д. Стражеско *«Сердце и туберкулез»*, В. Х. Василенко и Д. Г. Кричина *«Мочекислый обмен при туберкулезе легких и его антагонистах»* и Д. Я. Эпштейна *«Влияние бронхимальной астмы на возникновение, развитие и течение легочного туберкулеза»*. Проф. Стражеско (Киев) с точки зрения значения конституции и роли ретикулоэндотелиальной ткани в борьбе с инфекцией, в выработке иммунитета и в обмене подходит к вопросу о пересмотре нашего отношения к антагонистам туберкулеза. Наследственно-артритическая конституция и хронические инфекции, при которых, вследствие постоянного раздражения мезенхимы организма, наступают пролиферация соединительно-тканых элементов с последующим их склерозированием, являются антагонистами туберкулеза. К ним относятся скрытый хронический сепсис, наследственный сифилис и сифилис в третьем периоде. Ревматические заболевания сердца, сопровождающиеся всегда раздражением и перестройкой мезенхимы, способствуют благоприятному течению туберкулеза легких, особенно в тех случаях, когда налицо длительная гиперемия легких. Заболевания сердца, ухудшающие питание легочной паренхимы, способствуют возникновению туберкулезного процесса и ухудшают его течение. Сужение двусторонки в результате endocarditis laryngata больше других сердечных заболеваний задерживает развитие легочного туберкулеза. Стражеско предостерегает от неправильной трактовки явлений со стороны верхушек при некоторых заболеваниях сердца, симулирующих активный туберкулез там, где его нет.—В прениях по этому докладу был высказан ряд соображений об антагонистах туберкулеза. Некоторые товарищи отвергали наличие вообще антагонистов туберкулеза и упрекнули Стражеско в том, что он исходил лишь из конституциональных и др. морфологических изменений организма, не учитывая при таком заболевании, как туберкулез, влияние внешней среды и ряда социальных факторов, имеющих решающее значение в поведении туберкулезного организма. Анализ последних, не приведенный докладчиком, может вскрыть ряд моментов, опровергающих существование антагонистов туберкулеза.

Василенко и Кричин (Киев) на основании своих наблюдений подчеркивают, что некоторые заболевания, как подагра, болезни сердца, сосудов и др. не ухудшают течение туберкулеза. По отношению к мочекислому обмену туберкулез легких характеризуется гипоурикемией, а его антагонисты гиперурикемией. Как один из антагонистов легочного туберкулеза, Эпштейн (Киев) выдвигает бронхимальную астму. Астматика большей частью наследственные невропат с нервно артритической конституцией и дистонией вегетативной системы. Эти моменты обуславливают высокую резистентность организма против туберкулезной инфекции. В редких случаях сочетания астмы и легочного тбс течение последнего атипичное по своей локализации, доброкачественное, без склонности к распаду. Прогрессирование тбс вызывает исчезновение астматических приступов.

Оживленные прения вызвал доклад проф. В. Л. Эйниса, Ф. А. Михайлова и Е. Л. Киселевой на тему *«Влияние туберкулезной токсемии на аппарат кровообращения»*. Останавливаясь на механических (смещение сердца и средостения, ограничение дыхательных экскурсий и т. д.) и токсических факторах, авторы на 800 больных, близких друг к другу по распространенности процесса, установили, что параллельно нарастанию интоксикации ухудшается функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Для практических целей важно выделить нарушения сердечной деятельности, связанные с повышенной общей нервной возбудимостью больного, с этой целью Эйнис рекомендует вос-

пользоваться простой пробой с физической нагрузкой типа Мартине, назначая больным в течение 3-х дней по 4,0 бромистого натра в сутки; в случаях функциональных расстройств, бромирование ведет к резкому снижению тахикардии (до 20—30%). Изучение электрокардиограмм у тbc больных в настоящее время еще не позволяет авторам делать определенных выводов о состоянии сердечно-сосудистой системы при тbc.

Д. Л. Мейерсон (Одесса) осветил вопрос «*Сифилис и туберкулез легких*», указав, что старый доброкачественный туберкулез легких приобретает острое течение, когда к нему присоединяется люэтическая инфекция. Туберкулез, возникающий в организме старого люэтика, характеризуется склерогенными тенденциями и весьма доброкачественным, торпидным течением.

Переходя к работе отдельных секций, отметим, что в секции клинической, инструментальной и лабораторной методики были заслушаны доклады: В. Ф. Зеленина (Москва).—*«Изменение «токов действия» сердца при поражениях миокарда различной природы»*; Л. Н. Фогельсона (Москва).—*«К патогенезу ритма галоп»*; Г. Е. Сорокина (Москва).—*«Рентгено-кимография сердца»*; Л. М. Гурвича и И. Б. Кабакова—*«Определение количества циркулирующей крови у базедовиков и сердечных больных»*. Б. А. Егоров демонстрировал новый прибор для определения венозного давления крови и давления спинно-мозговой жидкости.

В биологической секции заслушано 11 докладов, из них из Казани З. И. Малкина «*О значении определения осмотического давления протеинов в клинике внутренних болезней*».

Секция профессиональных болезней, трудовой экспертизы и профилактики провела несколько заседаний, посвященных вопросу организации единых диспансеров, изучению нетрудоспособности при различных заболеваниях, профилактизации клиники, новым задачам медобразования, вопросам трудоспособности в колхозах и т. д. Доклад Либермана (Украина) об едином диспансере и формах его связи с другими лечебно-профилактическими и общественными организациями и роли терапевта в новой системе социалистического здравоохранения вызвал оживленный обмен мнений. И это вполне понятно, ибо впервые этот вопрос обсуждался на Всесоюзном съезде терапевтов. В ряде докладов был освещен вопрос о роли и задачах охраны материнства и младенчества, охраны здоровья подростков в системе единого диспансера. Если в принципиальных установках против новой формы здравоохранения, основной задачей которой является приспособление всей лечебно-профилактической работы к нуждам важнейших отраслей промышленности и сельского хозяйства, особых возражений не было, то в практической части выявились ряд трудностей и дефектов в организации единых диспансеров. Нельзя считать еще разрешенным вопрос об обслуживании по территориальному и производственному принципам. В связи с важнейшими решениями пленума ВЦСПС о реорганизации всей профсоюзной работы на основе приближения ее к нуждам промышленности (отсюда и разукрупнение наших профсоюзов) вполне понятны выступления товарищей, подчеркнувших необходимость пересмотра всей системы здравоохранения, в том числе и единых диспансеров, в направлении приближения их к предприятиям и, в первую очередь, к ведущим отраслям промышленности, поставив во главу угла производственный принцип обслуживания.

