

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

Выходит при ближайшем участии профессоров и преподавателей
Медицинского Факультета Казанского Университета, Казанского Гос.
Института для усовершенствования врачей и др. высших медицин-
ских школ СССР.

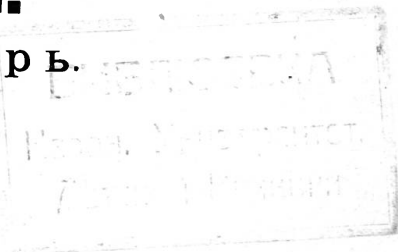
Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

1928 г.

(Год издания XXIV).

№ 1.

Январь.



КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Председатели Общества



І ряд: Л. О. Даркшевич (1900—2). К. А. Арнштейн (1877—9). Н. А. ...
ІІ ряд: А. Я. Щербаков (1887—89). В. М. Аристовский (1926—28). Н. ...
ІІІ ряд: Ф. Я. Чистович (1910—13). Н. А. Геркен (1908—9).

Отдел I. Оригинальные статьи.

IX-летие Общества Врачей при Казанском Университете¹⁾.

Почетного члена Общества проф. В. С. Груздева.

(С 18 портр.).

Празднующее ныне свой юбилей Общество Врачей при Казанском Университете было основано в 1868 году, т. е. является старейшим из всех наличных ученых обществ г. Казани. В кратком очерке мне будет трудно, даже прямо невозможно дать полную, исчерпывающую картину деятельности Общества за все 60 лет его существования. Ограничусь поэтому лишь беглым эскизом, в котором намечу только главные этапы, пережитые Обществом.

Подчеркну прежде всего, что все эти этапы, все отдельные моменты в жизни нашего Общества строго соответствовали тем переменам, которые переживал Казанский Университет и в частности его медицинский факультет. Повышалась интенсивность работы последнего,—оживленной становилась и деятельность Общества; наступали для Университета трудные времена,—как то было в 1905—1906 годах, а также в годы империалистической и гражданской войн,—замирала и жизнь Общества. Эта зависимость между жизнедеятельностью Университета и Общества имела место не только за время с 1877 по текущий год, когда Общество существовало при Университете, но и в первые 9 лет, когда ex officio оно числилось вне последнего, нося название „Общества Врачей в г. Казани“.

Далее, характер деятельности Общества изменялся в зависимости от тех правил, которыми регулировалась эта деятельность. С этой точки зрения в истории Общества можно различать три периода. Первый период обнимает время с 1868 по 1876 г., когда Общество носило название „Общества Врачей в г. Казани“ и руководилось в своей работе уставом 1868 года; согласно этому уставу Общество должно было, „во-первых, способствовать общему и специальному научно-медицинскому образованию как своих членов, так и других врачей; во-вторых, содействовать развитию медицинских наук преимущественно постановкой и разработкой вопросов, для решения которых необходимо участие специалистов по различным отделам медицины“ (§ 1 устава; кроме того, в примечании к этому § было указано, что „Общество не отказывается содействовать решению поставленных ему вопросов по предмету общественной гигиены“).

Второй период в истории Общества, самый продолжительный, начинается с 1877 года и продолжается по 1922 год. За этот период Общество, носящее теперь уже современное название „Общества Врачей при Казанском Университете“, руководствуется в своей деятельности уставом, выдвигающим для него новые задачи, а именно, „распространять здравые медицинские понятия, преимущественно по вопросу о способах к возвышению уровня общественного здоровья“ и затем „содей-

¹⁾ Сообщено на торжественном заседании Общества 17/I 1928 г.

ствовать развитию медицинских наук преимущественно исследованиями в медицинском отношении восточного края России“ (пункты б и в § 1 устава 1877 г.).

Наконец, третий период в жизни нашего Общества,—это время с 1923 года, когда Наркомвнуделом ТР был утвержден новый устав последнего, и Общество было зарегистрировано. Согласно этому уставу Общество имеет своей целью „объединение в г. Казани и Татарской Республике лиц, научно работающих в области медицины, а также научную разработку относящихся к этой области вопросов, распространение соответствующих сведений и пробуждение интересов к задачам Общества в общественной среде“. В структуре Общества наиболее характерным нововведением в этом периоде является образование при нем специальных секций, число которых к настоящему времени достигает семи (Физиологическая, Хирургическая, Офтальмологическая, Акушерско-Гинекологическая, Венерологическая, Гигиеническая и Ото-рино-ларингологическая).

Обозревая деятельность нашего Общества за все 60 лет его существования, нельзя не подметить, наконец, известной разницы в ней и в связи с тем, кто в данное время стоял во главе Общества. Разница эта—не только количественная, в смысле различной интенсивности работы Общества, но и качественная: стоял, напр., во главе Общества гигиенист,—в работе Общества на первый план выдвигались труды по общественному здравоохранению; занимал председательское место хирург,—среди заслушиваемых в заседаниях Общества докладов фигурировали главным образом хирургические и т. д.

За 60 лет существования Общества во главе его перебивало, в общей сложности, 18 лиц.—почти исключительно профессоров медицинского факультета Казанского Университета.

Первым председателем Общества был знаменитый казанский клиницист-терапевт проф. Н. А. Виноградов. Он был и инициатором учреждения Общества. „По почину этого выдающегося профессора и клинициста,—говорит автор истории Общества за первые 25 лет его существования, проф. М. Я. Капустин¹⁾,—члены медицинского факультета и молодые врачи еще задолго до официального открытия Общества стали собираться частным образом для научных бесед и совместного обсуждения клинических случаев“. Из этих-то собраний и выросло Общество Врачей г. Казани, устав которого был утвержден 7 февраля 1868 г. Членами-учредителями Общества были 34 лица, среди которых мы видим, кроме Н. А. Виноградова, профессоров Казанского Университета Е. Ф. Аристов, А. Я. Данилевского, Н. О. Ковалевского, А. И. Козлова, П. И. Левицкого, М. В. Никольского, А. В. Петрова, А. И. Якобия и др., а также впоследствии занявших профессорские кафедры в Университете Е. В. Адамюка, Н. И. Боголюбова, М. Ф. Болдырева, Н. Ф. Высоцкого, А. Я. Щербакова и др. Первое заседание Общества было, повидимому, в марте 1868 г., всего же за первый год своего существования Общество имело 7 заседаний, на которых было сделано 24 доклада, в том числе 5 докладов—А. Я. Щербаковым, 4—проф. А. И. Якобием, 3—проф. Н. А. Виноградовым, 2—Е. В. Адамюком и пр.

¹⁾ Двдцатипятилетие Общества Врачей при И. Казанском Университете. Казань. 1897. Речь проф. М. Я. Капустина, стр. 4.

Проф. Н. А. Виноградов остался председателем Общества и на второй год его существования (1869). Уже в этот год молодое Общество обнаружило тревожные признаки упадка: в течение его состоялись лишь 3 заседания с 9 докладами, а число членов к концу второго года повысилось всего до 40. Для тех, кому были дороги интересы Общества, стало ясно, что для поднятия среди казанских врачей интереса к последнему необходимо ввести в его деятельность какие-то коррективы, и вот, один из членов-учредителей, проф. А. В. Петров, 27 апреля 1870 г. вносит в Общество обширный доклад, в котором настаивает на необходимости для Общества заняться изучением в медицинском отношении Казанского края с целью повышения в нем уровня общественного здоровья. Доклад этот вызывает живейшее сочувствие наиболее видных членов Общества, проф. Петров избирается председателем последнего, и под его руководством деятельность Общества быстро оживляется: заседания его начинают происходить почти каждую неделю, Общество усиленно разрабатывает вопросы земской медицины, медицинской статистики, санитарии и пр., число членов его уже в первый год председательства проф. Петрова (1870) поднимается до 142, с 1872 года начинает выходить „Дневник“ Общества (протоколы же его заседаний стали печататься с 1870 г.), в 1873 году Общество принимает живое участие в организации бывшего в Казани IV С'езда Естествоиспытателей и Врачей.

Этот год,—четвертый год председательства проф. Петрова,—является годом наивысшего расцвета Общества в первый период его существования. В следующем (1874) году, хотя руководитель Общества остается прежний, жизнь Общества заметно слабеет,—у него, по словам проф. Капустина, „являются явные и тайные противники и недоброжелатели, Общество встречает различные затруднения в своих собраниях, в печатании своих изданий и пр., председатель его в особенности подвергается различным нареканиям“...

23 марта 1875 г. происходит последнее (7-е) годовое заседание Общества за первый период его существования. В этом заседании принимается постановление — возбудить ходатайство о присоединении Общества к Университету, переименовании его и утверждении нового устава, а впредь до разрешения этого ходатайства занятия Общества временно приостанавливаются.

Целых 2 года,—1875 и 1876,—продолжалась, однако, эта приостановка. Лишь 12 марта 1877 г. устав Общества, главные особенности которого уже отмечены мною выше, был утвержден властями, и 9 ноября возродившееся Общество Врачей при Казанском Университете открыло свои действия. Одновременно с этим начали выходить „Протоколы“ и „Труды“ Общества. Первым председателем возрожденного Общества был избран проф. К. А. Арнштейн, занимавший этот пост в течение 2 лет. Уже самый выбор проф. Арнштейна предопределял то направление, которое приняла теперь деятельность Общества. „Направление это,—заявил новый председатель в заседании 19 декабря 1877 г. ¹⁾,—ясно уже указывается принадлежностью Общества к Казанскому Университету, этому интеллектуальному центру восточной полосы России.

¹⁾ Там же, отчет проф. Л. О. Даркшевича, стр. 26.

Строго научные цели и приемы должны характеризовать нашу деятельность. „Но было-бы несправедливо думать, — говорит проф. Даркшевич в своем отчете о научной деятельности Общества за первые 25 лет его существования, — что Общество, усвоив для своей деятельности направление научное, совершенно оставляло без внимания вопросы практического свойства, вопросы медико-санитарные. Напротив, и в период времени, обнимающий собою восьмидесятые годы, Общество не отказывалось от разрешения задач практических“.

Особенно оживилась эта сторона деятельности Общества с тех пор, как на председательский пост вторично был избран, в конце 1879 г., проф. А. В. Петров, и на этот раз оставшийся на этом посту целое пятилетие, почти до самой смерти. Под его председательством число членов Общества быстро возросло, — в одно заседание 19 января 1880 г. принято, напр., было сразу 40 новых членов; — опять начал аккуратно выходить „Дневник“ Общества, ежемесячными книжками по 2—3 листа каждая, содержащими: 1) оригинальные статьи, обзоры и библиографию, 2) местный статистический материал и протоколы заседаний Общества: возник и утвердился обычай провозносить на годичных заседаниях актовые речи и пр. Впрочем воскресить вполне прежнее направление и увлечение проф. Петрову, — по словам проф. Капустина¹⁾, — уже не удалось.

Преемником проф. Петрова на посту председателя Общества был, на один год (1885), занимавший тогда кафедру госпитальной терапевтической клиники в Казанском Университете проф. М. Ф. Субботин, которого сменил, также на один год (1886), проф. Л. Л. Левшин. По предложению последнего Общество впервые организует публичные лекции, читанные самим проф. Левшиным, И. В. Годневым, А. М. Дохманом, Н. М. Любимовым и А. И. Якобием.

В течение двух следующих лет, — 1887-8 и 1888-9, — мы видим на посту председателя Общества проф. А. Я. Щербакова, после которого этот пост в течение одного года занимал проф. М. Я. Капустин, а затем в течение 2 лет (1889-90—1891-2 гг.) — проф. Н. А. Засецкий. При последнем Общество принимает, между прочим, деятельное участие в обследовании эпидемии эргогизма, разразившейся в Вятской губ., для чего, по предложению проф. Н. И. Студенского, посылает на место эпидемии специального делегата, д-ра Н. Н. Реформатского. Здесь заметим кстати, что ко времени председательства проф. Засецкого число членов Общества возрастает до 247²⁾, — цифра небывалая ни прежде, ни потом.

Значительное оживление в деятельности Общества замечается также во время вторичного пребывания председателем его проф. М. Я. Капустина — в течение 5 лет, с 1891½ по 1893⅙ г. За это 5-летие Поволжье подвергается нескольким крупным общественным бедствиям, — мы разумеем неурожай 1891 г. и холерную эпидемию 1892 г. Общество принимает живейшее участие в деле борьбы с этими бедствиями. Помимо целого ряда посвященных им докладов, в 1891 г. членами Общества (И. М. Львовым, К. М. Леонтьевым, Н. М. Люби-

¹⁾ О. с., стр. 13.

²⁾ Проф. М. Я. Капустин, о. с., стр. 18.

мовым, Л. Л. Левшиным и В. Д. Орловым) был прочитан цикл публичных лекций в пользу голодающих, а в 1892 г. Общество организует курсы подготовки сестер милосердия специально для ухода за холерными больными.

В 1895 г. исполняется 25-летие фактического существования Общества, и 8 октября этого года организуется торжественное заседание, на котором председатель Общества, проф. М. Я. Капустин, и его товарищ, проф. Л. О. Даркшевич, делают посвященные истории Общества доклады, уже цитированные нами выше. В этом же заседании д-р М. В. Казанский делает доклад о состоянии библиотеки Общества, а д-р В. П. Небользов, впоследствии профессор Казанского Университета, дает краткий отчет о средствах его. Из первого доклада видно, что ко дню 25-летия в библиотеке Общества числилось 5.418 названий и почти 7.500 томов, из второго, — что Общество в то время располагало довольно значительными средствами: одних членских взносов собиралось ежегодно около 500 руб.; далее, у него были пожертвованный отставным медиком-хирургом Л. В. Ротштейном капитал в 12 тыс. руб., на проценты с которого были учреждены 2 стипендии для студентов-медиков Казанского Университета, капитал того же Ротштейна в 2000 руб., капитал имени проф. А. В. Петрова в 1200 руб. и пр. Все эти доклады, а равно полученные Обществом в день 25-летия приветствия, старый и новый уставы Общества и список статей, помещенных в „Дневнике“ Общества за 25 лет, были напечатаны и выпущены в свет в виде отдельной брошюры.

После проф. М. Я. Капустина председателем Общества в течение 3 лет (с 20 октября 1896 г. по 17 октября 1899 г.) был проф. Н. Н. Феноменов. При нем в Казани состоялся VII Пироговский Съезд, в организации которого Общество приняло горячее участие. По отчету, напечатанному в „Дневнике“ Общества, за последний год председательства проф. Н. Н. Феноменова число членов Общества равнялось 198, число заседаний в течение года — 9 с 18 докладами, библиотека Общества содержала 6.917 названий и более 10.000 томов, годовой приход равнялся 2.371 руб., в том числе свыше 1.100 руб. доставили публичные лекции.

Преемником проф. Н. Н. Феноменова в должности председателя Общества был проф. Л. О. Даркшевич, занимавший этот пост в течение также 3 лет, — 1900, 1901 и 1902 гг. Крупнейшим событием в жизни Общества за этот срок было основание „Казанского Медицинского Журнала“, первая книжка которого вышла в январе 1901 г. Вышедший ранее „Дневник“ был оставлен в качестве приложения к „Журналу“.

После того, как проф. Л. О. Даркшевич 7 декабря 1902 г. отказался от места председателя в связи с раздорами, возникшими в Обществе между его видными членами, профф. С. В. Левашевым и Н. М. Любимовым, — председательский пост был занят проф. А. Н. Казембеком, исполнявшим обязанности председателя до января 1908 г., когда его сменил проф. Н. А. Геркен. Проф. А. Н. Казембеку пришлось руководить Обществом в чрезвычайно трудное для него время, когда университетские учреждения, в зависимости от русско-японской войны и вспыхнувшей после нее революции.

работали с большими перебоями, — сначала потому, что многие работники университетских лабораторий и клиник были призваны для несения военно-медицинской службы, а затем — вследствие возникших в Университете студенческих волнений. В связи с этим замерла и деятельность Общества. В 1905 г., напр., даже административные собрания его доу-скались с большим трудом; очень редко собирались в 1904-1906 гг. и научные собрания. Естественно, что число членов Общества при этом значительно упало. Редакция „Казанского Медицинского Журнала“ вме-сто того, чтобы выпускать его книжки ежемесячно, в состоянии была за весь 1905 г. выпустить лишь 2 номера „Журнала“, а в следующем (1906) году — только один.

Положение вещей улучшилось лишь в последний год председате-льства проф. А. Н. К а з е м б е к а — 1907. В этом году Общество имело 9 заседаний, на которых было сделано 17 докладов и демонстраций. „Казанского Медицинского Журнала“ вышло за год 5 книжек, в том числе одна особенно выдавалась и своим об'емом, и содержанием, и внешностью; книжка эта была посвящена памяти проф. Н. М. Л ю б и м о в а. Число членов Общества равнялось в этом году 113. О финансо-вом положении Общества можно судить по тому, что денежный остаток от 1906 г. равнялся 2 538 руб., не считая 450 руб., собранных на сти-пендию имени проф. К. М. Л е о н т ь е в а. В библиотеке Общества чи-слились 8.000 названий и около 10.000 томов.

Проф. Н. А. Г е р к е н состоял председателем Общества в течение 1908 и 1909 гг. В первый из них количество членов Общества подня-лось до 190, а количество заседаний — до 17, на которых было сделано 27 докладов и 5 демонстраций. Один из докладов, принадлежащий В. П. Первушину, был посвящен вопросу об организации при Казанском Университете повторительных курсов для врачей; в ряде других докладов было систематически освещено учение об аппендиците. В следующем (1909) году контингент членов Общества понизился до 152, а число за-седаний — до 12, с 24 докладами и 1 демонстрацией. Из крупных вопро-сов общественного характера, поднятых в этом году, заслуживает упо-минания возбужденный женщинами-врачами О с и п о в о й и Т р у б и н о й вопрос об организации в Казани Общества для борьбы с детской смер-тностью. Среди событий в жизни самого Общества отметим состоявшуюся в мае 1909 г. перевозку библиотеки Общества, ютившейся ранее в не-удобном помещении в здании бывш. Студенческого Общежития, в новое, гораздо более удобное помещение в 3-м этаже „левого крыла“ главного здания Университета; здесь библиотека была размещена в 2 довольно больших, светлых комнатах, причем разборка ее показала, что она со-держит 8.700 названий и около 11.000 томов.

Следующие 4 года после проф. Н. А. Г е р к е н а (1910—1913 гг.) Общество Врачей при Казанском Университете работало под председа-тельством проф. Ф. Я. Ч и с т о в и ч а. Еще перед своим избранием в председатели, в заседании 13 марта 1910 г., последний высказал по-желание, чтобы вносимые в Общество доклады в большинстве были чисто-научными, и этой программе остался верен все 4 года. Это не значит, впрочем, что Общество при нем совершенно чуждалось вопросов общественного характера: в 1910 г., напр., оно совместно с Обществом Невропатологов разработало вопрос о реформе высшего медицинского

образования, в 1912 г. приняло живое участие в обсуждении вопросов городской медико-санитарной организации, в 1913 г. в его заседаниях вентилировались вопросы о статистике эндемических заболеваний в крае, о секретных средствах, об организации врачебной помощи рабочим и т. п. В связи с этим возрос интерес к Обществу, количество членов его увеличилось (в 1912 г., напр., в Общество вступило 25 новых членов). увеличилось и число заседаний, а также число докладов и демонстраций на этих заседаниях: в 1910 г., напр., Общество имело 14 заседаний с 28 докладами и 3 демонстрациями, в 1911 г.—11 заседаний с 20 докладами, в 1912 г.—17 заседаний с 33 докладами и 7 демонстрациями, в 1913 г.—16 заседаний с 32 докладами и 8 демонстрациями. Библиотека Общества к 1913 г. выросла до 9.700 названий и до 12.000 томов, денежные средства—до 2.700 руб. (не считая капитала им. Ротштейна). „Казанский Медицинский Журнал“ выходил в разбираемое 4-летие аккуратно, в количестве 5—6 книжек в год.

Этот период относительного процветания Общества сменился затем периодом упадка. Последний сделался заметен уже в 1914 г., когда началась империалистическая война, и когда весьма многие из активных членов Общества были взяты на фронт. Правда, пред Обществом встал тогда ряд новых вопросов, в разрешении которых оно приняло живое участие: вопрос о помощи раненым воинам, вопрос о призрении беженцев, вопрос об изъятии из употребления спиртных напитков и т. п. Но при всем том число заседаний Общества в этом году понизилось до 9, число докладов—до 18 (при 7 демонстрациях), „Казанского Медицинского Журнала“ было выпущено лишь 3 книжки. Приблизительно с такою же интенсивностью работало Общество и во второй год войны, 1915, когда оно также имело 9 заседаний: но „Казанского Медицинского Журнала“ в этом году вышло уже всего 2 книжки, а затем он и совершенно перестал выходить вплоть до 1921 г.

В следующие годы, особенно же в годы революции, гражданской войны и общей разрухи, параллельно с ослаблением деятельности университетских учреждений, лишенных света, тепла и др. элементарных жизненных условий, ослабела еще более и работа Общества, столь тесно связанная с деятельностью этих учреждений. В довершение всего здоровье состоявшего тогда (с 6 февраля 1914 г.) председателем Общества, проф. Н. А. Миславского, настолько ухудшилось, что зачастую не позволяло ему лично руководить занятиями Общества, а в 1918 г. заставило его окончательно отказаться от председательства. При таких условиях надобно еще удивляться, что Общество не только не распалось, но и проявило известную жизнеспособность: в 1916 г., напр., оно имело 12 научных заседаний, в 1917—8, в 1918—10 и лишь в 1919 г.—всего 4. При этом оно не только не прекращало разработку чисто научных вопросов, но и откликалось на общественные вопросы, возникавшие в связи с войной и начинавшейся разрухой. Более того—Общество в 1917 г. сумело, несмотря на тяжелые условия, провести в жизнь такое большое дело, как создание в Казани Женского Медицинского Института. Всем этим оно в значительной мере было обязано энергии бывшего с 1909 по 1922 г. бессменным товарищем председателя д-ра В. П. Первушина (ныне профессора Пермского Гос. Университета). Д-р Первушин не только заменял председателей, особенно проф. Н. А. Миславского, во время

их болезни, но и официально в течение одного года (1918) стоял во главе Общества, в звании товарища председателя, пока в 1919 г., 15 февраля, на должность председателя не был избран проф. М. Н. Чебоксаров.

Проф. Чебоксаров принял Общество в очень тяжелом состоянии: как я уже упомянул выше, за весь 1919 г. удалось собрать лишь 4 заседания, на которых, кроме годичной речи, было заслушано всего 5 научных докладов.

Деятельность Общества оживилась в следующем (1920) году, когда оно имело 9 заседаний, на которых было заслушано 18 докладов. По сравнению с тем, что, как мы видели, было в довоенное время, эти цифры, определяющие интенсивность работы Общества, на первый взгляд могут показаться незначительными. Но не надо забывать тех тяжелых условий, при которых в этом году приходилось работать Обществу. Вот как я должен был охарактеризовать эти условия в своем отчете по Обществу за 1921 год ¹⁾: „Казанский Университет,—этот маяк, в течение более столетия освещавший светом высшего просвещения всю восточную половину нашего отечества,—грозил совершенно погаснуть. Его лаборатории и клиники, лишенные всего самого необходимого и прежде всего—света и тепла, функционировали больше номинально, чем фактически. Профессора и их сотрудники изнемогали в непосильной борьбе с голодом, холодом и заразными болезнями, и многие не вынесли этой борьбы, а уцелевшие начали мечтать о том, чтобы бежать из Казани. Таково же было положение и всех вообще казанских врачей:... они должны были, в сущности, в одиночку и без всякого оружия в руках бороться с опустошавшими Казань эпидемиями и габлями, гибли один за другим, оставляя свои семьи на произвол судьбы. А в перспективе виднелся грозный призрак надвигающегося на все Поволжье голода... Из приблизительно полутора тысяч врачей, числившихся членами Общества в 1920 г., добрая половина именно только числилась,—их даже не было в Казани. Из остальных 70—80 лишь небольшая горсточка принимала фактическое участие в трудах Общества“.

Значительное оживление проявило наше Общество и в 1921 году, когда я занял в нем председательское место. Число членов его к 1 января 1922 г., правда, понизилось до 107, но все это были уже настоящие члены, а не фиктивные (37 из них впервые вступили в Общество в 1921 году). Общество имело в этом году 21 заседание, на которых было заслушано 63 доклада,—числа небывалые даже и в довоенное время. Снова начал выходить, на средства Таттосиздата, „Казанский Медицинский Журнал“,— правда, в количестве лишь 3 книжек в год. Библиотека Общества была перенесена в новое, еще более удобное и просторное помещение и заново организована здесь. Возбуждено ходатайство о пересмотре устава Общества в соответствии с новыми условиями его жизни. Лишь финансовая сторона Общества в 1921 году продолжала быть крайне плачевною. Как уже указывалось выше, до революции наше Общество располагало довольно значительными денежными средствами. Средств этих оно после революции лишилось. Членские взносы также не могли теперь поддерживать Общество так, как они поддерживали раньше.—в виду обесценения денег и тяжелого материального положения врачей. Собственно говоря, на содержание Общества должна была-бы отпускать достаточные средства Глав-

¹⁾ Казанский Медицинский Журнал, 1922.

наука. И она, действительно, в 1920 г. отпустила на Общество ни больше, ни меньше, как 425.096 рублей,—казалось бы, сумму больше, чем достаточную. К сожалению, в этом году фактическая покупная стоимость рубля упала настолько, что 1000 руб. стоила меньше одной прежней копейки, а 425 тыс., значит,—около 4 рублей. Еще хуже в этом отношении стало в 1921 г.: в этом году рубль обесценился еще больше, а на содержание Общества было отпущено, во втором полугодии, всего 66.000 руб. Прав я был, когда заявил в своем отчете, что на эти деньги „нельзя было втечении $1\frac{1}{2}$ -года прокормить и курицы, а не только содержать ученое Общество“.

В 1922 г., хотя вопрос о новом уставе Общества, несмотря на все хлопоты, оставался на мертвой точке, и Общество не было легализировано,—деятельность его продолжала быть интенсивной: в этом году оно имело 21 заседание, на которых было сделано 53 доклада. Из этих заседаний особенное,—я бы сказал историческое,—значение в жизни Общества имело одно, где докладчиком выступал приехавший в Казань известный гамбургский микробиолог проф. Р. Mühlens. Его посещение было в полном смысле лучем света, проникшим в тот мрак, в котором мы тогда находились, будучи отрезаны от очагов просвещения в Западной Европе.

И в следующем году, 1923. Общество наше слышало в своих заседаниях целый ряд докладов другого первоклассного, в своей области, германского ученого, приехавшего к нам также из Гамбурга,—я разумею проф. Brauer'a.

Что касается количественной стороны деятельности Общества, то на первый взгляд могло-бы показаться, что в этом году она понизилась: число заседаний Общества равнялось в 1923 г. 18 (вместо 21 в предыдущем году), число докладов—34 (вместо 53 в 1922 г.). Однако это объясняется просто тем, что Общество приняло широкое участие в организации бывшего в Казани, в июне 1923 г., I Поволжского Съезда Врачей: благодаря этому, многие доклады, которые должны бы были фигурировать в заседаниях Общества, были сделаны на Съезде. Из других событий в жизни Общества, имевших место в 1923 г., надо отметить состоявшееся, наконец, после долгих мытарств, утверждение нового устава Общества, согласованного с типическим уставом ученых обществ вообще, и регистрацию Общества в Наркомвнуделе ТР. Следует еще упомянуть, что Татгосиздат, ранее издававший „Казанский Медицинский Журнал“, еще в конце предыдущего года отказался от этого издания, как убыточного, и в 1923 г. Обществу пришлось издавать „Журнал“ на собственные средства,—правда, с субсидией от ряда учреждений. Это ему и удалось, несмотря на то, что количество номеров „Журнала“ в этом году было увеличено вдвое: 6 вместо 3.

Начало следующего (1924) года ознаменовалось сменой председателя Общества: полный недостаток времени заставил меня отказаться от председательства, сосредоточившись на работе по „Казанскому Медицинскому Журналу“,—работе, кстати сказать, значительно увеличившейся, так как в этом году количество книжек „Журнала“ возросло до 9 в год, а с 1925 г. „Журнал“ стал выходить ежемесячно. Председателем Общества был, во второй раз, избран проф. М. Н. Чебоксаров. Этот год был, далее, ознаменован возникновением при Обществе первых специ-

альных секций,—Акушерско-Гинекологической, Офтальмологической и Венерологической. Благодаря образованию их, деятельность Общества значительно расширилась: за этот год Общество имело 23 заседания, в том числе 20 общих и 3 секционных, а общее число заслушанных на них научных докладов достигло 55, из них 50 были сделаны в общих заседаниях и 5—в секционных.

Возникновение новых секций Общества продолжалось и в следующем (1925) году, когда образовались секции Физиологическая и Хирургическая. Число заседаний в этом году поднялось до 49, в том числе пленарных 19 и секционных 30; число сделанных в них докладов и демонстраций увеличилось до 127, из которых в пленарных заседаниях было сделано 50, в секционных—77. Общее число членов Общества в этом году равнялось 180.

В конце 1925 г. проф. М. Н. Чебоксаров оставил пост председателя Общества, и на его место был выбран поныне состоящий председателем Общества проф. В. М. Аристовский. В первый год его председательства, 1926 г., число секций Общества увеличилось еще на одну, Гигиеническую. За весь год общее количество заседаний достигло 52, в том числе пленарных 10 и секционных 42; число сделанных сообщений и демонстраций равнялось 124, в том числе 25 в пленарных заседаниях и 99—в секционных. Улучшилась и материальная сторона Общества. Его библиотека, за последние годы значительно выросшая, благодаря получению почти всех, издающихся в Союзе, медицинских журналов в обмен на „Казанский Медицинский Журнал“ и массы отдельных книг—для отзыва об них, была в этом году опять перенесена в новое помещение (помещение бывшей церкви Новых Клиник), еще более просторное и удобное, где была устроена и читальня. В том же помещении нашла себе место и редакция „Казанского Медицинского Журнала“, который из местного органа успел превратиться в медицинский журнал общесоюзного масштаба, и контингент подписчиков которого возрос в 1926 г до 3.000 экземпляров.

Наконец, в истекшем 60-м году существования Общества в нем образовалась еще секция (седьмая)—Ото-рино-ларингологическая, общее число заседаний поднялось до 80 (в том числе пленарных—18, секционных—62), а общее число сделанных на них докладов—до 247 (в том числе на пленарных заседаниях было сделано 36 докладов, в том числе 2—иностранными учеными, проф. Weugandt'ом и Vogt'ом, на секционных—211). Число членов Общества равнялось 235. Библиотека заключала 10.634 названия. Тираж „Казанского Медицинского Журнала“ поднялся до 3.500 экз.

На этом я заканчиваю свой сухой перечень, уже достаточно утомивший внимание слушателей: но, заканчивая, я хотел бы высказать свое заключительное пожелание. Я не могу подобрать для него слов лучше тех, какими закончил проф. М. Я. Капустин свой отчет о первом 25-лети Общества, лишь слегка изменив их:

„В минувшем 60-лети нашего Общества основой его жизни был Университет. Эта же основа пусть руководит им и в будущем. Да процветает же Общество Врачей! Да здравствует старый Казанский Университет!“.

Личность врача в медицине ¹⁾.

Проф. В. Л. Боголюбова (Казань).

Уважаемые товарищи! С чувством невольного смущения вступаю я на эту кафедру в славный день 60-летия Казанского Общества Врачей, в течение долгих десятилетий служившего высоким задачам развития врачебной науки, интересам врачей и врачебному делу в нашем крае. Я смущен как высокой честью, возложенной на меня произнесением речи в настоящем собрании, так и некоторой необычностью и трудностью предлагаемой темы, заранее сознавая всю слабость своей попытки представить Вам в должной полноте и ясности освещение вопроса о личности врача в медицине.

В седой глубине веков теряется начало нашей науки, ряд долгих тысячелетий насчитывает она... Несомненно, что искусство лечения больных, искусство врачевания гораздо старше, чем сама медицина в нашем современном понимании. Врожденный инстинкт врачевания, врожденный лечебный инстинкт заложен уже самой природой не только в существо человека, но он имеется также и у животных. У наших первобытных предков этот инстинкт уже очень рано привел к созданию примитивных зачатков врачебного искусства, вызванных необходимостью жизни, так как первобытный человек с самого начала своего существования на земле столкнулся с неизбежностью оказывать примитивную помощь себе и другим людям при повреждениях, родах и болезнях. Таким образом медицина имеет своим происхождением естественный, биологический инстинкт самозащиты, заложенный уже самой природой в существо человека, поставленного внешними условиями жизни в необходимость бороться с повреждениями и болезнями, и представляет поэтому род человеческой деятельности, не созданный искусственно вместе с процессом развития человеческой культуры, но вызванный в своем первичном существовании биологической необходимостью.

Развившаяся из естественного врожденного лечебного инстинкта и выросшая во врачебное искусство, медицина в течение тысячелетий преследовала одну задачу, имела одну цель—лечение больного человека. Так определялась основная задача медицины, главная задача деятельности врача у всех народов и во все времена—еще с Гиппократа, у которого говорится: „Врач имеет только одну задачу—лечить“. Тем самым понятие медицины в течение целых тысячелетий отождествлялось с понятием врачебного искусства, имеющего одну задачу, одну цель—лечение больного человека,—цель, к которой должно было в медицине все стремиться и около этой цели вращаться. Вместе с тем, другим необходимым элементом, неразрывно связанным с медициной, как с врачебным искус-

¹⁾ Речь, произнесенная на торжественном заседании Общества Врачей при Казанском Университете в честь его 60-летия 17 января 1928 г.

ством, являлась личность врача, которая играла в течение длинного ряда веков первостепенную роль. Личные свойства врача, его личное искусство, врачебная одаренность, искусство индивидуального понимания больных, индивидуального распознавания и лечения, понимание психики больного и широкое воздействие на нее—были хорошо известны старой медицине, старым врачам, отводившим личности врача первое место в искусстве врачевания. И отдельные времена, отдельные народы далекого прошлого оставили нам навеки такие имена врачей, такие имена людей с ярко выраженной врачебной личностью, равных которым не знает или почти не знает ни более новая, ни современная медицина.

Возникшая таким образом с первобытных времен существования человека на земле, воспринявшая далее в своем длительном историческом развитии вековую накипь грубого эмпиризма, шарлатанства, мистицизма, окруженная полумистическими, полуфилософскими измышлениями, медицина только весьма медленно освобождалась от приставших к сущности ее наслоений и только в XIX веке начала приобретать научно-биологическую основу, оказавшую, вместе с общим прогрессом науки и техники, громадное влияние на ее развитие. Излишне распространяться здесь о тех успехах, которые достигнуты в области медицины за ряд последних десятилетий. Неисчислимое количество открытий и знаний, бесчисленный ряд технических усовершенствований, колоссальный инструментарий и аппаратура—вот те средства, которыми располагает современная медицина. Казалось-бы, что настоящее время медицина достигла такого уровня своего развития, о котором трудно было и мечтать, а грядущее будущее сулит еще более блестящий прогресс техники и науки. Однако, если научно-биологическое направление современной медицины и огромные научно-технические достижения произвели в ней громадный переворот и содействовали чрезвычайно успешному ее развитию, то нельзя не сказать, что те же моменты послужили и причиной крупных недостатков, которые присущи современной медицине.

Естествознание, явившееся основой современной научной медицины, способствовало перенесению чисто-естественнонаучных взглядов и в медицину, причем сама медицина стала рассматриваться, как наука, ее задачи—как задачи научные, объект медицины, человек,—как объект науки, а методы исследования и изучения больного человека стали приравниваться к методам изучения и исследования, принятым в биологии. Подобное стремление рационализировать медицину, больного человека и методы его изучения только под углом естественнонаучных воззрений не может, однако, соответствовать ни сущности медицины, ни ее задачам. Задачи медицины—не задачи науки, медицина, как таковая, вовсе не преследует, как чистая наука, познание научной истины вне зависимости от ближайших целей и обстоятельств, вне зависимости от времени, так как медицина имеет непосредственную цель—деятельность врача, направленную на лечение больного человека. Научные знания здесь—прежде всего только средства, которыми врач пользуется для разрешения своей ближайшей задачи—лечения больных. Хотя медицина и представляется неразрывно связанной с наукой, но не может рассматриваться только как наука, ибо в своем понятии и реальном осуществлении она содержит элементы искусства и ремесла. Медицина представляет вполне оригинальный, совершенно своеобразный вид человеческой деятельности, хотя и

имеющей много общего с наукой, искусством и ремеслом, но отличающейся от всех их в своих конечных целях—лечении больного человека. Вместе с тем и врач не есть ученый, научный исследователь, он также не есть только художник и техник, но именно врач, имеющий непосредственной целью своей деятельности не объект науки, не механически конструированную машину, но человека во всей сложности его соматической и психической жизни. Вместе с тем методы исследования и изучения больного человека не могут приравниваться вполне к методам научным, чисто-биологическим методам исследования, так как наука имеет дело с объектами, а практическая медицина—с индивидуумами. Наука, как таковая, не имеет и не может иметь дела с индивидуумами. Еще Аристотель вполне точно определил, что „объект науки—подобные друг другу случаи с точки зрения того, что в них общего“. Только в медицине применяется требование индивидуализировать больных, видеть в больных не только объектов, но и субъектов,—не только безличных носителей различных признаков болезни, но индивидуумов. Таким образом то, что составляет общее между больными—их болезни, может быть предметом научного исследования, но сами больные, как индивидуумы, не могут составлять предмет науки. Отсюда вполне понятно, что медицина, поскольку она стремится к постижению своих больных, а не болезней, выходит уже из рамок науки, она уже здесь—не научная дисциплина, а искусство, и способы постижения, понимания больных, как индивидуумов, здесь совершенно иные, чем те, которые применяются при научном исследовании. Поэтому деятельность врача у постели больного не может быть построена только на законах науки, на законах биологии, и одни научные знания не являются еще мерилом успеха врачебной деятельности, для продуктивности которой необходимо еще нечто, неразрывно связанное с личностью врача.

Не может быть, конечно, и речи о том, чтобы врач мог пренебрегать успехами науки и техники или их отвергать. Это было бы равносильно тому, как если бы сейчас выйти на охоту с первобытным оружием. Но, с другой стороны, и современное усовершенствованное оружие еще само по себе никого не делает готовым охотником так же, как наука и техника еще никого не делают готовым врачом, для чего нужны еще известные личные качества. „Действительно-ли,—говорит один из наиболее ярких критиков современной медицины, немецкий хирург Liek,—действительно-ли человек, который обладает всеми вышеприведенными техническими средствами, тот врач, который заведует целым домом машин, действительно-ли это есть лучший врач? Приносит-ли он больному больше пользы, чем скромный деревенский врач, который, может быть, имеет в своем распоряжении только термометр и стетоскоп, но богатый опыт, острое соображение, светлый ум и теплое сердце?“ Между тем в современной медицине наблюдается все прогрессирующая переоценка научно-технических знаний, которые во всяком случае еще не составляют сущность врачебного искусства и сущность врача. Следует всегда помнить, что медицина, кроме своей научно-технической стороны, включает еще очень важную часть—личные индивидуальные качества врача. Современный прогресс научно-технических знаний, ведущий к дроблению медицины на все более и более мелкие специальности, отодвигает на задний план личность врача во врачебной деятельности, заменяя ее бесчисленным

количеством лабораторных, рентгеновских и других исследований, без которых специалист, все более суживающий свою компетенцию кругом методов своей специальности, обойтись не может. Вместе с тем исчезает понимание больного во всем его целом, больной является связанным с лечащим врачом только небольшой цепью симптомов данного специального заболевания, заменяясь сложной алгебраической формулой всяких индексов, снимков, таблиц, отдельных заключений и т. п., — формулой, в которой надлежит подставить только найденные величины и рациональным путем определить неизвестное. Врачебное искусство, преследующее свою непосредственную и единственную цель — пользу и лечение больного и составлявшее принадлежность старой медицины в лице ее лучших представителей, в настоящее время падает и постепенно отходит назад перед успехами техники и науки, которые занимают сейчас в медицине доминирующее место. Вместе с тем отступают на задний план личность врача и личность больного, всегда индивидуальная, всегда меняющаяся и требующая для своего постижения и единственно-целесообразного, индивидуального лечения не только техники и науки, но и личного искусства врача. Переоценка в современной медицине научно-технических достижений, желание и стремление все механизировать — механизмирует личность врача и больного, отнимая от них главные необходимые элементы врачебного искусства — индивидуальность врача и больного, отводя нередко первое место интересам научным и техническим и ступшевая, отодвигая на задний план непосредственную задачу медицины — интересы, пользу больного, его лечение.

По отношению к отдельным специальностям подобное расхождение между научно-техническими и врачебными задачами современной медицины особенно рельефно наблюдается сейчас в хирургии, где весьма ощутительным образом дают себя знать переоценка научно-технических достижений, грубое механическо-материалистическое мышление, совершенно не считающееся или мало считающееся со сложной функцией органов и нервно-психической жизнью больного, потеря способности к врачебному мышлению, узость взглядов и пр. „Это как раз то, — говорит Lick, — что многим нашим нынешним руководителям ставится в упрек: узость их взглядов, ограниченная ножем и некоторыми изобретенными ими специальными инструментами, пренебрежение к психическим и отвлеченным явлениям, отсутствие мирозерцания, безграничная переоценка т. наз. „чистой“ науки, презрение к инакомыслящим“. Если бы хирурги были несколько более философами, — требование, которое предъявлял еще Гиппократ к каждому врачу, — то наверное они были более скромны и терпимы. „Половина больничных коек могла бы быть предоставлена для других целей, половина бумаги осталась бы неисписанной, если бы наши большие хирурги решились снова врачебно мыслить и не лечить ножем всякого рода неврозы“.

Медицина всегда имела своей целью лечение больных, а не болезней, медицина всегда считалась прежде с индивидуальными особенностями больных, для понимания которых и целесообразного лечения нужно было врачебное искусство, не ограниченное только знаниями и техникой, но стремящееся к глубокому индивидуальному пониманию организма и психики больного. Современное же научно-техническое направление в медицине содействует распространению взгляда, особенно

среди молодых врачей, что для врачебной деятельности требуется только обладать известной суммой медицинских сведений, знать сотню реакций, иметь в своем распоряжении рентгеновский аппарат и владеть специальной техникой. Личность врача, его личное медицинское мышление, индивидуальное понимание больного—отходят на задний план, а вместе с тем отходят на задний план и интересы больного, заменяясь шаблонным, рутинным применением технических приемов, в которых видят нередко начало и конец всей врачебной мудрости. Современная медицина теряет и уже в значительной степени потеряла свою главную сущность—врачебное искусство, искусство понимания, индивидуализации больных, потеряла свою непосредственную и главную цель—индивидуальное лечение больного. Современная медицина потеряла свой путеводный маяк, свой путеводный компас и, как корабль, несомый волнами и потерявший свое направление в бурном море, несется по безбрежному и бурлящему морю человеческой жизни.

Из всего сказанного понятно, что врачебная деятельность не может быть приравнена к деятельности научного исследователя, потому что цели и методы ее во многом отличаются от целей и методов науки. Так как предмет деятельности врача есть больной, индивидуум, понимание и целесообразное лечение которого возможно только при индивидуализации его,—от врача требуется не только запас научных сведений и технических навыков, но еще многое, связанное с личностью врача.

В практической медицине уже давно выработалось требование—индивидуализировать больных, лечить больных, а не болезни,—требование, которое, надо сказать, при современном научно-механическом направлении медицины все более и более забывается. Между тем в искусстве распознавания и лечения больных индивидуализация играла и должна играть громадную роль.

Способность индивидуализации больных есть личное свойство врача, не находящееся в зависимости от количества имеющихся у него научных знаний. Индивидуальные свойства больных нельзя постигать, как болезни, теми же психическими процессами, какими постигаются все вообще явления и предметы внешнего мира, так как больные, как индивидуальности, постигаются иначе, чем болезни. Способность индивидуализации больных есть уже художественное постижение индивидуального, есть искусство, для изучения которого, как и для изучения искусства вообще, нужны другие приемы, чем методы научного исследования. Индивидуальность больных постигается т. наз. интуицией, так как интуицией постигается именно то, что отличает данного больного от других, что создает индивидуальность. Хороший клиницист знает не только исследованные им болезни, но и своих больных, потому что в душе его остаются психические образы объективных отдельных существований, что составляет область интуиции. Поэтому интуиция имеет громадное значение в деятельности врача, составляя одну из важнейших сторон его личности и вместе с тем неотъемлемое качество всякого хорошего клинициста. Нельзя быть хорошим клиницистом, не владея интуицией, так как без нее, владея одним только рассудком, врач не может постигать индивидуальность и будет лечить болезни, а не больных. Иными словами говоря, интуицию можно сравнить с художественным чутьем, художественным проникновением, позволяющим художнику иногда сразу

схватывать в портрете того или другого лица те его индивидуальные свойства, которые совершенно не замечаются другими людьми, давно окружающими это лицо, давно хорошо знающими его и, может быть, гораздо более умными и образованными, чем художник, рисовавший портрет, но лишенными одного...—дара постижения индивидуального, дара художественного проникновения. То же самое наблюдается и в медицине. Хорошие врачи-клиницисты всех времен, всех стран всегда обладали этим даром постижения индивидуального, хороший клиницист всегда был и есть художник, и, как художник, он схватывает ядро личности.

