

Отдел I. Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

Сектор охр. матмлада Института соцздрава в г. Казани (директор проф. Ф. Г. Мухамедьяров завед. сектором В. М. Федоров)

Роль яслей в профилактике детского тбк.

Ю. В. Макаров и Н. Х. Хасанкаева.

Борьба с инфекциями в яслях является сейчас актуальной задачей. Главное внимание в профилактической работе ясельных врачей вполне правильно акцентуируется сейчас на острых инфекциях, которые, как известно, дают в раннем возрасте большой процент тяжелых осложнений и значительную смертность. Те мероприятия, которые проводятся в настоящее время во многих яслях для профилактики кори, коклюша и дифтерии, не остаются бесплодными, они уже сохранили жизнь и здоровье многих детей и в немалом числе случаев предупредили временный отрыв работницы от производства из-за болезни ее ребенка. На ряду с этой первостепенной важности работой, мероприятия в отношении хронических инфекций и в частности тбк не должны, однако, также ускользать из внимания ясельных врачей. Достаточно вспомнить частоту активации тбк после кори и коклюша, значение возраста и суперинфекций для исхода первичного заражения у ребенка, а также случаи благоприятного течения тбк инфекции даже у очень маленьких детей при создании соответствующих условий,—чтобы согласиться с тем, что ясли могут и должны играть не малую роль в деле профилактики детского тбк.

Между тем, на этом участке многосторонней деятельности ясельных врачей не так редко можно встретиться с фактами, свидетельствующими о недооценке важности той лечебно-профилактической работы, которую должны проводить ясли в отношении детского тбк. Такое заявление мы позволяем себе сделать на основании обследования 5 яслей Сталинского района г. Казани, которое было проведено сектором охматмлада и имело целью наладить работу яслей в этом отношении. Обследованные ясли обслуживают детей работниц мыловаренного завода им. М.-Н. Вахитова, меховых фабрик, валяной фабрики им. Разумова и кондитерской фабрики „Светоч“. При помощи реакции Pirquet нами была выявлена инфицированность детей тбк; дети с положительной реакцией были осмотрены и рентгеноскопированы, некоторые (неясные) случаи

были дообследованы клинически в детск. кл. ГИДУВ'а (дир. проф. Е. М. Лепский); наконец, было произведено бытовое обследование с целью выяснения наличия и условий семейного тѣк контакта.

Из числящихся в этих яслях 352 детей обследовано было 264, имевшихся налицо. При однократном исследовании положительная реакция Pirquet получена у 36, т. е. в 13,6%. Беря % положительно-реактивировавшихся детей по возрастам по отдельным яслям и суммарно по всем, получаем такие результаты:

Ясли	№ 6			№ 10			№ 12			№ 15			№ 19			Всего		
Возраст	Из числа	Pirquet +		Из числа	Pirquet +		Из числа	Pirquet +		Из числа	Pirquet +		Из числа	Pirquet +		Из числа	Pirquet +	
		Всего	%		Всего	%		Всего	%		Всего	%		Всего	%		Всего	%
0—1 г.	13	0	0	21	0	0	9	1	11	21	0	0	13	0	0	77	1	1,3
1—2 г.	13	1	7,7	14	2	14,3	7	0	0	20	2	10	15	1	6,6	69	6	8,7
2—3 г.	12	2	16,6	19	4	21	10	1	10	3	0	0	8	2	25	52	9	17,3
3—4 г.	9	3	33	20	6	30	16	2	12,5	9	8	88,8	12	1	8,3	66	20	30,3
Всего	47	6	12,7	74	12	16,2	42	4	9,5	53	10	18,9	48	4	8,3	264	36	13,6
% положит. у дет. старше 1 г.	17,6%			22%			9%			31,2%			11,4%			18,7%		

Для сравнения приведем % инфицированности детей в различных возрастах по данным, полученным в Казани же в разные годы.

	1908 г. Д-р Вульфийус	1922 г. Проф. Лепский	1931 г. Д-р Кокушина
От 0 до 6 м.	—	21,7	2,5
„ 6 м. до 1 г. . . .	12	33	5,9
„ 1 г. „ 2 л. . . .	41,6	41,6	9,9
„ 2 „ 3	53	46,1	18,1
„ 3 „ 4	—	—	20,2

Из сопоставления этих двух таблиц мы видим, что % инфицированности детей тѣк в обследованных нами яслях в общем не является высоким; если взять отдельные возрастные группы, то он даже ниже цифр д-ра Кокушиной, полученных в 31 г. на материале яслей и консультации. Однако, если, исключив возраст до 1 года, взять % инфицированных детей по отдельным яслям, то картина получается довольно пестрая: наибольший % в яслях № 15—31,2%, в № 10—22%, наименьший в № 12—9%. Такое разнообразие данных может найти объяснение лишь при анализе материала. Имеется 2 возможности для

объяснения этой разницы в инфицированности детей по отдельным яслям: 1) случайный подбор детей, имеющих семейный тбк контакт, или 2) заражение в яслях. Семейное обследование действительно показало, что в ряде случаев мы имеем дело с детьми из тбк очагов. Так, у 5 детей отец или мать страдают открытой формой тбк или недавно умерли от тбк; у 3 детей был временный тбк контакт, так, в 1 случае ребенок около месяца жил с теткой-бацилловыделительницей. Таким образом у 8 (25%) детей мы можем считать установленным внутрисемейное заражение. Было бы неправильно, однако, считать, что во всех остальных случаях дети инфицировались в яслях; несомненно, что у части детей имелось в ближайшем окружении нераспознанные ВК—выделители, явившиеся источником инфекции, а может быть и другой случайный невыясненный контакт. Но для части детей, нужно думать, источник заражения был в яслях. Освидетельствование детей с положительной реакцией Pirquet, а также рентгеноскопия их показали, что в значительном числе случаев мы имеем дело не только с инфицированностью, но и с различными формами тбк заболевания. Именно:

- 1 — тбк пневмония (ВК +).
- 17 — тбк инфильтрат („эпитуберкулез“) и межлобарный плеврит.
- 7 — тбк бронхиальных желез.
11. — status allergicus.

Это заставляет нас обратиться к вопросу о заразительности различных форм детского тбк.

На случае тбк бронхопневмонии особенно останавливаться не приходится, у этой 2-летней девочки в клинике (куда она была переведена из яслей) были обнаружены ВК в мокроте, так что она являлась источником инфекции для всей группы детей. Конечно, такие далеко зашедшие формы тбк редко можно встретить в яслях при нормальной работе врача; это может произойти лишь по какой-нибудь случайности (в данном случае из-за частой сменяемости врачей, работавших чуть ли не по неделе). Большой интерес представляет вопрос, только ли эти дети с т. наз. „открытыми“ формами тбк являются заразительными. Безопасны ли дети с тбк бронхиальных желез, с тбк инфильтратами, наконец те, которые реагируют положительно на туберкулин, но не обнаруживают ни клинически, ни на рентгене признаков легочного тбк процесса.

В отношении тбк инфильтратов у многих врачей имеется представление, что при этой, обычно благоприятно протекающей форме, опасности для окружающих нет. Действительно, при обычном исследовании мокроты таких детей ВК большей частью не находят. Однако, применяя более чувствительные методы, можно убедиться, что эти формы, хотя бы в известных фазах развития, также должны быть причислены к заразительным. Так, Oritz, инъецируя морским свинкам содержимое желудка, вымытое патошак (дети, как известно, не откашливают, а глотают мокроту), получил положительный результат на ВК в 33 из 36 случаев тбк-инфильтратов; Langer—в 7 из 10 случаев; Friedenberg находил ВК у 35% детей с этой формой тбк; Kleinschmidt, не указывая процента, также отмечает положительный результат исследования при инфильтратах как больших размеров, так и малых. Точно также при тбк бронхиальных желез и тбк гилюса (Kleinschmidt) опытом на свинках обнаруживалось наличие ВК в содержимом желудка, вымытом

натошак. Гораздо реже удавалось Oritz'u обнаружить ВК при интерлобарных плевритах: лишь в 1 из 7 случаев он получил положительный результат. Только что приведенные данные свидетельствуют о том, что при всяком легочном тбк процессе у детей, устанавливаемом клинически и рентгенологически, имеется бацилловыделение. Однако, степень заразительности таких детей нельзя считать одинаковой на протяжении всего времени наличия инфильтрата, которое измеряется месяцами и достигает иногда до 2-х лет. Заразительность велика, по Wallgren'u в начале развития инфильтрата и значительно ослабляется в дальнейшем при благоприятном течении процесса (Engel). Наибольший срок, в течение которого Wallgren мог констатировать ВК при инфильтратах, был $1\frac{1}{2}$ года.

Дальнейшие исследования в отношении бацилловыделения, которые были распространены Poulsen'ом на детей с отрицательными данными клинического и рентгеновского исследования легких при положительной реакции Pirquet, показали, что и у них в грудном и раннем возрастах можно обнаружить ВК в желудочном содержимом (опытом на свинках и культурой на среде Нohn'a), тогда как у старших детей получался отрицательный результат. Это свидетельствует об активности первичного комплекса у детей раннего возраста, что вполне понятно, если учесть непродолжительность срока с момента инфекции. Заразительность таких детей при отсутствии кашля, нужно думать, чрезвычайно мала (Wallgren, Engel). Однако, с появлением кашля, хотя бы просто простудного („грипп“), такой ребенок легко может сделаться заразительным для окружающих. К тому же при активности первичного очага (за что говорят ВК в желудочном содержимом) и незначительности срока для выработки сопротивляемости тбк инфекции у таких детей легко и незаметно может развиваться туберкулезное заболевание. Поэтому в условиях коллектива маленьких детей (до 2-х лет) с положительной реакцией Pirquet, но отрицательными данными рентгеновского и клинического исследования правильнее считать лишь относительно незаразительными.

Приведенные данные о заразительности различных форм тбк позволяют вывести следующие заключения в отношении их обслуживания. Дети с тбк бронхиальных желез в активной форме, а также с тбк инфильтратами в начале их развития (в периоде нарастания) не должны приниматься в ясли, несмотря на отрицательный результат исследования мокроты на ВК. Они должны направляться в детские тбк санатории или ясельный санаторий, где должны оставаться в течение всего активного периода. Однако, было бы неправильно, думается нам, считать наличие тбк инфильтрата (т. наз. „эпитуберкулеза“) абсолютным противопоказанием для приема ребенка в ясли; те дети, у которых инфильтрат находится в стадии обратного развития или фиброзного превращения, при том в возрасте старше $1\frac{1}{2}$ —2 лет, не представляют особой опасности для других детей и могут посещать ясли, если обеспечен периодический осмотр их в тубдиспансере. Такие дети не могут быть приняты в ясли без заключения тубдиспансера или санатория, которое, в свою очередь, возможно лишь при условии длительного наблюдения и специальных исследований (рентген, реакция оседания эритроцитов, анализ крови и проч.). К сожалению методика исследования на ВК, применявшаяся Oritz'ем, не может получить широкого распространения в виду своей

сложности и дороговизны (нужно несколько свинок на каждое исследование).

Большие трудности встречает разрешение вопроса о мероприятиях в отношении маленьких детей (до $1\frac{1}{2}$ —2 лет), имеющих положительную р. Pirquet без признаков легочного заболевания. Хотя заразительность их при отсутствии кашля невелика, но она легко может повыситься (см. выше) и игнорировать наличие такой возможности, учитывая малый возраст окружающих детей вряд ли представляется возможным. Наиболее правильным решением вопроса было бы, пожалуй, выделение для таких детей одних из имеющихся в этом районе города яслей. Создание таких санаторных яслей облегчило бы обслуживание и тех детей с затухающими тбк инфильтратами, о которых выше была речь. При невозможности организовать такие ясли, если позволяет помещение, целесообразно было бы внутри своей группы выделять таких детей в отдельную смежную комнату; выделение в изолятор совершенно неприемлемо как по педологическим, так и по медицинским соображениям. Даже отделение такого грудника ширмой в общей палате имеет смысл, хотя бы уж потому, что служит напоминанием о необходимости особого наблюдения за данным ребенком. Все Pirquet-положительные дети в возрасте до 2-х лет должны периодически осматриваться педиатром-туберкулезником и рентгеноскопироваться. Отказ в приеме ребенка в ясли только потому, что у него имеется положительная р. Pirquet, конечно, совершенно недопустим.

Не обладая большим знакомством с диагностикой и клиникой детского тбк, к тому же при отсутствии необходимых условий, ясельные врачи, конечно, не в состоянии самостоятельно справиться с определением мероприятий, необходимых в отношении каждого отдельного случая. Необходим теснейший контакт их с педиатром тубдиспансера. Целесообразнее организовать эту связь таким образом, чтобы туберкулезник сам посещал ясли, а не посылать всех детей в тубдиспансер. Это даст возможность осмотра детей совместно с ясельным врачом, что несомненно должно содействовать успеху дела. Отправку на рентгеноскопию должны организовать ясли, согласно указаний диспансерного врача. Такие периодические посещения яслей должны входить неотъемлемой частью в работу педиатра тубдиспансера, что в некоторых городах Союза уже проведено; у нас же в Казани такой связи еще нет. Одной из причин этого указывается перегрузка диспансерных врачей обычной работой. Если это действительно так, мы не видим ничего плохого в том, чтобы такими посещениями яслей заменить выезды педиатров на фабрики и заводы, где они не находят достаточно эффективного применения для своей специальности; ведь ясли в сущности являются одним из подсобных цехов фабрики или завода, хорошая работа которого несомненно благоприятно отразится и на производительности основных цехов. Тесная увязка в противотуберкулезной работе яслей с тубдиспансером необходима также для выявления контактов и для проведения в тбк очагах необходимой лечебно-профилактической работы: вряд ли может быть сомнение в неблагоприятном влиянии массивных суперинфекций для дальнейшего течения тбк у зараженных детей. Наконец, тубдиспансер должен периодически проводить обследование персонала яслей в отношении тбк, о чем ясельные врачи, оказывается, нередко забывают. Само собой понятно,

что воспитательница с открытой формой тбк может быть источником для массового заражения детей. Д-р Бандуровская (Одесса) обнаружила в одних яслях, где была воспитательницей — бацилловыделительница, у 28,3% детей положительную реакцию Pirquet, тогда как в других, где такого общения не было, 19,3 (при приблизительно одинаковом возрастном составе). В своем материале мы имеем также одни ясли, где получился большой по сравнению с другими процент положительных реакций Pirquet (в соответствующих возрастных группах), при чем у троих детей имелись тбк инфильтраты в различных стадиях. Весьма вероятно, что в этом сыграло роль то обстоятельство, что с $1\frac{1}{2}$ года тому назад здесь работала воспитательница, находящаяся сейчас на пенсии из-за туберкулеза легких.

Все перечисленное еще не исчерпывает той роли, которую могут и должны иметь ясли в деле профилактики детского тбк. Конечно, предупреждение, а также ослабление течения (выпрыскивание сыворотки) таких инфекций как корь, коклюш, которые нередко ведут к обострениям тбк, имеет очень большое значение. Мало того, — ясельный врач должен использовать все имеющиеся у него возможности для повышения иммунитета ребенка, его устойчивости в отношении разнообразных вредных влияний и предупредить переход имеющейся тбк инфекции в тбк заболевание. Подробно останавливаться на всех относящихся сюда мероприятиях здесь мы не имеем возможности, т. к. это неизбежно должно привести нас к детальному обсуждению всего ясельного режима, что очень увеличило бы размеры нашей статьи; к тому же имеются и хорошие руководства по этим вопросам, напр., книга проф. Медовикова — „Биологические основы профилактики у детей и техника ее проведения“. Мы вынуждены ограничиться выделением некоторых особенно важных моментов; это прежде всего рациональное питание, под которым нужно понимать питание полноценное без одностороннего перекорма (в частности молоком) с достаточным количеством добавочных факторов (витаминов). Необходимо особенно подчеркнуть огромное значение предоставления ясельным детям возможно более продолжительного пребывания на свежем воздухе; в этом отношении во многих яслях дело обстоит очень плохо, между тем как при затрате некоторых средств (на устройство веранды) постановка ясельной работы может быть значительно улучшена. Точно также закаливанию детей водными процедурами, которое необходимо и для большего использования свежего воздуха, не говоря уж об огромном его укрепляющем влиянии на организм ребенка, должно уделяться во многих яслях не уделяется; между тем возможность к этому имеется повсюду. Большим вниманием пользуются у ясельных врачей солнечные ванны; они проводятся во многих яслях с наступлением теплого времени. Однако, в применении их у тбк детей приходится констатировать иной раз чрезмерную смелость и отсутствие необходимой индивидуализации. Солнечные ванны, представляя один из видов раздражающей терапии, в соответствующих случаях приносят большую пользу. Наоборот, при неумеренной дозировке солнца (а также освещения кварцевой лампой) у ребенка с не перешедшим еще в инактивное состояние первичным комплексом (а в таком состоянии находятся почти все дети, инфицировавшиеся на 1—2 году) или с тбк инфильтратом можно вызвать обострение тбк. Мы отнюдь не отвергаем применения солнечных ванн у тбк

детей, но хотим лишь подчеркнуть необходимость индивидуального подхода к каждому случаю и варьирования в дозировке соляца (учитывая и место, где производится ванны), так как лишь при этом условии можно получить благоприятный эффект и не причинить вреда тбк ребенку.

Выводы наши можно резюмировать следующим образом:

1) Профилактическая работа по тбк должна проводиться ясельными врачами в тесном контакте с педиатром тубдиспансера, который периодически сам должен посещать ясли.

2) Ясельный врач должен ставить р. Pirquet всем вновь принимаемым детям и повторять ее отрицательно-реагировавшим через 3 мес.

3) Дети до 2-х лет, инфицированные тбк, но не имеющие признаков легочного тбк заболевания, могут приниматься в ясли, но должны регулярно осматриваться туберкулезником-педиатром и рентгеноскопироваться. Следует стремиться к выделению таких детей в районные ясли санаторного типа.

4) Дети с тбк бронхиальных желез, тбк гилюза и тбк инфильтратами в легких в активной стадии в ясли не должны приниматься, несмотря на отрицательный результат исследования мокроты. Они должны направляться в ясельный санаторий или дневной санаторий-ясли.

5) По исчезновении активных явлений, что устанавливается педиатром-туберкулезником, эти дети вновь могут посещать ясли; не наступившее еще рассасывание инфильтрата не является абсолютным противопоказанием к приему ребенка в ясли.

6) Среди доводов, говорящих против допустимости соединения в общие группы детей различных возрастов, имеют также значение и соображения профилактики тбк.

7) В целях предупреждения массивных суперинфекций ВК у детей необходимо усиление санитарно-просветительной работы ясельного врача среди родителей и лечебно-профилактической работы тубдиспансера в тбк очагах.

8) Персонал яслей должен 1 раз в году подвергаться освидетельствованию в отношении тбк.

9) Мероприятия в отношении заноса и ослабления течения кори и коклюша, как инфекций особенно часто активизирующих тбк у ребенка, должны строго проводиться всеми яслями.

10) Рациональное питание, широкое пользование свежим воздухом, закалывающие процедуры, соляца, как факторы повышения устойчивости при тбк инфекции, должны быть широко использованы яслями для оздоровления детей.

11) Применение солнечных ванн у тбк детей требует от врача осторожности и индивидуального подхода.

Отдел II. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из Ленинградского Ин-та по изучению профессиональных заболеваний (директор Ин-та доцент И. Г. Линкович, консультант проф. Н. А. Вигдорчик).

Из клинических наблюдений над отравлением окисью цинка.

Я. З. Матусевич, Л. М. Фрумина и Е. А. Перегуд.

Материалом для данной статьи служит клиническое обследование в стационаре Ин-та группы рабочих электромеднолитейного цеха зав. „Кр. Выборжец“.

Прежде, чем перейти к изложению данных обследования, необходимо остановиться кратко на условиях труда в мастерской.

Электромеднолитейная мастерская построена в 1927 г. и представляет новый тип меднолитейной. В отличие от других однотипных мастерских в ней формовка не производится. Все литье происходит в изложницах. Другой особенностью м-ой является отсутствие ковшей; разливка металла происходит непосредственно в изложницы на заливной площадке каждой печи.

Мастерская находится в одноэтажном здании с кубатурой около 24000 куб. метр.; квадратура 1650 кв. метров.

Помещение мастерской имеет три пролета, из коих электромеднолитейная занимает два, в третьем пролете помещаются шлифовальные и точильные станки. Электропечи установлены в 1-м пролете на специальной площадке в 200 квадратах. Высота печи 2 метра над уровнем пола; освещение достаточное — как искусственное, так и естественное. Вентиляция приточно-вытяжная. Ею же доставляется теплый воздух для обогрева мастерской (воздух нагревается в калориферах), но главным образом источником тепла являются печи.

Производственный процесс состоит в получении цветного сплава определенного качества из шихты разного состава. Для этой цели в электропечь заваливается определенное количество цветного лома, до 700 килогр. и при температуре 1200—1500° происходит его плавка.

Всех печей в мастерской 11. В среднем за смену каждая печь дает до 5-ти плавков. По окончании плавки жидкий металл поворотом печи выпускается в изложницы. Изложницы у каждой печи помещаются на специальной, вращающейся завалочной площадке. Площадка имеет 10 гнезд. Длительность плавки — 10—15 минут. За рабочую смену приходится производить до 18 завалок в зависимости от величины шихты. Обслуживаются печи плавильщиками и литейщиками. На обязанности плавильщика лежит ответственность за всю работу печи, завалка шихты, наблюдение за самой плавкой и своевременностью выпуска металла в изложницы. Литейщик устанавливает изложницы на завалочную площадку, подает их путем вращения под выпускное отверстие печи, наблюдает за литьем в изложницы, выбивает болванки из изложниц.

Основные вредные моменты, с которыми рабочим приходится сталкиваться в процессе работы—это главным образом окись углерода и окись цинка, а так же неблагоприятные метеорологические факторы (высокая и переменная температура). Относительно содержания паров окиси цинка и окиси углерода можно судить по нижеприводимым таблицам.

Таблица № 1.

Данные содержания окиси цинка в пыли воздуха мастерской на литр.
(Данные Ин-та гигиены труда за 1931 г.).

Момент и место исследования.	Найдено		Найдено		Найдено		Найдено		Найдено	
	Пыли	ZnO	Пыли	ZnO	Пыли	ZnO	Пыли	ZnO	Пыли	ZnO
1. Загрузка печи . . .	6,3	4,9	7,98	6,7	2,1	1,95	1,1	0,7		
2. Выгрузка печи . . .	2,33	2,2	1,9	1,5	4,1	3,2	5,0	2,9	3,6	2,0
3. Литейный зал . . .	2,44	2,3	5,8	2,41						

Таблица № 2.

Данные содержания „СО“ на 1 л. воздуха.

Место исследований	Милигр.	
Печь № 1	0,008—0,010	Литейный зал — 0,008—0,01.
„ № 4	0,009—0,014	
„ № 7	0,009—0,015	
„ № 11	0,009—0,013	

Всего нами было обследовано 43 человека — из них 25 литейщиков и 18 плавильщиков. В работе для краткости мы обе группы рабочих объединяем под общим названием — меднолитейщики.

Все обследуемые направлялись в клиническое отделение Ин-та тотчас же после окончания литья.

Приступов выраженной литейной лихорадки мы среди этой группы в Институте не наблюдали, хотя в 4-х случаях вечерняя температура в день поступления доходила до 37,5°.

Средний возраст обследуемых был 38 лет, при чем общее возрастное распределение можно представить следующим образом.

Возраст	Кол. лиц
23—29	7
30—49	29
50	7

Профессиональный стаж в 11 случаях был больше 10 лет (амплитуда 10—34 года), у 32 рабочих до 10 лет. Средний профессиональный стаж всех обследуемых 11,3 года. Стаж работы в электромеднолитейной у 30 человек был 2½ г., т. е. эти лица работали в мастерской со дня ее открытия.

В анамнезе у 39 обследуемых имеются указания на частые приступы литейной лихорадки, при чем в отдельных случаях они сопровождались потерей работоспособности на 1—2 дня. Приступы лихорадки, по показаниям обследуемых, бывали чаще зимою и осенью.

О чувствительности наших обследуемых к парам окиси цинка можно судить по следующим данным: из всех лиц, перенесших приступы литейной лихорадки, 29 чел. отмечали привыкание к ним, т. е. за послед-

ние годы работы в „старой“ литейной их лихорадило значительно реже, приступы по своему характеру бывали слабее; в 7 случаях характер литейной лихорадки не менялся; трое указывали на усиление приступов в зависимости от длительности работы в литейной.

Жалобы обследуемых были самого разнообразного характера, но в общем их можно представить в виде двух главных групп: сердечно-легочной (такие жалобы имелись у 33 чел.—в виде кашля, сердцебиения, одышки, ночных потов, у двоих кровохарканье) и желудочно-кишечные— у 22 человек.

Состояние сердечно-сосудистой системы у нашей группы представлено в следующем виде: у 33 человек ни клинически, ни рентгенологически обследование не обнаружило заметных отклонений от нормы; в 10 случаях отмечен миофиброз сердца; у двоих он был в выраженной степени. Все 10 случаев находились в компенсированном состоянии. Со стороны сосудистой системы мы в 16 случаях находили артериосклероз и в 12 случаях склероз аорты.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы нашей группы мы имели возможность испытать только у 34 человек (сама методика применения испытания изложена в работе Ю. М. Уфлянда (1)). При чем у 28 обследуемых не отмечено отклонений от нормы, в 6 случаях мы находили некоторую функциональную недостаточность.

Обследованию верхних дыхательных путей нашей группы (с оговоркой на ее малочисленность) показало, как это видно из нижеприводимой таблицы, что по своей пораженности верхних дыхательных путей наша группа значительно уступает другим сравниваемым профессиональным группам и даже красноармейцам.

Таблица № 3.

Заболевание верхних дыхательных путей.

Професс.	Наз. забол.	Хр. риниты		Хр. фарингиты		Хр. ларингиты	
		Абсол.	‰/‰	Абсол.	‰/‰	Абсол.	‰/‰
Меднолитейщики		11	25,5	6	14,0	1	2,3
Пекаря		183	45,3	172	42,6	127	23,5
Красноар-ды		92	40,5	57	25,1	20	9,0
Пивовары		94	35,4	132	50,1	55	20,7

О состоянии легких в нашей группе дают представление следующие данные: отклонения от нормы мы получили в 24 случаях, из них один случай хронического бронхита, 3 случая эмфиземы легких, 20 обследуемых были с туберкулезной пораженностью.

Количество изменений последнего характера, если даже иметь в виду малочисленность группы, обращает на себя внимание при сравнении с другими группами, как это видно из нижеприводимой таблицы (см. таб. 4).

Таблица № 4.

Туберкулезная пораженность.

Назв. проф.	‰/‰
Медволитейщики	44,0
Канатчики	25,4
Пекаря	21,7
Пивовары	17,7

Нужно отметить, что лица с туберкулезной пораженностью были в 5 случаях представлены со стажем работы в литейной в 5 лет; 15 случаев—свыше 5 лет.

Так как весь материал был обследован в стационаре, удалось установить в трех случаях состояние субкомпенсации, в 17 случаях процесс оказался компенсированным.

Такую относительно высокую туберкулезную пораженность представляется возможным объяснить, главным образом, работой в неблагоприятных метеорологических условиях. Не исключено, что здесь играют некоторую роль и повторные случаи отравления цинком.

Приводим наши данные о найденных изменениях крови.

У 41 человека мы нашли более или менее выраженную анемию, содержание гемоглобина (по Sahli) колебалось в пределах от 62‰ до 78‰; эритроциты от 3250000 до 4280000. Из других изменений красной крови мы на нашем материале нашли значительный анизоцитоз (37 случаев), полихромазию в 12 случаях; пунктированные эритроциты в 13 случаях, при чем количество пунктированных эритроцитов колебалось в пределах от 100 до 1300 на миллион.

При характеристике картины белой крови мы исходили из норм, приводимых в работе Е. И. Фишер (2). Оказалось, что палочковидных нейтрофилов в 24 случаях было не более одного процента, сегментированные нейтрофилы в 36 случаях или 83,7‰ были найдены в пределах нормы, в остальных 16,3‰ случаев сегментированные нейтрофилы хотя и были выше или ниже приводимой нормы, но однако, при сравнении с другими профессиональными группами, существенно не выделялись. Лимфоциты колебались в пределах от 17‰ до 48‰, при чем лимфоцитоз (от 35‰ до 48‰) мы находили у 15 человек. Для большей точности мы исключили из этого числа лиц с туберкулезной пораженностью и маляриков и все же в 12 случаях мы нашли лимфоцитоз. Других существенных изменений белой крови, в частности лейкоцитоза, мы не обнаружили. Суммируя все вышеизложенное относительно белой крови, можем сказать, что мы на нашем материале получили лимфоцитоз и уменьшение палочковидных нейтрофилов. Указанные изменения белой и красной крови можно с большей долей вероятности отнести за счет воздействия окиси цинка на организм.

Имея в виду, что литературные данные о билирубине в крови у медволитейщиков очень скудны, мы заинтересовались этим исследованием у нашей группы. Мы решили проверить—можно ли действительно говорить о повышенном содержании в крови билирубина, а так же выяснить

характер его происхождения, т. е. является ли он последствием гепатогенного, или гематогенного распада кровяного пигмента. Для качественного определения билирубина мы пользовались методами *Humans-Vanden-Berg'h'a*, количественно мы определяли билирубин по *Heigfeld'u*, несколько видоизменив его метод разведения. Разведение мы делали не в геометрической прогрессии, а в арифметической—соответственно этому был видоизменен и подсчет. Этим мы хотели достичь уменьшения амплитуды колебаний содержания билирубина между двумя разведениями.

Одновременно с меднолитейщиками мы определяли билирубин в крови у специально подобранной нами контрольной группы. Лица брались одного возраста с нашими обследуемыми, клинически совершенно здоровые.

Кровь у меднолитейщиков и контрольной группы бралась дважды; у первых сразу после литья; у вторых до обеда, через 4 часа после завтрака, а также утром натощак.

У меднолитейщиков билирубин в крови был определен в 26 случаях, у контрольной группы в 21 случае.

Содержание билирубина в крови у нашей контрольной группы колебалось от 4,68 mg % до 24,96 mg %.

Для удобства сравнения нашего материала с контрольной группой, мы последнюю разбили на три группы:

- I — билирубина от 4,68 mg % до 7,8 mg %
- II — " 9,36 mg % „ 12,48 mg %
- III — " 15,6 mg % и выше mg %.

После такой разбивки весь наш контрольный материал распределялся следующим образом (см. таб. 5).

Таблица № 5.

Гр. билир.	Число сл.	%/о
I	4	19,0
II	12	57,0
III	5	24,0

Из этой таблицы мы видим, что большинство нашей контрольной группы попадает в I и II группу (76% случаев), поэтому, имея в виду выше сделанную нами оговорку (лица брались заведомо здоровые), мы условно считаем I группу за норму, II группу—высокой цифрой нормы.

У всех обследованных меднолитейщиков и контрольной группы реакция на билирубин была не прямая, этот факт указывает о негепатогенном происхождении билирубина, а говорит о гематогенном его происхождении, за счет гемолитических процессов.

Имея в виду это обстоятельство (гемолитический процесс), мы у всех (43 чел.) меднолитейщиков определили гематопорфирин в моче, при чем мы в одном только случае получили слабо положительную реакцию.

Содержание билирубина в крови утром в 22 случаях было в 2—3 раза больше, чем днем, в 3 случаях количественное содержание билирубина не менялось и в одном случае было наоборот, т. е. утром билирубина было меньше, чем днем.

Пределы колебаний билирубина в крови у меднолитейщиков днем сразу после литья были от 6,24 mg % до 15,6 mg % и могут быть представлены на следующей таблице (см. табл. № 6).

Таблица № 6.

Гр. билир.	Число лиц	%/о
I	2	12,5
II	10	62,5
III	4	25,0

Пределы же колебаний билирубина в крови, взятой натощак, были более резки, амплитуда значительно шире (от 4,68 mg % до 49,92 mg %).

Сравнивая количественное содержание билирубина у меднолитейщиков с контрольной группой, мы получили следующие данные:

Таблица № 7.

Гр. билир.	Меднолитейш.		Контроль	
	Абс.	%/о	Абс.	%/о
I	1	3,8	4	19,0
II	8	30,7	12	57,0
III	17	65,5	4	24,0

На основании вышеприведенной таблицы, мы можем сказать, что у меднолитейщиков имеется значительное повышение содержания билирубина в крови; так, в контрольной группе количество билирубина, выходящее за пределы условно принятой нормы, отмечено в 24% случаев, у меднолитейщиков в 65,5% случаев, т. е. количество лиц с повышенным содержанием билирубина в крови, у меднолитейщиков примерно в 2½ р. больше, чем у контрольной группы.

На основании имеющихся многочисленных литературных источников по вопросу о цинковой интоксикации, можно считать установленным, что цинк при взаимодействии с клеточным белком вызывает токсический распад последнего, приводя тем самым к глубоким нарушениям азотистого обмена, особенно значительном при остром отравлении, выражающимся в форме литейной лихорадки.

С целью выявления нарушений в азотистом составе крови нами (эта часть работы проведена Е. А. Перегуд) у 24 рабочих-литейщиков произведено исследование крови на присутствие остаточного азота, азота мочевины и аминокислот—количественно, по методу Банга. Применявшийся нами метод определения остаточного азота основан на отделении белков крови от экстрактивных азотистых веществ фосфорно-молибденовой кислотой, минерализации, отгонки аммиака в титрованный раствор серной кислоты и на последующем определении избытка ее иодометрически.

Исследование количества мочевины производилось путем извлечения ее эфирно-алкогольной смесью и дальнейшего определения азота по Кьельдалю.

О количестве аминокислот в крови мы судили по количеству азота, определявшемуся обычным путем после предварительного удаления мочевины экстрагированием ее эфирноалкогольной смесью.

У обследованных бралась кровь натощак или через 5 часов после приема пищи.

Во всех случаях производились определения: два параллельных, с целью получения наиболее достоверной средней цифры; контрольные или так наз. холостые опыты для исключения побочных факторов, могущих влиять на результаты анализа (хим. чистота реактивов, загрязненность воздуха аммиаком и т. д.). В отношении содержания небелкового азота в нормальной крови, нами установлены на большом контрольном материале, состоящем из представителей разнообразных профессий, людей клинически здоровых, пределы колебания: ¹⁾

Остаточного азота	от 20 до 25	мгр.°/о
Мочевины	10 " 15	" "
Аминокислот	5 " 10	" "

Приведенные цифры о нормальном содержании в крови вышеуказанных ингредиентов находят себе подтверждение в соответствующей литературе.

Исследование крови в отношении содержания остаточного азота, мочевины и аминокислот дало в результате значительный процент повышения небелкового азота по сравнению с максимальными цифрами нормы, что видно из приводимой ниже таблицы, в которой приведены средние цифры, выраженные в млгр. °/о/о.

Таблица № 8.

	Максим. цифры нормы.	Цифры азота у литейщик.	°/о/о повышен. по отн. к норме.
Остаточный азот	25,0	34,7	40°/о
Мочевина	15,0	19,6	30,6°/о
Аминокислоты	10,0	15,4	54°/о

Принимая максимальные цифры нормального содержания в крови остаточного азота равные 25 мгр.°/о, мочевины 15 млгр.°/о и аминокислот 10 мгр.°/о, мы получили средние цифры у литейщиков: остаточного азота—34,7, мочевины—19,6, аминокислот—15,4 млгр.°/о.

Получив указанные изменения в отношении содержания остаточного азота, нас, естественно, заинтересовал вопрос о распределении его по фракциям аминокислотной и мочевиновой, т. е. нарушения азотного обмена могут, как известно, быть не только количественного, но и качественного характера. С этой целью в тексте и приводится таблица, в которой приводится сравнение в распределении фракций в норме и у обследованной группы литейщиков.

Принимая в обоих случаях абсолютное количество остаточного азота за 100°/о, мы получили, что на долю мочевины приходится 56°/о всего азота, при нормальной цифре в 60°/о, на долю аминокислотной фракции

¹⁾ В отношении содержания остаточного азота в нормальной крови некоторые авторы приводят более значительные колебания, что повидимому объясняется различием применяемых методов определения.

44% при норме 40%; т. е. никаких изменений качественного характера нам отметить не удалось.

Таблица № 9.

Норма.	Литейщики			
	Абсолютн. цифры нормы	Распреде- ние в %	Абсол. цифры в мгр./г	% по отн. к остат. азоту
Остаточный азот	25	100	34,7	100
Мочевина	15	60	19,6	56
Аминокислоты	10	40	15,4	44

В пояснение к таблицам № 9 надо отметить, что метод вычисления средних величин применен с достаточным правом, т. к. цифры содержания азота колебались в незначительных пределах, при чем повышение наблюдалось в 96% случаев. Итак, мы можем у обследованной группы литейщиков на основании вышеизложенного констатировать явления нарушения азотистого состава крови, выразившиеся в повышенном содержании остаточного азота за счет пропорционального повышения мочевины и аминокислотной фракций.

С большой долей вероятности можно отнести данное нарушение за счет отравления парами цинка.

Мы уже отмечали выше, что 15 чел. из наших обследуемых жаловались на боли в подложечной области, отрыжку изжогу. Эти жалобы побуждали нас исследовать секреторную деятельность желудка. Эти исследования мы провели по способу Зимницкого, для выделения типов секреции мы воспользовались его же классификацией.

Всего нами было обследовано 28 человек, при чем по типу желудочной секреции они распределились следующим образом (см. таб. 10).

Таблица № 10.

Тип секреции.	Абсол.	%
Нормальн.	13	46,4
Инертный	11	39,3
Астенический	4	14,3

По характеру кислотности мы всех разбили на четыре группы: гиперацидную, нормацидную, гипацидную и ахилическую и получили следующие данные:

Таблица № 11.

Тип кисл.	Абсол.	%
Гиперацид.	4	14,3
Нормацид.	13	46,4
Гипацидн.	8	28,6
Ахилич.	3	10,7

Из вышеприведенной таблицы мы видим, что у наших обследуемых имеется сравнительно значительный процент случаев с пониженной кислотностью и ахилией (всего 11 случаев или 39,3⁰/о).

Это дает нам с некоторым правом возможность сказать, что отравление парами окиси цинка может вести к понижению кислотности. По этому поводу имеются так же и литературные указания. Сошлемся только на работу проф. И. П. Розенкова (3), который экспериментально установил влияние окиси цинка на секреторную функцию желудочных желез в смысле понижения их функции с последующей атрофией желез. Попутно отметим, что из 11 случаев с пониженной кислотностью и ахилией—4 случая были со стажем до 5 лет и 7 случаев со стажем старше 5 лет.

На основании всего вышеизложенного, мы можем сделать следующие *выводы*:

1) При испытании функционального состояния сердечно-сосудистой системы можно было у 5 чел. отметить некоторую функциональную недостаточность. Так как средний возраст нашей группы—38 лет, а средний профессиональный стаж 3 года, то не исключено, что в отмеченной сердечно-сосудистой патологии, в частности в функциональной недостаточности, наряду с другими факторами сказалось влияние высокой температуры и воздействие паров окиси цинка.

2) Высокий процент туберкулезной пораженности (44⁰/о) нашей группы может не без основания рассматриваться, главным образом, как следствие воздействия неблагоприятных метеорологических факторов (высокой и переменной температуры); наряду с этим не исключено, что эта пораженность является результатом пониженной сопротивляемости организма при повторных отравлениях цинком.

3) Содержание гемоглобина в нашей группе колебалось в пределах от 62⁰/о до 78⁰/о, эритроцитов от 3250000 до 4280000. В 27 случаях отмечен анизоцитоз, в 12 случаях полихромазии; пунктированные эритроциты были в 13 случаях. Лимфоцитоз в 12 случаях. При качественном определении билирубина в крови во всех случаях получалась непрямая реакция. В количественном отношении содержание билирубина в крови у меднолитейщиков оказалось в 65,5⁰/о случаев выше нормы, установленной у контрольной группы.

Все вместе взятое об изменении крови дает нам право сказать, что отравление цинком вызывает гемолитические процессы.

4) В 11 случаях мы получили пониженную кислотность и ахилию, в 11 случаях тип секреции был инертный и в 4 случаях—астенический. Мы можем на основании нашего материала подтвердить выдвигавшееся уже в литературе положение о влиянии окиси цинка на секрецию желудочных желез в смысле понижения их функции.

5) Мы констатировали у обследованной группы явления нарушения азотистого состава крови, выразившееся в повышенном содержании остаточного азота за счет пропорционального повышения мочевины и аминокислотной фракций.

Наш материал дает с некоторым основанием указания для профессиональной консультации и профотбора. При рациональном распределении рабочей силы в меднолитейные цеха не должны быть допущены: мало-

кровные, туберкулезные больные с неустойчивой компенсацией и лица с секреторными отклонениями желудка от нормы.

Литература: 1) Ю. М. Уфлянд—Реакция на работу, дрожание рук, изменение остроты вкуса. Тр. Л. И. Пр. Заб. Т. I.

2) Е. И. Фишер—Морфология крови. Тр. Л. И. Пр. Заб. Т. IV.

3) И. П. Разенков—Влияние хронического цинкового отравления на секреторную деятельность желудочных желез.—Оздоровление труда и революция быта. Вып. 15 за 1927 г.

Из Клинического отдел. Каз. туб. института. Зав. проф. М. И. Мастбаум.

Бронхоэктазии.

Ф. С. Айзенберг.

Опыт работы в санаториях и диспансерах показывает, что бронхоэктазии диагностируются врачами редко. Объясняется это тем, что наши представления о бронхоэктазиях связаны с классическим синдромом, который во всех руководствах излагается по схеме: бронхоэктазии—большое количество гнойной 3-слойной мокроты с запахом, богатые аускультативные данные, пальцы в виде барабанных палочек и т. д.

Действительно, мы видим в жизни эти резко выраженные формы, но это только крайний полюс. На другом полюсе стоят бронхоэктазии без мокроты с очень скудной клинической картиной, так называемые сухие бронхоэктазии, и между этими крайними точками имеется ряд промежуточных форм, знание основных, ведущих симптомов которых дает возможность врачу гораздо чаще, чем обычно, ставить диагноз бронхоэктазии.

Понятно, что правильная диагностика в этих случаях имеет громадное экономическое значение. Ведь все эти больные идут под флагом туберкулеза. Они засоряют диспансерный материал, они занимают дорого стоящие санаторные койки.

Обычное деление бронхоэктазий на цилиндрические и мешчатые едва-ли имеет практическое значение—при жизни часто трудно решить этот вопрос. Гораздо важнее знание патогенеза, в связи с чем различают бронхоэктазии врожденные или первичные и приобретенные или вторичные. Причины врожденных бронхоэктазий по мнению большинства авторов различны.

В некоторых случаях (Hueter) происходит задержка развития бронхиального дерева на том или ином этапе. Если успели развиться только крупные бронхи, то получается картина мешчатого легкого (Sacklung). При этом полостей мало, они крупных размеров, занимая иногда целую долю легкого.