Представители Иваново-Вознесенска, Ленинграда и других районов подняли животрепещущий вопрос о роли врача-терапевта, работающего в стационарах, и его участия в диспансерной работе. Больной, попадая в стационар, обычно теряет связь с врачом-диспансеризатором, который по идее единого диспансера должен наблюдать за больным и в условиях его труда и быта. Этот разрыв в наблюдении ряд т. т. рекомендовали пополнить тем, чтобы диспансеризатор был введен в качестве сверхштатного работника больницы, где бы он мог продолжить свое наблюдение за больным и в стационарной обстановке. Вполне понятно, что нагрузка такого врача-диспансеризатора, который ведет свою работу на дому, в диспансере, на пункте первой помощи, да еще в стационаре, становится почти невыполнимой. Формы вовлечения врача стационара в диспансерную работу еще недостаточно ясны и заслуживают внимания в нащупывании правильных путей. Следует отметить, что дискуссия по вопросу о едином диспансере подтвердила жизнеспособность новой системы социалистического здравоохранения, в осуществлении которой врачам-терапевтам принадлежит исключительная роль.

Вопросы *подготовки кадров* получили освещение в докладе представителя НКЗ РСФСР тов. Б а н ь ш и к о в а, указавшего основные принципы медобразования, которые должны обеспечить органам здравоохранения необходимые кадры медработников на новом этапе социалистической реконструкции промышленности и сельского хозяйства и в борьбе за выполнение 5-летки в 4 года. В связи с новыми задачами медицинского образования и клиническое преподавание должно быть построено на синтезе между профилактической и лечебной медициной, что возможно, по мнению проф. Р. А. Лурия (Москва), тогда, когда клиника будет представлять собой комплекс учреждений (клинический стационар, единый диспансер, помощь больным на дому, лечебно-профилактические учреждения и семинарии на отдельных производственных единицах). В области пропедевтики следует ставить акцент на систематическом изучении субъективных жалоб больного, социальных моментов и особенно функциональной диагностики. Клиническое преподавание гарантирует усвоение конкретной связи между клиническим фактом и социальной средой, а отсюда и правильные пути изменения этой среды, как причины болезни, лишь в том случае, когда оно будет исходить из исторического и диалектического понимания фактов.

Из целой серии докладов, характеризующих влияние различных видов труда на сердечно-сосудистую систему, обмен веществ, биохимические изменения в организме и т. д., отметим лишь некоторые. Большой интерес представляло сообщение проф. Л а н и д у с (Саратов) на тему «*Вопросы трудоспособности в колхозах*». В районе сплошной коллективизации в Н. Поволжье бригада, которой руководил докладчик, изучала влияние на организм человека (в том числе и женщин) работы на различных системах тракторов и комбайнов. Удалось отметить ряд дефектов отдельных систем с/х машин, вредно отзывающихся на здоровье трактористов. Эти недочеты сравнительно легко устранимы, и бригадой даны соответствующие указания Сталинградскому тракторному заводу. Результаты обследования, доложенные на совещании с/х специалистов, произвели большое впечатление, ибо они с очевидностью доказали товарищам экономическое значение изучения проблемы трудоспособности в колхозах и жизненную необходимость участия медработников в выполнении грандиозных задач, стоящих перед с/х сектором СССР.

Л е в и т а н и Е р у с а л и м ч и к, изучая *язвы желудка двенадцатиперстной кишки с точки зрения нетрудоспособности больных*, нашли, что язвы дают чаще всего временную нетрудоспособность, в значительно меньшем количестве — стойкую. В отношении групп инвалидности наблюдаются резкие колебания в оценке нетрудоспособности этих больных. Сопоставляя материал оперированных и неоперированных язв, авторы констатируют, что наибольший процент стойкой утраты трудоспособности наблюдается после оперативного вмешательства. Лица физического труда чаще попадают на инвалидность и дают более высокие группы.

Методике экспертизы нетрудоспособности при туберкулезе был посвящен доклад Л. Г. Шрейберга (Москва), отметившего трудности этой задачи и необходимость осторожного и индивидуального подхода к каждому больному при переводе его в инвалиды вследствие его туберкулезного процесса.

Последний день (31 января) был посвящен демонстрации делегатам Съезда ряда научных и практических учреждений Москвы.

Были осмотрены клиники 1-го и 2-го Москов. мединститутов, где делегаты имели возможность ознакомиться с клиническим материалом и получить краткое освещение вопросов, которыми занимается данная кафедра. Из других Институтов были осмотрены Институт по изучению профзаболеваний, Ин-ты охраны труда, переливания крови им. Богданова, Научный ин-т питания, Туберкулезные ин-ты Москвы и т. д.

Впечатление большой работы, проделанной коллективом работников и его руководителями, производит диспансер № 6 им. Нансена в Богородске. Тов. М е л ь м а н — зав. и организатор одного из наиболее крупных диспансеров Москвы в рабочем районе — детально ознакомила делегатов с постановкой дела и отдельными звеньями единого диспансера. Крепкая связь с районными организациями, диспансерный охват рабочих одного из крупных заводов (быв. Богатырь), правильно взятый курс на выполнение директив партии о повороте лицом к производству, оставляет уверенность в жизнестойкости и целесообразности новой системы здравоохранения — единого диспансера. Интересен опыт переписи всего населения района (около 30.000 чел.) силами самого диспансера.

Мы, по мере возможности, остановились на основных моментах в работе XI Всесоюзного съезда терапевтов. Какая же общая оценка может быть дана Съезду, собравшему около 1700 делегатов со всех концов СССР? Отобразил ли он тот резкий перелом в научно-исследовательской и практической работе врача, который должен наступить на настоящем историческом этапе? С определенностью можно ответить, что этого перелома пока нет и что перестройка институтов, клиник разворачивается недостаточными темпами. Отдельные сдвиги можно видеть в том, что впервые на терапевтическом съезде заслушаны доклады Наркомздрава и ряд сообщений по профпатологии и организационным вопросам здравоохранения (единый диспансер и т. д.). Огромное большинство заслушанных докладов свидетельствуют об отсутствии объединяющего плана научной работы; постановка отдельных вопросов клинической и экспериментальной медицины, с превалированием биологической оценки фактов, без учета влияния внешней социальной среды, отсутствие диалектического метода и марксистско-ленинской методологии в разработке этих проблем не могли полностью удовлетворить аудиторию, что и было отмечено в выступлениях ряда товарищей. Такая постановка докладов должна быть изменена: оторванность научной работы от нашей повседневной практики, от основных задач социалистического строительства делает ее абстрактной и обесценивает ее значение.

Указанные дефекты были учтены, и Съездом были сделаны организационные выводы в его постановлении об организации Всесоюзного терапевтического общества. Основная задача Общества заключается в активном его участии в социалистическом строительстве СССР, в повышении обороноспособности страны, руководстве его филиалами на местах. Вовлечение в его ряды широких врачебных масс и научных работников, тесный контакт с советской общественностью, развертывание работы на основе диалектического материализма, внесение строгой плановости в научно-исследовательскую работу—обеспечит Обществу оживление научной работы, являющейся не самоцелью, а частью соц. строительства нашего Союза. Методами работы Общества должны быть ударничество, соц. соревнование на базе широкой самокритики.