Значение способности индивидуализации больных, обладания даром интуиции в медицине огромно. Каждый врач, конечно, может применять выработанные наукой истины в соответствующих случаях и потому каждый, изучавший медицину, может лечить хорошим клиницистом и лечить больных, а не болезни, как это необходимо во многих случаях. Определение лишь только болезни не исчерпывает еще распознавания больного, так как понятие о больном не тождественно с понятием о болезни. Болезнь есть только отвлеченное понятие, есть фикция, реальностью же является только сам больной, а не болезнь. Поэтому при распознавании должен подвергнуться исследованию сам больной во всем его целом, как реальное индивидуальное существо, а не как безличный носитель того понятия, которое называется болезнью. Болезненный процесс нельзя сравнивать с повреждением машины, причины нарушения действия которой могут быть определены с вполне точной физической ясностью. Человек не может рассматриваться, как механически конструированная машина, но как индивидуальная единица, состоящая из бесконечно-многих, гармонически сочетающихся и гармонически функционирующих бесконечных разнообразий. Поэтому и те возможности, которые могут возникнуть из взаимодействия производящих болезней вредностей и индивидуальных свойств людей, в высшей степени изменчивы в своей сущности, и оценка их не может исчерпываться только определением понятия болезни. Остается всегда еще много другого, что не охватывается и не постигается этим понятием, но возможно только путем интуиции. Интуиция, как способность постижения индивидуального, как способность понимания больных, позволяет схватывать в личности больного такие индивидуальные свойства и черты, которые не могут быть определены методами объективного исследования. Благодаря интуиции, хороший клиницист часто настолько верно схватывает сущность больного организма, что ему не всегда и нужны эти методы объективного исследования, или они играют для него только второстепенную, вспомогательную роль.

Огромное значение имеет личность врача также в процессе лечения больного человека. Врач, в силу уже своего положения, занимает такое место по отношению к больным, что они, повинаясь бессознательному принуждению, должны ожидать и получать от врача известное психическое, психотерапевтическое воздействие. Короче говоря, каждый врач является психотерапевтом, и не потому, что он этого хочет, а потому, что этого хотят больные. Психотерапия, хотя во многих случаях совершенно бессознательная, является одним из главных видов лечебной деятельности врача, где личность врача ярко выступает на первый план

и может оказать огромное влияние на больного. Больные часто прибегают к помощи врача не потому, чтобы было нужно или возможно лечение тела, но для того, чтобы врач помог пациенту и его семье изжить связанные с болезнью негативные аффекты: боязнь, ипохондрию, заботу, неопределенность, безнадежность. Большую часть всех предписаний диеты и прописанных лекарств требуют от врача для того, чтобы иметь сознание оказанного судьбе противодействия, чтобы выйти из парализующего чувства бессилия, чтобы достигнуть в неверной игре хотя-бы некоторых шансов на выигрыш и поддержать в себе сознание борющегося человека, еще не побежденного судьбой. Вересаев в своих „Записках врача“ говорит следующее: „Больной излечивается не только лекарствами и назначениями, но и душой самого больного: его бодрая и верящая душа—громадная сила в борьбе с болезнью, и нельзя достаточно высоко оценить эту силу“... „Турецкий знахарь-ходжа назначает больному лечение, обвешивает его амулетами и под конец дует на него; в последнем вся суть: хорошо излечивать людей способен только ходжа с „хорошим дыханием“. Такое же „хорошее дыхание“ требуется и от настоящего врача. Он может обладать громадным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали действия своих назначений, и все это остается бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного“.

И действительно, история медицины дает нам бесконечный ряд примеров того, что врачебное искусство с первых времен своего возникновения и во всем дальнейшем своем развитии чрезвычайно тесно и разнообразно переплеталось с различными—и грубыми, и более утонченными—способами воздействия на человеческую душу. Несомненно и то, что врачебное искусство в своем первобытном и историческом развитии впитало в себя, да и по самому своему существу до сих пор содержит в себе значительный элемент того, что, грубо выражаясь, можно назвать „колдовством“. Но колдовство это в современном нашем понимании не заключает в себе, конечно, ничего ни мистического, ни чудесного, ни отрицательного,—это есть вполне понятное психотерапевтическое воздействие врача на больного. И следует сказать, что эта способность производить психическое влияние на больного, уметь вникать в душу больного и подчинять ее в той или иной степени своей воле должно считаться одним из необходимейших и важнейших личных качеств врача. Не говоря уже о том, что психическое воздействие, как известно, во многих случаях действует не только благотворно, но даже могущественно и поразительно на больных уже само по себе, оно, кроме того, обеспечивает точное исполнение больными всех нужных предписаний врача.

Надо сказать, далее,—и это, может быть, самое важное,—что психическое воздействие врача на больного не ограничивается только положительными результатами этого влияния, но,—чему, к сожалению, нас учат повседневный опыт и жизнь,—несравненно чаще мы имеем дело с отрицательным психотерапевтическим воздействием врачей на больных. Врач совершенно невольно, совершенно не учитывая производимого им психического влияния на больного, причиняет ему не только вред недуманными словами и неосторожными приговорами, но может своими неосторожными словами создавать у своих пациентов новые болезни,

являясь таким образом возбудителем болезней. Мы, врачи, слишком мало знаем психологию, в частности психологию больного человека. Благодаря этому у нас сложился неправильный и неверный взгляд, что больному человеку можно повредить только делом—неправильным назначением лекарства, лечения, неправильно сделанной операцией или перевязкой. Мы часто совершенно забываем и не учитываем того, что больному можно повредить словом. А сколько этих слов, неосторожных и необдуманных, произносится каждый день! Сколько этих слов разрушает у наших больных и надежду, и веру, которую они несут к врачу, сколько этих слов отталкивает больных от врачей! Психическое воздействие на больного, вообще говоря, очень мало учитывается врачами в их повседневной практике. А между тем значение психотерапии не только в медицине вообще, но и в хирургии, огромно, и кажется странным, что так мало об этом говорится, и так мало мы об этом слышим. Кто из нас слышал в клиниках что-нибудь о психологии больных, страдающих соматическими заболеваниями, в каких клиниках нам уясняли все важное значение психотерапии при внутренних и хирургических заболеваниях? Мы этого не слышали и не слышим, или почти не слышим.

Но, если личные качества врача, как способность постижения индивидуального, интуиция, умение оказывать благотворное психическое воздействие на больного, умение поддерживать в больном бодрость и веру, одушевление больного, наблюдательность, умение обращаться с больным,—если все эти индивидуальные свойства врача играют, несомненно, громадную роль во врачебном искусстве, то, конечно, все эти свойства могут получать свое полное, гармоничное сочетание и успешное развитие только при правильной научно-технической подготовке врача. Лучшим врачом всегда будет тот, кто соединяет в себе и личные качества, и науку, и технику, что, к сожалению, редко встречается в жизни. Между тем существует тот регулятор, который может и должен уравнивать как специальную научно-техническую, так и персональную сторону личности врача в его деятельности. Таким регулятором является гуманность, представляющая девиз и основу всей медицины, дающая направление всей врачебной деятельности. И эта гуманность заключается в немногих словах: „лечи больного так, как хочешь, чтобы лечили тебя самого“. В этих простых и кратких словах заключается вся врачебная этика, а одновременно с этим—основное условие всякого врачебного успеха, в этих словах—вся мудрость и величие врачебного искусства, тот конечный пункт, к которому должны стремиться как научно-техническая, так и персональная сторона личности врача в его деятельности. Гуманность есть тот тормоз, который должен удерживать врача от переоценки и увлечения научно-техническими достижениями у постели больного, напоминая ему, что он должен смотреть на больного не как на объект научно-технических достижений, а как на человека в полном значении этого слова, и принимать во внимание не только чисто-соматическую, но и психическую жизнь своего пациента. Гуманность есть то, что должно сдерживать богато одаренного от приходы врача пользоваться без всякой научной проверки своей интуицией и делать больного предметом терапевтических капризов и игрой своего воображения. Гуманность есть та конечная связь, которая соединяет и

науку, и технику, и личные качества, сливая их в одно единое и нераздельное целое, единый великий и прекрасный образ врача, высшей основной деятельности которого является любовь к людям.

Но с нашей стороны было бы излишней самонадеянностью пытаться начертать здесь, хотя бы в самых общих чертах, многосторонний и многогранный образ врача. Швейцарский врач *Sondereger*, несколько десятков лет тому назад, в следующих словах пытался набросать подобный идеальный образ: „На земле нет ничего более высокого и прекрасного, чем человек. Он есть самая трудная и возвышенная задача мысли и дела,—его рождение и смерть, его жизнь и страдания—все это в высшей степени замечательно и трогательно. Зоркие глаза и чуткие уши должен иметь у себя, большой талант наблюдательности и терпение и вновь терпение к бесконечному учению, ясную критическую голову с железной волей, которая крепнет в нужде и все же теплое, отзывчивое сердце, которое понимает и сочувствует каждому горю... нравственную строгость, которая господствует над низменными желаниями, деньгами и почестями, вместе с тем подобающий внешний вид, такт в общении (с больными) и ловкость в пальцах, здоровое тело и душу,—это все ты должен иметь, если не хочешь быть неудачным или плохим врачом. Ты должен нести тяжесть многих знаний и сохранять свежесть поэта, ты должен понимать все уловки шарлатанства и при этом оставаться честным человеком. Медицина должна быть твоей политикой и религией, счастьем и несчастьем“. „В нем (т. е. во враче),—говорит известный германский врач *Schweninger*,—соединяется мужество воина и мягкость исследователя, бесстрашие государственного деятеля с величием победителя, отсутствие страха перед смертью..., нежность матери, мудрое понимание жизни, размах поэта... Нечто из всего этого должно иметься у каждого, и то дело, в которое вложено что-нибудь из всего этого, должно доставлять удовлетворение, которое человек получает из своей работы“. Конечно, нельзя не добавить к этому, что каждое время имеет своих врачей и свои идеалы, врачи суть дети своего времени, врачи являются точным отражением современного им строя общества и носят, несомненно, отпечаток всех его хороших и дурных сторон. Но мы полагаем, что в многосложной личности врача есть две стороны—одна сторона, изменяющаяся под влиянием времени и общественного строя, другая сторона—вечная и постоянная. неразрывно связанная с неизменной, вечной сущностью врачебного искусства. И для нас несомненно, что эта сторона личности врача всегда имела и должна иметь огромное значение для успешности и продуктивности его лечебной работы. Для нас несомненно и то, что в современной медицине, гордой и богатой своими научно-техническими успехами, личность врача не должна игнорироваться и отодвигаться на задний план, а должна занимать подобающее место в искусстве врачевания. Для нас совершенно ясно и то, что только одной суммы научно-технических знаний и шаблонных медицинских навыков еще недостаточно для того, чтобы быть настоящим врачом. Нужны еще известные личные качества, составляющие то, что можно назвать призванием врача, что можно назвать врачебной одаренностью.

И невольно встает перед нами вопрос, откуда же берутся эти задатки и качества, составляющие то, что называется одаренностью чело-

века? Ответ на этот вопрос напрашивается сам собой,— задатки эти врожденные и могут передаваться по наследству. Однако,—и это весьма важно,—эти врожденные качества одаренности не представляют что то постоянное, неизменяющееся, сопутствующее человеку от рождения до смерти. Эти зачатки, эти качества могут развиваться, когда в окружающей среде находятся благоприятные стимулы, вызывающие их деятельность, когда эти врожденные качества упражняются. Таким образом и здесь, когда мы говорим о врачебной одаренности, как уже о вполне сложившейся стороне личности, мы должны различать в ней два основных фактора — внутренний врожденный и внешний, представляющий всю совокупность влияний жизненных условий. Отсюда целесообразное использование и развитие врожденных врачебных дарований должно было бы идти двумя путями — путем отбора лиц, имеющих врожденные врачебные задатки, и путем целесообразного развития этих задатков посредством воспитания, упражнений, из чего в конце концов могло бы получиться единое целое, а именно, личность врача, столь необходимая для успешной деятельности в области врачебного искусства.

Вопрос об отборе лиц, пригодных к известной профессии, представляет один из важнейших вопросов в жизни не только отдельных лиц, но и государства. Между тем выбор профессии врача, как и других высших профессий, определяется в настоящее время суммой самых разнообразных причин, среди которых главный и основной момент профессионального самоопределения — пригодность данного лица к той или другой профессии, обычно не играет никакой роли. А между тем этот факт имеет громадное значение. Так, мы знаем, что наша молодежь часто идет на медфаки и готовится к профессии врача, совершенно не обладая теми свойствами, каковые требуются для занятия этой профессией,—с неизбежностью, благодаря этому, для многих сделаться впоследствии совсем хорошими, а часто и плохими врачами. Нам прекрасно известно, что лицо, поступающее в высшую медицинскую школу, неготово к врачебной деятельности, так как для этой подготовки оно и поступает. Но мы хотим знать другое, а именно, может-ли быть это лицо, при условии его правильной медицинской подготовки, хорошим врачом? Точнее говоря, мы хотим знать, имеет-ли данный субъект те задатки и качества, которые составляют его пригодность, известную специальную одаренность, необходимую для занятия врачебной профессией. Мы здесь, именно, говорим не о тех исключительных врачебных дарованиях, врачебных талантах, которых, как и всяких талантов, всегда и везде очень мало,—мы говорим только об известных задатках врачебной одаренности, пригодности к врачебной профессии, которые встречаются несравненно чаще. Таким образом вопрос о создании личности врача, необходимой для успешного занятия врачебной деятельностью, неразрывно связан с вопросом о профессиональной пригодности человека и профессиональном типе врача. Эта проблема, проблема профессионального призвания или профессиональной пригодности человека, является как раз одной из тех проблем, научное разрешение которой ставится лишь в самое последнее время. Не имея возможности войти здесь в подробности этого в высшей степени важного вопроса, скажем только, что профессиональный профиль врача в значительной степени разра-

ботан рядом психо-техников—в работах Liermann'a, Ulrich'a, Baumgarten'a, Юровской и др. И те первые шаги, которые предприняты в данном направлении в настоящее время,—шаги, связанные, надо сказать, с весьма большими затруднениями,—намечают все же чрезвычайно важную проблему, разрешение которой, может быть, и очень нескоро, и проведение в жизнь—обещают и для отдельных лиц, и для медицины, и для государства самые благодетельные результаты.

Исходя из того положения, что врожденные врачебные задатки, как и вообще всякие врожденные задатки и качества, могут развиваться только при благоприятном влиянии окружающих жизненных условий среды, нужно воспитание этих задатков и тех индивидуальных свойств, которые столь необходимы для успешной врачебной деятельности. Если мы знаем, что такие индивидуальные качества врача, как способность постижения индивидуального, интуиция, влияние психического воздействия на больного, умение обращаться с больными, наблюдательность—представляются чрезвычайно важными для врачебного искусства и во многих случаях составляют залог успеха врачевания, то эти качества надо развивать соответствующим целесообразным воспитанием личности врача, что составляет первостепенную задачу медицинской педагогики. Если мы говорили раньше о врачебной одаренности, как об известной природной, чисто-эмпирической способности, то сейчас мы должны говорить иначе,—сейчас мы говорим, что врожденные врачебные задатки могут развиваться и улучшаться упражнением и образованием. Сейчас мы должны говорить о том, что задачей нашего времени является замена чисто-эмпирического искусства интуиции, психического воздействия и одушевления больных систематическим, сознательным, научно-обоснованным развитием этого искусства в личности врача. Этому искусству следует учиться, и, как всякому искусству, по крайней мере до известных пределов, ему могут научиться если не все, то многие, особенно имеющие задатки врачебной одаренности. И будущее, светлое будущее медицины в области врачебного искусства мы видим не только в новых, грядущих научно-технических достижениях ее, но и в этом сознательном, разумном и систематическом развитии и воспитании врачебных задатков, в целесообразном воспитании личности врача, которая всегда была и будет неотъемлемым достижением успешности искусства врачевания.

И мы не можем не признать, что осуществление врачебных функций предъявляет к личности врача весьма сложные требования. Эти требования резко выделяют врачебную профессию среди других видов человеческой деятельности, придавая ей совершенно исключительный и своеобразный характер как в смысле высокой личной ответственности, так в смысле многосторонности и многогранности тех личных качеств, которые требует от врача его профессия.

Ни в одной деятельности человек не несет такой совершенно исключительной ответственности, как в деятельности врачебной, где высокоответственные задачи врача требуют от него не только научных знаний, но и высоких интеллектуальных качеств. И ни в одной деятельности человек не несет такой личной ответственности за несовершенства своей профессии, как в медицине. Психология людей, психология больных, как

во времена Гипократа и Галена, так и в наши дни по отношению к врачу осталась одна и та же,—они переносят недостатки и несовершенства медицины на самую личность врача, делая только ее, только эту личность ответственной за неуспех и неудачу лечения. История медицины с первобытных времен и по сие время пестрит многочисленными примерами, подтверждающими это. „Если врач,—гласит один из первобытных медицинских памятников,—произведет у кого-либо серьезную операцию бронзовым ножом и причинит больному смерть, или если он снимет кому-либо катаракту с глаза и разрушит глаз, то он наказывается отсечением руки“. По законам вестготов врач, у которого умер больной, немедленно выдавался родственникам умершего, чтобы они могли делать с ним, что хотят. „Врач некий немчин Антон,—рассказывают русские летописи,—врачева князя Каракуча, да умори его смертным зельем за посмех. Князь же великий Иоанн III выдал его сыну Каракучеву, он же, мучив его, хоте на окуп дати. Князь же великий не повеле, но повеле его убить; они свели его на Москву-реку под мост зимою и зарезали ножом, яко овцу“.

Излишне было-бы увеличивать перечень этих цитат, значение которых для личности врача, к сожалению, никогда не делается достаточно старым и анахроничным—вплоть и до наших дней. И нельзя не сказать, что тяжка и терниста твоя дорога, врач, в истории человечества, многострадален и тяжек твой путь. Но образ твой, великий и прекрасный, встает здесь перед нами. Это ты нес и свое личное счастье, и здоровье, и жизнь на благо людям. Ты погибал на полях брани, подавая помощь своим раненым братьям. Ты безропотно умирал при эпидемиях, честно исполняя свой великий долг врача и отдавая свою, часто молодую, только начинающуюся жизнь за жизнь и счастье других. Ты испытал на себе всю тяжесть нападков людского невежества и злобы... Печальный и дорогой образ твой сейчас здесь с нами, и дань глубокого преклонения перед тобой, перед твоими страданиями, прими от нас, наш товарищ!

Но, если тяжесть врачебной профессии так часто не сознается окружающими, то и самое слово „врач“ в понимании многих есть тот человек, деятельность и жизнь, думы и мысли которого ограничены только скальпелем и стетоскопом. А между тем жизнь и работа врача представляет одну из наиболее широких и углубленных форм человеческой деятельности. И это потому, что предмет его деятельности есть самое замечательное и удивительное, что существует на земле,—человек. Его рождение, жизнь и смерть, его организм и психическая жизнь, его прошлое и настоящее, взаимоотношения к природе и людям—все это входит различными путями, разнообразно переплетается и отражается в жизни и деятельности врача. Вот почему врачебная профессия требует широкого образования и широкого кругозора. Вот почему врачебная профессия есть широкое и многостороннее поле человеческой деятельности. Она есть—социология, поскольку человек и его заболевания составляют продукт жизненных условий и быта, она есть биологическая наука, поскольку человек есть одно из проявлений жизни природы, она есть искусство и, как искусство, близко соприкасается с другими видами творческой деятельности человека... И мы знаем, что многие выдающиеся врачи всех времен, всех стран были мыслителями, философами, психологами, поэтами, художниками, музыкантами...

Медицина есть энциклопедия жизни, и все сложные и разнообразные стороны жизни и деятельности человека, в его прошлом и настоящем,—все нашло и получило свое отражение во врачебной науке и в многовековой жизни и деятельности врача. Перед кем же, как не перед врачом, проходила и проходит во всех ее проявлениях вся жизнь человека? Кто же, как не врач, видит перед своими глазами рождение, жизнь и смерть, здоровье и болезнь, боль, страдания и радости, все величие и всю ничтожность человеческой души и все это—все в новых формах и проявлениях?! Перед кем же, как не перед глазами твоими, глазами врача, проходит вечно волнующаяся и вечно изменчивая со всеми страданиями и радостями, великим возвышением и глубоким падением вся жизнь человека?! Ты слышишь первый крик ребенка и последний вздох умирающего, ты видишь всю глубину и тяжесть человеческих страданий, и людские слезы, и безысходное горе... Твой дух, великий дух врача, в многовековом историческом развитии врачебного искусства испытал и изведal всего человека. Все находило отклик, все находило отзвук в твоей многосторонней и многогранной душе—и труды мудрецов, и преданья седой старины, и творения искусств. От всех их ты взял, ты впитал наиболее ценное. Возникший и выросший из потребностей природы, сын природы, ты был близок к ней, изучал ее и брал от нее полезное, и в твоей душе находили отражение ее жизнь и явления. Прошли и проходят времена, исчезли и исчезают с лица земли народы и государства, меняются формы жизни, меняется медицина, но сущность врача, великий дух его, великий и прекрасный образ всегда был, есть и будет, пока жив человек на земле.

К вопросу о первичных раках (эндотелиомах) плевры.

Проф. И. П. Васильева.

(С таблицей рисунков).

Первичные раки плевры, часто называемые также эндотелиомами, принадлежат к числу очень редких заболеваний. Так, Титов (1902) указывает, что в Бахрушинской Московской больнице за 5 лет наблюдалось всего 2 сл. этого новообразования. Hanseman (1910) на 12,000 вскрытий не имел ни одного случая первичного рака плевры. Seydel (1910) сообщает, что в Мюнхенском Патолого-анатомическом Институте на 10,829 вскрытий п. р. п. встретился 2 раза. За 10 лет существования патолого-анатомического отделения при Ин-те имени Морозовых для лечения страдающих опухолями на 763 вскрытия, падающих на случаи истинных опухолей, п. р. п. не наблюдался ни разу (Гросман, 1914). По данным Медведева, основанным на материале всех больничных учреждений г. Одессы за 25 лет (1901—1925) на 12,453 вскрытия имелось всего 2 сл. п. р. п. В Патолого-анатомическом Ин-те Казанского Университета за 60-летний период его существования на 7,000 приблизительно секций до настоящего сообщения встретилось всего два случая п. р. п., из которых один относится к 1874 г., другой к 1908 г. По известной статистике Говорова (1914), основанной на секционном материале ряда больших городов Европ. России, среди 211,520 вскрытий обнаружено всего 55 сл. п. р. п., т. е. 0,026%.

Первым несомненным случаем этого заболевания считается случай Wagner'a (1870). Здесь на вскрытии было обнаружено резкое утолщение плевры, диагностированное, как туберкулезный плеврит. При микроскопическом исследовании, однако, была найдена картина рака с обильным присутствием соединительной ткани. Альвеолы этой опухоли, по мнению автора, представляли из себя лимфатические сосуды, выполненные клетками эпителиального типа. Вместе с тем клетки эти весьма походили на те элементы, которые выстилали плевру со стороны полости, и находились с ними в некоторых местах в прямой связи. В виду своеобразности гистологической картины автор затруднился дать определение этого новообразования. Несколько позднее Schultz (1876) вновь переисследовал случай Wagner'a и изучил несколько новых, причем во всех случаях обнаружил пролиферацию эндотелия сосудов в пораженной плевре, что и позволило ему объяснить происхождение опухоли, как результат злокачественного разрастания эндотелия лимфатических путей. Процесс был назван автором „эндотелиальным раком“.

Это мало понятное теперь для нас определение опухоли являлось результатом тогдашних воззрений на гистогенез раковых новообразований. С точки зрения учения Virchow'a о раке, развитие такого в плевре

не представляло ничего особенного, так как „эпителиовидные клетки“ паренхимы раковых опухолей он производил из соединительнотканых элементов, которые, конечно, имеются в плевре. Иначе стало дело после исследований Thiersch'a (1865), Waldeyer'a (1867 и 1872) и Руднева (1870), установивших, что раковые опухоли могут первично развиваться только из эпителия и притом в органах, в которых существует в норме эпителий. Но, так как по принятому в то время учению His'a (1865), те клеточные элементы, которые выстилают внутреннюю поверхность кровеносных и лимфатических сосудов, а также серозных оболочек, представляют из себя особую ткань—эндотелий, развивающуюся, как и соединительная ткань, из т. наз. парабласта, то за отсутствием в плевре эпителия образования здесь раков нельзя было допустить. Против этого выступил тот самый Wagner, который описал первый случай разбираемого новообразования. Этот автор допускал, наряду с эпителиальными раками, существование соединительнотканых и эндотелиальных. Отсюда и название — endothelcarcinoma, предложенное Schultz-Wagner'ом для описанных ими опухолей плевры.

В дальнейшем целый ряд исследователей описывал в этих опухолях пролиферацию эндотелия то лимфатических путей—щелей, сосудов, околонервных пространств (Schottelius—1874, Malassez—1876, Schweninger—1878, Böhme—1880, Fränkel—1892, Riva—1895, Fotheringham—1897, Glockner—1897, Podack—1899, Schulze-Vellinghausen—1900, Широкогоров—1902, Бурцева—1903, Scagliosi—1904, Поггенполь—1905, Torri—1906), то даже кровеносных сосудов, придавая этому явлению гистогенетическое значение.

Иное объяснение происхождению этих опухолей дал Benda (1897), имевший возможность исследовать раннюю стадию заболевания. При микроскопическом исследовании автор этот обнаружил энергичную пролиферацию клеток поверхностного слоя плевры в виде сосочков, походивших на таковые в некоторых кистах яичника. В глубоких же частях опухолевидной измененной плевры картина напоминала то, что описывалось другими авторами, а именно, образование из клеток новообразования альвеол, тяжей и железистых образований. В виду доказанной, по мнению этого автора, связи этих глубоких разрастаний с размножающимися на свободной поверхности клеточными элементами, он считал процесс истинным раком, так как, по господствовавшему в то время учению бр. Hertwig (Coelomtheorie), покровные клетки грудной и брюшной полости высших животных являлись производным внутреннего зародышевого листка и представляли собою эпителий.

Развитие п. р. п. из покровных клеток было описано в дальнейшем Gutmann'ом (1903), Huismans'ом (1912), Широкогоровым (1912), Krumbein'ом (1924).

В то время, как большинство первых исследователей считали данный процесс за истинное новообразование, нашлись авторы (Neelsen—1882), которые полагали, что изменения в плевре—не столько неоплазматический процесс, сколько продуктивно-воспалительный, вследствие какой-то инфекции, в котором в разрастании принимают одновременное участие как эндотелий лимфатических щелей и сосудов, так и соединительная ткань. В виду сходства в разрастании пролиферирующего эндо-

теля при таком процессе с опухолью автор считал более подходящим для этого страдания предложенное Schottelius'ом название „*lymphangitis carcinomatodes*“. За инфекционную природу разбираемой опухоли высказались далее Birch-Hirschfeld (1894) и Fraenkel (1892). Последний, как и Schweninger, называл процесс „*lymphangitis proliferans*“. Несостоятельность учения о воспалительном происхождении страдания вскоре была установлена целым рядом исследователей (Glockner—1897 и др.), и к этому в дальнейшем более не возвращались.

Помимо приведенных названий, которыми авторы старались охарактеризовать гистогенетическую сущность данного страдания, можно указать и на другие. Так, Perls именовал процесс—*pleuritis carcinosa*, Böhme, причисляя свой случай по типу строения к альвеолярным саркомам, называл его *sarcocarcinoma*, Waldeyer—*angiosarcoma plexiforme*, Eppinger—*endothelioma*, Klebs—*endothelioma lymphangioma tosum*, Молодзеевский—круглоклеточковой саркомой, Podack—альвеолярной эндотелиальной саркомой, Hansemann—*lymphangitis plastica*, Mönckeberg, а также Kaufmann—*mesothelioma* и т. д. Krimbein насчитал до 30 названий, данных этому страданию.

Как уже было указано, большинство исследователей в качестве доказательства происхождения опухоли как из эндотелия лимфатических путей, так и из покровных клеток плевральной оболочки, приводило часто наблюдавшиеся картины перехода нормальных клеток в опухолевидные. Этим самым они невольно признавали, что страдание начинается не в одном или немногих местах, но является результатом общего поражения плевры на всем протяжении. Neelsen, Torri, Huisman's более категорически высказались за плюрицентральный возникновение процесса.

На ошибочность такого допущения впервые было указано еще Rossier (1893), который допускал, что новообразование начинается ограниченно в одном только месте. По мнению этого автора то, что наблюдалось его предшественниками, есть поздняя стадия процесса. Вместе с тем он не исключал возможности, что эти опухоли развиваются из эпителия лимфатических сосудов. Склонность этих новообразований разрастаться по преимуществу по плоскости автор определил названием *cancer diffus*.

Ribbert (1911), резко ограничивающий понятие об эндотелиомах, считает разбираемые опухоли за истинные раки. Описанные авторами переходы покровного эпителия плевры в элементы опухоли он считает только кажущимися, так как, по его мнению, вероятнее всего здесь дело касается обычного обростания поверхности клетками новообразования. Те же картины, которые многими считались за пролиферацию эндотелия лимфатических путей, он старался объяснить тем, что раковые элементы в периферических разрастаниях склонны принимать уплощенную форму и вид эндотелия ¹⁾. Трудно предположить, по словам Ribbert'a, чтобы в растущей опухоли сначала образовывались-бы строма и сосуды, а затем уже вторично эндотелий последних превращался-бы в клетки опухо-

¹⁾ Еще ранее Шор (1903), отрицая участие эндотелия лимфатических путей в развитии раков плевры, указывал, что раковые клетки от взаимного давления нередко приобретают в периферии альвеол эндотелиальный характер.

ли. Наконец, он не исключал возможности возникновения этих опухолей из отщепившихся эпителиев легких.

В настоящем столетии большинство исследователей определяло интересное нас страдание или как рак (Шор, Ribbert, Huismans, Лихачева, Кузнецова, Krumbein, Вахтель и др.), или чаще как эндотелиому (Erpinger, Borst, Широкогоров, Бурцева, Курлов-Романов, Bonheim, Otto, Mönckeberg, Kaufmann и др.). Широкогоров, признавая эти опухоли за эндотелиомы, согласно дуалистическому воззрению на их происхождение делит их на 2 вида: 1) раковые эндотелиомы, развивающиеся из покровных клеток плевральной оболочки, и 2) саркоматозные, происходящие из эндотелия лимфатических путей.

Что касается самых последних лет, то Beitzke (1923) считает допустимым оба рода происхождения перв. опухолей плевры: 1) из эндотелия лимфатических путей и 2) из покровного эпителия плевры. Первые он называет эндотелиомами, вторые—раками. То же двойное происхождение признает и Kaufmann (1922), причем считает покровные клетки, ссылаясь на эмбриологические исследования более позднего времени, чем т. наз. Coelomtheorie O. и R. Hertwig, модифицированными мезенхимальными, т. е. соединительнотканными образованиями, и поэтому опухоли, возникшие из них, называет эндотелиомами. Krumbein (1924) теоретически допускает возникновение первичных эндотелиом плевры из эндотелия лимфатических сосудов и щелей. Однако, по мнению этого автора, точно доказанных случаев этого рода до сих пор никем не описано. Поэтому все случаи эндотелиом плевры он считает развившимися из покровных клеток, которые, по исследованиям Вроманъа (1921), представляют собою эпителий, так как происходят из эпителиальных частей мезодермы (но не из мезенхимы). Таким образом первичные опухоли плевры—истинные карциномы.

Перейдем теперь к описанию случая первичного рака плевры, наблюдававшегося нами.

Случай I. С. А., учительница, 32 л., замужняя, поступила 15/XII 1926 г. в Казанскую Железнодорожную больницу с диагнозом левостороннего экссудативного плеврита. Болея всего месяц. Вначале был лишь сухой, лающий кашель, и только около 2 недель появились боли в левом боку. Постепенное нарастание одышки заставило больную лечь в больницу.

Беременностей 2, обе окончились нормальными родами. Весной и летом 1926 г. лечилась от какого-то „воспалительного тумора“ правого яичника с хорошим результатом. Теперь со стороны половой сферы жалоб нет; menstrua отсутствуют 2 месяца.

Status praesens: телосложение правильное, питание удовлетворительное; небольшая одышка при движении; t^0 37,4, пульс 84, удовлетворительного наполнения, дыхание до 25 в минуту; в левом легком сверху до угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, книзу от угла лопатки абсолютная тупость и усиление голосового дрожжания, дыхание ослаблено по всему легкому; в правом легком жестковатый выдох над верхушкой; правая граница сердца на 1 попер. палец вправо от lin. sternalis sin., левая сливается с тупостью легкого, тоны глуховаты, 2-ой тон на легочной артерии усилен.

18/XII: выпущено 400 к. ст. серозного экссудата, t^0 нормальна. 1/I 1927: при рентгеноскопии сплошное, местами более резко выраженное, затемнение в левом легком, небольшая мраморность в правом легком, t^0 нормальна. 5/I: при резком усилении одышки появилось притупление под правой лопаткой с ослаблением дыхания, накануне боль в правом боку, t^0 нормальна. 6/I: болезненность справа прошла, t^0 38,1 0 . 7/I: одышка усилилась, заметно значительное похудание. 15/I: добыта

справа серозная жидкость, слева немного почти чистой крови; правая граница сердца до *lin. sternalis dex.*, пульс част. слаб, исхудание и слабость нарастают, ¹⁰ норм., в добытой из правой плевры жидкости нейтрофилов 60%, лимфоцитов 28,5% и лейкоцитов 11,5%¹⁾. 17/I: при консультации с проф. М. Н. Чебоксаровым выяснено предположение о злокачественном новообразовании в легком и средостении. И больная в тот же день переведена в Фак. Тер. Клинику У-та, где на следующий день гинеколог констатировал у ней бугристые опухоли обоих яичников, величиною с мандарин. 19/I: *exitus let.* Клин. диагноз: *tumor malignus ovarii dex., metastases in mediastinum et pulmones (?)*, *pleuritis exud. serosa dex. et haemorrhagica sin., bronchopneumonia bilateralis residua, anaemia.*

Выдержки из протокола вскрытия: труп среднего роста, удовлетворительного питания; стояние диафрагмы справа на VI, слева на VIII ребре; в сердечной сумке около 200 к. ст., прозрачной, красноватой, с небольшою примесью хлопьев фибрина, жидкости; перикард снаружи покрыт нежными фибринозными наслоениями, сердце уменьшено в размерах, смещено немного вправо; на передней поверхности эпикарда заметны пологие, очень мелкие (до просыяного зерна) узелки и тяжилки серовато-желтого цвета и немного нежных фибринозных наслоений; клапаны без изменений, мышца дрябловата, бурого оттенка. Плевральные листки слева плотно спаяны друг с другом от верхушки до IV ребра, на остальном протяжении свободны; в оставшейся полости находилось 900 к. ст. жидкости, вида жидкой крови. Свободная часть реберной плевры и средние части диафрагмальной утолщены до 5—9 мм., очень плотны, серовато-белого цвета, местами с нежными фибринозно-геморрагическими наслоениями; на свободной поверхности этих листков заметно много полных, кругловатых и вытянутых возвышений (бляшек), величиною с чечевицу и горошину, а также тонких, слабо возвышавшихся тяжиков, анастомозировавших между собой и образывавших неправильно-петлистую сеть. Левое легкое сдавлено более, чем на половину, и прижато к позвоночнику и сердечной сумке; плевра на его поверхности равномерно утолщена до 2—3 мм., слабо сморщена, серовато-белого цвета, покрыта того же характера бляшками, как и париетальный листок, но в значительно меньшем количестве; в разрезе легкое коричнево-красного цвета, пронизано массою беловатых тяжей, толщиной до 1—2 мм., образывавших крупно-петлистую сеть; тяжи начинались от плевры и располагались на месте интерстициальных прослоек, окружавших дольки и более крупные бронхи и сосуды. Отдельных узлов новообразования в легких не обнаружено. Легкое пронизано умеренно углем и содержало значительное количество крови и немного воздуха. В правой плевральной полости 1300 куб. ст. прозрачной, соломенного цвета жидкости. Плевральные листки свободны от спаек, равномерно слабо утолщены (до 2—3 мм.), с небольшим числом бляшек того характера, как и на левой стороне. Правое легкое также несколько ателектазировано, по размерам, однако, больше левого и содержало еще довольно значительное количество воздуха; в разрезе она имело тот же вид, как и левое. Бронхиальные железы с обеих сторон, за исключением одной с левой стороны, обильно увеличены до лесного ореха и пронизаны очагами серовато-белой ткани.

В брюшной полости жидкости не содержалось; брюшина гладка, свободна от новообразования. Брыжжечные и забрюшинные железы слабо увеличены, сочны, однообразного серовато-розового цвета. Матка не увеличена, ткань органа плотна, на разрезе серовато-розового цвета. Трубы свободны, обычной толщины. Оба яичника увеличены до размеров большого мандарина и походят один на другой как по очертаниям, так и по своему строению. Они состоят из 2 половин: 1) латеральных, представлявших собою тонкостенные, с серозным содержимым, однокамерные кисты, величиною с небольшое куриное яйцо, и 2) медиальных, приблизительно равных первым и состоявших из плотной сероватой ткани, с поверхности неправильно-бугристых очертаний.

Diagnosis anatomica: *pericarditis seroso-haemorrhagica, atrophia fusca myocardii, atheromatosis aortae, pleuritis serosa dex., haemorrhagica sin., pleuritis chr. fibrosa adhaesiva partialis sin., carcinoma pleurae sin. primum et secundarium pulmonis utriusque, pleurae dex. et peri=epicardii, metastases carcinomatis lymphogland. bronchialium et ovariorum, catarrhus chr. ventriculi.*

¹⁾ См. Алексеев. К вопросу о смене форм клеточных элементов в экссудатах плевральной полости при различного рода раздражениях. Казанский Мед. Журн. 1927, № 10.

При микроскопическом исследовании, характер изменений в плевре и легких на обеих сторонах был один и тот же, что позволяет нам дать общее описание их.

Как париетальный, так и висцеральный листки плевры были образованы по преимуществу за счет соединительной ткани, которая в одних местах имела грубо-волокнистый, склерозированный вид, в других становилась более рыхлой, с обильным количеством клеток и сосудов; местами, наконец, она приобретала характер грануляционной ткани. Эндотелий лимфатических и кровеносных сосудов представлялся часто набухшим, но без всяких следов пролиферации. Свободная поверхность плевральных листков была лишена клеточного покрова и образована безъядерной, порой гиалинизированной соединительной тканью. Иногда на свободной поверхности мог было наблюдать растянутые кровью тонкостенные сосудики, в окружности которых, а также свободно среди соединительнотканых волокон и на самой поверхности плевры, заметно было присутствие красных кровяных шариков.

В этой соединительной ткани, служившей, таким образом, стромой для опухолей, залегаля немногочисленные альвеолы с клетками новообразования (рис. 1). Альвеолы имели круглые, овальные или вытянутые очертания; реже они принимали неправильную форму, которая чаще всего возникала вследствие слияния нескольких рядом лежащих альвеол. Клетками новообразования нацело были выполнены только небольших размеров альвеолы. В более массивных альвеолах среди клеток новообразования существовало обильное количество различной величины полостей, казавшихся или пустыми, или выполненными нежно-струйчатой массой. Форму клеток возможно было наблюдать лучше всего в очень мелких альвеолах, — очевидно, недавно возникших. Здесь клетки чаще были полиэдрическими, реже овальными, круглыми. В наружных слоях они нередко принимали кубическую или даже невысокую цилиндрическую форму. Протоплазма клеток довольно светлая, нежнозернистая, ядра круглой или овальной формы, нерезко окрашивавшиеся. По мере увеличения размеров альвеол и возникновения среди клеток полостей, границы между отдельными клетками исчезали, вследствие чего возникала сплошная синцитиальная масса, в которой без всякого порядка залегаля ядра. Очевидно, такое слияние протоплазмы являлось результатом дегенерации клеточных элементов, так как ядра принимали неправильные очертания и густо пикнотически окрашивались. Распределение ядер в этой общей массе протоплазмы было также своеобразно: в одних местах они густо сгруппировались, в других — значительные пространства протоплазмы не имели ядер.

Особенностью данного новообразования являлось существование между клетками его указанных выше своеобразных полостей, содержимое которых давало реакцию на слизь. Полости эти располагались в различных местах среди отдельных клеток и синцитиоподобной массы: то в центре альвеол, то ближе к периферии. Обычно в одной и той же альвеоле они были множественны. Легко можно было проследить, как возникали эти очаги слизистой дегенерации путем появления постепенно увеличивавшейся капли (resp. полости) среди клеток опухолей. Иногда среди слизистых масс можно было обнаружить присутствие пузырчато вздутых, слизисто-перерожденных клеток новообразования. При значительном накоплении слизи клетки новообразования сохранялись только в периферии альвеол в 1—2 ряда, причем иногда значительно уплощались, что могло дать повод смешать их с эндотелием сосудов.

Новообразование с висцеральной плевры внедрялось по интерстициальным междольковым прослойкам вглубь легкого. Эти интерстиции так же, как и плевральный листок, были утолщены и образованы плотной соединительной тканью. Очаги опухолей имели альвеолярное строение с резко выраженною склонностью клеток к слизистому перерождению. Здесь ясно было выявлено стремление клеток опухолей распространяться по существующим лимфатическим путям (рис. 2) и проникать до бронхов и больших сосудов. Перехода новообразования на межальвеоларные перегородки и внутрь альвеол не обнаружено.

В легочной паренхиме, кроме явлений сдавления воздухоносных полостей, слабого утолщения альвеоларных перегородок, присутствия в ряде альвеол небольшого количества лейкоцитов, слущенного альвеоларного эпителия и отечной жидкости, ничего особенного не обнаружено.

Картины изменений в перикарде и эпикарде представляли полную аналогию тому, что обнаружено в плевре. Только здесь гнезд новообразования было еще меньше; клетки выказывали также резкую склонность к слизистому перерождению.

В очень немногих местах можно было констатировать внедрение новообразования по лимфатическим путям в интерстиций вглубь миокарда.

Бронхиальные лимфатические железы почти сплошь были пророщены новообразованием, имевшим ясно-альвеолярное строение. Характер клеток был тот же, что и в плевре. У клеток имелась резко выраженная наклонность к слизистому перерождению.

Оба яичника были почти сплошь пророщены новообразованием. Преобладало ячеестое расположение клеток опухоли с явлениями слизистого перерождения. Реже новообразование приобретало инфильтрирующий тип, хотя и здесь местами выступала склонность его образовывать мелкие альвеолы. Кисты в яичниках представляли из себя однокамерные полости с серозным содержимым и тонкими, образованными волокнистой соединительной тканью, стенками, лишенными эпителия.

Таким образом в нашем случае имелась первичная опухоль левой плевры, давшая переносы в правую плевру, эми- и перикард, бронхиальные железы и яичники. Возникает вопрос, как классифицировать это новообразование? Из первой части нашей работы видно, что речь здесь может идти только о раке или эндотелиоме. Прежде, чем определенно ответить на этот вопрос, следует обратиться к рассмотрению тех данных, которые приводились авторами в пользу эндотелиального происхождения опухоли. Защитниками этого взгляда являлись по преимуществу авторы более ранних годов, у которых главным доказательством эндотелиальной природы опухоли служили обнаруженная ими пролиферация эндотелия лимфатических сосудов и щелей, непосредственный переход его в клетки новообразования и, кроме того, склонность гнезд новообразования располагаться в плевре по системе лимфатических путей. Процесс перехода эндотелия в элементы новообразования эти авторы представляли таким образом, что клетки, выстилающие лимфатические пути, набухали и превращались постепенно в клетки новообразования. Впрочем ряд авторов не мог обнаружить такого перехода (напр. Schulze-Vellinghausen).

Против такого допущения можно сделать ряд веских возражений. Прежде всего это противоречит основному положению, принятому в настоящее время большинством патологов, по которому рост опухоли совершается из нее самой путем размножения однажды изменившихся опухолевидно клеток, и далее, — что в опухолях никогда не имеет места превращение соседних нормальных элементов в клетки новообразования. Поэтому обнаруженные некоторыми исследователями набухание и слабая пролиферация сосудистого эндотелия ни в коем случае не представляют собою выражение постепенного приобретения им бластоматозного роста, а должны рассматриваться, как результат воспалительно-реактивных изменений в строме опухоли. С другой стороны то, что принималось за превращение эндотелия в элементы опухоли, в действительности, по мнению некоторых авторов (Ribbert, Шор), представляло собою обростание стенок лимфатических путей, при распространении новообразования (рака), его клетками в виду известной ангиотактической способности клеток раковых новообразований вообще.

Что же касается склонности таких опухолей располагаться преимущественно по ходу лимфатических сосудов, то таковая, очевидно, должна быть объяснена своеобразной почвой, — возможно, в связи с обильно развитой сетью лимфатических сосудов в плевре, а также в зависимости от дыхательных экскурсий грудной клетки (Шор). Подтверждение этому мы усматриваем в том, что свойство распространяться по лимфатическим

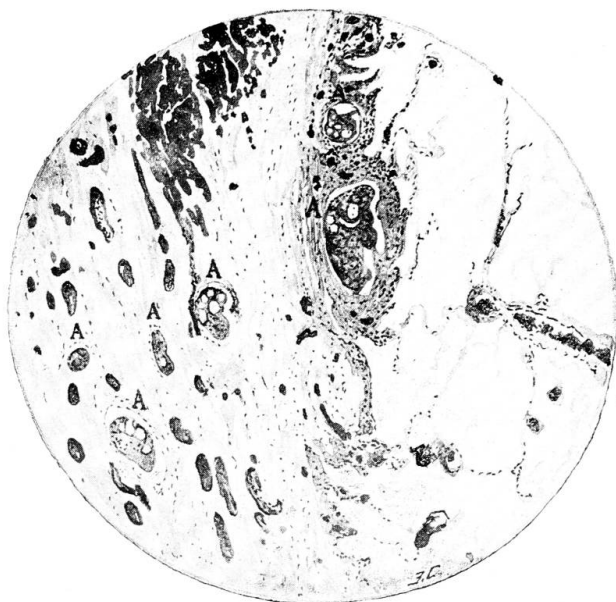


Рис. 1.