Если развитие бронхиального дерева пошло дальше, то получается легкое в виде пчелиных сот.

Некоторые авторы указывают еще на врожденную слабость бронхиальных стенок и этим объясняют образование бронхоэктазий.

Кроме изменений в бронхиальной системе Wolmann впервые указал на недостаточное развитие альвеолярного строения легочной ткани, как на причину врожденных бронхоэктазий.

По Heller'y и Gravitzy легочная ткань в таких случаях представляется недостаточно развитой, безвоздушной. Бронхи, не встречая препятствий при своем росте, ненормально расширены и тесно расположены в виде пчелиных сот.

Для врожденных бронхоэктазий характерны: белый цвет легочной ткани—отсутствие пигмента в расширенных бронхах и свободная плевральная полость.

Как часто встречаются врожденные бронхоэктазии? По мнению Saccubusch'a врожденные бронхоэктазии встречаются довольно часто, причем в левом легком чаще, чем в правом.

Это мнение не находит подтверждения в литературе. Большинство патолого-анатомов считает, что врожденные бронхоэктазии встречаются сравнительно редко.

Случай № 1. Больная Р., 56 лет, дом. хозяйка, жалуется на кашель с мокротой. Кашляет всю жизнь с раннего детства, чем дальше, тем больше. Летом кашель уменьшается, почти исчезает, весной и осенью усиливается, повышается t^0 , появляется большое количество мокроты. Часто бывают воспаления легких. Отхаркивания мокроты полным ртом, запаха не отмечает. Кровохарканий не было.

Из перенесенных заболеваний отмечает корь 12-ти лет и хроническую малярию. Объективно: больная удовлетворительного питания, пальцы в виде барабанных палочек. Грудная клетка эмфизематозна, сердце прикрыто, глухие тоны. В легких незначительное притупление и масса сухих и влажных хрипов в нижних отделах. В верхних и средних отделах легких уклонений от нормы нет. М-та слизистогнойная до 30,0 в сутки. ВК и ЭВ повторно не обнаружены. T^0 —норма.

Лейкоцитоз 10,000. РОЭ—13 мм в 1 час (по Пан.), картина крови в пределах нормы. Рентген: грубая дихотомическая сосудисто-бронхиальная сетка в нижних отделах обоих легких (в виде сот).

Итак, при удовлетворительном общем состоянии у нашей больной имеется кашель с раннего детства без предшествовавшей причины, весенние и осенние обострения, частые бронхопнеймонии, обильные аускультативные данные в нижних отделах при отсутствии перкуторных изменений, совершенно нормальные верхние и средние легочные поля, скудные рентгеновские данные, упорное отсутствие в м-те ВК и ЭВ, нормальное РОЭ, пальцы в виде барабанных палочек.

Диагноз—Bronchiectasia congenita.

Приобретенные бронхоэктазии чаще всего являются следствием хронически протекающих воспалительных процессов, главным образом пневмоний после гриппа, кори, коклюша, причем гриппу принадлежит ведущая роль в патогенезе приобретенных бронхоэктазий.

Под влиянием длительного воспалительного процесса происходит атрофия слизистой оболочки бронхов. Атрофия захватывает мышечные, эластические волокна и кольца хрящей. Этот медленный хронический процесс ведет к потере эластичности стенки бронха. В окружности бронхов развивается воспалительный процесс, который переходит в хроническую интерстициальную пневмонию с мощным развитием перибронхиальной соединительной ткани и с последующим растяжением поврежденных, потерявших эластичность бронхов.

Пониженная функциональная деятельность бронха и плотность окружающей соединительной ткани обуславливают трудность опорожнения мокроты, она лежит в неподвижном, растянутом бронхе, как в мешке.

Только тогда, когда мокрота достигает крупных бронхов с неповрежденными стенками и чувствительной к кашлю слизистой, бронхоэктати-

ческая полость получает возможность опорожнения. Чаще всего это бывает по утрам, когда за ночь скапливается много м-ты, и при перемене положения тела, мокрота выплескивается на свежую, не потерявшую кашлевого рефлекса слизистую бронха.

По мнению Шредера слизистая оболочка расширенного бронха всегда больна—она атрофирована или гипертрофирована, богата кровеносными сосудами, пропитана лейкоцитами. Мерцательный эпителий превращен в плоский, часто отсутствует.

В более тяжелых случаях стенка бронхов образована из грануляционной ткани, которая выпячивается в просвет бронха в виде бородавок. В этих случаях слизистая оболочка отсутствует, она превращена в язвенную, шероховатую, гнойную поверхность с тонкостенными сосудами, которые часто разрываются и дают кровохаркания. Больная слизистая вырабатывает мало слизи—этим объясняется гнойное содержимое бронхоэктазий.

Она также не в состоянии обезвреживать поступающие при дыхании бактерии, которые находят исключительно благоприятные условия для размножения в застоявшемся секрете растянутого больного бронха.

При плохом отхаркивании происходит аспирация содержимого бронхоэктазии в соседние здоровые участки, при сильном кашле больному угрожает опасность забрасывания мокроты в другое здоровое легкое. Частые бронхопнеймонии вокруг бронхоэктазий захватывают плевру и ведут к плевритам, часто адгезивным.

Случай № 2. Больная И., 40 лет, работница, жалуется на кашель с большим количеством мокроты с запахом. В 1921 г. болела гриппозным воспалением легких в течение 3-х м-цев, после чего остался кашель с м-той, постепенно нараставший. Были 2 раза кровохаркания, до стакана крови. Весной и осенью усиливается кашель с м-той, повышается t° . С 1930 года отмечает отделение большого количества м-ты с запахом до $1\frac{1}{2}$ стакана по утрам, при лежании на левом боку. Днем мокроты почти нет.

Объективно—обращает внимание хороший внешний вид больной. В легких—справы ограниченная подвижность диафрагмы. Под углом лопатки много сухих и влажных крупно-и средне-пузырчатых хрипов, убывающих вверх.

М-та гнойная с запахом до 100,0 в сутки. ВК и ЭВ повторно не обнаружены. Т $^{\circ}$ —нормальная. РОЭ—10 мм в 1 час (по Панченкову). Лейкоцитоз—7600. Картина крови—норма. Рентген: треугольная гомогенная тень примыкает к правому—контуру сердца и распыляется пучками тяжей по нижней междолевой борозде и к медиальному отрезку диафрагмы, фиксированному в движениях.

Итак, в анамнезе у этой больной затянувшаяся пневмония, после чего кашель с м-той, последнее время с запахом, весенние и осенние обострения, кровохаркания.

Объективно—локализация богатых аускультативных данных только в нижней, правой доле при отсутствии перкуторных изменений, данные рентгена, повторное отсутствие в м-те ВК и ЭВ, нормальное РОЭ.

Bronchiectasia cum pleuritis adhaes. (после воспаления легких).

Больная состояла на учете диспансера с 1925 года с диагнозом—туберкулез легких VIII.

В 1926 году переведена на пенсию по туберкулезу.

Мы указали, что наиболее частая причина образования бронхоэктазий—это перенесенная пневмония после гриппа, кори, коклюша. Но надо сказать, что всякий воспалительный процесс любой этиологии, если он ведет к сморщиванию легочной ткани, тем самым создает условия для развития бронхоэктазий.

Отсюда следует, что Lues, фиброзный туберкулез, хронический абсцесс могут быть и бывают причинами возникновения бронхоэктазий.

Случай № 3. Вольной С, 31 года, крестьянин, жалуется на кашель с большим количеством мокроты и кровохаркание.

В 1923 году быстро стали увеличиваться подчелюстные и подмышечные железы. Появилась сыпь по всему телу и на небе. „В три дня съело язычек“. Одновременно появился кашель, сначала сухой, потом с кровавистой мокротой, причем в дальнейшем количество м-ты резко увеличилось. Лежать на правом боку стало невозможно—заливала м-та с примесью крови. Весной и осенью отмечает ухудшение.

Объективно: больной подорванного питания, пальцы в виде барабанных палочек, отсутствие мягкого неба и язычка.

Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Трахея смещена влево. Границы сердца увеличены. Акцент на II-м тоне аорты.

В легких—притупление перкуторного звука в среднем и нижнем легочных полях слева. Тут же масса разных сухих и влажных хрипов. Спереди бронхиальный выдох.

М-та гнойная до 100,0 в сутки. ВК и ЭВ повторно не обнаружены, Т^о—норма.

Рентген: атракция сосудов и сердца влево. Гомогенная тень, занимающая весь отдел левого легкого с просветлением в центре.

Наличие большого количества гнойной мокроты с кровью, особенно при лежании на правом боку, повторное отсутствие ВК и ЭВ в м-те, локализация аускультативных и перкуторных данных в среднем и нижнем отделе легкого при нормальных данных в верхнем, положительная R. W. дают основание предполагать в данном случае „бронхоэктазы“, развившиеся на почве пневмосклероза после сифилитического поражения легкого.

Точно также и инородные тела, вызывая воспаление легочной ткани, в дальнейшем ведут к хроническому нарыву легкого и бронхоэктазии.

Случай № 4. Больной С., 46 лет, крестьянин, жалуется на кашель с большим количеством м-ты.

В апреле 1920 года „проглотил“ кость, в августе выхаркнул с 1/2 ведра гнойной м-ты с зловонным запахом, после чего стало выделяться постоянно большое количество гнойной м-ты то с запахом, то без запаха, особенно при лежании на левом боку.

Объективно: б-ной удовлетворительного питания, пальцы в виде барабанных палочек.

Сердце прикрыто.

В легких ограниченная подвижность диафрагмы с об. сторон. Тимпанический оттенок звука в нижних отделах. Тут же целая гамма всевозможных сухих и влажных хрипов, больше справа. В верхних отделах легких—норма. М-та 3-хслойная, с запахом до 200,0 в сутки. ВК и ЭВ повторно не обнаружены. Т^о по вечерам до 37,2^о (не всегда), РОЭ—21 мм. в 1 час. Лейкоцитоз 13.000. Рентген: справа грубая дихотомическая сетка в нижнем отделе, атракция сосудов и спайки плевры. Слева то же, но в меньшей степени.

12/X 31. Бронхоскопия с извлечением животной кости, после чего количество м-ты и запах несколько уменьшились.

Итак, в связи с аспириванной костью у б-ного, повидимому, образовался абсцесс, опорожнившийся через несколько месяцев.

Наличие большого количества гнойной 3-хслойной м-ты с запахом при повторном отсутствии ВК и ЭВ, богатые аускультативные данные только в нижних отделах легких при незначительных перкуторных изменениях и небольших рентгенологических данных, пальцы в виде барабанных палочек и удовлетворительный общий вид б-ного дают основание в данном случае ставить диагноз бронхоэктазии, развившейся после острого абсцесса легкого в связи с аспириванным инородным телом, при чем надо полагать, что бронхоэктазии сначала образовались в правой нижней доле, потом при сильном кашле содержимое бронхоэстатической полости перебросилось в другое легкое и вызвало там новое воспаление и расширение бронха.

В особую группу выделяют, так называемые, „сухие бронхоэктазы“ — имеется бронхоэктаз, но не инфицированный, нет болезни бронхоэктазии, нет никакой клинической картины. При жизни они трудно диагностируются и чаще являются находкой на секционном столе.

Сухим бронхоэктазам свойственны частые, иногда довольно сильные кровохаркания и незначительный кашель, иногда вовсе отсутствующий.

Случай № 5. Больной З. 36 лет, бухгалтер, жалуется на незначительный кашель с единичными плевками м-ты и частыми кровохарканиями.

Больным себя считает с 1928 года; после гриппа появился небольшой кашель. В 1931-м году перенес повторно грипп, после чего кашель усилился и появились часто повторяющиеся кровохаркания.

Из перенесенных заболеваний отмечает малярию и оспу. Сестра умерла от тbc. Объективно: 6-ной удовлетворительного питания.

В легких — ограничение подвижности диафрагмы справа и единичные сухие и влажные хрипы под углом правой лопатки. М-та слизисто-гнойная до 5,0 в сутки. ВК и ЭВ повторно не обнаружены. Т^о — норма. РОЭ — 17 мм. в час (по Панченко в у). Лейкоцитоз — 9700. Картина крови в пределах нормы. Рентген: спайки плевры по правой междолевой борозде. Пучки тяжей, вливаясь в медиальный отрезок диафрагмы, фиксируют ее в движениях. Справа усилен сосудисто-бронхиальный рисунок.

Часто повторяющиеся кровохаркания после перенесенного гриппа при удовлетворительном общем виде и самочувствии больного, скудные аускультативные и рентгенологические данные на ограниченном участке, незначительный кашель со скудным количеством м-ты, повторное отсутствие ВК и ЭВ, нормальная картина крови дают основание предполагать в данном случае „Bronchiectasia sicca“, развившийся на почве гриппа. Наливка липойдом и бронхоскопия подтвердили диагноз.

Кроме вышеуказанных причин возникновения бронхоэктазий, многими авторами указывается на рахит, экс. диатез, болезни верхних дыхательных путей и на плохие социальные условия, как на причины, ведущие к частым рецидивирующим бронхитам с последующим расширением бронхов.

Что касается локализации бронхоэктазий, то они обычно встречаются в нижних долях, преимущественно слева. В случаях двустороннего поражения, бронхоэктазии, как правило, на одной стороне более выражены, чем на другой.

В анамнезе у больных с бронхоэктазией отмечается часто кашель с раннего детства после перенесенной инфекции, рецидивирующие бронхиты с длительными светлыми промежутками, повторные пневмонии в одном и том же легком, иногда довольно значительные кровохаркания.

Внешний вид больного хороший и только в случаях, далеко зашедших, бывает кахексия, сопровождающаяся одутловатостью лица и цианозом, вследствие застоя в малом кругу; при длительном течении пальцы в виде барабанных палочек — разрастание периоста концевых фаланг.

При физикальном исследовании находят разнообразную и быстро меняющуюся картину.

Перкуторно — чаще притупленный тимпанит; иногда нормальный легочный звук, если бронхоэктазия расположена в воздушной или эмфизематозной ткани.

При больших полостях, в зависимости от наполнения секретом, получается то ясный перкуторный звук, то притупление. При выслушивании, чаще ослабленное, иногда бронхиальное дыхание и большое количество сухих скрипучих, певучих и влажных средние и крупно пузырьчатых хрипов в зависимости от количества секрета. В других случаях — единичные скудные хрипы.

М-та в типичных случаях 3-хслонная с плохим, запахом, иногда про-
тивно-сладковатым, напоминающим гниющий жасмин. Иногда происходит
оплотнение секрета бронхоэктазии и он принимает характер творожистой
массы (пробки Дитриха). В м-те содержится громадное количество все-
возможных бактерий. Важно отметить, что в некоторых случаях в ней
находят псевдотуберкулезные кислотоупорные палочки (сапрофиты), кото-
рые часто смешивают с туб. палочками. Они отличаются от последних
тем, что располагаются полосами в виде конского хвоста и при посевах
дают быстро пышный рост.

Т^о в легких случаях нормальна, в более тяжелых наблюдается неправиль-
ный тип Т^о. В случаях задержки секрета Т^о повышается, в тяжелых случаях
она принимает характер интермитирующий, септический. В таких слу-
чаях в основе повышения Т^о лежат бронхо-пневмонические или септи-
ческие очаги.

Картина крови ничего характерного не дает. Наблюдается чаще не-
большой лейкоцитоз 10,000—12,000, иногда незначительный сдвиг вле-
во, особенно в случаях с большим количеством м-ты, РОЭ в некоторых
случаях повышено. В старых, вяло протекающих случаях, РОЭ не высо-
кое, несмотря на большое количество м-ты.

Рентгеноскопия—кроме усиленного сосудисто-бронхиального рисунка
и тяжей в большинстве случаев ничего не дает. Только наливка липои-
дом выявляет замечательную картину бронхоэктатической полости¹⁾.

Из приведенных историй болезней мы видим, что в анамнезе основной
жалобой всех наших больных является кашель с м-той от единичных
плевков до большого количества гнойной 3-хслонной мокроты, то с за-
пахом, то без, часто с довольно значительными кровохарканиями.

Объективно обращают на себя внимание следующие факты:

1) Несоответствие между внешним видом б-ного и длительностью за-
болевания—почти все наши больные удолетворительного питания.

2) Несоответствие между данными перкуссии и аускультации—мало
перкуторных и много аускультативных данных.

3) Частая локализация больших аускультативных данных в нижних
отделах легкого при отсутствии патологических изменений в отделах вы-
ше лежащих.

4) Несоответствие между данными аускультации и рентгеном. Рентген
в большинстве случаев, кроме усиленного сосудисто-бронхиального рисунка
и тяжей ничего не дает, не смотря на богатство аускультативных данных.

Вот эти 4, так называемые контраста при ведущем симптоме в анам-
незе—длительный кашель, при упорном отсутствии ВК и ЭВ в м-те дают
право врачу почти безошибочно ставить диагноз бронхоэктазий.

Кроме этих основных опорных пунктов нужно иметь в виду, что брон-
хоэктазии свойственны:

1) Весенние и осенние обострения с повышением Т^о, усилением каш-
ля и м-ты, увеличением аускультативных данных.

2) Изменчивость, подвижность аускультативных явлений—выслушивает-
ся то большое количество всевозможных хрипов, то единичные, скудные.

Выводы. 1. Бронхоэктазии часто просматриваются и диагностируются
сравнительно редко.

¹⁾ Вопросам бронхографии и терапии бр. посвящается следующая работа.

2. На ряду с описанными классическими бронхоэктазиями с большим количеством гнойной 3-хслойной м-ты с запахом и богатыми аускультат. данными с пальцами в виде барабанных палочек имеется другая крайность, так называемые сухие бронхоэктазии с очень скудной клинической картиной, с частыми кровохарканиями и между ними ряд промежуточных форм.

3. Патогенетически различают бронхоэктазии врожденные и приобретенные, причем врожденные бронхоэктазии встречаются сравнительно редко.

4. Приобретенные бронхоэктазии являются следствием хронически протекающих пневмоний, главным образом после гриппа, кори, коклюша, также на почве тбс, сифилиса, хронических абсцессов, после инородного тела и т. д.

5. Основным моментом в развитии бронхоэктазии является потеря эластичности стенки бронхов, с одной стороны, и развитие перибронхиальной соединительной ткани с последующим растяжением поврежденного больного бронха, с другой.

6. Опорными пунктами в диагностике бронхоэктазии являются: длительный кашель с м-той при упорном отсутствии ВК и ЭВ и четыре выше названных контраста.

Из кумысолечебной санатории Башкирской област. страхкассы. (Гл. врач Л. М. Рабинович. Научный руководитель доцент Каз. мед. ин-та В. И. Катеров).

Наблюдения над изменениями желудочной секреции под влиянием кумысолечения.

(По методу проф. С. С. Зимницкого).

Д-ра М. Г. Мамиш.

Асс-та терапевт. клиники Каз. гос. мединститута ¹⁾.

Мы знаем, что по вопросу о влиянии кумыса на желудочную секрецию имеется много работ (Зарницин, Григорьев, Вишневский и т. д.) и казалось бы, что вопрос этот достаточно вырешен. Из этих работ известно, что кумыс действует, повышая секрецию желудочных желез, а отсюда делаются и практические выводы, а именно: считается, что для больных с повышенной кислотностью кумыс противопоказан. Между тем довольно нередкие наблюдения из практики кумысолечения показали, что больные с гиперацидностью, попадающие случайно на кумыс, вопреки теоретическим ожиданиям, часто не только не получают никакого ухудшения, но, наоборот, у них исчезают бывшие до того субъективные расстройства, а при исследовании желудочного сока содержание соляной кислоты сплошь и рядом оказывается неповышенным.

Эти клинические наблюдения заставляли нас задумываться и ставить вопрос над правильностью выводов предыдущих авторов. Из известных нам работ по этому вопросу мы знаем только одну работу д-ра Крамо-

¹⁾ Доложено 24/XII 1932 г. в Терапевтической секции Научно-медицинской ассоциации Татарии и 20/VIII 32 г. на объединен. врач. конф. Шафрановск. района.

ва, который пришел к выводам противоположного характера. Указанные соображения побудили нас заняться в настоящем году вновь изучением этого казалось бы уже неинтересного вопроса. При этом мы решили применить тот метод наблюдения, который с точки зрения клиники является наиболее жизненным, а именно: мы остановились на методике, предложенной нашим уважаемым учителем профессором С. С. Зимницким, который говорит: „Массовое наблюдение и точность регистрации позволили нам и в клинике установить типы желудочной секреции: нормальный, астенический и инертный, все то, на что раньше указывала нам экспериментальная лаборатория моего учителя, творца учения о пищеварении—профессора И. П. Павлова“ („О расстройствах секретор. деят. желудочных желез“, Москва, 1926 года).

Техника исследования по Зимницкому состоит в том, что утром натощак испытуемому вводится в желудок тонкий зонд, и извлекается путем выкачивания шприцем все содержимое желудка, если оно есть, начисто до отказа. Затем испытуемый выпивает в течение 5 минут 200 куб. сан. теплого бульона, и через каждые 15 минут у него берется проба 5—10 куб. сан. желудочного содержимого, где определяется св. НСІ и общ. кислотность. Затем, по прошествии 60 мин. откачивается через зонд все содержимое желудка и исследуемый принимает повторно 200 к. с. того же бульона. В дальнейшем все исследования повторяются так же, как и после дачи 1-го пробного завтрака. Цифры кислотности после 1-го завтрака и после 2-го суммируются отдельно и сравниваются друг с другом.

Цифры эти по Зимницкому, при нормальной функции желудочных клеток колеблются в очень узких пределах: не выше 20—30 единиц кислотности.

Встречаются группы желудков, где сумма кислотностей после 2-го завтрака оказывается значительно больше суммы кислотностей после 1-го завтрака. Это указывает на то, что отдельительная работа желудочных желез сначала идет медленно, клетки как-бы с трудом приводятся раздражителем в движение, а затем, когда это движение началось, работа их все более разгорается. Это косный или инертный тип секреции.

Далее, наблюдаются группы желудков, где сумма кислотностей после 2-го пробного завтрака меньше таковых после 1-го завтрака. Это значит, что клетки функционально быстро реагируют на раздражение, иногда даже повышенной работой, а затем быстро же и утомляются, т. е. здесь явно выступает их раздражительное, лабильное, астеническое состояние. Это астенический тип секреции. И наконец, тип полного угнетения или торпора, где отдельительная деятельность желудочных клеток отсутствует или почти отсутствует.

Зимницкий произвел большое количество наблюдений над различного рода больными. Во всех случаях с помощью своей методики он устанавливает определенную закономерность работы желудочных клеток.

Правда, известно, что методика, предложенная профессором С. С. Зимницким, подверглась критике со стороны некоторых видных клиницистов, но также известно, что она встретила и горячие отклики со стороны ряда не менее авторитетных лиц (Стражеско и др.). Не вдаваясь здесь в разбор полемики по данному вопросу, мы считаем предложенную методику и деление секреции на типы, установленные профессором И. П. Павловым и его учеником профессором С. С. Зимницким, до сих пор непоколебленными и дающими в клинике плодотворные результаты.

Всего нами было исследовано 51 больной.

Исследования ставились в первые дни прибытия больных до начала питья кумыса, а затем повторно через 10—13 дней в течение приема кумыса и третий раз в конце пребывания больного в санатории.

Больные получали определенный дневной санаторный паек из нормированного количества белков, жиров и углеводов с добавкой овощей и фруктов. Кроме того, больные пили кумыс в количестве от 2-х до 5 бутылок в сутки преимущественно средней крепости (общ. кислотность его до 120 N(10 NaOH). Полученный желудочный сок исследовался микроскопически и химически по следующей схеме: 1) количество, 2) цвет, запах, 3) слизь, 4) осадок, 5) свободная и общая кислотность, 6) молочная кислота, 7) кровь.

Большинство исследованных больных имели диагноз „компенсированный легочный туберкулез в начальной стадии (А I—А II)“ с теми или иными диспептическими явлениями, как-то: изжога, отрыжка, давление под ложечкой и т. д., на основании которых можно было предполагать найти те или другие нарушения желудочной секреции. Из этих больных до кумысолечения мы имеем повышенную кислотность у 9 больных (gastritis chronica acida—6, и Hyperaciditas функциональн. характера—3), у 6-ти из них кислотность после кумысолечения понизилась до нормы, а у 3-х также дала понижение, хотя и не достигла до нормы. Ни в одном случае с гиперацидностью дальнейшего повышения содержания HCl мы не наблюдали. Из 25 больных (20 gastritis chronica subacida и 5 hypaciditas функциональн. характера) с пониженной кислотностью, после кумысолечения оказалось: у 8 больных кислотность дошла до нормы, у остальных осталась без изменений. Из 14 больных с anaciditas (9 gastritis atrophicans и 5 gastritis chron. anacida) после кумысолечения у 5 появилась свободная соляная кислота с нормальным содержанием, у остальных кислотность осталась без изменений. Из общего количества наших больных до кумысолечения мы имели всего 6% с нормальной секрецией, а после кумысолечения мы уже имели 44% с нормальной секрецией.

ТАБЛИЦА

Количество больных 51 чел.

До и после кумысо- лечения.	Типы секреции.				Секреция HCl			
	Инертный	Нормальн.	Астениче- ский	Торпидный	Пониж. кисл.	Повыш. кисл.	Норм. кисл.	Отсутс. своб. HCl
I гр.								
Инертный тип—20 больных.								
До кумысолечения	20	—	—	—	14	4	2	—
После кумысолечения . . .	10	7	3	—	8	2	10	—
II гр.								
Астенический тип—17 больных.								
До кумысолечения	—	—	17	—	11	5	1	—
После кумысолечения . . .	5	4	8	—	8	1	8	—

Типы секреции.					Секреция HCl			
До и после кумыс- лечения.	Инертный	Нормальн.	Астениче- ский	Торпорный	Пониж. кисл.	Повыш. кисл.	Норм. кисл.	Отсутс. своб. HCl
III гр. Торпорный тип—14 больных.								
До кумысолечения	—	—	—	14	—	—	—	14
После кумысолечения . .	1	1	3	9	1	—	4	9
Всего:								
До кумысолечения . .	20	—	17	14	25	9	3	14
После кумысолечения	16	12	14	9	17	3	22	9
Всего в процентах:								
До кумысолечения . .	39°/о	—	33°/о	28°/о	49°/о	18°/о	6°/о	27°/о
После кумысолечения	32°/о	24°/о	27°/о	17°/о	33°/о	6°/о	44°/о	17°/о

По типу секреции по С. С. Зимницкому до кумысолечения мы имели 39°/о инертных, 33°/о астенических, 28°/о торпорных (нормальных не имели). После кумысолечения мы обнаружили нормального типа 24°/о; инертных 32°/о; астенических 27°/о и торпорных 17°/о.

Помимо объективных изменений со стороны желудочной секреции обычные жалобы больных на боли под ложечкой, изжогу, тошноту, понос, запор и т. д. в середине или в конце кумысолечения, как правило, исчезали. При этом надо сказать, что большинство наших больных до пребывания в санаторию систематически, но безуспешно, лечились от желудочных заболеваний на местах, — некоторые амбулаторно, некоторые стационарно, из них некоторые лечились также на южных курортах (в Ессентуках и в Кисловодске).

В полученных нами данных обращают на себя внимание два основных факта: 1) вопреки общераспространенному взгляду, что кумыс повышает секрецию желудочного сока, мы видим, что это действие кумыса наблюдается лишь в случаях, где до кумысолечения содержание HCl было понижено или HCl вовсе отсутствовала; в случаях же, где имелось повышенное содержание HCl, повышающего секрецию действия кумыса не наблюдалось. В этих случаях наоборот, кумыс оказывал понижающее действие. 2) На ряду с значительным увеличением после кумысолечения числа случаев с нормальной секрецией (44°/о вместо 6°/о до лечения), в 24°/о случаев установился нормальный тип секреции, отсутствовавший вовсе до кумысолечения. Указанные факты заставляют думать, что кумысолечение (возможно и сам кумыс) обладает нормализующим действием на нарушенную секреторную функцию желудочных желез. Объяснение указанных фактов можно дать только, исходя из взгляда, что кумыс, помимо местного действия на секреторные железы желудка, влияет на весь организм в целом, в частности на его вегетат.-нервный аппарат и состояние кислотно-щелочного равновесия.

Наиболее вероятное объяснение можно найти с точки зрения развиваемого доцентом Катеровым в его работе — К вопросу о сущности

действия кумыса"—взгляда, что кумыс, являясь фактором, тренирующим буферный аппарат организма, оказывает нормализующее действие и на секрецию желудка.

Исходя из вышеуказанных фактов, мы можем сделать следующие выводы:

1. Существующий взгляд, что под влиянием кумысолечения секреция желудка повышается, а потому больные с гиперсекрецией для лечения кумысом противопоказаны,—неправильно: кумыс, действительно, обладая непосредственным сокогонным действием, при длительном его приеме, наоборот, вызывает в большинстве случаев с повышенной кислотностью желудка снижение ее до нормы.

2. В то-же время в случаях с пониженной кислотностью или с полным апасидитас кумыс в значительной части случаев вызывает повышение секреции нередко так же до нормы.

3. Помимо влияния на уровень секреции, кумыс (кумысолечение) изменяет и типы секреции желудка (по Зимницкому), переводя их в значительной части случаев из патологического в нормальный (24%).

4. Такое двухстороннее (взаимно-противоположное) действие кумыса (кумысолечения) на секрецию желудка характеризует кумыс, как фактор, нормализующий расстроенную секреторную функцию желудка.

5. Это нормализующее действие кумыса является, повидимому, не столько следствием местного воздействия кумыса на слизистую желудка, сколько результатом перестройки всего организма (вегетативная нервная система, кислотно-щелочное равновесие и т. д.) под влиянием кумысолечения.

6. Исходя из установленного факта, что под влиянием кумысолечения повышенная секреция желудка в большинстве случаев за 2—3 недели снижается до нормы, и ни в одном из наших случаев не дала дальнейшего повышения, следует считать случаи гиперсекреции желудка не только не противопоказанными, а, наоборот, показанными для кумысолечения.

7. В связи с установленными фактами должен быть также пересмотрен вопрос о показаниях и противопоказаниях для кумысолечения больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

В заключение приношу благодарности доценту В. И. Катерову за его руководство при выполнении настоящей работы.

Литература: 1) С. С. Зимницкий. О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез, Москва, 1926 г. 2) Кондрашин. „Кур. Д., № 5, 1928 г. 3) Зарницина. „Кур. дело“, № 5, 1928 г. 4) А. С. Вишневский и К. В. Жаров. „Кур. дело“ 1928 г. 5) В. С. Зимницкий и М. Г. Мамиш. „Казанск. мед. журнал“, № 2, 1931 г. 6) Крамов. „Кумысолечение и кумысолечебница Тарловка“, Казань, 1929 г. 7) Крамов. Доклад в Науч. мед. ассоциации, Казань, 1932 г. 8) М. Г. Мамиш и П. Ю. Берлин. „Влияние коровьего кумыса на пищеварительные железы“—док. в Науч. мед. ассоц. 1932 г. Казань. 9) Шалман Л. Б. Каз. мед. ж., № 2—3, 1932 г. 10) Голубов. „Медицина“, № 15 за 1890 г. 11) Каррик. „О кумысе“. „Врач“ за 1886 г. 12) Духман. Труды общ. ест. при Каз. ун., Т. XX. 13) Штанге. „Лечен. кум. и кефиром“, 1886. 14) Рубель. Кумысолечение. 15) Б. С. Максудов и Т. В. Кочубей. Каз. мед. ж., 1932, № 2—3. 16) Крамов и А. А. Победимская. Каз. мед. ж., 1932 г. 17) Крамов. Казан. мед. ж., 1932 г. 18) Катеров. Сб. Каз. мед. ж., посвящен. ХХХ л. юбилею проф. Н. К. Горяева, 1933 г.

Из нервного отделения (консультант проф. Г. И. Маркелов) Всеукраинского крестьянского санатория в Одессе.

О трофических нарушениях костей при радикулитах и радикуло-невритах.

Д-р В. В. Черников.

Игнорируемая ранее в клинике нейтрофическая теория Шарко в отношении заболевания костей и суставов в последнее время находит все большее и большее число сторонников. Вместе с тем все более и более внимания уделяется в этом отношении вегетативной нервной системе (вег. н. с.). Некоторые из авторов, как, например, Goering высказываются даже за наличие специальных трофических вегетативных волокон для костной ткани.

Не останавливаясь на истории вопроса, мы укажем, что нарушения трофического характера костной ткани отмечены при поражениях нервной системы на различных ее уровнях. Так, поражение образований в межоточном мозгу, в частности его вегетативных центров, могут вести к изменениям костей, как в сторону их гипертрофии (акромегалические явления при поражении межоточно-гипофизарной системы), так и к явлениям гипотрофического характера (остеопороз, рарификация), — при паркинсонизме (Brawatt, Яблонская), при травмах черепа с симптомами поражения межоточного мозга (Ошороков). Имеются наблюдения, касающиеся трофических нарушений костей, развивающихся по гемитипу наряду с другими вазомоторными трофическими нарушениями при поражении продолговатого мозга, например, при закупорке art. cerebellaris post. inf. Сирингомиелия дала богатый материал, подтверждающий трофическое влияние на кости клеточных образований, залегающих в tractus intermedio-lateralis (Бехтерев, Cursio, в последнее время Ken-Kuré). Костно-трофические нарушения проводникового характера при поражении спинного мозга описаны при Броун-Секаровских параличах, при опухолях и огнестрельных ранениях спинного мозга.

Наиболее подробно изученными являются костно-трофические нарушения при травматических повреждениях периферических нервов (Babinski и Froment, Oppenheim, Foerster, Конанова и др.). Здесь дело идет о грубых нарушениях анатомической целостности нервов с последующим раздражением нервных волокон рубцовой тканью. Правда, часть авторов, особенно французских, придают определенное значение и инфекционному моменту в ряде травматических повреждений нервов, в частности при физиопатических расстройствах Babinski и Froment, полагая возможным говорить здесь об „nevrite ascendants“, „nevrite extensives“ и пр. (Sicard, Claude и Zhermitte). Однако, такая точка зрения не является господствующей; значительное большинство авторов говорит в этих условиях о рефлекторной природе страдания, связанной, по видимому, с дисфункцией вег. н. с.

Обычно, резко выраженные трофические нарушения при банальных заболеваниях корешков и корешково-стволовых нарушениях инфекционного и (инфекционно-токсического характера) далеко не так часты (Dejerine, Oppenheim, Claude, Finel, Pitre и Vaillard). Из такого рода нару-

шений при этих заболеваниях констатируются чаще явления, связанные с нарушением сосудистой регуляции: гипотермия кожи, особенно в области коленного сустава (Erben, Alexander), акроцианотические расстройства, иногда протекающие с ослаблением пульсации артерии на конечностях пораженной стороны. Из трофических нарушений часто отмечаются небольшие атрофии мышц на нижних конечностях, особенно акроной группы, реже группы сгибателей или разгибателей бедра. Еще реже наблюдаются такие явления, как гипертрихоз (Шамбуров, Schüller), изменения пигментации (Jouques, Simon, Шамбуров), совсем редко трофические язвы. Трофические нарушения в виде изменений костной структуры (чаще остеспороз, реже атрофии типа Südeck'a атрофические нарушения наряду с абурнеацией) наблюдаются, как мы уже сказали, обычно лишь при грубых повреждениях нервов и при том если пораженные нервные стволы находятся в состоянии хронического раздражения. Относительно изменений структуры костей конечностей при банальных радикулитах и радикулоневритах инфекционно-токсического происхождения систематических наблюдений не имеется. Здесь можно упомянуть лишь об остео-артропатических расстройствах у больных с невритами, протекающими с высыпанием herpes zoster (Claude и Velter, Rose, Guillain). У этих больных констатируются обычно резкие трофические нарушения и других тканей (кожа, мышцы), а изменения в костях, чаще в мелких костях кистей, дают явления не только простой рарификации, но и явления, характерные для хронического деформирующего артрита (анкилозы, переартикулярная инфильтрация и пр.). Далее, в монографии Маргулиса, посвященной полирадикулоневритам отмечается в 2 случаях локальное разрежение костной ткани конечностей. Блюменау в одном случае spina bifida occulta с явлениями корешкового инфильтрации связывает развившееся разрежение костей стопы с раздражением корешков. Таким образом, вопрос о нарушениях трофики костных тканей при радикулитах и радикулоневритах не подвергался еще систематическому изучению. Исходя из этого, мы и остановились на изучении указанного вопроса.

Имея под своим наблюдением значительное количество больных с радикулярно-стволовой патологией, мы задались целью при изучении вегетативной сферы этих больных попытаться рентгенографически выяснить, существуют ли те или иные объективно-констатируемые отклонения в структуре костей пораженных конечностей и если существуют, то связываются ли они с какими-либо другими ясно выраженными трофическими нарушениями.

Нами были отобраны больные с обычной картиной радикулита или радикулоневрита нижних конечностей с средней и выраженной тяжестью заболевания, при том преимущественно односторонние. Все больные тщательно исследовались клинически, как в отношении состояния нервной системы (анимальной и вегетативной), так и в отношении общего соматического status'a. Кроме того, всем больным производилась рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника и мелких костей обеих стоп. Мы остановились на рентгеноскопии мелких костей стоп, исходя 1) из давно установленного факта, что трофические нарушения костей при невритах развиваются гл. обр. в дистальных отделах конечностей и 2) из того, что при рентгеноскопии этих костей с характерным для

них более спонгиозным строением легче уловить даже не резко выраженные изменения в их структуре, чем то можно было бы сделать в отношении более компактных трубчатых костей. Кроме того, для нас было важно получить снимок симметричных участков конечностей одновременно на одной пластинке, что естественно было легче сделать по отношению к стопам, нежели к другим костям конечностей.

Исследовано было в этом направлении 22 человека. В 11 случаях мы могли констатировать ту или иную степень разрежения костной структуры мелких костей стопы с пораженной стороны, особенно в области предплюсневых костей. Из 10 случаев с правосторонней локализацией процесса разрежения костей стопы на соответствующей стороне было обнаружено 8 раз, при чем ясное разрежение констатируется один раз (случай 8), умеренное разрежение 3 раза (случ. 3, 5, 7), слабо выраженное разрежение 4 раза (случ. 1, 4, 6, 9). Из 12 случаев с левосторонней локализацией процесса разрежения костей обнаружено в 3 случаях: в 2 случаях на пораженной стороне, в 3-ем—на противоположной. В последнем случае выяснилось, что 2 года назад у больной сильно болела правая нога приблизительно на протяжении года; боли в левой ноге появились всего лишь 2 месяца назад. В этих 3 случаях у одного больного (случ. 12) разрежение костей было умеренным, у 2 других больных (случ. 2 и 13) разрежение было слабо выраженным. У 9 из указанных 11 больных с наличием разрежения структуры костей стоп на пораженной стороне были обнаружены изменения в пояснично-крестцовых позвонках, в 2 случаях этих изменений обнаружено не было. Изменения в позвонках носили характер начальных стадий деформирующего спондилоартрита (наличие остеофитов, неясности контуров сочленовых поверхностей, неправильного стояния позвонков, наличие более или менее резко выраженных костных спаек). Чаще всего эти изменения были двусторонние (случ. 1, 2, 3, 7, 9), в 4 случаях односторонние—в случае 6-м на стороне разрежения костей стопы, в случаях 4, 5, 12—на противоположной.

Относительно тяжести заболевания можно отметить следующее: у 7 больных при условном обозначении тяжести заболевания по 4-балльной системе заболевание соответствовало 3 баллам, у 4-больных—2 баллам. Давность заболевания у всех больных была значительная—от 9 лет до одного года. В некоторых случаях (случ. 3, 7) боли были в течение 1—2 лет в пояснице и только на протяжении 2—4 последних недель перешли в ногу. Мы подчеркиваем это обстоятельство, принимая во внимание то положение, что и другими авторами отмечалось особенно легкое развитие трофических нарушений в случаях с наличием ирритативных процессов, характеризующихся или своей длительностью или интенсивностью.

Если перейти к сопоставлению наличия разрежения костей стоп с другими трофическими или вазомоторными нарушениями на той же конечности, то несомненным фактом является значительная частота обнаружения этих последних и превалирование их в группе больных с костными трофическими нарушениями. Так, например, неодинаковая пульсация (ослабление на стороне поражения пульсации *art. dorsalis pedis*) на нашем материале встретилось в 4 случаях (случ. 3, 4, 8, 13) из 11 больных, у которых было обнаружено разрежение структуры костей и лишь в 2-х

случаях (случ. 18, 20) у 11 больных, где рентгенографически изменений со стороны костей стоп не было обнаружено. Если почти в одинаковом проценте случаев в обеих группах больных отмечались такие явления, как похолодание, цианоз, то все же значительно чаще в первой группе были отмечены симптомы, связанные с явлениями раздражения вег. н. с. в виде усиления потливости, пиломоторных реакций, разницы дермографических реакций в сторону их большей интенсивности на больной стороне (случ. 1, 3, 4, 5, 7, 9, 12). Во второй же группе больных эти изменения встретились реже (в случ. 17, 18, 21) и при том в 2-х случаях было отмечено понижение потливости на больной стороне (случ. 17 и 21). Явления похудания мускулатуры ног с больной стороны в обеих группах больных были обнаружены почти в одинаковом числе случаев: в первой группе—в 8-ми случ. (случ. 1, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13), во второй—в 7 случ. (случ. 10, 14, 15, 17, 18, 20, 21), однако у больных первой группы они чаще были более резко выражены.

Резюмируя полученные нами данные, мы должны констатировать, что в значительном проценте случаев (до 50%), у больных с ясно выраженной картиной баваляного радикулита и радикулоневрита нижних конечностей отмечено на стороне поражения разрежение костной структуры мелких костей стоп, особенно предплюсневых, без признаков, указывающих на наличие какого-либо воспалительного процесса в костях или суставах. Разрежение это чаще было нерезким, но в отдельных случаях оно было выражено совершенно ясно. Анализ наших случаев не дает резких указаний в отношении строгого параллелизма между указанными трофическими нарушениями костей пораженных конечностей и трофическими или вазомоторными нарушениями других тканей тех же конечностей, хотя абсолютная частота совпадений тех и других несомненна. Следует, однако, подчеркнуть все-таки несколько более часто встречающиеся у больных первой группы на пораженной конечности симптомы более резкого раздражения вег. н. с. в частности ее симпатического отдела (усиление потливости, более стойкие дермографические реакции, более выраженные атрофические явления в мышцах).

Здесь возникает вполне естественно вопрос о том, что обуславливает появление этих трофических нарушений костной ткани. Вопросы, касающиеся трофической функции, в частности, нервной системы по отношению к костной ткани, еще далеки от своего разрешения. Каким бы отделом нервной системы не обеспечивалась трофика тканей, в частности костной, механизм ее несомненно протекает по типу рефлекса. Следует заметить, что все ткани, в том числе костная ткань и периост, имеют афферентные пути, несущие импульсы в центростремительном направлении. В отношении периоста уже давно были в нем констатированы тельца Vater-Pacini (Rauber, Pacini, Kölliker).