Программными темами к следующему Всесоюзному съезду намечены—«*Методологические основы клинического исследования внутренних болезней*», «*Клиника и эпидемиология гриппа*», «*Гастриты*», «*Заболевания сердечно-сосудистой системы*» и «*Трудоспособность*».

Библиография и рецензии.

М. Изелен. *Повреждения и инфекционные заболевания кисти*. Редакция и предисловие проф. М. Н. Шевандина. Стр. 116. Харьков. 1930 г. Изд. «Научная Мысль». Цена 1 р. 10 к.

Проф. М. Н. Шевандин указывает, что повреждения и воспалительные процессы пальцев и кистей рук принадлежат к актуальным вопросам хирургии. Это «профессиональная» болезнь рабочих. Руки их весьма часто подвергаются ранениям и многочисленным раздражениям. Эти ранения также нередко вызывают ограничение функции с калечением пальцев или всей руки. Лечение подобных повреждений представляется нелегким делом; здесь не только надо оказать своевременную и целесообразную помощь, но и обеспечить максимальную функциональную способность руки при осложнении. Поэтому необходимо поручить оказание помощи и лечение травматиков специалистам-хирургам. Было бы ошибкой думать, что всякий молодой врач может продуктивно работать на медпункте; особенно это касается крупных производств с большим количеством рабочих. Каждый хирург должен быть знаком с правильной постановкой дела подачи первой помощи на медпункте и рациональным лечением возможных осложнений. Не меньшее внимания надо уделять также целесообразному лечению инфекционных процессов на руках. Как тяжело могут пострадать больные от неправильных и несвоевременных разрезов панарициев и флегмон! Хорошим руководством для решения поставленных задач может служить книга М. Iselin'a, переведенная с французского на русский язык М. А. Диканским. В первой части своей книги Iselin касается ранений пальцев и кисти и рациональной помощи при них. Во второй части имеются сведения об инфекционных процессах на руках, причем подробно разбираются как все виды панарициев и флегмон, так и способы операций при

них. В основу критических обсуждений своих случаев и наблюдений Iselin кладет опыт специализировавшихся в этом вопросе американских хирургов и иллюстрирует свои заключения рядом рисунков. Третья часть книги—восстановительная хирургия—полностью не переведена в виду малого значения этого отдела для практического хирурга. Врачи найдут в книге Iselin'a много полезных советов и указаний, и ее особенно можно рекомендовать хирургам, работающим на производствах и в рабочих поликлиниках.

Книга состоит из трех частей: 1) повреждения пальцев и кисти; 2) инфекционных заболеваний кисти и 3) восстановительной хирургии. В выносках указана преимущественно французская литература. Брошюра содержит 29 преимущественно схематических рисунков.

Проф. М. И. Брейтман.

Сербинов П. И. *Терапия глистных заболеваний*. Краткое руководство по дегельминтизации и профилактике глистных инвазий. 2-е изд. Харьков. «Научная Мысль». Ц. 50 к.

В своем предисловии директор Харьковского протозойного института отмечает, что в последние годы глистные заболевания привлекают к себе все больше и больше внимания. Это вызвано, с одной стороны, сильным возрастанием глистных инвазий не только у нас в Союзе, но и повсюду в Европе; с другой—усовершенствованием и развитием методов открытия этих инвазий, установивших в отношении некоторых глист почти сто процентов поражения населения. Равным образом, устанавливается, наряду с общим «очервлением» населения, высокое значение глистных инвазий, как этиологического фактора в развитии различных заболеваний человека. Соответственно этому повсюду растут работы обследовательского и научно-экспериментального характера. Конечно, установление факта сильного развития глистных инвазий должно повлечь за собой развитие мероприятий, направленных к оздоровлению «очервленного» населения, т. е. к развитию мер лечебного и профилактического характера. Эта сторона дела пока-что обстоит плохо, главным образом, из-за малого, в общем, знакомства широкого круга врачей с соответствующими мероприятиями. Небольшое руководство д-ра П. И. Сербинова имеет целью дать в краткой форме обзор главнейших мер лечебно-профилактического характера, применяемых по преимуществу в гельминтологическом отделении Украинского протозойного института, и тем пойти навстречу несомненной потребности в таких указаниях. Что касается второго издания, то оно переработано и дополнено новыми данными. После краткого вступления, излагающего общие задачи борьбы с глистами, указываются способы дегельминтизации при цистодозах, эхинококкозе, аскаридозе, энтеробиозе, трихоцефалезе, анкилостомидозах, трихинозе, филяриозе, трематодозах. Все указания носят строго практический характер, всюду виден большой личный опыт автора, а затем приведена важнейшая литература, как иностранная, так в особенности и русская.

Проф. М. Брейтман.

Проф. Я. С. Аркавин и д-р С. Я. Шаферштейн. *Профилактика и терапия детских болезней*. Издат. «Научная Мысль». Харьков. Стр. 335.

Многим из кончающих медвузы приходится начинать свою работу на периферии вдали от крупных медицинских центров, где они лишены возможности пользоваться советами своих старших, более опытных товарищей. Авторам казалось своевременным прийти на помощь товарищам изданием справочника, в котором всякий врач, работающий на периферии, а не только педиатр, мог бы получить ответ на неотложные вопросы, возникающие в его повседневной практике. Различные отделы в этом справочнике написаны различными авторами, имеющими вполне достаточный опыт, вынесенный ими из продолжительной работы в институтах Наркомздрава, в клинике Мединститута, в научно-исследовательских и других лечебных учреждениях. Признавая, что в деле лечения и борьбы с детскими заболеваниями и смертностью первенствующее место должно принадлежать гигиено-диететическим режимам и профилактике как индивидуальной, так и социальной, авторы изложению этих методов уделяют гораздо больше внимания, чем лекарственному лечению. В настоящее время авторы считали необходимым подробнее остановиться на социальных заболеваниях детского возраста—на сифилисе и туберкулезе, а также на глистных заболеваниях, ввиду их огромного распространения и колоссального социального значения. Детальное знакомство читателя с современными взглядами на патогенез и течение этих болезней имеет своей целью ярче выявить те профилактические меры, которые рекомендуются в настоящее время для успешной

борьбы с этими болезнями. При изложении различных отделов мы считаем необходимым сохранять за авторами, не внося существенных поправок, те методы лечения и профилактики, которые они рекомендуют, так как каждый из них отражает взгляды на эти вопросы того учреждения, в котором он работает. Этим и объясняется некоторое кажущееся расхождение при изложении одного и того же вопроса в различных отделах книги. Настоящий сборник принципиально отличается от аналогичных тем, что авторы не перечисляют всех возможных методов лечения, а приводит только один, выработанный соответствующим учреждением. Авторы преданмеренно не поместили в сборнике отдел отравлений потому, что в детстве они встречаются сравнительно редко. Боязнь удорожить издание заставила авторов кратко изложить отделы болезней грудного и старшего возраста. Физические методы лечения не выделены авторами в отдельную главу, а приводятся при изложении отдельных форм заболеваний.