Рис. 2.

путям диффузно по всей плевре наблюдается иногда и у опухолей, метастатически возникших здесь (напр. сл. *Huismans'a*—метастазы в левой плевре при первичном раке желудка).

Таким образом за отсутствием несомненных доказательств в пользу эндотелиальной природы разбираемого нами новообразования приходится, путем исключения, считать его раком. С данным определением лучше всего согласуются и те гистологические детали, которые наблюдались в большинстве описанных случаев. Обычно опухоль построена в виде альвеол, тяжей, трубочек, выполненных клетками новообразования или сплошь, или в один и несколько слоев,—представляет тогда тип адено—или кистокарциномы (*Krumbein*). Иногда опухоль приобретала с поверхности папиллярный характер (*Benda, Ribbert* и др.). Что касается клеточных элементов, то во многих случаях клетки в альвеолах имели ясно-цилиндрический или кубический характер. Весьма многие авторы, отстаивавшие эндотелиальное происхождение опухоли (*Wagner, Böhme, Pirkner, Glockner, Scagliosi* и др.), подчеркивали сходство как клеток новообразования с эпителием, так и общего строения с карциномой. *Scagliosi*, производя опухоль из эндотелия соконосных канальцев, называет ее раком. В пользу ракового происхождения опухоли говорит также, по нашему убеждению, обнаруженная многими исследователями склонность клеток новообразования к коллоидному и слизистому перерождению (*Neelsen, Glockner, Широкогоров, Бурцева, Krumbein*, наш сл. и др.) и даже к ороговению (*Perls*).

После всего сказанного нетрудно будет диагностировать новообразование, имевшее место в нашем случае, как рак. И это легко было бы сделать с самого начала на основании гистологического строения (ясно-альвеолярный характер опухоли, эпителиальный тип клеточных элементов, склонность последних к слизистому перерождению), если бы не существовало неясности вопроса в связи с стремлением авторов определить гистогенез опухоли.

Если теперь мы обратимся к разрешению вопроса о гистогенезе разбираемого новообразования, то должны указать, что большинство авторов, признававших опухоль за рак, считали исходным материалом для ее развития покровные клетки плевральной поверхности, которые они считали истинным эпителием согласно эмбриологическим изысканиям бр. *Hertwig, Broman'a* и др. При этом *Benda*¹⁾, *Gutmann*, *Широкогоров*, *Huismans* и др. доказательство такого происхождения опухоли видели в обнаруженных ими картинах перехода покровного эпителия в опухоль. *Krumbein* в качестве доказательства указывал на склонность эпителия, выстилающего плевро-перитонеальную полость, к различного рода модификациям (к образованию цилиндрического эпителия, к созданию железоподобных кистовидных образований, склонности к слизистому перерождению и т. п.)—явлениях, в значительной мере выраженных в его случае рака плевры. И только *Шор, Ribbert, Лихачева* и *Кузнецова* совершенно не указывают, откуда развились раки в их случаях.

Нам не удалось в своем случае констатировать разрастания опухоли на поверхности плевры, а, следовательно, и видеть т. наз. перехода по-

¹⁾ *Benda* считает, что такой переход имел место в переисследованном им сл. *Fraenkel'a*, а также в классическом 1 сл. *Wagner'a*.

кровного эпителия в элементы новообразования. Кроме того, если бы и наблюдались такие картины, то, по нашему мнению, они также скорее всего могли говорить о склонности клеток новообразования обростать свободные поверхности (Ribbert), чем за переход клеток в опухоли. Не возражая принципиально против выставленных Krimbein'ом доказательств (тем более, что наш случай по своей гистологической картине наиболее близко подходит к случаю этого автора), мы не решаемся, однако, на основании таких побочных доказательств окончательно высказаться относительно происхождения опухоли. Вместе с тем приходится помнить, что в каждом отдельном случае не исключена возможность возникновения опухоли из отщенившихся эмбриональных зачатков (Ribbert). С этой точки зрения, по нашему мнению, заслуживают внимания случаи Muus'a, Stilling'a и Zahn'a. В первом случае дело касалось опухоли, величиною с лесной орех, исходившей из диафрагмальной плевры левой стороны и обнаруженной у доношенного ребенка; микроскопически опухоль напоминала легочную ткань. В двух других случаях имелись кисты плевры, микроскопически напоминавшие собою кистовидно расширенные бронхи.

В заключение должно указать, что может возникнуть вопрос, не явились-ли в нашем случае яичники местом первоначального возникновения опухоли. Против такого предположения, по нашему убеждению, говорят следующие данные: 1) общая картина страдания, вполне отвечающая тому, что наблюдалось в большинстве случаев п. р. п.; 2) первичные раки яичников чаще всего свойственны более пожилому возрасту (Meyer), чем возраст нашей больной (32 г.); 3) метастазы при первичных раках яичников чаще всего возникают на брюшине (в 85% по Schottländer'y), чего не было в нашем случае; в плевре же, по тому же автору, они наблюдаются в 14%; 4) трудность допущения поражения плевры с яичников метастатическим путем без обсеменения органов брюшной полости, чего также не наблюдалось в нашем случае. По Pfannenstiel'ю, при опухолях удаленных друг от друга органов яичники являются чаще всего вторично пораженными органами.

Для полноты картины приведем описание 2 других случаев, наблюдавшихся в Казанском Патолого-анатомическом Институте, данные относительно которых сохранились довольно полно.

Случай II. А. А., домашняя хозяйка, 66 л., была принята в Терапевтическое отделение Казанской Губернской Земской больницы 28/X 1874 с жалобами на сильное затруднение дыхания.

Status praesens: „Слева на передней поверхности книзу от ключицы, на задней же—по всему протяжению легкого тупой звук. Слева под ключицей бронхиальное дыхание; внизу и на задней поверхности дыхательных шумов вовсе нет. В правом легком, кроме усиленного везикулярного дыхания, ничего особенного. Лихорадочное состояние незначительно, дыхание до 50 в минуту“.

На основании этих данных, а также исследования мокроты, смещения других органов и др., диагностирован был плеврит, причем экссудат предполагался серозный, на основании чего 31/X был сделан прокол, и выпущено из полости плевры около 400 к. ст. серозной жидкости. 1/XI: лихорадочное состояние, боль на месте пункции. 4/XI: вокруг прокола развилось рожистое воспаление; день за днем отек и краснота постепенно увеличивались; „в нижней части грудной клетки слева образовалось выпячивание, t° повышена до 39°. 26/XI сделан пробный прокол предполагаемого глубокого абсцесса; выделялось не более рюмки гноя“. 27/XI exitus letalis. Клинический диагноз: pleuritis.

Выдержки из протокола вскрытия, произведенного проф. А. В. Петровым: Питание хорошее. На коже спины слева, вершка на 2 ниже угла лопатки, маленькое отверстие, из которого вытекает гной. В глубоких слоях мышц спины

с левой стороны при разрезе обнаружена полость, выполненная гноем и проникавшая до ребер, из которых некоторые кариезны изменены. Затеки гноя по влажной поверхности мышц распространялись далеко во все стороны. В правой плевральной полости немного серозной жидкости. Легкое свободно по всей поверхности. Бронхи в легком утолщены, слизистая оболочка последних нежно инъецирована; в остальном легкое не представляло отклонений от нормы. Левое легкое весьма мало, сдавлено большим скоплением серозной жидкости, крепко сращено в верхней половине по задней поверхности. По передней и боковой поверхности легочной плевры рассеяны бледно-желтые, крупные и мелкие бляшки, из которых первые задаются в ткань легкого, вторые же ограничиваются лишь одной оболочкой легкого. На реберной плевре те же бляшки. Бронхи тех же свойств, как и в правом легком. Легкое в разрезе в верхней доле темного цвета с зеленоватым оттенком, ткань несколько рыхлая; нижняя доля темнокрасного цвета, отечна.

„Околосердечная сорочка сильно обложена жиром... среди которого встречаются маленькие бледно-мутные узелки, как на легочной плевре“. Сердце увеличено. На внутренней поверхности аорты небольшие желтоватые бляшки. Мышца сердца тускла. „Мягкое опухание селезенки с хрящевидной бляшкой на капсуле. Частичное выпадение (hernia) сальника с частью поперечно-ободочной кишки под кожу передней брюшной стенки. Паренхиматозное опухание печени. Мелкие кавернозные ангиомы печени“.

„Под микроскопом новообразование состояло из пучков соединительной ткани, между которыми заложены гнезда клеток неправильной формы, иногда полигональной, кругловатой или несколько уплощенной, напоминающей собою клетки эндотелия лимфатических сосудов. В большинстве клеток ядра велики, редко попадаются в них ядрышки, протоплазмы незначительное количество. В клетках мелких гнезд протоплазмы больше, она мелкозерниста и заключает в себе часто по 2 ядра. В глубоких слоях новообразования гнезда представляют собою несколько расширенные лимфатические пространства, в которых клетки эндотелия увеличены в количестве. Идя постепенно к периферии, пространства и количество клеток новообразования в них увеличиваются. В самых поверхностных слоях клетки подверглись жировому перерождению и частью выпали из своих полостей, так что остаются лишь одни перекладины в виде различной толщины пучков волокнистой ткани. Сосудов довольно много“.

Проф. А. В. Петровым данное новообразование было диагностировано, как „мозговидный (эндотелиальный Waldeyer'a) рак“.

Случай III. Е. Т., крестьянин, 38 л., принят в Факульт. Терапевтическую клинику 18/I 1908 г. с жалобами на сильную боль в левой половине грудной клетки, кашель, затрудненное дыхание и боль в левой ноге. В течение 10 лет страдает временами болями в груди, кашляет. Настоящее заболевание началось внезапно, недель около 2 назад, — появились сильные боли во всей левой половине грудной клетки, дышать стало трудно, кашель стал мучительным, было ощущение жара, без озноба; по ночам пот. В следующие дни присоединились боли в левой ноге, на внутренней поверхности которой больной заметил на коже появление синеватой полосы и твердого шнурка под кожей. Боли в груди и одышка постепенно усилились.

St. praesens: слизистые цианотичны; левая половина грудной клетки несколько выпячена, дает тупой звук; верхняя граница тупости сзади на уровне срединной лопатки, спереди по lin. mamillaris на верхнем крае III ребра, на месте тупого звука бронхиальное дыхание; голосовое дрожание ослаблено, спереди под ключицей получается William'овское изменение звука и звук треснувшего горшка. Сердце смещено вправо. Мокрота иногда с примесью крови (tbc нет), десны кровоточат. Exitus letalis 26/I 1908. Клинический диагноз: haematothorax sin., phlebitis v. sarphenae magnae sin.

Выдержки из протокола вскрытия: труп крепкого телосложения, удовлетворительного питания; межреберные промежутки справа несколько западают, слева вполне сглажены; левая половина грудной клетки имеет бочкообразную форму, v. sarphenae magna sin. затромбирована почти на всем протяжении до впадения ее в бедренную вену; около этого места находится увеличенная до лесного ореха лимфатическая железа плотной консистенции, в разрезе в центре беловатого цвета, на периферии розового. В сердечной сумке около 45 к. ст. серозно-кровоистой жидкости; сердце (240,0 грм., 12 × 11 ст.) значительно смещено вправо;

отверстия и клапаны без особых изменений, мышца сердца тускла, дрябла, буроватого оттенка. В правой плевральной полости немного серозной жидкости, в левой 5500 к. ст. жидкости кровянистого вида. Плевральные листки слева в верхней половине розово-красного цвета, в нижней—темно-красного. На реберной медиастинальной и диафрагмальной поверхности, начиная с IV ребра книзу, разбросаны мягкие узлы от чечевички до небольшого лесного ореха и бляшки с небольшой монету, высотой до 2 мм. С поверхности большая часть узлов и бляшек окрашена в темно-вишневый цвет, в разрезе однообразного беловатого цвета, при соскабливании дают раковый сок. Плевральные листки справа гладки, не утолщены, свободны от спая. Правое легкое 740,0 грм., левое 570,0 грм. Правое легкое слабо вздуто, не спадается, с поверхности мраморного серо-черного цвета, усеяно черными пятнами, наощупь всюду крепитирует, но имеет несколько тестоватую консистенцию; в разрезе серовато-красного цвета; при давлении стекает в обильном количестве пенящаяся жидкость с примесью крови. Верхняя доля левого легкого в области верхушки и нижней части верхней доли спаяна с реберной плеврой нежными фиброзными перемычками; легкое наощупь не крепитирует, вяло, безвоздушно, бледно-серого цвета в разрезе; нижняя доля умеренно отечна. В остальных органах особых изменений не обнаружено.

Эпикриз: наружный фиброзный пахименингит; слабо выраженная застойная гиперемия мягкой мозговой оболочки и вещества головного мозга; смещение сердца вправо; бурая атрофия и белковое перерождение мышц сердца; значительное смещение селезенки книзу от давления диафрагмы; тромбоз v. saphenae magna sin; первичная эндотелиома в области реберной, диафрагмальной и медиастинальной плевры; левосторонний геморрагический плеврит; ограниченный слипчивый односторонний плеврит; ателектаз левого легкого; бурая атрофия и белковая дегенерация печени и почек.

Микроскопически опухоль была определена, как эндотелиома.

Glass (1908) разобрал по возрасту 33 случая первичного рака плевры и пришел к выводу, что это новообразование развивается чаще в возрасте 50—59 л. По статистике Krumbein'a (1924) распределение по возрасту разбираемого страдания (74 сл.) типично для раков, а именно, на 1-м десятке лет был всего 1 случай, на 2-ом — 2 сл., на 3-м—5 сл., на 4-м—8 сл., на 5-м—20 сл., на 6-м—20, на 7-м—15, на 8 м—3. Таким образом maximum приходится на возраст между 40 и 60 годами. Как на крайние пределы, я могу указать на случаи Гросмана (74 г.), Glockner'a (75 л.) и Шора (79 л.). В случае Lépine'a болезнь имела место у 10-летней девочки, в сл. Hibler'a—у мальчика 5½ лет.

Это страдание как будто чаще встречается у мужчин (Bonheim, Krumbein), реже описано у женщин (Wagner, Böhme, Malassez, Schottelius, Fraenkel, Birch-Hirschfeld, Schulze-Vellinghausen, Glockner (3 сл.), Младзеевский, Титов, Scagliosi, Unverricht, Ширококоров, Simons, Шор (2 сл.), Unger, Лихачева, Кузнецова, Gutmann, Otto, Huismans, Гросман, наши I и II сл.). По Говорову, впрочем, на долю мужчин падает лишь 21 сл. и 34 сл. на долю женщин.

Есть указания (Bonheim), что левая сторона поражается чаще правой. По моим данным описано довольно много случаев, где начало процесса было на правой стороне [Nielsen, Böhme, Schottelius, Schulze-Vellinghausen, Hibler, Fotheringham, Kahlen, Riva, Glockner (5 сл.), Lenhartz и Lochte, Ширококоров, Шор (2 сл.), Unger, Курлов, Поргенполь, Huismans, Титов (2 сл.), Krumbein]. По данным Glockner'a на 47 сл. п. п. (вместе с его случаями) первоначальное поражение левой стороны было в 15 сл., правой—в 19 сл., обе стороны были поражены 9 раз; в 4 случаях указано только, что одновременно были поражены плевра, брюшина и перикардий.

Как при жизни, так и на вскрытиях во многих случаях данного заболевания отмечена деформация грудной клетки, зависевшая с одной стороны от скопления экссудата в плевральной полости, а с другой — от рубцового сморщивания пораженной новообразованием реберной и диафрагмальной плевры. Сюда должны быть отнесены выпячивание и расширение пораженной стороны, асимметрия грудной клетки, западание пораженной стороны (Курлов), сглаживание или, наоборот, выпячивание межреберных промежутков. В ряде случаев отмечается согнутое положение позвоночника (scoliosis—Bonheim, Лихачева, Поггенполь). Fraenkel считает характерным признаком, что межреберные промежутки, несмотря на присутствие экссудата, особенно в нижних частях грудной клетки, становятся очень узкими вследствие рубцового стяжения плевры. Факт этот подтвердил и Bonheim в 2 своих случаях. Последний автор подчеркивает, кроме того, быстрое, на глазах нарастающее сморщивание всей пораженной половины грудной клетки и усиление сколиоза. В сл. Курлова „кожа на боку была сильно утолщена, складки кожи раза в 1½ толще нормальной“ (не метастаз-ли?).

Как правило, п. р. п. сопровождаются экссудативным плевритом. При пункциях во время жизни удавалось удалять различное количество жидкости, которая в большинстве случаев была с примесью крови, вследствие чего ее окраска была от светлорозовой до кровянистой, шоколадной, а иногда имела вид чистой крови. Описан, однако, ряд случаев, где экссудат течение всей болезни (Benda, Gutmann, Бурцева), или на вскрытии (Wagner, Vidal, Бурцева, Шор, Gutmann, Широкоголов, Unger, Hibler, Huismans, наш II сл. и др.) не имел примеси крови и носил характер прозрачной, серозной, опалесцирующей или даже мутной жидкости. В редких случаях экссудат приобретает гнойный характер (сл. Glockner'a). На вскрытии обычно обнаруживается большая или меньшая примесь к экссудату фибрина. По Титову и Bonheim'у довольно характерно то, что вначале заболевания экссудат бывает чисто-серозным; при последующих пункциях он становится все более и более геморрагическим. Изначально, однако, наблюдается обратное явление: первоначальный геморрагический экссудат сменяется ко дню смерти серозным (Unger).

Многими авторами подчеркивается быстрое накопление экссудата вновь после пункции. Так, напр., в одном сл. Bonheim'a менее, чем за месяц, было выпущено в 6 приемов около 10 литров жидкости. В сл. Podack'a у мужчины 39 л. за 2 месяца пребывания в клинике было произведено 12 пункций, и удалено за все время почти 31 литр жидкости. В сл. Benda течение 6 мес. экссудат выпускался 16 раз. В некоторых единичных случаях (Hampehn), наоборот, может наступить спонтанная резорбция экссудата.

Количество жидкости, обнаруживаемой на вскрытии, бывает различно: редко небольшое (200 к. ст.—сл. Podack'a) или очень значительное (до 4 литров и выше—сл. Bonheim'a, Gutmann'a, Бурцевой, Вахтеля, до 5 литров—сл. Поггенполя, 5½ литров—наш III сл.), большею же частью 1½—2 литра.

При цитологическом исследовании экссудата в большинстве случаев отмечается только присутствие эритроцитов, лейкоцитов и лимфоцитов, а также эндотелиальных клеток. В нашем I сл. было обнаружено присут-

ствие гистиоцитов (resp. макрофагов). В более редких случаях в осадке были находимы еще большие клетки (по Scagliosi—эпителиоподобные), которые располагались обычно тесно кучками и содержали вакуолы с каплями жира и гликогена. Присутствию последнего в клетках Quincke, Rodack и др. приписывали диагностическое значение, так как считают эти клетки элементами новообразования. Широкогоров не видит в этих клетках чего-нибудь характерного для опухолей плевры, так как присутствие клеток с жиром, по его мнению, указывает лишь на воспалительный процесс (Sata). Erben нашел в одном случае в плевральном экссудате эндотелиальные клетки, вакуолизированные элементы, большие клеточные комплексы с образованиями, которые соответствовали Leyden'овским „Vogelaugen“, далее немного нейтрофилов и значительное количество эозинофилов. Для обнаружения клеток опухоли Sörgo советует фиксировать осадок, образующийся в добытый проколом жидкости, и изучать его в срезах. Точно также Bock (1925) рекомендует дать пунктату свернуться, затем центрифугировать сверток и в заключение фиксировать в 10% формалине и для получения срезов заливать в парафин.

Анатомическим проявлением п. р. п. является диффузное утолщение плевры. В громадном большинстве случаев поражаются оба листка, хотя известны случаи, где по преимуществу была изменена только реберная и диафрагмальная плевро (сл. Kahliden'a, Scagliosi и, видимо, наш II). Только в сл. Riedel'я имелось ограниченное распространение рака по плевре. Утолщение плевральных листков достигает различной силы и выражается или только в миллиметрах, или чаще около 1 ст., редко больше (2—3 ст. в сл. Kahliden'a и Riva и даже 4,5 ст. в сл. Winkler'a). На вскрытии утолщенную плевру иногда удается выделить вместе с легким в виде одного сплошного толстостенного мешка,—одно из указаний, что новообразование в своем развитии ограничивается только плевральными листками. Утолщение чаще равномерное, причем имеет вид очень плотной, даже мозолистой ткани, на разрезе и часто с поверхности серовато-белого цвета, иногда с блеском. Немецкие авторы сравнивают утолщенную плевру с толстой кожей (Schwarte). Fraenkel и Scagliosi указывают, что при надавливании на поверхности ее разреза выступает раковый сок. Не так часто отмечались спайки между обоими листками плевры, чаще всего в верхней половине. В одном случае Glockner'a имелось полное спаяние листков, за исключением небольшого участка около диафрагмы. В редких случаях (Schultz) плевральная полость была разделена спайками на ряд небольших камер, содержавших жидкий экссудат.

Со стороны полости поверхность утолщенной плевры представляет не всегда одинаковую картину. В очень редких случаях (Schulze-Vellinghausen) плевро казалась гладкой, без узлов и наслоений. Чаще она бывает покрыта фибринозно-геморрагическим экссудатом. Естественно, что такие картины даже на секции легко могут быть сочтены за фиброзный плеврит (Neelsen, Bonheim, Torri), особенно без знания клинической картины (Scagliosi).

Гораздо чаще на кажущейся гладкою поверхности можно различать существование мелких углублений в виде ямок и валикообразных возвышений (Fraenkel) или пологих узлов, величиною от едва заметных до

горошины и небольшой серебряной монеты, серовато-белого или желтоватого цвета, такой же плотной консистенции, как и остальная часть плевры. Некоторыми авторами была отмечена неправильно петлистая сеть, образованная тонкими беловатыми тяжиками, представляющими, очевидно, выполненные клетками новообразования лимфатические сосуды. В сл. Wagner'a, а также Курлова, на свободной поверхности были заметны своеобразные тяжи и перекладины, как в мочевом пузыре при гипертрофическом состоянии его.

В других, более редких случаях одновременно с указанными положениями возвышениями выступали обособленные узлы, то равномерно распределявшиеся по всей (чаще париетальной) поверхности, то сосредоточивавшиеся на более ограниченных участках. Эти разрастания имели то милиарный характер, что давало повод на вскрытии заподозрить туберкулезное поражение (сл. Wagner'a, Широкогогорова), то более крупной величины — до горошины, лесного ореха, сливы и даже (очень редко) до куриного яйца. Иногда узлы, сливаясь, образовывали конгломераты (Поггенполь, Otto). По виду авторы сравнивали их с острыми кондиломами (Bonheim, Benda, Gutmann, Lochte), с бородавками на клапанах сердца при эндокардите (Benda), с полипами на тонких ножках (Бурцева), или грибом (Gutmann). Иногда узлы имели круглые очертания с пупкообразным вдавлением в центре (Шор, Лихачева). В одном сл. Glockner'a на поверхности утолщенной плевры были заметны кисточки величиною от булавочной головки до горошины, с прозрачным содержимым. В этом случае в плевральной полости находился огромный узел с голову взрослого на широком основании, исходивший из диафрагмальной плевры; эта опухоль в центре содержала полость с кулак величиною, с слизисто-водянистым содержимым; возможно предположить, что полость эта образовалась из плевральных спаек, вторично обросших узлами новообразования. В другом случае того же автора опухоль с кулак, обращенная в плевральную полость, оказалась замкнутою полостью, выполненною вонючим гноем; в полость вдавалось узурпированное ребро.

По мнению Широкогогорова и Huisman's'a первичные раки плевры имеют как бы ползучий характер: развитие их идет не столько метастатическим путем, сколько по продолжению (*per continuitatem*) и через соприкосновение (*per contiguitatem*). Последние способы распространения играют, по словам Широкогогорова, большую роль в патогенезе этого новообразования. Этим отчасти и можно объяснить тот иногда необыкновенно быстрый рост и распространенность опухоли, которые так характерны для нее.

Как указано выше, в громадном большинстве случаев развитие опухоли ограничивается только плевральными листками и оставляет непораженной остальную ткань грудной клетки. Известны, однако, отдельные случаи (Лихачевой), где опухоль в виде сплошного инфильтрата с верхнего купола грудной клетки проростала на шею и выпячивалась спереди рукоятки грудины. В сл. Hibler'a на диафрагме располагалась опухоль величиною с кулак, которая до половины вдавалась в печень. Конечно, в этих случаях трудно отделить первичный очаг от метастазов.

Как правило, легкое пораженной стороны представляется ателектазированным в той или иной степени в зависимости от количества экссу-

дата. С пораженной висцеральной плевры новообразование очень часто переходит и на самое легкое. Случаев, где такого поражения не было, известно немного. Распространение новообразования идет по тем лимфатическим путям, которые проходят в междолевых и междольковых интерстициальных прослойках и вокруг сосудов и бронхов. Вследствие этого указанные интерстиции утолщаются и в некоторых случаях, подобно нашему I, выступают на разрезе легкого в виде сети серовато-белых тяжей, давая иногда повод заподозрить хроническую интерстициальную пневмонию. Часто одновременно существуют мелкие метастатические узелки и в самой легочной паренхиме, обычно величиною до просыаного зерна, чечевицы и горошины. Узлы больших размеров наблюдались редко. Наибольшие нам известные метастазы были с грецкий орех (сл. Шора, Бурцевой) и с кулак (сл. Riedel'a). В сл. Ribbert'a новообразование с плевры вросло в верхнюю долю легкого в виде круглового узла.

Второе легкое при данном заболевании бывает или нормальным, или викарно эмфизематозно вздутым, или, наконец, слабо ателектазированным (наш I сл.) в зависимости от экссудата. Плевральные листки и самое легкое в сравнительно редких случаях остаются не пораженными вторично новообразованием. Последнее проявляется в тех же изменениях, как и на стороне первичного поражения, но только изменения эти бывают выражены в более слабой степени. Сама плевральная полость или свободна, или содержит, обычно в небольшом количестве, то серозный, то геморрагический экссудат. Редко имеется сплошное спайные плевральных листков (сл. Bonheim'a и Гросмана). В сл. Podack'a существовала инкапсулированная эмпиэма.

Сердце в зависимости от давления плевритическим выпотом пораженной половины грудной клетки обычно представляется смещенным в противоположную сторону (Podack, Schultz, Bonheim—2 сл., Gutmann, Бурцева, Huismans, Вахтель и др.). По Bonheim'у и Бурцевой, с каждым новым проколом и выпусканьем жидкости сердце все меньше и меньше обнаруживает склонность возвращаться к нормальному положению. Само сердце то не увеличено в размерах и даже буро-атрофировано (Bonheim—2 сл., Лихачева, наш I сл. и др.), то расширено и гипертрофировано, чаще в правой половине (Wagner, Podack, Schulze-Vellinghausen, Бурцева, Поргенполь, Гросман, Gutmann). Клапаны сердца в большинстве случаев бывают нетронуты, реже склеротически изменены.

В наших I и III случаях и ряде других было констатировано пониженное стояние куполов диафрагмы, вследствие чего печень или селезенка были опущены.

Что касается метастазов, то они при данном страдании распространяются главным образом по лимфатической системе. Отсюда будет понятно предпочтительное поражение переносами лимфатических желез переднего и заднего средостения (бронхиальных, трахеальных и т. д.), шейных (нижнего отдела), над—и подключичных, ворот печени и ретроперитонеальных. Далее, кроме указанного поражения плевры и легкого другой стороны, метастазы нередко наблюдаются и на других серозных оболочках: на эпикарде, перикарде и на брюшине (чаще на брюшной поверхности диафрагмы и на поверхности печени).

Более редкий путь возникновения метастазов—гематогенный. Вначале путь этот совершенно отрицался, но уже Neelsen мог наблюдать про-

ростание новообразования в кровеносные сосуды. Далее, на это указывали Teixeira de Mattos, Glockner, Scagliosi, Pollmann и др. Очевидно гэматогенным распространением нужно объяснить метастазы, наблюдавшиеся не так часто в печени, селезенке, почках, надпочечниках. Как еще более редкую локализацию метастазов, можно указать локализацию в *dura mater spinalis* (Glockner), головном мозгу (Kaufmann, Krumbein), костях скелета и позвонков с оссифицирующим характером и со сдавлением грудного и поясничного отдела спинного мозга (Kaufmann), мышцах спины (Schultz, Perls, Podack, Scagliosi), межреберных мышц (Perls, Pirkner, Glockner), грудных мышцах (Neelsen, Pirkner, Glockner), фаллопиевых трубах и матке (Широкогоров), яичниках (Титов, Широкогоров, наш I сл.), *pelvis renis* (Glockner), мочевом пузыре (Glockner).

В нескольких случаях описаны метастазы, возникшие при жизни в надключичных (Graenkel, Лихачева, Krumbein) и подмышковых (Голубинин) лимфатических железах, а также на месте пункции плевры—в виде узелков с горошину и боб (Scagliosi, Podack—2 сл.) и даже с куриное яйцо (Unverriht). На основании микроскопического исследования таких эксцизированных железок иногда удавалось при жизни ставить диагноз интересующего нас страдания (Голубинин, Krumbein).

Надо указать, что метастазы во внутренних органах при первичном раке плевры бывают обычно небольшой величины—до горошины. Редко встречались метастазы более значительных размеров—с куриное яйцо (сл. Kahlden'a), с кулак взрослого (сл. Kaufmann'a). Сюда же должен быть отнесен наш I сл., где метастазы в яичниках были с большой мандарин.

Не было совершенно метастазов в сл. Wagner'a, Böhme, Vonheim'a, Gutmann'a, Winkler'a, Unger'a. Во многих случаях метастазы имелись только на плевре и в легком непораженной стороны, а также и на перикарде (сл. Schulze-Vellinghausen'a).

По статистике Krumbein'a (1924), собравшего 74 сл. п. р. п., метастазы имелись в 72,9% всех случаев, в том числе в лимфатических узлах—в 96,5%, в легком и плевре другой стороны—в 74%, в перикарде—в 35,1%, в печени—в 29,6%, в диафрагме—в 25,9%, в почках—в 8,5%, в брюшине—в 14,8%, в селезенке—в 11,1%, в мозгу, надпочечниках, спинной мускулатуре—в 5,5%, в ребрах, тонких кишках, мочевом пузыре, бронхах—в 3,7%, в миокарде, трахее, *dura mater spinalis*, тазовой области, хориоидее, клиновидной кости, сальнике, большой грудной мышце—в 1,8%.

Увеличенные от метастазов лимфатические железы грудной клетки и шеи, а также, очевидно, рубцующаяся ткань плевры иногда вызывали сдавление бронхов (Glockner) и сосудов (*v. cava sup.*, *v. cava inf.*, *v. anoputa*, *v. azygos*, *v. subclavia*, *v. jugularis*—Glockner, Ribbert, Krumbein). Очевидно, этим также нужно объяснить расширение подкожных вен на пораженной половине грудной клетки (Гросман), постепенно нарастающий отек на руке (Лихачева) и тромбоз подкожных вен на ноге (наш III сл.). В некоторых случаях (Kaufmann и др.) новообразование, распространяясь по интерстициям в легких, прорбдало стенку бронхов, вследствие чего возникал haemoptysis.

В ряде случаев описан тромбоз (эмболия?) ветвей легочной артерии в легком непораженной стороны (Podack—2 сл., Vonheim, Гросман). В одном случае Podack'a поводом к этому явился тромбоз вен головы, бедренных, почечных и вен предстательной железы, в другом случае того же автора—тромбоз венозного сплетения вокруг простаты. Очевидно, на почве эмболий возникли в одном из этих случаев инфаркты в легком пораженной стороны с дальнейшим гангренозным распадом их.

Отмеченная во многих случаях на вскрытии кахексия не является при данном заболевании общим правилом. Нередко при нем наблюдались умеренный асцит и отек нижних конечностей.

В некоторых случаях отмечено очень быстрое течение болезни. Так, в сл. Поггенполя смерть наступила приблизительно через 2 мес. после обнаружения болезненных припадков, в нашем I сл.—через 2—3 мес., в сл. Широкогорова—через 3 мес. Но иногда болезнь продолжается около 2—3 лет (Лихачева). Широкогоров отмечает, что очень быстрое течение процесса свойственно более молодому возрасту.

Ряд авторов (Simons, Podack, Winkler, Schulze-Vellinghausen) указывает, что развитию заболевания иногда предшествовала травма грудной клетки.

Kornitzer сообщил случай, где у 40-летнего солдата на вскрытии была обнаружена фибролейомиома левой плевры, величиною с яблоко, исходившая из задней поверхности легкого, и эндотелиома правой плевры. Последняя опухоль наряду с многочисленными метастазами в органах дала переносы в указанный миоматозный узел.

В заключение следует отметить, что, помимо первичного рака плевры, описан также ряд случаев первичного рака, одновременно поразившего плевру, брюшину и иногда сальник (Lübke, Körner, Kahlden, Duban, Широкогоров, Вальдес, Pollmann и др.).

ОБЪЯСНЕНИЕ К РИСУНКАМ.

Рис. 1. Слева висцеральная плевро, справа ткань легкого. В плевре заметны 4 неправильно-овальных альвеолы, выполненных клетками новообразования. Reichert, Ob. 3, Ok. 2.

Рис. 2. Раковые гнезда в лимфатических сосудах интерстициальных прослоек легкого. Пустоты среди клеток новообразования и светлые центральные части гнезд—очаги слизи. Leitz, Ob. 3, Ok. 4.

ЛИТЕРАТУРА.

а) Русская.

Бурцева. Рус. Врач, 1903, № 42—43.—Вальдес. Рус. Врач, 1914, № 12.—Вахтель. Врач. Газ., 1927, № 21.—Говоров. Дис. СПб. 1914.—Голубинин. Рус. Врач, 1902, № 6.—Гросман. Мед. Обзор., 1914, № 8.—Земблинов. Очерк изследов., производ. в Пат.-анатомическом кабинете Казан. У-та. Казань. 1878.—Кузнецова. Рус. Врач, 1913, № 49.—Курлов и Романов. Врач. Газ., 1904, № 10.—Лихачева. Рус. Врач, 1913, № 47.—Млодзеевский. Мед. Об., 1898.—Медведев. Южн. Мед. Журн., 1927.—Поггенполь. Рус. Врач, 1905, № 14.—Титов. Практ. Врач, 1902.—Широкого-

ров. Больн. Газ. Боткина, 1902; Тр. Мед. О-ва при Юрьевском У-те, 1912.—Шор. Дасс. СПб. 1903.

б) Иностранная.

Adler. Цит. по Mönckeberg'y.—Beitzke. Path. Anat., herausg. v. Aschoff. 1923.—Benda. Deut. m. Woch., 1897, № 21.—Bloch. Thèse. Paris. 1905.—Bock. Klin. Woch., 1925, № 4.—Böhme. Virch. Arch., 1880, № 81.—Bonheim. Münch. m. Woch., 1904, № 17.—Erb. Zeit. f. Heilk., 1906.—Fränkel. Centr. f. allg. Path., 1892, Bd. 3; Deut. m. Woch., 1897, S. 77; Münch. m. Woch., 1911, № 9.—Fürbringer. Semaine méd., 1911, № 9.—Gloss. Цит. по Вальдесу.—Glockner. Zeit. f. Heilk., 1897, Bd. 18.—Götting. Zeit. f. Krebsf., 1908, Bd. 7.—Gutmann. Arch. f. kl. Med., 1903, Bd. 75.—Halban u. Seitz. Biologie u. Path. d. Weibes., 1926, Bd. 5.—Hansmann. Atlas d. bösart. Geschwülste. Berlin, 1910.—Hibler. Jahrb. f. Kinderh., 1904, Bd. 59.—Huismans. Deut. m. Woch., 1912, № 27.—Jopha. Цит. по Schulze-Vellinghausen'y.—Kahlden. Münch. med. Woch., 1900, № 2.—Kaufmann. Lehrb. d. sp. path. Anat. 1922.—Kornitzer. Centr. f. allg. Path., 1920, Bd. 31.—Krumbein. Virch. Arch., 1924, Bd. 249.—Lenhartz u. Lochte. Berl. klin. Woch., 1898, № 1.—Lepine. Цит. по Unverricht'y.—Mönckeberg. Ergeb. d. allg. Path., 1906, Bd. 10.—Neebsen. Arch. f. kl. Med., 1882, Bd. 31.—Otto M. Цит. по Ширококорову.—Otto R. S.-Petersb. m. Woch., 1905, № 1—2.—Pirkner. Centr. f. allg. Path., 1896, Bd. 7.—Podack. Arch. f. kl. Med., 1899, Bd. 63.—Pollmann. Ziegl. Beitr., 1899, Bd. 26.—Quinke. Arch. f. kl. Med., 1882, Bd. 30.—Ribbert. Virch. Arch., 1909, Bd. 196; Das Karzinom d. Menschen, Bonn, 1911; Geschwulstlehre, Bonn, 1914.—Riedel. Virch. Jahr., 1898.—Riva. Deut. m. Woch., 1896, Bd. 13.—Rossier. Ziegl. Beitr., 1892, Bd. 13.—Scagliosi. Deut. m. Woch., 1904, № 47.—Schmidt. Med. Klin., 1926, № 49.—Schultz. Arch. f. Heilk., 1876.—Schulze-Vellinghausen. Münch. m. Woch., 1900, № 19.—Seydel. Ibid., 1910, № 9.—Simons. Цит. по Winkler'y.—Sorgo. Zeit. f. Heilk., 1907.—Szegoulouski. Thèse. Paris. 1900.—Teixeira de Mattos. Diss. Freiburg, 1894.—Torri. Zentr. f. allg. Path., 1908, Bd. 19.—Triviot. Thèse de Lyon. 1895.—Unger. Wien. kl. Woch., 1903, № 52.—Unverricht. Zeit. f. kl. Med., 1882, Bd. 4.—Vidal. Цит. по Unverricht'y.—Wagner. Arch. f. Heilk., 1870, Bd. 11.—Winkler. Verh. d. D path. Ges., 1908, Bd. 11.

Из Краевого Микробиологического Института ТНКС в Казани
и кафедры микробиологии Казанского Гос. Университета.
(Директор проф. В. М. Аристовский).

О морфологической изменчивости спирохэт Obermeier'a.

Проф. В. М. Аристовского и д-ра Р. Р. Гельтцера.

(С 2 рис.).

В одной из предыдущих наших работ, касавшихся морфологии спирохэт Obermeier'a (Bemerkungen für Morphologie der Spir. Obermeieri, Centr. f. Bact., Bd. 91, H. 3/4, 1924) мы указывали на то, что при выращивании спирохэт в культурах по нашему оригинальному методу можно обнаружить в этих культурах две основных формы спирохэт. В подавляющем большинстве в культурах присутствуют спирохэты, которые, при рассматривании в живом состоянии, в затемненном поле зрения представляются в виде спиралей с равномерными завитками, плотно прилегающими друг к другу (при рассматривании в сухую систему, при пользовании же масляной иммерсией завитки эти представляются более плоскими) и не изменяющимися во время движения спирохэты. Эти завитки по своему строению имеют такой вид, который позволяет трактовать их, как т. наз. первичные завитки, т. е. завитки, образованные штопорообразно извитым вокруг своей осевой нити протоплазматическим телом спирохэты, и в происхождении которых сама осевая нить участия не принимает. Соответственно этому такие завитки могут сохранять свою форму и вид, несмотря на изгибы осевой нити, на поверхности которой они как-бы сидят. При движениях спирохэты, сопровождающихся изгибами всего тела, появляются вторичные завитки.

Наряду с такими спирохэтами, при начале наших работ с культурами, мы изредка и не в каждой культуре встречали спирохэт, резко отличающихся от только что описанных как по характеру завитков, так и по движениям. Этого рода спирохэты, при том же методе исследования, в затемненном поле зрения предоставляются то в виде значительно более коротких, разнообразно извитых нитей с неравномерными завитками, все время изменяющими свою конфигурацию во время чрезвычайно оживленных движений спирохэты, то в виде спирально извитых нитей с равномерными, но более крупными, чем у спирохэт первого типа, завитками, также способными к изменению своей конфигурации во время движения. Размеры отдельных винтовых ходов у этих спирохэт и в особенности изменчивость их во время движения не оставляют сомнения в том, что в их образовании должна участвовать и сама осевая нить, если признать доказанным существование этой последней у всех видов спирохэт. Эти спирохэты как будто лишены первичных завитков, и, если представить

себе, что осевая нить у них будет вытянута в прямую линию, то вместе с тем исчезнут и завитки, и спирохэты примут вид палочкообразных микробов.

Взаимоотношение этих морфологически различных видов спирохэт между собой было для нас неясным. Оставаясь совершенно объективными наблюдателями, мы должны были предположить, что или мы имеем здесь дело с двумя морфологически стойкими вариантами спирохэты *Obermeiera*, или различными стадиями развития одной и той же спирохэты, или, наконец, с проявлением нестойкой морфологической изменчивости под влиянием условий среды, в которой живут спирохэты.

Zuelzer в своих работах, касающихся морфологии спирохэт, также описывает две формы спирохэт *Obermeiera*, которые в общем совпадают с указанными двумя формами спирохэт в наших культурах. Этот автор отмечает, что формы с равномерными, постоянными завитками, как правило, наблюдаются в культурах (по *Ungermann*), тогда как в организме больной мыши развиваются формы с неравномерными завитками; соответственно этому морфологические различия у спирохэт *Obermeiera* он ставит в зависимость от условий среды, в которой живут спирохэты. Наши наблюдения несовсем совпадают с наблюдениями *Zuelzer*. В противоположность последнему, мы в организме больного человека (а также, впоследствии, и мыши) мы, как правило, всегда обнаруживали спирохэт с равномерными завитками. Из огромного количества исследований, произведенных с кровью больных возвратным тифом людей, начиная с эпидемии 1919 года, мы только 2 раза могли отметить случаи, когда в препаратах крови больных были констатированы спирохэты описанного выше второго типа, с неравномерными, непостоянными завитками. Равным образом и в культурах, выращенных из крови больных на наших питательных средах, мы встречали типичные для организма больного спирохэты первого типа, т. е. с равномерными завитками, и лишь изредка в таких культурах попадались отдельные экземпляры спирохэт второго типа.

Располагая в настоящее время большим количеством наблюдений над изменчивостью морфологических признаков спирохэт *Obermeiera* в культурах, мы имеем в виду в настоящем сообщении указать на ряд фактов, представляющих, как нам кажется, общий интерес. Приводимый ниже материал получен нами при культивировании ряда штаммов спирохэт возвратного тифа на протяжении нескольких лет; сюда входят также наблюдения, полученные нами при искусственном заражении человека нашими культурами, произведенном с лечебной целью на паралитиках (в клинике проф. Т. И. Юдина) и сифилитиках (в венерологическом отделении Института для усовершенствования врачей в Казани—проф. М. С. Пильнов).

При первых наших наблюдениях над культурами, относящихся к началу 1924 года, когда был выделен самый старый из имеющихся в настоящее время в лаборатории штаммов спирохэт, мы имели картину, описанную выше. Выделенные в следующем (1925) году культуры ничем не отличались от культуры 1924 года и содержали спирохэты описанного выше первого типа, совершенно тождественных со спирохэтами в крови больных. На протяжении первых двух лет после выделения из крови больного никаких особых изменений в культурах не замечалось. Однако

летом 1926 года в наших культурах появились резкие изменения: спирохэты с равномерными завитками стали постепенно исчезать, и вместо них в культурах появились спирохэты второго типа. На протяжении нескольких месяцев при последующих посевах, при пользовании одной и той же методикой культивирования, спирохэты первого типа совершенно исчезли, и наши культуры с тех пор состоят исключительно из спирохэт второго типа.

В дополнение к данному выше описанию обеих форм спирохэт мы можем еще добавить следующее: спирохэты с постоянными завитками обычно обладают спокойными движениями, будь то ротационное движение вокруг своей оси, или движение вперед и назад; спирохэта имеет вид прямой или волнообразно изогнутой линии, усаженной завитками, которые при применении 6 й системы Leitz'a и окуляра № 4 придают паразиту

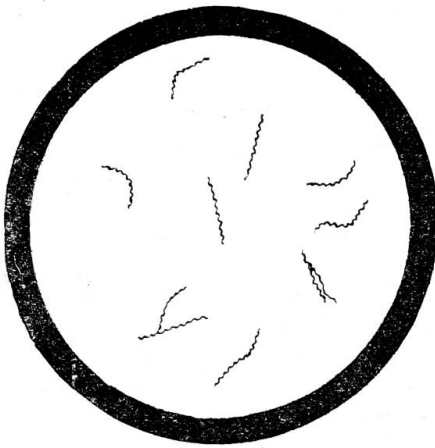


Рис. 1. Культура спирохэт с равномерными завитками. Dunkelfeldbeleuchtung. Масляная система $\frac{1}{12}$, окуляр № 4.

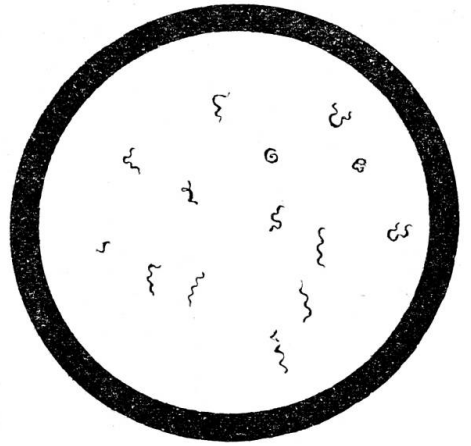


Рис. 2. Культура спирохэт с неравномерными завитками. То же увеличение.