Недавно Miskolczy (1926 г.) мог убедиться, что они максимально залегают в местах прикрепления сухожилий мышц и в адвентиционных образованиях периоста. С этим обстоятельством совпадает давно известный хирургам факт большой чувствительности периоста. Как в периосте, так и в самой костной ткани имеется достаточно развитая нервная сеть. По Miskolczy нервная сеть для периоста образуется из ветвей, которые отщепляются от нервов, иннервирующих мышцы и сухожилия. В самом периосте нервные веточки или тянутся самостоятельно или идут с сосу-

дами. Иннервация костей идет отчасти из нервов, входящих с питающими кость сосудами, а отчасти из нервных веточек, отщепляющихся от нервных сплетений, залегающих в перистосте. Вопрос о характере этих волокон еще недостаточно изучен, но тем не менее полагают, что они образуются, с одной стороны, из цереброспинальных нервов, с другой стороны, из вегетативной нервной системы, как то наблюдал еще Zischka (Stöhr, 1928 г.) Ottolenghi, Varioli и Remy в спонгиозных частях костей и в мозговом канале находили и мягкотные волокна и безмякотные. В связках вегетативные волокна были исследованы Чураевым (1927 г.).

Вне зависимости от этих анатомических данных в большей степени клиникой, в меньшей экспериментальной патологией предпринимались попытки разрешения вопроса о том, какой отдел нервной системы наиболее заинтересован в трофике костей. Достаточно ясно было доказано, что ни двигательные расстройства, ни нарушения кровообращения сами по себе не влекут за собой ясно выраженных трофических нарушений костной ткани. Ряд фактов заставлял связывать в свое время появление трофических поражений с нарушениями чувствительности. Однако, дальнейшие наблюдения показали роль не столько нарушений чувствительности самих по себе в развитии трофических поражений, сколько в наличии раздражающих импульсов, идущих по чувствительным нервам из места ранения нерва в центры, где эти импульсы патологически изменяют функции трофических механизмов (физиопатические нарушения по терминологии Babinski и Froment). В последнее время особенно акцентируется, как мы это уже указали в начале работы, роль вег. н. с. в трофике. Работы Riesser'a, Ken-Kuré и его школы, Foerster'a, лабораторий Альперна, Орбели показали ясно роль вегетативной нервной системы в трофике тканей. Благодаря наличию в периферических нервах вегетативных волокон объясняется, повидимому, факт частого вовлечения в процесс последних, что выражается клинически в появлении ряда вегетативных нарушений при банальных невритах. Важно отметить и то обстоятельство, что трофические и вазомоторные нарушения развиваются преимущественно при поражении тех нервов, которые особенно богаты вегетативными волокнами (седалищный нерв, срединный). Избирательное поражение вегетативных волокон в таких нервах позволяет уже клинике выделять в особую форму вегетативные невриты (Маркелов, Оппель). Все указанное в значительной степени обосновывает точку зрения особой важности в нутритивных процессах различных тканей, в частности костной, вегетативной нервной системы.

Все эти данные дают возможность связывать в значительном проценте случаев банальных радикулитов и радикулоневритов вазомоторные и трофические нарушения с дисфункцией вег. н. с. В некоторых случаях, как мы указывали, поражается избирательно лишь последняя, давая клиническую картину так называемых вегетативных радикулитов или радикулоневритов (Могильницкий, Маркелов), чаще же мы имеем смешанную картину. В наших случаях, несомненно, можно говорить о вовлечении в процесс наряду с анимальными и вегетативных волокон, проходящих в пораженных корешках и нервах. За это говорят одновременное наличие у больных ряда трофических и вазомоторных наруше-

ний, как со стороны мышц, кожи, так в ряде случаев и костей. За это же говорят некоторые данные и локализационного характера. При попытке локализационного подхода в трактовке нашего материала следует указать, что чаще мы имели дело со смешанными случаями радикуло-невритического поражения; однако, в случаях 1, 3, 5 и 8 процесс клинически мог быть локализован лишь в корешках. При клиническом анализе этих 4-х случ. следует отметить, что если в случаях 3 и 5 в картине радикулита отмечались и анимальные и вегетативные нарушения, то в двух других случаях явления со стороны расстройств чувствительности и моторики отсутствовали, боли же носили каузальный характер. Эти два случая приближаются к тому симптомокомплексу, который выделяется в форму чистых вегетативных радикулитов (Маркелов). Однако, и в этих двух случаях мы можем только с некоторым вероятием говорить о более точной локализации. Усиление потливости, более стойкие дермографические реакции, в одном случае ослабление пульсации на *art. dorsalis pedis* на боковой стороне, уменьшавшееся в теплой ванне—все эти симптомы говорят о поражении симпатических волокон, идущих из боковых рогов через передние корешки на периферию. Этому не противоречит и клиническая локализация поражения в области L_1-L_4 в первом случае и $D_{12}-L_4$ во втором, так как известно, что вегетативная иннервация симпатического характера для нижних конечностей идет через корешки $D_{10}-L_2$. Принимая во внимание характер заболевания (ревматический процесс с преимущественной локализацией в области сочленовых поверхностей позвонков) легче всего говорит о поражении в этих двух случаях, где не имелось выраженных явлений со стороны анимальной системы, *rami communicantes albi*, так как поражение пограничного ствола и *rami communicantes grisei* должны происходить вне позвоночника и при процессах более диффузно захватывающих пограничные с позвонками ткани. Также топография расстройств потоотделения и характер дермографических расстройств в наших случаях не дают опорных пунктов для локализации поражения в пограничных стволах или *rami communicantes albi*. Конечно, нельзя отрицать возможности в этих случаях и изолированного поражения вегетативных волокон в смешанных корешках, как то предполагается для периферических нервов (Могильницкий, Маркелов, Оппель). Однако, это представляется более вероятным для всех наших остальных случаев, где клиническая картина дает несомненные указания на поражения и анимальных и вегетативных отделов корешков и нервов. Во всяком случае разобранные случаи 1 и 8, где при преимущественном поражении вегетативных волокон в корешках развиваются явления остеопороза в костях стоп, говорят кроме указанных уже нами выше соображений за то, что этот остеопороз как в этих, так и в остальных случаях радикулитов и радикуло-невритов развивается благодаря поражению именно вегетативных отделов периферической нервной системы.

Нам следует остановиться еще на одной стороне вопроса. При просмотре наших случаев бросается в глаза частота изменений со стороны позвонков в виде деформирующего спондилоартрита. Это обстоятельство, несомненно, играет определенную и при том весьма существенную роль для поддержания хронического ирритативного процесса в корешках, ведущего в частности со стороны вегетативных отделов этих образований

к трофическим нарушениям на периферии. Это обстоятельство следует подчеркнуть и потому, что при смешанной картине заболевания и корешка и нерва, как в наших случаях радикулоплексоневритов, раздражение именно корешков этими изменениями позвоночника, повидимому, в первую голову и обосновывает всю вегетативную семиотику заболевания. Однако, у нас возникает и иного характера предположение. Если вегетативные волокна, проходящие в корешках и подвсходящиеся здесь хроническому ирритативному процессу, вызывают изменения трофики костей в стопах, то почему они не могут также влиять и на трофику костей позвоночника? В подтверждение такого рода мысли можно привести и ряд литературных данных по этому вопросу. Так, общеизвестны девиации и кифосколиозы позвоночника в шейно-грудном отделе с изменениями тонкой структуры позвонков при синингомиелии (Schlesinger), заболевании, поражающем вегетативные отделы спинного мозга. Еще более четкая связь выявляется в отношении табетических остеоартропатий позвоночника, появляющихся на фоне резко выраженных трофических нарушений других тканей (кожа, мышцы и проч.) Наблюдения Roux, Morin'a, Laignel-Lavastine, а в последнее время особенно Кен-Курэ и его учеников доказали наличие резких изменений в случаях табеса с трофическими нарушениями в различных отделах вег. н. с.—уменьшение миелиновых волокон тонкого калибра в корешках, гистологические изменения в пограничном стволе, солнечном сплетении и проч. Эти данные дали право ряду клиницистов (Laignel-Lavastine, Маньковский и Черни) говорить о вегетативном происхождении этих остеоартропатий. Для нас это тем более интересно, что при упомянутых остеоартропатиях наблюдается наряду с декальциацией также и ряд деформирующих и анкилозирующих процессов в позвонках, что заставило Büdinger'a и Barth'a говорить вообще о связи артропатий и деформирующего артрита, а также и о возможности нейротрофического генеза последнего. На этой точке зрения стоит и наш русский клиницист Вельяминов. Опираясь своим материалом, мы высказываем соображение, что при радикулитах и радикулоневритах банального генеза существует до некоторой степени *circulus vitiosus*, благодаря которому изменения в позвоночнике усиливают ирритативные процессы в корешках, последние трофическим путем через вег. н. с. усиливают изменения в структуре позвоночника.

Выводы: 1) При радикулитах, радикулоневритах пояснично-крестцовой области банального генеза в значительном проценте случаев обнаруживаются трофические нарушения со стороны костной ткани в виде разращения мелких костей стоп на пораженной стороне.

2) Обычно эти нарушения обнаруживаются в случаях с длительным течением заболевания.

3) Упомянутые трофические нарушения костной ткани сопровождаются нарушениями трофического и вазомоторного характера других тканей заболевших конечностей.

4) Анализ наших случаев, особенно тех случаев, где имеет преимущественное заболевание вегетативных отделов корешков, позволяют нам высказаться в пользу вегетативного генеза упомянутых костных изменений при радикулитах и радикулоневритах.

5) Столь часто констатируемые при радикулитах изменения в позвонках заставляют нас, исходя из ряда соображений, общепринятую концепцию о влиянии патологических процессов в позвонках на проходящие здесь корешки рассматривать более широко в том смысле, что мы имеем тут своеобразный *circulus vitiosus*, где поражение позвонков вызывает состояние раздражения корешков, которое в свою очередь через вег. н. с. обуславливает ряд трофических расстройств в костной структуре позвоночника.

Литература: 1. Babinski и Froment. R. № 1, 1915, 16 и 17 г.г.—2. Barth. Arch. f. kl. chir., 1908.—3. Вельяминов. Заболевание костей и суставов. Гиз. 1924.—4. Блуменау. Сб., посв. Бруштейну. 1928 г.—5. Dejerine. Semilogie. 1926 г.—6. Foerster. Handb. der Neur. Lewandowsky Ergänzungsband, 7. I, H. 1. 1924 г.—7. Grashey. Atlas хирург. рентгенограмм. 1927 г. Из-во „Врач“, Берлин.—8. Goering. В руководстве Müller'a „Lebensnerven und Lebenstrieb“. 1931 г.—9. Claude и Lhermitte. R. N. 1916, № 11.—10. Claude и Velter. L'Encephale. 1911, № 5, p. 420.—11. Kenig и сотрудники Z. f. d. g. Exp. M. 1925, Bd. 47; 1928, Bd. 61, Journ. Exp. Phys. 1930, Bd. 20, 15.—12. Маньковский. Совр. Психон. 1925, № 8.—13. Маргулис. Остр. инфекц. и токсич. полиневрит. 1931 г.—14. Martin. Die sympathische Knochenkrankungen. Arch. f. kl. chir. Bd. 129, стр. 45.—15. Маркелов. Труды кл. нервн. бол. Од. мед. ин-та, 1931, т. II; Одесс. мед. журн. 1929, 8—10; Советск. психоневр. 1932, № 1—2.—16. Miskolczy. Z. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 81, s. 638, 1926 г.—17. Могилянский. Сб. „Остр. инф. и токс. полиневрит. 1931, „Труды 1-го всесоюзн. съезда нерв. и псих.“ 1927 г.—18. Кононова. Кл. мед. 1927, № 1.—19. Омориков. Z. f. d. g. N u. ps. 1931, Bd. 137.—20. Oppenheim. Lehrbuch. 1923 г.—21. Оппель. Вестн. хир. и норр. обл. 1929 г., т. XVII, стр. 128.—22. Stöhr. Mikr. Anatomie des veg. Nervensyst. 1928.—23. Pitre и Vailland. Maladie des nerfs périph. 1924.—24. Finel. В руков. „Nouv. traité de Méd.“ 1927, f. XXI.—25. Шамбуров. Первичн. и вторичн. ишиас. 1928 г.—26. Яблонская. Совет. психон. 1932, № 4.

Из хир. отд. Родниковской районной б-цы Изап. пром. области. (Зав. Х. С. д-р О. А. Соколов).

Воспалительные опухоли сальника¹⁾.

Д-р О. А. Соколов.

Воспалительные опухоли сальника описаны уже давно. Первый случай описал Müller в 1874 г., затем Gaugant, Braun в своей монографии собрал 33 случая, Zesas—44 сл., Prutz к 1913 г. собрал из литературы 46 случаев, а Viguazo к 1926 г.—100 случаев. Haller приводит 372 случая эпилоитов на 1453 операции в клинике Вальтера.

В русской литературе, насколько нам известно, описаны один сл. Перешивкиным, 1 Калмановским и 2 Виллявиным.

В. о. с. ²⁾ чаще всего бывают после грыжесечения и именно в тех случаях, где применялась резекция сальника (Braun, у Prutz'a 32 случая за исключением одного), реже после других операций, а также и без всяких предшествовавших операций при наличии воспаления органов брюшной полости (appendicitis, cholecystitis, salpingitis—Braun, Prutz).

¹⁾ Доложено 9/III 1933 г. в Родниковской научной медицинской ассоциации.

²⁾ Воспалительные опухоли сальника.

В редких случаях в. о. с. вызывается попаданием инородного тела в сальник (Duval, Tansini и 1 наш сл.). Аналогичную клиническую картину может дать некроз и кровоизлияния в сальник на почве эмболии или тромбоза сосудов сальника (Viguazo), или вследствие перекручивания его (Перешивкин, Viguazo). Последние случаи чрезвычайно редки, всего описано со случаем Перешивкина—3 сл.

В настоящих в. о. с. доминирующую роль играет инфекция, хотя понятие воспаления не обязательно предполагает наличие инфекции. От хронических эпиллоитов в. о. с. отличаются тем, что эпиллоиты опухли не дают. Перешивкин дополняет деление Prutz'a при в. о. с. и делит их на 3 группы: 1-я. Эпиллоиты вследствие инфекции самого сальника, 2)—эпиллоиты вследствие перехода воспалительного процесса соседних органов и 3)—эпиллоиты вследствие перекручивания сальника.

Voёске1 и др. придают большое значение состоянию сальника и рекомендуют удалять всю воспаленную часть сальника, предполагая, что наложение лигатуры на воспаленный сальник, дает больше шансов на образование воспалительной опухоли его. Обвиняли одно время массовые шелковые лигатуры, но Braun, Morestin и др. получили в. о. с. и при катгутовых лигатурах. Травма сальника—кровоизлияние, тромбоз, скручивание, которые при резекции выражены резче—являются предпологающим моментом для в. о. с., особенно при массовых лигатурах на сальник. Le Dentu обращает внимание на величину культи, как этиологический момент опухоли. В травмированном месте по Негер'у появляется слабо питающийся или совсем не питающийся участок сальника, который, вместе со стазом крови, теряет свою защитную фагоцитарно-антитоксическую способность, которой он обязан исключительно своей васкуляризации. При наличии такого участка, соседние здоровые участки сальника начинают его осумковывать, благодаря своей пластической способности, как инородное тело, создавая этим то большую, то меньшую опухоль. Чем больше этот травмированный участок, тем больше шансов на образование опухоли. В зависимости от наличия и силы инфекции, мы найдем на середине опухоли омертвевший жир, рубцовую ткань или гной. До абсцессов при в. о. с. дело повидимому не всегда доходит, лишь в 1/4 сл. абсцессы были наверное, в остальных, вероятно, процесс ограничился инфильтрацией. Pentzer, Rise и др. констатировали множественные абсцессы. Повидимому, не всегда инфекция играет решающую роль при в. о. с. В пользу этого же говорят и опыты с лигированием сосудов сальника или перевязка части его, когда дистально от лигатуры появляется в. о. с., а также и образование опухоли в участке сальника, выведенном из брюшной полости при операции Тальма (Viguazo). Частое совпадение заживления раны per secundam с в. о. с. говорит за то, что инфекция играет несомненную роль в образовании в. о. с., но все объяснить инфекцией нельзя, ибо сальник по своим физиологическим свойствам при всех воспалит. заболеваниях брюшной полости инфицируется, но в. о. с. не образуются. Ведь сальник принимает участие в образовании опухолей при воспалительных заболеваниях брюшной полости (аппендикулярные инфильтраты), где по затихании процесса, и под влиянием физио-лечения эти инфильтраты часто быстро рассасываются. В случаях, где нельзя предположить непосредственную первичную инфекцию сальника, как это бывает при воспали-

тельных заболел. бр. полости или при резекции сальника, нахождение инфекции в опухоли можно объяснить гематогенным путем.

При патолого-анатомическом исследовании находили в начале воспалительную реакцию сальника вокруг очага, пролиферацию соединительной ткани, иногда громадную инфильтрацию жира (Leroу). Позднее опухоль спаивается с пристеночной брюшиной, чаще передней, а иногда спаивается с желудком, петлями кишек и др. органами бр. полости. Иногда опухоль свободна, связана только с сальником. В центре опухоли находят в $\frac{1}{4}$ случ. гной, содержащий нередко лигатуры (Вилявин, Калмановский и др.) и др. инородные тела (Duvai, Tansini) наш случай). По статистике Браун'а из шести в. о. с. в 5—были лигатуры. Величина опухоли не зависит от количества гноя, часто небольшая гнойная полость осумкована огромной толщины плотной фиброзной тканью. В гною находили стрептококк, стафилококк и кишечную палочку. В некоторых случаях осумкованным является некротический участок жира или склерозированная ткань сальника.

Начинается заболевание исподволь, иногда сразу, иногда через большой срок после операции, несколько недель (Вилявин), м-цев (Калмановский) и даже лет (Браун—3 г., Veresco—5 лет) чаще через 4—6 недель. Симптоматология самая разнообразная. Боли в животе различной интенсивности, то разлитые, то локализованные, тошнота, отрыжка, иногда рвота. Тут же, а иногда и позже при пальпации обнаруживается или заметна на глаз через брюшную стенку опухоль, величиной от куриного яйца до головы взрослого человека, чаще всего, но не обязательно, в эпигастрии. Опухоль болезненна при пальпации с гладкой поверхностью, плотной или тестоватой консистенции. Часто своеобразно заканчивается вверх. При перкуссии—тупость. Смещается в стороны и вверх, при спайках неподвижна. Развивается с различной быстротой в каждом отдельном случае, что характерно для заболевания. Часто нарастает вместе с болевыми явлениями медленно, а в других случаях в несколько дней занимает половину живота (Вилявин, Калмановский), что, конечно, стоит в зависимости от силы инфекции. При спайках с брюшной стенкой, последняя иногда вовлекается в процесс, флюктуирует, краснеет (Fors, Вилявин). При спайках с кишками в. о. с. могут давать явления частичной и даже полной непроходимости (Aimes, Воёске, Калмановский, наш случ.).

Температура обычно 37°—38°, но бывает и до 40°, а иногда бывает нормальной. Le Dönt указывает один важный диагностический признак—невозможность разогнуть туловище. В случаях не тяжелых с температур. до 38,5° процесс может стихнуть, боли исчезают, возвращается аппетит и больной начинает выздоравливать (Aimes) и только опухоль и запоры исчезают через 2—3 м-ца.

По Leroу самоизлечение наступило в 41% случ., у Браун'а в 19 сл. из 30. Иногда гной вскрывается через бр. стенку наружу (Fors) или кишку (Калмановский) реже в др. органы и процесс этим заканчивается. Вскрытие в брюшную полость наблюдается чрезвычайно редко. Редко встречается, как тяжелое осложнение перитонит, происходящий, повидимому, от инфекции по протяжению (Aimes). Смертность около 1% (Aimes), чаще при оперативном вмешательстве. Такая малая смертность авторами объясняется высокой пластической способностью

сальника, быстро дающего отгораживающие склейки, в предупреждении инфекции брюшины, а также и тем, что в. о. с. появляются через довольно продолжительный срок после операции, когда больные уходят из-под наблюдения хирурга, доброкачественностью течения и склонностью к самоизлечению. Все же в. о. с. встречается довольно редко: Tuffier видел его 1 раз на 600 грыжесечений, Delore—1 р. на 500 грыжесеч. и 275 аппендектомий, Lucas-Championniere тоже 1 раз на 275 грыжесечений.

Многие авторы рекомендуют консервативный метод лечения. Другие, к которым присоединяемся и мы, считают необходимым в случаях стойкого повышения температуры и прогрессирования опухоли, прибегать к оперативному вмешательству—иссекают сальник в здоровых частях; в случаях же, где опухоль спаяна с передней бр. стенкой, вскрывают гнойную полость и дренируют ее или, в негнойных случаях, иссекают клин из опухоли, причем оставшаяся часть быстро рассасывается (Ка дья н).

Ошибки в диагностике в. о. с. довольно часты, ибо нередко мысль хирурга не останавливается на возможности образования эмпием. Предполагается, напр., подвижная печень (Müller), киста яичника (Braun), опухоль селезенки, холецистит (Pantzer), аппендицит (Перешивкин), злокачественное новообразование (Beker), Калмановский и 1 наш случ.). Чаше в. о. с. смешивают с злокачественными новообразованиями; так, Beker резецировал часть col. transv. Так сделали и мы в одном нашем случае. Большинство же авторов считают диагностику нетрудной при наличии довольно характерной клинической картины. Не всегда однако просто поставить диагноз, особенно когда опухоль спаяна с передней бр. стенкой (сл. Калмановского). Неправильное распознавание влечет за собой ненужные, калечащие и часто опасные операции (Калмановский, 1 наш случ.).

В общем для диагноза важно: появление опухоли в бр. полости, боли, т°, особенно если б-ной был недавно оперирован и при операции был резецирован сальник. Большое значение имеет для диагноза анамнез (Reclus). Калмановский указывает, что восп. опухоли свойственны не только одному сальнику, особенно при наличии инородного тела и слабой инфекции. Таковые опухоли описаны в жировой клетчатке и в мышцах (Бакулева, Мейер), мы имели 2 сл. восп. опухолей в мышцах бр. стенки, после аппендектомии, где после их удаления, обнаружили гнойные полости и в них лигатуры. Чрезвычайно интересным представляется случай Tansini, где в. о. с. заключала в себе рыбную косточку, видимо проникшую в нее из кишки. Аналогичный случай имели и мы, только рыбные кости попали из желудка, и рыбным костям обязана развитием в. о. с. в. о. с. отличаются от воспалит. опухолей друг. частей организма только своей величиной, объясняемой огромной пластической способностью сальника, превышающей таковую всех других тканей и органов.

Переходим к описанию наших случаев.

Сл. 1. Б-ная К., 48 л., ткачиха, поступила в хир. отд. Родниковской б-цы 13/XI 30 г., ист. болезни № 733, с жалобами на опухоль и боли в бр. полости 10 л. т. назад у б-ной появилась без причины опухоль в бр. полости величиной с кулак, неподвижная, располагающаяся в области пупка, были боли, т°. Под влиянием лечения в б-це тепловыми процедурами, опухоль и боли бесследно прошли. В 1927 г. ударило б-ную челноком в правую половину живота, лежала в б-це 1½ м-ца, был

нарыв. В 1928 г. лежала в терапевтическом отдел. нашей б-цы по поводу вновь появившейся опухоли около пупка, боли, ¹⁰. Опухоль плотная, неподвижная, величиной с кулак появилась внезапно. Лежала в б-це 1½ м-ца, лечили тепловыми процедурами, опухоль внезапно пропала и в это же время был несколько раз понос, чем-то белым. Чувствовала себя здоровой до последнего времени и только неделю назад опять появилась опухоль выше пупка слева и боли в бр. полости тянущего характера. При покое болей нет. Стул и мочеиспускание N. Climax 3 года.

St. praesens: б-ная среднего роста, прав. телосложения, удовл. питания. Со стороны легких и сердца ничего особенного. При пальпации живота прощупывается в левом подреберье ближе к пупку плотная, овальная опухоль, величиной с куриное яйцо, подвижная, смещается до пупка и в левом подреберье вправо и вниз сместить не удается, болезненна, но не резко Перкуторно над опухолью тупость, с желудком не связана. При раздувании толстых кишек воздухом, раздутая S-Romanum закрывает опухоль и последняя скрывается в левое подреберье и не прощупывается. При исследовании *per vaginam*: со стороны матки и придатков ничего особенного, с опухолью они не связаны. В моче N. Жел. сок после пробного завтрака: об. кисл. 60, своб. HCl 20. Кровь abs., молочная к. abs. К 16-му ноября опухоль увеличилась, стала менее подвижной, ¹⁰ до 38°. При повторных исследованиях получается впечатление, что опухоль располагается в брыжейке тонкой кишки. При рентгеноскопии легких, желудка и кишек—ничего патологического не обнаружено. В виду того, что мы предполагали здесь нагнаивающуюся злокач. опухоль брыжейки, решено больную оперировать.

18/XI—операция под эфиром (Соколов—операция продолжалась 1 ч. 45 м.). Лев. параректальным разрезом вскрыта бр. полость, к брюшине слегка припаяна опухоль, которая легко отделена от брюшины. Опухоль плотная, белая, с серо-зелеными пятнами на ней, лепешкообразна, исходит из переднего вытянутого края лев. доли печени, покрывает желудок, с ним же спаяна, целиком вляна в lig. gastro-colic. и спаяна с col. transvers. et mesocolon. Ампутация части печени с опухолью, на дефект печени свободная пересадка сальника. Lig. gastro-colic. отделена от желудка вместе с опухолью и произведена резекция 25 см. col. transvers. Опухоль со вняными в нее органами удалена. Авастомоз конец в конец поперечной ободочной кишки.

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Стул N.—к 27/XI. Выписана здоровой 30/XI. Осмотрена в 1933 г.—болей нет, самочувствие хорошее, стул N.

Препарат осмотрен: опухоль 12 × 10 × 5 см. Вся расположена в lig. gastro-colic, почти незаметно переходит в печень и в mesocolon., отделить от них невозможно, в центре флюктуация. При разрезе: в центре несколько гнойных небольших полостей и распад жира. Патолого-гистологическое исследование обнаружило стенки кишки, состоящая из продольных и поперечных мышечных пучков с явлениями незначительного отека и серозной оболочки, переходящей в окружающую жировую ткань сальника с явлениями разрастания воспалительно-грануляционной ткани. В ткани печени—диффузная и очаговая воспалительная, преимущественно лимфоидная, инфильтрация глиссоновой капсулы, расширение капилляров, наличие бурого пигмента в клетках. Заключение: Воспалительная гранулема сальника в гепатит.

Ст. 2-й. Б-ной Б., 46 л., рабочий ЗРК, поступил в х. о. 19/VI 31 г. Ист. болез. № 381. Прислан из амбулатории с резкими болями в животе. Заболел накануне. Внезапно появились сильные боли в животе, которые все усиливались. Утром стало тошнить, но не рвало. Мочился, был ночью самостоятельный стул. Утром газы не отходили. Ничем особенным не болел.

St. praesens: Ср. роста, прав. телослож., удовл. питан. Т. N, пульс 90 в 1' уд наполнен. Со стороны органов грудной полости ничего особенного. Язык обложен—влажный. При пальпации живота: живот нерезко вздут, болезненен. Влюбберг не резко, при осторожной пальпации обнаруживается плотная опухоль в области пупка, опухоль овальная, расположена длинником поперек живота, болезненная, дает впечатление инвагината. Перистальтика волнообразная, с болями во время волны. Под диагнозом инвагинации взят на операцию. стол. Экстрен. операция (Соколов) под эфиром (продолжалась 50 мин.). Разрез по средней линии, ободья слева, пупок, длин. 15 см. Вскрыта бр. полость. Брюшина рыхло спаяна с опухолью, отделена, опухоль бугристая, на передней ее стенке гнойные пленки. Опухоль рас-

положена в lig. gastro-colic., интимно спаяна с большой кривизной желудка в области дна и препилорической части его. Произведено удаление опухоли вместе с частичной резекцией желудка. Послеоперационное течение: 1-ые 3 дня рвота, — промывание желудка. В дальнейшем послеоперац. течение гладкое. Заживление первичным натяжением. Выписан здоровым 1-го июля. Осмотрен в 1933 г., здоров.

Препарат: бугристая, лепешкообразная опухоль, покрытая по передней поверхности гнойными пленками, величиной $10 \times 6 \times 4$ см., интимно спаянная с б. кривизной желудка. На разрезе — несколько гнойных полостей и распад жира — в полостях обнаружено несколько рыбных костей (ребра воблы). В дальнейшем больной рассказал, что дней за 6 до заболевания ел воблу.

Патолого-гист. исслед.: в препарате из стенки желудка обнаруживаются мелкие абсцессы в мышечной стенке и развитие воспалительно-грануляционной ткани вокруг в ткани сальника. Абсцессы выполнены гнойной массой — вокруг нее эпителиодный пояс из крупных округлых светлых клеток с зернистой протоплазмой и сосудистый — с развитием грануляционной ткани и лимфоидной инфильтрацией, в окружающей ткани фиброзное превращение с очагами воспалительной инфильтрации из плазматических клеток и эозинофилов. В сальнике воспалительно-грануляционная отечная ткань с наличием фибробластических элементов и очаговой воспалительной инфильтрацией, наличие мелких абсцессов. Заключение: абсцессы стенки желудка с воспалительно-грануляционным разрастанием ткани сальника вокруг (воспалят. гранулема сальника). Препараты были любезны просмотрены прозектором Г. Э. Коридж и проф. А. И. Абрикосовым, за что пользуемся случаем выразить им благодарность.

Этиология в первом случае для нас так и осталась невыясненной, тот гепатит, который был обнаружен в куске резецированной печени, мы склонны объяснить распространением инфекции по протяжению на близко лежащую часть печени, с которой в. о. с. и спаялась. Мы в этом же случае не придали значения анамнезу, и только после операции и повторного тщательного анамнеза для нас стало ясно, что первый раз опухоль бр. полости, видимо и была в. о. с., которая и рассосалась; а другой раз тоже в. о. с., повидимому, прорвавшаяся в кишку. Мы считали на операции, что имеется злок. опухоль и удалили ее в пределах здоровых тканей, с резекцией поперечно-ободочной кишки и части печени. Во 2-м случае б-ной поступил, как экстренный, с начинающимся перитонитом, с нерезкими явлениями непроходимости, где мы предполагали инвагинацию. Как только мы вскрыли бр. полость, для нас стало ясно, что здесь в. о. с., но т. к. она, как нам казалось, исходила из стенки желудка и удалить в пределах здоровых тканей ее не было труда, мы ее и удалили с частью б. кривизны желудка. При разрезе опухоли мы обнаружили несколько абсцессов и в них до 20 ребер воблы. Этиология здесь ясна: б-ной ел воблу, проглотил несколько костей, они перфорировали желудок, попали в lig. gastro-colic и образовали в. о. с., и б-ной совершенно этого не замечал, но, когда абсцессы готовились к прободению, появились боли, с которыми б-ной к нам и попал.

На основании изучения литературы и своих 2-х случаев мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1. В целях профилактики в. о. с. необходимо сальник удалять в пределах здоровых тканей, класть лигатуры на него кетгутотом и не еп тасе, а мелкими культиками-цепью.
2. При обнаружении опухолей в бр. полости хирург должен всегда помнить о возможности в. о. с.
3. Лечение — в общем выжидательное консервативное — тепло, физиотерапевтические процедуры.

4. Случаи с прогрессированием в. о. с., явлениями перитонита, непроходимости должны лечиться оперативным путем.

Литература: 1. Вилявин. О восп. опухолях сальника. Мед. обзор. Ниж. Поволжья, № 9—10, 1927 г.—2. Зыков. Поврежд. и забол. брюшины. Русская хирургия.—3. Кадьян. Повр. и хирур. забол. кишек и брюшины тб.—4. Калмановский. Воспал. опух. сальника. Врач. дело. № 24—26, 1924 г.—5. Перешивкин. Об эпиплоитах. Юб. сборник И. И. Грекова, 1921 г.—6. Тихов. Частная хирургия.—7. Цветаев. К вопросу об инор. телах бр. полости и роли сальника при этом. Н. Х. А., т. III, кн. 3.

Из Глинской больницы Ново-Георгиевского района на Кременчугщине.

Материалы к вопросу об отравлении спорыньей.

Д-р Я. М. Левин и д-р М. М. Левин.

Всем известны появляющиеся нередко на колосьях ржи, вместо зерен, черные рожки, которые представляют собою склеротий паразитного грибка *Claviceps purpurea*. Обильные дожди в период созревания хлебов, а также градобой способствуют более обильному заражению ржи и в меньшей степени других хлебных культур упомянутыми рожками спорыньи. Все эти условия были чрезвычайно яркими и интенсивными в Ново-Георгиевском районе, где мы и проследили возникшую там эпидемию эрготизма. К началу уборочной кампании не было никаких указаний агрономов о засоренности хлебов рожками спорыньи. 21-го июля (32 г.) началась уборка нового урожая, а 25-го июля мы уже стали перед фактом массового заболевания эрготизмом. Симптоматология заболевания была следующая: резкая слабость, рвота, понос, головная боль, легкое сведение и незначительное похолодание рук и ног. Но все эти отравления были сравнительно легкими, амбулаторными.

31-го июля в больницу поступил первый больной с явлениями отравления спорыньей. С этого дня больничные койки быстро заполнялись отравленными, составив к 1-му октября (день поступления в больницу последнего больного с явлениями отравления спорыньей)—цифру в 105 больных. Мужчин было 49, женщин—56; на возраст до 15-ти лет пришлось 56 случаев.

Обратимся к характеристике клинической картины заболевания. Из анамнеза выясняется, что все 105 госпитализированных нами больных за несколько дней до поступления в больницу перенесли легкое заболевание, совершенно соответствующее вышеупомянутой картине начального отравления спорыньей. Попутно отметим, что все больные, отравленные спорыньей и нуждавшиеся в коечном лечении, были госпитализированы на 100%. Мы считаем, что коечная помощь была оказана своевременно, а также всем нуждавшимся в ней.

По характеру болезненных явлений весь госпитализированный материал в 105 больных может быть представлен в следующей схеме.

С гангреной	С конвульсиями	С сильными желудочно-кишечными расстройствами	С расстройством психики
44	45	13	3

Касаясь трех случаев психоза, мы прежде всего, должны отметить, что ни тяжелых конвульсий с эпилептическими припадками, ни более легких судорог у этих больных предварительно не было. Психозы развились вслед за обычными предвестниками (рвота, понос, головная боль и т. д.). Это наше наблюдение расходится с данными некоторых авторов, которые указывали, что психозам, обыкновенно предшествовали тяжелые конвульсии. Исход в этих трех случаях был относительно благоприятный: наблюдая этих больных через два месяца после выписки из больницы, мы могли констатировать почти полное восстановление психики.

Больные с желудочно-кишечными расстройствами быстро выздоравливали при обычном симптоматическом лечении.

Число смертей равно 7-ми, распределяясь так: один случай при гангрене, пять случаев при конвульсиях и один случай при смешанной картине отравления.

Судороги ограничиваются иногда лишь стягиванием пальцев рук, при чем пальцы при этом почти все время сведены в кулак. В более тяжелых случаях тонические судороги выражаются в виде наступающих приступами продолжительных мышечных сокращений, которые по нашим наблюдениям ограничиваются отдельными мышечными группами, находящимися в функциональной связи друг с другом. Перехода тонических судорог на мышцы всего тела мы не наблюдали. Напротив, клонические судороги во всех наших случаях распространялись по всем мышцам тела в виде ритмически друг за другом следующих непродолжительных сокращений мышц.

Все случаи гангрены на нашем материале относятся к конечностям: рука—3 случая, нога—41 случай. После тех же предвестников гангрены начинается похолодание конечности и мучительными болями. Интенсивность болей при этом дает в некотором смысле возможность предсказать дальнейшую судьбу пораженной конечности: сильные, нестерпимые боли дают в дальнейшем неблагоприятное течение. Пульс в соответствующих артериях прощупать не удается. Жгучие боли необыкновенно усиливаются, пораженная конечность становится синеватой и вскоре чернеет. При этом с ампутацией никогда не следует спешить, ибо омертвление почти всегда ограничивается меньшим участком, чем это кажется вначале.

Почти всем гангренозным больным мы проделали операцию *Leriche-Разумовского*. (Обнажение и выделение *art. femoralis* под паховой связкой и смазывание ее 80° спиртом). При этом мы отмечали потепление конечности, а, главное, появление пятнистой красноты на общем фоне гангренозной конечности. Это нас вначале сильно обнадеживало, но вскоре последовало полное разочарование, ибо уже через несколько часов состояние пораженной конечности было такое же, как до операции. С другой стороны течение гангрены у больных, не подвергавшихся операции *Leriche-Разумовского*, было вполне одинаковое. Поэтому мы полагаем, что расширения сократившихся артерий хотя бы в самой начальной стадии гангрены, путем местного воздействия на сосуд нельзя достигнуть.

Что касается действующего начала спорыньи, то в течение многих лет различную клиническую картину отравления в различных случаях ставили в связь от того или иного действующего начала: так, гангреноз-

ную форму эрготизма рассматривали в связи с отравлением сфацелотоксином, а конвульсивную — корнутином. В настоящее время этот взгляд благодаря химико-фармакологическим исследованиям спорыньи, уже в значительной степени утратил свое значение. Рассматривая этот вопрос с чисто общей точки зрения, мы приведем ряд фактов и соображений, которые говорят в пользу единства действующего начала спорыньи. Числа гангренозных (44) и пораженных конвульсиями (45) приблизительно равны и, следовательно, если стать на точку зрения дуализма действующего начала, — как представить себе специальный источник, вызывающий те или иные поражения? Далее, мы имеем два весьма ярких наблюдения, которые касаются двух семейств, где после совместного питания, у одних появлялась конвульсивная форма эрготизма, у других — гангренозная. Эти больные одновременно находились в больнице, но неодинаково реагировали на одно и то же отравление. Подобного рода наблюдения с полной очевидностью говорят против дуалистической точки зрения на сущность действующего начала спорыньи.

Поэтому мы полагаем, что особенности различных проявлений эрготизма следует отнести не за счет особых разновидностей действующего начала спорыньи, а, главным образом, за счет изменений тканей и их специфически видоизмененной реакции, а также от количества и качества принятой спорыньи.

Что касается лечения, то, как было упомянуто, при гангрене мы широко испробовали операцию Лериче-Разумовского, не достигнув положительных результатов. Для лечения судорог мы сразу начали применять впрыскивания 25% раствора сернокислой магнезии. Дозировку мы применяли следующую: 7,0—25% раствора для взрослых, 3,0 такого же раствора детям. Самым же главным является немедленное и полное прекращение дальнейшего употребления в пищу муки, содержащей спорынью. Но это в большей мере относится уже к области профилактики.

Профилактика и санитарно-просветительная работа — это основное в организации борьбы с эрготизмом. Однако в первые дни эпидемии врачи оставались в роли лечебников. Ясно, что такая постановка дела грозила вскоре захлестнуть нас невозможностью справиться все с новыми и новыми заболеваниями. Нужно было развернуть широкую профилактическую работу и втянуть в это дело широкие массы трудящихся и при помощи последних справиться с эпидемией. И это нам удалось сравнительно быстро. Работа шла по нижеследующему плану: 1) непрерывные объезды всех пораженных сел; 2) сейчас же по приезде в село мы осматривали рожь и брали для анализа муку и печеный хлеб; 3) мобилизовали работников кооперации для организации заготовок (скупки) спорыньи. При последующих приездах в это село мы каждый раз справлялись в кооперации о количестве заготовленной спорыньи; 4) устраивали широкое собрание с участием членов сельсоветов, чл. правлений колхозов, а также комсомола и учительства. После нашего доклада об эрготизме, а также информации о зараженности данного села (по данным анализов муки и хлеба) — для осуществления контроля и для организации работы по борьбе с эрготизмом выделялась постоянная бригада под председательством заместителя председателя сельсовета при нижеследующих представителях: чл. правления колхоза, представитель комсомола и от учительства; 5) категорически запрещалось выдавать на трудодни

колхозникам непрочищенное зерно; 6) в каждом колхозе, а также отдельных группах крестьян мы разъясняли, как очищать зерно от рожков спорыньи и тут же организовывали очистку; 7) на каждой мельнице был установлен постоянный контроль, на обязанности которого было наблюдение за недопущением помола непрочищенного зерна. Одновременно от всех мельников отбиралась подписка не принимать к помолу зерно, содержащее рожки спорыньи; 8) Широко ставились наши лекции об эрготизме; 9) из тех крестьян, которые никак не желали видеть разницу между рожью и рожками спорыньи, организовывалась группа для экскурсии в больницу. Эти обработанные селяне становились потом на селе лучшими агитаторами в деле борьбы с эрготизмом.

Интересно привести цифры процентного содержания спорыньи в хлебе и муке по некоторым селам, по данным повторных анализов: с. Оврахово—2%, с. Колонтаево—1,9%, с. Григорьевка—1,8%, с. Кобзаривка—1,5%, с. Семигорье—1,2%, с. Малая Березовка—1,2%, с. Снижково—0,9%. Просматривая эти цифры можно сделать заключение, что наиболее пораженными оказались те села, которые предварительно подверглись бедствию градобоя.

Для открытия спорыньи в муке мы пользовались методом Гофмана. Принимая во внимание, что мы исследовали исключительно свежие сорта муки, метод этот оказался достаточно точным. Кроме того, метод этот очень прост, не требует ни сложной аппаратуры, ни сложных реактивов, что было очень важно для быстроты наших исследований. Специальных лаборантов также не потребовалось, ибо к этой работе весьма скоро удалось приучить трех лекпомов больницы, которые и были прикреплены к этой работе на весь период эпидемии. К производству анализов также привлекались работники аптеки.

Для очистки зерна от рожков спорыньи чаще всего применялся солевой способ проф. Кургинского. Способ этот, основанный на разнице удельного веса спорыньи и хлебного зерна, оказался весьма практичен и общедоступен. Характер урожая (крупные зерна) благоприятствовал очистке солевым способом. Однако, местами, где рожки спорыньи были такой же величины, как и хлебные зерна или даже меньше, приходилось проводить очистку ручным способом, широко используя нетрудоспособных, а также школьников и пионеротряды.

Показания и противопоказания к искусственному выкидышу.

Проф. В. С. Груздева.

(Доклад в пленарном заседании Краевой научной медицинской ассоциации АТССР 14/IV 33).