Кроме редакторов, в составлении книги принимал участие ряд других сотрудников, которыми написаны следующие статьи: С. Я. Шаферштейн. Болезни грудного возраста.—Е. Л. Левитус. Заболевание старшего детства.—С. Я. Ясный. Инфекционные болезни детского возраста.—Б. Л. Яхнис. Туберкулез в детском возрасте.—А. М. Петров. Венерические и кожные болезни детского возраста.—Л. А. Квинт. Нервные заболевания.—П. И. Сербинов. Глистные заболевания у детей.—В. А. Блях. Физкультура в детском возрасте.—В. А. Белоусов. Курортные факторы в терапии детских заболеваний.—С. А. Гиль и С. Я. Шаферштейн. Питательные смеси для детей грудного возраста. В приложении даны следующие указания: краткие сведения по медицинской технике; расписание инкубационного периода и сроков изоляций заразных больных, калорийная таблица (в 100,0), состав важнейших пищевых веществ по Бергу; таблица роста, веса тела, средней ежемесячной прибавки, окружности головы и груди; краткий перечень наиболее употребительных лекарств в детском возрасте.

Благодаря тому, что книга написана сотрудниками харьковских научных институтов, она не является простой передачей иностранных учебников, а в значительной мере отражает собственные достижения русских авторов, которым отведено особенно почетное место в отделах о физкультуре и о курортных факторах. К сожалению, этого нельзя сказать о некоторых других отделах, в которых даже крупные работы русских авторов совершенно не упоминаются. Надо надеяться, что в следующих изданиях этот недостаток будет устранен. Книга напечатана на хорошей бумаге и портативна.

Проф. М. Я. Брейтман.

Проф. С. А. Томилин. *Социально-гигиеническая оценка детской смертности* по материалам Международной и Украинской статистики. Стр. 77. Харьков. 1930 г. Изд. «Научная Мысль». Цена 95 к.

Ясно ощущаемая среди работающих в области охраны детства и материнства потребность разобраться в основных статистических материалах по детской смертности побудила недавно сформированное Отделение социальной гигиены и патологии при Украинском институте Охматдета имени Н. К. Крупской принять ряд работ по выяснению уровня и характера детской смертности на Украине. Настоящая работа является введением к ряду последующих работ, ставящих своей задачей детальный анализ факторов детской смертности в более ограниченных территориальных масштабах. Основная цель ее—дать общую ориентировку в проблеме детской смертности по материалам международной и украинской демографической статистики последнего времени. Частично были использованы исследования, произведенные статистическим бюро Наркомздрава УССР и Харьковской научно-исследовательской кафедрой социальной гигиены. Некоторые существенные стороны в проблеме детской смертности (как, напр., участие сифилиса и туберкулеза) остались незатронутыми, отчасти по причине малочисленности материала, освещающего этот вопрос, отчасти потому, что они должны стать объектом самостоятельного изучения. Относительная недостаточность материалов по современной статистике детской смертности в РСФСР не позволяла произвести необходимых сопоставлений уровня и причин детской смертности по отдельным частям Советского Союза в желательном размере. Все цифровые исчисления и статистические показатели, приведенные в тексте, составлены на основании официальных статистических источников, изданий международного статистического института и статистических сборников отдельных государств.

Проф. С. А. Томилин рассматривает следующие вопросы: 1) социально-гигиеническое значение детской смертности; 2) мировая статистика детской смер-

ности и ее динамика; 3) анализ детской смертности на Украине; 4) детская смертность в отдельные периоды первого года жизни; 5) сезонные колебания детской смертности до одного года по месяцам года; 6) территориальное распределение детской смертности на Украине; 7) биологические факторы детской смертности; 8) бытовые и социальные факторы детской смертности; 9) причины детской смертности; 10) борьба с детской смертностью в прошлом и настоящем; 11) основные заключения, 12) методика изучения детской смертности.

Проф. М. Я. Брейтман.

Прив.-доц. А. Н. Федоровский. *Заболеваемость венерическими болезнями рабочих и крестьян Донецкого бассейна*. Стр. 176. Харьков. 1930. Изд. «Научная Мысль». Цена 1 р. 50 к.

Народный Комиссар Здравоохранения С. Канторович находит, что работа прив.-доц. А. Н. Федоровского, являющаяся результатом разработки и анализа материалов, собранных экспедиционным обследованием Государственного венерологического института, проведенным под непосредственным руководством автора, исчерпывающе освещает не только степень пораженности венеризмом отдельных обследованных групп рабочих и крестьянства, но и выявляет наряду с этим данные демографического, жилищного, бытового и производственного характера, присутствующие в рабоче-крестьянскому населению Донбасса, что еще больше увеличивает ценность настоящего научного исследования.

Но ценность предлагаемого труда прив.-доц. А. Н. Федоровского не исчерпывается только ее практическим значением для органов здравоохранения Донбасса, черпающих из работы богатый материал, необходимый для правильного направления их профилактической и лечебной деятельности в борьбе с венеризмом, — настоящая работа имеет большое научно-методологическое значение, всесторонне и глубоко освещая весьма сложные вопросы заболеваемости венерическими болезнями и обогащая ценными данными эту пока еще сравнительно мало изученную область народной патологии.

После общего изложения методики изучения заболеваемости четыре отдела книги посвящены: 1) социально-гигиенической характеристике обследованного рабочего населения; 2) заболеваемости рабочих венерическими болезнями; 3) социально-гигиенической характеристике обследованного сельского населения и 4) заболеваемости венерическими болезнями крестьян. Приведена обширная литература русских и украинских работ, а в приложения даны образцы соответствующих статистических карточек.

Проф. М. Я. Брейтман.

F. Parodi. *Pneumotorace terapeutico*. Fisiomeccanica Tecnica. Стр. 166. Roma. S. A. I. Editrice Romana Medica. Ц. лир 25.

Книга эта уже успела занять почетное место среди других руководств по лечебному пневмотораксу, так как в ней особенно тщательно изложены физико-механические законы, регулирующие дыхание и работу всей дыхательной машины: грудная клетка, легкие, диафрагма, средостение; в трех отдельных главах автор рассматривает взаимоотношения этих органов между собою как при нормальных, так и при патологических условиях; он подробно останавливается на роли эластичности легких, на их ректракции. Пользуясь этими данными, автору удалось построить новый способ, новый прибор — эфрагоманометр для измерения давления в полости плевры. Большое внимание им уделено осложнениям пневмоторакса, показаниям и противопоказаниям к его применению как у взрослых, так и у детей.