четкообразный вид. Спирохэты в наших современных культурах, наоборот, отличаются чрезвычайно оживленным движением, сопровождающимся резкими изгибами всего тела, что приводит к быстро следующим друг за другом изменениям конфигурации извитой нити. При такого рода движениях извивающаяся нить может приобретать самые причудливые формы; иногда при этом спирохэта свивается в плотный комок, который, совершая круговые движения вокруг своей оси (как волчок), одновременно обладает и поступательным движением. Признать в таком движущемся образовании спирохэту неопытному наблюдателю почти невозможно. Дело становится ясным только тогда, когда этот плотный комок быстро развертывается в извитую подвижную нить с тем, чтобы через некоторое время вновь свернуться в плотный клубок. Эти формы, по нашему мнению, суть ничто иное, как описанные в литературе анрулированные формы спирохэт, которым, как известно, придается различное толкование (формы покоя Prowazek'a и Meyer'a, молодые формы Van der Borne, дегенеративные формы Lewaditi, стойкие формы Марциновского). Мы на основании своих наблюдений совершенно отрицаем подобное значение этих форм и смотрим на них, как на временную, случайную кон-

фигурацию спирохэт, которую последние принимают при своих оживленных и разнообразных движениях.

Вопрос о взаимоотношении этих двух, морфологически различных форм спирохэты Obermeier'a решается Zuelzer'ом в том смысле, что определенная форма спирохэты под влиянием условий среды может принимать морфологически совершенно другой вид. С этим положением необходимо всецело согласиться. Однако, что касается условий и постоянства этой морфологической изменчивости спирохэт, то дело здесь обстоит несовсем так просто, как это может показаться с первого взгляда. Zuelzer в своем докладе Обществу Микробиологии в Иене 8/IX 1920 г. противопоставляет спирохэт культуральных (на среде Ungermann'a) спирохэтам в организме больного животного (мыши). Наши наблюдения убеждают нас, что та и другая форма спирохэт могут в одинаковой мере развиваться как в организме животного, так и в культурах. Как уже было указано выше, наши первоначальные культуры состояли из спирохэт первого типа и по своему морфологическому виду были вполне тождественны со спирохэтами в крови больного человека. Резкое изменение в морфологии этих спирохэт произошло только после 2-летнего роста их на нашей питательной среде. Развивающиеся теперь в наших культурах спирохэты стойко удерживают свою форму при обычных условиях их культивирования.

Опираясь на указания Zuelzer'a, касающиеся морфологии спирохэт в культурах и в крови больного организма, мы решили испытать, изменят ли свой вид наши культуры в инфицированном ими организме. Так как культуры эти являются непатогенными для белых мышей и крыс, вызывая в то же время заболевание у человека, то относящиеся сюда наблюдения были произведены на больных паралитиках и сифилитиках, которые подвергались заражению нашими культурами с лечебной целью. Обычно на пятый-шестой день после подкожной инъекции 0,2—0,5 к. с. 2-дневной культуры у больного появлялась лихорадка, а в крови можно было обнаружить присутствие спирохэт. К настоящему времени мы располагаем такими наблюдениями более, чем над 20-ю больными. Во всех этих случаях мы постоянно видели в крови зараженных только спирохэт второго типа, совершенно аналогичных нашему современному культуральному вирусу. Пассажа, по крайней мере однократного, т. о., недостаточно, чтобы изменившие свой вид спирохэты снова приняли ту форму, которую они имели в первоначальных наших культурах и в крови тех больных, откуда они были выкультивированы. Но нельзя, конечно, исключить возможности, что путем длительных, непосредственных пассажей от человека к человеку в конце концов может удасться такое обратное превращение.

Если, т. о., эти наблюдения как будто говорят об определенной стойкости приобретенных спирохэтами морфологических особенностей, то, с другой стороны, у нас имеются наблюдения и другого порядка. Сохраняя наши вполне развившиеся в термостате 2-дневные культуры на леднике, мы заметили, что через 24 часа спирохэты в этих культурах принимали совершенно другой вид: они были вполне тождественны со спирохэтами первого типа. Достаточно, однако, было перенести такие культуры в термостат, чтобы прогреть их, как мы получали снова характерных спирохэт второго типа. Этого можно было достигнуть и при комнатной 10° (в особенности летом), лишь процесс этот требовал, естественно, более

продолжительного срока. В данных наблюдениях, т. о., резко выступает на сцену влияние на морфологические признаки спирохэт температуры окружающей среды, наступающие при этом изменения нестойки и быстро исчезают при изменении температуры. В определенных же температурных границах наш культуральный вирус стойко сохраняет приобретенную им форму.

Естественно было допустить, что морфологическое изменение спирохэт в культурах одновременно сопровождается и более глубокими изменениями их биологических свойств, из которых нас в особенности интересовала патогенность. Еще до наступления стойких морфологических изменений, когда наши культуральные спирохэты вполне сохраняли тот вид, какой они имели в организме больного, мы имели возможность, благодаря любезности проф. Т. И. Юдина, установить минимальную заражающую дозу наших культур для человека. Доза эта равнялась 0,2 к. с. двухсуточной культуры при подкожном введении. Что касается положения дел в настоящее время, то мы должны сказать, что эта доза и теперь вызывает заражение с тем же инкубационным периодом в 5—6 дней, как и 2 года тому назад. С другой стороны нами наблюдалось за последнее время несколько случаев отрицательного результата при заражении. Далее, нужно отметить, что клиническое течение болезни за последнее время приобрело как будто более легкий характер, выражающийся в том, что приступ рекуррента держится 1—3 дня, а второго приступа у некоторых больных не наступает вовсе.

Впрочем наряду с такими наблюдениями, которые как будто говорят о некотором ослаблении патогенности наших культур, мы в самое последнее время имели случай лабораторного заражения, вызвавшего очень тяжелую картину болезни. Дело шло здесь о молодом враче Ш., сотруднике нашего Института, производившем иммунизацию кроликов путем внутривенной инъекции этим животным 2-суточных культур. Благодаря беспокойным и резким движениям кролика при введении иглы в ушную вену животного, игла вышла наружу, и струя жидкости из шприца попала в глаз оператора. Несмотря на сделанное промывание глаза, через 6 дней наступило лихорадочное состояние, и в ближайшие дни развилась картина тяжелого возвратного тифа со спирохетами в крови, которые опять-таки по своим морфологическим признакам оказались совершенно тождественными со спирохетами наших культур. В виду тяжелого состояния больному на 4-й день болезни был введен сальварсан.

Приведенные наблюдения, т. о., показывают, что морфологические изменения, которым подверглись наши спирохэты в культурах, не сопровождались — большими по крайней мере — изменениями патогенности паразита.

К наблюдениям над морфологической изменчивостью спирохэт Obermeier'a мы можем вкратце добавить, что при культивировании бледной спирохэты мы встречались с подобным же явлением. Бледная спирохэта морфологически выглядит далеко неодинаково в зависимости от возраста штамма, возраста данной культуры и т. п., причем при определенных условиях она совершенно теряет свой типичный вид, характеризующийся, как это всюду описывается, ее мелкими, постоянными, не изменяющимися при движении, как-бы преформированными завитками. Подробнее об этом будет сообщено одним из нас (д-ром Гельтцером) в специальной монографии, посвященной вопросу о культивировании *spir. pallida*.

Подводя итоги нашим наблюдениям над изменчивостью спирохэт Овермейера, мы позволяем себе сделать отсюда некоторые выводы. Прежде всего эти наблюдения убедили нас, что спирохэта под влиянием некоторых условий может резко изменять свои морфологические признаки. причем эти вновь приобретенные особенности являются стойкими и упорно удерживаются спирохэтой на протяжении ряда лет; они упорно сохраняются и при проведении спирохэт через организм восприимчивого человека. Словом, мы имеем здесь дело не с преходящей морфологической изменчивостью, но со стойкой, постоянной. Основные биологические свойства спирохэт при этом не изменяются,—что касается, по крайней мере, патогенности. Стойкие морфологические изменения могут идти настолько далеко, что в измененной морфологически спирохэте становится трудно с первого взгляда признать потомка тех спирохэт, от которых она происходит. Это обстоятельство, нам кажется, нужно учитывать в значительной большей степени, чем это делается многими теперь, в вопросах номенклатуры и систематики спирохэт. В частности такие признаки, как характер завитков (не говоря уже о количестве их) и отношение к движениям спирохэты, как показывают наши наблюдения, вовсе не могут считаться абсолютно-стойкими принадлежностями того или другого вида спирохэт, ибо путем длительного выращивания на питательной среде удастся внести резкие и стойкие изменения в эти признаки, не изменяя основного биологического признака данного вида—его патогенности. Поэтому то место, которое отводится этим признакам Zuelzer'ом в номенклатуре и систематике спирохэт, нельзя не признать правильным.

Чрезвычайно пестрая и крайне разнообразная панорама форм и фигур, которую нам удавалось наблюдать в культурах наших спирохэт во время движения последних, заставляет нас с крайней осторожностью относиться к различным толкованиям, которые даются некоторым фигурам, образованным телом спирохэты. Благодаря присущей спирохэтам гибкости и в результате весьма оживленных движений, сопровождающихся самыми разнообразными изменениями в конфигурации спирохэты, паразит принимает на некоторое время настолько причудливый вид, что может дать повод к самым различным толкованиям, если не проследить непосредственно дальше, не отрываясь от микроскопа, за ближайшей судьбой подобных образований.

Из Терапевтической клиники Госинститута для усовершенствования
врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. Р. А. Лурия).

Сыну моему Александру.

Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов *).

Проф. Р. А. Лурия.

«Der Einfluss der Persönlichkeit des Arztes kann nicht hoch genug geschätzt werden».
Lieb.

«Arzt sein heisst—der Stärkere von zweien sein».
Schweninger.

I.

Личность врача во все времена оказывала, несомненно, огромное, иногда могущественное и даже решающее влияние на течение и на исход целого ряда болезней. Еще тогда, когда и речи не было о научной медицине и о терапии, основанной на точном знании анатомических изменений и патолого-физиологических процессов в организме человека, составляющих сущность болезни,—еще тогда уже одно поведение врача, основанное на интуиции и эмпирии, часто решало судьбу больного. „Психотерапия,—говорит Гауэр¹⁾ в своем докладе на 39 Конгрессе Немецких Интернистов,—старейшая форма терапии и существует с тех пор, когда боль и нужда приводили человека к человеку, с тех пор, как у человека существует доверие и желание помочь больному собрату“. Эта наивная психотерапия первобытного человека, примеры которой и теперь еще можно найти, и совсем не так далеко от наших крупных научных центров с их современными клиниками, оборудованными по последнему слову науки и техники,—эта наивная психотерапия в той или иной форме красной нитью проходит через всю историю медицины. Она с большим или меньшим успехом, сознательно или бессознательно проводится в жизнь каждым врачом, бесконечно меняя свою форму в зависимости от господствующих в данную эпоху терапевтических методов и теоретического их обоснования. Гиппократ говорил: „Врач имеет только одно задание—лечить, и, если это ему удастся, совершенно безразлично, каким путем это ему удалось“. Эту же мысль, высказанную 2300 лет тому назад, повторил недавно Крехл²⁾, указывая, что „хорошие врачи исстари применяли то, что на основании их фактического опыта помогает больному, независимо от возможности научно объяснить это“.

*) Доложено на 100-м Научном Собрании врачей Института.

¹⁾ K. Gaupp. Psychotherapie. Verh. d. deutsch. Ges. f. inn. Mediz., 39 Kongress, 1927, S. 13.

²⁾ Krehl. Цит. по Lieb'у.

Психотерапия,—не научно обоснованная, не методически изученная, а упрощенная и интуитивная,—составляет и в наши дни разгадку успеха одних врачей и непопулярности других, часто значительно более знающих, более научно образованных и заслуженно украшенных высокими академическими титулами. „Не одни только научные и технические познания, но самая личность врача обуславливает успех его. Лучшим врачом всегда будет тот, который объединяет в себе науку, технику и личность“,—говорит Liek¹⁾.

Больше того; психотерапия, как известно, и составляет часто причину головокружительного успеха и популярности знахарей и шарлатанов, имеющих огромную и благодарную клиентуру в самых крупных медицинских центрах Европы и Америки рядом с первоклассными научными авторитетами медицины. И Liek несомненно прав, заявляя, что считает совершенно беспечной борьбу со знахарством путем издания государством декретов, запрещающих знахарям лечить. Он прав потому, что в огромном большинстве случаев успех знахаря наряду с невежеством его клиента, принадлежащего—*horribile dictu*—часто к интеллигентнейшим слоям населения и в Европе, и у нас,—зависит от его примитивной интуиции и практически правильно применяемой им, хотя и наивной, психотерапии.

Принято думать, что психотерапия,—нарождающаяся дисциплина с целым рядом более или менее обоснованных методов,—должна быть достоянием только специалистов, квалифицированных врачей-психотерапевтов и является в частности областью, принадлежащей психиатрам, или, в лучшем случае, невропатологам. Это представление исключает таким образом психотерапию, как научный метод лечения, из терапевтического арсенала не только рядового практического врача, но и представителей всех остальных клинических дисциплин. И таким образом подавляющее большинство врачей—и рядовых, и специалистов—остается по-прежнему во власти не научной, а примитивно-наивной психотерапии, той самой, которой пользовались врачи всех времен, начиная с родоначальников медицинской науки и даже значительно раньше их. Лучшим доказательством, что именно такой взгляд на психотерапию является господствующим, служит хотя бы то, что медицинская школа почти всех стран не считает до сих пор необходимым включить психологию в цикл биологических наук, преподаваемых студенту-медику, а психотерапию—в цикл практических дисциплин клиники.

Считается, очевидно, что в этом нет необходимости. „Когда говорят,—остроумно замечает Dejerine²⁾),—что врачебная психотерапия существовала во все времена, и когда врачи под предлогом, что они ободряют больных и с чувством хлопают их по плечу, утверждают, что они ее постоянно применяют, они смотрят на дело чересчур уже просто“. И во всяком случае,—скажем мы,—слишком просто для того, чтобы объяснить отсутствие психологии и психотерапии в цикле наук высшей медицинской школы. Это отсутствие психологии и психотерапии среди необходимых для врача дисциплин имеет, конечно, глубокое обоснование и крепкие корни в истории развития медицины, как науки.

¹⁾ E. Liek. *Der Arzt und seine Sendung*. 7 Aufl. München. 1927.

²⁾ Dejerine. *Функциональные проявления психоневрозов*. Москва. 1912. Стр. 494.

И здесь, как и в других, наиболее существенных вопросах медицины, мы видим то постоянное противоречие между медициной, как наукой, и медициной, как искусством лечить больного человека,—то противоречие, на котором так талантливо остановился Sauerbruch¹⁾ в своем знаменитом докладе в Дюссельдорфе: „Heilkunst und Naturwissenschaft“. Психотерапия, практически применяемая каждым врачом, когда он лечит больного, не разрабатывается им, когда дело идет о медицине, как науке.

Два обстоятельства, несомненно, сыграли большую роль в такой постановке нашего медицинского образования. Метафизические представления о духе, господствовавшие до половины прошлого столетия и неизжитые еще до сих пор некоторыми философскими школами, были совершенно несовместимы, конечно, с медициной—наукой позитивной. Среди людей науки мало таких, которые, как врач, по самой природе своих изучений становятся противниками всякой метафизической абстракции (Dejerine), и совершенно естественно, что до тех пор, пока проблема духа изучалась отдельно и независимо от проблемы материального своего субстрата,—врачу нечего было делать в метафизической теории познания и умозрительной психологии. И совершенно естественно, что такой психологией не могло быть места в цикле точных естественных наук—незыблемом фундаменте нашего медицинского мышления.

И врачу поэтому оставалось, не изучая психологии и психотерапии, применять все же последнюю в своей практической работе эмпирически и интуитивно, как это делалось всеми, кто когда-нибудь лечил больного человека. Но проблема духа и тела в наше время изучается, как известно, уже совершенно в другом аспекте. Гигантскими шагами движется изучение работы больших полушарий головного мозга, и если, как это подчеркивает наш гениальный творец этой области физиологии, И. П. Павлов²⁾, необходимо проявить величайшую сдержанность при переносе только что впервые получаемых точных естественных научных сведений о высшей нервной деятельности животных на высшую деятельность человека, то все же можно определенно сказать, что проблему духа нельзя больше отделять от проблемы тела, и что поэтому изучение этой функции центральной нервной системы, как высшей деятельности человека, должно занять свое место наряду с изучением функций других органов человека в системе медицинского образования.

Кроме величайших завоеваний физиологии, во главе которых стоят работы И. П. Павлова и его школы, за эту интимную связь между нашей психикой и самыми разнообразными соматическими процессами говорит также и целый ряд экспериментальных и клинических наблюдений последнего десятилетия.

Уже давно было известно влияние физиологических процессов организма на психику у нормального человека,—вспомним только влияние на наше настроение картин природы, музыки, живописи и т. д.; мы хорошо знаем и отдаем себе легко отчет о влиянии соматических заболеваний на душевное наше состояние, когда иногда ничтожное само по себе и неопасное заболевание, скажем *fissura ani*, воспаление ногте-

¹⁾ Sauerbruch. 89 Vers. d. Ges. Naturforscher u. Aerzte. 1926. S. 1081.

²⁾ Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. ГИЗ. 1927. Стр. 345.

вого дожа, зубная боль,—резко изменяет нашу психику, лишает нас трудоспособности и радости жизни.

Наоборот, влияние психических процессов на жизнь и отправление внутренних органов, хотя и было известно давно, но детально и методически стало изучаться значительно позднее, особенно за последние два десятилетия.

Среди многочисленных исследований, посвященных выяснению влияния психики на соматические процессы, достаточно упомянуть только о работах Weber'a, Heyer'a, Marx'a, Glaser'a, Moos'a, Mohr'a, Gigon'a и мн. др. E. Weber¹⁾ экспериментально показал, что аффекты неудовольствия вызывают отлив крови из периферии к внутренним органам, а аффекты радости, наоборот,—прилив крови на периферию. Heyer²⁾ блестяще подтвердил на человеке фундаментальные результаты исследований И. П. Павлова о пищеварительной работе желудочных желез и показал, что в гипнозе можно, внушая человеку, что он ест бульон, хлеб и молоко, получить совершенно различное количественно и качественно отделение желудочного сока, причем сохраняются законы динамики выделения желудочного сока, открытые школой Павлова. Heyer³⁾ показал также, что путем внушения можно получить на рентгеновском экране резко выраженные картины спастических явлений желудка и кишек; можно видеть также, как атонический желудок под влиянием внушения становится на нормальное место, и, наоборот, можно получить искусственно явления атонии желудка и даже гастроптоз.

Moos⁴⁾ изучал влияние психических аффектов на состояние сосудов и видел под влиянием страха преходящее повышение кровяного давления, а под влиянием огорчений и психической депрессии—длительную гипертонию, переходящую в артериосклероз. Это длительное повышение кровяного давления может исчезать при благоприятном влиянии на психику больного. Изменения сосудов, установленные капилляроскопически у невротиков, исчезали под влиянием психотерапии.

Исключительный интерес представляют опыты Marx'a⁵⁾, показавшие, что путем внушения в гипнозе удастся получить такие же сложные изменения состава крови и диуреза, какие наблюдаются у человека при реальном приеме жидкостей, хотя испытуемому подавался только пустой стакан и внушалось, что он пьет воду; при этом,—что всего более замечательно,—человек выделял после внушения увеличенное количество мочи соответственно выпитой жидкости, с удельным весом в 1002, а через 40 минут удельный вес выделенной мочи был уже 1012. Таким образом при внушении ткани отдают в поток кровообращения воду так же, как они это делают при реальном введении жидкостей в пищеварительные пути.

Glaser⁶⁾ показал, что путем внушения удастся изменить самый химический состав крови, как известно отличающийся большим постоянством в отношении содержания в ней солей Ca, причем психическое воз-

¹⁾ E. Weber. Цит. по Mohr'y.

²⁾ Heyer. Arch. f. Verdauungskr., 1920—1921; Kongr. f. innere Med., 1921.

³⁾ Heyer. Psychogene Funktionstör. d. Verdauungstraktus (у O. Schwarz'a).

⁴⁾ Moos. Klin. Woch., 1927, № 27, S. 1304.

⁵⁾ H. Marx. Klin. Woch., 1925, № 49, S. 2339; 1926, № 3, S. 92.

⁶⁾ F. Glaser. Klin. Woch., 1924, № 33, S. 1492.

буждение вызывало повышение количества Са в сыворотке крови, а суггестивное успокоение понижало это количество.

Gigon, Aigner и Brauch¹⁾ видели у диабетиков, не представлявших никаких симптомов невропатии, при определенном внушении в гипнозе, уменьшение гликозурии и гликемии, причем сам по себе гипноз без внушения не влиял на содержание сахара в крови и моче.

Gessler и Hansen²⁾ показали, что в гипнозе путем внушения ощущения холода и тепла удается получить все те процессы терморегуляции организма, какие наблюдаются при реальном охлаждении и согревании тела, причем,—что особенно любопытно,—при внушении чувства тепла фактическое охлаждение не дает свойственных при этом организму терморегулирующих процессов и наоборот.

Все эти и многочисленные другие экспериментальные наблюдения и исследования не оставляют никаких сомнений в том, что не только грубые, но и тончайшие жизненные процессы, как, напр., обмен воды, углеводов, электролитов и регуляция тепла, находятся в самой тесной зависимости от психического состояния человека и по неизвестным нам еще путям регулируются высшими отделами центральной нервной системы, отражая сложные и многогранные колебания в ней.

Клиника, с другой стороны, уже давно и ежедневно давала нам многочисленные и яркие примеры психогенеза соматических симптомов со стороны отдельных органов и их систем.

Нет никакой возможности перечислить симптомы и картины болезней, имеющие психогенное происхождение. Вопросам этим посвящена известная книга Oswald'a Schwarz'a: *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome* (Berlin, 1925). Интересующиеся найдут богатейший материал в этой прекрасной книге, где собрано огромное число наблюдений различных авторов о психогенезе различнейших заболеваний в обработке специалистов по отдельным клиническим дисциплинам.

Каждый врач в своей практической работе видит их на каждом шагу. Эти симптомы психогенного происхождения дают чаще всего весьма причудливые и своеобразные клинические картины функциональных расстройств, неврозов отдельных органов и их систем. Сюда именно и относятся т. наз. неврозы желудка, кишечника, сердца и др. Важнее всего, однако, то, что симптомы психогенного происхождения нередко резко изменяют картину чисто-органического заболевания. В этих случаях, густо наслаиваясь на часто маловажное органическое заболевание, эти психогенные симптомы составляют большую и существенную часть клинической картины. И чем глубже мы изучаем и вникаем в содержание картины болезни, тем все ярче и ярче выступает иногда психогенное происхождение некоторых симптомов, органический субстрат которых не мог, казалось, подвергаться даже какому-нибудь сомнению.

Разительным примером этого является, напр., желтуха. Приводимые старыми мастерами клиники случаи эмотивной желтухи подвергались большому сомнению и стали безусловно отрицаться многими клиницистами, по мере расширения наших представлений о патогенезе желтухи встречая у них скептические улыбки в правильности сделанного наблю-

1) A. Gigon. E. Aigner u. W. Brauch. Schw. med. Woch., 1926, № 30, S. 749.

2) H. Gessler u. K. Hansen. Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 156, S. 352.

дения. Клинические факты, однако, как всякие другие факты, очень и очень упрямы. И за последнее время случаи психогенной желтухи описываются все чаще и чаще даже такими строгими и объективными клиницистами, как v. Bergmann¹). Я имею в своем распоряжении три не подлежащих сомнению случая желтухи эмотивного, психогенного происхождения, в том числе один у врача, получившего впервые желтуху тотчас после психогенной травмы, когда он видел тонувшего в реке сына. И теперь, когда, после исследований Westphal'я, Eiger'a, Okada, Reach'a и целого ряда других авторов, выяснилась роль сфинктера Oddi, сфинктера Lüdkiens'a и вегетативной нервной системы в динамике желчеотделения, и когда мы в патогенезе желтухи часто видим лишь дискинезию желчных путей, старые наблюдения психогенной, эмотивной желтухи получают свое теоретическое обоснование и не вызывают уже у клинициста ни улыбки, ни скепсиса.

Совершенно очевидно, что несущественное органическое заболевание желчных путей,—скажем, небольшой и сам по себе невинный конкrement,—под влиянием психогенно возникшей дискинезии желчных путей может вызвать, и действительно вызывает, тяжелые припадки. Отсюда припадки печеночных коликов под влиянием психических травм.

Клиника дает немало таких ярких примеров влияния психики на течение и даже на исход болезней. Эти и целый ряд аналогичных им фактов и составляют содержание современной клиники внутренних болезней, основанной на функциональной диагностике и имеющей в перспективе функциональную патологию, как высшую ступень понимания болезненного процесса, не дающего видимых для нас морфологических изменений органа,—изменений, лежащих по ту сторону наилучшей микроскопической оптики. И с точки зрения экспериментальных и клинических наблюдений, свидетельствующих о тесной и неразрывной связи психических и соматических процессов здорового и больного организма, становится совершенно очевидным, что безусловно правильны взгляды современных мыслителей-клиницистов, как Krehl, v. Bergmann, Mathes, Kraus, что нет никаких только психических и только соматических болезней, а имеется лишь живой процесс в живом организме, и жизненность его и состоит именно в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни (Mohr²).

И совершенно очевидно, что для врача не могут иметь места теперь более, чем когда-нибудь, метафизические представления о параллельных проблемах духа и тела. Современный врач может мыслить как здоровый, так и больной организм только как единое, нераздельное, гармоническое материальное целое, объединяющее психофизические процессы, как физиологические, так и патологические; для врача имеется только одна проблема—организм, как психофизическое целое.

Исходя из этого представления о неразрывной связи психических и соматических процессов при болезни, современная клиника все более и более отходит от представлений об организме, как о мозаике, созданной из отдельных органов и клеточных соединений,—представления, явившемся

¹) V. Bergmann. Intern. ärztliche Fortbildungskurse in Karlsbad. Iena. 1925. S. 188.

²) F. Mohr. Klin. Woch., 1927, № 17, S. 772.

прямым результатом господства целлюлярной патологии и пышного расцвета чисто-морфологических взглядов на органы и их системы. Современная функциональная патология учит нас необходимости считаться у постели больного с организмом, как с целым, во всей необозримой сложности взаимоотношений важнейших его систем, его эндокринного и нервного аппарата, и мы все больше и дальше отходим в клинике от локалистического мышления, связанного с представлением о заболевании того или другого отдельного органа.

Едва ли не наиболее ярким выражением этого течения в клинике является переоценка наших взглядов в отношении неврозов отдельных органов: сердца, желудка, кишечника и т. д. Анализ наиболее актуального в клинике внутренних болезней вопроса о неврозах, которому были посвящены за последние годы многочисленные работы наиболее выдающихся интернистов—Kraus'a, v. Bergmann'a, Goldscheider'a, Lewy, Katsch'a, Weitsäcker'a и др. приводят нас назад туда, откуда мы пришли, к гипократовскому представлению о человеке, как об едином целом (Goldscheider ¹⁾).

С этой точки зрения изменяются также наши представления и в терапии. Мы все больше и больше удаляемся от прежней рутинной медикаментозной терапии, имеющей в виду влияние на тот или иной орган и его функции и на симптомы, как нарушение этих функций, и современный врач отдает предпочтение терапевтическим методам, имеющим в виду влияние на весь организм во всей его гармонической целности, влияние на течение болезни путем изменений, вызываемых терапией в целом ряде жизненных процессов всего организма, а не отдельного только органа.

Вся физиотерапия,—и водолечение, и светолечение, и электротерапия, и аэротерапия, и грязелечение, и все курортное наше лечение с бальнеологическими процедурами, не исключая питья минеральных вод,—основаны на этом именно принципе влияния не на болезнь, а на весь организм. Сюда же относится и получившая такое большое распространение протеиновая терапия. Сюда относится, далее, между прочим, и пептонотерапия, отличные результаты которой при парентеральном введении пептона мы видели совершенно неожиданно при некоторых формах поносов (Лурья ²⁾), и мы имеем при этом основание говорить о тонких процессах, свидетельствующих об изменениях не в кишечнике, а во всем организме,—общих процессах, сопровождающих блестящий эффект парентеральной пептонотерапии поносов (Дайховский ³⁾).

При таком положении вещей совершенно очевидно, что всякого рода психотерапия,—как научно обоснованная и методически применяемая врачом, так и примитивно-интуитивная, постоянно сопровождающая контакт врача с больным,—должна рассматриваться не иначе, как терапевтический метод, влияющий на весь организм, на всю его психофизическую структуру, и притом как метод не менее, а значительно более могущественный, чем другие,—скажем, физиотерапевтические методы лечения.

¹⁾ A. Goldscheider. Deut. med. Wochensch., 1927, № 30, S. 1253.

²⁾ Р. А. Лурья. Новые пути в лечении поносов (пептонотерапия). Врач. Дело, 1926. № 14.

³⁾ Я. О. Дайховский. Клинико-экспериментальные наблюдения над пептонотерапией при поносах. Доклад на II Всеукраинском Съезде Терапевтов.

„Слово для человека, — говорит И. П. Павлов ¹⁾, — есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет, а потому может вызывать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения“.

Едва-ли можно дать более точное, научное и красивое определение тому влиянию слова врача и, прибавим, всего его поведения, — мимики, выражения лица и т. д., — на функцию больших полушарий больного. И совершенно очевидно, что это влияние слова и поведения врача будет особенно резко выражено, когда больной, как это чаще всего бывает, доверяет врачу и авторитетом врача подготовлен к сопровождающему врачебное действие внушению. Отсюда становится совершенно очевидным также, что как новейшие достижения в области физиологии больших полушарий, так и экспериментальные исследования и клинические факты и наблюдения подводят все более и более прочный научный фундамент под ту психотерапию, которую вольно или невольно, сознательно или интуитивно, удачно или безуспешно проводит и должен проводить рядовой врач, если он хочет только лечить больного человека.

Так на наших глазах наука оправдывает и объясняет старую эмпирию.

II.

Имея в руках такой могущественный метод влияния на весь организм, как психотерапия, и фактически проводя ее в жизнь на каждом шагу своей практической деятельности, врач, — за исключением очень и очень ограниченного числа специалистов-психотерапевтов, — делает это, как мы видели, не имея сколько-нибудь серьезной научной подготовки ни в психологии, ни в психотерапии, и проводит свое лечение внушением эмпирически, так как по вполне законным причинам эти дисциплины не были и не могли быть включены в цикл медицинских наук на факультетах и совершенно правильно Stekel (в Вене) считает необходимым, в виду отсутствия кафедры психотерапии и сексуальной патологии на факультетах, организацию курсов психотерапии для практических врачей, где они могли бы познакомиться с научными обоснованиями этого метода лечения.

Тем не менее даже эта эмпирическая и интуитивная, проводимая врачами, психотерапия в огромнейшем числе случаев приносит больному весьма существенную пользу и лежит, как мы видели, в основе успеха целого ряда терапевтических методов, давая больному значительное облегчение, а иногда даже и излечение, помимо намерения врача выступить в роли психотерапевта.

Liek ²⁾, — сам хирург, — говорит: „Ведь до сих пор больной ищет во враче выдающуюся личность, имеющую особенную и редкую ценность,

¹⁾ И. П. Павлов, loc. cit., стр. 357.

²⁾ Liek, loc. cit., S. 161.

можно сказать, волшебника, и к этому волшебству сводится большая часть наших успехов в лечении, даже в хирургии". Как ни парадоксально это заявление Liek'a, отличающегося, как известно, исключительно-смыслими, часто до дерзости, парадоксами, когда он говорит о значении врача, все же известная и немалая доля истины, несомненно, имеется в этих словах. Именно потому это правильно, что врач располагает таким исключительно-сильным орудием, как авторитетное слово, являющееся, как мы видим, могущественным физиологическим раздражителем для больших полушарий мозга нашего больного (Павлов). И ясно, что как всякое другое действительное терапевтическое средство, и это слово врача может иметь не только полезное, но и вредное для больного действие, причем это всегда бывает помимо воли врача и вопреки его лучшим желанием,—совершенно так же, как при применении всяких других лечебных средств. Наряду с положительной, полезной психотерапией отсюда имеется психотерапия негативная, дающая целый ряд заболеваний, где личность врача не только имеет влияние на течение и исход болезни, но врач принимает совершенно невольное, и иногда значительное, участие в самом психогенезе болезни.

О. Bumke ¹⁾,—мюнхенский невропатолог и психиатр,—в небольшой статье „Врач, как причина душевных расстройств“, обратил внимание на эти вредные последствия неправильного влияния врача на психику больных и назвал такого рода психогенные заболевания „иатрогенными“. Gaupp приводит несколько примеров этой отрицательной психотерапии с „иатрогенными повреждениями“ в упомянутом выше докладе на 39 Съезде Немецких Интернистов.

Остановливаясь на этих, по существу каждому врачу хорошо известных, заболеваниях, Bumke правильно отмечает, что характерной особенностью их является то, что участие врачебного совета в происхождении „иатрогенного“ заболевания остается неизвестным врачу, участвовавшему своим словом, поведением или советом в психогенезе заболевания. Причина и происхождение болезни открываются уже другим врачом, и нередко через значительный промежуток времени, когда больной является к нему с внушенными врачом страданиями и с потерянными вследствие этого душевным равновесием. При этом больной оказывается или совершенно здоровым человеком, или страдает только незначительным органическим заболеванием, не оправдывающим ни серьезное распознавание, ни плохой прогноз врача, высказавшего в той или иной форме больному свои опасения и показавшего ему чем-нибудь, что имеет дело с тяжелой формой болезни.

Об „иатрогенных“ заболеваниях, хорошо нам всем знакомых, не принято обычно говорить, а между тем уже одно то, что врачи, и особенно молодые врачи, будут информированы о психогенезе этих частых и тяжелых страданий, о причинах происхождения их, является, на мой взгляд, лучшим профилактическим средством против этих заболеваний. Это имеет, как я убедился при преподавании врачам, огромное практическое значение.

Об этих болезнях стали говорить за последние годы гинекологи: Wolthard, Liepmann, Flatau, Mayer, Дик ²⁾, Тарло ³⁾ и

¹⁾ O. Bumke. Deut. med. Woch., 1925, № 1, S. 3.

²⁾ В. Дик. Вестн. Совр. Медицины, 1927, № 5, стр. 290.

³⁾ Б. Тарло. См. ниже.

мн. др. представили разительные примеры психогенеза гинекологических заболеваний, в котором последнее место занимают врачи. Эти заболевания настолько упорны, что, как удачно говорит Дик,— „иногда гораздо легче ликвидировать реального гонококка в половых органах женщины, чем выселить воображаемого гонококка из ее психики“.

Едва ли, однако, в какой-нибудь области медицины имеется такое большое количество „иатрогенных“ заболеваний, как в клинике внутренних болезней, притом заболеваний нередко очень тяжелых и ставящих иной раз даже под вопрос самую жизнь больного.

Fleischmann¹⁾ правильно говорит в своем большом докладе о психотерапии, что развитие нашей дисциплины в направлении лаборатории и тонкая специализации в ней в силу необходимости отодвинули на задний план изучение врачом душевных переживаний больного.

В области внутренних болезней „иатрогенные“ заболевания могут быть весьма различного характера. Сюда относятся, конечно, и неправильное лечение в результате неверного представления врача о сущности болезни, и назначенные без определенных показаний терапевтические мероприятия, напр. неправильная диета, вызывающая, скажем, искусственные запоры или поносы. Но все это—скорее врачебные, диагностические или терапевтические ошибки, в огромном большинстве случаев совершенно извинительные и законные в нашей дисциплине, крайне сложной и требующей от врача разносторонней подготовки и все новых и новых познаний.

Не об этих случаях мы говорим здесь, а только о тех больных, где заболевание носит чисто-психогенный характер и является прямым или косвенным результатом внушения, полученного больным от врача, всегда помимо воли и даже помимо сознания последнего. Эти психо-иатрогенные заболевания внутренних органов можно легко разделить на две группы: в одном ряде случаев у больного нет органического заболевания, и дело идет о субъекте, чаще всего склонном к функциональным расстройствам той или иной системы органов и убежденном после полученного от слов врача внушения, что он страдает тяжелой, опасной для жизни органической болезнью; в другом ряде случаев налицо имеется все же органическое заболевание, течение и исход которого, однако, в значительной мере ухудшается неправильной линией поведения врача, нарушившего психическое равновесие своего больного и таким образом создавшего неблагоприятную для течения болезни психическую ситуацию. В том и другом случае врач оказывается невольной причиной ухудшения состояния своего больного и, следовательно, участвует в психогенезе заболевания, применяя негативную психотерапию.

Примеры такой негативной психотерапии встречаются в клинике ежедневно, и я останавлиюсь только на очень немногих из них для иллюстрации высказанных здесь мыслей.

Мне чаще всего приходится видеть больных с этими иатрогенными заболеваниями в области болезней пищеварительного аппарата. „Катарр желудка“, как известно,—одно из самых популярных в населении заболеваний и многими считается еще до сих пор неизлечимой болезнью, внушающей поэтому больному большую тревогу. Мне приходится почти

¹⁾ Fleischmann. Ueber Psychotherapie. 39 Kongr. München, 1927, S. 38.

ежедневно видеть больного, отвечающего на вопрос, что у него болит?— „катарр желудка“ или „катарр кишек“. Диагноз этот был сообщен больному уже несколькими врачами, между тем тщательное исследование показывает, что дело идет о безусловно здоровом желудке или кишечнике, и либо вовсе нет никакого заболевания этих органов, либо имеются функциональные расстройства их психогенного происхождения. Между тем больной месяцами, или даже годами, соблюдает пресловутую „строгую“ диету в виде куриного бульона, сухарей и рубленного мяса, худеет, нервничает и беспрестанно лечит свой мнимый „катарр“. Если дело идет о кишечнике, то чаще всего этот „катарр кишек“, дающий основной и единственный симптом—запоры, представляет собою ничто иное, как алиментарный запор, вызванный все той же „строгой“ диетой и поддерживаемый ситофобией, и развился у больного психогенно в результате неосторожно высказанного врачом предположения о катарре, с представлением о котором у больного крепко связано понятие о тяжелой, неизлечимой болезни.

Du Bois ¹⁾ очень красочно описывает эти „энтериты“, „расширение желудка“, и „энтероптозы“. „Больные,—говорит он,—чтобы избавиться от страданий, ездят каждый год на воды, живут под строгим режимом, едят только яйца, мясо, рис и протертые овощи, делают промывания кишек и стараются над антисептикой своего кишечного тракта“. Совершенно справедливо считая огромное большинство этих случаев чисто-психогенными заболеваниями, которые врачи из любви к техническим терминам окрестили названием „энтерит“, Du Bois сказал однажды в шутку своей больной: „Нынче такое время, сударыня, что у всякого уважающего себя человека должно быть расширение желудка и энтерит“, и эта шутка с правильной психотерапией нередко приносит больному быстро и неожиданно блестящие результаты и восстанавливает здоровье изнемогающего в конце больного.

Сюда относится и ряд случаев enteritis musco-membranacea, неправильно трактуемого часто, как энтерит, и не имеющего даже осознаний называться этим именем. Я хочу указать еще на диагнозы язвы желудка и 12-перстной кишки, с которыми все чаще и чаще являются теперь больные, и которые в большом числе случаев не имеют под собою документальных данных, но вызывают тяжелый психический конфликт, ситофобию, исхудание. На моих глазах нераз эти больные после тщательного исследования убеждались в неверном диагнозе и быстро выздоравливали, переходя на грубую диету. И все зло в том, что и врач часто не утверждает, что имеется язва желудка, а только с улыбкой заявляет: „Ну, пустая язвочка желудка“, или—„Имеется подозрение на язву 12-перстной кишки“, не подозревая, что этих замечаний вполне достаточно для того, чтобы у предрасположенного невропатического субъекта создать тяжелую психогенную травму с резко повышенной секрецией кислого желудочного сока. И в доказательство больной предъявляет вам пачку ничего не говорящих анализов желудочного сока, вкривь и вкось толкуя цифры общей кислотности и свободной соляной кислоты. Эти анализы на руках больных, особенно на курортах, являются, на мой взгляд, причиной сотен иатрогенных заболеваний. Вне всякого сомнения

¹⁾ Du Bois. Психоневрозы и их психическое лечение. Спб. 1912. Стр. 231.

произвольное толкование сложнейших процессов секреции желудка и слишком большое значение, придаваемое, под влиянием врача, отдельным цифрам кислотности, нередко приводит к тяжелым психогенным заболеваниям желудка.

Это—один из ярких примеров, как поверхностное знание о наших важнейших клинических фактах может быть опасно для больных, вызывая у них психогенные синдромы в органах пищеварения. В этом отношении шутка и фигуральное выражение врача могут иметь весьма тяжелые последствия. Вот один из таких примеров:

Года два тому назад я был разбужен утром мужем больной Р. с настоятельной просьбой принять ее для подачи неотложной медицинской помощи. В кабинет, еле передвигая ноги, с помощью мужа вошла больная, истощенная женщина 36 лет, и заявила, что по поводу желудочных болей обратилась к известному в городе и весьма авторитетному врачу, который после исследования желудочного сока сказал ей: „У Вас умерла желудочная клетка“. В доказательство больная предъявила мне результаты исследования, показавшие, что у нее имеется ахилия. Она не спала несколько ночей, перестала есть, и вся находилась под влиянием идеи „умершей желудочной клетки“. Исследование обнаружило гастроптоз, субакильный гастрит и хронический аппендицит. Больной было разъяснено, что дело идет об очень частом и неопасном заболевании, и что желудочная клетка у нее безусловно жива. Больная скоро отделалась от полученной ею психогенной травмы, впоследствии была оперирована по поводу аппендицита, оказавшегося гнойным, и выздоровела.

Т. о. неосторожное слово большого авторитета произвело психическую травму, в результате которой по существу неопасное заболевание—ахилия—приняло исключительно-тяжелое течение.

Сюда относятся также неосторожные заявления врача о „песке в желчном пузыре“, который в воображении больного проецируется в целые большие камни печени, вызывает ряд депримирующих представлений и фиксирует внимание больного на исследовании испражнений, где он ищет эти камни после, например, курортного лечения. Такое внушение желчных конкрементов с одной стороны неправильно с точки зрения современного патогенеза заболеваний желчных путей, где, как известно, на первом плане стоят не камень, а застой и инфекция, а с другой стороны крайне неблагоприятно влияет на течение заболевания, если оно имеется. Ведь мы хорошо знаем теперь, что именно в происхождении дискинезии и желчных путей, лежащей в основании некоторых холецистопатий, немалую роль играет дисгармония вегетативной системы психогенного происхождения.

Я привел только небольшую часть синдромов, возникающих натрогенно у больных, предрасположенных к заболеванию органов пищеварения, которые мне пришлось наблюдать в течение ряда лет, но и этого, ведь, вполне достаточно, чтобы показать, какую величайшую осторожность факты эти диктуют врачу, когда он имеет дело с больным с расстройством органов пищеварения,—аппаратом, находящимся в такой интимной связи с эндокринной, нервной системой и особенно с психикой больного.

У больных с заболеваниями дыхательного аппарата особенно часто можно видеть участие врача в психогенезе симптомов, в основе которых лежит боязнь заболеть туберкулезом легких. Если, благодаря гигантской санитарно-профилактической работе последних лет, представление о туберкулезе, как о неизлечимом, роковом заболевании, в известной мере заменяется трезвым отношением к себе больного, и огромное воспитательное значение диспансеров, санаторий и других противотуберкулезных учреж-

дений не подлежит никакому сомнению, то все же и в этой работе врачей имеются моменты, помимо воли их вызывающие иатрогенные заболевания и синдромы. Сюда относится, напр., настойчивый совет длительно измерять температуру при едва декомпенсированных процессах в легких, где все внимание больного устанавливается на этом измерении, и колебания в 2—3 десятых градуса, не имеющие ничего общего с самым процессом, вызывают представление об ухудшении туберкулеза, лишая больного сна, аппетита. Мне неоднократно приходилось простым запрещением мерять температуру устанавливать нарушенное психическое равновесие и видеть быстрое улучшение общего состояния с повышением веса и полной компенсацией процесса в легких.

Какую массу больных с фиброзным, хорошо законченным и компенсированным процессом приходится видеть с ужасом на лице заявляющими о том, что у них уже „вторая стадия“ туберкулеза легких, отмеченная в целой связке санаторных книжек и коний историй болезни, и уверенными, что все дело только в том, чтобы не появилась роковая „третья“ стадия. Разве мы так понимаем теперь туберкулезный процесс легких? Не слишком ли легко бросать больному обвинение в этой „второй“ стадии, если он не информирован об иммуно-биологической сущности болезни? Не опасно ли это для его общего состояния, для его психики, обуславливающей кардинальные функции обмена веществ, работу пищеварительного аппарата,—этого необходимого больному и верного друга и защитника больного от декомпенсации процесса?

На многих случаях я убеждался, что, говоря больному о процессе в легких, врачи отделяются тем, что бросают ему только „вторую стадию“ и не индивидуализируют предрасположение больного к невротизации и легкую уязвимость психики.