За последние 10-летия во всех буржуазных странах наблюдается резкое снижение прироста населения, обусловливаемое катастрофическим падением рождаемости, обгоняющим падение смертности. В Швеции, напр., с 1891 по 1926 г. рождаемость упала с 26,3% до 12,6%, при понижении смертности с 19,1% до 11%. Особенно уменьшился этот прирост, несмотря на понижение процента смертности, во Франции: в 1913 г., напр., число рождений здесь равня-

лось 790 тыс., а в 1923 г.—761 тыс., почему численность населения, несмотря на присоединение Эльзаса и Лотарингии, понизилась с 41.476 тыс. в 1913 г. до 39.209 тыс. в 1923 г.

Что касается способов ограничения деторождения, то они довольно разнообразны: здесь мы видим и полное воздержание женщин от половой жизни, и т. наз. полудевство („*demivierges*“ M. Prevôt), и широкое применение презервативов, и, главное, искусственные выкидыши, т. е. прерывание беременности в той ее стадии, когда плод является неспособным к внеутробной жизни. В настоящее время во всех капиталистических странах господствует настоящая пандемия последних. Во Франции, напр., ежегодное число производимых абортов равняется *minimum* 500 тыс., в Германии по Bumt'u и Vollmann'u оно равно такому же числу, а по Hansberg'u—1 миллиону. Такое возрастание числа абортов наблюдалось и у нас в дореволюционной России: по Якобсону, напр., за 17 лет до 1912 г. ‰ выкидышей у нас увеличился в 10 раз. Тщетно буржуазные правительства как на Западе, так и у нас в царское время боролись с этим злом при помощи карательных мер как для лиц, производящих аборты, так и для беременных, прибегающих к ним,—результатом такого способа борьбы с абортами было лишь то, как говорится в декрете от 18/XI 1920 г., что аборт „был загнан в подполье“, и женщина сделалась жертвой корыстных и часто невежественных абортистов, которые из тайной операции создали себе промысел“. В руках этих абортистов операция искусственного аборта сделалась грозящей не только здоровью, но и самой жизни огромного числа женщин. По Maugrièr процент смертей после подпольных абортов в 100 раз превышает смертность от легального аборта, производимого в надлежащей обстановке, руками врачей. Winkler нашел, что в Германии от последствий выкидышей ежегодно гибнет от 6 до 10 тыс. женщин, а заболевает более или менее серьезно 75—100 тыс. То же самое было и у нас в дореволюционное время.

Видя, что запретительные меры против искусственных абортов несколько не ограничивают их числа, а только увеличивают процент подпольных выкидышей, к громадному вреду для женского населения, рабоче-крестьянское правительство, в лице наркомздрава Семашко и наркомюста Курского, уже упомянутым декретом от 18/XI 1920 г. разрешило производство искусственного выкидыша у нас по социальным показаниям с тем, чтобы он производился в обстановке советских больниц, где обеспечивается максимальная его безвредность, и притом исключительно врачами.

Со времени появления этого декрета прошло более 12 лет, за какой период времени у нас накопилась обширная литература по вопросу об искусственном легальном выкидыше по социальным показаниям. К каким же общим выводам можно прийти на основании данных этой литературы? Повидимому, можно считать несомненным, что легализация аборта в значительной мере достигла той основной цели, с которою она была у нас введена, т. е. уменьшения числа подпольных выкидышей с их колоссальным вредом. Это доказывается и прямыми статистическими данными разных авторов нашего Союза, и косвенными данными преимущественно заграничных авторов (загра-

ницей искусственный аборт по-прежнему разрешается производить исключительно по медицинским показаниям, несмотря на голоса таких представителей науки, как Max Hirsch, требующих разрешения и у них производить аборт по социальным показаниям). По Roesle, напр., смертность от родильной горячки в Берлине относительно в 4 раза выше, чем в Ленинграде, причем $\frac{4}{5}$ смертей приходится на подпольные аборты. Нельзя поэтому не пожалеть, что и у нас, несмотря на легализацию аборта, подпольное производство его далеко еще не является совершенно изжитым.

Что касается, далее, вопроса о том, как легализация аборта отразилась у нас на рождаемости, то вопрос этот до сих пор является нерешенным: в то время, как одни авторы, напр., Бойко, Генс, Фейгель и др., утверждают, что легализация аборта несколько не отразилась у нас на приросте населения, другие, как Емельянов, Благодаров, Карпов, Кордобовский и др., держатся противоположного мнения.

За то вряд-ли можно сомневаться, что искусственный аборт, даже и будучи производим со строгим соблюдением требований декрета 18/XI 1920 г., т. е. в советских больницах и притом руками врача-специалиста, чреват вредными последствиями, если не для жизни, то для здоровья женщины. Не говорю о таких, относительно редких, осложнениях его, как перфорации матки, острые септические заболевания, восходящая гоноррея и пр.,—как мои личные наблюдения, так и наблюдения многих авторов неоспоримо свидетельствуют, что даже якобы вполне благополучно прошедшие аборты все же в дальнейшем существенно отражаются на здоровье женщины, вызывая бесплодие, расстройства месячных, нервные расстройства, благоприятствуя возникновению внематочной беременности, предлежания последа и др. серьезных осложнений последующих беременностей и родов. Особенно вредными в этом отношении являются, по моим наблюдениям, аборты, имеющие целью прерывание первой беременности у женщин с инфантильной половой сферой, а также аборты, производимые путем внутриматочных впрыскиваний t-rae jodi, интеррумпина и т. п. средств. Сравнительно опасными, уже в связи с технической трудностью их выполнения, являются и поздние аборты, т. е. производимые позже 3 месяцев беременности.

Такого взгляда держится и наше советское правительство, которое, видя и в легальном аборте зло, хотя и меньшее, чем подпольный аборт, проводит мероприятия, направленные к уменьшению числа абортов. Так, постановлением Наркомздрава РСФСР, опубликованным в № 4 Бюллетеней НКЗ* за 1926 г. разъяснено, что „производство искусственного выкидыша по истечении 3-х месяцев беременности, при отсутствии опасных для жизни показаний, не допускается“. Главным образом, однако, советская власть борется с тем злом, каким является аборт, не запрещающими или карательными мероприятиями, а такими, как охрана материнства и младенчества, снабжение населения презервативами против нежелательной беременности или, по крайней мере, ознакомление женщин в консультациях с этими средствами и т. п.

Признавая, на основании всего вышесказанного, полезность сохранения у нас,—хотя бы в виде временной меры,—искусственного аборта по социальным показаниям, перейду теперь к обзору медицинских показаний для искусственного выкидыша. Перечислю эти показания, помимо личного опыта, главным образом на основании данных, имеющих в новейшей монографии по этому вопросу, принадлежащей Winter'y (W.) и помещенной в многотомном руководстве Halban'a и Seitz'a *Biologie und Pathologie des Weibes*, Bd. VIII, T. 2, а также на основании данных, имеющих в других отделах этого руководства, в обширном *Handbuch der Geburtshülfe* Winkel'я, где глава об аборте принадлежит Sarwey'ю (S.), в руководстве по оперативному акушерству Hammerschlag'a (H.), в статье т. Близнянской („Охрана материнства и младенчества“, 1932, № 9) „Медицинские показания и противопоказания к производству аборта“ (Б), в каковой статье мы находим схему, разработанную бригадой в составе т. Близнянской, проф. Илькевича, т. Лазаревича, т. Леви, проф. Сердюкова, проф. Малиновского, т. Михайлова, проф. Хольцмана и т. Моджугинского по поручению Московской областной акушерско-гинекологической комиссии, и др.

Предварительно замечу при этом, что обыкновенно медицинские показания к искусственному аборту делятся на две группы: абсолютные, где жизнь беременной подвергается в данное время несомненной опасности, устранения которой можно ожидать исключительно от прерывания беременности, и относительные, где такой опасности можно ожидать лишь в дальнейшем течении беременности или при родах. При наличии показаний первого рода аборт должен быть произведен немедленно, если же налицо имеются лишь относительные показания, то больная должна быть направлена в стационар для наблюдения и лечения, причем прерывание беременности надо произвести лишь в случае безуспешности последнего (Б). Строгой дифференцировки показаний в указанном смысле впрочем провести нельзя, почему в дальнейшем я, подобно большинству авторов, и не буду пытаться делать это.

Замечу еще, что западные акушеры,—немецкие и особенно французские,—гораздо ниже, чем мы, расценивают интересы матери по сравнению с интересами утробного плода, допуская,—по крайней мере на бумаге,—производство аборта лишь при таких заболеваниях, при которых беременность грозит опасностью лишь жизни матери, но не ее здоровью.

Приступая теперь к перечислению *медицинских показаний к искусственному выкидышу*, разгруппирую их соответственно той их классификации, которую мы находим в монографии Winter'a. В первую группу их войдут, стало быть:

1. Заболевания плодного яйца, а именно:

1. *Пузырный занос*, опасность которого для беременной и невозможность получения живого ребенка оправдывают, по W., принципиальное прерывание беременности в каждом случае данного заболевания, коль скоро оно распознано. Такой активный образ действия

должен применяться, не взирая на то, что в $1/2$ — $2/3$ всех случаев пупырный занос выталкивается самопроизвольно. Со своей стороны могу вполне присоединиться к образу действий, рекомендованному при данном заболевании Winter'ом.

2. *Маточные кровотечения травматического происхождения.* Кровотечения эти требуют применения выжидательного образа действий, но если они длятся долго и ослабляют женщину,—тогда вместе с W. я считаю их показывающими прерывание беременности.

3. *Кровотечения при предлежании последа.* Наиболее серьезная форма pl. praeviae, pl. praevia centralis, дает кровотечение уже в первые месяцы беременности, причем в дальнейшем последняя при этой форме часто прерывается преждевременно, а если дойдет до конца,—роды осложняются чрезвычайно обильным кровотечением. В виду всего этого W. совершенно справедливо считает данную форму предлежания последа показывающе прерывание беременности в ранних ее стадиях.

4. *Кровотечения из матки неизвестной натуры,* которые, по W., составляют значительное большинство маточных кровотечений, а именно, $3/4$ их, показывают прерывание беременности в тех случаях, когда они вызывают у больной прогрессирующую анемию с падением количества гемоглобина ниже 50%.

5. *Смерть плода* сама по себе не показывает прерывания беременности, но последнее является желательным, по W., в тех случаях, где она сопровождается сильным кровотечением, а по H.,—когда она вызывает явления интоксикации (альбуминурию и т. п.).

6. *Острый hydramnion*, если он вызывает у беременной расстройство дыхания и кровообращения, показывает, по общепринятому в акушерстве взгляду, прокол плодного яйца, что, по совершенно верному замечанию W., равнозначуще прерыванию беременности.

II. Заболевания половых органов.

1. *Ретрофлексия и пролапс беременной матки* в случаях ущемления последней показывают, по W., не аборт, который здесь опасен и труден технически, а вправление матки, при невозможности же его,—вследствие, напр., наличия фиксирующих матку сращений,—лапаротомии; по S. же при безуспешности вправления ущемившейся ретрофлексированной матки показан искусственный аборт; со своей стороны я, вместе с московской бригадой, присоединился бы к первому мнению.

2. *Децидуальный эндометрит*, обуславливающий кровотечения и лихорадку вследствие скоплений гноя между оболочками, делает, по W., желательным удаление яйца, но надо иметь в виду, что оно здесь может быть очень опасным вследствие распространения инфекции. Я считал бы здесь рациональным тот же образ действия, какой сам W. рекомендует при инфицированном аборте, т. е. сначала применить такие средства вызвать изгнание яйца, как хинин.

3. *Фибромиомы матки*, прежде фигурировавшие среди показаний к выкидышу, в настоящее время, по общепринятому взгляду, показывают не аборт, а радикальное оперативное вмешательство,—тем бо-

лее, что, по моему мнению, последнее здесь является и не более опасным, и не более трудным технически, чем, напр., вычерпывание яйца.

4. Равным образом и *операбельные раки матки* показывают или радикальную операцию (удаление матки вместе с плодным яйцом), или облучение с оставлением беременности, но не аборт.

5. Оперативного удаления требуют и *опухоли яичников*, прерывания же беременности при них, по взгляду W., вполне разделяемому мною, никогда не требуется.

6. При *воспалительных заболеваниях маточных придатков*, как острых, так и хронических, прерывание беременности W. считает принципиально неправильным,—взгляд, к которому вполне присоединяюсь и я.

III. Токсикозы беременности.

Среди этих заболеваний, которые особенно часто требуют прерывания беременности, на одном из первых мест стоит:

1. *Неукротимая рвота беременных*, требующая производства искусственного выкидыша в тех случаях, когда она не поддается консервативному лечению,—лучше в стационаре, как то требуют московские товарищи,—и вызывает аритмию пульса, лихорадку, альбуминурию, мозговые симптомы, желтуху и тяжелые расстройства общего состояния. Учащение пульса и падение веса беременной не показывает, по W., искусственного выкидыша, по взгляду же, проводимому Б., стойкое учащение пульса (до 100 и выше) и аритмия показывают последний; я лично держусь того мнения, что здесь необходима строгая индивидуализация отдельных случаев.

2. *Саливация*, часто связанная с *hyperemesis gravidarum*, по W., не повышает опасности последней и не показывает прерывания беременности; Novak же и Döderlein считают пtiализм, связанный с *hyperemesis*, показывающим аборт; по моему сильный пtiализм, не уступающий никаким другим лечебным мерам, также требует прерывания беременности в форме искусственного аборта.

3. *Отеки у беременных* сами по себе, по W., неопасны и требуют не прерывания беременности, а соответствующего лечения; где оно, однако, не помогает, показывается прерывание беременности. Прерывания этого некоторые авторы требуют и при начинающейся *гангрене вульвы на почве отека*, хотя по-моему здесь сначала надо испробовать насечки.

4. *Нефропатия* сама по себе, по W., не должна служить показанием к прерыванию беременности за исключением высоких степеней *гидроторакса* и *гидроперикардия*, не поддающихся хирургическому лечению путем прокола и лечению бессолевой диетой. Опасность перехода нефропатии в хронический нефрит W. считает ничтожной. Не показывают искусственного аборта, по W., и такие симптомы, как *альбуминурия* и *цилиндрурия*,—взгляд, которого не разделяют московские товарищи, считающие значительную альбуминурию с появлением эпителиальных и зернистых цилиндров показанием к абарту, если постельное содержание больных и диета не дадут результата.

Гипертония, которая, по W., чрезвычайно редко достигает у беременных опасных степеней, также, по этому автору, не должна служить показанием к аборту, по другим же авторам, как Eskelt, показывает таковой; очевидно, здесь все зависит от степени гипертонии.

О таких проявлениях нефропатии, как *амавроз*, *альбуминурийный ретинит* и *отслойка сетчатки*, я скажу ниже, при перечислении показывающих аборт заболеваний глаза.

5. *Eclampsia gravidarum* требует прерывания беременности лишь при тяжелом течении, не уступающем консервативному лечению (способ Строганова, кровопускания); для профилактики эклампсии W. считает прерывание беременности ненужным, я же со своей стороны скорее бы присоединился в предложению Heupemann'a считать и преэклампсию, не поддающуюся консервативному лечению, показывающей прерывание беременности.

6. *Хорея*, по W., требует прерывания беременности, во-первых, во всех остро наступающих тяжелых случаях, во-вторых, и в протекающих сначала легко случаях, если болезнь ведет к судорогам глотательных и дыхательных мышц, или тяжелому истощению, а также если она осложняется заболеваниями сердца, легких и почек, и если при ней наступают острые психозы или симптомы токсемии.

7. *Острая желтая атрофия печени* требует немедленного прерывания беременности при обнаружении первых же признаков интоксикации (кроме желтухи—учащение пульса, мозговые явления, тяжелые расстройства деятельности почек, кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки и пр.). Сама по себе *желтуха*, однако, не требует, по W., прерывания беременности, если она даже проявляет тенденцию повторяться при нескольких беременностях; катарральная желтуха, по этому автору, требует искусственного аборта лишь тогда, когда она вызывает сильный общий зуд кожи, холемические кровотечения, тяжелый энтерит и психическое возбуждение беременной.

8. Из *кожных болезней*, относящихся к числу токсикозов беременности, pruritis, prurigo, эритема, herpes, крапивница и impetigo, по W., не должны вести к прерыванию беременности, но тяжелые формы impetigo herpetiformis с лихорадкой, ознобами и упадком общего состояния по взгляду большинства авторов составляют в этом отношении исключение. Кулигин считает показанием к аборту также herpes zoster linguae gangraenosus, а Иордан—волчанку.

IV. Заболевания, зависящие от расстройств внутренней секреции

1. По W. *Базедова болезнь*, вызывающая расстройства со стороны сердца, показывает прерывание беременности в тех случаях, где оперативное лечение ее почему-либо невозможно, а равно там, где она осложняется неукротимой рвотой и нефритом, Jagie же и Freund считают его показанным во всех тяжелых случаях зоба, а московская бригада—в случаях, где имеется ухудшение состояния больной в смысле нарушений работы сердечно-сосудистой системы.

2. *Диабет*, по Б., является показанием к прерыванию беременности, когда лечебные мероприятия не улучшают состояния больной,

что указывает на тяжелую форму заболевания,—положение, к которому я считаю вполне возможным присоединиться. W. несколько иначе формулирует здесь показания к прерыванию беременности: по его мнению оно показывается лишь при наступлении диабетической комы, а также при осложнении диабета токсическим нефрозом и неконтролируемой рвотой. Профилактическое применение искусственного аборта при диабете W. считает непоказанным за исключением случаев, где плод мертв; равным образом не показывают его, по W., возрастание содержания сахара в моче, быстрое исхудание и др. симптомы диабета. Впрочем сам W. в 1 случае с успехом произвел аборт при угрожающей диабетической коме.

3. *Тетания* сама по себе, по W., не требует применения искусственного аборта, у Б. же она фигурирует в числе заболеваний, показывающих последний. Напротив, W. считает аборт показанным только в тех случаях, где судороги переходят на мышцы глотки и гортани.

4. *Остеомалация*, хотя она нередко и ухудшается во время беременности, W. не причисляет к болезням, требующим прерывания беременности, за исключением тех случаев, где она развивается у молодых женщин, причем внутренние средства остаются при ней безуспешными. Я же со своей стороны считал бы эту болезнь всегда показывающей прерывание беременности.

5. Рогго к числу болезней, показывающих прерывание беременности, относит также *острую гипертонию грудей* у беременных.

V. Болезни внутренних органов.

1. Вопрос о применении прерывания беременности при *tbc легких* до сих пор решается различными авторами различно. Хольцман и Б. формулируют показания к нему при легочном *tbc* так: а) компенсированные формы *tbc* с рентгеноскопическими и физическими признаками (отсутствие выделения *tbc* бацилл перед наступлением беременности, стойкая нормальная t^0 , отсутствие тахикардии, нормальная реакция РОЭ до беременности, стойкий вес) не дают показаний к прерыванию беременности. б) В случаях с обширными фиброзно-цирротическими изменениями беременность может быть оставлена только при благоприятных социально-бытовых условиях. в) Субфебрилитеты *tbc* происхождения (железисто-плевральная форма и формы с хронической интоксикацией) без явлений генерализации (глаза, железы, кожа и пр.) при условиях удовлетворительного питания, отсутствия тахикардии, нормальных показателей РОЭ, также не дают показаний к прерыванию беременности. г) Случаи с более обширными инфильтративными изменениями, диссеминированные формы или выраженная кавернозная легочная чахотка, случаи с резко выраженной токсемией подлежат прерыванию беременности. д) При субкомпенсированной форме *tbc* с незначительными явлениями продуктивного характера без значительного распада и с нерезко выраженной интоксикацией беременность может быть сохранена; устанавливая показания к прерыванию беременности или к ее сохранению в таких случаях, необходимо принимать во внимание социально-бы-

товые условия больной, желание женщины иметь ребенка, а также возможность длительного санаторного лечения. При этом прерывание беременности необходимо производить, по Х. и Б., в первые 10 недель ее; прерывание во второй половине беременности в тяжелых случаях тbc легких бесцельно, так как к тяжести тbc заболевания прибавляется тогда опасность полостной операции.

Короче формулирует показания к прерыванию беременности при тbc легких W., по мнению которого латентный тbc легких не показывает аборта, при явном же тbc показывается прерывание беременности до VII месяца.

2. *Тbc гортани*, по единогласному мнению всех, показывает прерывание беременности, но W. допускает отступление от этого правила для исключительно-благоприятных случаев.

3. *Пороки сердца* сами по себе, по W., не требуют прерывания беременности, которое по этому автору показывается лишь а) при острой опасности для жизни, зависящей от слабости сердца, отека легких, скопления жидкости в перикарде, грудной и брюшной полостях, б) при тяжелых расстройствах компенсации, в) при остром, впервые во время беременности возникающем или рецидивирующем эндокардите, г) при полном блоке сердца в атрио-вентрикулярной системе, д) при осложнении пороков хроническим нефритом, е) при осложнении их острыми или хроническими болезнями легких.

По другим авторам, как указывает Jagiç, *митральный стеноз* даже и при отсутствии расстройств компенсации показывает прерывание беременности, а равно показывается последнее при *комбинации нескольких пороков*, при *резком миокардите*, *сильном ожирении сердца*, отражающемся на состоянии сердца, выраженном *кифосколиозе грудной части позвоночника* и *адгезивном перикардите*.

Из *болезней сосудов* Jagiç считает показывающими прерывание беременности *артериосклеротическую гипертензию* и *кардиопатию*, а также *сильный цианоз*. Показывается оно также при *mesaortitis luetica*.

Б. и Михайлов, которыми составлены показания к прерыванию беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы по поручению Московской комиссии, полагают, что в основу суждения об этих показаниях должны быть положены данные функционального состояния сердца и сосудов, анатомо-морфологический же диагноз не решает вопроса о необходимости прервать беременность. Общими показаниями для такого прерывания они считают: а) явления декомпенсации независимо от характера заболевания сердца, являющегося причиной этой декомпенсации; б) явления субкомпенсации сердечной деятельности, особенно при наличии декомпенсации в прошлом (компенсированные формы заболеваний сердца при наличии стойких изменений сами по себе не являются поводом для прерывания беременности); в) эндокардит при наличии симптомокомплекса отечности (наличие некоторой возбудимости сердца не служит показанием к аборту); г) аритмическая деятельность сердца при наличии диагноза мерцания предсердий, являющаяся безусловным показанием к аборту, экстрасистола же, при отсутствии других признаков заболевания сердца, не должна приниматься в расчет); д) склеротические изменения сердца при наличии твердо установленного симптомокомплекса.

Из числа *болезней почек острый нефрит*, по W., не показывает прерывания беременности, по другим же авторам, напр. по H., иногда показывает; по B., он является относительным показанием к такому прерыванию. Хронический же нефрит по Fehling'y и Hofmeier'y всегда требует прерывания беременности, которое при нем надо производить возможно раньше; по B. к нему надо прибегать особенно когда имеется недостаточность функции почек, а по W. а) при значительных скоплениях жидкости в плевре или перикардии; б) при грозящей уремии (узнаваемой по амаврозу, усиливающимся головным болям, рвоте, повышенному кровяному давлению); в) при расстройствах компенсации сердца; г) при прогрессирующем альбуминурийном ретините; д) при отслойке сетчатки и е) при амаврозе.

Гематурия сама по себе, по Eckelt'y, требует прерывания беременности лишь тогда, когда она, повторяясь, ведет к развитию прогрессирующей анемии у беременных.

Пиэлит, по W., показывает искусственное прерывание беременности лишь при безуспешности лечения промываниями лоханок, наличии сильной инфекции и явлениях упадка общего состояния беременной. Пиэлит, комбинирующийся с ileus'ом беременных, по новейшим данным всегда показывает немедленное прерывание беременности.

При *пионефрозе* и *абсцессах* почек W. требует хирургического лечения с сохранением беременности.

Что касается *тбс* почек, то при одностороннем процессе этого рода показывается, по W., нефротомия (sic! B. T.) с сохранением беременности, при двустороннем же требуется применение искусственного аборта.

VI. Болезни крови.

Из этих болезней, по W., требуют прерывания беременности *лейкемия*, именно, острая, возникающая во время беременности (хроническая же, возникшая еще до начала беременности, показывает его лишь в тяжелых случаях), и все случаи *пернициозной анемии*. H. считает также этот образ действий показанным при *гемофилии*.

VII. Болезни нервной системы.

Из *психозов* W. считает показывающими прерывание беременности лишь а) *маниакально-депрессивные состояния*, если они связаны с мыслями о беременности и ее последствиях, а также с мыслями о самоубийстве, и если они не улучшаются при пребывании больных в специальных закрытых учреждениях (такого же взгляда придерживается и Wollenberg); б) те случаи *dementiae praecoxis*, в которых раньше болезнь ухудшалась под влиянием беременности и родов, и где она рецидивировала при настоящей беременности.

Эпилепсия по Curschmann'y во время беременности иногда даже улучшается. То же бывает по Siemerlin'y и с *истерией*. Впрочем тяжелый status epilepticus требует, по Ewald'y, прерывания беременности, а E. Meyer считает эпилепсию показывающей стерилизацию женщины.

Из органических болезней головного мозга случаи благоприятного влияния прерывания беременности описаны в литературе при *hydrocephalus externus* и кортикальном энцефалите.

Среди органических болезней спинного мозга показывают прерывание беременности, по W., а) *миэлит беременных*, обыкновенно токсического происхождения,—при тяжелом течении и восходящем характере и б) *множественный склероз*—если эта болезнь заметно ухудшается во время беременности и грозит даже жизни больных.

Из заболеваний нервных стволов прерывание беременности показывается, по W. при *восходящем параличе Landry*, *неврите блуждающего нерва* и *p. rhénici* и при *полиневрите*, сопровождающемся рвотой, желтухой и психозами.

VIII. Болезни органов внешних чувств.

Из глазных болезней требуют прерывания беременности: *Nevritis n. optici*—по Б. преимущественно двусторонний, по W.—если он вызывает значительные расстройства зрения, причем прерывание беременности показывается здесь и профилактически.

Отслойка сетчатки, осложняющая нефропатию и хронический нефрит.

Уремический амавроз—тогда как *экламптический амавроз*, по W., никогда не показывает прерывания беременности.

Альбуминурийный ретинит—когда он появляется уже в ранних стадиях беременности и обнаруживает склонность к ясному прогрессированию.

Некоторые авторы, по Novak'у, считают также показанием к аборту *быстро прогрессирующую при беременности миопию*, другие—наличность *глаукомы* и, наконец, *кровоизлияния в сетчатку*.

Из ушных болезней при *отосклерозе*, по W., надо воздерживаться от прерывания беременности на том основании, что болезнь эта продолжает прогрессировать и по окончании беременности; Haike, однако, считает отосклероз показывающим прерывание беременности, если во время последней болезнь значительно ухудшается, а в статье Б. отосклероз фигурирует в числе абсолютных показаний к аборту, так как он ведет во время беременности к полной глухоте.

Не считает W. показанным прерывание беременности и при *нагноении среднего уха*.

IX. Хирургические болезни.

Аппендицит, по W., не показывает прерывания беременности, ибо оно может вести к распространению процесса. Не считает его показанием к аборту и Б.

При *оперативном раке прямой кишки* Novak считает наилучшим образом действий—сначала произвести аборт, а через 1—2 нед. радикальную операцию.

При *tbc костей и суставов* W. считает искусственный аборт не показанным, Novak же—показанным при *флоридном*, прогрессирующем течении болезни, а Б. и Хольцман полагают, что законченные формы костно-суставного tbc не дают показаний к прерыванию

беременности, случаи же с явлениями интоксикации и открытыми свищами показывают его.

При *желчно-каменной болезни* прерывание беременности, по W., не показуется ни с лечебной, ни с профилактической целью. Не показывает его по Б и *простая желтуха*, по W. же катарральная желтуха требует аборта, если она сопровождается сильным зудом, холемическими кровотечениями, тяжелым энтеритом и психическим возбуждением беременной.

Не требуют также, по W., прерывания беременности *грыжи, varices нижних конечностей, arthritis deformans и опухоли брюшной полости.*

Х. Опасность предстоящих родов и др. показания.

Сужение таза какой бы то ни было степени W. не считает показывающими искусственный выкидыш, так как в настоящее время мы имеем в кесарском сечении относительно безопасный для матери способ родоразрешения, при помощи которого можно почти наверное получить живого ребенка при любых размерах таза. Однако опыт показывает, что операция эта при современных условиях дает гораздо более высокую заболеваемость и смертность матерей, чем операция искусственного выкидыша. Поэтому в тех случаях, где размеры таза у женщины не допускают рождения живого доношенного ребенка *per vias naturales*,—т. е. имеется или абсолютное сужение таза (С. v. при плоском тазе равна 6 см. и ниже, а при общесуженном— $6\frac{1}{2}$ и ниже), или относительное 2-й степени (С. v. ниже $8\frac{1}{2}$ см.),—мы должны предложить беременной на выбор либо подвергнуться риску кесарского сечения, но за то получить живого и жизнеспособного ребенка, либо избежать этого риска ценою жизни плода; в последнем случае беременность прерывается путем искусственного выкидыша.

Такого же образа действий врач-акушер должен держаться и при *стенозах мягких частей родового канала* у женщины, не допускающих рождения доношенного плода *per vias naturales*, но позволяющих извлечение яйца, находящегося в ранних стадиях развития, где W. также не допускает применения искусственного выкидыша.

Не считает W. показанным производство аборта и в тех случаях, где у женщины, уже перенесшей раз или несколько раз операцию кесарского сечения, доношивание беременности до конца и срочные роды сопряжены с риском *разрыва матки*, или женщина, как показывает опыт предыдущих родов у ней, склонна к опасным *послеродовым кровотечениям*. Между тем в отдельных случаях этого рода, особенно у женщин многосемейных, я считал бы искусственное прерывание беременности в таких случаях вполне допустимым.

Прерывания беременности *по социальным показаниям* W., подобно другим западно-европейским акушерам, не допускает, хотя все же признает их подкрепляющими медицинские показания, особенно у женщин, страдающих tbc. У нас, как уже было сказано выше, дело обстоит иначе.

Не вяжется с нашими взглядами и защищаемая W. недопустимость аборта *по евгенетическим показаниям*, при наличии у родителей

болезней, передающихся детям, каковы сифилис, эпилепсия, атрофия зрительного нерва, психозы (напр. *dementia praecox*), а равно в случаях, где женщина оказывается *забеременевшей против ее желания* (изнасилование, coitus с женщиной, находящейся под наркозом и т. п.)

Разберу теперь кратко *противопоказания к производству искусственного аборта*, причем перечислю их в том порядке, как они изложены в статье Б., где перечень их составлен проф. Сердюковым и д-ром Моджугинским.

Первыми из этих противопоказаний они считают *инфантилизм и гипоплазию матки*. Со своей стороны я также считал бы производство искусственного аборта при этих аномалиях нежелательным, так как опыт свидетельствует, что оно очень часто ведет здесь к таким последствиям, как полное бесплодие.

Противопоказуют, по С. и М., прерывание беременности также *острые и подострые воспалительные заболевания половых, тазовых и брюшных органов*, напр., гнойники в области мочевого канала, гнойные бартолиниты, свежая гоноррея, аппендицит в острой и подострой стадиях и т. п. Конечно, едва ли можно оспаривать, что производство аборта в подобных случаях безопаснее отложить до того времени, пока гнойники не будут опорожнены и их полости не будут обеззаражены, больной червеобразный отросток не будет удален, половой канал не будет освобожден от гонококков (иначе травма при аборте может повести к развитию восходящей гонорреи и пр.).

Нельзя не признать также рациональным требование названных авторов, чтобы у женщин, перенесших *воспалительные заболевания после родов и аборта*, искусственное прерывание следующей беременности производилось после известного времени, напр, месяцев 6-ти, по выздоровлении, особенно при наличии анатомических изменений в тазовых органах и ускоренной РОЭ, а равно—чтобы при всех лихорадочных повышениях t^0 у беременных без диагноза производство аборта откладывалось на 3-дневный срок после того, как у них установится нормальная t^0 .

Что касается таких *фокальных инфекций*, признаваемых С. и М. также за противопоказания к производству искусственного аборта, как ангина, грипп, флюс, фурункулез, гнойный отит, гноящиеся раны и язвы, то, конечно, лучше избегать этой операции, пока беременные не излечатся от них, но если прерывание беременности почему-либо не терпит отлагательства, к нему можно прибегать и до полного излечения больных, приняв лишь меры, чтобы во время операции инфекция не попала в полость матки. Сказанное впрочем относится и к некоторым другим противопоказаниям из числа приведенных выше.

Нежелательным считал бы я, вместе с С. и М., и *слишком частое* производство искусственных абортов,—чаще, чем 2 раза в год,—ибо оно действительно ведет к изнашиваемости организма женщины и неблагоприятно влияет как на соматическую, так и на нервно-психическую сферу женщины.

Относительно противопоказанности искусственного аборта при таких аномалиях, как *graviditas cervicalis*, где единственно действи-

тельным средством борьбы с кровотечением является полная экстирпация матки, или *graviditas extrauterina*, конечно, двух мнений быть не может.

Наконец, о прерывании беременности при *опухолях яичников* и *фибромиомах матки* мною уже было сказано выше.

Прения.

В дискуссии по докладу проф. В. С. Груздева приняли участие проф. Р. И. Лепская, З. И. Малкин, Н. К. Горяев, Р. Я. Гасуль, А. В. Вишневский, И. И. Русецкий, доц. М. П. Андреев, проф. А. Н. Мурзин, В. Е. Адамюк, И. Ф. Козлов, Я. Д. Печников, Ф. Г. Мухамедьяров и С. М. Шварц и доц. Мустафин.

Проф. Р. И. Лепская, остановившись на некоторых токсикозах беременности, часто связываемых с поражениями почек и печени, указала, что с современной точки зрения клиническая картина в этих случаях является не результатом местного поражения одного органа, а отражением сложных общих расстройств. Перестройка организма беременной, начавшись под ведущим влиянием эндокринной системы, может, при отсутствии соответствующих корреляций, привести к таким, напр., патологическим реакциям, как дисрегуляция сосудистого тонуса (гипертония), как понижение осмотического давления протеинов крови и повышение способности к набуханию коллоидов тканей (факторы, ведущие к отеку); даже такой симптом, как альбуминурия, может объясняться экстра-ренальными причинами, а именно сдвигом в белковом составе крови. Клиническая картина токсикоза может т. о. быть чрезвычайно разнообразной — от моносимптома, каковы *hydrops*, *hypertonia*, *albuminuria gravidarum*, до пестрой комбинации этих симптомов, которая осложняется еще сочетанием с местными изменениями в почках и в печени. Изложенная точка зрения существенно повлияла и на терапевтические установки. Ни отек, ни гипертония не считаются абсолютными показаниями к прерыванию беременности с тех пор, как современная терапия располагает методами лечения, направленными на эти экстра-ренальные моменты. Лишь упорство и нарастание указанных симптомов, несмотря на терапию, могут стать показаниями к прерыванию беременности. Еще менее того изолированная альбуминурия может служить указанием на угрожающее явление, требующие такого прерывания. Что касается желухи беременных, то она одна также не служит показанием к прерыванию беременности. Современная инсулино-углеводная терапия позволяет улучшить функцию печени, предупредить тяжелые осложнения и даже купировать иногда уже выраженные явления полной недостаточности этого органа.

Проф. З. И. Малкин высказал, что при решении вопроса о показаниях к прерыванию беременности со стороны сердечно-сосудистой системы необходим тщательный анализ каждого отдельного случая. С этой точки зрения даже декомпенсация не всегда является абсолютным показанием к такому прерыванию. Так, стеноз дуги, — порок, при котором особенно страдает диастолическое наполнение сердца, по мнению многих авторов показывает прерывание беременности уже при первых признаках декомпенсации. Между тем М.-ну известен случай, где беременная на VII месяце, поступившая в клинику с резко выраженными явлениями декомпенсации на почве стеноза дуги (большими отеками, значительным расширением сердца, резкой тахикардией), будучи подвергнута лечению наперстянкой, продолжавшемуся с небольшими перерывами до родов, благополучно перенесла последние, продолжая себя хорошо чувствовать и после родов. Проф. М. не сказал бы, однако, этого относительно аортальных пороков, при которых, правда, сердце значительно дольше сопротивляется факторам, выводящим его из состояния декомпенсации, но при которых гораздо труднее справиться с уже развившейся декомпенсацией.

Проф. Н. К. Горяев указал, что некоторые формулировки авторитетнейших акушеров относительно прерывания беременности, казавшиеся почти бесспорными немного лет тому назад, требуют существенных поправок в настоящее время. В частности требуют пересмотра показания к прерыванию беременности при анемиях. Переливание крови, получающее все более и более широкое распространение, и обогащение наших лечебных мероприятий при анемиях введе-

нием лечения печенью и свиным желудком—должны повести к резкому ограничению показаний к прерыванию беременности при анемиях. В августе 1926 г. появились первые сообщения Minot и Murphy о результатах лечения печени пернициозной анемии, а уже в конце 1927 г. Mouzon сообщил о случае Deschamps'a, где пернициозная анемия у беременной улучшилась под влиянием печени, и беременность благополучно окончилась в срок. Позднее аналогичные случаи были сообщены в американской литературе.

Проф. Р. Я. Гасуль, отметив важность рентгенологического исследования для установок заболеваний, показующих искусственный выкидыш, особенно туберкулеза легких, добавил к перечисленным в докладе показаниям еще одно, а именно, по его мнению аборт показан у женщин, подвергавшихся частым снимкам области таза или освещению по поводу воспалительных процессов в половой сфере. Здесь искусственный выкидыш диктуется теми соображениями, что поврежденные х-лучами половые клетки яичников могут дать неполноценный плод.

Проф. А. В. Вишневский отметил, что хирургические заболевания у беременных в конечном счете не так уж часто вынуждают ставить показания к аборту. Зависит это оттого, что многие из этих заболеваний успешно лечатся и устраняются хирургическим путем в течение самой беременности, особенно на первых ее сроках. Таковы аппендицит, гнойные процессы в почках, заболевания желчных путей. Поэтому при указанных заболеваниях у беременных чаще приходится ставить вопрос о ликвидации этих заболеваний, чем о ликвидации беременности. Особенно в этом отношении стоят заболевания желчных путей, связанные с обтурационной желтухой. В практике проф. В-го был случай, где он оперировал беременную больную с хронической закупоркой общего желчного протока в состоянии резкой холемии, не зная об ее беременности; после операции у больной развился самопроизвольный аборт, сопровождавшийся тяжелейшим кровотечением, от которого она погибла; возможно впрочем, что здесь было бы плохо и с искусственным абортом, если бы последний был предпослан операции. Из других, сопутствующих беременности, хирургических заболеваний В. считает показующим искусственный выкидыш лишь рак прямой кишки.

Разбирая вопрос о показаниях и противопоказаниях к прерыванию беременности при нервных болезнях, проф. И. И. Русецкий отметил большое значение нарушения нервных механизмов, связанных с беременностью и родами, особенно механизмов пояснично-крестцового спинного отдела, каковые нарушения наблюдаются при поражениях спинного мозга, сопровождающихся расстройствами вегетативных функций последнего и нижними параплегиями (сдавления спинного мозга, миелиты, менинго-миелиты и пр.); при всех этих нарушениях показано прерывание беременности, равно как и в тяжелых случаях полиневритов, двусторонних пояснично-крестцовых плекситов, а также в редких случаях поражения n. phrenici и n. vagi.

Из заболеваний большого мозга проф. Р. считает прерывание беременности показанным в тяжелых случаях опухолей и менинго-энцефалита.

Вопрос о прерывании беременности при гиперкинезах (хорея, эпилепсия) может быть, по его мнению, разрешен в положительном смысле при тяжелом эпилептическом состоянии или выраженных гиперкинезах мышц, вредящих беременности и родам (мышцы живота, приводящие мышцы бедра и пр.).

Из рассеянных заболеваний нервной системы, показующих прерывание беременности, Р. на первом месте ставит сифилис центральной нервной системы, а также металюес и множественный склероз—в случаях выраженных нижних параплегий.

Наконец, вопрос о прерывании беременности может быть предметом обсуждения при наследственных заболеваниях нервной системы, передающихся по доминантному типу и при тяжелых заболеваниях вегетативной нервной системы с вазомоторными и трофическими нарушениями в брюшной области.

Доц. М. П. Андреев заметил, что психиатру приходится принимать участие в разрешении вопроса о прерывании беременности с трех точек зрения—собственно-психиатрической, евгенической и психологической. 1) В отношении показаний со стороны психозов можно в основном согласиться с осторожными положениями докладчика и Winter'a; в настоящее время только еще более подчеркиваются редкость и относительность показаний к прерыванию беременности при психозах (Masurkiewicz, Cole), даже и таких, как шизофре-

ния и ман.-депр. психоз (Bumke, Horstmann). 2) Евгенические показания, как отмечено и докладчиком, вообще не являются определенными и решающими. Это особенно следует подчеркнуть в отношении психических заболеваний (Cole, Horstmann и др.), так как в этой области наблюдается иногда несколько-паническое отношение среди врачей, при котором отбрасывается общее положение о том, что „законы наследственности (по крайней мере в человеческой патологии) дают возможность многое объяснить, но не многое предсказать“. 3) Практически-важнее соображения психологического порядка, отчасти уже затронутые в выступлениях профф. Н. К. Горяева и З. И. Малкина. Установка женщины на продоление и естественное завершение беременности часто является важным моментом в ее психической жизни, и игнорирование этой установки, как факта, противоположающего искусственное прерывание беременности, при относительности многих других показаний (о чем говорили некоторые оппоненты), может создать психическую травму, являющуюся источником развития разного рода психоневротических состояний у женщины.

Присоединившись к положению относительно показаний прерывания беременности при осложняющей нефропатию и хронический нефрит отслойке сетчатки и уремическом амаврозе, проф. А. И. Мурзин дополнил, что и возникающая на всякой другой почве у беременных отслойка сетчатки показывает искусственный выкидыш. Что касается альбуминуричного ретинита, то, если он возникает у беременной, страдающей хроническим нефритом, то, по мнению проф. М. н. а, требует немедленного прерывания беременности; если же эта болезнь развивается на почве нефропатии беременных, то в таких случаях возможно выжидание. Показывается, по М., немедленное прерывание беременности и после установки диагноза воспаления зрительного нерва,—конечно, при условии отсутствия другого этиологического фактора,—причем, в виду наклона неврита зрительного нерва рецидивировать при последующих беременностях, искусственный выкидыш должен быть применен здесь и в виде профилактической меры. Наконец, в отдельных случаях прерывание беременности является показанным и при таких заболеваниях глаза, как стоящие в связи с беременностью кератоконус, экзофтальм, глаукома, язва роговицы и пр., хотя здесь возможна индивидуализация.

Проф. В. Е. Адамюк считает нужным добавить к показывающим прерывание беременности заболеваниям глаза гнойные кератиты у очень истощенных, анемичных женщин, принимающие характер кератомалиции. Кроме того проф. А. отметил шаткость разграничения не прогрессирующих ретинитов от прогрессирующих, необходимость в случаях неврита выяснения наличия других этиологических моментов и неотложность вмешательства при отслойках сетчатки.