Проф. М. Я. Брейтман.

F. Dumarest et R. Brette. *La pratique du pneumothorax thérapeutique et de la collapsothérapie chirurgicale*. Стр. 409, рис. 54, табл. 30. Paris Masson et Cie. Ц. фр.—50.

Втечение короткого времени книга выдержала 3 издания. В настоящем виде она совершенно переработана ввиду того, что появился ряд новых способов искусственного пневмоторакса, и техника применения в значительной мере отличается от той, которая была предложена впервые Forlanini. Если нельзя применить классического пневмоторакса, то можно испытать другие способы, напр., технику J a s o b a e u s'a для разделения сращений под руководством эндоскопа, вызывания паралича диафрагмы с помощью френикэктомии, выполнения торакопластики и т. д. Авторами использована обширная литература, в которой из русских авторов упоминается только А. Н. Рубель. Жаль, что автору осталось неизвестным прекрасное руководство С o v a по торакокопии.

Проф. М. Я. Брейтман.

Prof. J. Bauer. *Der sogenannte Rheumatismus*. Стр. 136. 16 рис. в тексте и на 6 табл. Dresden-Leipzig. Th. Steinl. oppff. Ц. М. 9.

В а у е г дает краткий обзор сборного понятия о ревматизме и отдельных его формах. Он отводит большое место конституции, рассматривает различные локализации, патологическую анатомию, патогенез и этиологию так наз. ревматизма, который он делит на 3 формы: воспалительные (острое и хроническое воспаление, дегенеративное) все остальные, в том числе почему-то подагра и, наконец, неопределенные в анатомическом отношении (невралгии, миалгии, артралгии и полиалгии), которые в сущности никакого отношения даже к так наз. ревматизму не имеют и могли бы быть упомянуты разве только в отделе диагностики.

Проф. М. Я. Брейтман.

F. Layanì. *Les Acrocyanoses. Troubles vasculaires cutanés d'origine nerveuse, végétative ou centrale*. Стр. 282. Paris, Masson et Cie. Ц. 32 фр.

Вопрос об акроцианозе до сих пор не встречал такого изучения, которое им вполне заслужено. Мы имеем о нем лишь ряд отдельных статей, но до сих пор не было ни одной монографии, которая представляла бы сводку всего сделанного относительно акроцианоза. На основании обширной литературы, список которой занимает 14 страниц, и собственных подробно описанных 22 наблюдений Л а у а н и излагает все то, что мы знаем по этому вопросу. Он замечает, что акроцианоз не тождествен ни с болезнью Раупауд, ни с сосудодвигательными и ишемическими расстройствами. Клинически он выражается следующей триадой: безболезненным цианозом конечностей, стойким охлаждением и трофическими и секреторными расстройствами (влажность, легкая инфильтрация и т. д.), акроцианоз никогда не заканчивается омертвлением. В его происхождении участвуют следующие условия: пониженная возбудимость симпатического нерва, понижение функции яичников, щитовидной железы и придатка мозга с капиллярным застоем и гипотонией капиллярно-венозной системы, без спазма мелких артерий (почему он и не поддается сосудорасширяющим средствам). Лечение состоит в применении средств, повышающих тонус симпатического нерва, местных горячих ванн, назначении препаратов яичников, щитовидной железы, придатка мозга, адреналина и инсулина.

Проф. М. Я. Брейтман.

Заседания медицинских обществ.

Казанское общество врачей.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 16 февраля, посвященное обзору деятельности школы проф. В. С. Груздева по поводу 40-летия его научно-преподавательской и врачебно-общественной деятельности.

Открыв заседание, проф. И. Ф. Козлов предложил избрать председателем его старейшего из профессоров—учеников В. С. Груздева, профессора Н. И. Горизонтова (Томск).

Пр.-доц. П. В. Маненков сделал доклад «Школа проф. В. С. Груздева на грани XL лет деятельности его руководителя» (напеч. в наст. № «К. м. ж.»).

Проф. И. Ф. Козлов сделал краткий обзор научной деятельности клиники покойного ученика проф. Груздева, проф. А. И. Тимофеева.

Проф. Н. И. Горизонтов сообщил о научной деятельности клиники Томского мединститута за время, когда он стоял во главе этой клиники.

Проф. М. С. Малиновский сделал аналогичное сообщение о научных трудах заведываемой им акушерско-гинекологической клиники I Московского мединститута.

Проф. И. Ф. Козлов выступил с таким же сообщением о научной деятельности акушерско-гинекологической клиники Омского мединститута за время, когда он заведывал ею.

Далее был оглашен список поступивших к дню 40-летия проф. Груздева приветствий от различных учреждений и лиц, после чего заседание было закончено краткою речью юбиляра.

Педиатрическая секция.

Заседание 8 декабря 1930 г.

1. Д-р М. М. Левит и Э. Михлина. «Клинические наблюдения над терапевтическим действием жира морского окуня при рахите». Клинические наблюдения над 10-ю детьми рахитиками показали, что жир морского окуня не плохо усваивается детьми раннего возраста. Дача 300,0 способствует уменьшению гипофосфатемии в сыворотке крови ребенка рахитика и уменьшает костный рахитический процесс. Действие его аналогично действию тюленьего жира. *Прения:* проф. Меньшиков, д-ра Зуев, Беляев, Требинский и проф. Лепский.

2. Проф. Е. М. Лепский. «Очередная задача охраны младенцев». По мере того, как усиливается вовлечение женщин в производство, становится все более острой нужда в учреждениях для коллективного воспитания детей раннего возраста. Требование некоторых западно-европейских врачей, чтобы замужние женщины были устранены от профессиональной работы, т. к. она мешает функциям материнства, реакционно и утопично. Только активная работа в производстве делает женщину действительно самостоятельной и равноправной мужчине; у нас вовлечение женщины в производство требует интересами социалистического строительства. Совмещение материнства и производственной работы облегчается коллективизацией быта, необходимой составной частью которой является общественное воспитание детей. Но в прошедшей недавно дискуссии о будущих формах коллективного быта и о типах построек в социалистических городах, многими участниками были допущены вредные увлечения, как-то: требование целиком сосредоточить воспитание детей в отдельных зданиях («детском секторе»), или немедленно сделать коллективное воспитание обязательным с самого рождения и т. п. Такие требования не учитывают ни материальных возможностей страны, ни возникающих при этом трудностей, как опасность распространения инфекций среди детей, невозможность обеспечить им при этом надлежащее кормление грудью и др. На ближайшем этапе времени очередной задачей охраны материнства и младенчества является расширение сети яслей, главным образом за счет домовых яслей, и удлинение пребывания в них детей. В заключение докладчик призвал педиатров ближе заняться вопросами реконструкции быта. — *Прения.* Заданы вопросы врачами: Беляевым, Малкиной, Смирновым и Федоровым. Д-р Смирнов и Требинский считают необходимым вопрос этот вынести на широкие рабочие собрания, проф. Меньшиков, отмечая недостаточную постановку работы в яслях, предлагает поднять докладчиком вопрос продвинуть и заслушать еще ряд докладов на сопряженные темы. В заключительном слове докладчик поддержал предложение проф. Меньшикова.