А рентгеновское исследование? Сколько неосторожных слов о спайках, рубцах, первичных очагах, увеличенных железах hilus'a говорится в рентгеновском кабинете и обсуждается коллегиально, забывая, что, кроме легких, у больного имеется еще и психика, где нередко эти слова авторитетного рентгенолога ущемляются и создают конфликт, являющийся безразличным в психогенезе целого ряда расстройств, неблагоприятно влияющих на течение того же туберкулеза, в отношении которого исследуемый практически здоров. *Pessatur inter muros!* Мне кажется, эти вопросы заслуживают пристального внимания практических работников противотуберкулезных учреждений,—особенно, если вспомнить, какое значительное число нетуберкулезных заболеваний легких проходит в наших диспансерах и санаториях. Может быть, санитарно-профилактическая работа этих учреждений даже значительно выиграла бы, если бы больные, получая здесь правильное противотуберкулезное воспитание, меньше были бы информированы о своем „продуктивном“ или „экссудативном“ процессе, о „притуплениях“ и „выдохе“ в верхушках, о „спайках и, наконец, о „стадиях“ всякого рода.

Уже *à priori* можно думать, далее, что значительное число симптомов со стороны сердца и сосудов может быть психогенного, а следовательно, и иатрогенного происхождения, и нет необходимости останавливаться на всех известных фактах влияния врача на деятельность сердца у невротиков и особенно на ритм сердечной деятельности. С другой стороны мы все хорошо знаем, какой панический страх вызывает у больного сомнение в работоспособности его сердца. Вот почему больной так внима-

тельно наблюдает за тем, что написано на лице врача, когда врач выслушивает его сердце, исследует его сосуды. Вот почему со стороны врача в этом пункте исследования требуются величайшая осторожность и сдержанность.

В и т к е правильно отмечает, какие тяжелые иатрогенные состояния больного могут быть вызваны совершенно ненужными и лишними всякого значения замечаниями врача вроде: „Артерии Ваши уже твердоваты“, „Сердчишко немного жирновато“, „Сердце у Вас маленькое“, или „Аорта немного расширена“. Мне пришлось видеть на одном очень популярном в Союзе курорте больных с отметками дермографом области сердечного притупления, когда эти больные перед зеркалом измеряли границы своего сердца и влияние на него бальнеологических процедур. Едва-ли это входило в расчеты врачей, отмечавших эти границы сердца, и едва-ли вообще это нужно таким образом делать.

А кровяное давление?! Я видел немало больных буквально мучеников своего кровяного давления, ведущих аккуратные записи находок разных врачей, подробно информирующих их о максимальном и минимальном давлении. Едва-ли эти записи благоприятно влияют на течение гипертонии. А грудная жаба, о которой так легко говорят некоторые врачи своим больным?! Уже старые врачи знали о приступах грудной жабы, вызываемой страхом пред грудной жабой, и называли эти приступы „*angina pectoris sine dolore*“. Не требуется ли в отношении к больным с аорталгией, стенокардитическими приступами особенно большая осторожность, особенное внимание к их психике? Мой опыт учит меня, что невротики, и особенно женщины в начале климакса с склонностью к спастическим явлениям со стороны сердца и сосудов, требуют в этом отношении особенного внимания к своей психике и чрезвычайной осторожности. Больше, чем где-нибудь, психогенез сердечных симптомов выражен у этих больных.

Мне неоднократно приходилось быть свидетелем тяжелейших иатрогенных заболеваний у больных, которым авторитетно заявляли, что они страдают „миокардитом“. Как известно, это—один из труднейших диагнозов, содержание которого допускает весьма широкое толкование. Мне известно немало таких случаев и между ними, что всего тяжелее, немало бывших у врачей, когда диагноз миокардита заставлял больного все его внимание фиксировать на сердечной деятельности и делал его совершенно профессионально нетрудоспособным. И что всего хуже, тщательное исследование с электрокардиографией не открывало часто никаких признаков миокардита и, вообще говоря, органического заболевания сердца. Надо-ли так легко ставить этот диагноз и налету сообщать о нем больному?

Наконец, у больных с органическим пороком сердца, вполне компенсированным, мне неоднократно приходилось видеть тяжелые психогенные ухудшения процесса под влиянием исследования „знакомого“ молодого врача, подробного информировавшего больного об его сердечных шумах и демонстрировавшего ему свое умение разобраться в сложной музыке сердца.

Насколько неожиданным может быть влияние личности врача на этих больных,—ярко иллюстрирует трагический случай, пережитый недавно одним из моих ассистентов.

Больная Г., 35 лет; 20 лет тому назад перенесла тяжелый острый ревматизм, в результате его эндокардит, приведший больную к сложному пороку сердца, к недостаточности аортальных и митрального клапанов. В течение 12 лет время от времени наступало небольшое расстройство компенсации сердца (отеки на ногах, одышка). Больная всегда лечилась у известного клинициста Х., которому только и „доверяет“ свое сердце, и который на протяжении ряда лет «спасал» ее. В конце ноября больная под наблюдением д-ра М. перенесла легкий грипп. Несмотря на то, что состояние больной было хорошее, — t^0 36,9°—37,1°, пульс 76—78, хорошего наполнения, ритмичный, — д-р М. решил все же, прежде чем разрешить больной выйти, проконсультироваться с клиницистом Х., хорошо знающим ее сердце. Консультант нашел, что сердечная деятельность не внушает никаких опасений, и разрешил через день больной выйти из дому. Уходя, Х. шутя добавил: «Вы можете вообще не беспокоиться о своем сердце, — раньше меня не умрете, а если умрем, то вместе». На другой день консультант Х. скоропостижно скончался. Д-р М., срочно вызванный к больной, нашел ее в возбужденном состоянии. На все утешения врача больная отвечала: „Я знаю, что должна умереть, слова Х. должны сбыться“. У больной пульс был 120 в 1', появилась аритмия; на следующий день инсульт, к вечеру отек легких, а в ночь больная скончалась.

Едва ли подлежит сомнению, что внезапное ухудшение было результатом не только психической травмы — потери врача, но и тех слов, которые шутя произнес знаменитый врач, которому безусловно и целиком доверяла свое больное сердце эта женщина. Во всяком случае это трагическое стечение обстоятельств еще и еще раз учит нас, какой величайшей выдержки и осторожности требует психика больного со стороны врача, имеющего в руках такое могучее, но обоюдоострое оружие, как внушение словом.

Как раз в области прогноза при всех заболеваниях внутренних органов требуется величайшая осторожность, если дело идет о впечатлительных, легко внушаемых больных, и Гауэрр правильно отмечает, как пример отрицательной психотерапии, утверждение врача больному, что „через 6 недель Вы будете безусловно здоровы“, и еще хуже — подкрепление этого прогноза честным словом врача.

Едва ли имеется необходимость увеличивать число примеров иатрогенных заболеваний внутренних органов, чтобы показать, насколько неожиданные и печальные результаты может дать неосторожное поведение врача, как психотерапевта, даже тогда, когда он вовсе и не желает применить к больному этот метод лечения и не знает даже, что применяет его. Не подлежит никакому сомнению, что негативная психотерапия, вызывающая иатрогенные синдромы и заболевания, проводится врачом, так сказать, *bona fide*, без учета возможных последствий и чаще всего без всякого даже желания оказать на больного психотерапевтическое воздействие. И, тем не менее, личность врача играет здесь, как и везде, огромную и решающую роль, и, если в правильной психотерапии мы имеем бесчисленные примеры благоприятного, временами чудодейственного влияния личности врача на течение и исход заболевания, то негативная психотерапия может принести не только существенный вред больному, ухудшая течение и исход болезни, но врач при этом невольно участвует в психогенезе, в происхождении самого синдрома или даже заболевания. И если мы во всех остальных наших терапевтических методах ставим во главу угла старый принцип медицины: *nil nocere!*, то этот принцип в значительно большей мере требуется тогда, когда не только слова, но и все поведение врача является могучим орудием влияния на больного и на течение болезни.

Мы не должны и не можем полагаться только на природный такт и на ум врача, мы должны тщательно изучать эти досадные „иатрогенные“ заболевания, не скрывать от себя и от товарищей-врачей случаи, где негативная психотерапия имела место. Необходимо учиться на этих невольных врачебных ошибках, тем более простительных и законных, что, как мы видели, силой вещей врач проводит лечебный метод, не отдавая себя отчета о силе своего влияния на организм больного, как единого психофизического целого.

Но, с другой стороны, необходимо серьезно задуматься над вопросом воспитания новых поколений врачей под знаком изучения психики человека, как могучего фактора, регулирующего важнейшие нормальные и патологические процессы нашего организма, и научить врачей применять психотерапию, как великую старую, но вечно новую целебную силу природы.

К вопросу о хронических азотэмических нефритах без гипертензии.

† Проф. С. С. Зимницкого (Казань).

Еще не так давно, на наших, можно сказать, глазах, как *Deus ex machina*, выросло стройное, красивое и, казалось бы, крепко сколоченное во всех своих частях учение Volhard'a и Fahr'a. Но ничто не вечно под луной, а тем более в медицине, где, как писал Wagner, учения рождаются лишь для того, чтобы через 5 лет исчезнуть, и вот, в этом основательно построенном здании, главным образом в фундаменте его, действительно, со временем начали выпадать отдельные кирпичи, и оно стало мало по малу расшатываться. И чем ближе всматриваешься в это учение и сверяешь его с практической стороной вопроса и жизнью клиники, тем все больше и больше убеждаешься, что прихотливая жизнь даже в своих обыденных проявлениях—в болезнях часто не хочет укладываться в Прокрустово ложе схем и поражает нас неожиданностями там, где все казалось уже законченным, узаконенным, незыблемым, бесспорным и установленным. Я говорю о „неоспоримом“ постулате Volhard'a, что при хронических диффузных, гематогенных нефритах кровяное давление должно быть обязательно повышено, особенно при наличии *insufficienciae renum*.

Клиника уверовала в этот постулат, и клиницист не мог себе даже представить, что, рассудку вопреки и наперекор стихиям, могут быть такие хронические диффузные и гематогенные воспаления почек, которые протекают—*horribile auditu!*—без повышения кровяного давления, несмотря на имеющуюся здесь налицо недостаточность почек, азотэмию. Сколько таких больных, быть может, проходило у нас под различными диагнозами, но не под диагнозами нефритов, лишь потому, что мы твердо держались за определенный комплекс явлений, боясь отступить от общепринятых правил! Для пояснения приведу историю болезни одной больной, которая прошла через кабинеты многих врачей и профессоров, направляясь от терапевтов к невропатологам и обратно.

Дело касается больной 32 лет, которая почувствовала свою болезнь около 10 лет тому назад. Главной жалобой ее были головные боли, временами поносы, иногда бестощные рвоты по ночам. Иногда эти явления выступали все зараз, иногда поодиночке, иногда они исчезали вовсе, а иногда достигали ужасных размеров. «Я с детства,—рассказывает больная,—была здоровой и крепкой, перенесла 6-ти лет ветряную оспу и легкую скарлатину и с той поры ничем не хворала. Вышла замуж, но детей не имела. Заболела как-то неожиданно,—сначала появились тупые боли в голове по ночам, иногда была рвота без особой тошноты, за последние 2 года усилились поносы. Я стала худеть, нервничать, ходить по врачам и профессорам; ставилось много диагнозов, исследовалась моча, кровь на реакцию Wassermann'a, я лечилась, бывали улучшения, но ненадолго, и в конце концов одним невропатологом в Эссендуках было высказано предположение о мозговой опухоли».

Многочисленные анализы крови указывали, что реакция Wassermann'a у больной всегда была отрицательна. При исследовании мочи в 2 анализах были отмечены еле уловимые следы белка, но в остальном все нормально; в 5 анализах отмечено: белка нет, иногда в поле зрения лейкоцит и от 2 до 3 выщелоченных красных кровяных шариков, однажды в препарате был найден гиалиновый цилиндр. Все это в общем не давало никаких определенных указаний на болезненное состояние почек.

Объективная картина: исхудавшая женщина с дряблой, грязноватой кожей, с наличием небольших расчесов близ талии на боках и на бедрах. Со стороны легких норма, сердце тоже нормально, тоны его чисты, пульс 62 в 1', кровяное давление Мх—112, Мп—74. Со стороны желудочно-кишечного тракта—сухой, обложенный язык, жажда, неприятный запах изо рта, со стороны желудочной секреции (по моей методике) отчетливо выраженный резкий инертный тип гиперсекреторного характера:

	Своб. СН		Общ. кисл.			Своб. СН		Общ. кисл.	
1-й час	15'	15		27	2-й час	48		60	
	30'	29		44		72		89	
	45'	40		53		87		101	
	60'	52		64		90		110	
		136		188			297		460

Кишечник вздут, урчание, кал жидкий, вонючий. Печень не увеличена, селезенка тоже. Моча с удельным весом 1,010, прозрачная, реакция на белок с кипячением отрицательная, с Essbach'ом—неопределенная, с более чувствительными реактивами—слабо выраженная; осадок очень беден форменными элементами: цилиндров нет, во всем препарате пара лейкоцитов и 3—4 отдельных выщелоченных красных кровяных шарика.

Отмечается повышение сухожильных и мышечных рефлексов. Количество эритроцитов 4,850,000, белых кровяных телец 7,924 в 1 куб. мм., распределение белых телец нормальное.

Разбирая симптоматологию у нашей больной, мы должны были придти к заключению, что на первый план здесь выступают желудочно-кишечные явления: отсутствие аппетита, плохой вкус во рту, запах изо рта, инертный, гиперсекреторный тип секреции, поносы и перистальтика кишек. Можно было-бы этими непорядками со стороны желудочно-кишечного тракта объяснить и существовавшие у ней упорные головные боли; так и делалось уже неоднократно,—больная была на курорте (Эссентуки), лечилась ваннами, водами и диетой, но без особого, во всяком случае без длительного улучшения. Значит, причину страданий у нашей больной надо было искать в другом. И здесь нам пришла в голову настоячивая проповедь современного французского нефропатолога: *chez tout malade il faut penser à la possibilité d'une nephrite* (Pasteur-Valéry-Radot, *Maladies des reins*, 1922, p. 372). Только тогда можно избежать величайших диагностических ошибок, ибо при распознавании хронических нефритов возможные ошибки бесконечны,—*les erreurs de diagnostic possibles sont ici infinies!*

Действительно, клиника брайтовой болезни не укладывается в ответственные ей частной патологией рамки. Это особенно резко подчеркивают французские авторы. Vidal настойчиво учит, что не всегда при брайтовой болезни существуют *ad tempus explorationis* все характерные признаки: „*Les différents syndromes du mal de Bright ne sont d'ailleurs pas forcément associés, frequemment au contraire on les observe isolés les*

uns des autres, ou moins pendent une grande partie de l'évolution morbide (les formes monosyndromiques)".

Вообще французские клиницисты не придерживаются строго схем, какие любят строить немецкие клиницисты, и диагностика их нередко выливается в красивые фантазии, приобретающие затем реальные формы, получив обоснование. У них есть умение строить переходы от симптома к болезни (см., напр., книгу „От симптома к болезни“ F. Coste'a и Oddo, русс. пер.).

Изучая больную с точки зрения возможного у нее заболевания почек, мы должны были прежде всего принять во внимание хроничность болезни. На головные боли, рвоты и поносы мы могли смотреть, как на выявление хронической интоксикации,—тем более, что у больной были и кое-какие другие признаки этого—зуд кожи, повышение рефлексов, отсутствие аппетита, уригинозный запах изо рта, которому U m b e r придает большое значение, при отсутствии испорченных зубов у пациентки, и гиперсекреторный инертный тип секреции (д-р Виленский). Наконец, при дальнейшем распросе пациентки она сообщила, что порой очень чувствительна к холоду (криэстезия),—что у нее бывают парэстезии (ползание мурашек),—что она временами часто, но понемногу мочится по ночам (поллакиурия и никтурия),—что она страдает порой упорной бессонницей и судорогами в икрах, а один раз даже у нее имела место временная потеря зрения на один глаз, именно левый глаз, причем около $1\frac{1}{2}$ часа она ничего не видела (amaurosis). Окулист не нашел никаких изменений в глазах и объяснил это явление спазмом сосудов сетчатки на нервной почве (кстати сказать, у больной до сих пор со стороны дна глаз все в порядке).

Таким образом у нашей больной, при переносе диагностических предположений в плоскость возможности здесь заболевания почек, мы получили указания на ряд т. наз. „малых симптомов брайтизма“, подчеркнутых и выдвинутых в свое время проф. Dieulafoy. Можно было думать, что дело здесь идет о хронической недостаточности почек с уремическими явлениями.

Такая диагностика, однако, в основе противоречит учению немецкой школы, которая подчеркивает, что недостаточность почек может быть только при хронических диффузных нефритах, где всегда должны быть налицо гипертония и связанные с нею явления со стороны сердца. Чем выше почечная интоксикация, уремия, тем выше и гипертония! Как раз этого-то у нашей больной не было: Мх кровяное давление у нее равнялось—112, Мп—74, т. е. у нее скорее была норма кровяного давления; с некоторой натяжкой здесь можно было разве говорить об известном повышении Мп, но таком, которое не позволяло делать никаких выводов.

В виду этого для установления факта, достаточна-ли функция почек у нашей больной, мы прибегли, во-первых, к нашей функциональной методике изучения работы почек, во-вторых, взяли кровь для учета содержания в ней RN (достаточного азота). Количество последнего оказалось в кровяной сыворотке равным 102 mgr. ‰. Когда затем больная была положена в клинику, где ей в течение трех дней давалась обычная диета и 1800 кб. сант. воды pro die (в виду ее жажды), то функциональная проба оказалась протекавшею так:

Часы	Колич. мочи	Уд. вес.	‰ ClNa	Часы	Колич. мочи	Уд. вес.	‰ ClNa
6—9 ч. ут.	125	1,010	0,8	6—8 ч. веч.	225	1,010	0,7
9—12 дня	175	1,010		9—12 ночи	270	1,011	
12—3 „	150	1,009		12—3 „	155	1,009	
3—6 „	150	1,011		3—6 „	240	1,010	
ДД	600 к. с.			НД	1000 к. с.		

ОД=600+1000 или 1600 к. с.; следовательно, ОД по отношению к общему количеству введенной жидкости (1800) равнялось приблизительно 90‰.

Изучение этой таблички говорит, что почки у больной 1) устали в работе, а потому НД (1000) больше ДД (600), почки чувствительны к нагрузке, и днем, когда это имеет место, работают хуже, чем ночью; 2) почки работают и днем, и ночью усиленно и монотонно, как в количественном (по часам), так и в качественном отношении (одинаковый удельный вес); 3) со стороны отделения констатируется изостенурия, моча по концентрации молекул равняется сыворотке крови, т. е. почечный фильтр потерял уже свою нормальную способность к концентрации и уподобился простой животной перепонке; 4) наконец, почки могут вывести только 20,7 мочевины pro die (зная, что удельный вес мочи у больной равнялся 1,010, находим, что плотных веществ в литре мочи имелось $10 \times 2,3$ (коэфф. Haeser'a), т. е. 23,0, в том числе $\frac{2}{3}$ азотистых веществ и $\frac{1}{4}$ из них мочевины, т. е. $\frac{23}{2} = 11,5$ гр., а в 1800 мочевины

будет $11,5 \times 1,8 = 20,7$ гр.). Так как при обычных условиях больной выводит в день мочей около 25—30 гр. мочевины, то эти данные говорят, что почки здесь недостаточно очищали организм от шлаков,—здесь имела место *insufficiencia renum*, что подтверждалось также наличием увеличенного количества RN в крови—102 mgr ‰ (вместо нормальных 40—50 mgr ‰).

Итак перед нами был парадоксальный случай хронического азотемического нефрита без повышения кровяного давления, или, по нашей классификации, *nephropathia chr. anhypertonica, azotaemica*.

Случай этот интересен прежде всего тем, что он расшатывает основу Volhard'овского определения хронических нефритов: оказывается, хронические диффузные нефриты с азотемией могут быть даже без повышения кровяного давления. Это факт говорит об условности в схематичности классификации брайтовой болезни по Volhard'у и Fahr'у.

На II Всесоюзном Съезде Урологов в Ленинграде, в 1927 г., Гораш, производя оценку современных классификаций нефритов и указывая на их сложность и незаконченность, а также на частое несоответствие патолого-анатомического принципа клиники и функции почек,—о чем я твержу постоянно и повсюду,—счел для настоящего момента возможным рекомендовать только мое предложение, т. е. учитывать наличие клинических данных, исходя из общего понятия „нефропатии“ (см.

отч. во Врач. Деле, 1927, № 20, стр. 1515). Это меня очень радует, ибо по существу дела в клинике другого выхода в определении болезни почек нет.

Далее, надо выяснить другой вопрос,—как часто наблюдаются в практике подобные парадоксальные случаи? В русской литературе, если не считать описанного мною в моих клинических лекциях по болезням сердца и почек (вып. II, Москва, 1927 г., стр. 137, лекция VIII) одного подобного случая, других сообщений я не встречал. То же могу сказать и о немецкой литературе,—мне как-то не попадались там такие описания. Зато во французской литературе за последнее время подобные наблюдения публикуются все чаще и чаще. Первые указания в этом направлении сделаны Vidal'ем. A. Weil в своей диссертации (*L'azotémie au cours des nephrites chroniques*, Paris, 1913) сообщает, что на 85 случаев он видел 2 случая азотемии без гипертонии и гипертрофии сердца. Pasteur-Vallery-Radot (*Maladies des reins*, 1922, p. 328) говорит, что азотемия всегда, за редкими исключениями, связана с гипертонией. В 1924 году Laroche и Desmoulière (*Presse med.*, № 68, p. 689) привели 14 подобных случаев, которые им пришлось наблюдать в течение 2 лет. В 1926 г. о том же на страницах той же газеты трактовали Bouchut и Ravault.

Приведенные данные свидетельствуют, что случаи этого рода прежде проходили диагностически, повидимому, под другим флагом; теперь же, когда об них стали больше думать и памятовать о совете Pasteur-Vallery-Radot „partout il faut penser aux nephrites et les chercher“, такие экстраординарные случаи стали вылавливаться. Поэтому и я считал своим долгом познакомить читателей с этим, описанным выше, парадоксом почечной патологии. Добавлю, что больной, после констатирования у ней факта хронической уремии, было сделано 2 последовательных кровопускания (по 300 к. с.) и назначена сахарно-фруктовая диета в течение 7 дней. На 8-й день после того количество RN понизилось в крови до 57 мгр. ‰, и самочувствие пациентки резко улучшилось, что подтверждало еще и ex juvantibus правильность диагноза. В дальнейшем больной была рекомендована, кроме диеты, декапсуляция почек.

К вопросу о лечении послеоперационных легочных осложнений *).

Ординатора П. Н. Маслова.

Среди послеоперационных осложнений, которые могут угрожать жизни оперированного больного, особенно многочисленны и опасны послеоперационные бронхиты и развивающиеся из них бронхопневмонии; последние большею частью протекают тяжело, ставя нередко под риск самую жизнь больного. Отсюда естественно, что успешная борьба с послеоперационными легочными осложнениями является одной из очередных и практически-важных задач современной хирургии. Неудивительно поэтому, что хирургическая мысль постоянно занимается этим вопросом, рассматривая его как со стороны профилактической, так и терапевтической.

Несмотря на то, что этиология и патогенез легочных осложнений до настоящего времени с точностью еще неизвестны,—что значительно затрудняет борьбу с ними,—все же мы знаем целый ряд условий и моментов, благоприятствующих возникновению этих осложнений. Так, несомненно, что наличие у данного больного до операции катаррального состояния дыхательных путей в той или иной степени благоприятствует развитию пневмонии. Отмечено, далее, что у субъектов с пониженной сопротивляемостью организма, как-то у лиц истощенных, кахектичных, в особенности карциноматозных, послеоперационные легочные осложнения наблюдаются чаще. Немаловажную роль в возникновении указанных осложнений играют и все те моменты, которые тем или иным путем ухудшают так наз. вентиляцию легких; сюда должны быть отнесены и органические расстройства, ателектатические явления в легких, длительное лежание на спине, в особенности же те условия, которые, уменьшая размах дыхательных экскурсий, ухудшают их вентиляцию. Этим объясняется большая частота легочных осложнений после операций в полости живота и на стенках его, а особенно после операций в верхней половине живота (более близкое соседство с диафрагмой). С этой точки зрения становится понятным отмеченный многими авторами факт, что у мужчин, у которых превалирует брюшной тип дыхания, после операций на животе легочные осложнения наблюдаются чаще, чем у женщин. Следующим благоприятствующим условием для развития послеоперационных легочных осложнений является загрязнение воздуха операционной, а равно загрязнение его в палатах, куда помещаются оперированные боль-

*) Сообщено в Хирургической секции Общества Врачей при Казанском Университете 11 мая 1927 г.

ные. Наконец, интересующие нас осложнения нередко возникают и на почве переноса эмбола, оторвавшегося из тромбированных вен операционного поля; условия для пневмонии эмболического происхождения особенно повышаются при инфицировании брюшной раны, каковая опасность особенно угрожает при широком вскрытии желудочно-кишечного канала (напр., при резекции желудка). В условиях эфирного общего наркоза сюда присоединяются еще и специфическое действие эфира на верхние дыхательные пути, что считается доказанным опытами над животными (Grossman'a, Nauwerek'a, Holscher'a): по мнению этих авторов, эфир через местное раздражение слизистых оболочек, косвенно возбуждает центральную нервную систему и увеличивает секрецию слюнных и слизистых желез рта, носа, глотки; масса секрета в условиях общего наркоза легко попадает в трахею, большие и малые бронхи и может, при наличии в секрете бактерий, вызвать бронхит и далее бронхопневмонию.

Клинически, как известно, послеоперационные легочные осложнения протекают обычно, сопровождаясь большим или меньшим подъемом температуры, то в виде явлений так наз. разлитого бронхита без фокусных явлений, то в виде ясно констатируемых фокусов катаральной пневмонии, то, наконец, в виде полной и типичной клинической картины ясно выраженного инфаркта легких.

Методы борьбы с указанными осложнениями могут быть разделены на две группы: 1) методы профилактические и 2) терапевтические.

Профилактические мероприятия в общем заключаются в своевременном устранении, соответствующим образом, всех выше перечисленных моментов, являющихся причинами возникновения послеоперационных легочных осложнений. Сюда относятся лечение легочных и сердечных заболеваний до операции; сюда также относятся предложения нежного обращения с тканями при операциях в брюшной полости и т. д.

Наступившие после операций легочные осложнения лечатся, как известно, целым арсеналом терапевтических процедур: применением отхаркивающих, сердечных, применением компрессов, банок, и т. п. Частые неудачи от применения этих средств, естественно, давно уже побуждали хирургов искать новые способы борьбы с легочными послеоперационными осложнениями. В последние годы обратило на себя внимание хирургов предложение Bier'a вводить в подобных случаях интермускулярно *äther puriss. pro narcosi* вместе с *ol. olivarium* aa 0,5 с прибавлением 1% новокаина, где новокаин является обезболивающим, а *ol. olivarium* — индифферентным средством, замедляющим всасывание эфира в ткани и тем самым усиливающим его действие.

На основании большого количества наблюдений Bier пришел к убеждению, что, эфир, вводимый межмышечно в малых дозах, в самое короткое время излечивает послеоперационный бронхит, предупреждая тем самым пневмонию. Ученик Bier'a Riess в 1925 г. сообщил о 187 случаях послеоперационных бронхитов, которые были вылечены с помощью эфирных инъекций в мышцы. Для обоснования клинического применения эфира Riess поставил ряд опытов над мышами и собаками. Каковые опыты позволили установить, что введенный межмышечно эфир в малых дозах производит в легочной ткани гиперэмию и острую эмфизему, чем создаются условия для экссудации, разжижения секрета и более быстрой ликвидации процесса в легком.

Seidel испытал действие эфира в 52 случаях послеоперационных бронхитов. Из русских хирургов проф. Шаак сообщает о 75 случаях послеоперационных бронхитов, леченных в его клинике эфирными инъекциями. Эти авторы считают применение эфира методом выбора при лечении послеоперационных бронхитов.

Отдавая должное действию эфира, мы, как и многие прежние авторы, иногда получали также благоприятные результаты при послеоперационных легочных осложнениях от подкожного введения камфоры. На основании этого нам было предложено доцентом Н. В. Соколовым формулу Bieg'a видоизменить таким образом, чтобы вместо *ol. olivarium* прибавлять к эфиру *ol. camphorae* (*aether puriss. pro narcosi et ol. camphorae* аа 0,5), вводя тем самым новое действующее, а не индифферентное начало. Камфарное масло в данном случае, подобно *ol. olivarium*, способствует также медленному всасыванию в ткань эфира и, кроме того, является превосходным средством, повышающим сердечную деятельность и сопротивляемость организма, что, несомненно, увеличивает шансы на более благоприятный исход заболеваний. От прибавления же новокаина мы отказались, так как расчет на его обезболивающее действие не оправдался: обычно больные после каждого впрыскивания жаловались на сильную жгучую боль, продолжавшуюся 2—3 минуты. Это неприятное побочное явление, вероятно, не так легко устранить, так как эфир уже в самый момент впрыскивания причиняет сильную боль, тогда как новокаин, как и другие анестезирующие вещества, производят свое специфическое действие несколько позже.

Лечение инъекциями эфира с камфорой послеоперационных легочных осложнений мы применяли после самых разнообразных операций—грыжесечений, аппендэктомий, струмэктомий, ампутаций, операций на желудке и т. д. Обычно при первых признаках острого бронхита, т. е. при наличии кашлевых раздражений, повышения температуры, болей при дыхании, трудно отхаркиваемой вязкой мокроты, хрипов,—больной получал в мышцу бедра 1 к. с. смеси эфира с камфорой один раз в сутки.

Течение болезни при такой терапии, за немногими исключениями, с поразительной правильностью было следующее: непосредственно после инъекции все больные указывали на вкус эфира во рту, который появлялся меньше, чем через минуту, и сохранялся в течение 15—18 часов. Через 10—15 минут после инъекции больные сообщали об улучшении их общего состояния: надоедливое кашлевое раздражение почти совершенно исчезало, кашель, который больше всего беспокоил оперированных, становился более свободным, мокрота разжижалась и отхаркивалась безболезненно через поверхностные кашлевые движения, без сотрясения всего тела и в частности области операционной раны, что было особенно приятно для больных. Больные, которые перед тем жаловались на чувство стеснения в груди и затруднительное дыхание, испытывали существенное облегчение. Что касается температуры, то последняя в 25°/о всех случаев падала до нормы после первой же инъекции, в 60°/о—после второй и только в 15°/о—после третьей. До полного исчезновения болезненных явлений в легких требовалось, в среднем, от 3 до 5 инъекций в течение 3—5 дней. То же самое, как говорит наш клинический опыт, можно сказать и о кашле. Такие наблюдения проведены нами на 60 больных.

Клиническое наблюдение никогда не может равняться лабораторному опыту, где строгий контроль дает право на более или менее точные выводы. Не претендуя на такие выводы, мы все же старались проводить свои наблюдения над больными, ставя часть их в условия контроля, именно, мы разбивали больных по группам с однородным характером хирургического вмешательства, напр., брали 5 больных с аппендэктомией, у которых появлялись легочные осложнения, и одному из них вводили эфир и камфору, другому ставили банки, третьего лечили отхаркивающими, четвертому вводили только камфору, а пятому, как контрольному, ничего не вводили. Таким образом 25-ти больным с начинающимися послеоперационными легочными осложнениями мы втечении трех дней ставили банки, 20-ти больным давали отхаркивающие, 15-ти втечении трех дней делали ин'екции камфоры по 1 куб. с. в сутки, наконец, 10 больных втечении трех дней оставили без всякого лечения. Наблюдения над этими больными дают нам право утверждать, что лечение послеоперационных легочных осложнений всеми указанными терапевтическими процедурами (банки, отхаркивающие, ин'екции камфоры) не может никоим образом конкурировать по своему эффекту с лечением ин'екциями смеси эфира с камфорой, ибо почти во всех этих случаях нам пришлось, после трехдневного применения выше перечисленных процедур, перейти на ин'екции эфира и камфоры по нашей формуле.

Мы считаем важным особенно подчеркнуть тот факт, что ни у одного из 60-ти больных, леченных тотчас после начала заболевания ин'екциями эфира и камфоры, течение болезни не осложнилось пневмонией в то время, как из 25 больных, леченных банками, мы имели бронхопневмонию у 2, из 25 больных, леченных отхаркивающими,—бронхопневмонию у 1, из 10 больных контрольных—бронхопневмонию также у 1.

Что касается рекомендованного в последние годы лечения послеоперационных легочных осложнений аутогемотерапией, то мы имели возможность применить ее только в двух случаях. В одном случае больному было сделано две ин'екции с благоприятным результатом, в другом больной от повторной ин'екции отказался. Вследствие трудности получить согласие больных на повторные ин'екции, мы не могли широко использовать для сравнения и этот метод.

Таким образом сравнительная оценка результатов лечения послеоперационных легочных осложнений ин'екциями эфира плюс камфора и другими методами на нашем скромном материале дает возможность определенно высказаться за первый метод. Метод этот прост, побочных явлений никаких не дает, эффект его сказывается быстро и верно.

С целью выяснения профилактического значения данного метода мы применили его на 20 больных, у которых до операции не было никаких легочных заболеваний, именно, мы впрыскивали им по 1 куб. с. смеси эфира с камфарным маслом в последние два дня перед операцией. Полученные при этом результаты не дают нам права говорить о профилактическом значении этих ин'екций: у многих из этих больных после операции обнаружались явления бронхита, хотя и в более легкой степени, чем у лиц, не получавших до операции подобных ин'екций.

Наконец, последний вопрос, на который нам хотелось-бы обратить внимание читателей, и который обсуждается в настоящее время в литературе,—это вопрос о значении метода обезболивания для послеопера-

ционных легочных осложнений. На нашем материале мы, вопреки некоторым авторам, существенной разницы в развитии послеоперационных легочных осложнений в зависимости от формы применявшегося при операции обезболивания не наблюдали: процент этих осложнений был приблизительно одинаков как при местной инфильтрационной анестезии, применяемой в нашей клинике в 75⁰/₀ случаев, так и при общем наркозе.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Bier. Münch. med. Woch., 1925, №№ 18—19.—2) Riess. Ibid., 1925, № 19.—3) Seidel. Ibid., 1926, № 3.—4) Vorschütz и Tenekhoff. Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 183, Н. ³/₆, 1923.—5) Rausche. Ibid., Bd. 193, Н. ³/₆, 1925.—6) Шаак. Ж. Совр. Хир., т. 1, вып. 1—2, 1926.
-

Искусственный выкидыш, как социальное зло, и борьба с этим злом ¹⁾.

Проф. В. С. Груздева (Казань).

Имея под собою глубокие экономические и даже биологические основы, борьба с материнством приняла у современной женщины поистине колоссальные размеры. Во всех культурных странах наблюдается прогрессирующее, из года в год растущее понижение процента деторождений и вместе с тем, несмотря на уменьшение смертности,—понижение ежегодного прироста населения. Не говоря уже о Франции, даже в такой стране, как Швеция, которая избежала ужасов империалистической войны и обычно приводилась ранее в качестве примера социально-здоровой страны, рождаемость с 26,3% в 1891 году упала к 1926 году до 12,6%, т. е. за 3½ десятилетия уменьшилась более, чем вдвое. Не представляет в этом отношении исключения и наша родина. Я подытожил к настоящему Съезду данные относительно родовой деятельности лично опрошенных мною 5432 женщин,—здоровых (беременных) и гинекологических больных моей домашней амбулатории. Как можно видеть из прилагаемой таблицы,—между тем, как в 1901—1902 г.г. на каждую замужнюю женщину у меня приходилось 2,82 родов,—в 1918—1919 г.г. эта цифра упала до 1,87, а за последнее пятилетие (1922—1926 г.г.)—до 1,58, т. е. уменьшилась почти вдвое; на каждую беременную в 1901—1902 г.г. у меня приходилось 3,80 деторождений, а в 1918—1919 г.г.—2,70, за последнее же пятилетие—2,24.

Конкретно борьба с материнством выливается в различные формы, но главными из них являются у замужних женщин употребление предохранительных средств против зачатия и искусственное прерывание уже наступившей беременности, искусственный выкидыш, причем этот последний, благодаря своему влиянию на здоровье женщины, привлекает особенно-напряженное внимание и государственных деятелей, и социологов, и врачей. Это-то громадной важности социальное явление я и постараюсь посылно осветить в настоящем докладе на основании как литературных данных, так и собственных материалов.

Во всем культурном мире давно уже свирепствует настоящая пандемия выкидышей,—пандемия, размеры которой из года в год становятся все больше. Во Франции ежегодное число выкидышей определяется в 500 тысяч. В Германии Bunt и Vollmann определяют это число также круглым счетом в 500 тыс., тогда как по Hansberg'у оно доходит до миллиона. Если в прежнее время, по данным Sellheim'а²⁾, в Германии 1 выкидыш приходился на 10 срочных родов, то в настоящее время, по крайней мере в больших городах, 1 выкидыш приходится на вдвое родов. Дейчман²⁾ дает еще более высокую цифру: по этому

²⁾ Сообщено на II Поволжском Съезде Врачей в Саратове.

Общая сводка данных относительно родовой деятельности 5432 женщин, опрошенных в 1922—1926, 1901—1902 и 1918—1919 г.г.

	1922	1923	1924	1925	1926	Итого за пятилетие 1922-1926	1901 и 1902 г.г.	1918 и 1919 г.г.
а) Беременности.								
Общее число замужних женщин	451	467	792	678	887	3275	989	1068
В том числе беременевших	303	341	518	478	665	2305	737	738
в ‰	67,2‰	73‰	65,4‰	70,5‰	75‰	70,4‰	72,5‰	69,1‰
" не имевших беременностей	148	126	274	200	222	970	252	330
в ‰	32,2‰	27‰	34,6‰	29,5‰	25‰	29,6‰	25,5‰	30,9‰
Общее число беременностей	1051	1091	1508	1596	2323	7569	3224	2605
На каждую замужнюю . .	2,33	2,34	1,90	2,35	2,62	2,31	3,26	2,44
На каждую беременевшую	3,47	3,20	2,91	3,34	3,49	3,28	4,37	3,53
Maximum	25	20	13	15	19	25	20	20
б) Роды.								
Общее число рожавших жен- щин	239	284	406	376	550	1855	701	612
‰ по отношению к числу замужних	53‰	60,8‰	51,2‰	55,4‰	62‰	56,7‰	70,9‰	57,3‰
% по отношению к числу беременевших	78,9‰	83,3‰	78,4‰	78,7‰	82,7‰	80,5‰	93,7‰	82,9‰
Общее число родов . . .	750	755	997	1099	1561	5162	2795	1994
На каждую замужнюю . .	1,66	1,62	1,26	1,62	1,76	1,58	2,82	1,87
На каждую беременную .	2,47	2,21	1,92	2,30	2,35	2,24	3,80	2,70
На каждую рожавшую . .	3,14	2,66	2,45	2,92	2,84	2,78	3,98	3,26
Maximum	19	18	12	12	17	19	17	19
в) Выкидыши.								
Общее число выкидышавш.	166	188	286	272	407	1319	258	393
‰ по отношению к числу замужних	36,8‰	40,3‰	36,1‰	40,1‰	45,9‰	40,3‰	26,1‰	36,8‰
‰ по отношению к числу беременевших	54,7‰	55,1‰	55,2‰	56,9‰	61,2‰	57,2‰	35,1‰	53,2‰
Общее число выкидышей .	301	336	511	497	762	2407	429	611
На каждую замужнюю . .	0,67	0,72	0,64	0,73	0,86	0,74	0,43	0,57
На каждую беременевшую	0,99	0,99	0,99	1,04	1,15	1,04	0,58	0,83
На каждую выкидышавшую	1,81	1,79	1,79	1,83	1,87	1,82	1,66	1,55
Maximum	20	8	10	9	15	20	10	11

	1922	1923	1924	1925	1926	Итого за пятилетие 1922-1926	1901 и 1902 г.г.	1918 и 1919 г.г.
аа) Самопроизвольные выкидыши.								
Общее число имевших самопроизвольн. выкидыш.	97	95	142	126	203	663	?	275
% по отношению к числу замужних	21,5%	20,3%	17,9%	18,6%	22,9%	20,2%	?	24,8%
% по отношению к числу беременевших	32%	27,9%	27,4%	26,4%	30,5%	28,7%	?	37,2%
Общее число самопроизв. выкидышей	146	149	204	197	273	969	?	390
% по отношению к общему числу выкидышей	48,5%	44,3%	39,9%	39,6%	35,8%	40,2	?	63,8%
На каждую замужнюю . . .	0,32	0,32	0,25	0,29	0,3	0,3	?	0,37
На каждую беременевшую.	0,48	0,44	0,39	0,41	0,41	0,42	?	0,53
Maximum	6	8	4	8	7	8	?	7
бб) Искусственные выкидыши.								
Общее число сделавших искусствен. аборт	88	101	172	174	256	791	?	138
% по отношению к числу замужних	19,5%	21,6%	21,7%	25,7%	28,9%	24,2%	?	12,9%
% по отношению к числу беременевших	29%	29,6%	33,2%	36,4%	38,5%	34,3%	?	18,7%
Общее число искусственн. аборт	155	187	307	300	489	1438	?	221
% по отношению к общему числу выкидышей	51,5%	55,7%	60,1%	60,4%	64,2%	59,8%	?	36,2%
На каждую замужнюю . . .	0,34	0,40	0,39	0,44	0,55	0,44	?	0,21
На каждую беременевшую.	0,51	0,55	0,59	0,63	0,74	0,62	?	0,3
Maximum	20	7	7	10	15	20	?	7

автору в Германии из 100 беременностей 40, в последние годы, оканчиваются выкидышами. То же самое мы видим в Американских Соединенных Штатах, Англии и др. странах.

У нас угрожающее возрастание числа выкидышей стало обращать на себя внимание с последних годов прошлого столетия. Еще Михайлов³⁾ в своей известной диссертации, материалом для которой послужили отчеты русских родовспомогательных учреждений за 50 лет (с 1840 по 1890 г.), определяет число выкидышей по отношению к числу родов, — срочных и преждевременных, — не более, как в 3%. Но уже в 1912 г. Якобсон⁴⁾ отмечает, что за 17 лет процент выкидышей в Петербурге увеличился в 10 раз. Перетц⁵⁾, подсчитав число аборт, бывших в Екатеринбургском Повивально-Гигиеническом Институте за 1910—

1920 г.г., нашел, что за эти 10 лет число их возросло почти в 5 раз. В Саратовском Родильном Доме, по Нахамкиной⁶⁾, количество выкидышей с 1914 по 1923 г. увеличилось более, чем вдесять раз. Неуклонное повышение числа выкидышей отмечает и Кузнецов⁷⁾ в Сибири. Для моего материала, относящегося к 1901—1902 г.г., количество выкидышей на каждую замужнюю равнялось 0,43, а на каждую беременевшую 0,58; в 1918—1919 г.г. эти цифры равнялись 0,57 и 0,83, а в 1922—1926 г.г.—уже 0,74 и 1,04.

Особенно быстрым темпом пошло у нас увеличение числа выкидышей в самые последние годы. В Ленинграде в 1924 г. на 100 родов приходилось 21,2 выкидышей, а в 1925 г.—уже 45,3! В Москве, по Гексу⁸⁾, в родильных домах за 1924 г. аборт составляли 28,6% родоразрешений, а в 1925 г., по тому же автору⁹⁾, в Москве на 100 родов пришлось 31,6 выкидышей—естественных и искусственных. По данным, сообщаемым во „Врачебной Газете“ (1927 г., № 3), в Тверской губ. количество выкидышей за 1926 г. удвоилось. В моем материале коэффициент выкидышей равнялся для каждой замужней в 1922 г. 0,67, а в 1926 г.—0,86, для каждой беременевшей в 1922 г. 0,99, а в 1926 г.—1,15. Здесь кстати замечу, что у Бубличенко и Карлина¹⁰⁾ коэффициент этот значительно выше: 1368 опрошенных ими женщин, оказалось, имели 1955 выкидышей, т. е. на каждую приходилось их 1,43.

Едва ли можно сомневаться, что это возрастание числа выкидышей происходит главным образом,—если не исключительно,—на счет искусственных абортов. И вообще-то самопроизвольные выкидыши составляют у современной женщины очень небольшой процент в общем числе выкидышей: Карлин¹¹⁾ в 1924 г., определяет этот процент, для своего материала, лишь в 25,5. Просматривая цифровые данные, относящиеся к моему материалу, легко видеть, что процент самопроизвольных выкидышей с 1918 г. по 1926 г. не только не повысился, а, напротив, значительно понизился: в 1918—1919 г.г. самопроизвольные выкидыши составляли 63,8% общего числа выкидышей, а в 1926 г.—только 35,8%. В 1918—1919 г.г. на каждую замужнюю женщину пришлось в моем материале 0,37 самопроизвольных выкидышей, а для каждой беременевшей коэффициент этот равнялся 0,53; в 1926 г. числа эти понизились до 0,3 и 0,41.

Напротив, число искусственных выкидышей в моем материале и абсолютно, и относительно обнаруживает за последние годы неуклонную тенденцию к повышению. Если в 1918—1919 г.г. процент женщин, делавших искусственные аборт, равнялся у меня по отношению к общему числу замужних 12,9, а по отношению к общему числу беременевших—18,7, то за пятилетие с 1922 по 1926 г. мы видим прогрессивное повышение первого с 19,5 до 28,9, а второго—с 29 до 38,5. Искусственные аборт, составлявшие в 1918—1919 г.г. лишь 36,2% общего числа выкидышей, за пятилетие 1922—1926 г.г. возрасли в числе с 51,5% до 64,2%, причем коэффициент искусственных выкидышей для замужних, равнявшийся в 1918—1919 г.г. 0,21, за 1922—1926 г.г., неизменно повышаясь, поднялся с 0,34 до 0,55, а для беременевших, вместо 0,3 в 1918—1919 г.г., повысился за годы 1922—1926 с 0,51 до 0,74.