Проф. И. Ф. Козлов, приветствуя своевременность доклада, в виду его обобщающего значения вопроса о медицинских показаниях к аборту для врачей Союза, высказал, что при решении этого вопроса должны быть учтены профессия и характер труда беременных. Для лучшей установки медпоказаний к аборту в отдельных случаях проф. К. рекомендует улучшение работы консультаций для беременных и более тесную связь их с представителями различных медицинских специальностей.

Проф. Я. Д. Печников заметил, что специалисту дерматологу чрезвычайно редко приходится сталкиваться с вопросом о производстве аборта. К дерматозам, показывающим производство последнего, относится специальный дерматоз беременных, *impetigo herpetiformis* Hebra: каждый случай этого заболевания должен быть предметом совместного обсуждения гинеколога и дерматолога по поводу необходимости производства аборта. Что касается второго специального дерматоза беременных—*herpes gravidarum*, то надо согласиться с Winterm., что обычно этот дерматоз не служит показанием к прерыванию беременности. Указания Winterm. на зуд кожи при катаральной желтухе у беременных, как показывающий производство аборта, надо расширить и углубить по отношению к целому ряду дерматозов. Современная дерматология стремится к пониманию последних в связи с их генезом и общей динамикой жизни организма. Большинство дерматозов являются лишь вывеской, внешним синдромом различных процессов внутри организма и его заболеваний в целом. Поэтому вопрос о прерывании беременности может возникнуть при ряде банальных дерматозов в том случае, когда данный дерматоз будет являться внешним отражением серьезного нарушения функций организма. Для примера можно взять тот же зуд

кожи у беременных: при существующем общем нервном расстройстве зуд этот может быть настолько нестерпим, что, при отсутствии эффекта от применения различных методов и средств лечения, может сделать необходимым прерывание беременности. Т. о. центр тяжести вопроса о прерывании беременности при дерматозах должен быть перенесен от статического диагноза самого дерматоза к динамическому диагнозу нарушения функции организма при нем.

Проф. Ф. Г. Мухомедьяров: Всякие процессы, происходящие в человеческом обществе, обуславливаются социально-экономической структурой данного общества и подчиняются социальным закономерностям. Поэтому при освещении и анализе демографических процессов, а также связанных с проблемой населения вопросов, как-то показаний и противопоказаний к искусственным выкидышам, мы должны исходить из социально-экономических основ, увязав так называемое биологическое с социальным. С этой точки зрения проф. Грудзе в вполне правильно построил свой доклад, осветив вначале социальные корни абортот. Но, к сожалению, докладчик слишком мало уделит внимания вопросам социального порядка, а самое главное, нет никакой увязки как в докладе, так и в выступлениях между социальными и медицинскими показаниями, и получается впечатление, что оба они существуют параллельно независимо друг от друга. Это есть голая абстракция, являющаяся результатом чисто биологического подхода к человеку, и не соответствует действительности.

Говоря о тенденции женщины к сокращению деторождений, на что было указано докладчиком, мы должны ее рассматривать, как историческую категорию, обуславливаемую общественно-производственными отношениями в социальном-классовом разрезе, ибо стремление к сознательному ограничению рождаемости— явление, хотя общее всем классам, в особенности буржуазии и пролетариату и в меньшей степени крестьянству, но по разным мотивам в зависимости от положения того или иного класса в обществе.

С другой стороны на практике мы встречаемся главным образом с абортот по социальным показаниям, ибо удельный вес искусственных выкидышей по медицинским показаниям слишком невелик, и по данным отдельных авторов колеблется в пределах 1—4% (Ануфриев).

Касаясь вопроса об удельном весе абортот по отношению к родам, необходимо отметить, что в городах нашего Советского Союза процент искусственных выкидышей достаточно высок и по данным отдельных авторов по крупным городам (Москва, Ленинград, Ростов-на-Дону) колеблется в пределах 17—37½% (Баткис) в то время, как в сельских местностях этот процент является весьма незначительным, составляя 1,9%—2,1%—2,7% (Сенкевич, Баткис, Мухомедьяров).

Поэтому проблема борьбы с абортот главным образом в городах приобретает весьма актуальное значение, и неотложной нашей задачей в этой области является прежде всего изучение и классификация социальных показаний к производству выкидышей, а также освещение и уточнение медицинских показаний в разрезе социальном. Наряду с этим необходимо принять все меры к более организованному и рациональному проведению тех мероприятий, которые у нас практикуются, как-то: укрепление и расширение сети женских консультаций, расширение применения, а также производство противозачаточных средств на базе социалистической перестройки быта при систематическом и неуклонном повышении культурного уровня трудящихся женщин. Такой метод борьбы с абортот, проводимый в нашем Советском Союзе с 1920 года, дал свои положительные результаты, выразившиеся в сокращении процента неполных (начатых вне больницы) абортот с 88,7% до 26,0%, соответственно чему процент абортот, произведенных в б-це, повысился с 0,3% до 74,0% (Бравая); по данным Федера число подпольных абортот по Москве с 1922 по 1931 г.г. сократилось в 6 раз, послепернатая смертность по той же Москве составляет 1 случай на 25000 абортот. Таким образом легализация абортот является единственным рациональным методом борьбы с ними с точки зрения уменьшения тайных абортот и их последствий.

Репрессивные меры в деле борьбы с абортот, являясь пережитком реакционного клерикализма, приносят непоправимый вред, калечат сотни женщин, обрекая их на частые и непосильные роды и загоняя аборт в подполье. Не приведя к положительным результатам, этот метод борьбы, практикуемый в капиталистических странах, загнал эту операцию в подполье и сделал женщину жертвой корыстных и часто невежественных абортот, которые из тайны сделали

себе профессию. В результате до 50% женщин заболевают от заражения и до 4% из них умирают (Брава я).

В заключение необходимо отметить, насколько легализация аборт ов у нас отразилась на рождаемости и естественном приросте населения и каковы результаты репрессивных методов борьбы с ними в капиталистических странах. За последнее 25-летие мы имеем резкое падение рождаемости во всех странах Западной Европы и Америки за исключением СССР, где это падение является весьма незначительным, составляя 41,8% за 1930 год против 44,4% за 1908—1913 гг. В результате резкого снижения смертности у нас мы имеем весьма значительное повышение естественного прироста населения, достигшее 22% к 1930 году против 16% за 1870—1910 гг. и 13,9% за 1800—1870 гг.

Если взять Западно-Европейские страны, то в Германии за тот же период времени (1908—1913 гг. и 1930 г.) рождаемость снизилась с 29,5% до 17,5%, в Англии—с 24,9% до 16,3%, во Франции—с 19,5% до 18,1%, в Швеции—с 24,4% до 15,2%, в Австрии—с 31,9% до 16,8% и т. д. В соответствии со снижением рождаемости в этих же странах наблюдается резкое падение естественного прироста населения: во Франции с 0,9% до минус 0,2%, в Англии с 11,2% до 5,1%, в Германии с 11,3% до 6,5%, в САСШ с 20,5% до 14,3% и т. д. (Д и в р и х с о н).

Таким образом легализация аборт ов у нас ничуть не отразилась в смысле отрицательном на рождаемости и естественном приросте населения; наоборот, она дала весьма благоприятные результаты во многих отношениях, в том числе и в отношении естественного движения населения. Следовательно, разговоры и предположения об отрицательном влиянии легализации аборт ов на рождаемость и прирост населения лишены всякого основания, в противном случае не было бы такого исключительного роста населения СССР при чрезвычайном его падении во всех капиталистических странах.

Проф. С. М. Шварц: Интересный доклад проф. В. С. Груздева и выступления виднейших научных работников Мединститута и Гидува показали, как различно относятся к трудящейся женщине советские научные работники, советские врачи—с одной стороны и врачебная масса капиталистических стран—с другой. Установка Советской власти, советского здравоохранения о максимально заботливом отношении к трудящейся женщине, к ее здоровью—усвоена советскими врачами и практически претворяется в жизнь. В капиталистических странах подавляющее большинство врачей послушно выполняет социальный заказ капиталистов (забота о „пушечном мясе“ для империалистических войн и резервной армии труда достаточных размеров) и действует против интересов женщины-пролетарки, крестьянки. В этом отношении ярким примером может служить Германия. Врачебные массы (в большинстве своем) и врачебные организации Германии активно поддерживают § 218, запрещающий, под страхом тюремного заключения в 5 лет, производство аборт ов за исключением случаев, когда беременность грозит жизни матери, и § 184, запрещающий пропаганду противозачаточных средств. Производство аборт а по социальным показаниям квалифицируется врачебными организациями и многими врачами, как убийство. Так, д-р Goertz пишет в Aertzliche Vereinsblatt: „Назовем же, наконец, аборт его настоящим именем,—это есть ничто иное, как убийство..... Прерывание беременности может иметь место только, если беременность угрожает жизни матери“. Кельнский (1931 г.) съезд врачей, объединяемых Hartmannbund'om (свыше 40000 членов), вынес резолюцию, всецело поддерживающую § 218. Съезд высказался против легализации аборт а по социальным показаниям, и это несмотря на тяжелейший экономический кризис и наличие уже в 1931 г. 6—7 миллионов безработных. Результатом преступной политики буржуазного государства является, конечно, не снижение числа аборт ов, а резкое нарастание количества подпольных аборт ов. По вычислениям Freudenberg'a в Берлине 40% всех беременностей кончаются аборт ом. По всей Германии число аборт ов в год исчисляется в миллион случаев. Подпольный аборт производится в большинстве случаев акушерками и знахарями. Так, курфюшер (знахарь) Schagein признался на суде, что им произведено около 7000 аборт ов. Естественно, что последствия подпольного аборт а для здоровья женщины очень плачевны. Подсчитано, что в Германии погибает ежегодно не менее 20.000 женщин от аборт ов, произведенных лицами, не имеющими медицинского образования, и совершенных в антисанитарной обстановке. Сотни тысяч женщин расплачиваются за такие аборт ы своим здоровьем и нередко инвалидизируются. Таковы размеры

аборта несмотря на то, что буржуазная юстиция не церемонится с женщиной, и в Германии присуждаются ежегодно 4000—5000 женщин к тюремному заключению за произведенный аборт. Но вполне понятно, что острое буржуазного суда направлено только против женщины-пролетарки и крестьянки. Дочери и жены помещиков, фабрикантов, крупных чиновников и торговцев имеют все возможности произвести аборт в прекрасно оборудованных частных клиниках. Формальная же сторона дела обходится очень легко: „свой врач“ дает в таких случаях удостоверение, что находящаяся у него под наблюдением пациентка страдает заболеванием, показывающим прерывание беременности, и клиника, конечно за солидную плату, спокойно производит аборт даже в том случае, когда у пациентки нет никакого заболевания.

Несмотря на все это, находятся в Германии врачи и научные работники, которые позволяют себе выступать с клеветой на политику советского здравоохранения. В повседневной и медицинской прессе делаются заявления, что легализация абортов в Советском союзе себя не оправдала, что в результате роста числа абортов прирост населения СССР уменьшается, что врачи Советского союза против легализации абортов, но что они вынуждены производить аборт по социальным показаниям под давлением органов здравоохранения и т. п. небылицы.

Полагаю, что доклад проф. В. С. Груздева и выступления участвовавших в прениях являются лучшим ответом на эту клевету. Необходимо доклад и выступления напечатать в „Казанском мед. журн.“, дополнив их, однако, данными, характеризующими влияние легализации абортов на снижение смертности после выкидыша и уменьшение последующих заболеваний женской половой сферы. Следует дать цифры, характеризующие динамику рождаемости и прироста населения в СССР, кот. показывают, что, несмотря на легализацию аборта, у нас наиболее высокая рождаемость и прирост населения по сравнению со всеми европейскими странами. Необходимо, наконец, показать, какие мероприятия мы проводим, чтобы уменьшить количество абортов, являющихся несомненно злом, кот. нужно свести до возможного минимума. К сожалению, докладчик и выступавшие в прениях не дали статистических данных, кот. осветили бы вопросы с достаточной полнотой, что нужно сделать при подготовке материала к печати.

Доц. Мустафин: Доклад профессора В. С. Груздева и ряд выступлений профессоров-клиницистов г. Казани, широко осветившие вопрос о медицинских показаниях и противопоказаниях к производству операции аборта, недостаточно осветили социальную сторону этого вопроса. Только начало доклада проф. Груздева, выступления проф. Мухамедьярова Ф. Г., проф. Шарца С. М. затронули социальную сторону этой проблемы. Мы считаем, что на сегодняшний день советскую врачебную общественность должна больше интересовать не „чисто-медицинская“ сторона этого вопроса, а социальная.

Как известно, во всех буржуазных государствах, основанных на частной собственности, освященной церковью, и нуждающихся в резервной армии безработных и людском резерве на случай войны, до последнего времени законодательством предусматриваются суровые наказания за производство искусственного аборта; к ответственности привлекается как лицо, производившее эту операцию, так и женщина, решившаяся на искусственное изгнание плода. Наказания эти своим острым концом направлены против пролетарских женщин, вынужденных прибегать к этой операции. Так, например, в Австрии на 100 женщин, осужденных за аборт, 92 принадлежали к группе „несостоятельных“. Эти же данные, нам кажется, проливают некоторый свет на социальные корни аборта. Несмотря на существование карательных мер, в капиталистических странах целый ряд статистических данных говорит о том, что количество абортов как абсолютно, так и относительно увеличиваются из года в год. Так, например, покойный проф. социальной гигиены 2 МГУ З. П. Соловьев говорит (БСЭ, т. I), что в настоящее время (1920-25 гг.) ежегодное число искусственных абортов доходит до 500.000 во Франции, до 160.000—в Германии. В столицах капиталистических государств искусственные аборты исчисляются десятками тысяч; так, по самым скромным подсчетам в Париже в течение года проводится до 70.000, в Нью-Йорке—до 80.000 и в Берлине—до 23.000 искусственных абортов. По данным шведской уголовной статистики в 1851-80 гг. на каждую тысячу населения приходилось 3,04 искусственных аборта, в 1900 году эта цифра дошла уже до 19,01. По данным венских клиник в 1898 году число поступивших в больницу с начатым на стороне абортom составляло 18,9% всех поступлений, к

1913 году эта цифра повышается до 57,2⁰/. Карательная система не снижает количества искусственных абортов, а загоняет их в подполье и делает женщину жертвой корыстных и часто невежественных абортистов; здесь нет необходимости доказывать большую вредность и опасность проведения этой операции в неблагоприятной обстановке подполья.

Такое большое количество абортов, производимых в разных странах, вызвано в основном социально-экономическими, бытовыми условиями, в которых находится пролетариат в капиталистических странах.

Удельный вес абортов по медицинским показаниям, по имеющимся литературным данным, представляется весьма незначительным, аборты по социальным показаниям составляют подавляющее большинство всех абортов. Вот почему необходимо нам обратить особое внимание на аборты по социальным показаниям, выявлять детальные причины и устранять их. В этом отношении Советской властью проведен и проводится ряд мероприятий: пособия по беременности и родам, на воспитание новорожденного, предусмотренные социальным страхованием, привлечение отца к расходам по воспитанию ребенка, целый ряд мероприятий в системе охраны материнства и младенчества, обеспечивающих нормальные условия для воспитания ребенка, являются действительными средствами борьбы с искусственным абортom. Огромное значение в этом отношении имеет широкое распространение противозачаточных мероприятий и популяризация их через женскую консультацию.

Легализация абортов, предусмотренная в нашем законодательстве, содействует максимальному снижению вреда операции искусственного аборта и освобождает женщину от притязаний корыстных подпольных абортмахов. Удельный вес поступающих в наши больницы с начатым на стороне абортom с каждым годом уменьшается. Так, например, в Москве на 100 абортов, произведенных в больницах, было поступивших с начатым на стороне абортom в 1922 году—57,0, в 1923—42,4, в 1924—37,6, в 1925 г.—20,0, в 1926 г.—12,2.

Некоторые буржуазные ученые обвиняют Советскую власть за легализацию абортов, утверждая, что это мероприятие снижает рождаемость и прирост населения и тем самым ведет к уменьшению народонаселения. Несостоятельность этих обвинений можно было бы доказать целым рядом статистических данных, но мы ограничимся приведением данных естественного движения населения в Москве.

Анализ таблицы ¹⁾ зачатий, родов, абортов, смертей и прироста населения в Москве за период с 1909 по 1926 год показывает, что, несмотря на рост абортов,—с 1,3⁰/о в 1909 г. до 15,8⁰/о в 1926 году,—мы не имеем сильного снижения рождаемости (35,4⁰/о в 1909 году, 28,9⁰/о в 1926 году). Прирост же населения у нас не только не снижается, а непрерывно увеличивается с 7,7⁰/о в 1911 году до 15,1⁰/о в 1926 году. Объяснение этому положению мы находим в той же таблице: за эти годы число зачатий на 1000 населения остается стационарным, а к концу вышеуказанного периода имеет тенденцию к увеличению, смертность же из года в год падает (с 26,5⁰/о в 1911 году до 13,8⁰/о в 1926 году).

Имея в виду, что в дореволюционной России в связи с запрещением абортов, как и в других капиталистических странах, надо полагать, что большая часть подпольных абортов не попадала в регистрацию, и легализация абортов после Октябрьской революции дала возможность более полного учета искусственных

На 1000 населения						
Годы	Зачатий	Родов	Абортов	Смертей	Прирост	
1909	36,7	35,4	1,3	—	—	
1910	36,8	35,2	1,6	—	—	
1911	36,4	34,2	2,2	26,5	+ 7,7	
1912	35,8	33,5	2,3	24,4	+ 9,1	
1913	35,1	32,2	2,9	24,7	+ 7,5	
1914	34,2	31,0	3,2	23,2	+ 7,8	
1921	36,3	30,6	5,7	25,5	+ 5,1	
1922	31,1	25,6	5,5	23,9	— 3,3	
1923	35,6	30,1	5,5	14,0	+16,1	
1924	35,0	29,3	5,7	15,3	+14,0	
1925	40,7	31,0	9,7	13,4	+17,6	
1926	44,7	28,9	15,8	13,8	+15,1	

выкидышей. Некоторую часть роста количества абортсв следует отнести за этот счет; это положение подтверждается и тем, что число зачатий у нас остается почти стационарным, а в конце рассматриваемого периода увеличивается параллельно с ростом числа абортсв.

На основе вышесказанного мы с категоричностью можем утверждать, что некоторый рост числа абортсв у нас идет не за счет снижения рождаемости, а за счет увеличения количества зачатий.

В отношении же прироста населения у нас в СССР мы констатируем, что ряд мероприятий Советской власти, направленных к оздоровлению условий труда и быта трудящихся, широкое развитие мероприятий по охране материнства и младенчества, дают быстрое и неуклонное снижение смертности и, сохраняя почти на том же уровне рождаемость, из года в год повышают прирост населения, как было указано выше.

В заключение мы должны со всей категоричностью утверждать, что борьба с абортсв должна вестись не путем запретительных, карательных мероприятий, ухудшающих положение матери, а путем непрерывного улучшения социально-экономических условий рабочего класса, вовлечения женщин в производительный труд и поднятия культурного уровня населения.

Из Физиологической лаборатории Астраханского мединститута.

О влиянии безусловного рефлексa на условный отрицательный рефлекс¹⁾.

Доцент В. В. Петровский.

В основе образования временной связи лежит одно из главных условий: совпадение во времени действия индифферентного агента с действием безусловного раздражителя. При этом совпадение должно происходить таким образом, чтобы начало действия индифферентного агента хотя бы немного, но предшествовало во времени действию безусловного раздражителя. В случае, если совпадение происходит с предшествования действия безусловного индифферентному агенту, выработать из последнего условный раздражитель не удастся (Крестовников, Подкопаев). Факт этот нужно понимать так, что во время действия безусловного раздражителя центр безусловного рефлексa, в силу механизма отрицательной индукции, обуславливает торможение, распространяющееся на полушария головного мозга, и индифферентный раздражитель падает на клетку, находящуюся в состоянии торможения. В связи с этим находит себе объяснение и то обстоятельство, что, помимо невыработки условного раздражителя из индифферентного агента при сочетании его с безусловным по указанному способу, сам индифферентный агент после проведения таким образом сочетаний или покрытий, как такие сочетания специально называют, приобретает тормозные свойства (Подкопаев). Давно было установлено, что после совместных применений отрицательного условного раздражителя с индифферентным агентом, последний получает тормозные свойства (Фольборт²⁾). В данном случае только тормозные свойства индиф. агент получает от внутреннего торможения, при покрытиях же индифф. агента безусловным тормозные свойства приобретаются от внешнего торможения. Хотя приведенные данные

¹⁾ Доложено на III Поволжском съезде врачей в Астрахани в июне 1930 г.

²⁾ Приведено по лекциям ак. И. П. Павлова.

и показывают, что образовать из индиф. агента условный раздражитель при помощи покрытий индифф. агента безусловным не удастся, однако, в относящейся к этому вопросу литературе имеются указания на то, что при известных условиях возможно образование условного рефлекса и при указанном способе сочетаний. Так, опытами Подкопаева, а также других авторов (В. Павловой, Крепса, Купалова), было показано, что в некоторых случаях покрывающийся агент может обнаруживать свойства условного раздражителя, если только он испытывается после небольшого количества покрытий. Следовательно в первый период процесса покрытий индифф. агента безусловным может иметься такой момент, когда из индифф. агента вырабатывается условный раздражитель. Если это так, то надо полагать, что при действии безусловного раздражителя корковые клетки, которым адресуется индифф. агент, не пребывают в состоянии полного торможения, полной невозбудимости, но что возбудимость их очевидно понижена. Но поскольку образование временной связи при покрытии индифф. агента безусловным идет с клетки, находящейся в состоянии пониженной возбудимости (геср. торможения), постольку вероятно связь эта является непрочной. Поэтому, образовавшийся в первую пору покрытий условный раздражитель при повторяющихся сочетаниях теряет свои положительные свойства и приобретает тормозные.

Все приведенное относительно состояния корковой клетки во время действия безусловного раздражителя послужило основанием для нашей работы. Нас заинтересовал вопрос: что произойдет с отрицательным условным раздражителем, если он будет покрываться безусловным. Здесь мы ждали следующих возможностей. Если в коре во время действия безусловного может иметь место такое состояние ее элементов, которое позволяет образование условного рефлекса, то покрытия тормозного раздражителя безусловным могли бы повести к некоторому разрушению тормозного раздражителя так же, как происходит разрушение тормозного раздражителя при обычных условиях опыта, когда действие разрушаемого тормозного раздражителя предшествует действию безусловного. В обратном случае тормозные свойства покрываемого раздражителя должны были остаться неизменными или даже могло наблюдаться усиление тормозных свойств покрываемого раздражителя, поскольку внешнее и внутреннее торможение—качественно однородные процессы.

Для опытов служила собака (кличка „Желтый“) с хронической фистулой G1. Рагоfis. В порядке последовательности образования у нее были выработаны пищевые условные рефлексы на раздражители: метроном 120 ударов в минуту (м 120), звонок, шум, свет (от 75 св. электролампочки, зажигающейся перед мордой собаки), касалку (одно прикосновение в секунду) и кроме того условное торможение. Условным тормозом служил свисток. Условным раздражителем в тормозной комбинации был свет. Начало действия свистка, при применении его со светом, предшествовало началу действия света на 3 сек. и длилось с ним 10 сек. По величине вызываемой слюноотделительной реакции раздражители размещались в таком порядке: (м₁₂₀) в среднем (60 делений шкалы¹⁾ регистрирующего прибора за 10 сек. изолированного действия условного раздражителя, звонок 55 делений, шум 40—45, свет около 40 и касалка около 30. По общему характеру нервной деятельности наше подопытное животное можно было отнести к категории собак с т. наз. уравновешенной нервной системой. У нее быстро образовывались поджит. услов. рефлексы: первый на м₁₂₀ на 9—10 сочетания, второй, на звонок,

¹⁾ 5 делений = 1 капле.

на 3-ем. Одновременно она хорошо вырабатывала торможение. Действие условно-тормозной комбинации впервые сопровождалось 0 эффекта на 11-й пробе. В станке не наблюдалось сонливости. Наклонность условных рефлексов падать к концу опыта была выражена слабо. Промежутки между отдельными сочетаниями во всех опытах были равными; они равнялись 5 мин. Для иллюстрации приводим протоколы 2-х опытов.

„Желтый“.

1929. XII.13.

Время		Условн. раздра- жители	Продолжит. дей- ствия услов. раз- дражителя в се- кундах.	Начало слюноот. реакции через сколько секунд	Величина услов- ного рефлекса в делениях шкалы	Величина безу- словного рефлекса в делениях шкалы	Примечание
ч.	м.						
12	34	M ₁₂₀	10	1	68	375	Ориентировочная.
12	39	Шум	10	1	45	330	
12	44	Свет	10	1—2	38	395	
12	49	Звонок	10	1	60	343	
12	54	Касалка	10	2	28	370	
12	59	M ₁₂₀	10	1	65	340	
1	04	Звонок	10	1	57	327	

„Желтый“.

1929. XII.13,

12	01	Шум	10	1	41	315	При действии услов. тормозн. комбинации сел и начал чесаться.
12	06	Звонок	10	1	53	305	
12	11	M ₁₂₀	10	1	60	324	
12	16	Свист.+	10	—	0	0	
12	21	Шум	10	2	29	340	
12	26	M ₁₂₀	10	1	56	300	

Опыты были проведены сначала с условно-тормозной комбинацией, затем с учащенным условным раздражителем.

Перед тем, как мы начали покрывать условно-тормозную комбинацию безусловным она насчитывала 23 применения. Торможение на нее было полным. Методика покрытий состояла в следующем. Один или два раза за опытный сеанс между условными раздражителями собаке подавался непосредственно сухарный порошок, и через 5 секунд после начала акта еды, пускалась в действие условно-торм. комбинация в выработанном ранее порядке следования входящих в нее раздражителей. Продолжительность совместного действия услов. торм. комб. и безуслов. раздраж. во всех случаях была равной 35 сек. Вся же еда длилась 60—90 сек. После 3-х или 4-х совместных применений в течение 2-х опытных дней условно-торм. комбинация испытывалась во второй опытный день обычным способом. Во всех случаях условно-тормоз. комбинация, после применения ее с безусловным, испытывалась не тут же после только что произведенного совместного применения, а через один, два условных раздражителя. Величина эффекта, получаемого при испытании услов. тормозной комбинации, являлась показателем изменений, которые произошли с условно-торм. комбинацией в результате покрытий ее безусловным раздражителем. „Нормой“, для сравнения, служили цифры, показы-

яющие величину слюноотделительной реакции на услов. тормоз. комбин. За ряд предшествующих опытов, в которых условно-торм. комбинация применялась обычным способом и, для большей точности при сравнении, через день. Прежде чем приступить к намеченным опытам, нужно было выяснить, не является ли сам по себе факт необычной подачи еды без предварительного действия условного раздражителя моментом, могущим так или иначе влиять на прочность условно-тормозной комбинации и на условные рефлексы вообще. Вопросом этим подробно занималась Э. Малова на другой собаке. Э. Маловой было показано, что введение в опыт нового момента—действия одного только безусловного, не остается без влияния на центр. нерв. сист. животного. Оно ведет к некоторому торможению следущего за подкармливанием полож. услов. раздражителя и растормаживанию тормозного. Однако это влияние безусловного рефлекса весьма незначительно и скоропроходящее. В опытах Э. Маловой оно могло быть констатируемо всего в течение 6 дней. Т. о. действие подкармливания можно было уподоблять действию внешнего, гаснущего тормоза.

Воспользовавшись этими данными мы в течение ряда дней занимались тем, что между условными раздражителями в каждом опыте применяли двукратное подкармливание животного без предварительного действия условного раздражителя. После того, как мы вполне убедились, что подкармливания, производимые на разных порядковых местах опыта при всех возможных расположениях раздражителей никакого влияния на условные рефлексы не оказывают, мы перешли к разрешению интересовавшего нас вопроса.

Нижеприводимые цифры показывают размеры эффектов от условно-торм. комб. за 4 последних перед покрытиями опытных дня и за 3 дня, в которых тормозная комбин. испытывалась после 3—4 предварительных покрытий безусловным раздражителем. До покрытий: 0, 0, 0, 0. После: 0, 0, 0. Из этих данных видно, что никакого растормаживания условно-торм. комбинации не произошло. Нельзя было констатировать также ясно выраженных изменений в картине последодействия условно-торм. комбинации. Правда некоторые намеки на усиление последовательного торможения как будто имели место, однако намеки эти нельзя было считать показательными.

Если исходить из предположения, что в результате покрытий тормозного раздражителя безусловным может произойти некоторое разрушение торм. раздражителя, то причину отсутствия влияния покрытий в нашем случае нельзя было не усматривать в небольшом количестве совместных применений. 3—4 совместных применений условн. торм. комбинации и безусловного могло быть недостаточно для того, чтобы произошло заметное разрушение тормозного раздражения. Кроме того после 3—4-х совместных применений условно-торм. комб. испытывалась обычным способом, без подкрепления. Следовательно с каждым применением шло упрочение усл.-торм. комбинации. Увеличивать количество совместных применений более двух в опыте, пользуясь применявшейся нами методикой, мы не могли, т. к. нельзя было исключить возможности того, что введение в опыт большего количества подкармливаний без предварительного действия условного раздражителя, может сказаться на услов. рефлексах. В виду этого, чтобы увеличить количество совместных применений

в опыте, мы решили методику совместных применений изменить. После действия того или другого услов. раздражителя животное, как и всегда подкармливалось, но каждое подкармливание через 5 сек. после начала еды, сопровождалось действием условн. тормози. комбинации, которое длилось, как и в описанных опытах, 35 сек. Т. о. течение опыта мы могли производить до 8 совместных применений тормозного и безусловного раздражителей. По этой методике нами было проведено 5 опытов. Велась они попеременно с опытами, в которых никаких совместных применений не делалось. Вместо предполагаемого растормаживания условн. тормоз. комб., в опытах, проведенных по этой методике, ясно обнаружилось прямо противоположное влияние безусловного раздражителя. Прежде всего возрасла интенсивность последовательного торможения от условн. торм. комбинации. Вместе с тем, оно увеличилось во времени. Кроме усиления и увеличения последовательного торможения дало себя знать и еще одно влияние многочисленных совместных применений. В некоторых из тех опытов, где проводились многочисленные покрытия условно-торм. комбинации безусловным, наблюдалось прогрессирующее (по мере продолжения опыта) падение рефлексов. При этом весьма значительно уменьшились размеры условного рефлекса на свет, т. е. на тот раздражитель, который входил в условно тормозную комбинацию. Вместо обычных, в среднем, 40 делений, свет начал давать 10—15 (см. протоколы нижеприводимых опытов). Одновременно с падением услов. рефлексов можно было наблюдать изменения в общем состоянии животного: оно делалось малоподвижным, сонливым и устремлялось к подаваемой ему пищи не сразу, а после некоторого промедления. Т. о. многочисленные покрытия условн. торм. комбинации безусловным не только усилили тормозные свойства услов. тормозной комбинации, но и повели к развитию у животного общего торможения. Два этих момента, по нашему мнению, могут служить подтверждением уже установленного факта, что внутреннее и внешнее торможение являются качественно однородными процессами.

„Желтый“.

6/I 1930 г.

Время		Условные раздра- жители	Продолжит. дей- ствия условного раздражит. в се- кундах	Начало слюноот- реакции через сколько секунд.	Величина услов- ного рефлекса в делениях шкалы.	Величина безу- словного рефлекса в делениях шкалы	Примечания
ч.	м.						
12	01	Звонок	10	1	60	387	Слабая ориентир.
12	06	Свет	10	2	31	407	
12	11	M ₁₂₀	10	1	60	379	
12	16	Шум	10	1	40	390	
12	21	Свист+	10	—	0	—	
		Свет					
12	26	M ₁₂₀	10	2	40	410	
12	31	Шум	10	2	33	397	
12	36	Касалка	10	2	26	370	

„Желтый“.

13/I 1930 г.

Время		Условия раздра- жителя.	Продолжит. дей- ствия условного раздражит. в се- кундах	Начало слюноот- реакции через сколько секунд.	Величина услов- ного рефлекса в делениях шкалы	Величина безу- словного рефлекса в делениях шкалы	Примечания
ч.	м.						
12	21	M ₁₂₀	10	1	60	326	Условно-тор- мовная ком- бинация по- крывается. Сонлив. Еду взял не сразу.
12	26	Шум	10	1—2	34	345	
12	31	Свет	10	4	15	375	
12	36	Звонок	10	2	40	351	
12	41	Касалка	10	2	20	337	
12	46	Свет+ Свисток	10	—	0	0	Сонлив. Еду взял не сразу.
12	51	Шум	10	4	9	340	
12	56	Звонок	10	4	13	370	
1	01	M ₁₂₀	10	4	20	—	То же.

„Желтый“.

15/I 1930.

11	05	Звонок	10	1	57	340	Условно-тор- мовная ком- бинация по- крывается. Сонлив.
11	10	Свет	10	3	12	370	
11	15	M ₁₂₀	10	1—2	42	323	
11	20	Шум	10	2	22	315	
11	25	Касалка	10	2—3	19	333	
11	30	Звонок	10	2	37	295	То же.
11	35	Свет+ свист	10	—	0	—	
11	40	M ₁₂₀	10	3	10	328	Сонлив. Еду взял не сразу.
11	45	Звонок	10	4	12	313	

Далее нас интересовал вопрос: усилятся ли тормозные свойства условного тормоза от совместных применений одного условного тормоза с безусловным. Ответ на этот вопрос мы хотели получить еще потому, что многочисленные применения условно-тормозн. комбинации с безуслов. поведи, как было указано, к значительному падению рефлекса на свет.

Обстоятельство это давало повод думать, что усиление тормозных свойств условно-торм. комбинации могло зависеть только от тормозного влияния света, которое он приобрел в результате совместных применений услов.-тормозной комбинации с безусловным. К разрешению данного вопроса было приступлено через несколько дней после окончания описанных опытов (через 6 дней). За этот промежуток времени ни условн. торм. комбинация, ни свет не применялись. По истечении этого срока мы в опыте каждое подкармливание сопровождали действием условного тормоза, как это делалось в описанных опытах, а затем в этом же опыте условный тормоз был применен с M₁₂₀, с которым он раньше никогда не применялся (в этом опыте свет также не применялся). Через два дня, в течение которых усл.-тормоз. комб. и свет по-прежнему не применялись, условный тормоз был испытан с M₁₂₀ без предварительных покрытий условного тормоза безусловным.

Размеры эффектов в том и другом случае служили показателем изменений, которые произошли с усл. тормозом в результате покрытий его

безусловным. Два подобных опыта было проделано с другим раздражителем—шумом. Результаты этих опытов следующие. В первом случае, с M_{120} , мы получили значительно больший процент торможения M_{120} после покрытий условного тормоза безусловным, во втором, с шумом, процент торможения был приб. одинаков. В виду малочисленности этих опытов, делать какой-либо вывод из них мы не можем.

Торможение на условно-тормозную комбин. перед началом покрытий было полным. Принимая во внимание этот факт, а также допускаемое предположение, что возбудимость корковой клетки во время действия безусловного (если бы таковая имела место) должна быть значительно ниже оптимальной, „нормальной“, т. сказать возбудимости, мы не могли причину отсутствия хотя бы некоторого растормаживания тормозной комбинации в нашем случае не связывать с этими моментами.

Это соображение дало нам повод провести другую серию опытов с учащенным условным рефлексом, но учащенным частично, а не до 0. Для этих опытов был выбран звонок—один из самых сильных из имевшихся раздражителей. Помимо условного действия, звонок очевидно имел некоторую примесь безусловного, т. к. начало действия звонка очень часто сопровождалось ориентировочной реакцией, между тем, как при других раздражителях ориентировочная реакция в большинстве случаев отсутствовала. Звонок учащался хронически—раз в течение дня. Когда величина эффекта от звонка уменьшалась приб. до $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ его нормальной величины, мы начали применять звонок с безусловным раздражителем. Методика совместных применений была в общем такова же, как и в случае первых опытов с условно-торм. комбинацией. Два раза за опытный сеанс между отдельными раздражителями животному подавалась еда без предварительного действия условного раздражителя, и по прошествии 5 сек. от начала еды пускался в действие звонок, длившийся совместно с едой 35 сек. Так же, как и в предыдущих опытах, звонок, после применения его с безусловным, испытывался обычным способом не тут же после произведенного совместного применения, а через один, два услов. раздражителя. Наконец, перед тем, как приступить к покрытиям звонка, мы в течение нескольких дней, так же, как это было в предыдущих опытах, занимались тем, что два раза за опытный сеанс давали собаке еду без предварительного действия условного раздражителя.

Переходим к изложению полученных результатов. Нижеприводимые цифры ¹⁾ показывают величины эффектов от звонка за 5 последних перед покрытием дней и за 3 дня, в каждом из которых звонок испытывался после 2-х совместных применений с безусловным раздражителем. До покрытий: 19, 17, 8, 14, 11; после: 43, 29, 10.

При сопоставлении этих цифр видно, что размеры эффектов от звонка в первые два дня покрытий заметно возрасли. Но величина эффекта третьего дня находится уже в пределах „нормы“. Желая убедиться, что указанное увеличение эффекта от звонка обусловлено влиянием безусловного, а не какими-либо иными моментами, мы эти опыты повторили еще раз. Нижеприводимые цифры показывают ход угасания звонка за

¹⁾ Все приводимые цифры показывают общее количество слюны, т. е. за время изолированного действия послед. слюноотделение.

3 дня, следуемых за производившимися покрытиями, и за 4 последующих дня, в каждом из которых звонок испытывался так же, как и в только что описанных опытах. До покрытий: 9, 0, 6; после: 18, 5, 0, 0. Одновременно приводим цифры, показывающие ход угасания звонка в следующие 4 дня, в которых звонок угасался обычным способом, без предварительных применений с безусловным 0,6, 0,0. Первая проба звонка после 2-х первых совместных применений с безусловным указывает на заметное восстановление учащавшегося звонка. Однако величина этого восстановления меньше, чем в предыдущих опытах. Кроме того, в отличие от предыдущих опытов, вторая проба дает уже эффект, находящийся в пределах предшествующей нормы, а 3-я и 4-я свидетельствуют о полном угасании звонка. Последнее обстоятельство говорит за то, что под влиянием покрытий ускорился процесс угасания звонка, разумеется, не может. Полное угасание звонка могло наступить после такого же количества проб и при обычных условиях опыта. Опыты с учащавшимся звонком могут говорить лишь о том, что покрытия учащавшегося звонка безусловным повели к некоторому растормаживанию звонка. Однако это растормаживающее влияние безусловного раздражителя было непродолжительным.

При изложении опытов с условно-тор. комбинацией указывалось, что покрытия услов.-тормозной комбинации безусловным повели к падению условных рефлексов и изменению общего состояния животного. В значительно меньшей степени те же явления дали себя знать в двух опытах с покрывавшимся звонком (в 3-й и 5-й день покрытий). В этих опытах наблюдалось: падение условных рефлексов, уравнивательная фаза, а в отношении общего состояния животного, — вялость и малоподвижность.

Считаем необходимым упомянуть еще о том влиянии, которое оказывал на поведение животного звонок во время покрытий его безусловным, т. к. некоторые стороны этого влияния, по нашему мнению, могут указывать на причину растормаживания звонка.

Начало действия звонка сопровождалось двигательной реакцией: общим вздрагиванием животного и поднятием ушей. Реакция эта раз от разу проявлялась все слабее, угасала, и в конце концов начало действия звонка или совсем не вызывало никакой видимой двигательной реакции или только едва заметное вздрагивание животного. Как известно, угасание рефлекса связано с развитием внутреннего торможения, которое имеет своим местом кору головного мозга. Следовательно, звонок, при первых применениях его с безусловным, действовал на подобие внешнего тормоза, а дальнейшее развитие на него внутреннего торможения в корковых элементах шло при наличии в них внешнего торможения от безусловного.

Указанная двигательная реакция на звонок не прерывала процесса еды. Наоборот, тут же за ней животное начинало с большей быстротой и жадностью поедать порцию сухарного порошка. В этом можно усматривать реакцию, совершающуюся по принципу т. н. доминанты: добавочный раздражитель, звонок, повышал деятельность центров, связанных с актом еды. Более объективным показателем такого влияния звонка являлся размер безусловной слюноотделительной реакции. Одновременно с усилением двигательного компонента пищевой реакции под влиянием звонка, в некоторых случаях констатировалось заметное увеличение и

секреторного. Нужно сказать, что порции сухарного порошка при всех подкармливаниях качественно и количественно были одинаковыми. Но на ряду с указанным положительным влиянием звонка на процесс еды, наблюдалось и тормозное. Правда, это влияние звонка дало себя знать только в двух опытах ¹⁾, однако оно обнаружилось вполне ясно. Проявлялось оно в том, что животное, начав при действии звонка с большой стремительностью и жадностью поедать сухарный порошок, заканчивало поедание пищи в 30—35 сек. (вместо обычных 60—90), еще во время действия звонка. В случаях такого укорочения акта еды под влиянием звонка, действие последнего прерывалось тут же, как только появлялись признаки того, что животное перестает есть. Указанное укорочение процесса еды нельзя было приписывать более быстрому поеданию пищи под влиянием звонка. При наблюдении за собакой в то время, когда она ела порошок из подаваемой ей кормушки в обычных условиях опыта, можно было видеть, что промежуток времени, течение которого животное было занято едой, делился на два момента. Первый—поедание пищи. Он равнялся 30—45 сек. Второй—вылизывание чашки. Продолжительность его приб. соответствовала такому же количеству времени. Тормозное влияние звонка сказывалось на втором моменте еды—вылизывании чашки. Этот момент в таких случаях отсутствовал. Т. о. звонок в этих опытах оказывал на процесс еды двойное действие: в первую половину процесса еды—усиливающие, и тормозное во вторую.

По мере угасания двигательной реакции, которой сопровождалось действие звонка, раз от разу уменьшалось также и указанное положительное влияние звонка в отношении двигательного компонента пищевой реакции. В конце концов оно почти совсем перестало обнаруживаться. Что касается секреторного компонента, то на нем положительное влияние звонка можно было видеть и в последних опытах этой части работы. (См. опыт от 19/III).

„Желтый“.

19/III 1930.

Время		Условные раздражители	Продолжит. действия условного раздражителя в секундах	Начало слюноот. реакции через сколько секунд	Величина условного рефлекса в делениях шкалы	Величина безусловного рефлекса в делениях шкалы		
ч.	м.					За первые 40 секунд еды	За остальное время	Общее количество
11	05	M ₁₂₀	10	1	58	235	155	390
11	10	Подкармливание	+	звонок		305	135	440
11	15	Шум	10	1	39	240	147	387
11	20	Подкармливание	+	звонок		295	131	426
11	25	M ₁₂₀	10	1	55	228	155	383
11	30	Касалка	10	1—2	28	217	128	345
11	35	Звонок	10	—	0	—	—	—
11	40	Свет	10	3	19	220	140	360

Могут ли опыты с угашавшимся звонком говорить о наличии возбудимости корковой клетки во время действия безусловного? Разумеется, если взять факт растормаживания звонка сам по себе, то он очевидно

¹⁾ Во второй и третий день покрывай.