Казанское о-во невропатологов и психиатров.

Заседание 29 октября 1930 г.

И. И. Русецкий. *К вопросу о мышечном тонусе.* После краткого введения о сущности понятия о мышечном тонусе, о значении для мышечного тонуса деятельности тонических нервных центров, докладчик приводит результаты своих исследований мышечного тонуса при помощи методов склерометрии (аппарат для вдавливаемости мышц) и тонометрии (аппарат для вытяжения мышц). У здорового человека склерометрические и тонометрические данные представляют собой определенные величины, между которыми можно установить известные взаимоотношения. При церебральной гемиплегии склерометрические и тонометрические данные представляют однообразные изменения на пораженной стороне. У паркинсоников после эпидемического энцефалита наиболее характерные данные об изменении мышечного тонуса представляют тонометрические исследования. При испытаниях, произведенных в случаях гиперкинезов после эпидемического энцефалита, удалось установить, что при усилении гиперкинеза склерометрия мышц, удаленных от области гиперкинеза, дает увеличение вдавливаемости мышцы, в то время как растяжимость мышц уменьшалась.

В *прениях* по докладу приняли участие Чураев, Гринберг.

М. П. Андреев. *Наследственно-конституциональные факторы эндемического зоба в Мариобласти.* На основании обработки материала антропометрических обследований, добытого за время работы экспедиции по изучению зоба в МАО (летом 1929 г.) и заключающего 21926 обследованных с 4643 слу-

чаями зоба, докладчик приходит к следующим главным выводам относительно роли эндогенных факторов: 1. Национальность не играет заметной роли в распространенности поражения; в тяжести поражения сказывается меньшая сопротивляемость марийского населения по сравнению с русским.

2. Женщины заболевают чаще мужчин—главным образом в зависимости от большей лабильности щитовидной железы за счет неустойчивости эндокринной жизни половых желез.

3. Оба пола обнаруживают наибольшее поражение в возрасте полового созревания; до него—поражение слабое и одинаковое, после—у женщин значительно сильнее; все это также говорит за роль инкреторных функций половых желез.

4. Частота заболевания зависит гл. обр. от силы действия вредоносного агента, тяжесть—от длительности его действия.

5. Конституциональные различия резко выявляются при слабых воздействиях внешней вредности; отношение между силой воздействия и конституциональной реакцией приблизительно повторяют закон Вебера-Фехнера в психофизиологии (ощущение растет как логарифм раздражения).

6. Отмечается ясная и стойкая тенденция зоба поражать определенные семьи. Эта избирательная «семейность» ярче выявляется при слабом поражении, согласно п. 5.

7. Наследование предрасположения к зобу передается по типу простого рецессивного признака.

В *прениях* по докладу высказались Т. И. Юдин и И. И. Русецкий.

Александрова Л. П. *Случай гигантизма.*

Прения: М. П. Андреев на основании данных измерений находит, что случай является нетипичным для простой акромегалии; однако здесь трудно говорить и о явлениях евнухоидизма (в частности резкое преобладание *Unterlänge*—только кажущееся, вследствие наличия кифосколиоза). Обращает внимание резкое развитие нижней челюсти и сильное преобладание развития дистальных частей конечностей (индексы $\frac{\text{предплечье}}{\text{плечо}}$ и $\frac{\text{голень}}{\text{бедро}}$ дают значения, близкие к данным у

плосконосых обезьян); это говорит, повидимому, за резкую дисфункцию желез (в частности, гипофиза) и против общего инфантилизма (сохранение нормальных отношений).

Р. Я. Гассуль. На основании анализа рентгенограмм также считает случай не вполне типичным для простой акромегалии. Кроме того в *прениях* приняли участие П. А. Бадюл, Т. И. Юдин и И. Я. Чураев.

Научная конференция Гос. Центр. Москов. Научного Института ОЗД и П.

18-го января 1931 г.

И. А. Добрейцер и Г. Х. Ганюшина „Летальность при детских заразных болезнях в больницах г. Москвы“. Авторы разработали материалы по летальности от скарлатины, дифтерии и кори в Московских больницах (Красно-Советской, Образцовой, Рукавской, Боткинской и Клинике I МГУ) за 29 лет: с 1900 по 1928 гг. Результаты, вкратце, сводятся к следующему.

Летальность (на 100 больных) по всем 6-ницам в среднем за 25 лет составляла:

при скарлатине—	10,50%	(общее количество больных 89,071).
„ дифтерии —	12,50%	(„ „ „ 51,151).
„ кори —	18,30%	(„ „ „ 18,517).

По всем указанным болезням наблюдаются периодические волны подъема и снижения летальности. При *скарлатине* высшие волны летальности наблюдались в 1900—05 гг. (максимум в 1900—19,70%), в 1908—09 гг. (в 1909 г.—15,2) и в 1919—23 гг. (максимум в 1922 г.—20,70%). Наиболее низкие показатели летальности наблюдаются за последние годы (в 1926—28 гг.—5,1—6,50%). Примерно в те же периоды наблюдались высшие волны летальности при *дифтерии* (максимумы: в 1900 г.—16,00%, в 1910 г.—15,70%, в 1915 г.—16,60%, в 1919 г.—20,60%, в 1924 г.—23,90%). Летальность за 1927—28 гг. низкая (8,1—8,50%).—Волны подъема и снижения летальности наблюдаются и при *кори* (максимум в 1900 г.—21,20%,

в 1915 г.—24,7%, в 1927 г.—25,7%). Наиболее низкая летальность наблюдалась в 1923 г.—9,1%.

Большое влияние на летальность оказывает возрастной фактор: наиболее высока она для всех трех заболеваний в грудном возрасте, значительно меньше она в возрасте от 1-го до 4 л., в более старших возрастных группах быстро снижается.

При одном и том же возрасте и в одни и те же годы летальность по отдельным больницам неодинаковая, что, возможно, следует объяснить неодинаковыми условиями больничной обстановки (скученность, персонал и пр.).

Указанные выше колебания волн летальности не всегда совпадают с колебаниями волн заболеваемости и смертности. Необходимо дальнейшее коллективное изучение этого вопроса, чтобы установить причины колебания этих волн.