Что прогрессивное возрастание числа выкидышей, наблюдающееся у нас за последнее время, происходит именно на счет увеличения числа

искусственных абортов,—это доказывается и вескими данными других наших авторов. Так, Шутихин¹²⁾ в заседании Уральского Мед. Общества в Свердловске сообщил, что число зарегистрированных искусственных выкидышей увеличилось там за один 1925 г. ни более, ни менее, как на 116⁰/₀! Не ограничиваясь городами, пандемия искусственных выкидышей,—как об этом свидетельствуют данные Гекса¹³⁾, Флоринской¹⁴⁾, Спирова¹⁵⁾, Приходько¹⁶⁾ и др., и как это я могу вполне подтвердить и на основании личных наблюдений,—начинает проникать и в деревню, притом даже в самую глухую.

То же самое явление имеет место и за границей, причем здесь,—как это было и у нас до декрета 1920 г., разрешающего свободное производство аборта,—огромное большинство искусственных абортов производится нелегально, подпольно, принадлежит к числу т. наз. преступных выкидышей. Впрочем и у нас, несмотря на декрет, подпольные выкидыши далеко еще нельзя считать совершенно искорененными. Чрезвычайно любопытные данные на этот счет сообщает Гекс¹³⁾: по собранным им сведениям в 904 участковых больницах за 1922, 1923 и 1924 г.г. было произведено 55.532 аборта, подпольных же выкидышей за эти годы по 1658 участкам было сделано 66.375! У нас в Казани,—да, вероятно, и во всех других городах,—весьма большое количество выкидышей,—учесть которое, по весьма понятным причинам, невозможно,—до сих пор производится нелегально, неврачами, при помощи таких приемов, как прокол плодного яйца, внутриматочные иодные впрыскивания и т. п.

Между тем, если вообще выкидыши дают гораздо более значительную заболеваемость и смертность женщин, чем срочные роды (по Labhardt'у смертность после выкидышей вдвое выше, чем после срочных родов, а по Якобсону⁴⁾)—даже в 7—10 раз, заболеваемость же—в 2¹/₂ раза), то особенно опасными для здоровья и даже жизни женщины являются подпольные выкидыши. Допуская даже, что в указаниях Magrier, будто смертность после преступных абортов в 100 раз выше, чем после срочных родов, и декрета 1920 г., что из женщин, прибегающих к подпольным выкидышам, „50⁰/₀ заболевают заражением и 4⁰/₀ их умирают“, содержится известная доля преувеличения,—все же нельзя сомневаться, что опасность подпольных выкидышей весьма велика. Это и понятно: подпольные выкидыши производятся зачастую совершенно невежественными абортистами и абортистками, в обстановке, не допускающей проведения даже элементарных правил асептики, нередко ктому же второпях, украдкой... Немудрено, что, при этих условиях, даже в культурной Германии, по данным Winkler'a, от последствий абортов ежегодно гибнут от 6 до 10 тысяч женщин, а заболевают более или менее серьезно от 75 до 100 тысяч!

Громадное возрастание числа выкидышей вообще, искусственных в частности и подпольных в особенности, неисчислимые жертвы жизнями и здоровьем женщин, приносимые на алтарь этого современного Молоха во всем цивилизованном мире, не говоря уже о неизбежной массовой гибели зародышей, заставляющей многих,—у нас, напр., Выгодского¹⁷⁾ и др.,—рассматривать искусственный выкидыш, как убийство,—все это побуждает видеть в искусственном выкидыше огромное социальное зло, настоящее общественное бедствие, настоятельно требующее энергичной борьбы с ним. Но каковы должны быть рациональные меры, при помо-

щи которых можно было-бы с успехом противодействовать этому злу? Вопрос этот не так-то легок для своего разрешения.

Во всех культурных странах, за исключением СССР, борьба с абортами сводилась и сводится главным образом к карательным мерам. Искусственный выкидыш здесь допускается лишь по т. наз. медицинским показаниям,—при тех заболеваниях беременных, на которые беременность оказывает неблагоприятное влияние и которые с устранением беременности или совершенно проходят, или делаются менее опасными для женщины. Круг этих показаний является недостаточно строго очерченным: в то время, как французская акушерская школа, с Ринардом во главе, крайне суживает его, немецкими, напр., авторами выдвигаются, в качестве показаний к искусственному выкидышу, все новые и новые заболевания беременных. Во всяком случае вне этих показаний искусственное прерывание беременности там не допускается; всякий искусственный выкидыш, произведенный при отсутствии таковых, считается преступным, и как лица, производящие его, так и беременные, сознательно прибегающие к их услугам, караются законом. В Германии, напр., по Дейчману²⁾, за преступный выкидыш полагается от 5 до 10 лет каторжных работ.

Достигают-ли, однако, репрессивные, карательные меры той цели, для которой они введены законом? Колоссальное, из года в год прогрессирующее распространение абортов во всех странах, где действуют карательные законы, дает на этот вопрос красноречивый ответ. С другой стороны репрессии эти загоняют искусственный выкидыш в подполье, отдают желающих почему-либо избавиться от нежелательной беременности женщин всецело в руки бессовестных, корыстных, нередко невежественных абортистов и абортисток, избравших производство искусственного выкидыша своей профессией, в руках которых операция прерывания беременности дает ту громадную заболеваемость и смертность, о какой уже было сказано нами выше. По Roesle смертность от родильной горячки, напр., в Берлине в 4 раза выше, чем у нас в Ленинграде, причем $\frac{4}{5}$ смертей от нее приходится на подпольные аборты. Заслуживает, однако, замечания, что, несмотря на такие последствия репрессивных мер, последние до сих пор встречают горячих защитников не только среди юристов, но и среди видных представителей западно-европейской акушерско-гинекологической науки. Сошлюсь хотя-бы на совсем недавно вышедшую монографию Kubinyi¹⁸⁾, где автор в целях борьбы с распространением аборта настоятельно рекомендует ограничить круг медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности и совершенно исключить социальные показания к нему; о каждом септическом аборте, по К., следует доводить до сведения судебной власти; регистрационные карточки акушеров со случаями абортов должны строго контролироваться; врачебные свидетельства, на основании которых производится прерывание беременности, должны составляться в 2 экземплярах, причем один из них должен храниться в суде; рекомендуются также выявление абортистов, строгий контроль за их деятельностью и примерное их наказание.

Карательные меры ставились во главе борьбы с искусственными абортами и у нас в России, в дореволюционную эпоху. Согласно старому законодательству как женщины, сознательно прибегавшие к искусственному выкидышу без медицинских для него показаний, так и лица, про-

производившие выкидыш, карались ссылкой в Сибирь на поселение. Правда, этот закон, как и многие другие законы царской России, оставался большей частью мертвой буквой. Судебное преследование лиц, производивших преступные аборты, по понятным причинам возбуждалось лишь в тех случаях, где аборты эти кончались смертью. Но все же закон этот имел у нас те же последствия, как и всюду на Западе: „не приводя к положительным результатам, он,—скажем словами декрета 1920 г.,—загнал операцию искусственного выкидыша в подполье и сделал женщину жертвой корыстных и часто невежественных абортистов, которые из тайной операции создали себе промысел“.

Видя такие результаты метода репрессий в этой области, еще до Революции у нас многие как отдельные авторы, так и целые общества и съезды настаивали на расширении показаний к искусственному выкидышу за счет социальных условий. Так, на XII Пироговском Съезде в Петербурге, где вопрос об аборте был „гвоздем“ Съезда, и где он разбирался как раз на заседании, происходившем под моим председательством, и докладчик (покойный профессор Личкус¹⁹), и большинство выступавших в прениях,—кстати сказать, очень страстных,—высказались за такое расширение. Однако вопрос этот до Революции продолжал у нас оставаться на мертвой точке, и лишь Советская Власть, в 1920 г., сделала решительный шаг к его разрешению. Декретом за подписью Наркомздрава Семашко и Наркомюста Курского, опубликованным в № 259 „Известий“ ВЦИК'а от 18/XI этого года, было „допущено бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается максимальная ее безвредность“, с строгим запрещением производить ее кому-бы то ни было кроме врача, а равно с запрещением производить ее и врачам „в порядке частной практики с корыстной целью“.

Теперь идет со времени обнародования этого декрета уже 7-й год. За этот немалый срок у русских врачей накопился уже обширный опыт, в нашей медицинской печати опубликован целый ряд статей о последствиях декрета, и мы можем сделать некоторые выводы относительно того, насколько последний достиг своей цели, и какими нежелательными последствиями сопровождалось проведение его в жизнь.

Предварительно, однако, считаю нелишним отметить, что истолкование декрета на местах, повидимому, было различным и, местами, очень широким. Мне пришлось участвовать в одном совещании по поводу этого декрета, где один видный представитель судебной власти настаивал, что в силу его каждая беременная, на каком бы месяце беременности,—разумеется из тех, в течение которых прерывание беременности является выкидышем, т. е. из первых 7,—она не находилась, вправе требовать от врача, работающего в советской больнице с акушерскими койками, чтобы он сделал ей выкидыш, и врач, из каких бы то ни было соображений отказавший ей при наличии свободных коек в акушерском отделении, подлежит суду.

Обращаясь затем к вопросу о том, насколько этот декрет достиг у нас своей цели, думаю, что прямой своей цели,—искоренения подпольных выкидышей,—он в значительной мере достиг: количество подпольных выкидышей у нас сократилось. Выше я уже указал, что, по данным Rösle, в высоко-культурной Германии, именно, в Берлине, смертность

от родильной горячки в настоящее время вчетверо выше, чем у нас в Ленинграде; это можно объяснить только сокращением у нас числа подпольных абортотворцев. Весьма вероятно, что этим же следует объяснить и то понижение смертности при выкидышах, какое устанавливает Гинзбург²⁰⁾ для Ленинградского Надеждинского Родовспомогательного заведения (с 1,18% в 1922 г. до 0,13% в 1924 г.).

Нельзя, однако, сказать, чтобы с проведением декрета в жизнь подпольные выкидыши у нас совершенно исчезли. Выше я уже сообщил о том огромном количестве подпольных выкидышей, которое было установлено Гексом¹³⁾ в деревне за годы с 1922 по 1924, т. е. через довольно долгий промежуток времени после обнародования декрета. Мне лично известно, далее, от своих пациенток, что, напр., у нас в Казани подпольные выкидыши до сих пор широко практикуются при помощи таких мер, как внутриматочные вырыскивания иодной настойки, прокол плодного яйца и т. п.

Главное, однако,—можно думать, что, понизив число подпольных выкидышей, декрет зато повел к значительному увеличению у нас числа искусственных абортотворцев вообще. Целый ряд авторов отмечает, что возрастание этого числа пошло у нас особенно быстрым темпом именно после опубликования декрета, притом насчет выкидышей, производимых по социальным показаниям. Именно за счет этого сорта абортотворцев произошло, несомненно, то колоссальное возрастание числа выкидышей вообще за самые последние годы, которое было уже нами отмечено выше. Перетц²¹⁾ указывает, что из 608 искусственных абортотворцев, произведенных в Екатеринбургском Повивально-Гинекологическом Институте в 1921 и 1922 г.г. 459 были сделаны по социальным показаниям, т. е., проще говоря, по желанию беременных. Гинзбург, в уже цитированной нами работе²⁰⁾, отмечает, что процент выкидышей, производимых по социальным показаниям, в Надеждинском Родовспомогательном Заведении в 53,5 в 1922 г. достиг 85,7 в 1924 г. По Гексу⁸⁾ из общего числа 13.000 абортотворцев, бывших за 1924 г. в Московских городских родильных домах и больницах, лишь 370, т. е. менее 3%, были сделаны по медицинским показаниям.

Просматривая прилагаемую таблицу, легко видеть, как быстро стало возрастать у нас число искусственных выкидышей после 1920 г.: процент их по отношению к общему числу выкидышей, неуклонно возрастая, с 51,5 в 1922 г. поднялся в 1926 г. до 64,2; на каждую замужнюю в 1922 г. у меня приходилось 0,34 искусственных аборта, а в 1926 г.—уже 0,55, на каждую беременевшую—0,51 в 1922 г. и 0,74 в 1926 г. А в мой материал входят не только искусственные выкидыши, произведенные за пятилетие с 1922 по 1926 г., но и все аборты, бывшие у опрошенных мною больных. Заслуживает внимания, что пациентки, опрошенные мною в 1918 и 1919 годах,—т. е. в годы крайне тяжелые для местного населения (гражданская война, голод, общая разруха), но когда декрет еще не был издан,—дали гораздо меньший процент искусственных абортотворцев, чем пациентки, явившиеся за годы с 1922 по 1926—гораздо более благоприятные в отношении жизненных условий, но бывшие уже после опубликования декрета: процентное отношение искусственных абортотворцев к общему числу выкидышей в 1918—1919 г.г. выражалось цифрой 36,2, а за пятилетие с 1922 по 1926 г., в среднем,—59,8; на

каждую замужнюю в 1918—1919 г.г. приходилось 0,21 искусственных выкидышей, а в 1922—1926 г.г.—0,44, на каждую беременевшую—0,3 и 0,62.

Разбирая вопрос об аборте по материалам Акушерско-Гинекологической клиники Омского Мед. Института в связи с декретом 1920 г. Смирнов²²⁾ указывает, что „внутрибольничное увеличение количества абортов не свидетельствует еще о росте абортов вообще и тем самым не дает права заключать, что декрет об аборте является одним из условий этого роста“. На первую половину этого указания могу возразить, что ни моя статистика, ни статистики некоторых других авторов, свидетельствующие о быстром возрастании у нас числа искусственных абортов после издания декрета 1920 г., не являются „внутрибольничными“. Что касается второй половины, то и я далек от того, чтобы видеть в декрете *единственную* причину роста искусственных абортов у нас за последние годы. Нет сомнения, что здесь играют роль и многие другие условия.—тяжелое экономическое положение населения, упадок семейных устоев, изменение моральных и религиозных взглядов и пр. Я убежден, что эти факторы, к которым мы еще вернемся немного ниже, оказывают гораздо большее влияние на повышение числа искусственных абортов за последние годы, чем декрет. Но что и разрешение свободного производства абортов по социальным показаниям,—или, повторяю, говоря проще, по желанию женщины,—до известной степени способствует увеличению числа искусственных выкидышей вообще,—в этом едва-ли можно сомневаться уже а priori.

Между тем операция искусственного прерывания беременности, даже если она производится с строгим соблюдением требуемых декретом условий, т. е. врачом, даже врачом-специалистом, и в больничном учреждении, сопряжена с опасностью не только для здоровья, но иногда и для самой жизни женщины. Степень этой опасности является различной в зависимости от срока беременности, способа ее прерывания и др. условий, но, во всяком случае, она всегда имеется налицо.

В частности, если операция эта производится путем вычерпывания плодного яйца, притом в более поздней стадии беременности (после 3 месяцев), то она может сопровождаться таким кровотечением, которое может сделаться угрожающим. Мне известен случай, где гинеколог-специалист при этих условиях потерял больную от кровотечения. Сильные маточные кровотечения атонического характера могут иметь место и после удаления плодного яйца. Ульяновский²³⁾ описал недавно случай, где ему пришлось по поводу повторных атонических кровотечений после операции искусственного выкидыша прибегнуть к надвлагалищной ампутации матки.

Еще более частым и грозным осложнением операции искусственного выкидыша является прободение матки употребляемыми при операции инструментами (зондом, кюреткой, корнцангом и пр.)—нередко с выпадением и опасными повреждениями брюшных внутренностей, особенно кишек. В отечественной медицинской литературе мы находим длинный ряд подобных случаев, красноречиво свидетельствующих о значительной опасности операции искусственного выкидыша. Таковы случаи, описанные Майзелем²⁴⁾ (где оператором было вытянуто и отрезано 4 аршина тонкой кишки), Выдриным²⁵⁾ (где была захвачена и повреждена кишка), Парийским²⁶⁾ (3 случая, из которых в одном тонкая кишка на протяжении аршина была оторвана от брыжейки), Бересневй-

чем ²⁷⁾ (где, кроме матки, были повреждены мочевой пузырь и в двух местах толстая кишка), Кауфман-Китроссер ²⁸⁾ (где введенный в матку буж проник в брюшную полость, перфорировал прямую кишку и вышел per anum), Окинчицем ²⁹⁾, Хажинским ³⁰⁾, Безебеком ³¹⁾, Завьяловым ³²⁾ (2 случая, из которых в одном имела место перерезка тонкой кишки, в другом—втягивание в матку и strangulation S. romani), Воскресенским ³³⁾, Васильевым ³⁴⁾ (где имел место отрыв тонкой кишки от брыжжейки), Бунным ³⁵⁾ (где была повреждена толстая кишка), Перетцом ³⁶⁾, Гайсинской ³⁷⁾, Кучковым ³⁸⁾ и мн. др. В некоторых из этих случаев, так в случае Кауфман-Китроссер, повреждение было произведено акушерками, но в некоторых—врачами, даже врачами-специалистами. В большинстве этих случаев для спасения больных потребовались чрезвычайно серьезные виды оперативной помощи, как резекция кишек, экстирпация матки и т. п., причем в случаях Выдрина ²⁵⁾, одном Окинчица ²⁹⁾, двух Безебека ³¹⁾, Перетца ³⁶⁾, Кучкова ³⁸⁾ и др. дело кончилось смертью. Завьялов ³²⁾, основываясь на материале Акушерско-Гинекологической клиники бывш. Женского Мед. Института в Петербурге, находит, что при выскабливании беременной матки в $1\frac{20}{100}$ всех случаев имеет место перфорация матки, причем в $\frac{1}{2}$ всех случаях повреждение производится кюреткой. И это наблюдается не только у нас в России, но и за границей, напр., в Германии: Sellheim, констатируя возрастание здесь числа случаев повреждения матки, ставит это в связь именно с техникой абортов, с производством их при помощи вычерпывания плодного яйца. Именно в виду опасности перфорации матки при выскабливании многие современные гинекологи, — и я в том числе, — предпочитают опорожнять беременную матку, особенно в более поздних месяцах беременности, — путем гистеротомии, или абдоминальной, или влагалищной. Но операция эта, как всякому понятно, имеет свои невыгодные стороны.

Наиболее опасным осложнением операции искусственного выкидыша является, однако, сепсис. Именно на это осложнение и падает огромное большинство жертв подпольного аборта. Конечно, при этом последнем, благодаря несоблюдению абортистами иногда элементарнейших правил асептики, сепсис наблюдается чаще и чаще выливается в смертельные формы. Однако нельзя сказать, чтобы и женщины, подвергающиеся операции искусственного прерывания беременности в больничной, даже клинической обстановке, при выполнении операции опытным врачом-специалистом, были вполне застрахованы от септического заражения. Особенно опасным в этом отношении является вызывание позднего аборта путем метрейриза. Мне самому пришлось потерять от сепсиса в клинике двух беременных при этом способе в прежнее время, пока он не был заменен более безопасными хирургическими способами. Помимо смертельных септицемий, и гораздо чаще, операция искусственного аборта, — даже, повторяю, производимая с соблюдением требуемых декретом 1920 г. правил, — может вести к местным воспалительным заболеваниям женской половой сферы на почве септической инфекции, — заболеваниям, правда, менее опасным, но тем не менее надолго подрывающим здоровье женщины и делающим ее бесплодной.

Из других инфекционных заболеваний, развивающихся у женщин после искусственного аборта, производимого даже руками врача в боль-

ничной обстановке, заслуживает особенного внимания gonorrhoea ascendens. Как известно, гонорройное заражение встречается у женщин чрезвычайно часто, причем установить его наличие не всегда бывает легко даже при тщательном исследовании женщины, — между прочим и бактериоскопическом. Всякая травма, в том числе и операционная, может вызывать обострение такой латентной гонорреи. Гнездившиеся до операции искусственного аборта в нижних отделах полового тракта гонкокки после операции могут проникать в верхние отделы, поражая полость тела матки, трубы, яичники, тазовую брюшину и делая нередко женщину страдальцей на всю жизнь, а также на всю жизнь лишая ее способности быть матерью.

Самое важное, однако, в данном вопросе — это то, что искусственный выкидыш, даже обошедшийся, повидимому, совершенно благополучно для женщины, на самом деле не остается без тяжелых последствий для здоровья последней. Громадной практической важности факт этот, отмеченный в литературе проф. Н. М. Какущкиным³⁹⁾, проф. Цомакионом⁴⁰⁾, Орловой⁴¹⁾, проф. Бондаревым⁴²⁾, мною⁴³⁾ и др., объясняется отчасти непосредственным влиянием оперативного вмешательства, — именно, столь часто применяемого с целью прерывания беременности выскабливания, — на матку, вызываемыми в последней анатомическими изменениями (Цомакион) и нарушением внутрисекреторной деятельности матки (Бондарев), отчасти неблагоприятным влиянием насильственного прерывания беременности на яичники (понижение фолликулярной деятельности и внутрисекреторной способности их — по Какущкину, угнетение и нарушение внутрисекреторных взаимоотношений различных отделов полового аппарата женщины — по Цомакиону).

В частности, — как в этом я мог убедиться на основании личных наблюдений, и как это отмечено в литературе, напр., Ланковиц⁴⁴⁾, — такие „благополучные“ искусственные аборты весьма часто ведут за собою то заболевание матки, которое Scanzoni назвал хроническим метритом, но которое в современной гинекологии известно под названием метропатии и клинически дает такую же картину, как и настоящее хроническое воспаление матки (бели, расстройства менструации, расстройства родовой деятельности и пр.). Именно этой-то метропатией Ланковиц и объясняет то неблагоприятное влияние, какое искусственные выкидыши оказывают на течение последующих родов и послеродовых периодов.

Повидимому, одной из главных причин развития метропатии после абортов следует считать порочное обратное развитие матки (involutio uteri vitiosa), которое после искусственных выкидышей, даже протекавших без всяких непосредственных осложнений, наблюдается гораздо чаще, чем после срочных родов. А эта разница, в свою очередь, объясняется тем, что при искусственном прерывании беременности и сама маточная мышца, и влияющие на нее органы внутренней секреции, — яичники, грудные железы, может быть, — гипофиз и др., — являются анатомически и физиологически гораздо менее подготовленными к опорожнению беременности матки, чем это имеет место при нормальном окончании беременности в срок. В других случаях метропатия после искусственных абортов, возможно, имеет оофорогенное происхождение — в смысле развития ее в зависимости от возникающего после аборта оофорита и периоофорита.

Вообще, из опроса гинекологических больных с клиническими и часто анатомическими признаками хронических воспалительных заболеваний

женской половой сферы легко убедиться, какой огромный процент этих заболеваний возникает после искусственных абортов и, повидимому, в непосредственной связи с ними. В моем материале женщины, у которых анамнестически можно было установить такую связь, за пятилетие 1922—1926 г.г. составляли ни больше, ни меньше, как 75,2% всех пациенток, делавших себе искусственные аборты. Чрезвычайно любопытно, что в 1918 и 1919 г.г., т. е. когда аборт еще не был легализован, и громадное большинство искусственных выкидышей производились подпольно, процент этот оказался не только не выше, чем в пятилетие после декрета 1920 г., т. е. когда значительная часть искусственных выкидышей стала уже производиться врачами в надлежащей обстановке, а напротив, даже немного ниже—74,6%. Невольно при сопоставлении этих цифр приходит на ум мысль, уже так-ли легальный выкидыш в данном отношении выгоден для здоровья женщины, сравнительно с нелегальным, как это обычно принято думать?!

Другим крайне неблагоприятным последствием искусственных выкидышей, даже протекших безукоризненно, является бесплодие. Бесплодие в широком понимании этого слова, т. е. в форме или полного отсутствия зачатия у женщин, ранее бывших способным к нему, или в форме недонашивания последующих беременностей, resp. самопроизвольных выкидышей, наблюдается после искусственных абортов весьма часто. В моем материале 56,4% делавших аборты женщин в 1922—1926 г.г. и 47,8%—в 1918—1919 г.г. стали после искусственных абортов бесплодными. Обусловливается это весьма нередко воспалительными изменениями, возникающими в половой сфере женщины в связи с абортами. Но это—далеко не исключительная причина бесплодия после абортов. Как убедился и я, и целый ряд других авторов (проф. Какушкин, Орлова и др.), оно наблюдается и у таких женщин, у которых нет никаких ни анатомических, ни бросающихся в глаза функциональных отклонений от нормы в половой сфере,—в частности, матка имеет нормальный объем, лежит правильно, трубы при пертубации проходимы, яичники не увеличены, нет ни белей, ни болей и пр. Орлова причину бесплодия при таком полном, повидимому, здоровье половой сферы усматривает в вызываемых абортom изменениях миометрия, но я более склонен, вместе с проф. Какушкиным, искать эту причину в понижении фолликулярной деятельности и внутрисекреторной способности яичников. По моим наблюдениям такое бесплодие особенно часто наблюдается у женщин с аномалиями конституции,—инфантилек и астеничек,—притом в тех случаях, где искусственным выкидышем прерывается первая беременность. У таких женщин, впрочем,—как я подметил,—искусственный аборт, даже произведенный *lege artis*, относительно часто ведет и к воспалительным заболеваниям половой сферы, выражающимся если не анатомически, то клинически.

Значительную роль тут, повидимому, играет и способ прерывания беременности, причем особенно вредным оказывается, по моим наблюдениям, к сожалению, весьма распространенный у нас в Казани способ вызывания выкидыша при помощи внутриматочных врыскиваний *t-gae-jodi*. Я вполне согласен с Лебедевым⁴⁵⁾, наблюдавшим при этом способе вызывания аборта на 37 случаев 2 смертельных септицемии, что он является и не обоснованным научно, и опасным.

Вызываемые операцией искусственного аборта изменения в половой сфере женщины легко объясняют, почему после нее так относительно часто наблюдается у женщин внематочная беременность,— обстоятельство, которое я наблюдал на своем материале в целом ряде случаев.

К числу неблагоприятных последствий искусственного выкидыша даже в „благополучных“ случаях следует отнести, далее, нередко наблюдающуюся после него аменоррею. Здесь, повидимому, мы имеем дело опять-таки частью с влиянием насильственного прерывания беременности на яичники, частью с влиянием выскабливания, особенно черезчур усердного, на эндометрий. Отметим, что в литературе описаны случаи даже полного зарощения матки после выскабливания беременной матки; у нас, напр., 2 таких случая опубликованы в печати Лебедевым ⁴⁶⁾. Влиянием на эндометрий можно объяснить и нередко наблюдающееся после искусственных выкидышей, при последующих родах, приращение плаценты.

Наконец, Цанов ⁴⁷⁾ мог установить после искусственного выкидыша довольно резкие изменения крови в сторону значительного нейтрофилизма, а Дрентельн ⁴⁸⁾ обратила внимание на то влияние, какое искусственный аборт оказывает на психику женщины.

Если подвести итог всему сказанному, то неизбежно придется прийти к выводу, что искусственный аборт, даже производимый при строгом соблюдении условий, требуемых декретом 1920 г., и даже протекший, повидимому, без всяких осложнений, в большом проценте случаев все же вредно отражается не только на половой сфере, но и на всем организме женщины. Раз это так, то, принимая во внимание колоссальное увеличение числа аборт-ов у нас за последние годы, мы действительно вправе признать его крупным социальным злом, если даже он и не является в форме подпольного выкидыша. Таковым признает его впрочем и декрет 1920 г.

Отсюда станет понятным, почему у нас в последние годы время от времени раздаются голоса в пользу ограничения искусственных выкидышей или медицинскими показаниями (Александров ⁴⁹⁾, Скробанский ⁵⁰⁾, или медицинскими и исключительными социальными условиями (Цомакион ⁴⁰⁾). Понятно будет и то, почему и наше правительство за последнее время решилось принять меры против слишком широкого понимания декрета 1920 г.: как известно, в 1926 году Наркомздравом было запрещено ⁵¹⁾ производство искусственных выкидышей позже 3 месяцев при отсутствии серьезных, жизненных медицинских показаний. Еще ранее при наркомздравах автономных республик Союза и губздравах были организованы специальные комиссии для распределения абортных мест в советских больницах. Последняя мера вызвана была, впрочем, главным образом тем обстоятельством, что больничных коек не стало хватать на всех желающих прервать беременность, хотя некоторые акушерские отделения больниц и превратились в настоящие абортарии.

Не запрещениями и ограничениями надо, однако, бороться с тем крупным социальным злом, какое представляет собою искусственный аборт. Тут нужны, конечно, другие меры, более целесообразные. Окинчик ⁵²⁾ в качестве лучшего средства против этого зла выставляет изменение средств, предупреждающих зачатие, причем рекомендует научное изучение этих средств и широкое ознакомление общества с ними.

Отвечая принципам профилактики, проводимым у нас в области здравоохранения, мера эта, однако, имеет и свою опасную сторону, на которую совершенно справедливо указывает Скробанский. Дело в том, что применение презервативов—мера гораздо более доступная, чем производство выкидыша; женщина, которая не решится на прерывание уже наступившей беременности, с легким сердцем может решиться на применение предохранительных средств, и таким образом можно опасаться, что широкое применение последних гораздо более отразится на понижении рождаемости в стране, чем аборт. Не говорю уже о том, что и применение многих предохранительных средств против зачатия сопряжено с известными опасностями для здоровья и самой жизни женщин (последнее относится главным образом к оперативным мероприятиям, имеющим своей целью стерилизацию женщины).

Наиболее целесообразными мерами для борьбы с искусственными абортами являются бесспорно те, которые сводятся к устранению социальных условий, побуждающих женщину прибегать к вытравлению плода. ¹Презвычайно интересные в этом отношении данные опубликованы в текущем году Шифлингером ⁵³), разработавшим 200 анкет по разбираемому вопросу. Среди опрошенных женщин 35% указали, в качестве побудительной причины к аборту, тяжелые материальные условия, 22%—такие семейные условия, как разлад с мужем, внебрачное состояние, развод и т. п., 10%—болезнь, 7 1/2%—учение и пр. Мои пациентки, которых я опрашивал о побуждениях, заставивших их прибегать к искусственным абортам, большею частью давали аналогичные ответы: „кормить детей нечем“, „муж без работы“, „сама безработная“, „разводится с мужем“, „муж того гляди бросит“, „надо учиться“ и т. п. Многие прибавляли, что „трудно детей воспитать и вывести в люди“, а также—что „дети теперь приносят мало радости родителям“. Заслуживает быть отмеченным, что ответы последнего рода мне пришлось слышать и от деревенских жительниц, крестьянок, где дети искони ценились высоко, как будущая рабочая сила: очевидно, разложение семьи проникает и в нашу деревню.

Отсюда одним из главнейших условий успешности борьбы с искусственными выкидышами надо признать поднятие экономического благосостояния широких масс. В анкете Шифлингера на это поднятие, как на главнейший фактор успешной борьбы с абортами, указали 24% из общего числа 85% ответивших. Не следует, однако, и переоценивать значение этого фактора. Мы знаем, что, напр., во Франции к абортам чаще прибегают вовсе не представительницы наименее обеспеченного, рабочего класса, а как раз наоборот. Из прибегавших к искусственному прерыванию беременности женщин, ответивших на анкетные вопросы Шифлингера, у 50% ежемесячный заработок был от 25 до 100 руб., что при нашей современной бедности нельзя назвать очень малым.

Очевидно, наряду с поднятием экономического благосостояния населения для успеха борьбы с абортами требуются и мероприятия иного порядка и в первую голову—самое широкое и всестороннее проведение в жизнь принципов охраны материнства и младенчества. Как известно, это и делается в настоящее время Советскою Властью, и нельзя не приветствовать достаточно горячо ее шагов в этом направлении. Сюда должно, конечно, прежде всего входить оздоровление брачных и супружеских

отношений, в котором многие (8%) из ответивших на анкету Шифлин-гера женщины видят даже главное условие успешной борьбы с абортами, а также установление нормальных отношений между родителями и детьми. Прежние устои, на которых веками стоял наш семейный быт, теперь расшатались, а новые, более соответствующие современным условиям, еще не окрепли, да и не разработаны достаточно. В этом отношении громадная роль должна принадлежать школе, и нельзя не пожелать возможно более скорого и совершенного разрешения у нас школьного вопроса.

В высшей степени важным является здесь и распространение в обществе здравых принципов морали. Статистика свидетельствует, что в тех странах, где сохранилось еще влияние религиозной морали,—в католических странах, напр., Италии и Испании,—к абортam прибегают меньше, чем в странах, где влияние религии ослабело. У нас оно также за последнее время сильно пошатнулось. Необходимо, чтобы в сознании нашего общества утвердился какой-либо достаточный эквивалент религиозной морали, особенно в отношении взглядов на брак и деторождение.

Говоря короче, искусственный аборт только тогда исчезнет, когда в нашем обществе создадутся такие социальные отношения, при которых положение женщины-матери будет во всех отношениях не хуже, а лучше положения женщины только любовницы, и это с избытком компенсирует для женщины и муки деторождения, и заботы, связанные с воспитанием ребенка.

Но это, конечно,—дело отдаленного будущего, пока же для борьбы с тем громадным социальным злом, какое представляет из себя искусственный аборт, придется обходиться паллиативными, временными мерами. В качестве таковых мы указали бы, с одной стороны,—вместе с Окин-чицем—применение предохранительных мер против зачатия женщинами, для которых деторождение почему-либо является нежелательным, а с другой—широкое ознакомление их с вредными последствиями искусственного выкидыша, при каких бы условиях он ни производился.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Sellheim. Münch. med. Woch., 1926, № 12.—2) Дейчман. Профилакт. Мед., 1926, № 2.—3) Михайлов. Средние русские акушерские итоги за 50 лет по мат. печатных отчетов родовспомогательных учреждений (1840—1890). Дисс. Новг. 1895.—4) Якобсон. Журн. Ак. и Ж. Б., 1912.—5) Перетц. Уральское Мед. Об., 1922, № 1.—6) Нахамкина. Саратов. Вестн. Здравоохр., 1924, № 9—12.—7) Кузнецов. Тр. I Съезда Врачей Вост. Сиб.—8) Гекс. Вест. Совр. Мед., 1925, № 4.—9) Гекс. Там же, 1926, № 10.—10) Бубличенко и Карлин. Журн. Ак. и Ж. Б., 1924, № 3—4.—11) Карлин. Журн. для усов. врачей, 1924, № 6.—12) Путихин. Отч. в Каз. Мед. Ж., 1926, стр. 1195.—13) Гекс. Аборт в деревне. М. 1925.—14) Флоринская. Гигиена и Эпидем., 1926, № 3.—15) Спиров. Сиб. Мед. Ж., 1926, № 2.—16) Приходько. Сиб. Мед. Ж., 1927, № 1.—17) Выгодский и др. Отчет о XII Пироговском Съезде. Рус. Врач, 1913.—

- 18) Kubinyi. Ber. über die ges. Gyn., Bd. XI.—19) Личкус. Рус. Врач, 1913.—20) Гинзбург. Ленингр. Мед. Ж., 1926, № 2.—21) Перетц. Уральское Мед. Об., 1923, № 2—3.—22) Смирнов. Омский Мед. Ж., 1926, № 6.—23) Ульяновский. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1926, № 6.—24) Майзель. Отч. в Журн. Ак. и Ж. Бол., 1908.—25) Выдрин. Отч. в Рус. Вр., 1909.—26) Парийский. Рус. Вр., 1909.—27) Бересневич. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1914.—28) Кауфман Китроссер. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1915.—29) Окинчиц. Журн. Ак. и Ж. Б., 1910, 1912.—30) Хажинский. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1911.—31) Безебек. Отч. Пр. Вр., 1909.—32) Завьялов. Пр. Вр., 1916.—33) Воскресенский. Сиб. Вр., 1915.—34) Васильев. Журн. Ак. и Ж. Б., 1916.—35) Бунин. Ж. Ак. и Ж. Б., т. XXXIV, кн. 1.—36) Перетц. Вр. Газ., 1925, № 17—18.—37) Гайсинская. Мед. Мысль, 1924, № 5—7.—38) Кучков. Сиб. Арх. Теор. и Клин. Мед., т. I, кн. 5—6.—39) Какушкин. Сборник, изд. в честь проф. В. Н. Орлова.—40) Цомакион. Днепрспетр. Мед. Ж., 1926, № 7—8.—41) Орлова. Врач. Дело, 1926, № 20.—42) Бондарев. Тр. VI Съезда Рос. Ак., Журн. Ак. и Ж. Бол., 1924, № 3—4.—43) Груздев. Тр. VII Съезда Р. Ак.—44) Ланковиц. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1926, № 1.—45) Лебедев. Сар. Вест. Здрав., 1924, № 1—2.—46) Лебедев. Моск. Мед. Ж., 1925, № 2.—47) Цанов. Журн. Акуш. и Ж. Б., 1924, № 3—4.—48) Дрентельн. Клин. Мед., 1924, № 4.—49) Александров. Гин. и Ак., 1922, № 4—5.—50) Скробанский. Журн. Ак. и Ж. Б., 1924, № 1.—51) Бюллетень НКЗ, 1926, № 4.—52) Окинчиц. Журн. Ак. и Жен. Бол., 1912.—53) Шифлингер. Гин. и Ак., 1927, № 1.
-

Из Акушерско-Гинекологической клиники Казанского Государствен.
Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.
(Зав. проф. А. И. Тимофеев).

К вопросу о психогенных заболеваниях в гине- кологии *).

(Патрогенные заболевания).

Ассистента клиники **Б. С. Тарло.**

Односторонний анатомический подход при оценке болезненных проявлений способствовал тому, что врачи все внимание устремляли на больной орган, забывая о личности в целом. Последнее десятилетие, обогащенное достижениями эндокринологии, учения о конституции, рефлексологии, открывает новую страницу в понимании сущности болезни человека. В науке выявляется новое направление о соотношении тела и духа. В особенности гинекология из области изучения женского полового аппарата становится наукой о женщине в широком смысле слова. Разработкой научных вопросов в гинекологии в этом последнем направлении мы обязаны, главным образом, Walther'dy и Liepmann'y. Работы последних лет A. Mager'a, Stemmer'a, Walther'd'a, Flatau, Liepmann'a, Дика, Эдельберга и др., показали, что целый ряд симптомов, локализирующихся в половых органах, может обуславливаться психическими моментами, заболеваниями нервной системы, вызывающими не только функциональные расстройства в половых органах, но приводящими нередко и к органическим изменениям их. Из общей психологии женщины мы знаем, что она отличается повышенной аффективностью и легко возбудимой фантазией. Обладая способностью легко ассоциировать, женщины столь же легко поддаются разным психическим расстройствам, создающим в отдельных органах условные рефлексы. В особенности часто рефлексы эти локализируются в области половых органов, так как общее течение жизни и переживаний женщины тесно связано с функцией, секрецией и инкрецией гениталий.

Учитывая легкую внушаемость женщины, ряд авторов, как Liepmann, Bumke, Дик и др., предупреждают от опрометчивых, нередко мало обоснованных диагнозов и неправильного подхода к больной, создающих, по выражению Bumke, т. наз. „патрогенные“, т. е. врачевно-творные болезни. Подвижный перегиб матки кзади, случайно находимый при исследовании врачом и не беспокоивший до сих пор больную, становится исходным пунктом ее страдания, когда врач фиксирует внимание больной на этом изменении. То же самое, можно сказать, относится к незначительным лацерациям маточного зева, трактуемым врачом, как разрывы матки, псевдоэрозиям—трактуемым, как язвы. Немало можно

*) Доложено в 98 Научном Собрании врачей Института 21/XI 1927 г.

указать невинных отклонений в области половой сферы, на которые врач впервые обращает внимание больной не без вреда для нее. Больная уходит от врача с определенной мыслью, что у нее не все в порядке, — „инфицированная“, по образному выражению Дика, „патогенным зародышем“ (ложное представление о болезни), который на хорошей „питательной среде“ (восприимчивость, эмотивность, внушаемость больной) дает „пышную культуру“ (невроз, психогенное заболевание). Таким образом вполне понятны психогенное возникновение мнимого заболевания и усиление действительного объективного расстройства любого органа, в особенности в области половой сферы у женщины. Как на пример подобного рода иатрогенного заболевания, мы хотели бы указать на случай, наблюдавшейся нами в Акушерско-Гинекологической клинике Казанского Гос. Института для усовершенствования врачей.

Летом на амбулаторный прием явилась больная Т., 29 лет, крестьянка, замужняя, с жалобами на невыносимую боль внизу живота, в области мочевого пузыря, в пахах, резь при мочеиспускании, бели. Больная заявила при этом, что в продолжение 9 лет замужества все время страдает триппером, не перестает лечиться всякого рода медикаментами, лежала несколько раз в больнице, но все безрезультатно. Была беременна 6 раз, родила пять раз в срок, здоровых, доношенных детей и произвела один искусственный аборт.

При объективном исследовании, помимо легкого опущения передней стенки влагалища при натуживании и подвижной ретропозиции матки, особых отклонений от нормы обнаружить не удалось. Подавленное состояние больной, горькие рыдания, которыми сопровождался ее рассказ, несоответствие жалоб объективным данным, естественно, навели на мысль, — не имеем ли мы тут дело с психогенным заболеванием, рефлекторно отраженным в половой сфере, и было решено подвергнуть больную психотерапии.

Из арсенала психотерапевтических методов мы чаще всего применяем суггестивный метод, непосредственно воздействующий на душевные механизмы как в бодрственном состоянии, так и в дремотном, рациональный метод внушения по Dubois, психоанализ и гипноз. Выбор метода зависит как от индивидуальности больной, так и от характера заболевания. Принципиальное положение построить здесь трудно, но в общем можно сказать, что сфера применения гипноза шире сферы применения психоанализа, причем гипноз дает лучшие результаты при нарушениях менструации и секрети и при болях, возникших не на почве тяжелых и сложных душевных переживаний. В последнем случае более пригоден психоанализ, имеющий целью вскрыть таящиеся в подсознательной области, усупленные, неизжитые аффекты и сделать их доступными сознанию больной.

Прежде чем перейти к психотерапевтическому методу воздействия у нашей больной, мы должны были решить две кардинальные задачи: тщательным объективным исследованием больной убедиться в отсутствии органического заболевания и обнаружить психический момент в этиологии ее заболевания, если он имеется.

Повторные гинекологические, затем и лабораторные исследования мочи, выделений и т. п. в отношении предполагаемого триппера показали, что в этом отношении все обстоит благополучно, и гоноррею у больной надежно можно считать.

Для решения второй задачи мы собрали тщательно психоанамнез, которому придаем весьма большое значение как в распознавании заболевания психогенного характера, так и в терапии его. Из психоанамнеза нам прежде всего удалось узнать, что будучи 20-летней девицей, по ее выражению — «еще наивной», больная наша имела против своей воли сношение с человеком, ей до этого симпатичным,

но которого после случившегося она возненавидела. С тех пор она почувствовала угрызения совести, стыд и страх, что невозможно будет скрыть этот позор перед будущим мужем. Эти мысли постоянно ее беспокоили, и через несколько дней она заметила у себя выделения, наличие которых ее еще больше расстраивало. Выделения становились все обильнее, появилось раздражение в области наружных половых органов. Обратиться к врачу она считала для себя неудобным. Спустя год она вышла замуж и только тогда обратилась за советом к акушерке, которая ей в категорической форме и заявила, что она больна триппером. Одновременно больная знакомилась с этим вопросом по популярной медицинской литературе. С тех пор начались все ее мучения. Боли и выделения все усиливались, ею овладело тревожное состояние в ожидании раскрытия мужем ее тайны. Но все же триппер не помешал ей шесть раз беременеть, родить и оставить мужа незараженным. Для объяснения всего механизма возникновения данного заболевания мы воспользовались также другим вспомогательным диагностическим методом—дневниками и письменными «исповедаями», которые нам дали в руки ценный материал и помогли применить правильную терапию. Выяснилось, что больная—весьма восприимчивая натура, религиозная, со склонностью к самобичеванию, к болезненным угрызениям совести, а также—что она перенесла до замужества травматический невроз (была напугана угрозой расстрела). Создался конфликт в ее душе, благодаря ее аффективности, легкой восприимчивости, способности легко ассоциировать. Она быстро поддавалась психическому расстройству, и таким образом создался условный рефлекс в области половых органов, на которых она больше всего фиксировала свое внимание. На такой благоприятной почве категорический приговор акушерки возымел свое действие, и больная начала испытывать все симптомы гонорреи.

В настоящее время стало возможным научно обосновать влияние психических механизмов, когда и экспериментально удалось доказать, что психические влияния, в особенности действующие на аффективность, в состоянии производить органические изменения в организме. Работы И. П. Павлова, Weber'a и Neuer'a показали, что психические влияния в состоянии нарушить кровенаполнение, двигательную и секреторную функции органа. Liermann для объяснения всех этих факторов, обусловленных психическим влиянием, основывается на психических основных законах половой дифференциации и на психоорганических корреляциях. С тех пор, как стали известны работы Kretschmer'a и Mathes'a относительно действия конституции тела на общее содержание психических переживаний, и не для специалистов-психологов стал ясен построенный Liermann'ом „трехосновной закон“ (Das Gesetz vom dreifachen Grunde), компонентами которого являются: закон торможения, закон равности и закон пансексуализма. Как на пример, укажу, что пансексуализмом легко объясняется концентрация заболевания на половых органах. По образному выражению Liermann'a,—так же, как лучи света собираются в фокусе вогнутого зеркала,—так же стекается аффективная напряженность женщины к половой сфере и там, согласно нашим современным познаниям, оставляет органический след. Этому способствует закон торможения, основанный на том положении, что указанные женщины лишены абстрактного мышления о телесном вне себя. После сказанного ясно, что общая картина симптомов внушенной гонорреи легко может быть поставлена в причинную зависимость согласно приведенному закону.