должен говорить за это. Однако учитывая то влияние, которое оказывал на поведение животного звонок во время действия безусловного, мы склонны растормаживание звонка в нашем случае объяснять не следствием наличия т. сказать прямой возбудимости корковой клетки во время действия безусловного, а следствием возбудимости, возникшей в результате изменений, вызванных звонком, как сильным раздражителем, в ц. н. системе. Мы полагаем, что звонок, имевший по всей вероятности примесь безусловного действия, не мог не вызвать в каком-нибудь отделе центральной нервной системы очага возбуждения. На возможность такого предположения, по нашему мнению, указывает упомянутая выше отчетливая двигательная реакция, которой сопровождалось начало действия звонка во время покрытий его безусловным. Поскольку в ц. н. системе возникла вторая деятельность, постольку могло произойти растормаживание торможения от безусловного, и корковая клетка таким образом могла оказаться свободной от него. Результатом этого и могло явиться некоторое восстановление угашавшегося звонка. Но в виду того, что звонок, после применений его с безусловным, испытывался затем без подкрепления едой, это обстоятельство могло вести в дальнейшем к угасанию восстановленного таким путем звонка. Т. о. и эти опыты с угашавшимся звонком не дают прямых указаний на то, что корковая клетка во время действия безусловного возбуждима.

Главные литературные источники. 1) Ак. Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий. 1927.—2) Подкопаев Н. А. Труды физ. лаб. ак. И. П. Павлова, т. II, в. 2.—3) Крестовников А. Н. Труды о-ва русск. врачей в СПб., т. 80, 1913 г.—4) Райт Р. Я. Труды физиол. лаб. ак. И. П. Павлова, т. II, вып. 2.—5) Соловейчик Д. И. Там-же.—6) Анохин П. К. Труды физ. лаб. ак. И. П. Павлова, т. II, вып. 1-й.—7) Малова Э. А. Труды 3-го поволжского съезда врачей, 1930 г.

Отдел III. Из практики.

К вопросу о лечении мочекаменного мочекишлого диатеза.

Д-р М. Ф. Заблоцкий (Архангельск).

Страдая сам мочекаменным мочекишлым диатезом, приведшем в конце концов к образованию в мочевом пузыре двух солидных размеров камней, которые были удалены оперативным путем, я, конечно, был жизненно заинтересован в том, чтобы во избежание рецидивов добиться прекращения выпадения из мочи мочевой кислоты и ее солей. С этой целью я испробовал на себе почти все общепринятые методы лечения диатеза, но к сожалению ни один из них не принес мне существенной пользы—мочевая кислота продолжала выделяться, а при некоторых методах выделение ее даже повышалось. Тогда я, на основании наблюдения над собою и соображений, высказанных ниже, выработал свой метод или, правильнее сказать, план лечения, который один только и привел меня к желаемым результатам. С тех пор я этот метод неуклонно применяю как на самом себе, так и на других моих больных и притом всегда с таким же успехом.

С целью прекращения выпадения из мочи мочевой кислоты и ее солей уже давно рекомендовали добиваться понижения количества ее в крови посредством назначения пищи, бедной пуриновыми и ксантиновыми основаниями, а также

процентного содержания ее в моче посредством разведения последней обильным количеством вводимой в организм в виде питья жидкости.

Однако одних этих диететических мер в громадном большинстве случаев для достижения цели бывает недостаточно. Приходится прибегать также и к лекарственным методам лечения. Все предложенные для этой цели медикаменты можно разделить на три группы: на средства, растворяющие мочевую кислоту, на средства, уменьшающие молекулярную концентрацию мочи и тем облегчающие растворение уратов, и на средства, понижающие кислотность мочи, которая, как известно, является главным фактором выпадения мочевой кислоты.

Однако средства, известные нам, как сильные растворители мочевой кислоты, при применении у больных, оказываются бесполезными, так как мы не можем назначать их в таком количестве, чтобы получить желаемый эффект. Мало того, большинство из них вследствие своих побочных действий причиняют вред, так как при назначении их выпадение мочевой кислоты не только не понижается, но даже повышается.

Прежде всего это относится к атофану, который по непонятным для меня причинам продолжают рекомендовать во многих солидных руководствах. Будучи прекрасным средством при подагре, он, при мочекаменном мочекислым диатезе, который, конечно, не следует смешивать с последней, приносит лишь вред. Вызывая усиленное выделение из организма через почки мочевой кислоты, доходившей (по Кравкову) до 100—300% выше нормы, он даже при пище, содержащей мало пуриновых оснований, должен у людей, страдающих мочекаменным мочекислым диатезом, в сильной степени способствовать выпадению из мочи мочевой кислоты, что я неизменно и наблюдал прежде всего у себя самого. Моча при лечении атофаном у меня делалась мутной почти немедленно после отделения, а вскоре после остывания давала обильный осадок уратов, чего я не наблюдал раньше, даже при отсутствии всякого лечения.

То же самое в большей или меньшей степени относится также и к остальным известным нам растворителям мочевой кислоты: сидоналу, пиперазину и пр.

Что касается уротропина, то последний, несомненно, действует на мочевую кислоту в моче кислой реакции растворяющим образом, вследствие освобождения формальдегида, образующего с мочевой кислотой диформальдегидовую мочевую кислоту, растворяющуюся значительно легче мочекислою натра, а тем более мочевой кислоты. Но следует помнить, что при более или менее продолжительном применении его у многих получаются дизурические явления, обусловливаемые раздражением мочевых путей и сопровождающиеся усиленным выделением слизи, как это я наблюдал всегда и у себя. Появление же облаков слизи с заключающимися в ней форменными элементами способствует выпадению кристаллов мочевой кислоты, которые и появляются прежде всего именно в облаке, выпадающая лишь впоследствии на дно сосуда. И количество кристаллического осадка при лечении уротропином как у меня, так и у некоторых других моих больных превышало таковое до лечения.

Назначение щелочных земель в виде мела или в виде минеральных вод (Ижевского источника, Wildungen, Fachingen и др.) теоретически более обосновано, так как эти земли связывают в кишечнике жирные серную и фосфорную кислоты, вследствие чего моча беднеет сульфатами и фосфатами и приобретает благодаря этому меньшую молекулярную концентрацию, а это является условием, облегчающим растворение уратов. Но, несмотря на это теоретическое обоснование, я при приеме и назначении достаточных количеств щелочных земель не наблюдал заметного уменьшения выпадения из мочи мочевой кислоты, а потому от приема и назначения их принужден был отказаться.

Единственным действительным средством, которым мне удавалось достигнуть прекращения выпадения из мочи мочевой кислоты и ее солей, являлись лишь щелочи, которые я употреблял в виде углекислых солей лития и натра или же в виде щелочных минеральных вод (боржома). Благотворное действие щелочей объясняется отчасти способностью их окислять в организме мочевую кислоту, но главным образом способностью их в резкой степени понижать кислотность мочи, причем последняя при соответствующих дозах может принять даже щелочную реакцию.

Предпочтение на первый взгляд, казалось, должно было бы быть дано солям лития, который растворяет мочевую кислоту легче углекислых солей натра. И я вначале так и поступал. Я принимал и назначал литий преимущественно в виде углекислых его солей по 0,1—0,2 три раза в день. Назначением лития бесспорно мне удавалось достигать прекращения выпадения из мочи мочевой кислоты. Но

к сожалению дольше 6—8 недель применять лития я не мог из-за побочных его действий, а именно развивалась слабость, утомляемость и сонливость. Вслед за прекращением приемов лития болезненные явления довольно скоро исчезали, но зато и мочевая кислота из мочи снова начинала выпадать.

Совершенно иные результаты получились у меня при приеме двууглекислого натра. При назначении его мне всегда удавалось добиться прекращения выпадения мочевой кислоты; но только рекомендуемые для этого дозы, а именно 2,0—3,0 г. в день, оказывались большею частью совершенно недостаточными. Чтобы добиться цели, приходилось в большинстве случаев доводить реакцию мочи до слабо-кислой, нейтральной или даже слабо-щелочной, а для этого требовалось назначения двууглекислого натра до 4,0—5,0—6,0 г. в сутки, а боржом до 1 литра в сутки и более. При этом лечении, конечно, необходимо ежедневно следить за лакмусовой бумагой за мочой, чтобы не доводить ее до резко щелочной реакции, во избежание выпадения фосфатов земель, которые в свою очередь могут явиться источником образования камней. При таком способе назначения щелочей можно вносить более смелые изменения в диететический режим, разрешая относительно чаще мясо и рыбу, даже в жареном виде, избегая тем самым однообразия в пище. Конечно, в дни употребления мяса приходится количество щелочей увеличивать, уменьшая их в дни более строгой диеты.

Однако, и я должен это особенно подчеркнуть, применение двууглекислого натра нельзя ограничивать 5—6 неделями с повторением таких курсов 2—4 раза в год, как это рекомендуется в руководствах по внутренним болезням, урологии и в учебниках фармакологии, так как после прекращения курса неминуемо снова начнет выпадать мочевая кислота и, пока мы будем ждать повторения курса, могут образоваться конкременты или даже камни. А потому необходимо лечение щелочами продолжать непрерывно изо дня в день не только месяцами, но годами, я сказал бы даже всю жизнь, так как щелочей при этой болезни решительно нечем заменить. Опасение же, что такое продолжительное введение и притом довольно значительного количества двууглекислого натра окажется вредным для организма, решительно не подтверждается моими наблюдениями и притом прежде всего над самим собой. Та слабость и сонливость, которые я испытывал при продолжительном употреблении солей лития, при употреблении соды совершенно отсутствовали. Наоборот, я чувствовал себя значительно лучше, сильнее и крепче; настроение мое улучшилось и вид мой настолько поправился, что эта перемена обращала на себя внимание всех моих знакомых. То же самое я отмечал и на своих больных.

На основании вышеизложенного я позволю себе сделать следующие *выводы*.

1. При мочекишлом каменном диатезе большое значение имеет соответствующее диететическое лечение.

2. Однако одного диететического лечения еще недостаточно для прекращения выпадения из мочи мочевой кислоты. Требуется, кроме того, еще соответствующее терапевтическое вмешательство.

3. Уротропин в качестве растворителя мочевой кислоты следует назначать с осторожностью и в случае появления дизурических явлений или слизи в моче немедленно прекращать.

4. Атофан и тому подобные средства, вызывая увеличение выделения с мочой мочевой кислоты, в силу этого при мочекишлом каменном диатезе вредны, а потому и противопоказаны.

5. Щелочные земли лишь в незначительной степени уменьшают выпадение из мочи мочевой кислоты, а потому прибегать к ним не стоит.

6. Литий в достаточной дозе прекращает выпадение мочевой кислоты из мочи, но дольше 6—8 недель применять его нельзя, так как по истечении этого срока начинают обнаруживаться побочные его действия.

7. Наоборот, двууглекислый натр, достигая той же цели, побочных действий не оказывает и может употребляться годами. Давать его следует в относительно большом количестве—4,0—5,0—6,0 г. в сутки, стараясь доводить реакцию мочи до слабо-кислой, нейтральной или даже слабо-щелочной. Указанную дозу делить на 3—4 части, которые и дают в водном растворе (в $\frac{1}{2}$ стакане воды) за 1— $\frac{1}{2}$ часа до еды. Вместо двууглекислой соды можно с таким же успехом применять щелочные воды, напр. Боржом, которые и выпивают в среднем по 1 бутылке в день в 3—4 приема за 1— $\frac{1}{2}$ часа до еды.

К вопросу о замене висмутовых солей белой глиной. (*Bolus alba*)

В. Гурвич (Орша).¹

С упоминанием о хорошем действии *Bolus alba* мы встречаемся у проф. М а с л о в а, который рекомендует их в больших дозах при интоксикациях (по 1 ч. ложке *Bolus alba* на 100,0 слизистого отвара), а также при слизисто-кровянистых поносах при затянувшейся форме, в виде порошков наряду с *Bismuth. subnitric. tannalbin*. Рекомендует также *Bolus alba* и проф. В и р к при затянувшихся формах колитов. Применять же я стала на практике *Bolus alba* 2 года тому назад по совету профессора Л е о н о в а (Минская детская клиника). Последние несколько месяцев я, работая в консультации и яслях гор. Орши, поставила специальные наблюдения над действием белой глины для того, чтобы можно было его рекомендовать всем детским врачам. Хотя результаты предыдущих 2-х летних наблюдений были достаточно хорошие, но нужно их иллюстрировать историями болезни, чтобы это было убедительно и для других. Как видно из выдержек из историй болезни применяла я *Calc. carb. + Bolus alba* aa 0,25, а последнее время *Bolus alba* 0,5 и 0,3.

1. М а ч у л ь с к а я З и н а—1 г. 2 м.

19/VII 1932 г. Вес 11500,0. Стул очень частый, жидкий 2 недели. Назн. *Calc. carb. Bolus alba* aa 0,25.

26/VII 1932 г. Вес 11700,0. Стул—N.

2. У т к а р е в К л и м—1 г. 10 м.

Частый стул с примесью слизи в продолжение 1 1/2 мес. (главн. образ. ночной по 6 раз). Плохой аппетит. Вес 28/VIII 1932 при приеме 11800,0 (вес 3/VIII 12600,0). Назнач. *Bolus alba* 0,5 *Pancreat. 0,15*.

9/IX 32 г. вес—12400,0, стул по-прежнему очень част. Назн. *Bolus alba* 0,5×3.

11/IX 32 г. Стул 2—3 р., прекратился ночной стул.

26/IX 32 г. Вес 12900,0, стул частый, если ребенок не получает *Bolus alba*.

3/X 32 г. Вес 13200,0. Стул—N.

3. Л и б е р м а н Л ю б а—4 мес., недоносок, резкое проявление рахита.

25/IX вес 4000,0, частый стул в течение 2-х недель. Назнач. *Bolus alba* по 0,25. 2/X вес 4100,0. Стул—N.

4. Г у р б о А н а т о л и й—4 м. 10 дн. Искусственник. Частый стул в течение 10 дней. Назнач. *Bolus alba* 0,25×3. Вес 15/IX—6250,0. 25/IX—6450,0. Стул—N.

5. К о с м а ч е в с к а я В а л е н т и н а—1 г. 4 мес., болела поносом все лето, стул вначале частый, жидкий, потом 2 р. в сутки, водянистый. Вес 20/V 1 г. 3 нед. 8600,0. 10/IX 1 г. 4 м. 7800,0. Стул 2 раза водянистый, плохо ест. Назнач. *Bolus alba* 0,5×3.

17/IX 1 г. 4 м. 1 нед. 7800,0. Стул 2 р. густой, ест хорошо.

29/IX 1 г. 4 м. 3 нед. 8200,0. „ 1 р., ест хорошо.

6. П р о к о п и ш к о А з а—11 мес. Частый стул в течение 2-х недель, назначено *Bolus alba* 0,5×3. Вес 22/IX 32 г. 8850,0 (убыль веса за 1 мес. 800,0). Вес 3/X-32 г. 9150,0. Стул 2 р., густоват, прекратился ноч. стул. 7/X—9450,0. Стул—N.

7. П ч е л к и н Г е н н а д и й—1 г. 4 м. Ясельный ребенок.

2/VIII вес 10950,0.

17/VIII Т° 37,3. Начало диспепсии.

28/VIII 1 г. 5 м. Вес 9900,0. Стул частый, жидкий, с примесью слизи главным образом ночью, капризен. Плохо ест. Назначена *Bolus alba* 0,5×3.

1/X. Стул 2—3 раза, густоватый, прекратился ночной стул. Аппетит лучше.

10/X. Вес 10400,0. Стул частит, если ребенок не получает В. а.

8. Б о р у ш е н к о Р э м а—1 г. 8 мес.

22/VII-32 г. Вес 10000,0. Началась диспепсия с рвотой и поносом. После обычной 24 часовой голодной диеты. Назначено *Bolus alba* 0,5×3.

24/VII. Вес 9600,0. Рвоты нет, частый стул.

1/VIII. Стул—N.

10/VIII. Вес 10000,0. Стул—N.

9. Г о р б у л е в а В а л я—1 г. 6 м. Ясельный ребенок.

5/X. Частый стул в течение 3-х недель. Назначено *Bolus alba* 0,5×3.

10/X. Стул—N. Ест хорошо.

Такие же хорошие результаты получены при применении *Bolus alba* у детей:

1. Лисовская—1 г. 4 м. 2. Степаницкая Люся—1 г. 5 м. 3. Дудков Евгений—1 г. 6 м. 4. Сугак Таиса—8 мес. 5. Киршанков Лёня—6 мес. 6. Данилевич Владимир—2 г. 2 м. 7. Безмонов Лёня—8 м. 8. Пискунов Витя—11 м. 9. Купчин Николай—8 м. 10. Плоту×Лидия—2 г. 1 мес.

Приложенные выдержки из историй болезни позволяют сделать выводы:

1. *Bolus alba* дает прекрасные результаты в детской практике при затянувшихся поносах всех видов.

2. Лучше всего действует на рахитиков, которые в большинстве случаев и дают нам эти затяжные формы.

Не следует, конечно, забывать диететики поносов, так как при неправильно назначенной диете одно назначение белой глины не может дать таких хороших результатов.

Но один и самый главный вывод это то, что при лечении детских поносов можно вполне обойтись без висмутовых солей, назначаемых в аналогичных случаях, и без всякого ущерба для больных заменить их недифицитной—белой глиной.

0 лечению острого суставного ревматизма пирамидоном.

(Терапевт. отделение Барнаульской городской больницы).

И. А. Клыков.

Как хинин при малярии, так и салициловый натр при остром суставном ревматизме (о. с. р.), до сих пор считаются специфическими средствами. В тоже время из опыта мы знаем, что салициловый натр часто оказывает далеко ненадежное, непостоянное и медленное на течение о. с. р. действие и в больших дозах (а действителен сал. натр. только в больших дозах), нередко сопряженно с целым рядом более или менее тяжелых побочных явлений: головокружение, головная боль, тошнота, шум в ушах, тугоухость слуха и даже глухота, сонливость, помрачение сознания, бред с различными галлюцинациями и одышка. Последнее время у салицилового натра в деле лечения о. с. р., появляется весьма сильный конкурент—пирамидон. Правда, как жаропонижающее, так и противоревматическое действие пирамидона было достаточно известно давно¹⁾, но вместе с тем упорно держался гипноз страха перед его якобы угнетающим действием на сердце. Поэтому допускались лишь небольшие количества этого препарата (высший прием 1,5 *pro die*—проф. Н. В. Вершинин—фармакология, как основа терапии. Томск 1926 г.), а в данной дозировке его активность не обнаруживалась. Только сравнительно недавно были сделаны попытки увеличить дозы пирамидона. Schottmüller, Bodenstab, Lammerhirt, применяя пирамидон в дозе 2,0—3,0 *pro die* с прекрасным результатом, приходят к выводу, что пирамидон ничем не уступает, а м. б. и превосходит салициловые препараты в своем действии на суставной ревматизм. В применении пирамидона есть несколько вариантов.

В большинстве случаев, применяя его в дозе 2,0—3,0 *pro die*, одни авторы указывают на необходимость 2-х, 3-хдневного перерыва после трех дней дачи пирамидона. Другие Schottmüller и др. дают до тех пор, пока не исчезнут явления болезни; при чем дача пирамидона неделями и месяцами ежедневно, по их наблюдениям, не вызвала никаких побочных явлений. В отношении угнетающего действия пирамидона на сердце (а также и вообще побочных явлений, свойственных салициловому натру) опасения практической применения пирамидона не оправдались, а наоборот есть указания (Вестник современной медицины—1929 год № 6) на улучшение сердечной деятельности при расстройствах компенсации ревматического сердца—от применения пирамидона.

¹⁾ В 1897 г. Рот предложил лечить ревматизм пирамидоном; он сообщил о 9 случаях о. с. р., леченных пирамидоном (0,3×5 раз в день) с прекрасным результатом. Но почему-то этот способ лечения не привился, не вошел в широкое обращение, о нем мало даже кто знает, о нем не упоминают, как это указывает Bodenstab даже в самых солидных руководствах и монографиях и только больше чем через 20 лет, в 1927 г. Шоттмюллер сообщает о том, что с 1922 г. он с успехом лечит в своей клинике ревматиков пирамидоном с прекрасным результатом.

При лечении о. с. р. мы применяли пирамидон по 0,5—5—6 раз в сутки в течение трех дней и, в случае надобности, через 2—3 дня перерыва снова дача пирамидона по 0,5—5—6 раз в сутки еще 3 дня. Почти во всех проведенных нами случаях лечения о. с. р. не было надобности во вторичной даче пирамидона, так как больные, чувствуя себя прекрасно, выписывались домой (Рекомендуется даже при исчезновении всех явлений о. с. р. и после первых 3-х дней лечения пирамидоном, — вторичная, через 2-х—3-хдневный промежуток дача пирамидона по 0,5—5—6 раз в сутки в течение 3-х дней, в целях предупреждения рецидивов; но нам проводить это не удавалось, т. к. больные, чувствуя себя хорошо, сами просились на выписку. Повторный курс лечения 6-м рекомендовался проделать на дому. Повторных обращений 6-х, прошедших через отделение, не было). Наш материал обнимает 17 случаев острого суставного ревматизма, леченных пирамидоном²⁾. По возрасту эти случаи разбиваются след. обр.:

До 16 лет—2; от 17 до 25 лет—10; от 26 до 40 лет—4; от 40 и выше—1. По времени их пребывания в больнице—больные распределяются сл. обр.:

До 3-х дней—8 человек; от 4 до 7 дней—7 чел.

22 дня—2 чел. (лечились в основном салициловым натром).

Если взять 15 больных, леченных только пирамидоном, то ими проведено 68 койко-дней, т. е. в среднем 4 к/д на каждого больного. Привожу несколько историй бол.

I. Б-ая М-ич; 17 лет. История бол. № 577.

Анамнез. Заболела 31/V-31 г. — боли в ногах, не может ходить, перед этим болело горло. Поступила в отделение 2/VI-31 г.

St. praes. Сердце—систолич. шум на верхушке, акцент на 2-м тоне art. pulmon. Отоков нет. Резкая болезненность (не дает исследовать) в суставах голеностопных и коленных, больше на правой конечности. Имеется припухлость суставов.

Течение болезни 3/VI-31 г. Утром на обходе — вынужденное положение, не двигается. Резкие боли. Назначен пирамидон по 0,5×6 раз в сутки. 4/VI. Больная ходит. Болей нет. 5/VI. Idem 6/VI. Выписана в хорошем состоянии. См. температур. кривую.

II. Б-ой Чет-ов. 19 лет. Ист. бол. № 649.

Анамнез. Болен с 14/VI-31 г. — боли в суставах ног, костей рук. Поступил в 6-цу 18/VI-31 г.

St. praes. Сердце — систолич. шум на верхушке. Правый лучезапястный, оба голеностопных сустава припухли, болезненны; хруст.

Боли меньше. 21/VI. Болей нет. Ходит. Выписан. См. температур. кривую.

Течение бол. 19/VI. Pyramidon 0,5×5 раз. 20/VI—припухлости в суставах нет.

III. Б-ая Русс-х. 23-х лет. Ист. бол. № 652.

Анамнез. Заболела 16/VI-31 г. — боли в суставах: левом голеностопном, левом коленном, правом голеностопном, правом коленном. Не может ходить. В 6-цу 20/VI-31 г.

St. praes. Резкая болезненность в суставах ног, припухлости суставов нет. Хруст. В палату внесли на руках.

Течение бол. 20/VI — получила только 2 порошка пирамидона. 0,5 21/VI. Болей нет. Небольшая болезненность только при исследовании левого коленного сустава. Ходит. 23/VI. Ходит. Выписана. См. температур. кривую.

IV. Б-ая Ник-ва. 17 лет. Ист. бол. № 368.

Анамнез. Заболела 4/IV-31 г. — боли, опухоль в голеностопных суставах. 5/IV — боли, опухоль и в коленных суставах; слегла в постель. В 6-цу принята 9/IV.

St. praes. Сердце—систолический шум на верхушке. Припухлость обоих голеностопных и коленных суставов. Резкие боли.

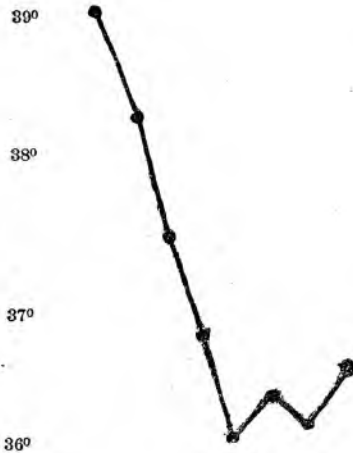
Течение бол. 10/IV—Pyramidon 0,5×6 раз. 11/IV. Лучше. 12/IV. Припухлости и болей в суставах нет. Самочувствие хорошее. Ходит. Выписана.

Остальные истории болезни в основном тождественны с приводимыми здесь. Каких-либо осложнений от применения пирамидона нами ни разу не наблюдалось.

²⁾ Точнее 15 случаев, т. к. два случая с 22-хдневным их пребыванием в 6-це лечились в основном салициловым натром и только в последние дни был применен пирамидон. Эти случаи включены для сравнения.

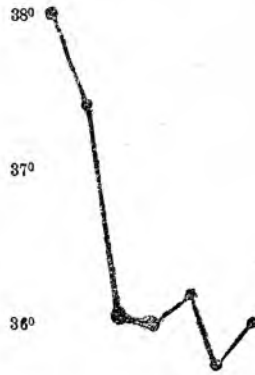
На основании своего, пока небольшого материала (в настоящее время количество наблюдений больше),—мы приходим к следующим выводам:

История бол. № 577.
2/VI 3/VI 4/VI 5/VI 6/VI



Кривая 1.

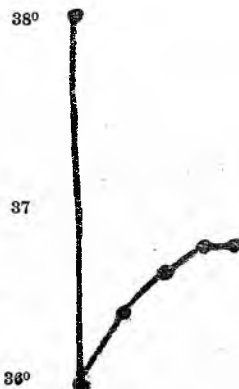
История бол. № 649.
18/VI 19/VI 20/VI 21/VI



Кривая 2.

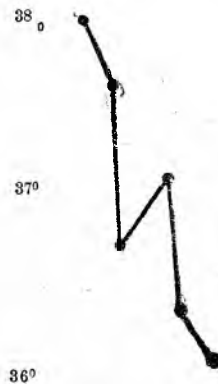
1. Пиридон является одним из лучших, известных нам средств при лечении о. с. р. и повторных обострений затихших процессов, значительно сокращая срок пребывания больных в больнице и давая быстрое и довольно стойкое излечение.

Ист. бол. № 652.
20/VI 21/VI 22/VI 23/VI



Кривая 3.

Ист. бол. № 368.
9/IV 10/IV 11/IV 12/IV



Кривая 4.

2. Побочных действий, свойственных салициловому натру, пиридон не дает.
3. Расстройство и угнетение сердечной деятельности при суточной дозе в 3,0 пиридона,—не наблюдается.
4. Методика лечения о. с. р. пиридоном подлежит разработке.

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Кафедра микробиологии В. М. А. (Начальник кафедры В. М. Аристовский).

Бациллемия при туберкулезе.

Преподават. А. И. Панина.

Вопрос о бациллемии при туберкулезе не новый.

Еще в 1868 г. Villemin, на основании своих опытов с экспериментальным туберкулезом у кролика, первый высказал мысль о возможности нахождения вируса в крови туберкулезных людей.

Вскоре после открытия Кочем туберкулезной палочки, целый ряд авторов в своих работах указывает на возможность гематогенного распространения туберкулеза. Клиницист Landouzy в 1883 г. описал формы гематогенного туберкулеза, названные им „тифобациллезом“ на основании сходства с тифозной инфекцией; Weichsselsbaum в 1884 г. показал наличие бацилл в крови трупа, погибшего от милиарного туберкулеза. Meissels'у удалось доказать это у живого. Подтверждение подобных находок можно найти у Lustig'a, Sticker'a и др. Вначале обнаружение туберкулезного virus'a удавалось лишь в крови больных милиарным туберкулезом, или в крови, взятой во время агонии. Jousset, обрабатывая сгустки крови пепсином, микроскопически доказывал наличие палочек в крови и не при милиарном туберкулезе, что он подтвердил в дальнейшем также и опытами на животных. Так как результаты микроскопических исследований были мало утешительны, другие исследователи пробовали использовать для этой цели эксперимент на животных (морских свинках), которым они прививали кровь подозрительных пациентов. Последний способ дал несколько лучшие результаты; обнаружение бактерий в крови удавалось в 10—20%. Но большая погрешность результатов, где находки колебались от 0 до 100%, не позволяли сделать каких-либо определенных выводов, указывая в то же время на чрезвычайную ненадежность методов исследования.

Метод обогащения Uhlenhuth'a, являющийся несомненным прогрессом в деле микроскопической диагностики туберкулеза, не дал все же вполне благоприятных результатов. Вопрос обнаружения в крови туберкулезных палочек, могущий пролить свет на целый ряд неясностей, связанных с патогенезом, диагностикой, определением активности процесса, прогнозом и т. д., не переставал интересовать исследователей.

За последнее время в литературе, особенно иностранной, появилось большое количество работ о бациллемии при туберкулезе, связанных с новым методом выделения из крови туберкулезных бацилл, опубликованным Löwenstein'ом около двух лет назад.

Еще в 1901 г. Löwenstein трактует находки туберкулезных микробов в крови как генерализованную инфекцию, вызванную палочкой птичьего туберкулеза. Позднее—в 1905 г.—он указывает на частое присутствие бактерий в крови при различных формах туберкулеза. В результате длительных изысканий способов обнаружения ток палочек в крови, Löwenstein сделал в 1930 г. первое сообщение о своей новой методике. Вначале процент положительных находок был невелик; автор объясняет это не вполне совершенной методикой, которая им постепенно улучшалась и дала „поражительные результаты“. В своих последних работах Löwenstein доказывает большую чувствительность своей методики по сравнению с опытами заражения морских свинок, которые к тому же требуют длительного за собой наблюдения (иногда около года), а также и по сравнению с методом посевов на ацинные среды Dorset, Lubenau, Петрова, Petrognagni.

Методика Löwensteina.

Изготовление питательной среды. Указывая на вред пептона для выращивания свежих культур, Löwenstein заменил его аспарагином, как лучшим поставщиком азота. По последним сообщениям Левенштейна—среда готовится следующим образом: куриные яйца в скорлупе помещаются на 30 минут в теплый 5% зелено-мыльно-содовый раствор, промываются затем в проточной воде, переносятся на 20 минут в раствор сулемы 1:1000 и снова ополаскиваются проточной водой. Параллельно готовится раствор следующего состава:

фосфорно-кислый калий (K_2HPO_4)	0,2
лимонно-кислый натр	0,2
серно-кислая магнезия	0,2
аспарагин	3,0
глицерин	60,0
дистиллированная вода	1000,0

К 150 к. с. этого раствора прибавляют 6,0 грамм картофельной муки и 12,0 куб. см. глицерина, после чего прогревают при частом встряхивании в течение 1 часа в водяной бане. Затем прибавляют 4 целных яйца (раньше обработанных), еще 1 желток и бусы, энергично встряхивают и добавляют 10,0 кб. см. 2% стерильного раствора конгорот или 20,0 кб. см. 2% раствора малахитгрюн. Фильтруют через стерильную марлю и разливают в пробирки по 5—6 кб. см. Дальше—свертывание и пастеризация в течение двух дней подряд по 2 часа в Коховском аппарате при 80°. Левенштейн настаивает на том, чтобы стерилизация ни в коем случае не проводилась при температуре выше 80°. Контроль стерильности—сутки, двое в термостате.

Обработка крови и техника посева.

Исходя из наблюдений, что гемоглобин, поглощая кислород, тормозит рост туберкулезных палочек, Löwenstein стремился разрушить красные кровяные тарики и тщательно удалить гемоглобин. С этой целью он применял различную обработку крови перед посевом: дистиллированной водой, сапонином, уксусной кислотой.

Последняя его модификация заключается в следующем: пункцией вены добывается 5,0—10,0 кб. см. крови и вливается в широкую центрифужную пробирку с 3,0 кб. см. 10% лимонно-кислого натра. Для пересылки кровь удобнее брать в ампулу, содержащую тот же раствор цитрата. В запаянном виде она может сохраняться без изменения до 14 дней и выдерживать длительные пересылки. В лаборатории из ампулы кровь переливается в пробирки. После тщательного центрифугирования цитратная плазма сливается или отсасывается, и к осадку добавляется с избытком дистиллированная вода. Гемолизированную кровь центрифугируют, удаляют воду и к серовато-красному осадку приливают равное по объему количество 15% раствора серной кислоты. Смесь перемешивается, и после 5-минутного воздействия серная кислота удаляется, осадок промывается повторным добавлением дистиллированной воды. Для удаления серной кислоты можно пользоваться добавлением едкого калия, что позволяет ограничиться однократным промыванием осадка. Разрушения гемоглобина можно с успехом достигнуть по Löwensteinу обработкой 5% уксусной кислотой и обойтись без серной кислоты. Неудобство этой обработки состоит в образовании слишком объемистого осадка, требующего засева большого количества пробирок (до 12), и в трудности способности достаточно стерильные условия работы. Полученный тем или иным способом осадок хорошо встряхивается, набирается в пипетку и по возможности весь переносится в пробирки с питательной средой. Засеянные пробирки заливаются сургучем или парафином во избежание высыхания среды и помещаются в термостат при 37° в горизонтальном положении.

Через 20 дней производится макроскопический просмотр посевов, через 5—6 недель—микроскопический контроль. Выдерживание посевов в термостате не менее 2 месяцев. Микроскопический контроль необходим в каждом случае, так как часто при отсутствии видимого роста в мазках обнаруживаются палочки. Получающиеся культуры обнаруживают иногда салыный рост, как у птичьего туберкулеза, иногда—сухой морщинистый. При получении макроскопически видимого роста культуры

перевиваются и проверяются на животных. При наличии лишь микроскопических находок пересевается редко.

Характер роста зависит от количества циркулирующих в крови бактерий. По L ö w e n s t e i n 'у самый пышный рост получается при polyarthritis acuta и свежих случаях множественного склероза; но и при прогрессирующем легочном туберкулезе—рост богатый; при кожном туберкулезе, при lupus erythematosus и tuberculid'ax часто, но не всегда также обильный рост.

В своей первой работе, опубликованной в 1930 г., L ö w e n s t e i n дает сводку полученных результатов.

Туберкулезные заболевания	Число обследованных случаев	Из них положительных
Легких	140	54 (35%)
Кожи	92	51 (55%)
Гортани	28	18 (67%)
Почек	16	11 (68%)
Костей	18	9 (50%)
Глаза	4	3 (75%)
	298	146 (58%)

В последующих работах L ö w e n s t e i n и его сотрудники не только подтвердили полученные наблюдения, но добились еще большего процента положительных находок. В 1931 г., когда L ö w e n s t e i n имел уже около 5000 исследований, он пришел к следующим выводам: наибольшая связь клинической картины и бациллемии выявилась при кожной форме туберкулеза. У нетуберкулезных больных (psoriasis, gonorrhoea и т. д.) никогда не обнаруживались палочки туберкулеза; при прогрессирующем туберкулезе весной в 80%, осенью в 50% в крови обнаруживались палочки; при туберкулидах, при lupus erythematosus—в 55%. В отдельных случаях в течение 18 месяцев высевы, произведенные у одного и того же больного, были положительными почти при каждом исследовании, повторенном до 10 раз. При излечении болезни результаты становились отрицательными. Значительно труднее оценка данных, получающихся при раннем туберкулезе легких, т. е. положительная гемокультура в таких случаях не может быть проконтролирована ни клинической, ни рентгенологической картиной, а только лишь дальнейшим течением болезни. На основании своих наблюдений L ö w e n s t e i n считает, что его метод гемокультуры является наиболее надежным методом ранней диагностики туберкулеза.

Очень показательны для оценки метода результаты, полученные при туберкулезе глаз, особенно при свежих хориондитах и рецидивирующих кровоизлияниях в стекловидное тело; при neuritis retrobulbaris из 6 случаев 4 были положительными. При диагностируемом костном туберкулезе процент положительных гемокультур доходит до 60; при милиарном туберкулезе, при туберкулезе кишечника гемокультуры положительные—в 100%.

На основании своих исследований L ö w e n s t e i n приходит к убеждению, что бациллемия наблюдается не только при общей тбк инфекции, как, например, при милиарном туберкулезе, но что она при изолированном тбк отдельных органов, протекающих даже бессимптомно и впоследствии излечивающихся, играет роль в деле возникновения метастатических очагов (кости, глаза, почки и т. д.). В соответствии с этим стоят с одной стороны находки тбк палочек в экссудатах при остром суставном ревматизме (R o n c e t, R e i t e r), с другой—положительные результаты гемокультур, полученные при этом заболевании L ö w e n s t e i n 'ом и R e i t e r 'ом.

Исходя из допущения, что при заболеваниях центральной нервной системы, на ряду с lues'ом, важная роль может принадлежать тбк, L ö w e n s t e i n произвел ряд исследований на туберкулезную бациллемию при dementia praecox и sclerosis multiplex.

На основании клинических, гематологических и анамнестических данных ряд авторов также считает, что в основе этих заболеваний лежит хроническая инфекция. По L ö w e n s t e i n ' y 35% посевов дали обильный рост туберкулезных палочек, при чем в легких никакими способами нельзя было установить активной тбк инфекции. Поэтому L ö w e n s t e i n полагает, что способ получения гемокультур для клиники тбк является таким же вспомогательным средством, как RW при сифилисе.

В своей дальнейшей работе (1932 г.), подводя итоги 10 тысячам исследований и подтверждая результаты, полученные ранее, L ö w e n s t e i n указывает, что находки туберкулезных бактерий в крови говорят о прогрессирующем процессе: при миллиарном тбк и прогрессирующем тбк, ведущих к смерти, из крови трупов в 85% выделялись палочки, при других формах тбк и не туберкулезных трупах — высеив не удавалось.

Та же мысль проводится L ö w e n s t e i n ' о м в совместной работе с дерматологом K r e n ' о м. Оба автора приходят к выводу, что находка бактерий в крови при lupus erythematosus говорит о прогрессирующем процессе. Клиническое значение бациллемии выяснилось им так же совместно с R e i t e r ' о м на больных полиартритом; у большинства кровь бралась не менее трех дней подряд, а затем ежедневно. Оказалось, что бациллемия держится до тех пор, пока не затухнет процесс. Случаи, когда палочки исчезают из крови очень медленно, характеризуются частыми рецидивами. Вот краткая сводка результатов, полученных L ö w e n s t e i n ' о м при ревматизме:

Всего случаев	С бациллемией	Без бациллемии	Число исследований этих случаев
86	56	26	237
Случаи с бацилл. 56	Число их исследов. 205	С положит. результ. 87	С отрицательн. результ. 118

Первоначально казалось, что бациллемия возможна не только в острой стадии процесса, но и при угасании суставных симптомов и при бестемпературной реконвалесценции. Дальнейшее наблюдение, однако, показало, что в последнем случае лица, казавшиеся уже здоровыми, имеют колебание температуры до градуса, незаметное самими пациентами.

Аллергическая реакция P i r q u e t, отрицательная в острой стадии полиартрита, становится при реконвалесценции резко положительной, при чем выпадение реакции помимо покраснения кожи сопровождается одновременно припуханием суставов. Нужно, однако, отметить, что связь аллергии с бациллемией еще недостаточно изучена.

При остром и хроническом полиартрите палочки туберкулеза, циркулируя в кровяном русле, проникают в дальнейшем сквозь стенки сосудов в ткани, при чем травма сосудистых стенок в этих случаях играет известную роль. При ревматизме бактерии из кровеносных сосудов синовиальных стенок проникают в сустав, что доказывается опытами заражения животных пунктатом из полости сустава. Проникшие в небольшом количестве палочки безвредны и не поражают сустава.

Таким образом, суставной ревматизм по L e v e n s t e i n ' у характеризуется, как острый воспалительный процесс с тремя признаками: бациллемией, припухлостью суставов, аллергической реакцией, являясь экссудативно-воспалительной фазой в течении туберкулезной инфекции. В соответствии с этим стоят не только патолого-анатомические, но и клинические данные.

У детей ревматизм появляется на третьем, четвертом году жизни в связи с генерализацией туберкулезного процесса. Указания авторов, что реакция P i r q u e t в случаях ревматизма выпадает отрицательно, не имеют значения, т. к. кожная реакция, вообще часто отсутствует при наличии туберкулезной бациллемии, которой, как правило, сопровождается по L e v e n s t e i n ' у и ревматизм.

Приводя мнение S w i f t ' a, что ревматизм является результатом повышенной чувствительности организма к стрептококкам (в связи с чем стоят попытки S h w o s t e k ' a лечить ревматизм десенсибилизацией стрептококковой вакциной).

Löwenstein считает эту теорию необоснованной, как не согласующуюся ни с патолого-анатомической картиной, ни с фактом редкого выделения стрептококка. В этом свете лечение салициловыми препаратами приводит к симптоматическому уменьшению боли, снижению лихорадки, ограничению экссудации, но не влияет на рецидивы и сердечные осложнения, а также на туберкулезную бактериемию.

Исследования Löwenstein'a за последние 1½—2 года вызвали целый ряд проверочных работ. Из них весьма серьезной является работа Kurt Meyer'a и в особенности проведенная им анкета. Основываясь на данных Löwenstein'a он ставит целый ряд вопросов, а именно: не имеем ли мы в наблюдениях Löwenstein'a дело с палочкой, отличающейся от обычной палочки Koch'a особыми свойствами (хотя Löwenstein не обнаружил этого); не является ли частое обнаружение Löwenstein'ом туберкулезной бактериемии результатом того, что туберкулезные палочки, находясь в организме чаще, чем мы предполагаем, могут быть мобилизованы различными болезненными процессами и, таким образом, появиться в крови. В таком случае возникает вопрос, почему только определенные заболевания приводят к такой мобилизации и почему при этом не возникает типичного туберкулеза. В виду чрезвычайной важности вопроса, автор считает в первую очередь необходимым тщательную проверку надежности предложенной Löwenstein'ом методики. Не сомневаясь, однако, в данных, сообщенных Löwenstein'ом, Kurt Meyer при помощи анкеты выясняет частоту положительных результатов, полученных при исследовании крови больных по методу Löwenstein'a в других лабораториях.

Самому Kurt Meyer'u и Fontsohn'u по методу Löwenstein'a из 41 случая тяжелого легочного туберкулеза и 9 случаев хирургического удалось в трех случаях получить микроскопический рост (60%), т. е. значительно реже Löwenstein'a.

Правильность методики контролировалась искусственным заражением крови палочками тбк и последующими посевами, которые всегда давали положительный результат.

Подобные же данные получал Hüttig, выделив из 64 случаев тяжелого легочного тбк—7 гемокультур (11%).