Отсутствие единообразия в регистрации и записях в отдельных больницах крайне затрудняют учет материала и разработку его. Необходимо ввести единство в больничную статистику.

Доклад привлек большое количество врачей, принявших участие в обсуждении представленного материала. Конференцией принята следующая резолюция по докладу:

1. Борьба с острыми детскими инфекциями является в настоящее время одной из первоочередных задач работы органов здравоохранения на детском фронте.

2. Для правильной организации борьбы с острыми детскими инфекциями требуется точный учет как заболеваемости, так и смертности при них.

3. Изучение вопроса постановки отчетности по движению больных по инфекционным отделениям Московских больниц показывает, что здесь имеется ряд крупных недочетов, мешающих правильному учету; в частности отсутствует единая форма регистрации и отчетности.

4. Изучение летальности при острых детских инфекциях является одним из важных факторов как для характеристики тяжести эпидемии, так и для учета эффективности леч.-профилактических мероприятий, между тем изучению этого вопроса до сих пор не уделялось должного внимания.

5. Необходимо предложить всем учреждениям, работающим в области детских инфекций (больницы, клиники и пр.) ввести отчетность по единой форме, что даст возможность сопоставить и обобщить материалы.

6. Предложить Центральной инфекционной Комиссии при Институте ОЗД и П НЗБдрава в срочном порядке разработать формы учета.

7. Предложить Отделу Социальной Патологии при Институте ОЗД и П НЗБ продолжить разработку материалов в отношении изучения законов волнообразных колебаний хода эпидемий, а также возможного влияния на заболеваемость и смертность лечебно-профилактических мероприятий. Секретарь *Е. Сидельникова*.

18-го февраля 1931 г. Годичное заседание.

Е. Ф. Сидельникова: «Работа научных конференций морфолого-физиологического отдела Института в 1930 г.» За истекший год отдел имел 9 конференций, где заслушано 17 докладов и демонстрировался ряд детей с различными заболеваниями. Из 9 конференций—5 были посвящены вопросам детского питания. По питанию прошли следующие доклады: 1) Л. М. Моделя «Питание и устойчивость к заболеваниям», 2) Ф. В. Яблонского «Первые наблюдения над общественным детским питанием дошкольного возраста», 3) Л. М. Моделя, Е. Ф. Сидельниковой и И. И. Цитовской «Влияние пищевых режимов на обмен веществ у детей», 4) их же «О белковом режиме детей разных возрастов по данным биохимического исследования», 5) Л. М. Моделя и Ц. Я. Мительман «Проект норм детского питания». Конференцией была в резолюции отмечена актуальность поставленных вопросов и необходимость дальнейших работ в этом направлении. Из других докладов отметим доклад Н. П. Савватимской «О методах борьбы с внутрибольничными инфекциями в больницах Ленинграда», представивший богатый материал и ряд практических предложений по линии снижения внутрибольничных инфекций. Три доклада проф. А. А. Киселя касались вопроса «Об изменении лимфатических желез при ток у детей» и кроме того еще его же доклад «Как я пришел к выводу, что ток у детей передается внутриутробно». По поводу последнего доклада Конференцией отмечено огромное значение поставленного вопроса, т. к. определенное разрешение его должно изменить всю систему борьбы с ток. В настоящее время нет еще единого мнения о

путях заражения, но уже ярко намечается сдвиг в том направлении, о котором говорил докладчик. Доклад А. А. Титова «Основы санаторно-лагерной системы и опыт применения ее на детях» ставит вопрос главным образом о типе постройки летнего лагеря. Докладчик предлагает сконструированную им постройку из дерева и ткани. Стоит недорого и строится быстро. Гигиенична, обеспечивает постоянный приток свежего воздуха. Конференцией была одобрена. Доклады Р. И. Марголис «О бронхоэктазиях в детском возрасте» и Н. А. Попова «Бронхография при бронхоэктазиях у детей» — представили большой материал клинических наблюдений, причем докладчиками сделано свыше 15 наливок иодином. Предлагается выделить в отдельную клиническую группу так называемые «сухие бронхоэктазы». Демонстрировалась серия снимков. Доклад Е. Е. Граната «Об экссудативном диатезе у детей» основан на изучении 1000 случаев. Докладчик склоняется к выводу, что э. д. имеет много черт, сближающих его с тбк. В числе детей, демонстрированных на конференции в течение 30 г., были бронхоэктатики, легочные инфильтрации, тбк кожи, тбк легких, аномалии развития и др.

А. А. Колтыпин. «К вопросу о патогенезе церебро-спинального менингита у детей». Большой доклад, богато иллюстрированный диаграммами, в общем сводился к следующему: как всякая инфекция церебро-спинальный менингит имеет два лица — токсический облик и местную локализацию процесса. Токсемия при разных инфекциях носит своеобразный характер, резко отличаясь своим тропизмом к различным системам и органам. Особенно это резко заметно в отношении токсина (эндотоксина) к эндокринно-вегетативному аппарату. Здесь нередко полный антагонизм. С этой точки зрения церебро-спинальный менингит является инфекцией, где удар эндотоксина направлен на симпатико-адреналиновый аппарат, за это говорит и вегетативный облик ц.-сп. менингита и ряд особенностей своеобразного характера. Этим объясняется необычайная стойкость сердца, несмотря на долго длящийся лихорадочный процесс. Крайне интересно расширить опыты над изучением этой инфекции в смысле эндокринно-вегетативного аппарата. С точки зрения локализации — процесс изучен мало, как в смысле путей проникновения, так и понимания местного процесса на мозговых оболочках. Данные, полученные на детском материале, убеждают все более, что церебро-спинальный менингит является общей септицемией с локализацией на разных органах, на мозговых оболочках, синовии суставов, сосудистой оболочке глаза и т. д. В связи с учением о гематоэнцефалическом барьере, церебро-спинальный менингит дает ряд интересных данных. Изучение белковой кривой в церебро-спинальной жидкости, проведенное по методу Колтыпина и Власова, открыло весьма своеобразную закономерность этой кривой, показавшую, что 1) перелом болезни совершается одномоментно, несмотря на кажущуюся медленность течения процесса, 2) что этот белковый перелом в церебро-спинальной жидкости совпадает с общим иммуно-биологическим или, быть может, физико-химическим переломом болезни. В своих выводах докладчик указывает на необходимость дальнейшего изучения реакции эндокринно-вегетативной системы при церебро-спинальном менингите, также изучения цер.-спин. менингита, как сепсиса. Кроме того К. предлагает воспользоваться белковой кривой цер.-спин. жидкости, как объективным мерилом при лечении церебро-спинального менингита сывороткой.

Конференцией отмечено, что вопрос о церебро-спинальном менингите требует особо серьезного внимания. До сих пор с его лечением не благополучно, смертность большая; пока что лечебный подход оказался совершенно бесплодным. Более верный путь, повидимому, будет путь профилактики. Необходимо дальнейшее всестороннее изучение вопроса.