Нетрудно теперь представить, как наша пациентка, при особенностях ее конституции (астенической), легко восприняла зародыш „психической гонорреи“, посеянный акушеркой на столь благоприятной почве, и какой пышный рост эта культура дала в виде инвалидности ее в течение 9 лет. Далее мы видим, что медикаментозное лечение впродолже-

ние 8 лет не только не дало каких-либо благоприятных результатов, но даже ухудшило ее состояние. Правильно собранный психоанамнез, рациональный метод внушения по Dubois, разъяснение больной связи между первым половым сношением, ее религиозным чувством, угрызением совести и, наконец, категорическим диагнозом—дали возможность отреагировать у больной чувство виновности, которое было вытеснено в бессознательное (Freud на основании психоанамнеза учит, что всякий аффект должен быть изжит в свое время).

Дополнительные манипуляции, в виде нескольких нагреваний нижней части живота синей лампочкой, легкого массажа, произведенного собственнo для усиления психического воздействия, дали соответствующий эффект: впродолжение двух недель больная преобразилась, стала жизнерадостной, освободилась от всех гнетущих ее ранее симптомов и,—что очень важно,—также и от белей.

Таким образом и примененная терапия подтвердила правильность нашего толкования данного заболевания, как психогенного, которое с полным правом мы можем назвать также иатрогенным. Такого рода иатрогенные заболевания встречаются не так редко. Кому из врачей, в особенности гинекологов, не известен тип женщины, постоянной посетительницы амбулаторий, с кипой рецептов, с готовым диагнозом, тщетно ищущей исцеления и представляющей часто именно пример подобного рода?! Поэтому, памятуя о легкой внушаемости женщины, в особенности со стороны врача, необходимо с особой осторожностью подходить к больной при первом же ее посещении, впечатление от которого зачастую оставляет неизгладимый след в душе женщины.

Надо соблюдать большую осмотрительность в выборе слов и выражений при объявлении больной диагноза и прогноза ее заболевания, в особенности при установлении таких сильно действующих на больную диагнозов, как рак, туберкулез, гоноррея, бесплодие, тем более в сомнительных случаях. Так называемая „вся правда“, высказанная врачом в резкой форме, не всеми больными переносится в одинаковой степени.

Мышление современного врача-гинеколога должно быть обогащено знанием медицинской психологии и освобождено от одностороннего анатомического подхода при оценке болезненных проявлений. Невсегда справедливо выражение „Cum hoc, ergo propter hoc“.

Из Клиники нервных болезней Казанского Гос. Университета.
(Директор проф. А. В. Фаворский).

К клинике эрготизма (*pseudotabes ergotinea*¹⁾).

Ординатора Г. Максудова.

Эпидемии рафании в Европе, и в частности в России, наблюдались уже давно. Последняя эпидемия злой корчи в Западной Европе наблюдалась в 1879—80 г.г. (Tuszek), в России же эти эпидемии время от времени вспыхивали еще и в XX веке (1909—10 г.г.) (Колосов). Непрерывные дожди и другие климатические условия лета 1926 года способствовали усиленному росту спорыньи. В результате этого, в связи с некультурностью населения и отсутствием своевременных профилактических мероприятий, мы имели в 1926—27 г.г. эпидемию эрготизма, которая захватила Вотскую и Уральскую области и часть ТР²⁾. Весьма вероятно, что эпидемия этими районами не ограничилась.

Из заграничных работ, посвященных изучению эрготизма, наиболее обстоятельными являются работы Tuszek'a и Jahrmärker'a, из русских работ — диссертации д-ров Реформатского и Виноградова. На ядовитость спорыньи впервые указал персидский врач Abu-Man-sur-Muwaffok-ben-Ali-el-Hirowi в X веке, о связи же злой корчи с употреблением испорченного хлеба в первый раз определенно высказался в 1125 г. Dumont. Первые известия о судорожной форме эрготизма относятся к XVI в. (Hirsch).

В одних эпидемиях преобладают гангренозные, в других — судорожные формы эрготизма. Бывали эпидемии, где наблюдались обе формы даже в одной и той же семье. Колосов полагает, что свойство вызывать гангренозную форму русской спорыньи присуще в меньшей степени, чем западно-европейской. Наибольшее число свежих случаев эрготизма наблюдается в осенние месяцы, хотя и весной, даже в мае, наблюдались, несомненно, новые, свежие случаи (Реформатский, Русанов, Mensch и др.). Процент содержания спорыньи в муке в различные эпидемии колебался в очень больших пределах — от 1% до 30%, чаще — от 3% до 10%, хотя даже содержание 1% может вызывать отравление (Реформатский). Сказывается на заболеваемости и характер пищи, напр., ее однородность (питание одним хлебом). Заболевание поражает почти все возрасты, но особенно страдают от него дети старшего возраста и взрослые люди; грудные младенцы и старики менее подвержены этой болезни. В общем восприимчивость к ней колеблется в больших пределах; нередко, одни члены семьи заболевают, другие нет, несмотря

¹⁾ Доложено, с демонстрацией больного, в Обществе Невропатологов и Психиатров при Казанском Госуд. Университете 26/1 1927.

²⁾ Г. Максудов. Токсидемия рафании в Уральской области в 1926-27 г.г. Каз. Мед. Журн. 1927, стр. 1151.

на одинаковое питание. Обычно признаки отравления наступают через 1—3 недели после начала употребления хлеба со спорыньей, но имеются наблюдения, где отравление наступало через несколько часов, иногда же, наоборот, скрытый период длится месяцами.

Разбирая с клинической стороны случаи, приводимые в литературе (Tuszek, Siemens, Реформатский, Колосов и друг.), можно видеть, что обычно болезнь начинается после ряда предвестников в виде общей усталости, слабости, быстрой утомляемости, нежелания работать и думать, головокружения, тошноты, рвоты, различного рода парестезий, бессонницы, желудочно-кишечных расстройств.

Главный симптом в клинической картине—судороги, откуда заболевание и получило свое название „злой корчи“. Судороги эти—преимущественно тонические, захватывают больше сгибатели, они наблюдаются в мышцах лица, языка и всего туловища. Обычно они болезненны, наступают приступами, которые могут длиться от нескольких минут до 2—3 суток, повторяются через весьма различные промежутки, иногда захватывают лишь одну конечность.

К этому наиболее характерному признаку присоединяются симптомы как со стороны двигательной, рефлекторной, чувствительной и трофической сфер, так и со стороны психической сферы и внутренних органов, давая картину различных болезней, каковы полиневрит, эпилепсия, психозы, но чаще всего *tabes*. Это дало право прежним авторам говорить о развитии спинной сухотки на почве эрготизма. Hagnack даже делил злую корчу на 3 формы: судорожную, гангренозную и спинно-сухоточную. На развитие сухотки под влиянием эрготизма также указывают Tuszek, Taube, Ключарев и друг. Oppenheim упоминает об *Ergotintabes*, а Dejerine—о *pseudotabes ergotinica*.

Болезнь обычно течет хронически с различной интенсивностью, причем может ограничиться очень незначительными явлениями, но может привести и к смерти. Смертность при ней колеблется от 5 до 70% в различные эпидемии. Случаи без эпилептических припадков, без душевных расстройств, с очень редкими приступами корчи обычно не ведут к смерти. Но о полном выздоровлении здесь нужно говорить с большой осторожностью, ибо нередко болезнь, повидимому, закончившись, повторяется, иногда 3—4 раза (Сенюнас), Sehnert описывает случаи, где болезнь возвращалась по зимам в течение 15 лет, Tuszek спустя 6½ лет после заболевания находил у больных отсутствие коленных рефлексов, парестезии, головные боли, недочеты в интеллекте и эпилептические припадки. Указывают еще на развитие катаракты на почве эрготизма (Тепляшин, Коротнев и друг.).

Патолого-анатомические исследования и экспериментальные работы (Tuszek, Реформатский, Виноградов, Kobert, Григорьев и друг.), несмотря на их противоречивость, все же дают нам право думать, что при эрготизме так или иначе страдают почти все органы, главным же образом—нервная система, а затем сосудистая. Перерождение задних столбов спинного мозга, полиневрит с одной стороны и кровоизлияние и гиалиновое перерождение сосудов—с другой можно считать доказанными.

Примером эрготизма является следующий случай:

III. А., 22 лет, крестьянин, женатый. Алкоголизм у отца. В детстве перенес какую-то болезнь, вообще же рос здоровым мальчиком; женился 20 лет. Гонор-

рею, сифилис, мягкий шанкр отрицает, уколами не лечился. Питался сравнительно хорошо. В 1926 году в деревне уродилось много спорыньи (не менее 5 головок в колосе); рожь мололи, не очищая от спорыньи, хлеб был черный, плохо выпекался и имел вкус лебеды. В конце сентября этого года у больного появились парестезии в руках, развились бессонница, головокружение, шатание, горький вкус во рту, жажда, в глазах стало рябить, говорить больной стал медленнее и неотчетливо, работоспособность его понизилась. Через неделю к этому присоединилось стигивание пальцев рук, так что через две недели в обеих руках пальцы были сведены в кулак; ломоты не было. Продержавшись 1½ суток, это сведение рук прошло, но свернуть, напр., папирску ими больной все же не мог; изредка его покачивало при ходьбе. Спустя 3 недели, у него началось стигивание в ногах. Через месяц от начала болезни одновременно скорчило руки, ноги, язык, глаза закрылись, стянуло рот, больной не мог ни говорить, ни пить, ни есть, развилась сильная ломота в конечностях. «живот был стянут в кулак». Сознания больной, однако, не терял, тазовые органы не расстраивались; был сильный жар. Так продолжалось двое суток, затем постепенно в течение 3 часов ломота и стигивание совершенно прошли. На другой день больной начал работать, хотя и чувствовал слабость, тяжесть, парестезии. Затем его опять всего сразу скорчило, была невыносимая ломота, при лежании и вставании становившаяся еще хуже. Длилось это 1½ суток, затем больной опять пошел на работу, хотя, за исключением стигивания, ломоты и жара, остальные явления, и в частности бессонница, держались. Проработал больной таким образом 2 недели, питался все таким же хлебом. Затем по дороге в Чистополь его опять всего скорчило, а через 1½ суток «отпустило», но несомненно, ломота уменьшилась, но продолжало стигивать то одну, то другую конечность. С такими явлениями больной и поступил 6 XII в клинику, где при исследовании были получены следующие данные:

Пациент астенического типа, череп седловидного очертания, черепные нервы нормальны. Произвольные движения рук и ног нормальны. Легкая атакия в руках, слабый Romberg. Походка медленная, неуверенная. Tremor век, языка, рук. Симптомы Chvostek'ska и Trousseau, резко выраженные с обеих сторон. В момент «корчи» конечности больного находятся в согнутом во всех суставах положении, мышцы тонически напряжены, иногда напряжение в разгибателях берет перевес, и тогда конечности вытягиваются. На фоне тонических судорог изредка появляются клонические, но ненадолго. Мимические мышцы лица в состоянии тонической судороги, языка больной в это время высунуть не может, говорить, несмотря на все усилия, также почти не в состоянии. Пассивное распрямление конечности приводит к ослаблению судорог и ломоты. Надкостничные рефлексы на руках не вызываются, сухожильные очень вялы, коленные и ахилловы не вызываются, кожные нормальны, патологических рефлексов нет. Зрачки равны, реакция их удовлетворительна. Задержка мочеиспускания. Гипестезия периферического типа на болевое и отчасти на тактильное чувство на руках и ногах; температурное чувство нормально, мышечное—слегка нарушено как в руках, так и в ногах, вибрационное—слегка понижено, стереогностическое—нормально. Болезненность при надавливании на нервные стволы и мышцы, особенно в плече и голени; болезненность при надавливании и поколачивании на позвоночник в среднем и нижнем грудных отделах. Форсированное надавливание безболезненно. Стреляющие боли в ногах. Зрение vis. os. dex.—0,7, vis. os. sin.—0,8, поле зрения сужено на цвета; со стороны глазного дна особых изменений, за исключением расширения венозных сосудов, не наблюдается. Слух: Weber—латериз. выравн., Rinne извращен справа. Отсутствие вкуса. Повышение электровозбудимости мышц (Ег'овский феномен), потливость. Вегетативная нервная система: рефлекс Aschnera замедлен на 12 в 1', пневмокардиальный—учащен на 24 в 1', назофациальный—отрицательный, рефлекс солнечного сплетения замедлен на 6 в 1', Ergbena—учащен на 30 в 1', ортостатический—учащен на 30 в 1', рефлекс при поглаживании твердого неба учащен на 8 в 1', при надавливании на небо замедлен на 4 в 1', пилomotorный рефлекс справа очень резкий и на механическое раздражение, и на фарадический ток, захватывает все туловище до паховых складки, плеча и предплечья, слева—слабый только на надплечье. Психика (д-р М. П. Андреев) нарушена: замедление темпа психических реакций при полном сохранении их правильности, память понижена, внимание ослаблено, речь замедлена.

Внутренние органы (д-р Н. Н. Ковязин) особых отклонений от нормы не обнаруживают. Моча нормального цвета, суточное количество—1,650, уд. вес—1015,

белка и сахара нет, в осадке ничего патологического. Кровь: E—4,850, 000, FI—0,8, L—8,500; Sg—61%, St—2%, J—1,5%, L—28,5%, M—4,5%, E—2,5%. RW в крови отрицательна, RSG+++, R. Meinicke III (++). Люмбальная жидкость вытекала струей, ксантохромия, плеоцитоз—8,2 в 1 к. мм. реакции N o p n e и P a n d i положит., белка 4‰, RW в ней отрицательна, RSG—также, RM III (—).

Гипервентиляционная проба в продолжении 15', несколько раз; уже через 2'—3' начинается тоническое напряжение мышц той или иной конечности, затем постепенно присоединяются другие конечности; через 5'—6' больной весь напряжен, скорчен, глаза судорожно закрываются, нос в складках, губы сморщены, язык высунуть не может, на вопросы еле отвечает, очень невнятно; конечности во время судорог не фиксируются в каком-либо одном положении,—напряжение берет перевес то в одной, то в другой группе мышц, соответственно чему конечности принимают различные положения; иногда на фоне тонических судорог на очень непродолжительное время выступают клонические судороги; все время сильная ломота; сознания больной не теряет, зрачки расширены, в дистальных частях конечностей—аналгезия, резкий Ch w o s t e c k. После пробы больной только через 5—6 часов вполне освобождается от судорог.

Относительно течения болезни нужно отметить, что в первые дни пребывания больного в клинике было повышение температуры до 38,9°, затем падение до 35,5°. Судорожные стягивания конечностей периодически то ослабевали, то усиливались, временами же совершенно отсутствовали. Так же колебались симптомы Ch w o s t e c k'a и T r o u s s e a u. Периодически ослабевала и задержка мочи, но за последнее время пребывания больного в клинике она приняла стойкий характер, в то время, как корча и ломота значительно уменьшались; усилились и стреляющие боли. Жалобы на парестезии, головокружение, слабость и утомляемость держались все время.

Таким образом у нашего больного, питавшегося, несомненно, хлебом, содержащим спорынью, в конце сентября 1926 года, после ряда предвестников, появилась „злая корча“. Кроме корчи, объективно были обнаружены легкая атаксия, повышенная мышечная возбудимость, отсутствие сухожильных рефлексов, тазовые расстройства, легкая гипестезия периферического типа, болезненность при надавливании и стреляющие боли, понижение зрения, отсутствие вкуса, замедление речи, нарушение психики, изменение люмбальной жидкости, положительные осадочные реакции в крови.

Мы видим, таким образом, что клиническая картина нашего больного весьма сложна и разнообразна и указывает на заболевание различных отделов нервной системы, а также и ряда других органов. Но все же основные признаки дают симптомокомплекс *tabes'a*. Особенно нужно отметить наличие расстройств тазовых органов; в своем руководстве по заболеваниям спинного мозга *Dejerine* совершенно не упоминает об этом, в нашем же случае оно было достаточно резко.

Почти все симптомы, наблюдавшиеся у нашего больного, можно объяснить приведенными выше патолого-анатомическими данными авторов. Но главный симптом—корча достаточного объяснения себе не находит. *Nothnagel* и *Roszbach* говорят, что о причине судорог при эрготизме нельзя сказать ничего определенного. Клиническая физиономия корчи поневоле вызывает аналогию с тетанией. Отсюда с большою долей вероятности можно допустить, что она является результатом поражения *gl. parathyreoideae*. Проф. Вершинин говорит, что в олове злой корчи, можно думать, лежат трофические расстройства в области околотитовидных желез, функция которых поэтому и страдает. *Zondek* говорит, что среди отравлений, дающих картину тетании, на первом месте стоит эрготизм, и считает тетанию при эрготизме тождественной с постинфекционными тетаниями. К сожалению, произведенные до сих пор патолого-ана-

томические исследования не распространялись на околощитовидные железы. Не проводилось в этом направлении и экспериментальных работ, так что ни опровергать, ни подтверждать этого мнения нельзя.

Данные лабораторного исследования (люмбальная жидкость, осадочные реакции), произведенные впервые нами, требуют себе объяснения, хотя на основании одного лишь случая таковое дать и трудно. Можно думать, что изменения, обнаруженные в люмбальной жидкости, объясняются бывшими в оболочках спинного мозга кровоизлияниями. Гораздо труднее объяснить наличие резко-положительных осадочных реакций. Допускать у нашего больного сифилис нет оснований. Может быть, положительные осадочные реакции получаются благодаря липоидам, которые освобождаются при распаде нервных волокон, а также отчасти и при кровоизлияниях. Во всяком случае вопрос этот требует дальнейших наблюдений.

Вообще, так как патогенез эрготизма еще почти не выяснен, желательно проведение в этой области экспериментальных и патолого-анатомических исследований с обращением особенного внимания на железы внутренней секреции.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Siemens. Arch. f. Psych., 1881, Bd. XI.—2) Tuszek. Ib., 1882, Bd. XIII; 1887, Bd. XVIII.—3) Реформатский. Дисс. Москва. 1893.—4) Виноградов. Дисс. Казань. 1897.—5) Jahrmärker. Ar. f. Ps., Bd. XXXV, 1902.—6) Колосов. Рус. Врач., 1912, № 2—7.—7) Zondek. Berlin. 1926.
-

К казуистике отравления спорыньей ¹⁾.

Врача П. Н. Лаврова.

(Мамадышский кантон Татарской Республики).

Случаи хронического отравления спорыньей в ржаном хлебе, начавшиеся в нашей местности осенью 1926 года, продолжались в значительном количестве наблюдаться и весной 1927 г. Обычно отравление это выражалось судорогами в мышцах рук и лица, упорно державшимися недели и месяцы, то ослабевая, то усиливаясь, несмотря на прекращение, — если верить больным, — употребления в пищу ржаного хлеба.

Немало таких больных стационарно лечилось в Мамадышской больнице. Судороги обычно скоро у них проходили, но после выписки из больницы больные вскоре опять являлись в амбулаторию с прежними жалобами. Трое больных лежало в больнице по поводу гангрены стоп, где пришлось прибегнуть к ампутации. Нередко в больницу доставлялись также больные с психозами на почве того же отравления спорыньей. Обычно приступы буйного бреда у них в больнице довольно быстро проходили, но после этого у некоторых больных наблюдались частые эпилептиформные припадки. Иногда к нам привозили больных, исключительно страдавших такими припадками.

Это разнообразие форм, в которых может выражаться хроническое отравление спорыньей, побуждает меня опубликовать историю болезни одного из больных, лежавшего в Мамадышской больнице, где отравление спорыньей выразилось не в обычной форме. История эта такова:

27/I 1927 г. в больницу поступил крестьянин с. Кирменей, Омарской вол. М. И., 27 лет, по поводу ожога кожи живота. До осени 1926 года И. был здоров. В начале осени, когда ели уже новый хлеб, у него стали появляться судороги в кистях рук, потом было несколько похожих на падучую припадков, во время одного из которых больной и обжог себе на пекче кожу живота. В больнице, несмотря на полное прекращение употребления в пищу ржаного хлеба и обычное лечение (препараты брома, хлорал-гидрат, танин, клизмы, ванны) эпилептиформные припадки не только не прекратились, но стали учащаться. Заживления ожога кожи у И. также не наблюдалось, несмотря ни на какие мероприятия. В двадцатых числах февраля в окружности ожога, представлявшего небольшую мокнущую поверхность, появилась яркая краснота с нерезкими границами, усеянная мелкими гнойничками. В течение двух недель эта краснота с пустулами, распространяясь во все стороны, заняла кожу живота, груди, бедер, рук и головы, пощадив только кожу лица, кистей рук и голеней. Гнойнички, сливаясь, засыхали в плоские серо-желтые корки, при отпадении которых обнажались красные мокнущие поверхности, покрытые зловонным секретом. Больного постоянно лихорадило. В середине марта у И. появились отеки ног, и в моче был обнаружен белок. Появилась одышка

¹⁾ Избегая в общем помещения в «Журнале» казуистики, редакция делает исключение для наблюдения т. Лаврова, как дополняющего статью д-ра Макашова.

головные боли. 1/IV отек правой голени резко увеличился. Через два дня на покрасневшей коже этой голени появились пузыри. Общее состояние больного стало тяжелым. 5/IV летальный исход.

Наблюдаемое у II. кожное заболевание подходит к картине *impetiginis herpetiformis* Hebrae, а причину этого тяжелого заболевания я склонен видеть опять-таки в отравлении спорыньей.

Цель опубликования настоящего случая — обратить внимание товарищей участковых врачей на разнообразие последствий хронического отравления спорыньей и на то, что порой неясная этиология того или иного, нередко необычного на амбулаторном приеме, заболевания, может быть объяснена именно этим отравлением.

К вопросу о лечении паразитарных заболеваний кожи *).

Ординатора клиники В. Зайцева.

После того, как Mouttet, в 1634 году, дал точное описание чесоточного клеща, и роль последнего в этиологии чесотки постепенно стала общепризнанной, было предложено много препаратов и их комбинаций для терапии означенного заболевания. Оставляя в стороне перечисление и оценку каждого из них, остановимся в настоящей работе лишь на одном способе лечения чесотки, предложенном в свое время Comessati ¹⁾.

Известно, что серноватистая кислота—соединение очень нестойкое, и при попытках получения ее из солей она распадается на серу, сернистый ангидрид и воду ($\text{H}_2\text{S}_2\text{O}_3 = \text{S} + \text{SO}_2 + \text{H}_2\text{O}$). Поэтому при действии соляной кислоты на гипосульфит—натронную соль серноватистой кислоты—получаются поваренная соль и указанные продукты разложения серноватистой кислоты, причем, если реакция происходит на коже, то сера и сернистый ангидрид, осаждаясь в порах последней, действуют противопаразитарно. Исходя из этих предпосылок, Comessati предложил натирать вечером все тело чесоточного больного раствором из 200,0 natrii hyposulfurosi на 1 литр воды, а утром—5% водным раствором acidi muriatici. Он считает достаточным для излечения чесотки одного сеанса такого лечения.

Rossini ²⁾ несколько видоизменил этот метод, а именно, раствор гипосульфита в воде он берет в отношении 2:3, а концентрацию соляной кислоты оставляет той же. Больного натирают вечером раствором гипосульфита, а утром—раствором соляной кислоты, и так делают в течение 2—3 дней, затем, после такого же перерыва, в случае надобности проводят еще несколько сеансов. Демьянович, применяя модификацию Rossini, пришел к выводу, что для полного излечения чесотки необходимо в среднем 6 сеансов.

Принимая во внимание доступность, дешевизну и опрятность способа, так как оба раствора бесцветны, не пачкают белья и дают очень незначительный запах, и то лишь в период смазываний, мы решили применить данный метод для лечения некоторых паразитарных заболеваний кожи. В своих наблюдениях мы в одних случаях брали только что упомянутые растворы, в других же—гипосульфит в разведении 2:6,

*) Доложено на I Поволжском Съезде по борьбе с венерическими и кожными болезнями в Казани.

¹⁾ Leistikow. Therapie der Hautkrankheiten, 1897, S. 211.

²⁾ М. П. Демьянович. К вопросу о лечении чесотки. Клин. Мед., 1922, № 3—4.

а соляную кислоту 3%-й концентрации. Последними разведениями мы пользовались в особенно запущенных и осложненных случаях чесотки.

Всего нами было проведено по указанному способу 38 случаев различных паразитарных заболеваний кожи, в том числе 26 случаев чесотки, 6 — *herpes tonsurans vesiculosus* и 6 же — *pityriasis versicolor*. Больные были как мужского, так и женского пола, в возрасте от 5 до 60 лет. Обычно они хорошо переносили лечение, указывая только на появление зуда в течение 2—3 минут после натирания раствором соляной кислоты.

После первых двух или трех сеансов больные всегда отмечали значительное уменьшение, а в некоторых случаях (*herpes tonsurans*) и полное прекращение зуда. Одновременно с этим наблюдалось увядание того или иного паразитарного заболевания кожи. При чесотке, часто осложненной пиодермией, вместе с улучшением основного процесса констатировалось быстрое подсыхание пустул с образованием корок, которые потом постепенно отпадали. Во всех этих случаях излечение наступало исключительно от применения указанного выше способа, — никакой дополнительной терапии нами не применялось. Только в случаях наличия экзематозных очагов, помимо уменьшения концентрации растворов гипосульфита и соляной кислоты, назначалась иная терапия по отношению к экземе.

Минимальное количество сеансов, проведенных у одного больного, равнялось 5 (3 случая), максимальное — 15 (1 случай), обычно же — от 7 до 8. По окончании лечения больные брали ванну и оставались под наблюдением не менее 2 недель. Все случаи кончились полным выздоровлением, причем рецидивов не встречалось. Осложнения от применяемой терапии, бывшие в 5 случаях, выражались в появлении разлитой красноты, иногда легкой отечности и высыпании мелких папулезных эфлоресценций; осложнения эти легко поддавались лечению индифферентными мазями.

Что касается успешности лечения по данному методу каждого из указанных заболеваний в отдельности, то на основании своих, хотя и немногочисленных, наблюдений мы можем отметить, что наиболее легко поддается излечению по способу Comessati *herpes tonsurans vesiculosus*, несколько труднее — *scabies* и, наконец, еще упорнее противостоит данному лечению *pityriasis versicolor*.

Резюмируя все изложенное, можно отметить, что 1) гипосульфит, применяемый совместно с соляной кислотой, является действительным противопаразитарным средством; 2) этот способ пригоден для лечения *scabies*, *herpes tonsurans vesiculosus* и *pityriasis versicolor*; 3) при нем необходимо индивидуализировать не только количество сеансов, но и концентрацию растворов.

Проблема боли ¹⁾.

Д-ра Н. Н. Назарова,

ассистента Хирургической Пропедевтической клиники Саратовского У-та.

Борьбу с болями должно признать одною из самых благородных и неотложных задач, которые ставит перед собою на разрешение медицина. Избавиться от боли—это первое желание, которое нам высказывает почти каждый из наших пациентов, и это последнее желание, исполнения которого ждут от нас, как великой милости, умирающие и страдающие от болей при неизлечимых болезнях.

Практическая хирургия в борьбе с болями сделала уже чрезвычайно много: введены в обиход наркоз и местная анестезия, и целое море человеческих страданий тем самым оставлено далеко позади. Однако до сих пор вопросы о сущности боли с психологической точки зрения, об устройстве и механике аппаратов, имеющих в нашем организме для восприятия боли, вопросы о путях, проводящих боль,—остаются во многом неразрешенными. В произведенных в этой области исследованиях много неясностей, разнообразия, предположений и неудовлетворительных ответов на самые основные вопросы. Это, несомненно, имеет своим последствием то, что до сих пор мы далеко не во всех случаях в состоянии имеющимися в нашем распоряжении средствами прекратить или даже только уменьшить боль, особенно там, где они, повергая человека в тяжкие страдания, разыгрываются в связи с неизвестной, или с известной, но неустраняемой первопричиной.

Боль при современном уровне наших знаний представляется нам весьма сложным переживанием. Сущность ее ускользает от простого и ясного определения,—главным образом, может быть, потому, что мы имеем при этом две стороны явления: процесс психический и процесс материальный, разыгрывающийся в нервной системе.

Что боль есть явление психогенное, видно из того, что ее можно вызвать внушением там, где ее нет, или прекратить там, где она имеется. Оттого, что боль может явиться в двух видах,—в форме боли телесной и в виде боли душевной,—трудности определения сущности ее усугубляются. Schopenhauer, определяя боль, полагает, что всякое воздействие на наше тело есть в то же время воздействие на нашу волю. Это воздействие называется болью, если оно идет против нашей воли. Такое определение слишком отвлеченно и не может удовлетворить биолога.

Психология (Сикорский) относит боль к низшим физическим чувствам наряду с голодом, жаждою, утомлением и т. п. Но и психологи затрудняются в вопросах точного определения того психологического порядка, к какому должна быть отнесена боль. Отнести-ли ее к ощущениям, т. е. к элементарным единицам познания, рассматривая ее, как непосредственный результат проникновения нервных токов в мозг, или боль следует отнести к чувствам, видя в ней вторичный феномен, как уже сложный психический процесс, развертывающийся из ощущений путем их переработки? Проф. Сикорский полагает, что в ощущениях и низших физических чувствах, к каковому им отнесена боль, мы имеем дело с одним и тем же по существу явлением, которое, дифференцируясь, при одних условиях может идти, как ощущение, в океан объективного познания, т. е. в область ума, при других же условиях оно пойдет в океан субъективных познаний, т. е. в область чувств. Таким образом в психологии нет точного ответа на вопрос о сущности боли.

Во всяком случае боль появляется только на высших ступенях животного царства, где возникает способность перерабатывать ощущения и делать заключения,—низшие и малоорганизованные представители животного мира или не обладают способностью получать раздражения, или, получая их, не перерабатывают, а потому и от болей не страдают. Оставаясь принадлежностью только высоко

¹⁾ Речь на годовичном заседании Саратовского Хирургического Общества 4/XII 1927 г.

организованной нервной системы, боль, несомненно, играет огромную роль для развития животного, являясь средством защиты организма вестественным подборе, в борьбе за существование, и признаком высокой эволюции. Боль может подвергнуться атавизму или совсем исчезнуть из сферы переживаний при некоторых поражениях нервной системы. Известны различные виды душевных переживаний и врожденного слабоумия, при которых боли вовсе может не быть.

Обращаясь к физиологии боли, проф. James находит, что здесь все еще до сих пор загадочно. Можно предположительно говорить о самостоятельных концевых органах и центrostремительных нервах, по которым болевые впечатления переносятся в специальный болевой центр мозга; или можно думать, что в этот болевой центр поступают излишки токов от других чувствительных центров; или, наконец, допустимо, что известная крайняя степень нервного возбуждения вызывает болевое ощущение во всех центрах. Уже из этого видно, что James имел полное основание назвать физиологию болей загадочной.

В классических руководствах по физиологии авторы ограничиваются, по большей части, немногими словами о чувстве боли, причем и эти немногие замечания относятся к ряду гипотез о сущности боли, требующих точной научной проверки. Гистологи, изучая концевые нервные аппараты чувствительных нервов, устанавливают огромное разнообразие в их архитектуре и дают довольно точное их морфологическое описание, но и у этих специалистов нет единомыслия, когда они вместе с физиологами пытаются некоторым из концевых аппаратов приписать исключительную роль в процессе восприятия боли. Важным следует считать установленный в гистологии за последнее время факт, что в рецепторах чувствительных нервных волокон переплетены в сложных взаимоотношениях как мякотные, так и безмякотные нервные волокна. При тщательном изучении сети этих нефибриллей (Boek, Dogel, Nering) можно наблюдать места непосредственного их перехода в протоплазму тканевых клеток. Безмякотные нервные волокна концевых аппаратов, принадлежа к симпатической нервной системе, имеют свои трофические центры в узлах этой системы и только при разрушении их дегенерируют (Aldrich). Некоторые авторы допускают, что боль воспринимается в концевых аппаратах исключительно окончаниями безмякотных, т. е. симпатических, нервных волокон (Benisty). Однако следует учитывать, что все участки нашего тела и особенно кожа представляют из себя весьма сложную мозаику из разного рода настолько сложно устроенных нервных аппаратов, предназначенных для восприятия различных чувств и ощущений, что изолировать из них точки, в которых-бы всякое раздражение окрашивалось только чувством боли,—весьма трудно и до сих пор безоговорочно не удавалось исследователям.

Во главе исследователей, признающих существование совершенно особых пунктов для восприятия только болей, можно поставить Frey, у которого есть исследователи, когда речь идет о покровах тела,—здесь часть его экспериментов весьма доказательна; другая группа исследователей полагает, что всякое или многие ощущения могут быть болезненными в зависимости от качества и степени раздражения, почему эти исследователи (Alrutz) не признают существования особых рецепторов для восприятия боли. Foerster, работая над этим вопросом, считает его требующим продолжительных и кропотливых изучений и во всяком случае до последнего времени не разрешенным. Свойственный чувству боли полиморфизм в сильной мере препятствует изучению ее сущности. Мы не останавливаемся на различных классификациях, которыми боли по своему характеру (боль от давления, растяжения, сжатия и т. д.), или по характеру причинного момента (боль от действия механических моментов, химических, термических) распределяются на различные группы. Заметим только, что для практического врача важнее бывает иногда решить, является-ли боль в данном случае результатом соматического процесса, или она психогенна. И вот, тогда могут встать перед нами трудности диагностики, ибо представления наши о сущности боли недостаточно определенны.

Не менее интересным и более, пожалуй, выясненным является вопрос о путях, проводящих боль к органам сознания, т. е. к центрам головного мозга. Большое число экспериментальных и клинических наблюдений доказывает, что в периферических нервных стволах имеются отдельные нервные волокна для проведения различных восприятий, в том числе отдельные для проведения боли. Из клинических наблюдений за это говорит, напр., такой всем известный факт, как исчезновение чувства боли и температурного ощущения при сирингомиелии в то время, как у того же субъекта сохраняются ощущения тактильные, мышечные и чувство давления. Яркой демонстрацией существования специальных проводников

может служить также больной с лепрозным интерстициальным невритом, где болевая чувствительность бывает утрачена совершенно, а другие виды чувствительности — сохранены.

Многочисленные эксперименты показывают, далее, что в спинном мозгу проводники для различных ощущений идут разделенными, и что боль проводится столбами Gowers'a (Van-Deen, Klapa). Все центрипетальные проведения, в том числе и проведения боли, подвергаются перегруппировке в *thalamus opticus*, и, повидимому, болевые ощущения здесь заканчиваются, не доходя до коры, вследствие чего корковым центром для восприятия боли следует считать серое вещество зрительного бугра. Поражения коры могут вести к утрате локализации боли, но чувство боли при этом сохраняется, утрачиваясь лишь при разрушении *thalamus optici* (Munk, Dejerine).

Такая схема проведения боли без труда устанавливается для периферических частей тела и органов, обслуживаемых по преимуществу цереброспинальной системой. Гораздо труднее составить точное представление о проведении болей от органов, заложенных в полости, особенно в брюшной полости. Прежнее категорическое мнение о том, что органы брюшной полости не имеют аппаратов для восприятия болей и нечувствительны к тем раздражителям, которые на покровах вызывают боль, должно быть оставлено. Хирургам особенно известно, что висцеральные органы могут дать сильнейшие боли и в случаях их заболевания становятся чрезвычайно чувствительными к ножу во время операции.

В свое время механизм проведения висцеральных болей объяснялся различными гипотезами. Так, напр., Mackenzie приписывал особую чувствительность подбрюшинной клетчатке и придавал значение висцеро-сенсорным рефлексам, при которых раздражение с внутренних органов доходит до спинного мозга и там возбуждает чувствительные волокна; при этом боли, не имея точной локализации, прозируются где-либо на периферии (зоны Head'a). Опускаем пока другого рода объяснения и сейчас же подчеркнем, что наличие висцералгий бесспорно указывает на существование проводников болей, хотя бы существование аппаратов, воспринимающих боль, во внутренних органах и не было доказано.

Какие же нервы проводят боль от органов брюшной полости? Как известно, нижне-грудные нервы, с IX по XII, иннервируют стенки живота: эти нервы бесспорно проводят и болевые ощущения. Внутрь же брюшной полости проникают *n. vagus*, *n. phrenicus* и *n. sympathicus*, объем функций которых, особенно в деталях, еще не изучен. Относительно *n. vagus* до последнего времени существуют противоречивые мнения. Повидимому, все же по последним данным следует признать, что он проводит боли, напр., от печени, желчного пузыря и особенно от желудка (Karriss, Shawe и др.). Затруднения в определении функции блуждающего нерва возникают отчасти потому, что он находится в тесных взаимоотношениях с *n. sympathicus*, что дало основание Schiffy считать *n. vagus* постольку способным проводить боль, поскольку он содержит симпатические волокна. Говоря о функциях *n. phrenici*, Foerster теперь не отрицает и его участия в проведении болей от желудка. Главная роль в проведении болей от органов брюшной полости, однако, по общему мнению принадлежит симпатическому нерву. Болепроводящая способность этого нерва обнаруживается из целого ряда экспериментов и клинических наблюдений. Симпатический нерв выполняет сложную работу в органах брюшной полости, не все, однако, доводя до сознания и до высших центров и таким образом не обременяя их. Эта работа протекает автоматически (рефлекторно), и ею руководят ганглии и сплетения симпатической системы. Так дело обстоит, однако, лишь в условиях нормы, а как только таковая почему-либо окажется нарушенной, то по программам симпатической системы до сознания посылаются предупредительная тревога, — чем-либо вызванные отступления от нормы, в отправлениях органов дают себя знать болями.

Некоторые авторы (Kölliker) допускают, что каждый симпатический нерв имеет специальные волокна, проводящие боль, которые проходят через *ganglia sympathica* в спинной мозг; по другим авторам симпатический нерв не имеет специальных сенсорных волокон, и каждое его волокно может исполнять сенсорную функцию. Существует мнение (Langley-Anderson), что симпатические волокна пропускают иннервационную волну одновременно в двух направлениях, — они проводят и моторные, и сенсорные импульсы; иными словами каждое симпатическое волокно может довести до сознания боль.

Анатомия симпатической нервной системы отличается большою сложностью, особенно анатомия брюшного отдела ее. Множество сплетений ведают иннервацией

всех внутренних органов; более мелкие сплетения располагаются по ходу крупных кровеносных сосудов, которые затем на всем своем протяжении обильно снабжаются волокнами симпатической нервной системы. На основании ряда данных, добытых в последнее время, можно думать, что роль сосудов как в создании условий болезненности органов, так и в восприятии и проведении болей до сознания—велика. На этом обстоятельстве мы задержим внимание читателей, приводя ниже свои клинические наблюдения, проливающие некоторый свет на данный вопрос, а также указывающие нам некоторые практические пути для борьбы с болью.

Leppander придает огромное значение лимфангоитам при патологических процессах в брюшной полости,—он полагает, что при воспалительных процессах в печени, желчном пузыре (камни), желудке, аппендиксе—боли появляются лишь тогда, когда воспаляются лимфатические сосуды, и это воспаление распространяется на клетчатку; когда же эти сосуды облитерируются, боли прекращаются.

Что боль имеет тесную связь с состоянием сосудов.—известно уже с давних пор („salor, rubor, dolor“...). Известно, что нейропаралитические гиперемии сопровождаются болями, а тем более гиперемии активные (эритромелалгия). Клиника с успехом применяет сосудосуживающие средства, как болеутоляющие. Исследования показывают, что на сосудистой стенке имеется большое количество дифференцированных нервных окончаний различной формы и вида, которым, наряду с моторной, следует приписать и чувствительную функцию. Нервная сеть, расположенная между *media* и *adventitia* сосудов, в конечных разветвлениях имеет массу цуговчатых утолщений, которые следует считать за концевые нервные аппараты. Весьма вероятно, что растяжение сосудов за пределы нормы является раздражающим обстоятельством, которое доводится до сознания, как боль; во всяком случае сосудистая реакция и боль идут параллельно друг другу.

Что возникновение боли происходит через посредство сосудов, подчиненных нервной системе,—обстоятельство это делает понятным механизм подавления боли под влиянием внушения, ибо известны опыты сужения сосудов от внушения. Возможно, что истеричные субъекты именно путем сокращения сосудов достигают полной потери боли в покровах. Иррадиация болей также находит свое объяснение, если признать сосудистое происхождение боли: очаг раздражения, являясь первопричиной для повышения кровяного давления, вызывает более интенсивную гиперемию в участках с пониженным сосудистым тонусом, где и возникают боли (следствие гиперемии). Многочисленные наблюдения последнего времени с перевязкою сосудов и особенно с операцией периаптеральной симпатэктомии без всякого сомнения подтверждают, затем, что сосуды являются отличными проводниками для болевых ощущений. Ряд исследователей обращает внимание на крайнюю чувствительность некоторых артерий; так, *art. tyroidea sup.*, желудочные артерии, *art. brachialis* и нек. другие весьма чувствительны; не лишены способности проводить боль и другие артерии, в том числе *art. carotis* и *art. femoralis*, которые раньше в этом отношении брались как-бы под сомнение.

Считаясь с тем фактом, что ветви спинальных смешанных нервов проходят к крупным артериальным стволам сегментарно (Wiedhoph, Елецкий и др.), мы в то же время не можем отрицать существования длинных эфферентных путей, заложенных в стенках кровеносных сосудов, и их способности проводить до сознания боль с периферии. За это говорит ряд исследований и между ними—последние эксперименты Абражанова с впрыскиванием молочной кислоты в обнаженную *art. femoralis*. Опыт прост: обнажают *art. femoralem* и впрыскивают в нее молочную кислоту, получая при этом болевую реакцию; перерезка п. *ischiadici* боли не уничтожает; затем следует перерезка *art. femoralis* и впрыскивание молочной кислоты в ее верхние и нижние отрезки. Впрыскивание в верхний отрезок дает реакцию, а в нижний—не дает. Отсюда вывод, что в стенках артерии конечностей имеются длинные болевые пути независимо от нервных ветвей, сегментарно подходящих к артериям.

Проф. С. П. Федоров, говоря о болях при заболеваниях органов брюшной полости (II Всеукраинский Съезд Хирургов 1927 г.), полагает, что боли висцеральных органов и в частности брюшины—сосудистого происхождения, ибо сосуды имеют длинные эфферентные нервные волокна. Foerster, исследуя вопрос о путях, проводящих боль, также склонен признать существование длинных проводящих боль путей в крупных артериальных стволах; он имел возможность наблюдать два весьма демонстративных случая, когда пациенты имели полное нарушение целостности цереброспинальных нервных путей, идущих к верхней конечности, и однако при раздражении электрическим током артерий в пальцах пораженной конечности у них возникали сильнейшие боли.

Мы не будем останавливаться на других экспериментальных доказательствах того, что симпатические нервы сосудов проводят боль, а перейдем к клиническим наблюдениям. Наблюдения Leriche'a, применившего операцию периаптериальной симпатэктомии на art. brachialis при каузалгии, показали, что операция эта дает несомненный эффект прекращения болей. Идея Leriche'a нарушать непрерывчатки и адвентиции сосудов может быть использована в тех случаях, где боль является тягостным симптомом данного страдания, и борьба с нею выступает на первый план. Только техника операции по Leriche'у мало приемлема, и мы с успехом заменили ее простым смачиванием артериального ствола 80% алкогелем на некотором протяжении по Разумовскому, добиваясь тем самым повреждения нервных путей химическим способом. По отношению к верхней конечности мы применяли метод смачивания артерий алкогелем при обморожениях кистей рук, причем показанием к операции были сильнее боли, поднимающиеся с обмороженных пальцев. Эффект прекращения болей после этого мы получили несомненный—так же, как Leriche при каузалгиях.

Больше опыта мы имеем с применением метода смачивания art. femoralis алкогелем при спонтанной гангрене. Кому неизвестны те несчастные страдальцы с гангреной нижних конечностей, которых боли липают сносного существования? Во всех случаях (а их мы имеем до трех десятков) спонтанной гангрены за последние годы мы смачивали art. femoralis алкогелем вместо периаптериальной симпатэктомии и почти всегда получали или полное стихание, или значительное уменьшение интенсивности болей (разница эта может зависеть от разницы техники, с какою проведена в данном случае операция).

Не менее ценными в этом отношении мы считаем наши наблюдения с применением смачивания art. carotis алкогелем при невралгиях тройничного нерва. В 12 случаях жестоких невралгий этого рода нам удалось указанным путем добиться прекращения болей (причем лишь в одном из этих случаев получили через $1\frac{1}{2}$ года рецидив болей, что может быть, однако, отнесено на счет недостаточной техники операции). Все это дает основания думать, что существует прямая зависимость болей от тех или иных изменений в симпатической нервной системе.

Не без успеха мы применяем и при гастралгиях смачивание артерий желудка алкогелем в сочетании с инъекциями алкоголя в симпатические пути, подходящие к желудку через малый сальник. Наши наблюдения охватывают теперь более трех десятков случаев этого рода, среди которых есть такие, когда больные страдали на протяжении многих лет острыми желудочными болями и получали излечение от них после операции по указанному методу. Не останавливаясь на экспериментальных данных авторов (Schönbauer, Wither), которые наблюдали заживление язв желудка после периаптериальной симпатэктомии на желудочных сосудах, мы берем на себя смелость рекомендовать смачивание артерий желудка алкогелем и алкобольные инъекции в малый сальник (по Разумовскому) в тех случаях, где язвы при операции не обнаруживаются, а в анамнезе имеются указания на постоянные боли в области желудка. Что касается невралгий и болей в области печени и желчного пузыря, то мы еще не имеем достаточного материала, дабы высказаться за ценность метода алкобольных инъекций и смачивания сосудов алкогелем в подобных случаях, но и здесь единичные наши наблюдения ободряют нас. Очевидно, при висцералгиях нам еще предстоит выработать меры борьбы с болями, причем наше внимание должно быть направлено на симпатическую нервную систему, в частности на артериальные стволы, столь богатые симпатическими волокнами, которые, как показывают и клинические наблюдения, и эксперименты, являются проводящими боль путями.