Проф. Bessaу (Лейпциг) из 60 посевов крови детей имел 2 положительных результата, 58 — отрицательных; контроль сред давал отличный рост. По мнению Bessaу, учение Löwenstein'a о роли туберкулезной инфекции при ревматизме ошибочно, так как не только клиника, но и отрицательная туберкулиновая проба говорит против этого. Автор сеял кровь от 4 лиц, больных ревматизмом и одновременно туберкулезом, и получил всюду отрицательный результат—обстоятельство, которое плохо согласуется с предположением о мобилизации палочек. Кроме того, этим же автором кровь от 7 больных (4 туберкулезных и 3 нетуберкулезных) была послана для производства исследования самому Löwenstein'u. Во всех случаях был получен отрицательный результат.

Chop (Берлин) сделал 27 посевов крови больных кожным туберкулезом—все с отрицательным результатом; посевы производились осенью и весной; заражение сыпчик также было отрицательно.

Kadisch (Берлин) засеял кровь от 51 случая тяжелого легочного, почечного и костного туберкулеза, 7 случаев кожного тбк и 10 случаев острого суставного ревматизма. Все посевы оказались отрицательными макро и микроскопически.

Manteufel (Дюссельдорф) сообщает, что методика изучалась у Löwenstein'a в Вене, и тем не менее его опыты посева крови были отрицательными в 30 случаях тбк (из них 2—миллиарный тбк), 9 случаях полиартрита, 23 случаях шизофрении, 8 случаях множественного склероза.

L. Rabinowitsch (Берлин) посеяла кровь от 315 лиц:

Легочный тбк.	242	Деформ. артрит	4
Кровь трупов с легочным тбк.	20	Эритема (nodosum)	7
Острый ревматизм	23	Астма	5
Хронич. «	6	Другие заболевания	8

Ни в одном случае нетуберкулезного процесса палочки не выросли. Посев крови трупов дал рост в 40% (8 на 20). Из крови больных тбк в 7 случаях—рост хороший, в трех—только в первой генерации—всего 10 случаев (4%). Положительный результат не зависел от тяжести процесса. Часть полученных культур—мало вирулентна и дает несколько уклоняющийся от типичного роста. По мнению Rabinowitsch при посевах крови нельзя ограничиваться бактериоскопией, необхо-

димо производить пересевы и изучению культур, так как возможны находки палочек нетуберкулезных или атипичных.

Engel (Берлин) получил отрицательные результаты, произведя 9 посевов крови при кожной форме тбк.

Hager (санаторий Вервальд), пользуясь методикой Левенштейна, сделал 133 посева крови различных форм туберкулеза и получил следующие результаты: по Löwenstein'у I (обраб. укс. кис.) из 100 случаев—10 положительных (10%); по Löwenstein'у II (обраб. серной кис.) из 33 случаев—7 положительных (21%); микроскопический рост был сравнительно редок. Автор предупреждает, что возможно нахождение в крови кислотоупорных нетуберкулезных палочек.

Saegler (Берлин) из 107 посевов при гематогенном туберкулезе ни разу не получал роста; из 51 случая тяжелого легочного тбк—11 положительных результатов (22%). Автор считает, что при гематогенном тбк палочки находятся в крови краткий срок, и поэтому при взятии крови не наталкиваются на эту фазу; при конечных же стадиях легочного тбк налицо длительное наводнение крови палочками.

Levin (Стокгольм) пользуясь приготовленными в Вене средами, исследовал 163 пробы (из них 140 от случаев тяжелого тбк легких) и имел всего 2 случая микроскопических находок—образований, напоминавших туберкулезные палочки. По мнению автора—к микроскопическим находкам надо относиться осторожно, когда имеют дело с остатками крови, так как ряд авторов—Lebermeister, Kuraschiga и др.—при прямой микроскопии крови больных обнаружили в 100% палочки тбк, а Kuraschiga даже в 59% у здоровых. Капп же показал, что частички оболочки красных кровяных шариков и зерна лейкоцитов кислотоупорны и могут напоминать туберкулезные палочки.

Lang из 91 случая легочного и костного туберкулеза имел 4 гемокультуры.

Porrer (Вена) произвел 700 посевов. Первые 400 были безрезультатны; лишь после повторного изучения техники у Löwenstein'a и исправления отклонений, которым раньше автор не придавал значения, результаты изменились. Последние 250 исследований дали „65 в смысле Löwenstein'a положительных культур“: 27 раз (75%) из крови тбк трупов выросли типичные туберкулезные культуры; в крови больных (24 случая ревматизма, глазных, кожных заболеваний и единичные случаи легочного тбк) в 20% были обнаружены кислотоупорные палочки, но лишь в мазках микроскопически. Пересевы не были сделаны. В 14 случаях посевов крови больных или тбк трупов выросли кислотоупорные палочки, отличавшиеся в отдельных свойствах от палочек туберкулеза—они давали желтый пигмент, влажный рост, часто росли на кровяном агаре, в опытах на животных оказались непатогенными. Автор считает, что из крови трупов тяжело туберкулезных удастся вырастить по методу Löwenstein'a палочки тбк в высоком проценте, из крови же живых в подобных случаях выделяются культуры, идентичность которых с палочками тбк он считает не доказанной.

Данные анкеты, приведенной Kurt Meyer'ом—противоречивы. Часть авторов дает совершенно отрицательные ответы, другие отмечает единичные положительные находки и только Rabinowitsch, Hager, Saegler и Porrer говорят о более частых положительных результатах. Но у Hager'a дело идет большей частью о микроскопических находках, значение которых еще не ясно, у Saegler'a—положительные результаты в большом проценте падают на случаи легочного тбк. При гематогенном же тбк—культуры не были получены ни разу, хотя у Löwenstein'a в этих случаях в 40—50% отмечаются положительные находки. У L. Rabinowitsch в 4% легочного тбк получен положительный результат, но штаммы оказались атипичными. Данные Saegler'a—отрицательные при хирургическом тбк и положительные при легочном,—говорят за то, что о неточной методике здесь не может быть речи. Обращают внимание частые лишь микроскопические находки палочек, почти не упоминаемые у Löwenstein'a.

Таким образом, данные Löwenstein'a о нахождении туберкулезных палочек в крови туберкулезных больных получают лишь частичное подтверждение. Ответ на вопрос о присутствии тбк палочек в крови нетуберкулезных еще более неопределенен. По мнению Kurt Meyer'a, для объяснения противоречий Löwenstein должен точно указать, в чем состоит нарушения методики другими исследователями и просмотреть, действительно ли исчерпывающе описан им каждый пункт его методики, так как в его изложении встречаются неясности.

Интересен материал Naak'a и Delbanco. Они посылали кровь под номером без диагноза из Гамбурга в Вену и получали от Левенштейна следующие результаты исследования:

I серия.			II серия.			III серия.		
Диагноз	Колич. случаев	Полож.	Диагноз	Колич. случаев	Полож.	Диагноз	Колич. случаев	Полож.
Lupus vulgaris .	5	—	Gonorr. simp. .	9	—	Akne vulg. }	8	—
Туберкулиды . .	5	1	„ complicat. .	16	3	и Ekzema . .		
Erythema nodos. }	4	—	Gonorr. arthritis .	1	1	Neurodermia . .	3	1
„ induratum }			Gonorr. при tbc			Ekzema dyhidr. .	5	2
Из 14 проб 1+ (7,20/0),			pulmon. latens. .	3	—	Streptodermia .	3	—
			Urethritis non go-			Akne vulg. indur.	2	2
			norr. с эпид. и			Akne vulg. и Fo-		
			простатитом .	5	1	likul	2	2
			Epididymitis tbc. .	3	1	Из 23 проб 7+ (30,40/0).		
			Ulcus molle . .	2	1			
			Лимфаденит . .	3	—			
			Из 42 проб 7+ (16,60/0).					

Авторы считают, что в 8 случаях культуры L $\ddot{o}$ wenstein'a помогли им в установлении туберкулезной природы заболевания, остальные же случаи являются для них загадкой.

Аналогично с ними Kissmeyer посылал в Вену кровь из Копенгагена. Из 255 случаев туберкулеза в 49 L $\ddot{o}$ wenstein дал положительный ответ, из 98 контрольных (не туберкулезных) в 8 случаях ответ также был положительный. L $\ddot{o}$ wenstein полагает, что в этих 8 случаях дело идет о клинически просмотренном туберкулезном процессе.

Franz Koch, убедившись в хороших свойствах среды L $\ddot{o}$ wenstein'a путем выращивания тбк палочки из мокроты, проверил данные относительно гемокультур при кожных заболеваниях: им была засеяна кровь от 25 пациентов (lupus vulgar. 12, granulom. annular. 2, lupus erythemat. 4, tbc cutis verruc. 4, tbc epidid. 1 и друг.). Во всех случаях результаты оказались отрицательными даже микроскопически.

Ederle и Kriesch сеяли кровь по методу L $\ddot{o}$ wenstein'a от больных миллиарным тбк (4 сл.), легочным тбк (30 сл.), тбк лимфомой (2 сл.), тбк почек (2 сл.), тбк костей (1 сл.), инфекционным артритом (5 сл.), множественным склерозом (5 сл.). Положительный результат получен только в двух случаях миллиарного туберкулеза и двух—легочного. В остальных посевах никакого роста не было. Авторы не разделяют мнение L $\ddot{o}$ wenstein'a о простоте и надежности его метода.

Pollak, овладев методикой в лаборатории L $\ddot{o}$ wenstein'a, вначале сеял мочу, гной, мокроту, экссудат. Во всех случаях, где бактериоскопически были обнаружены палочки даже в небольшом количестве, при посевах на среду L $\ddot{o}$ wenstein'a получался пышный рост. На трупном материале посева на среду L $\ddot{o}$ wenstein'a дали лучшие результаты, чем опыты с заражением животных. В 5 случаях при отрицательной бактериоскопии гноя от трупов, погибших от туберкулеза, был получен рост тбк палочек. Таким образом, среда L $\ddot{o}$ wenstein'a, по заключению автора, является очень хорошей и вполне заменяет опыты на животных. Иначе он расценивает результаты, относящиеся к получению гемокультур, основываясь на своем опыте, обнимающем 51 посев крови от взрослых и детей, большая часть которых были явно туберкулезными.

Результаты, полученные автором, сводятся к следующему:

23 случая легочного тбк дали 3 положительных гемокультур—15% (у L $\ddot{o}$ wenstein'a в таких случаях 35%), 6 случаев горлового тбк—одну положительную гемокультуру—16,50% (у L $\ddot{o}$ wenstein'a 67%), 4 случая костного—0 (у L $\ddot{o}$ wenstein'a 50%). Подтвердить данные L $\ddot{o}$ wenstein'a автору не удалось, несмотря на точное соблюдение методики.

Lotze из 20 случаев инфекционного полиартрита на разе не получил гемокультур, хотя признает, что среда L $\ddot{o}$ wenstein'a значительно превосходит среду Hohn'a.

Knor Maximilian указывает на возможность ошибок в случае, если питательная среда или посевной материал содержат не тбк кислотоупорные палочки. Последние в мазках не отличимы от туберкулезных. По мнению автора, даже хорошо коагулированная яичная среда может содержать живые палочки птичьего

типа, так как в яйцах туберкулезных птиц они находятся в большом количестве и не всегда легко поддаются уничтожению стерилизацией вследствие разности температуры внутри и на поверхности питательной среды.

Из других частично подтверждающих работ надо назвать работу Sanz'a, получившего на 300 посевов крови от туберкулезных больных в 6% (18 культур) положительный результат, при чем в одном случае была выращена паратуберкулезная палочка (не патогенная, рост между 24—42°), в одном птичьего типа и в остальных палочки типа теплокровных. Далее, работу Domingo, выделившего из 215 случаев 10 культур, из которых 2 культуры выделены при подостром суставном ревматизме. Наконец, укажем на работу Бермана, Веневольского и Гольдштейна, которые обследовали 96 больных с различными клиническими формами туберкулеза; из них 15 случаев детского материала дали 9 положительных, 6 отрицательных результатов и из 81 посева при туберкулезе взрослых получено 17 гемокультур. Из общего числа 26 положительных случаев, 12 раз результат установлен на основании видимого роста, 14 раз на основании микроскопического исследования. Авторы отмечают, что в начале им удавалось получать хорошо видимый рост, в последующем из-за отсутствия хорошо видимого роста они вынуждены были оценивать результаты только микроскопически.

Полагая, что метод Löwenstein'a сделал значительный шаг вперед в области изучения бациллемии при туберкулезе, авторы не считают его достаточно разработанным, указывая на непостоянство результатов, получаемых у различных исследователей, что хорошо подтверждает таблица, приводимая Lotze.

Исследователи	Особенности производства исследован.	Число иссл.		Материал исследования
		случ.	полжит. результ.	
1. Abt.	a)	50	30	Инфицированные морск. свинки.
	b)	20	4	Пациенты туберкулеза. диспансера.
2. Bessau.	a) Исследован. Bessau.	60	2	Случаи активного туберкул.
	b) Исследован. Löwenstein.	7	0	
3. Cohn.	a) Исследован. Cohn.	27	0	Случаи кожн. туберкул.
	b) Исследован. Löwenstein.	8	0	
4. Bingold u. Spier.		25	0	Случаи легочн. туберкулеза и полиартрита.
5. D'Antona.		30	0	Легочный, костный, милиарный тбк, суставной ревматизм.
6. Deitling.	a) Исследов. в Wien.	120	1	Характер материала не указан.
	b) Исследов. в Erlangen.	115	0	Различные тбк заболевания и суставной ревматизм.
7. Ederle u. Kriech.		49	4	Различные туберк. заболеваний и случаи множеств. склероза.
8. Eichbaum.		20	0	Преимуществ. конечная стадия тбк.
9. von Engel.		42	3	Случаи кожного туберкул.
10. Engel.		9	0	Случаи кожного туберкул.
11. Fischer.		77	31	Костный и легочный туберк.
12. Giannetti.		34	0	Различные случаи тбк и суставной ревматизм.
13. Hager.	a) Методика Löwenstein I.	100	10	Пациенты туберкул. диспансера.
	b) " " II.	33	7	
14. Horster.		85	0	Открытые формы тбк и милиария, тбк
15. Hüttig.		59	7	Тяжелые формы легочного тбк.
16. Jerusalem und Urgoiti.		60	10	Различные тбк заболевания (легких, кожи, костей и т. д.).

Исследователи	Особенности производства исследований.	Число иссл. случ.	Число поло-жит. резуль.	Материал исследования.
17. Jontofsohn.		50	3	Тяжелые туберкул. заболевания (только микроскоп. находки).
18. Kadisch.		100	0	Различные тбк. заболеваний (легких, почек, кожи, костей) и суставн. ревматизм.
19. Kallos.		20	0	Случаи кожного туберкул.
20. Koch.		25	0	Случаи кожного туберкул.
21. Konrad.		52	22	Туберкулез кожи.
22. Lang.	a)	98	4	Ясно выраженные случаи туберкулеза.
	b)	7	0	
23. Levin.		163	2	Преимуществ. легочн. тбк. и полиартрит (только микроскопич. находки).
24. Lotze.		20	0	Острый и хроническ. полиартрит.
25. Manteufel, Holzgrave Kottmann.	a) До изучения методики in Wien.	20	0	Легочный тбк, множеств. склероз, шизофрения, суставной ревматизм.
	b) После изучен. метод. in Wien.	70	0	
26. Maresch.	a)	400	2	Из них в одном случае лишь микроскоп.
	b)	?	17	Из крови трупов.
	c)	18	5	Полиартрит, легочный тбк. Lupus erythematosus.
	d)	?	3	Склерит, иридоциклит, хронический полиартрит.
27. Mathiesen.	a) Исследован. Maresch.	51	7	Различн. формы кожного тбк.
	b) Исследован. Löwenstein.		13	
28. Opitz.	a) Исследован. Opitz.	23	0	Различные туберкулезн. заболевания, полиартрит и хорея.
	b) Исследован. Löwenstein.	26	3	
29. Pollak.		51	4	Туберкулез и острый полиартрит (рост только микроскопич.).
30. Popper.		250	65	Трунные и другой материал (из них часть только микроскопическ.).
31. Rabinowitsch	a)	20	8	Трунный материал.
	b)	242	10	Туберкулез.
	c)	53	0	Острый ревматизм и др. заболевания.
32. Richter.		43	3	Тяжелый легочный туберкул.
33. Saegler.	a)	50	0	Гематогенный туберкулез.
	b)	57	0	
	c)	51	11	
34. Saenz.		300	18	Характер материала неизвестен.
35. Sigon.		16	0	Суставной ревматизм.
36. Sternberg (Paltauf).		10	4	Трунный материал и прогрессир. тбк.
37. Szandicz.		9	0	Свежий тбк. и суставной ревматизм.
38. Walter und Höring.		100	0	Характер материала неизвестен.
39. Берман, Беневолентский, Гольдштейн.	a)	91	0	Преимуществен. тяжелые формы тбк.
	b)	15	9	Различные туберкулезные заболевания детей.
		81	17	Различные туберкулезные заболевания взрослых.

Выводы. 1. Несмотря на то, что питательная среда, предложенная Löwenstein'ом, представляют, повидимому, очень выгодные условия для выращивания тбк палочек, практика применения метода Löwenstein'a при решении вопроса туберкулезной бациллемии не позволяет считать этот метод вполне удовлетворительным, поскольку результаты, полученные при помощи этого метода в различных лабораториях, резко расходятся между собой.

2. Надо считать установленным, что туберкулезная бациллемия встречается чаще, чем это предполагалось.

3. Метод посева в ряде случаев должен дополнить заражение животного, так как последнее не всегда удается из-за авирулентности штаммов.

4. Нельзя считать, что метод Löwenstein'a имеет такое же значение для диагностики туберкулеза, как Вассермановская реакция для сифилиса.

5. В целом—работа Löwenstein'a требует дальнейшей проверки, так как получаемый им высокий процент гемокультур при посевах крови ревматиков, кожных и нервных больных все же еще другими авторами мало подтверждается; природа же выделенных Löwenstein'ом палочек не всегда ясна.

6. Проверка работ Löwenstein'a требует тщательного повторения его методики, что особенно ясно из работ Popper'a, где первые 400 посевов были безрезультатны и лишь после уточнения методики в следующих 250 посевах получались данные, подтверждающие Löwenstein'a.

Литература. 1) Abt. Schweiz. Med. Wschr. 1931 h. 45.—2) Löwenstein. Zbl. f. Bac. 1931. B. 120.—3) Kurt Meyer. Mediz. klinik. 1932. Nr. 4.—4) Reiter u. Löwenstein. Wien. Klin. Wschr. 1932. Nr. 10.—5) Haak u. Delbanco. Wien klin. Wschr. 1932. Nr. 47.—6) Löwenstein. Med. klin. 1932. Nr. 51.—7) Knor Maximilian. Arch. f. Hyg. 1932. 108.—8) Ederle u. Kriech. Dtsch. med. Wschr. 1932. Nr. 1.—9) Popper. Dtsch. med. Wschr. 1932. Nr. 2.—10) Löwenstein. Med. klin. 1931. Nr. 46.—11) Pollak. Med. klin. 1931. Nr. 31.—12) Берман, Беневолентский, Гольдштейн. Врач. раз. 1932 г. № 15—16.—13) Domingo, c. r. Soc. Biol. 168. 1931.—14) Lotze. Zbl. f. Bac. 1933. B. 127.—15) Hüttig. Z. tbc. 62. 1931.—16) Bessau. Med. klin. 1932. Nr. 4.—17) Cohn. Med. klin. 1932. Nr. 4.—18) Hager. Med. klin. 1932. Nr. 8.—19) Iontofsohn, z. Tbc. 61, 1931.—20) Kadisch. Med. klin. 1932. Nr. 4.—21) Koch. Dtsch. med. Wschr. 3, 1932.—22) Kren u. Löwenstein. Wien. klin. Wschr. 1931. Nr. 13—23) Lang, Med. klin. 1932. Nr. 9.—24) Levin. Med. klin. 1932. Nr. 9.—25) Monteufel. Med. klin. 1932. Nr. 4.—26) Rabinowitsch-Kempner. Med. klin. 1931. Nr. 46/47.—27) Saegler. Med. klin. 1932. Nr. 8.—28) Sanz. C. r. Soc. Biol. 107. 26. 1931.

Библиография и рецензии.

Проф. М. О. Фридланд. *Частная ортопедия*. Казань. Татиздат. 1932. Стр. 237.

Наш книжный рынок очень беден ортопедической литературой. На ряду с большим количеством периодических медицинских изданий—у нас в Союзе имеется только 1 журнал (на Украине), посвященный специально вопросам ортопедии. В еще большей степени ощущается у нас недостаток в книжных руководствах по ортопедии.—Тем отраднее видеть выпущенную недавно Татиздатом в Казани—„*Частную ортопедию*“ проф. М. О. Фридланда, которая является логическим продолжением его „Общей ортопедии“, изданной в 1928 г.

В „Частной ортопедии“ проф. Фридланд в сжатом виде представил современное состояние частных ортопедических вопросов болезней и повреждений статико-динамического аппарата человеческого тела. Эти вопросы, удачно разбитые по анатомическим признакам,—освещены с точки зрения различных специалистов усердно занимавшихся этими вопросами и оставившими глубокий след как в мировой литературе, так и в литературе нашего Союза. Во многих главах приведен материал и опыт Казанской ортопедической клиники и собственный богатый ортопедический опыт автора,—что является особенно ценным в книге.—В конце, каждой главы, каждого видового заболевания, приведенная русская и иностранная литература дает легкую возможность читателю, в случае его желания, углубить

изучение любого вопроса. Книга снабжена большим количеством оригинальных рисунков. Они могли бы быть достаточным украшением ее.—Однако книга, изданная в общем хорошо, страдает тем недостатком, который присущ большинству наших современных руководств, богато снабженных фото-и рентгенограммами, печатаемых на неподходящей для них бумаге. Этот недостаток книги проф. Фридланда не помешал однако признанию ее вполне подходящей в качестве основного руководства по ортопедии в Военно-медицинской Академии и других медицинских вузах. Прекрасным руководством она может служить также и для практического в широком смысле врача и для хирурга, интересующегося аппаратом движения и имеющего дело с его патологиями.

Приветствуя появление книги проф. Фридланда можно пожелать, чтобы во втором издании, нужда в котором несомненно скоро появится,—вышеописанный недостаток рисунков и бумаги и некоторые вкрапшиеся недостатки — были устранены.

Прив.-доц. С. Р. Новотельнов. (Ленинград).

Павлов И. П. *Проба физиологического понимания симптомологии истерии*. Изд. Академии наук. Ленинград. 1932 г. 36 стр. Цена 50 коп.

Небольшая брошюра академика И. П. Павлова об истерии имеет огромный интерес и большое научное значение. Здесь мы впервые воочию убеждаемся, какова сила метода условных рефлексов, и чувствуем, что от этого метода можно в будущем ожидать еще многого. Главный интерес метода условных рефлексов заключается в том, что сначала этот метод применялся для изучения высшей нервной деятельности животных, потом он был перенесен учениками Павлова (Красногорский, Иванов-Смоленский, Ленц и др.) на человека, причем метод условных рефлексов, как об этом свидетельствует брошюра Павлова об истерии, оказался особенно действительным при изучении душевно-больного человека. В этом собственно нет ничего удивительного и этого можно было а priori ожидать. Душевно-больной человек очень часто по некоторым проявлениям нервно-психической своей жизни стоит ближе к животным, чем даже дети раннего возраста, а в таком случае понятным образом метод условных рефлексов скорее всего находит путь к пониманию некоторых сторон нервно-психической жизни душевно-больного человека.

Брошюра Павлова состоит из двух частей. В первой Павлов кратко излагает учение об условных рефлексах, вторая часть посвящена собственно истерии. В понимании Павлова истерия есть продукт слабой нервной системы, считая слабость гл. обр. относящейся к высшему отделу ЦНС и специально к большему полушарию, как реактивнейшей его части. Слабость, или задержанное, заторможенное состояние полушарий освобождает или положительно индугирует подкорку, т. е. усиливает общую ее деятельность. Следовательно, есть вполне достаточное физиологическое основание, чтобы у истеричных при остром и резком задерживании корки под влиянием непосильных для нее раздражений, а таких при ее слабости немало, наступали разные аффективные взрывы и судорожные припадки, то в виде более или менее определенных инстинктивных и рефлекторных действий, то в совершенно хаотической форме, соответственно локализации и передвижению торможения в коре и подкорке, то в ближайшей, то в более отдаленной. Когда же торможение распространяется глубже вниз по головному мозгу, то мы уже имеем другое крайнее, но пассивное состояние истерического организма в виде глубокого гипноза и наконец полного сна, продолжающегося не только часы, но и дни и даже многих (летаргия). Так находит физиологическое свое объяснение истерические симптомы, как бурные активные, так и вялые, пассивные. Эмотивность, как постоянное, сильное особое состояние истеричных находит свое объяснение в том, что истеричный субъект живет в большей или меньшей степени не рассудочной, а эмоциональной жизнью, управляется не корковой деятельностью, а подкорковой. „Возникает тенденция под влиянием внешнего или внутреннего раздражения. Ей соответствует деятельность известного пункта или района большого полушария. Этот пункт под влиянием эмоции, вследствие иррадиирования из подкорки, чрезвычайно заряжается. Из этого достаточно при слабости коры, чтобы он вызвал сильную распространенную отрицательную индукцию, исключаящую контроль, влияние остальных частей полушария. А в них, в этих частях, представительство других тенденций, представительство окружающей среды, следы бывших раздражений, переживаний, накопленный опыт. К этому присоединяется и другой механизм. Сильное возбуждение от эмоций повышается возбудимость коры и это быстро ведет раздражение ее к пределу и за предел ее работоспособности. Следовательно с отрицательной индукцией суммируется запре-

дельное торможение. Такого рода механизмы играют роль при выявлении других особенностей истериков—внушение, самовнушение, фантастичность, оторванность от реальной жизни и т. д.

Для полноты и ясности физиологического понимания истерии Павловым не в отдельных ее симптомах, а как *болезни*, необходимо еще привести следующее его представление о высшей нервной деятельности во всей ее совокупности, хотя это чересчур растянет рецензию. „У высших животных, до человека включительно, первая инстанция для сложных соотношений организма с окружающей средой есть ближайшая к полушариям подкорка с ее сложнейшими безусловными рефлексам. Вызываются эти рефлексы относительно немногими безусловными, т. е. с рождения действующими, внешними агентами. Отсюда ограниченная ориентировка в окружающей среде и с тем слабое приспособление. Вторая инстанция—большие полушария, но без лобных долей. Тут возникает при помощи условной связи, ассоциации, новый принцип деятельности: сигнализация немногих безусловных внешних агентов бесчисленную массой других агентов, постоянно вместе с тем анализируемых и синтезируемых, дающих возможность очень большой ориентировки в той же среде и тем уже гораздо большего приспособления. Это составляет единственную сигнализационную систему в животном организме и первую в человеке. В человеке прибавляется, можно думать специально в его лобных долях, которых нет у животных в таком размере, другая система сигнализации, сигнализация первой системы—речью, ее; базисом или базальным компонентом—кинестезическими раздражениями речевых органов. Эта вторая система сигнализации и ее орган, как самое последнее приобретение в эволюционном процессе должны быть особенно хрупкими, поддающимися в первую голову разлитому торможению, раз оно возникает в больших полушариях при самых первых степенях гипнотического состояния. Тогда вместо обычно первенствующей в бодром состоянии работы второй сигнализационной системы выступает деятельность первой, сперва и более устойчивой в виде мечтательности и фантастичности, а дальше и более остро в виде сумеречного или собственно легкого сонного состояния (отвечающего просонному им состоянию засыпания), освобождается от регулирующего влияния второй системы. Отсюда хаотический характер этой деятельности, не считающейся больше или мало считающийся с действительностью и подчиняющейся главным образом эмоциональным влияниям подкорки. После всего приведенного является вполне понятным с физиологической точки зрения говорить о нарушении в истерии психического синтеза, или о раздвоении „я“. Вместо соединенной и взаимно уравновешенной деятельности трех указанных систем в истерии мы имеем постоянное разъединение этих систем с резким нарушением их естественной и закономерной подчиненности, когда в связи и в должной зависимости работы этих систем друг от друга лежат основа здоровой личности, цельность нашего „я“.

Мы старались в нашей рецензии говорить языком самого Павлова, и говорить больше, чем это принято в рецензии. Но без этого в данном случае нельзя было обойтись. Брошюра Павлова—новое совершенно явление в психиатрической литературе. Здесь гениальный русский физиолог дал психиатрам первый свой урок „психиатрической физиологии“, вернее патофизиологии, блестяще объяснив физиологические клинические явления душевной болезни. Павловский метод условных рефлексов показал себя, как весьма жизненный, проникающий в самую глубь явлений метод и обнаруживающий при этом онто-и филогенетическую связь нервно-психических явлений в их постоянном движении, взаимодействии и взаимопроникновении. Метод условных рефлексов Павлова мы должны наравне с биогенетическим методом, с которым между прочим он имеет родственные черты и отношения, включить в арсенал марксо-ленинской методологии, как один из самых действенных методов исследования в естествознании, метод, способствующий лучше, чем многие другие методы, утверждению марксо-ленинской методологии и мировоззрения в естествознании.

Ив. Галант. (Ленинград).

Pawlow I. P. *Vorlesungen über die Arbeit der Grosshirnhemisphären*. Leningrad, 1932.

Данная книга есть немецкий перевод всем известной книги академика И. П. Павлова „Лекции о работе больших полушарий“. Появление в свет немецкого перевода этой книги надо приветствовать, как давно назревшую необходимость, а следовательно считать весьма своевременным. Недаром говорит Павлов в своей

брошюре об истории: „Все еще и на своей родине условные рефлексы, относительно мало известны“, а в Западной Европе, Америке и т. д. интерес к условным рефлексам идет, правда, все возрастающее, но все же они не пользуются еще тем вниманием, которое они заслуживают. Данный перевод безусловно с успехом исполняет свою роль проводника и распространителя учения об условных рефлексах за пределами СССР.

Перевод книги Павлова его ученик профессор Г. В. Фольбоорт (Харьков). Надо сказать, что Фольбоорт прекрасно справился со своей задачей и дал очень хороший немецкий перевод. Главная заслуга перевода заключается в том, что он старательно придерживается русского текста без того, чтобы при этом замечались грубые стилистические нарушения литературно-научного немецкого языка. Вместе с тем Фольбоорт дал специальную немецкую терминологию соответственно новым русским терминам, вызванным в жизнь специфичностью и новизной учения об условных рефлексах.

Книга издана хорошо, в изящном переплете, и если принять во внимание выходящее качество издания, то цена ее 15 руб. 75 коп. может быть не совсем высока.

Ив. Галант. (Ленинград).

Беритов И. С. *Индивидуально-приобретенная деятельность центральной нервной системы*. ГИЗ Грузии. Тифлис, 1932 г. Стр. 470. Цена 8 руб.

Индивидуально-приобретенная деятельность цнс. это те же условные рефлексы. Однако, Беритов не согласен во многом с Павловым, критикует учение об условных рефлексах Павлова, находя, напр., что учение Павлова гипотетично, что оно резко расходится с данными общей физиологии, а потому он вместо условных рефлексов говорит индивидуально-приобретенные или просто индивидуальные рефлексы. В предисловии Беритов кается в своих старых ошибках и говорит, что настоящая его книга есть переработка немецкой его монографии: „Ueber die individuell-erworbene Tätigkeit des zentralen Nervensystems“, печатавшейся в 1927 г. в *Journal f. Psychol. u. Neurol.* т. 33. с точки зрения диалектического материализма. Раньше Беритов был механистичен и идентифицировал науку о поведении с учением о рефлексах. Теперь же он строго разграничивает между тем и другим. Предметом науки о поведении являются не рефлексы, не изолированные акты какого-либо органа или комплекса органов, а деятельность всего организма в целом; рефлексы являются теми элементами, из которых складывается поведение путем объединения их в единый акт приспособления всего организма ко внешней среде.

Вот это строгое разграничение между учением о рефлексах и наукой о поведении есть кажется весь „диалектический материализм“ книги Беритова. Это, конечно, большой шаг вперед, принимая во внимание, что Беритов дает весьма сжатую характеристику различных видов поведения на различных ступенях филогенетической лестницы развития. Но т. к. сам Беритов заявляет, что настоящий труд об индивидуально-приобретенной деятельности представляет тот отдел нервной физиологии, на котором должна между прочим основываться наука о поведении, конечно в том виде, в каком может быть написан данный отдел при современном состоянии физиологии цнс., то его диалектически-теоретические мысли о поведении значительно теряют в весе.

Книга Беритова содержит следующие XVI глав: I. Введение. II. Методы исследования. III. Общая характеристика индивидуально-приобретенных рефлексов. IV. Изменчивость И.-П. Р. V. Основные воззрения Павлова и Бехтерева на развитие и изменение И.-П. Р. VI. Закон сопряженной иррадиации. VII. Происхождение И.-П. Р. VIII. Временные связи И.-П. Р. IX. Об основных элементах рефлекторной дуги И.-П. Р. X. Происхождение угасания И.-П. Р. XI. Происхождение восстановления И.-П. С. XII. Отношение И.-П. Р. к постоянным необычным раздражениям. XIII. Отношение И.-П. Р. друг к другу. XIV. Действие некоторых физиологических состояний на индивидуальные рефлексы. XV. Объединяющая (интегральная) деятельность коры большого мозга XVI. Заключение.

Само собой разумеется, что реферировать здесь содержание всех этих глав хотя бы в самой сжатой форме не представляется возможным. Ограничимся несколькими замечаниями по существу. Книга Беритова по богатству своего содержания, по обилию ценных наблюдений, и как первая попытка систематического изложения основных фактов добиться главным образом в многочисленных институ-

тах и лабораториях СССР с точки зрения специфических законов „индивидуально-приобретенной деятельности“ представляет весьма ценный вклад в сокровищницу славной русской физиологии. Остается лишь жалеть, что Беритов, пользуясь методом условных рефлексов Павлова, почему-то считал своим долгом пооригинальничать и говорить вместо „физиология высшей нервной деятельности“, физиология индивидуально приобретенной нервной деятельности и вместо „условные рефлексы“ индивидуально-приобретенные или индивидуальные рефлексы, все равно что Бехтеров считал своим долгом говорить о „сочетательных“, а не об условных рефлексах. Правда, Беритов полемизирует против Павлова, считает его учение об условных рефлексах неняиния и идущим вразрез с законами общей физиологии. Но нельзя же в конце концов смешивать учение об условных рефлексах с методом условных рефлексов. Учение об условных рефлексах, вытекающее из толкования фактов, добытых методом условных рефлексов может быть неверным, гипотетичным, механистическим и т. д. Но сам метод из-за этого несколько не дискредитируется, принимая во внимание, что он может быть источником подлинного познания вещей, в данном случае явлений высшей нервной деятельности. И зачем же тогда вместо условного рефлекса ставить тяжеловесное пятпаршинное индивидуально-приобретенный рефлекс? От этого наше познание условных рефлексов делается более глубоким? Не виа ли отчасти Бехтерова и Беритова, что условные рефлексы не пользуются той известностью, которую они заслуживают, т. к. эти авторы маскировкой условных рефлексов своими собственными терминами способствовали временному затемнению славы условных рефлексов. Что же, метод условных рефлексов показал себя до того действительным, до того оправдал себя на практике, что славное будущее за ним обеспечено несмотря на Бехтерова, Беритова и иже с ними.

Ив. Галант. (Ленинград).

Рефераты.

а) Хирургия.

Лечение седалищных болей. Winchell Mek Craic and Ralph K. Ghormley (The Journal of Americ. Medic. Association 1933. V. 100. № 15) для лечения амбулаторных больных, страдающих седалищными болями, предлагают эпидуральные инъекции 1% раствора новокаина в количестве 40—60 к. с. В случае необходимости можно такие инъекции повторять через день. Успех наблюдался в 53% на 80 случ., улучшение в 24% и только в 22% не наблюдалось эффекта. Диатермия при седалищных болях применялась в 36 случ., при тем выздоровление наблюдалось в 33%, улучшение — в 12% и в 55% — безуспешно.

И. Цимхес.

Нефроексия фасциальным „гаммаком“. David R. Melen (The Journal of the Americ. Medic. Association, 1933. V. 100. № 15) производит нефроексию следующим образом: после обнажения почки капсула ее рассекается по средине по длиннику, начиная с нижнего полюса по передней и задней поверхности почки до уровня хилуса. В образовавшуюся щель погружается полоска фасции с концами к верхнему полюсу почки. Отдельные швы на края разрезанной капсулы с фасциальной полоской. Концы фасциальной полоски над верхним полюсом почки проводятся через мышечный пласт между XI и XII ребрами и фиксируются отдельными швами.

И. Цимхес.

Хирургический метод борьбы с болями. Проф. В. И. Разумовский (The American Journal of Surgery, 1933 г. March.). После краткого анализа сущности болевых ощущений и их проводимости, делится своим опытом и наблюдением д-ра Назарова над лечением невралгий алкоголизацией нервов ствол и сосудов. Для лечения самопроизвольной гангрены автор предлагает производить алкоголизацию бедренной артерии и седалищного нерва. При желудочных болях предлагается алкоголизация малого сальника. Метод алкоголизации автор считает весьма простым и вполне доступным широкой массе врачей. На 100 случ. авт. не наблюдал ни одного осложнения и смертельного исхода после алкоголизации и в целом ряде случаев этот метод заменил с успехом необходимость прибегать к более сложным операциям, как-то: радикалотомия, рамисекция, хордотомия и др.

И. Цимхес.

Кожный клей из сосновой смолы — „пинол“ Н. Чистяков (Военно-санитарное дело, 1933 г., № 1). Для освобождения от импортных сортов кожного клея авт. предлагает пользоваться сосновым смолистым кожным клеем следующего состава: смолы сосновой (еловой) и эфира поровну—100,0 и 1% льняного или другого какого нибудь растительного масла. Этот клей прекрасно клеит благодаря растворению смолы в эфире, высыхает в 15—20 сек., превосходя быстротой высыхания мастизол (30 сек.) и клеол (больше 1 м.). Смолистая пленка, образующаяся на коже после высыхания пинола, прочна, не дает трещин и непроницаема для воды и выделений раны. *И. Циммерс.*

Сфагн (торфяной мох) в хирургии. С. А. Новотельнов (Военно-санитарное дело, 1933 г., № 2—3) излагает историю применения в хирургии сфагна и напоминает об его прекрасных всасывающих способностях. Благодаря богатству нашей страны торфяными болотами, на которых растет мягкий пушистый сфагн, последний особенно пригоден в военное время, когда требуется огромное количество всасывающего и подкладочного материала для лечения ран и одновременно ощущается недостаток в перевязочных материалах. Автор считает проще и легче всего заготовку сфагна осуществлять путем поручения этого дела торфяным и торфоподстильным работкам. *И. Циммерс.*

Группы крови и наружные признаки. В. Янкин (Военно-санитарное дело, 1933 г., № 1) произвел массовое определение групп крови в условиях полковой амбулатории у красноармейцев и выяснения своей части с одновременной разбивкой их по наружным признакам. Оказалось, что пигментация, цвет глаз определенного соответствия с группами крови не имеют. Национальность также не дает превалирования какой-либо одной группы. Лица физического труда ложатся с некоторым преимуществом во II группу, умственного труда в III. К I группе относятся преимущественно лица выше среднего роста, крепкие, больше шатены, с светлыми глазами (голубые, серые). Лица II группы преимущественно среднего роста, физического труда, удовлетворительного развития, шатены и брюнеты, преимущественно светлоглазые. Лица III группы преимущественно среднего роста, хорошего физразвития, с преобладанием блондинов и шатенов и темной окраски глаз (карие). Большинство лиц — умственного труда. В IV группе преобладают лица среднего роста с светлыми волосами, серыми глазами. Такую характеристику групп нельзя считать абсолютной, так как данные собраны от чрезвычайно узкого контингента. *И. Циммерс.*

Полевой набор для переливания крови. В. Марковский и В. Брайцев (Военно-санитарное дело 1933 г., № 4) предлагают полевой набор для переливания крови, помещающийся в деревянном или фанерном ящике 33×21×20 см. Набор состоит из двух склянок для крови, двух комплектов трубок для них, принадлежностей для веносекции и перевязочного материала, запаса игол и металлических капсул с насадками для них, хранящихся в растворе парафина в эфире, запас питрата (300,0), спирта, бензина, вазелинового масла и принадлежностей для определения групп крови и индивидуальной совместимости. Испытания во время поездок, часто в весьма неблагоприятных условиях, дали весьма положительные результаты в отношении сохранности содержимого и сохранения стерильности. *И. Циммерс.*

О борьбе с раневыми инфекциями свежих ран в военное время. А. Гусев (Военно-санитарное дело, 1933 г., № 4) разбирает методы борьбы с раневыми инфекциями свежих ран на основании опыта мировой и гражданской войн, а также из опыта мирного времени. Главная мысль хирурга — превратить инфицированную рану в чистую, операционную рану, что достигается иссечением раны в первые сутки. Вопрос о первичном иссечении ран в настоящее время следует считать общепринятым. Эта операция преимущественно должна производиться на Г. П. М. Условия, препятствующие применению этого метода, различаются внешне, зависящие от окружающей обстановки, внутренние, зависящие от характера самой раны. При открытом лечении ран необходима тщательная дезинфекция кожи настоем кой воды или подквашенным фукином 5% спирт-танином по Заблудовскому, или водным раствором таннина, растворами анилиновых красок и др.; механическая очистка ран путем удаления посторонних предметов, вскрытия мертвых пространств и иссечения омертвевших и нежизнеспособных тканей и тщательной остановки кровотечения. Все эти манипуляции должны производиться в строго асептической обстановке, что в большинстве случаев возможно будет также на Г. П. М.

Антисептический метод лечения ран получит в будущей войне широкое распространение. Известен ряд старых антисептических средств (спирт, эфир, бензин, сулема и др.) и появились новые средства; риванолуция. В настоящее время необходимо накоплять опыт с различными антисептическими средствами для дальнейшей оценки их. Следует выдирать в практику также метод постоянного орошения ран, применять антивирус по Безредка. При свежих инфицированных ранах, с которыми мы будем встречаться в войсковом районе, необходимо резко ограничить применение тампонаж и дренажей. И. Циммес.

Лечение легочных туберкулезных нагноений. Доклады на IV международном конгрессе хирургов в Мадриде 1932 г. — (Pг. Med. 1932, 28).

Lilienthal (Н.-Йорк). Для хирурга из легочных нагноений важны абсцессы и бронхоэктазы. Оперативное вмешательство показано только при абсцессах прогрессирующих, так как значительная часть стационарных а. способна к самостоятельному излечению. Бронхоскопия, искусственный пневмоторакс могут быть применены, но френикомия не имеет эффекта. Вмешательство должно проводиться при опущенной голове и местной анестезии, иногда показана двухмоментная операция. Послеоперационные осложнения в виде бронхит. фистул обуславливают торакопластику. Нагноившиеся бронхоэктазы обычно следуют через несколько недель за операцией в ротовой полости. Лечение может быть или паллиативным: дренаж, который обычно дает фистулу, торакопластика, апикилиз, или радикальным: лобектомия. А. сообщил о 40 случаях лобектомий, хотя и с высокой смертностью (62%).