Секретарь Е. Сидельникова.

А. Л. НАГИБИН.

20 февраля с/г. в г. Уфе скоропостижно скончался на 75-м году жизни врач Анатолий Львович Нагибин, старейший член врачебной семьи г. Уфы, питомец Казанского университета. Окончив медфак в 1880 году, А. Л. вместе со своим ближайшим товарищем и однокурсником В. Н. Разумовским остался ординатором у пионеров Казанской университетской хирургии профессоров Студентского и Левшина. По окончании ординатуры Анатолий Льво-

вич явился одним из первых проводников научной хирургии в земскую медицину Поволжья, около 50 лет проработав хирургом сначала в Шадринской уездной, затем — Уфимской губернской земской больницах.

Заинтересовавшись с первых же дней уфимской жизни новым тогда делом кумысолечения, он, не ограничиваясь хирургической работой, на скромные сбережения от зарплаты земского врача постепенно начал организовывать первую в Башкирии научно-поставленную кумысолечебницу, вкладывая в дело ее улучшения и расширения весь свой заработок и доведя ее в течение 20 лет до высокой степени совершенства. Чуждый каких-либо личных материальных интересов, он при национализации кумысных заведений без малейшей собственнической горечи передал ее в руки более широкой и мощной организации ШРУК'а, продолжая интересоваться ею и охотно помогая своим советом и опытом, и прямой работы в качестве ordinатора санатории ШРУК'а.

Другим общественным почином покойного вместе с кружком ближайших к нему друзей — врачей-общественников была организация в Уфе фельдшерской школы (теперешнего медтехникума), которая была открыта ввиду противодействия земства вначале как частное начинание, причем лекции читались в случайных помещениях и на квартирах лекторов-врачей.

В работе А. Л. был неутомим и охотно, без малейшего колебания брался за всякий труд, помогая и облегчая своих сотрудников и товарищей. Стоит только вспомнить дни последней эвакуации белых из Уфы, когда город остался почти совсем без врачей. Даже те немногие, которые не эвакуировались, почти все лежали в сыпном тифе. Средств не было. Анатолий Львович с 4—5 бывшими на ногах врачами должен был обслуживать оставшиеся без врачей больницы и организовывать, при полном отсутствии средств, из ничего новые бараки для приема нескольких сотен сыпнотифозных, отдавая в эти больницы (Варачную) и свое собственное имущество.

Далеко не чужд был покойный и революционных симпатий, укрывая в 1906—7-м гг. в своей санатории от преследований царского правительства известного Самарского революционера социал-демократа Санина, а в 1919 г., несмотря на настойчивые требования эвакуировавшихся белых отказав в выдаче им из той же барачной больницы выздоровевших от сыпного тифа пленных красноармейцев.

До последних дней физически несломленный «дедуска Нагибин», как звала его вся Уфа и Башкирия, вполне сохранил свою исключительную трудоспособность, неисчерпаемую жизнерадостность и живейший интерес к жизни, людям и науке. Даже в последний день своего существования он успел сделать ответственные хирургические операции, закончив которые, признался окружающим, что устал и очень рад, что завтра в свой свободный день он «хорошенько отдохнет». Но и отдыхать не остался один дома, а будучи в высшей степени общительным человеком, душой общества, всегда стремившимся к объединению врачебной семьи, А. Л. и этот последний вечер своей жизни предпочел провести в товарищеской среде молодых врачей, к которым (к молодежи) он сам, в лучшем смысле этого слова «вечный юноша», совершенно чуждый уныния, упадочнических и мистических настроений, стремился всеми помыслами и с которыми так охотно делился и своим богатым хирургическим опытом, и глубоко интересными воспоминаниями о старых днях Казанского университета и первых шагах земской медицины и хирургии. Возвращаясь с ними поздно вечером домой, он посреди оживленного разговора внезапно упал и моментально умер от паралича сердца завидной и вполне заслуженной этим несравненным тружеником быстрой и безболезненной смертью в хорошую минуту, в окружении близких по духу и симпатичных ему людей.

Вашнаркомздрав, отдел Медсантруда и I Совбольница, кроме принятия на общественный счет издержек по погребению ветерана Уфимской медицины, постановили наименовать хирургическое отделение, в котором он около 30 лет проработал «Нагибинским» и поместить в нем его портрет, Башмедтехникум учредил усиленную стипендию его имени.

Память о нем будет долго жить в сердцах всех его знавших и особенно бесчисленных пациентов, которым он своими знаниями, трудом и любовью спас жизнь и здоровье.

Врач Д. Воздвиженский.

Хроника.

20) Для наилучшего обеспечения основных кадров и для борьбы с текущей пенум ВЦСПС считает необходимым установить *новый порядок выплаты пособий по временной неработоспособности*. Члены союза, проработавшие свыше 2-х лет в данном предприятии и свыше 3-х лет на производстве, получают полный заработок за все время болезни; члены союза, проработавшие свыше 2-х лет на данном предприятии получают пособие в сумме $\frac{3}{4}$ заработка. Не члены союза получают 50% за первый месяц и $\frac{2}{3}$ за остальное время.

21) *Всесоюзный съезд по борьбе с малярией* состоится в июне с. г. в Москве.

22) Недавно был *ранен* своей пациенткой *душевнобольной* известный французский *психиатр* проф. Raviart (Лилль).

23) Известный невропатолог проф. Ноппе (Гамбург) празднует свое 70-*летие*.

24) Киевский проф. Н. Д. Стражеско отпраздновал недавно 30-*летие* своей общественно-научной деятельности.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

3) Просьба сообщить перечень русской литературы по поводу гидро-руорнеумоторах'ов? Подписчик *Павлов*.

Ответ. Русская литература по вопросу о гидро-руорнеумоторах'ах очень скудна. Рекомендую: 1) А. А. Опокин. Пнеймотомии в России. Дисс. Казань, 1907 г. 2) Добрыслов. К лечению руорнеумоторах'а аспирацией после торакотомии. Хирург. архив Вельяминова. 1915 г., т. 31, стр. 301.

И. Цимхес.

СПРОС и ПРЕДЛОЖЕНИЕ ТРУДА.

Ростовский Райздрав Ивановской пром. области объявляет вакантные должности врачей в городе: санврач, ставка 150 руб. в месяц, детясли и консультации, второй врач, ставка 116 руб. в мес., Центр. амбул.—хирург, 116 руб.

В районе: амбулат. при Термозаводе—125 руб., Пореченский врач. пункт—116 руб., Фатьяновский врач. пункт—127 руб., Савинский врач. пункт—127 руб.

В городе—содействие в подыскании квартир.

О согласии занять места сообщить в Райздрав.