Sauerbruch (Берлин). Статистические данные (в случаях абсцессов легких и бронхоэктазов, леченных оперативно) значительно улучшились после введения в практику парафинов. пломб для образования плевроальных сращений там, где они отсутствовали. Легочный абсцесс может излечиться спонтанно, но в случае необходимости оперативного вмешательства не нужно ждать более 5 недель. А. сообщает о 12 случаях с центр. легочн. абсцессами, излеченных торакотомией, о 6 больных с гангреной легких, излеченных оперативно. При бронхоэктазах, которые в 80% были врожденными, он получал хорошие результаты. В нескольких случаях он мог удалить целую долю легких и получить выздоровление без фистулы, в одном случае резекция целого легкого была проведена с хорошим эффектом. Хирургия легочных нагноений внушает оптимистические надежды, это а. основывает на 623 случаях легочного абсцесса и 300 случаях бронхоэктазов.

Baumgartner (Париж) сообщает о 101 оперированном больном. Консервативное лечение не должно продолжаться более 2 мес. для абсцессов и 15 дней для гангрены легких. Пневмоторакс искусственный (и. п.) мало действителен в случаях, неподдающихся консервативному лечению. Бронхоскопия (аспирационная)—как подготовка к операции или как облегчающий метод в случаях неоперабельных. Только прямое хирургическое воздействие на очаг ведет к дренажу и к резекции патологических тканей. Это хирург. вмешательство состоит в: 1) пнеймотомия простая для свежих абсцессов без склеротической реакции, 2) пнеймотомия с резекцией для гнилостных абсцессов, 3) пнеймектомия для диффузных хронических распространенных нагноений. Лобектомия типическая применяется при нагноениях, осложненных бронхоэктазами и при бронхоэктазах первичных абсцедирующихся или нет, когда это поражение ограничивается одной долей.

Ascoli (Рим), 30% всех острых абсцессов может излечиться спонтанно. В случаях леченных до 6-го мес. смертность 19%, в случаях, более старых, смертность возрастает до 75%. Медикаментозное лечение, вакцины, сыворотки ведут к выздоровлению в тех случаях, где уже имеется тенденция к излечению и в частности при центральных абсцессах, дренируемых большим бронхом. Бронхоскопия полезна при а. от инородных тел. И. п. применим в а. глубоких, хорошо дренируемых и проведенный в течение 4—6 мес. может быть полезным, если поражение не хронично; в других случаях и. п. опасен. Непрямые хирург. методы: френикомия, торакопластика, экстраплевроальная пломба могут вести к излечению, в случаях диффузных а. их можно испытывать. Пнеймотомия с дренажем показана в случаях а. периферических одно- и много-полостных. В формах хронических, осложненных, только резекция легкого по Whitmore-Graham способна обеспечить выздоровление. Типичная лобектомия по автору дает высокую смертность.

Coquelet (Брюссель). Не нужно вмешиваться ранее 4—6 недель, нужно дать больному право испытать счастье на спонтанное излечение, но аб., который излечивается без операции, излечивается в течение нескольких недель. 2-й месяц от начала заболевания—лучший месяц для хирургич. вмешательства. Коллабирующие операции показаны в случаях глубоких а. с хорошим дренажем через бронх и противопоказаны при закрытых формах а. Пнеймотомия—для форм. поверхностных, кортикальных. В формах диффузных рекомендуется операции резекции.

Martin Lagos 1) В абсцессах и легочных гангренах — рекомендуется пнеймотомия. 2) При центрально расположенных, пригилюсных, со свободной плеврой—бронхоскопия с аспирацией и введением антисептических веществ.

Френикопексия в случаях а. в базальных отделах легких и экстраплевральной пломба иногда могут иметь успех. Пломба экстраплевральная более эффективна и менее опасна, чем и. п. и торакопластика; если и не получается сдвигания и излечения, то все же образуются плевральные сращения и создается возможность для пнеймотомии.

При бронхоэктазах, наоборот, пнеймотомия только в случаях больших полостей, в остальных случаях—коллапстерапия, и. п. имеет эффект только в случаях врожденных бронхоэктазов со свободной плеврой и небольшой индурацией. Френикотомия менее эффективна при а. Пломбировка более эффективна и проста и менее опасна, чем торакопластика. Все эти методы—паллиативны, единственное радикальное лечение это лобектомия по Sauegbrugh; основное несчастье заключается в том, что больных, нуждающихся в такой серьезной операции, направляют к хирургу слишком поздно. Н. Крамов.

б) Акушерство и гинекология.

Kosima S., Magara M. и Azuhata K. (Nippon Fujinkagakkai Zassi, 1932, 7—12), исследовав *бактериологически влагалищный секрет новорожденных* непосредственно после родов и день за днем в дальнейшем, получили некоторые данные о виде бактерий и времени их появления, а именно: 1) кислотность влагалищного секрета новорожденных колеблется между Ph 4,0 и 6,0. 2) Уже 24 часа спустя после родов во влагалищном секрете появляются энтеро- и стафилококки и coli-бациллы, а со 2-го дня они имеются почти в 100% случаев; молочнокислые бациллы появляются позднее (с 3-го дня). С появлением последних кокки и Coli-бациллы уменьшаются в числе и исчезают. Во влагалище в результате некоторое время обитает только один вид бактерий—молочнокислые. К концу 1-ой недели начинают появляться и размножаться опять кокки и Coli-бациллы, причем молочнокислые бациллы сохраняются.

П. Маненков.

Экспериментальное исследование эклампсии. Mura kami. (Nippon Fujinkagakkai Zassi, 1932, 7—12). Сообщение 1-е. А., установив, что биологическое значение гликогена еще недостаточно выяснено, приписывает ему не только участие в сахарном обмене, но и другие функции. Изучая сущность эклампсии, Mura kami предпринял исследование для выяснения предположения о специфическом влиянии гликогена плаценты на образующиеся при беременности ядовитые продукты и установил, что 1) раствор гликогена печени и плаценты обнаруживает определенное обезвреживающее яды действие, 2) последнее определяется содержанием гликогена в данном органе и бывает тем сильнее, чем больше гликогена, 3) обезвреживающее действие экламптической плаценты слабее нормальной и 4) в механизме обезвреживания процесс обсорбции не участвует. Сообщение 2-е. Исходя из данных, указанных в 1-м сообщении, а, тщательно изучил колебания гликогена в плаценте при токсикозах беременности и особенности при эклампсии. В результате исследования 18 плацент от экламптичек он нашел, что в экламптических плацентах содержится гликогена много меньше (в среднем 0,17%), чем в плацентах у здоровых (в среднем 0,46%). Сообщение 3-е. Основываясь на вышеуказанном, а. пытался выяснить вопрос—не связана ли сущность эклампсии с уменьшенным содержанием гликогена в плацентах экламптичек. Он хотел установить, как изменяется гликоген плаценты при введении беременному животному плацентного и печеночного яда, уменьшается ли при этом содержание гликогена в плаценте и печени и можно ли вызвать таким образом симптомы сходные, с экламптическими. В результате всех своих иссле-

Дований А. пришел к выводам: 1) Увеличение и уменьшение гликогена печени и плаценты идет пропорционально разрушению яда. 2) В экламптической плаценте гликогена меньше, чем в нормальной. 3) У животных во второй половине беременности можно вызвать инъекцией сперва гепатотоксина, затем плацентарного яда заболевание, напоминающее эклампсию. *П. Маненков.*

Сахарный диабет и беременность. (Nippon Fujinkagakkai Zassi, 1932, 7—12). На это, касаясь течения диабета в связи с беременностью, приводит два относительно точно изученных им случая беременности при диабете (диабетички редко беременят) — один случай легкой формы и другой — тяжелой. В этих случаях диабет во время беременности улучшился, ассимиляция сахара с прогрессированием беременности увеличилась, глюкозурия уменьшилась и субъективные симптомы исправились. А. полагает, что улучшение состояния диабетичек при беременности объясняется изменением в инкреторной системе в течение беременности, а не компенсаторным влиянием pancreas'a плода на болезнь матери, как то полагает Holzbuch. *П. Маненков.*

Hasegawa и Muramatsu (Nippon Fujinkagakkai Zassi, 1932, 7-12), изучая *практическое значение рентгена в диагностике положений плода и самоповорота*, пришли к выводам, что 1) при определении положения плода путем пальпации ошибки нередки и рентгеновские способы являются в таких случаях превосходным вспомогательным диагностическим средством; 2) благодаря повторному применению этих способов у одной и той же беременной удалось с несомненностью установить возможность самопроизвольного изменения положения плода в последние месяцы беременности путем самоповорота; 3) обычно самоповоротом изменяются при этом тазовые предлежания и поперечные положения на головные предлежания и редко — в обратном направлении, причем аа. установили, что дети, находившиеся в конце беременности в головном предлежании, родились в 95,8% случ. в головном предлежании, а из имевших тазовое предлежание и поперечное положение почти 86,7% родились в головном предлежании и только 13,3% сохранили до родов свое первоначальное положение; 4) ввиду указанной частоты самоповорота плода на головку аа. полагают, что следует воздерживаться в конце беременности от применения наружного поворота на головку при тазовых предлежаниях и нужно ждать самоповорота. *П. Маненков.*

Заседания медицинских обществ.

Краевая научная медицинская ассоциация АТССР.

Глазная и хирургическая секции.

Протокол соединенного заседания глазной секции и секции уха, носа и горла Н.-мед. ассоциации, 13 марта 1933 года.

Присутствовали сотрудники глазной и ушной клиника, Трахоматозного института, прикомандированные врачи, два представителя от В.О.С. и гости, всего в количестве 27 человек.

Председатель глазной секции проф. В. Е. Адамюк, открывая заседание, предложил почтить вставанием память проф. Н. А. Геркена, состоявшего с 1921 г. почетным членом Казанского офтальмологического о-ва, ныне вошедшего в состав Н.-м. ассоциации.

Память проф. Н. А. Геркена почтена вставанием.

Затем председателем данного собрания был предложен проф. К. Р. Викторов.

1. *Слушали доклад д-ра А. Н. Круглова и д-ра В. А. Чудносоветова „К инфекции глаза субарахноидальным введением туши при носовом и трахеальном дыхании“.*

Экспериментальная работа предпринята с целью выяснения влияния носового и трахеального дыхания на лимфатическую систему глаза в его заднем отделе. Для разрешения данного вопроса авторами опытами на животных проследили степень заполнения тушью субагинального пространства зрительного нерва при введении ее в субарахноидальное пространство спинного мозга под контролем заполнения тушью периневрального пространства N. olfactorii. На

основании своих исследований авторы приходят к заключению, что при трахеальном дыхании получается резкое заполнение тушью субвагинального пространства зрительного нерва и весьма слабое, или даже отсутствие туши, при носовом; такая же аналогия наблюдается в инъекциях периневрального пространства N. olfactorii.

Доклад вызвал оживленные прения, в которых участвовали профф. В. К. Трутнев, В. Е. Адамюк, А. Н. Мурзин, К. Р. Виктор, д-р Яхонтов и друг.

II. За поздним временем другой доклад, д-ра Липовцевой, был отложен на следующий раз.

III. В конце заседания подверглось обсуждению предложение президиума центр. правления В.О.С. высказаться о целесообразности использования предстоящей всесоюзной переписи для учета слепых, или о возможности проведения специальной переписи слепых.

Мнение глазной секции, о большей целесообразности воспользоваться для учета слепых общей переписью, -- передано представителю В.О.С.

Председатель Глазной секции проф. Адамюк.

Председатель секции уха-носа проф. Трутнев.

Секретарь д-р Кудояров.

Заседание глазной секции Н.-м. асс. 23 марта 1933 г. (13-ое очередное или 3-е в 1933 году).

Председатель проф. Адамюк.

I. Орд. Е. И. Липовцева. К вопросу об инородных телах хрусталика. Докладчица сообщила о случае наблюдавшемся в Глазной клинике мед. инст., оперированном с благополучным исходом, и привела литературные данные по этой редкой форме травм глаза.

Дело шло о молодом рабочем, получившем во времяковки камня неск. постоянных тел роговицы и один в хрусталик. Через 50 дней после травмы развилась полная травматическая катаракта и больной явился для операции. В начале же, пока помутнение хрусталика было частичным и больной имел не-большое зрение, он не соглашался на операцию. Глаз был спокоен. Visus = светоощущению с правильной проекцией света. После магнитной пробы (большим магнитом -- инородное тело несколько сместилось и на другой же день появились явления раздражения глаза и повышение Г до 35 вследствие набухания хрусталика. Ввиду этого была произведена операция экстракции хрусталика, содержащего инородное тело. Препарат был продемонстрирован собранию. Послеоперационный период прошел благополучно: зрение со стеклом 10,0 D получилось = 0,3 при хорошем косметическом эффекте.

В прениях приняли участие: проф. Адамюк, д-р Круглов, д-р Лиорбер, наблюдавший также один случай инородного тела хрусталика, и д-р Булгакова.

II. Присутствовавшие в заседании врачи офтальмоскопировали ряд больных электрическим ретиноскопом д-ра Мауя, привезенным д-ром С. Б. Еналиевым из Америки.

III. Председатель огласил призыв президиума Н.-м. асс. вносить секретарям секций членские взносы, а также предложение врачам, не состоящим еще членами Н.-м. асс., вступать в члены ее.

Секретарь д-р Зарбева.

Протокол очередного заседания Глазной секции Н.-м. асс. 14 мая 33 г.

I. Председательствовал проф. Адамюк. Присутствовало 18 чело. членов секции и нектор. прикомандиров. врачи.

II. Сообщение А. Н. Круглова. Об операции Blaskowics'a. Мало распространенная операция Blaskowics'a, предложенная последним в 1918 г. против трахоматозного заворота век, имеет целый ряд положительных сторон. Докладчик сообщил о своих наблюдениях над 82 операциями. Докладчик основными показаниями для операции переворачивания хряща по Blaskowics'у ставит заворот при законченной рубцовой трахоме и нерезко утолщенном хряще. При этих показаниях операция дает стойкое исправление заворота и хороший косметический эффект. Докладчик подкрепляет свои выводы длительными наблюдениями (от 3-х до 6 лет над частью б-ных.).

В прениях по докладу высказались профф. В. Е. Адамюк, Н. А. Мурзин, д-ра Н. И. Блитштейн-Неворожкина, Г. С. Лиорбер.

2. Д-р З. Д. Эпштейн демонстрировала 22-хлетн. больного с тяжелыми обоюдосторонними ретинитами, крайне вяло и долго протекавшими, при совершенно неясной этиологии. Vis=свет. Докладчица трактовала случай как Retinitis exudativa externa Coats'a.

В прениях принимали участие проф. Адамюк, проф. Мурзин, д-р Булакова.

3. Проф. А. Н. Мурзин сообщил об итогах 1-го Трахоматозн. съезда в Москве. Отчет будет напечатан.

Председатель проф. В. Адамюк.

Протокол заседания Хирургической секции Научно-медицинской ассоциации Татарской А.С.С.Р. от 23-го апреля 1933 года.

Председатель — проф. А. В. Вишневский.

Секретарь — д-р Г. М. Новиков.

1. Проф. А. В. Вишневский. *К лечению послеоперационного проляпса мозга.*

Демонстрирует больную по поводу лечения большого проляпса мозга, образовавшегося в результате удаления несколько месяцев тому назад опухоли мозга. Установившийся огромный проляпс не поддавался обычным мерам консервативного лечения. Тогда применен был прием систематического сдавливания его по основанию. Проллабирующий мозг перехватывался у основания несколькими оборотами мягкого бинта, смоченного спиртом, которые затягивались толстой шелковой лигатурой, наложенной поверх марли. На этой подкладке лигатура должна была развивать только давление, не прорезая самой ткани. 2—3 смены повязки, и проляпс, который до этого не давал никакой надежды на ликвидацию, исчез полностью.

2. Д-р Пшеничников. *Резекция желудка на высоте желудочного кровотечения.* Желудочное кровотечение сопровождается язву в 75% случаев, но по большей части оно выражено незначительно. Нас интересуют так наз. молниеносные, острые и хронические кровотечения, вопрос о лечении которых и до сих пор остается не вполне решенным. Если он выяснен в отношении хронических форм, то при острых и молниеносных формах терапевты и значительная часть хирургов высказываются против активного оперативного вмешательства. По Финстереру смертность при консервативном течении достигает 41%, при хирургическом — 25%; при передаче больного для операции не позднее 48 часов после начала кровотечения, эта цифра у Финстерера значительно снизилась. Аналогичные указания имеются и у французских авторов. Применялись различные косвенные и прямые способы оперативного вмешательства и вместе с этим отдельные хирурги последовательно переходили к сторону активного радикализма на разных этапах своей деятельности. По Крафт'у смертность после лигатуры сосудов желудка составляет 17% при экцизии кровоточащей язвы — 22%, при каутеризации язвы и пилоропластике — 50%, при гастротомии — 71%, при Jejunostomii — 83%.

На небольшом клиническом материале (5 случ.) мы имели возможность убедиться в преимуществе резекции на высоте острых желудочных кровотечений. В феврале 1932 мы имели случай угрожавшего жизни профузного желудочного кровотечения при язве, где резекция желудка устранила язву и спасла больную, которая в настоящее время здорова и трудоспособна. За последнее время мы имели еще 4 больных, потеряв одного из них в результате консервативного лечения, в 3-х остальных случаях — резекция желудка спасла больных. Приводятся истории болезни с описанием анестезии, хода операции и сложного патолого-анатомического субстрата в результате пенетрации язвы в papsceas. Резекция желудка на высоте острых желудочных кровотечений в особенности в условиях местной анестезии, применяемой в клинике, заслуживает предпочтения пред другими способами оперативного вмешательства, т. к. она устраняет язву и опасное для жизни состояние больных.

Демонстрация больных и препаратов резецированных желудков.

Прения: д-р Гулевич сообщает, что он, изучая материал госп. хирургич. клиники, не нашел ни одного случая смерти при консервативном лечении желудочных кровотечений. Если большинство хирургов применяют консервативное лечение, то, очевидно, это имеет основания. Резекция желудка — вмешательство не легкое и не всеми выполнимое. Прекрасное действие оказывает переливание крови.

Д-р Помосов сообщает о трех случаях желудочных кровотечений, леченных консервативно (инъекции адреналина) в клинике военно-полевой хирургии. Исход хороший, в то время как 4-й больной, подвергнутый операции, умер.

Проф. Алексеев говорит, что иногда и без наличия язвы в желудке может быть профузное кровотечение, вызывающееся хроническим гастритом. Если хирург, предпринявши операцию при таком кровотечении, не находит источника кровотечения в виде язвы, то все-таки показана резекция, ибо кровотечение обычно происходит из ограниченной области (пилорической).

Проф. Н. В. Соколов: клиника проф. А. В. Вишневого, стоящая на радикальной точке зрения, несомненно и в затронутом вопросе должна пропагандировать радикальное вмешательство. При кровотечениях могучим фактором является переливание крови и его необходимо проводить с тем, чтобы затем оперировать больного. Возражает проф. Алексееву и сомневается в целесообразности резекции желудка при хронических гастритах, сопровождающихся кровотечением.

Пр.-доц. Ратнер: образ действия хирурга при желудочных кровотечениях должен стоять в зависимости от характера и силы кровотечения. Хирург должен находиться в положении „вооруженного нейтралитета“. Имел один летальный исход при консервативном лечении, тогда как два оперированных случая дали прекрасный результат. Прав проф. Вишневский, предлагая в таких случаях резекцию желудка, но предварительно необходимо исчерпать и все консервативные мероприятия.

Проф. А. В. Вишневский: мировые авторитеты в области хирургии желудка в последнее время все с большей и большей уверенностью высказываются за радикальную операцию язвы желудка на высоте острого кровотечения. Это отношение к вопросу нужно учесть. Наш небольшой материал заставляет нас держаться этой же точки зрения. Что значит при остром кровотечении выздоровление в условиях выжидания? Больной снова через некоторое время получит такой же припадок кровотечения. Резекция желудка разом кончает и с кровотечением и с язвой. Один из демонстрируемых больных интересен еще и с другой стороны. Глубоко сидящая язва duodeni, проникая в головку pancreas, давала огромные затруднения для закрытия культи 12-п. кишки, благодаря отсутствию задней стенки ее. Это был один из случаев, которые заставляют прибегнуть к паллиативной операции. Однако я пересек кишку, набил кратер язвы куском сальника, взятым на ножке, и пришил переднюю стенку кишки с уцелевшим серозным покровом к рубцовым краям кратера. Этот прием восполнения недостатка стенки кишки с уцелевшей серозой очевидно рекомендуется в подходящих случаях, как способ своеобразного погружного серозного шва при глубоко сидящих язвах duodeni тем, кто хочет избежать паллиативной операции.

3. Д-р Ненилин. *Свободная торакотомия при эхинококке легкого.*

Эхинококк легкого по частоте занимает второе место после эхинококка печени. Изучение каждого нового случая представляет несомненный интерес, почему мы и решили продемонстрировать своего больного. Б-ной, 33-х лет, поступил в клинику с жалобами на кашель, боли при вдохе в нижней доле легкого и в области левой лопатки. Кровохарканья не отмечает. Больным себя считает уже несколько лет. Долго лечился по амбулаториям от тbc легких. Состояние ухудшилось за последние два месяца. У больного иногда на ходу наступали приступы удушья, он должен был при этом обязательно остановиться, сесть и отдохнуть.

Объективн. исслед. Реакция Кацони — отрицательна. Эозиноф. 40%.

Рент. исслед.: Справа над куполом диафрагмы, при глубоком вдохе определяется округлая, хорошо контурированная гомогенная тень, средней интенсивности, — величиной с большое яблоко. Подвижность диафрагмы не ограничена.

Диагн. — эхин. прав. легкого, Опер. свободная торакотомия. Местная анестезия по нашему методу. Дугообразный кожный разрез с правой стороны начинается от места перекреста 8 ребра и средней аксилярной линии и поднимается кверху и кзади до 7 ребра. Резекция 7, 8, 9 ребер без аппарата повышенного давления. По удалении ребер было ясно, что сращений легочной плевры с паритетальной не существует. Надо было идти на открытый пневмоторакс. Спавшееся легкое пока не давало возможности прощупать новообразование, а следовательно исключало возможность изоляции плевры швом. Впускание воздуха

в плевру производилось малыми порциями, тонкой струей при периодическом закрытии плеврального отверстия мокрыми тампонами. Анестезия по нашему методу, предусматривающая максимально обширные отделы обезболивания плевры, позволила широко произвести обследование полости плевры, легких без единого кашлевого толчка. Нижний здоровый край легкого захвачен тупыми окончатými щипцами, опухоль хорошо подалась в рану. Заботливая тампонада большими мокрыми тампонами, пункция опухоли, введение формалина, на что больной ответил припадком кашля. (Бронхи).

В дальнейшем вскрытие опухоли ножом, удаление хитиновой оболочки, глухое закрытие оставшейся полости легкого. Шов париетальной плевры не может быть выполнен до конца; оставшееся отверстие фиксируется легким в пределах зашитой кисты. Рана мягких частей суживается. Швы на кожу. К кону плевры и к швам тампон с перувианским бальзамом. Дальнейший ход послеоперационного лечения не осложнялся истечением из плевры; в первые дни, однако, пневматические явления. В настоящее время гранулирующий свищ, на дне которого открываются мелкие бронхи. Демонстрация больного.

Прения. В прениях участковые хирурги указывали на опасность одномоментной операции эхинококка легкого, проводя здесь аналогию с эхинококком брюшной полости.

Проф. Алексеев. Увеличившуюся частоту заболеваний эхинококком объясняет усовершенствованием диагностических методов. Хирургам и до сих пор еще не ясен вопрос—оперировать ли в один или два сеанса.

Пр.-доц. Ратнер: при встретившейся надобности я стал бы применять именно ту методику, которую в данном случае применял проф. Вишневский. Операция в два сеанса протекает чрезвычайно неблагоприятно и ее можно рекомендовать лишь при нагноившемся эхинококке. Что следует особенно подчеркнуть и усвоить—это возможность не бояться пневмоторакса при условии оперирования под местной анестезией.

Проф. Вишневский: демонстрируемый случай имеет интерес как случай свободной торакотомии при операции эхинококка легкого. Наша методика м. ан. здесь, как и во всех других встретившихся в клинике случаях интраторакальных опухолей, позволила просто и легко удалить эхинококк чрез свободную плевру без пользования соответствующей аппаратурой легочной хирургии.

4. Д-р Мухамедьяров. *Внутрикардиальная инъекция адреналина при остановке дыхания и сердечной деятельности.*

Демонстрируя больную, докладчик говорит, что указанное осложнение недавно пришлось наблюдать в клинике проф. Вишневского при удалении опухоли спинного мозга в нижнем шейном отделе.

Больная О., 37 л., поступила с жалобами на невозможность ходить из-за резкой слабости ног. Ходит только при помощи палки. Заболела 3 года тому назад. Лечилась уколами и вливаниями, после них стало хуже, 2 1/2 года тому назад упала с печи на крестец (сильно).

Объективно: Черепно-мозговые нервы нормальны. Объем движений нижних конечностей ограничен во всех суставах. Рефлексы с рук норм. Нижн. кон.—патолог. рефлексы: Бабинский, Оппенгейм. RW в крови и спинномозговой жидкости отриц.

Реакция Ноппе положит. Реакция Ранду положит.

Введен иодипин с последующей рентгенографией. Иодипин остановился на уровне 7-го шейного и первого грудн. позвонков.

4/II 33 г. Laminectomy (Оператор проф. Вишневский). Сняты дужки D₁ D₂ D₃ D₄ D₅. По вскрытии твердой мозговой оболочки обнаружена массивная опухоль, лежащая по задне-боковой поверхности мозга с 1-го по 5-го грудн. позвонк. продольно-овальной формы.

Инфильтрация раствором оболочки опухоли (гидравлическая препаровка).

В момент начала удаления опухоли у больной произошла остановка дыхания, в это время—еле ощутимый пульс на каротидах.

Оператор удалил опухоль, не прерывая операции. Швы на твердую мозговую оболочку и мышцы. Когда стали зашивать кожу, исчез пульс и на каротидах. Спешно заканчивается операция зашиванием кожи. Искусственное дыхание, кофеин и камфора. Все безрезультатно. Прошло не менее 15 минут, когда оператор предложил ввести интракардиально адреналин. Введено 2 куб. адре-

налина 1:1000. Секунды через 2—3 последовал сердечный толчок, сначала неправильный. Затем появился короткий вдох. Искусственное дыхание продолжалось еще минут 10. Постепенно исчезла синева губ, появилась бледно-розовая окраска лица. Дыхание становилось все более глубоким. В операционной же больная переведена на кровать, обложена грелками, кофеин и камфора под кожу. Раствор Ringera под кожу. Через час дыхание оправилось, пульс еле ощутимый.

Послеоперационное течение осложнилось расхождением кожной раны на 8 й день. Удаленная опухоль размером 16×8×6. Вес 65,0. Микр. диагноз. Глиома.

23/III-33 г. больная переведена в нервную клинику Мединститута.

Демонстрация макро и микроскопич. препаратов.

Прения:

Пр.-доц. Панкратьев говорит о том, что значение адреналина при остановке сердечной деятельности недостаточно еще проникло в сознание терапевтов и хирургов, а между тем это имеет громадное значение, особенно в военной обстановке. Метод внутрикardинальных инъекций нужно широко пропагандировать.

Пр.-доц. Цимхес говорит, что интерес демонстрируемого случая заключается в том, что здесь адреналин оказал свое действие не при остановке сердечной деятельности, когда он обычно применяется, а при остановке дыхания.

Проф. Вишневский. Данный случай не совсем ясен как в отношении механизма происхождения остановки дыхания, так и в отношении эффекта, вызванного интракардиальной инъекцией адреналина. Остановка дыхания могла наступить по тому же типу, как это часто наблюдается при операциях в задней черепной ямке, ибо этот отдел спинного мозга не так далеко отстоит от продолговатого. С другой стороны возможно предположить здесь и влияние операции на корешки п. rhēnisi с последующим параличем диафрагмы. И наконец возможно, что этот вид шока получился в результате острой недостачи адреналина, что так настойчиво отмечается французскими хирургами в связи с операциями на спинном мозгу (Бабицкий). В последнем случае понятен и эффект после интракардиальной инъекции. Явления шока выравнивались вероятно, через посредство восстановления сердечной деятельности.

Секретарь Г. Новиков.

Хроника.

83) Десятилетие Секции Научных Работников было отмечено в Казани рядом торжественных заседаний в РуЗ'ах и ВТУЗ'ах и торжественным пленарным заседанием Областного Бюро Секции. По инициативе ряда научных работников (проф. Алуф, проф. Парфентьев, проф. Юсупов, доц. Сметкин, доц. Б. Арбузов, доц. Тагиров и мн. др.) развернут сбор средств на постройку эскадрильи имени 10-летия секции научных работников СССР.

84) Вопросы лечения гриппа будут посвящены два специальных заседания расширенного пленума Ученого медицинского совета Наркомздрава совместно с Гриппозным комитетом. Заседания состоятся 17 и 18 июня в 7 час. веч. в Анатомической аудитории Московского медицинского института.

85) Месячник борьбы с малярией проводится в Абхазии. В рабочих клубах и на предприятиях Сухума организуются кинопостановки и лекции о борьбе с малярией. Открыта новая тропическая станция. 1 июля открывается эвакоприемник для медицинского обслуживания приезжих рабочих и колхозников. В Гагах, Гали, Гудаутах и Очемчирах открыты рентгеновские кабинеты.

86) 70 обезьян прибывают из заграницы в сухумский питомник. Сейчас в питомнике 59 обезьян. Его научно-исследовательская работа имеет огромное значение для всестороннего изучения человеческого организма.

87) Первую опытную партию иммерсионных объективов для микроскопов выпустил Оптический институт. В этом году завод даст 300 объективов.

88) Оптический институт (Ленинград) освоил производство одной из самых ответственных частей поляризационных приборов—призмы из исландского шпата. Поляризационные приборы, как известно, применяются при исследовании минералов, в сахарной промышленности, медицине и других отраслях науки и народного хозяйства.

89) Производство зубоврачебных бормашии освоено самарским котельным заводом. Выпущены первые 15 бормашии. Стоимость машин 180 р. С окончательным освоением серийного производства себестоимость машин будет значительно снижена.

90) На ближайших днях выпускается в продажу новый контрастный препарат „сергозин“, вырабатываемый в Московском химико-фармацевтическом препарате. Препарат испытан в Боткинской б-це в Москве д-рами М. С. Метельниковым и А. П. Фрумкиным и дает хорошие контрасты для почечной рентгено-диагностики путем внутривенного вливания.

91) Первый передвижной рентгеновский кабинет организован на Октябрьской железной дороге. Кабинет помещается в двух вагонах и оборудован аппаратами советского производства. Передвижной рентгеновский кабинет предназначен для обслуживания железнодорожников.

92) Директором Ленинградского ракового института проф. Петровым получено приглашение принять участие в работах Международного съезда по борьбе с раковыми заболеваниями, имеющего состояться осенью с. г. в Испании (см. хронику Каз. Мед. журн., № 5—6).

93) При Московском ревматическом комитете образована детская секция. По вопросам борьбы с ревматизмом у детей секцией намечен следующий план а) диспансерное наблюдение за ревматиками, в первую очередь — в очагах множественных заболеваний; б) выделение достаточного числа коек, а по возможности — особых отделений в детских больницах для госпитального лечения; в) разработка плана сети и организации опытных лечебно-профилактических учреждений для ревматиков и сердечно-больных детей (дифференцированные классы в нормальной школе, школа-санаторий, санаторий, трудовая санаторная колония для подростков; г) разработка обоснований для профотбора; д) профилактическая работа в массовых детских коллективах и, наконец, е) организация краткосрочных курсов усовершенствования по ревматизму для врачей ОЗДиП и педиатров (ведутся переговоры с ЦИУ об организации таких курсов в Москве).

Для имеющего быть весной 1934 г. в Москве Международного ревматического конгресса, в числе программных тем которого значится „Острый суставной ревматизм“, детская секция предполагает подготовить материал, посвящающий распространение ревматизма у детей и подростков в СССР. Возбуждается ходатайство о пополнении программы Международного конгресса специальной подгетмой об остром ревматизме у детей. Бюро секции просит всех товарищей, желающих принять участие в ее работе сообщить свои адреса, а также указать, по каким вопросам они могли бы принять участие в работе секции. Корреспонденцию, информационные и всякого рода другие материалы можно направлять по адресу: Москва, Кудринская-Садовая 1, Институту Санитарии и Гигиены детей и подростков (ОЗДиП) на имя тов. председателя детской секции ревматического комитета В. Д. Маркузон.

94) Прибывший в Ленинград известный американский психоневролог проф. Майер (см. хронику „Каз. Мед. журн.“ № 5—6) по предложению Всеукраинской психоневрологической академии посетил Харьков, где ознакомился с работой академии и прочитал ряд научных докладов.

95) Новый железисто-щелочный источник обнаружен недалеко от берега Волги в районе села Ундор Ульяновского района (Средняя Волга). По заключению специалистов новый источник обладает прекрасными лечебными свойствами для лечения желудочно-кишечных заболеваний.

96) В этом году в Сочи заканчивается строительство нового санатория для металлургов. Стоимость строительства — свыше миллиона руб.

97) В Теберде (Автономная Карачаевская область, Сев. Кавказ) построено новое здание санатория для научных работников.

98) Строительство нового курортного городка, рассчитанного на 800 больных, началось в Боржоме (Грузия). Новый курортный городок будет состоять из трех санаториев.

99) Новые санатории открыты в Московской области для горняков Подмосковского бассейна: санаторий „Красный шахтер“ и санаторий им. Герцена, где введено грязелечение. Около станции Солотчи открыт детский санаторий им. Ленина на 500 коек. В текущем году подмосковные санатории обслуживают 25.000 человек.

100) *Реконструкция Всесоюзной здравницы—Сочи* широко разворачивается в текущем году. Значительно увеличивается мощность электростанции, водопровода и канализации, строятся новая большая гостиница, баня, механизированная прачечная и больница.

101) *Химический Институт Академии Наук* начат постройкой в Ленинграде. По своим размерам новый институт будет одним из самых больших в мире. Постройка займет площадь в 25 тыс. кв. м. В институте будет оборудовано свыше 30 лабораторий органической, неорганической и физической химии. Здесь будут работать академики Курнаков, Павловский, Лебедев, Чистяковский, Чичибабин, Гребенщиков и Семенов.

102) *Клинико-бактериологический ветеринарный институт* открывается в Свердловске. Институт займется изучением заболеваний с.-х. животных и пушных зверей. Впервые будет поставлено изучение профилактики, патологии и лечения незаразных болезней и травматизма у животных.

103) *Новые станции по борьбе с малярией* открываются в Средневожском крае. На площади в 45 тыс. га проводится авиохимическое опыление болотистых местностей, зараженных малярийным комаром.

104) Ото-рино-ларингологической клиникой Пермского гос. медицинского института, с целью приближения специальной помощи населению, всем врачам райбольниц и Зав. райздравмами Уральской Области разослано обращение о направлении о.р.-л. больных на консультацию в клинику, где не только будет оказана больному помощь, но и сообщено направившему врачу о дальнейшем ведении больного и т. д. Кроме того, организованы письменные консультации с врачами по практическим и теоретическим вопросам этой области.

105) С 20—25 июня с. г. в Казани ТНКЗдравом проводилась 2-я Обл. конференция работников ОЗД и П.Т.Р. В конференции приняли участие кроме врачей ОЗД, сестры, педагоги, представители общественных организаций. Работы конференции будут освещены особо.

106) Гамбургская больничная касса опубликовала (Neubauer, Die mediz. Welt, № 25, 24/VI 1933 г.) статистику абортов и преждевременных родов по Гамбургу за 1926—1931 гг. Начиная с 1930 г. отмечается заметный рост абортов и одновременное понижение рождаемости. Среднее годовое число абортов за этот промежуток времени равняется 11227, при средней потере трудоспособности женщины 35,6 дня. Такую колоссальную цифру Neubauer объясняет большим количеством лихорадящих и септических абортов, частым воспалением брюшины и вторичной анемией. Н. считает, что указанные цифры далеко не учитывают общего количества абортов, т. к. много случаев маскируется диагнозами: маточное кровотечение, дисменорея и т. д.

107) Приговор по известному Любекскому процессу, о котором неоднократно сообщалось в нашем журнале, окончательно утвержден Государственным судом и дальнейшему обжалованию не подлежит.

108) С 30 июня по 2 июля состоялось торжественное празднование 375-летия Иенского университета.

109) С 4 по 8 Октября с. г. в Тулузе состоится 14-й Интернациональный конгресс по гидрологии, климатологии и медицинской геологии.

110) В числе референтов на спец. курс усовершенствования врачей в Киссингене, имеющий состояться в Августе-Сентябре с. г., приглашен известный советский проф. Гауссманн (Минск).

111) 20 июля с. г. на Памир отправилась научная экспедиция по изучению горной болезни в составе профессора патологической физиологии Казанского мед. ин-та Н. Н. Сиротинина и д-ра В. А. Самцова.

112) Исполнилось 75-летие проф. О. Hörner'a, одного из основателей современной отологии, бывшего долгое время редактором журнала „Zeitschr. f. Ohren- usw. Heilkunde“.

113) На ст. Ксеньевская Заб. ж. д. при исполнении служебных обязанностей скончался большой врач и общественник Александр Иванович Коробков, бывш. питомец Казанского университета, пользовавшийся большой популярностью и авторитетом среди рабочих ст. Алатырь М.-К. ж. д., откуда недавно уехал к месту новой работы. Общественность Алатыря глубоко скорбит о потере (сообщено д-ром А. Суровым).

114) Скончался проф. А. Oberst (Фрейбург), известный своим методом местной анестезии.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

Скоро-ли появляется у человека после перенесенного заболевания сибирской язвой иммунитет и достаточно ли он стойкий? *Подписч. № 128.*

Ответ. Согласно работам проф. Безредка, при кожном введении вируса сибирской язвы иммунитет наступает через 3—4 дня. Иммунитет довольно прочный и повторные заболевания сибирской язвой встречаются как исключение. *Проф. В. Вольтер.*

Санаторий лечебного питания в г. Казани.

Как известно, из большого контингента больных с заболеванием внутренних органов, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, не все могут быть им обеспечены. Большинству этих больных можно дать все преимущества санаторно-курортного режима и без посылки их на местные или дальние курорты и даже без отрыва их от производства. Санаторный режим с соответствующей диетой, физиатрическими процедурами и минеральными водами может быть с успехом применен здесь, на месте, для целого ряда желудочно-кишечных, печеночных и почечных больных.

Для удовлетворения этих жизненных запросов трудящихся Казани Обком-соцстрахом ТР организован с 1 марта 1933 г. санаторий лечебного питания (Диет-санаторий). Санаторий организован на базе однодневного дома отдыха „Ударник“ в прекрасном парке (бывш. Новикова дача) и рассчитан на 50 коек. Рядом трамвайная линия, удобно обеспечивающая передвижение рабочих на производства.

Срок пребывания б-ных в санатории — $1\frac{1}{2}$ мес. Санаторий предоставляет больным лечебное питание, физиатрическое лечение, медикаментозное лечение минеральными водами (Ижевский источник и др.) в связи с санаторным режимом в прекрасной дачной обстановке. Специфичность санатория лечебного питания заключается в том, что *такое разностороннее лечение проводится без отрыва от производства*, причем лечебное питание и режим занимают основное место в лечении, в то время как остальные методы имеют лишь подсобное значение, облегчая скорейшее достижение желаемого результата.

Рабочие, находящиеся в санатории, работают в утренней смене. Перед уходом на работу они получают горячий завтрак и с собой на производство холодный завтрак. По возвращении с работы принимают душ, переодеваются в санаторное белье и костюм и получают обед из 3-х блюд. После обеда—часовой отдых или под открытым воздухом в парке или в палатах, в конце которого—измерение температуры, обед врача. До ужина больные проводят время в парке за играми, имеют газеты, журналы, получают культурно-политическое обслуживание. Врачами проводятся лекции на санитарно-гигиенические темы и темы лечения питанием. Санаторий имеет в своем распоряжении лабораторию, пользуется по договоренности с горздравом рентгеновским кабинетом клинического института, организовано профилактическое зуболечение б-ных в зубном кабинете 2-й поликлиники. В санатории работают два врача под консультативным руководством проф. Р. И. Лепской.

Результаты уже проведенных 3-х смен хорошие. За короткий срок своего существования санаторий завоевал значительную популярность среди рабочих г. Казани. На этом основании местные организации (Совнарком ТР, Горком ВКП(б), ТСПС) приняли решение о расширении в самое ближайшее время этой базы санаторного диет-лечения без отрыва от производства, как оправдавшей себя формы профилактического обслуживания рабочих промпредприятий и новостроек Татарии.

Опыт работы санатория предполагается в дальнейшем осветить подробно.

Д-р Н. С. Ширкевич.

Открытое письмо товарищам хирургам Татарской республики.

Быстрый рост промышленности и коллективизация сельского хозяйства Татарии поднимают культурный уровень и повышают материальное благосостояние рабочих и крестьян; изменяется окружающая обстановка, условия жизни и быт трудящихся. Все это предъявляет новые требования к работникам здравоохранения и, в частности, к нам, хирургам. Мы должны перестроить свою работу на ходу, приспособив ее к новым контурам жизни. Плодотворность нашей дальнейшей деятельности зависит от точного и своевременного знания всех возникающих в связи со строительством социализма запросов на всех участках нашей специальной работы. А это, в свою очередь, требует постоянной живой связи практических и научных работников хирургии центра и периферии. Поэтому Хирургическая секция научно-медиц. ассоциации АТССР обращается ко всем работающим в районах товарищам хирургам с предложением войти немедленно в контакт со своей секцией путем периодических информаций о ходе своей текущей работы и встречаемых при этом затруднениях, а также путем присылки материалов, характеризующих выполненную или намеченную работу: годовых отчетов, планов, собранных фактических материалов, научно обработанных или хотя бы могущих служить сырым материалом для научного анализа (статистические данные, клинич. наблюдения, вопросы организации хирургич. дела и т. д.).

Опираясь на таких товарищей, как на своих корреспондентов и заочных научных сотрудников, Хирургическая секция будет систематизировать и публиковать от имени авторов представляемый материал на своих очередных конференциях в качестве научных докладов или хроники. Хирургическая секция надеется также на встречную консультацию со стороны периферических товарищей по вопросам дальнейшей деятельности секции применительно к текущим задачам советского здравоохранения.

Корреспонденцию направлять по адресу: Казань, ул. Бутлерова. Хирургическая клиника. Д-ру Г. М. Новикову.

*Бюро Хирургической секции научно-медицинской
ассоциации АТССР.*