Из всего сказанного можно сделать вывод, что проводящими боль путями являются, по всем вероятностям, не только спинномозговые нервы, но, может быть, в еще большей мере нервы симпатической системы, особенно по отношению к органам висцеральным. Существование густой сети безмякотных фибрилл в концевых аппаратах, воспринимающих боль с периферии, дает также основание полагать, что симпатическая система играет не последнюю роль в проведении болей.

Нам остается сказать, что сих пор еще не изучена глубокая сущность тех процессов,—может быть, молекулярного характера,—которые разыгрываются в нервном стволе и в клеточной нервной массе после того, как воспринимающий боль аппарат получил то или иное раздражение. Здесь еще нужно глубокое изучение вопроса.

Последним этапом в сложном механизме, вырабатывающем боль, является работа клеток зрительного бугра и коры головного мозга. Здесь ощущения суммируются и рождается боль. Но в этих процессах еще более сложности и загадочности.

В конце концов мы снова стоим перед вопросом, — что же такое боль? И нет по существу на него ответа. В самой природе здесь каким-то образом увязаны как-бы большие противоречия: с одной стороны боль есть мучитель рода человеческого, с другой она охраняет род человеческий на пути его славного развития. Одних, как Schopenhauer'a и Hartmann'a, она подвергала в безысходный пессимизм, у других же не в силах была подавить жизнерадостность философия, как, напр., у Dühring'a, который пишет: „Связанные с заболеваниями болевые ощущения бывают иногда действительно очень тягостны и на самом деле самучивают больных; тем не менее в среднем они не представляют той суммы неприятных ощущений, которые доводят человека до сознания бесполезности собственного существования“. И с этим приходится согласиться, когда смотришь на несчастных больных, напр., страдающих невралгиями тройничного нерва, у которых всегда теплится надежда, что их страдания так или иначе облегчатся, и для них наступят лучшие времена.

Практическому врачу, однако, жизнь оставляет мало времени на философию, — она требует от него неотложных мероприятий, и тогда приобретают особую ценность наиболее простые средства, с помощью которых мы в состоянии хотя-бы ослабить боль. Может быть, предлагаемый нами метод борьбы с болью при некоторых страданиях путем смачивания артериальных стволов и является еще несовершенным и не всегда верным, но и ему мы обязаны отдать должное, если хотя бы в некотором % случаев он оказался действительным, так как до сих пор ведь у нас нет одного верного средства борьбы с болью, и мы часто в отчаянии решаемся, для устранения болей, на тяжелые операции, иногда стоящие пациенту жизни.

Борьба с болью остается одною из благороднейших наших задач, и здесь мы должны радоваться всякому шагу вперед, всякому новому методу, дающему возможность облегчить страдания больных.

Человечество неуклонно движется вперед по пути своего развития, и этот путь озарен все новыми и новыми победами научной мысли. При изучении вопроса, которому посвящена настоящая статья, становится очевидным, что недалеко уже то время, когда проблема боли будет разрешена в целом, и мы сможем от теперешних полумер перейти к верным средствам, дабы избавить человека от тяжких страданий, вызванных болью.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Foerster. Die Leitungsbahnen des Schmerzgefühls u. s. w. 1927.
- 2) Лапинский. Сущность боли. — 3) Марциус. Боль. 1899. — 4) Сикорский. Всеобщая психология. 1904. — 5) James. Психология. 1922.

Из Бактериологического Института имени Габричевского при
I Московском Гос. Университете. (Директор проф. В. А. Барыкин).

Современное состояние вопроса о бактериофагии.

Е. Шехтера.

В 1917 г. d'Herelle, прибавляя несколько капель фильтрата выделений дизентерийного реконвалесцента к бульону, засеянному дизентерийной палочкой, заметил, что бульон остался совершенно стерильным. Несколько капель этого оставшегося стерильным бульона, прибавленные к бульонной эмульсии свежей культуры дизентерийной палочки, b. Shiga, вызвали чрез несколько часов полное растворение всех бактерий и абсолютную прозрачность эмульсии. Фильтрат последней,

прибавленный в самом ничтожном количестве (0,0001 к. с.) к свежей эмульсии бактерий, вызвал в свою очередь их полное растворение и т. д. Таким образом вещество, вызвавшее растворение бактерий, обладало, кроме того, свойством „перевиваться“ подобно живому вирусу и проходить чрез поры фильтра. Кроме того, такого филтраты и затем засеять его дизентерийной палочкой Shiga, оставался совершенно стерильным. А нанося на агар чрезвычайно малые количества филтраты (разводя его физиологическим раствором или бульоном в 10,000—100,000 раз), d'Herelle получал затем культуру, усеянную множеством прозрачных круглых пятен, величиной в 1—2 мм., представлявших места на поверхности агара, лишенные бактерий, т. е. оставшиеся совершенно стерильными. Он их называл „стерильными пятнами“ или „плешинами“. В зависимости от количества нанесенного на агар филтраты этих „плеши“ могло быть от 1—2 до бесчисленного множества, или, наконец, столько, что вся поверхность агара оставалась стерильной, представляя собою как-бы одну громадную сплошную „плешину“. Эти „плешины“ и представляют, по d'Herelle'ю, колонии ультравируса, вызывающего растворение бактерий, который он назвал „бактериофагом“.

За 2 года до опубликования d'Herelle'ем этих наблюдений, т. е. в 1915 г., английский бактериолог Twort (Lancet, 1915, 2, 1241) описал явление, очень близко напоминающее наблюдения d'Herelle'я. Именно, исследуя различный патологический материал на присутствие ультравирусов, Twort в пересевах глицеринизированной лимфы телят, зараженных оспой, на агар получил колонии микрококков, которые сначала были белыми и непрозрачными, а затем постепенно становились прозрачными, стекловидными. Касаясь платиновой петлей этих стекловидных колоний и перенося ее в нормальные колонии микрококков, он наблюдал такое же стекловидное перерождение последних. Следовательно, начало, вызвавшее просветление колоний микрококков, обладало, подобно вирусу, свойством перевиваться, притом перевивались только на живых колониях микрококков. Явление это, описанное Twort'ом, отличалось от d'Herelle'евского тем, что здесь не получалось полного, без остатка, растворения бактерий, а распадение их на прозрачные, мельчайшие гранулы, видимые в микроскоп и окрашивавшиеся по Giemsa. Оба явления, однако, настолько близки, что многие исследователи приписывают честь открытия разбираемого нами феномена обоим авторам, называя его феноменом Twort-d'Herelle'я.

Считая все же, вместе с большинством авторов, что явление, с наибольшей полнотой и точностью описанное впервые d'Herelle'ем, представляет существенные отличия от феномена Twort'а, мы в дальнейшем займемся изучением именно явления d'Herelle'я, которое он назвал бактериофагией. Действующий агент, вызывающий это явление,—не предпреля пока его природы,—мы будем называть бактериофагным лизином.

Основные явления бактериофагии. Если конец платиновой петли опустить в жидкость, содержащую бактериофагный лизин, и перенести в бульонную культуру b. Shiga, то через несколько часов культура просветляется, все бактерии растворяются. Опуская платиновую петлю в эту просветленную эмульсию и перенося ее затем в новую эмульсию, мы наблюдаем, что и эта последняя в свою очередь через несколько часов просветляется и т. д. После нескольких подобных „пассажей“ активность бактериофагного лизина настолько возрастает, что петля, опущенная в лизированную эмульсию бактерий и перенесенная затем в новую взвесь их, вызывает почти моментальное их растворение. Это действие бактериофагного лизина, передаваемое последовательно, как при пассажах микробов, d'Herelle называет action en series.

Необходимым условием для бактериофагии является присутствие живых, способных размножаться бактерий. Если вместо эмульсии свежих бактерий взять убитых нагреванием, или даже старую культуру, и прибавить к ним бактериофагный лизин, то просветления не произойдет. Однако капля этого „зараженного“ бактериофагом бульона, перенесенная в свежую эмульсию бактерий, вызывает их полное растворение. Отсюда d'Herelle делает вывод, что в старых культурах бактериофаг, хотя и размножается, но растворяет не все бактерии. Причина этого лежит, по d'Herelle'ю, в том, что в старых культурах имеется, наряду с живыми, много мертвых бактерий.

Все исследователи подтвердили, что наличие живых, размножающихся бактерий является необходимым условием для феномена d'Herelle'я. Если поставить бактерий в условия неблагоприятные для размножения, то образования лизина не происходит (d'Herelle, Bordet, Muntz и др.).

Другим условием, необходимым для процесса бактериофагии, является среда, благоприятствующая развитию бактерий. Для бактериофагии в бульонных культурах наилучшим является бульон с легко-щелочной реакцией (РН 7, 8). Условия эти меняются, далее, в зависимости от вида микроба, от „сорта“ бактериофагового лизина и т. д.

D'Herelle утверждает, что полное растворение всех бактерий данной эмульсии не зависит от количества бактериофагового филтрата, введенного в нее, а зависит лишь от его активности. Действительно, при переносе в несколько пробирок с совершенно одинаковыми количествами одной и той же эмульсии бактерий различных количеств бактериофагового лизина (0.01—0.001—0.0001 к. с.) везде получается полное растворение. Наименьшее количество бактериофагового лизина, вызывающее растворение бактерий в бульонной эмульсии, в опытах d'Herelle было 10^{-10} , т. е. 0.0000000001 к. с. Однако, если взять очень густые эмульсии бактерий (300—500 милл. в 1 к. с.), то концентрация бактериофагового лизина в эмульсии приобретает значение, а в эмульсии, содержащей свыше 700 милл. бактерий в 1 к. с., бактериофагии вовсе не происходит, вводим-ли мы 0.00001, или 1 к. с. лизина (d'Herelle).

Gohs на основании целого ряда опытов пришел к заключению, что в обычных условиях большие дозы бактериофагового лизина, как правило, не дают (независимо от степени густоты эмульсии) никакого эффекта, между тем как минимальные количества, до 10 к. с., дают полную бактериофагию.

Минимальная температура, при которой происходит бактериофагия, это—8°, максимальная—46°. Вообще говоря, наилучшей температурой является 1°, наиболее благоприятная для роста соответствующих микробов.

Вязкость среды также влияет на процесс: желатина, прибавленная в определенном %-ном соотношении к бульону, задерживает, напр., растворение бактерий.

Действие химических агентов является разнообразным: коллоиды (агар, желатина и др.) сами по себе не влияют на бактериофагию, они действуют лишь благодаря изменению вязкости среды: антисептические средства оказывают в большинстве подавляющее влияние на бактериофагию. Kabeshima и Seiffert нашли, что 1% раствор фтористого натрия не оказывает никакого влияния на бактериофагию, между тем как d'Herelle и Bablet утверждают, наоборот, что в присутствии этого вещества бактериофагии вовсе не происходит. Wolf и Jansen показали, что дериваты хинина оказывают вредное действие на бактериофагию. D'Herelle прибавлял антисептические вещества в таких малых количествах, в каких они не вредят развитию бактерий, и все же бактериофагии при этом не происходило. Значит, антисептика здесь влияли именно на бактериофагный лизин.

Если платиновой петлей коснуться центра „плешины“ на агаре, взбогатать петлю затем в стерильном бульоне и засеять его соответственными бактериями, то бульон остается стерильным. Следовательно, „плешины“ представляют те пункты, на которых сосредоточивается бактериофагный лизин. D'Herelle утверждает, — и большинство авторов соглашалось до сих пор с этим, — что „плешины“ („*taches vierges*“ d'Herelle's, „*sterile Löcher*“ немецких авторов) представляют единственные места на поверхности агаровой культуры, где может быть обнаружен бактериофагный лизин. Однако в последнее время появились работы Н. Preisza, которому удалось обнаруживать присутствие лизина и в других местах поверхности агара, покрытых совершенно обычной культурой бактерий. Касаясь петли поверхности агара где-либо вне „плешин“ и перенося ее затем в эмульсию свежих бактерий, он получал полное растворение последних.

Если агар, оставшийся стерильным в результате бактериофагии, засеять вновь, то он все же останется стерильным, но бактерии другого вида могут расти на нем.

Диаметр и форма „плешин“ могут быть различными в зависимости от активности бактериофагового лизина, от консистенции среды, от вида бактерий. Так, бактериофагный лизин по отношению к *b. Shiga* дает „плешины“ до 8 мм. в диаметре, стафилолизин—около 5 мм. и т. д. Bordet и Ciuca указали, что по прошествии некоторого времени поверхность „плешин“ может зарастать „вторичной культурой“ „резистентных“ бактерий.

Первой фазой взаимодействия бактерий и бактериофагового лизина большинство авторов считает адсорбцию его и фиксацию на соответственных бактериях. D'Herelle утверждает, что эта адсорбция строго специфична и происходит только на соответственных живых бактериях. Однако, Otto, Munter, Jansen и др. наблюдали фиксацию бактериофагового лизина и на „невосприимчивых“ к данному

лизину бактериях, а da Costa-Cruz и Joetten получили ее на мертвых бактериях. Seiffert наблюдал на мертвых бактериях фиксацию лизина, не сопровождающуюся их растворением. Nogio Ogata на основании ряда опытов полагает, что ни о какой специфичности этой адсорбции нельзя говорить, и что она подчиняется обычным, чисто-физикохимическим законам.

Считая, что каждая „плешина“ происходит из отдельной особи бактериофага, d'Herelle приготавливал большее (10^{-7} , 10^{-8}) разведение лизина и, нанося определенные количества его (0.05—0.1 к. с.) на несколько чашек Petri, засеянных бактериями, подсчитывал затем число получившихся „плешин“. Умножая это число на данное разведение, он получал „титр“ лизина, т. е. число частиц его в 1 к. с.

Как мы уже видели, описанный Preiszem факт присутствия лизина не только в «плешинах», но и в других пунктах поверхности агара, заставляет относиться к этому методу с большою осторожностью, так как число частиц бактериофажного лизина, получаемое в результате этого метода, может оказаться менее действительного числа их. Кроме того, из работ Appelmann'a видно, что могут быть такие „плешины“, в которых нельзя обнаружить лизина. Т. о. этот критерий d'Herelle'я для оценки количества действительных частиц бактериофажного лизина не может быть принят безоговорочно. Все методы, предложенные до сих пор для точного определения числа частиц лизина (Appelmann, Gohs и др.) также недостаточно точны. Поэтому многие авторы (Bordet et Ciuca, Gratia, Werthemann и др.) предпочитают говорить об *относительной* концентрации лизического начала. Эту относительную оценку сравнительного количества лизина в тех или иных случаях указанных методы d'Herelle'я, безусловно, дают.

Единство и специфичность бактериофажного лизина. Явление бактериофагии происходит не только с дизентерийными палочками. Из кишечника больных тифом людей и животных был выделен лизин по отношению к тифозной палочке, у холерных больных — к vibrio cholerae, из выделений здоровых животных и людей — бактериофажный лизин к кишечной палочке, из гноя фурункулов — лизин к стафилококку, из мочи сыпнотифозных больных — к Proteus X₁₉. Количество бактерий, по отношению к которым получены в настоящее время бактериофажные лизины, очень велико: b. diphtheriae, b. subtilis, b. anthracis, b. ruosynaeus и др. При этом каждый лизин действует только на соответствующий вид бактерий. Эта специфичность, однако, — далеко не полная. Имеются лизины, действующие на несколько видов бактерий, напр., на b. Shiga, b. typhi, b. coli и staphylococcus одновременно (Otto и Munter, Fickhoff, Gratia, Bail, Watanabe). Активность такого „поливалентного“, т. е. действующего на несколько видов бактерий, лизина может быть различна по отношению к разным видам бактерий. Он может обладать сильнейшей активностью, напр., к b. Shiga, меньшей — к b. coli, еще меньшей — к стафилококку и т. д. Ярким представителем таких „поливалентных“ лизинов являются лизины к b. ruosynaeus.

В большинстве случаев, однако, бактериофажные лизины являются „моновалентными“, т. е. действующими только на данный вид бактерий. В очень многих случаях лизин действует только на несколько штаммов, а очень часто — только на один штамм данного вида бактерий, совершенно не действуя на другие. Чрезвычайно интересным является сообщаемый d'Herelle'ем, факт, что, производя „пассажи“ данного бактериофага через эмульсию бактерий, в которой прибавлено также некоторое количество бактерий нечувствительных к данному бактериофагу, можно получить, в конце концов, лизин, действующий также и на эти последние. Так, напр., если производить бактериофагию с эмульсиями b. Shiga, к которым прибавлены b. typhi, то после многих „пассажей“ первоначальный лизин, действующий лишь на b. Shiga, окажется активным и по отношению к b. typhi.

Этот факт подтвержден многими исследователями (Otto, Munter, Winckler, Eliava и др.), но во всяком случае такое „выращивание“ („Umzüchtung“) удается далеко не всегда. D'Herelle приводит этот факт, как одно из доказательств живой природы бактериофага, считая его аналогичным изменению свойств бактерий под влиянием изменения среды.

Специфичность бактериофажных лизинов проявляется также в их способности давать „антилитические“ сыворотки, действующие нейтрализующе на соответствующий лизин (аналогично действию антибактериальных сывороток). Bordet и Ciuca, впрыскивая кролику бактериофажный лизин к b. coli и получая затем у него сыворотку, смешивали ее с coli-лизином и вводили в обычную бульонную эмульсию b. coli. При этом никакой бактериофагии не получалось: в пробирках оказывался нормальный рост бактерий, между тем как в контрольной пробирке

(эмульсия *b. coli* и *coli*-лизин), без сыворотки, наступала полная бактериофагия. Из этого Bordet и Ciucca заключили, что бактериофагный лизин обладает антигенными свойствами, и что сыворотка животного, обработанного впрыскиванием лизина, содержит антитела, нейтрализующие этот лизин. Этот факт затем подтвержден был всеми исследователями. D'Herelle констатировал, что антилитическая сыворотка не уничтожает бактериофажного лизина, а лишь инактивирует его, ибо ему путем дальнейших пересевов из таких нерастворенных эмульсий бактерий удалось опять выделить лизин.

Kimura пришел к выводу, что действие антилитической сыворотки заключается в задержке фиксации лизина на бактериях. Otto, Munter и Winkler нашли, что, если действовать антилитической сывороткой на эмульсию бактерий с уже фиксированным лизином, т. е. если вводить антилитическую сыворотку не вместе с лизином в эмульсию бактерий, а, напр., через час после того, как бактериофагный лизин был прибавлен к бактериям, то задерживающего действия антилитической сыворотки не проявляется,—бактериофагия происходит нормально, и пересевы остаются везде стерильными.

Otto и Munter на основании ряда опытов с перекрестной реакцией связывания алексина антибактериальными и антилитическими сыворотками пришли к заключению, что, хотя антилитические сыворотки и содержат некоторые общие с соответственными антибактериальными сыворотками «рецепторы», но обладают, кроме того, специфическими, реагирующими лишь с лизином и не связывающимися бактериями, веществами. Авторы эти полагают, что, хотя лизины и обладают в известных пределах специфичностью действия, но в сущности все они могут под влиянием различных условий получить активность к различным видам бактерий, как то показывают наблюдения многих исследователей. Теоретически можно было бы, по Otto, признать один общий лизин, могущий в зависимости от условий и вида бактерий быть или строго-специфичным, или неспецифичным (поливалентным). Так, штамм *b. Flexneri*, как правило, дает специфический Flexner-лизин, но при определенных условиях может давать и поливалентный, т. е. действующий и на других бактерий (*b. coli*, *b. Shiga*).

По D'Herelle'ю специфичность лизинов проявляется, напр., в том факте, что некоторые лизины дают совершенно определенной величины «плешины». Большинство авторов, однако, оспаривает такую строгую специфичность бактериофажных лизинов, исходя из того, что для каждого данного лизина характер его воздействия на бактерий не представляет постоянной величины, а меняется в зависимости от внешних условий. Так, ¹⁰, присутствие антилитической сыворотки, вязкость и реакция среды и ряд химических агентов могут ослаблять степень действия («активность») лизина,—лизин вызывает в таких условиях меньшие «плешины», в бульоне производит неполное растворение бактерий и т. п. Некоторыми авторами (Appelmanns, Wertheimans) описаны, далее, лизины, вызывающие лишь появление «плешин» на агаре, но не растворяющие бактерий в бульоне. Otto и Munter, Beckerich и Hauduroy наблюдали и обратное—полное растворение бактерий в бульоне при отсутствии «плешин» на агаре. Действие разных лизинов проявляется т. о. весьма разнообразно. D'Herelle объясняет это индивидуальными различиями «вирулентности» отдельных «рас» бактериофага, так же, как, напр., штаммы одного и того же вида бактерий могут индивидуально различаться. Эта непостоянность действия, в высокой степени зависящая от внешних условий, заставляет большинство авторов отрицать строгую специфичность бактериофажных лизинов.

Изменения бактерий под влиянием бактериофажного лизина. При воздействии бактериофажного лизина на бактерии не всегда наблюдается растворение последних. Otto и Munter, Bergstrand и др. наблюдали под влиянием лизина изменение формы тифозной палочки и *b. Flexneri*, именно, появление слизистых, плохо агглютинирующихся бактерий. Doerr наблюдал появление форм *b. coli*, не образовавших газа, плохо росших на обычных средах и т. д. Gildemeister описал особые «стекловидные» формы («Flattenformen»). Эти наблюдения подтверждены большинством исследователей.

Самым интересным изменением бактерий, находящимся в тесной связи с бактериофагией, является появление «резистентных» бактерий. D'Herelle заметил, что растворенные, благодаря бактериофажному лизину, эмульсии бактерий, оставленные в термостате, давали иногда через несколько дней обильную культуру соответственных бактерий. Эти культуры D'Herelle назвал «вторичными» («cultures secondaires»).

Bordet и Ciuca, Gratia и ряд других авторов показали, что эти вторичные культуры обладают некоторыми особенностями, как культуральными (изменение форм при пересевах, особые «слизистые» и «стекловидные» колонии и т. д.), так и биологическими (большая вирулентность, резистентность к антибактериальным сывороткам, к фагоцитозу и т. д.). Но основное свойство этих вторичных культур заключается в том, что они относятся резистентно к тому бактериофагному лизину, который был бы для них специфичен. В то же время эти «резистентные бактерии» могут быть вполне восприимчивыми к другому («другой расе») лизину.

d'Herelle показал, что вторичные культуры резистентных бактерий появляются, как правило, при действии бактериофагного лизина малой активности или при действии на очень густые эмульсии бактерий. При этом лизин даже максимальной активности («вирулентности») при засеве в очень густую эмульсию бактерий ослабевает в своей силе. d'Herelle объясняет это следующим образом: бактериофагия есть результат взаимодействия между бактерией и бактериофагом; если побеждает последний, то наступают полное растворение бактерий и просветление среды; если же часть бактерий уцелевает, то они дают поколение устойчивых, резистентных бактерий. Эту резистентность, появляющуюся у некоторых бактерий в результате бактериофагии, d'Herelle считает совершенно аналогичной иммунитету, приобретенному организмом после инфекции. Otto и Munter, Appleman's наблюдали спонтанное развитие резистентности. Gratia удалось из нормальной культуры *b. coli*, легко подвергавшейся бактериофагии, вырастить резистентную культуру.

Некоторые соли, будучи прибавлены к среде, в которой происходит бактериофагия, благоприятствуют появлению резистентных бактерий (азотно-и углекислые соли свинца и серебра), другие же мешают ему (сульфаты, фосфаты). Если пересевать резистентные бактерии на агар, то они после ряда пересевов теряют свою резистентность (Bordet и Ciuca, d'Herelle). Такие же резистентные бактерии появляются, если среда совсем благоприятна для бактериофагного лизина.

Заслуживает большого внимания еще следующий факт, описанный d'Herelle: вторичные культуры резистентных бактерий появляются иногда в тех случаях, когда под влиянием лизина сильнейшей активности произошло полное растворение бактерий, — все пересевы из такой просветленной эмульсии остаются совершенно стерильными, следовательно, ни одной живой бактерии в ней не осталось. Однако, если ее оставить в термостате, то через 5—6 дней в ней развивается вторичная культура резистентных бактерий. Этот факт, подтвержденный и другими авторами (Eliava, Rozersky) d'Herelle объясняет следующим образом: в результате действия бактериофага не все бактерии растворяются без остатка, некоторые из них распадаются на мельчайшие *живые* осколки — «протобактерии», которые вырастают затем в обычные формы бактерий и дают вторичную культуру. «Протобактерии» не проходят через фильтр, и поэтому в *фильтратах* лизированных бактерий вторичные культуры никогда не образуются. Никаких, однако, экспериментальных доказательств в пользу своего объяснения d'Herelle не приводит.

Если каплю «вторичной культуры» засеять в стерильный бульон, то получится «смешанная культура» (d'Herelle), т. е. культура, где существуют вместе бактериофагный лизин и бактерии. При пересеве из такой «смешанной» бульонной культуры может, в зависимости от различных условий, получиться или полная стерильность, или, наоборот, нормальная культура бактерий (Bordet, Ciuca, Küttner, d'Herelle). Создавая условия неблагоприятные для лизина, напр., пересевая смешанную культуру в слегка-кислую среду, получаем нормальное развитие бактерий, ибо кислая среда вредит лизину. Если активность бактериофагного лизина была очень сильна, то пересевы смешанной культуры дают опять полную стерильность бульона и «плешины» на агаре. Иногда появляются при пересеве на агар ненормальные колонии, напр., стекловидные колонии («Flattenformen» Gildemeister'a); при лизине средней вирулентности и значительной степени резистентности бактерий развитие культуры часто проявляется не сплошной мутью, а агглютинированными комочками в осадке (Gratia). При пересеве смешанной культуры на агар получается, в зависимости от взаимного соотношения активности лизина и резистентности бактерий, или полная стерильность агара, или «плешины» в большем или меньшем количестве, или, наконец, совершенно нормальная культура (d'Herelle). Однако путем продолжительных пересевов

можно обнаружить лизин в таких на вид нормальных культурах, получившихся от пересева «смешанной культуры». Этим, по d'Herelle'ю, доказывается, что в смешанных культурах существуют вместе и бактерии, и бактериофагный лизин. D'Herelle считает такие смешанные культуры своеобразным симбиозом бактерий и бактериофага, в котором взаимно уравновешены «вирулентность» бактериофага и «резистентность» бактерий.

Интересен тот факт, что, засевая каплю одной и той же вторичной культуры параллельно в бульон и на агар, в бульоне можно получить нормальное развитие бактерий («смешанная культура»), тогда как агар становится совершенно стерильным (в случае, если исходный лизин был достаточно сильной активности). D'Herelle объясняет это тем, что в бульоне продукты взаимодействия (реакции) бактерии и бактериофага свободно распределяются в среде и вредно влияют на последнего, между тем как на агаре эти продукты диффундируют в агар и не мешают реакции. Вещества эти, вредные для бактериофага, но не для бактерий, и выделяются последними при взаимодействии их с бактериофагом, — нечто вроде иммунных, защитных тел («иммунизины» d'Herelle'я). D'Herelle полагает, что подобные смешанные культуры получаются не только в лабораториях, но и существуют обычно в природе среди различных бактерий, т. е. многие бактерии уже с самого начала «заражены» бактериофагом. Этот довод d'Herelle выдвигает в противовес и для объяснения того факта, что многие исследователи (Otto, Munter, Weinberg и Aznaz, Gratia, Twort, Bail, Gildemeister) зачастую выделяли активный бактериофагный лизин непосредственно из старых культур бактерий, без всякого вмешательства извне. «Во всех этих случаях, — говорит d'Herelle, — дело идет не о лизине, — продукте, выделенном самой бактериальной клеткой, а о «симбиотической», естественной культуре бактерий, с самого начала «зараженной» бактериофагом».

Ряд авторов (Beckerich, Naudouy, Pondmann) указывали, что выделить подобным образом бактериофагный лизин из самих бактерий удается далеко не всегда. Так, Flu, исследовав 53 различных штамма *v. cholerae*, *b. typhi*, *b. Shiga*, *b. Flexnera* и *b. Hiss'a*, сумел получить лизин лишь из двух штаммов. D'Herelle и Bruynoghe показали, что, пересекая смешанную культуру на среды, неблагоприятные для бактериофага лизина (напр., сахарный агар, где развивающаяся под влиянием ферментативного расщепления сахара бактериями кислота вредит бактериофагу), можно получить нормальные колонии бактерий, в которых уж никак нельзя будет обнаружить лизина. D'Herelle называет такие бактерии «ультра-чистыми» («ultrapures»). Bordet показал, что, если антилитическую сыворотку (т. е. сыворотку кролика, обработанного впрыскиванием бактериофагового лизина) распределить тонким слоем на агаре и засеять его затем «смешанной культурой», то получим «ультра-чистую» культуру, бактерии которой обладают большой резистентностью, и в них уже нельзя обнаружить присутствия лизина.

Физические и химические свойства лизина. Большинство авторов в настоящее время признает, что бактериофагный лизин есть вещество, находящееся в коллоидальном состоянии. Жидкость, содержащая бактериофагный лизин в количестве, при «титрации» по способу d'Herelle'я, — до 10 миллиардов частиц («corpuscules») в 1 к. с., совершенно прозрачна, дает феномен Tindall'я. Лизин проходит через все фарфоровые свечи, непроницаемые для бактерий. Большинство авторов (Wollmann, Prausnitz, Angerer, Lewaditi, Joetten, Biemond) сходятся на том мнении, что лизин проходит коллоидные мембраны, через которые проходят коллоидальные растворы с величиной частиц приблизительно около 20—30 мк. D'Herelle, диализируя Shiga-лизин и противостолбнячный антитоксин, нашел, что они обладают совершенно одинаковой способностью прохождения через полупроницаемые перепонки; из этого он заключил, что величина частицы бактериофагового лизина равна приблизительно мицелле сывороточного глобулина. Doerr и Zdansky, однако, в своих опытах констатировали, что лизин не проходит через коллоидные мешочки и диализационные гильзы. Prausnitz, исходя из своих опытов, считает величину частицы лизина равной частице колларгола, т. е. 20 мк. Интересно отметить, что, по d'Herelle'ю величина частиц бактериофагового лизина с течением времени уменьшается. Так, взяв лизированную эмульсию бактерий непосредственно после лизиса и взяв часть той же жидкости через месяц, он нашел, что в первом случае бактериофагный лизин задерживался мембранами с определенной порозностью, а во втором случае проходили через эти мембраны, задерживаясь лишь мембранами с меньшими порами. Факт этот d'He-

telle оставляет необъясненным, и в литературе нет указаний на какое-либо его объяснение; но, во всяком случае, факт этот сам по себе чрезвычайно важен для объяснения природы бактериофага.

D'Herelle нашел, что частицы бактериофагного лизина при центрифугировании оседают. Так, после центрифугирования в течение 30 минут при 12.000 оборотах в минуту, верхние слои жидкости содержали в 75 раз меньше лизина, чем нижние. Другими исследователями факт этот не был подтвержден. Joetten, Appelmans, Otto и Munter, Cavaliere, наоборот, никакой разницы в содержании лизина в верхних и нижних слоях после центрифугирования не нашли. Что касается свойств бактериофагного лизина, как коллоида, то da Costa-Cruz утверждает (не приводя, однако, точных описаний опытов), что лизин флуккулируется кислотами. D'Herelle, исходя из того факта, что бактериофагия происходит лишь в щелочной среде, считает бактериофагный лизин отрицательно заряженным коллоидом. Seiffert, Prausnitz и Hille, однако, в своих опытах пришли к убеждению, что бактериофагный лизин имеет положительный заряд. Кроме того, как показали da Costa-Cruz и Ascheshov, бактериофагия может происходить и в кислых средах с Рн до 5,1.

De Poorter и Maisin нашли, что лизин преципитируется и увлекается осадком сульфата аммония и магнезии и может быть обнаружен в преципитате. Бактериофагный лизин адсорбируется каолином, инфузорной землей и некоторыми солями алюминия в кислой среде, но в щелочной среде этой адсорбции не происходит. Gildemeister, Herzberg, Prausnitz, Firlе, d'Herelle показали, что лизин сохраняет все свои свойства в присутствии коллоидной серы. Kabeshima утверждает, что лизин растворяется в эфире и хлороформе, d'Herelle же, de Poorter и др. утверждают обратное. 2—5% раствор антиформина разрушает лизин в несколько минут (Seiffert). По de Poorter'у и Kabeshima лизин не разрушается в присутствии 1% раствора хлористого натрия и 1% раствора сулемы, но разрушается щелочами и кислотами. Из всего множества современных опытов с самыми различными физическими и химическими агентами следует, что свойства бактериофагного лизина соответствуют свойствам органического коллоида.

При воздействии различных веществ поражает большая разница между задерживающим бактериофагию влиянием этих веществ (наступающим уже под влиянием незначительных доз) и полным разрушением лизина. В отношении термических влияний большинство авторов сходится на утверждении, что нагревание при 70° разрушает лизин, а нагревание до 45—60° ослабляет его активность. Все же цифры, полученные разными авторами, различны. Так, в опытах de Necker'a лизин разрушался уже при 48—60° в то время, как у Hauduroy лизин разрушался (в некоторых опытах) лишь при 102°. Данные большинства авторов сходятся на том, что 1° в 70°—80° разрушает лизин. D'Herelle нашел, что действие низкой температуры (в 180° ниже 0) не уменьшало активности лизина. В общем следует считать твердо установленным, что различные лизины относятся различно к физическим и химическим воздействиям, причем эти различия достигают большой степени. Следует еще отметить тот факт, что лизин, потерявший совершенно активность после определенного воздействия (напр., нагревания до 70—80°), вполне достаточного обычно для его разрушения, может иногда после нескольких «пассажей» вновь приобрести все свои свойства (Otto и Munter, d'Herelle, Kister и др.). Этот факт многими приводится в доказательство неживой природы бактериофагного лизина.

(Окончание в след. №).

Рефераты.

а) Анатомия и физиология.

1. *Рост и структура грудной клетки у детей.* Scammon (Radiology, т. 9, № 2), исследуя грудную клетку у детей, нашел, что наибольший рост ее происходит на первом году. Форма торакса за этот период заметно меняется, удлиняясь к концу года. Сердце растет медленнее, причем левое сердце растет быстрее, чем правое, а особенно увеличивается восходящая аорта. Легочная артерия растет

медленнее в то время, как легкие проявляют усиленный рост: в течение года вес их утраивается, а объем увеличивается в 6 раз. Зобная железа к концу года увеличивается вдвое.
Р. Я. Гасуль.

2. О зависимости обмена безбелковых азотистых тел от симпатической и парасимпатической систем. Чтобы доказать влияние вегетативной системы на обмен безбелковых азотистых тел, Eiger и Rubinstein (Warsz. Czasop. Lek., 1927, № 12) произвели ряд экспериментов на собаках и кроликах: при помощи химического микрометода ими исследовался „безбелковый азот“ в крови или сыворотке крови, взятой из v. heratica перед и после перерезки соответствующих нервов вегетативной системы, а также до и после возбуждения этих же нервов. Оказалось, что: 1) одно- или двусторонняя перерезка n. vagi в грудной клетке ниже сердца вызывает как в крови, так и в кровяной сыворотке v. heratica и v. femoralis стойкое и значительное уменьшение безбелковых азотистых тел; 2) раздражение n. vagi вызывает, напротив, значительное увеличение этих тел; 3) двусторонняя перерезка нервов симпатической системы вызывает также увеличение этих тел; 4) возбуждение этих нервов вызывает уменьшение этих тел в крови или в сыворотке. Отсюда авторы делают такие выводы: а) вегетативная нервная система постоянно влияет на обмен безбелковых азотистых тел; б) обе части этой системы—симпатическая и парасимпатическая—постоянно регулируют обмен указанных тел в организме, находясь в состоянии антагонизма.
М. Вайнберг.

3. Влияние вытяжки из thymus'a на развитие половых органов. В связи с опытами Samu'sa и Gournau над собаками с атрофированными гениталиями, у которых после кормления сырой зобной железой эти атрофированные органы развивались, и возникал половой инстинкт, ранее совершенно отсутствовавший, Lereboullet и Gournau (Bul. de la Soc. Ped. de Paris, 1927, № 6—7) приводят 4 наиболее показательные из своих наблюдений над детьми 12 и 13 лет, подвергнутыми лечению препаратом thymus'a (подкожные инъекции ext. perthumici в дозе 2 к. см.) по поводу атрофии половых органов, крипторхидии, ожирения, сонливости и др. симптомов. В этих случаях, как и во всех прочих, авторы после 9—15 инъекций констатировали несомненное улучшение общего состояния, опущение яичек в мошонку и увеличение их, а также увеличение мошонки и penis'a; действие экстракта на ожирение, сонливость, полиурию оказалось более непостоянным. Вопрос о механизме действия thymus'a на половой аппарат, по мнению авторов, еще темн и требует дальнейшего изучения.

И. Тарнопольский.

б) Общая патология.

4. К патологии амилоида у человека. Н. Waldenström (Klin. W., 1927, № 47) произвел ряд исследований с помощью придуманной им иглы для проколов, причем ему удалось этим способом исследовать амилоидную печень в 10 случаях. В противоположность воззрению, что страдающий амилоидом человек рано или поздно, но всегда умирает от него, W. мог повторными проколами установить, что даже печень, которая при одновременном асците переполнена амилоидом, может опять совершенно освободиться от последнего. Он наблюдал 3 таких случая, в которых амилоид совершенно исчез, и больные вполне поправились. Отложение амилоида идет совершенно параллельно с излиянием гноя из свищей. Если последние могут быть излечены, то и амилоид исчезает. Много амилоида в печени может быть и при нормальной величине органа. Воздействия амилоида на отправление как печени, так и почек, нельзя доказать.
С. Г—6.

5. Изменения крови при удалении костного мозга. В связи с предложением оперативного лечения злокачественной анемии удалением костного мозга из трубчатых костей О. Н. Богораз (II Съезд Хирургов Сев.-Кавказ. края) произвела эксперименты на собаках с целью выяснить, как изменяется картина крови при полном и частичном удалении костного мозга. Оказалось, что у всех без исключения, подвергшихся операции, собак резко поднималось количество гемоглобина, количество моноцитов почти не менялось, количество эозинофилов и лимфоцитов падало. Функция удаленных частей костного мозга, по мнению автора, не является незаменимой.
И. Цимхес.

в) Инфекционные болезни и иммунитет.

6. Экспериментальная корь. По Goebel'ю (Zeit. f. Kinderh., Bd. 44, H. 1/2) корь заразительна и после полного развития высыпи,—за это говорит то обстоя-

тельство, что в опытах автора взятая на 2-й день сыпи кровь корового больного даже после прибавки патрена и 72 часов держания в ледяном шкафу, будучи впрыснута не имевшим кори детям, еще причиняла корь; на 4-й же день сыпи возбудитель кори, повидимому, исчезает из крови. (Только позволительны-ли упомянутые впрыскивания с этической точки зрения? Реф.). С. С—в.

7. К вопросу об иммунизации детей против дифтерии через нос. С целью предохранительной вакцинации против дифтерии Lesné, Marquezу, Lemaire и Monmignot (Bul. de la Soc. de Ped. de Paris, 1927, №№ 3—5) в 130 случаях вводили анатоксин Ramon'a через нос по 3—4 капли в каждую ноздрю, — у одних больных по 8 дней ряды с 8-дневными перерывами, а у других — через 3—4 дня до полного исчезновения реакции Chick'a, причем в результате того и другого способа лечения получили сравнительно тождественные цифры: через 3 недели после начала вакцинации только 50% реакций Chick'a оказались отрицательными, через 40 дней после начала—83%, 50 же дней спустя—95%. Авторы рассматривают этот способ вакцинации против дифтерии, как вполне обоснованный, и полагают, что речь идет здесь не о местной только вакцинации, ибо анатоксин, всасываясь в слизистую носа, по их мнению, пропитывает затем весь организм. Для полной иммунизации этим путем требуется всего 20—30 введений антидифтерийного анатоксина. Ни у одного из подвергнутых вакцинации не было отмечено ни местной, ни общей реакции. Продолжительность периода иммунизации авторам определить не удалось. В виду малочисленности наблюдений они, впрочем, не считают пока возможным совершенно отказаться от старого, испытанного способа иммунизации — подкожным путем.

И. Гарнопольский.

г) Туберкулез.

8. Каротинемия при tbc и ее отношение к гипохолестеринемии. He ss и Meyers в 1919 г. отметили желтую пигментацию ладоней рук и предплечий и янтарный цвет мочи, при нормальном стуле и белых склерах, в результате повышенного употребления моркови; окраска эта исчезала с прекращением питания морковью; объясняется она тем, что последняя содержит особый пигмент — каротин, который, поступая в организм животного, сообщает соответствующую окраску молоку, жиру, кровяной сыворотке. Ка и ре также констатировал желтую окраску кожи лица в результате употребления моркови. Umber отметил каротинемию у 15 употребивших морковь диабетиков. Эти факты Pissavy и Monseaux (Presse méd., 1927, № 79) рассенивают, как указание на связь каротинемии с расстройствами обмена, именно, с пониженным окислением. Они легко вызывали каротинемию у tbc больных дачей моркови и апельсинов, тогда как у здоровых людей каротинемия при подобных условиях не наблюдалось. Отсюда авторы думают, что у tbc больных имеются расстройства обмена, которые должны быть устраняемы назначением повышающих окисление средств (воздух, катализаторы). Именно неполным окислением каротина авторы объясняют констатируемую у tbc больных гипохолестеринемию. В этом же они видят причину своеобразной окраски кожи tbc больных, которая заставляет думать об анемии, когда на самом деле таковой нет.

Н. Крамов.

9. Язва желудка и легочный tbc. Winkelbauer и Fritsch (Wien. kl. W., 1927, № 10) находят, что присоединение желудочной язвы к tbc легких значительно ухудшает предсказание: под влиянием язвы фиброзная бугорчатка может перейти в язвенную. В подобных случаях показается быстрое вмешательство. Когда случаи подходят, удается наложением искусственного пневмоторакса подготовить больного к оперативному коренному лечению язвы. При этом операционная травма должна быть возможно меньше. Можно-ли при операции обойтись местной анестезией, или здесь нужен хотя кратковременный общий наркоз, — это решается в зависимости от особенностей случая.

С. С—в.

10. Лечение x-лучами легочного tbc. Основываясь на данных, полученных Васmeister'ом и Küpfertle при рентгенизации экспериментально инфицированных tbc бактериями животных и при лечении легочного tbc у человека, Logeу и Gebrcke (Beitr. zur Kl. d. Tub., Bd. 61, H. 4) проводили рентгенотерапию над 45 больными с tbc легких и получили в 20 случаях клиническое излечение. После многих попыток авторы остановились на след. технике: аппарат Symmetrie, 180 киловольт, 2 МА, фильтр 0,5 сант. цинка и 3,0 мм. алюминия, фокусное расстояние 30 сант., 2—3 поля по 15X15 кв. сант. в неделю. Доза—начиная с 1/2 до 1 кож.

эрит. единицы. Механизм лечебного действия лучей при тбс еще не выяснен. Несомненно одно, что непосредственного действия на бацилл они не оказывают. Авторы предостерегают, присоединяясь к мнению референта, от сильных очаговых реакций, которых не следует вызывать.

Р. Я. Гасуль.

11. *Лечение легочной бугорчатки x-лучами.* Holten (Zeit. f. Tbc., Bd. 47, N. 1, 1927) сообщает о применении x-лучей у 353 чахоточных. Из них 247 (69,9%) через 1—6 лет стали вполне работоспособными. Однако данный способ нуждается в дальнейшей разработке.

С. С—в.

12. *О важности различных положений тела при лечении легочной чахотки.* G. Liebermeister (Beitr. z. Klin. d. Tbc, Bd. 65, N. 4/5, 1927) указывает, что у многих чахоточных лихорадка обуславливается задержкой мокроты, а задержке этой способствуют наркотические лекарства. Так называемый *typus inversus* лихорадки есть часто лишь следствие вечерней дачи наркотических или гипнотических средств. Как при каждом гнойнике, так и при бугорчатковых туберкулезных гнездах и кавернах для оттока секрета весьма важно положение больного. Во многих случаях очень помогает положение, рекомендованное Quincke для бронхоэктазий—приподняtie нижнего конца постели с опущением книзу головы. В других случаях выгодно положение на животе или на боку. Действие лечения положением сказывается сначала усилением, а затем уменьшением отхаркивания.

С. С—в.

д) Внутренние болезни.

13. *О раннем сифилитическом аортите.* По H. W. Grafy и Rameley (Revue méd. de la Suisse rom., 25, XI 1926) специфический аортит есть самое частое и обычно всего позднее,—в среднем спустя 20 лет после заражения,—наступающее проявление сифилиса внутренних органов. Между тем авторы наблюдали сифилитика 24 лет, у которого уже через 1½ года по заражении развились специфический мезоаортит и милиарные гуммы в селезенке, несмотря на интенсивное, рано начатое лечение неосальварсаном. Авторами приводится также ряд случаев из литературы, где специфический аортит наступал через 2, 5 и т. д. лет после заражения. За последние годы число таких случаев заметно увеличивается,—за 5 лет возросло втрое (установленных патолого-анатомически). Статистические цифры показывают безупречным образом, что важною причиною такого нарастания и раннего появления специфического аортита является систематическое лечение сальварсаном (!), и что вообще аортит развивается тем раньше, чем лучше лечен сифилис: при хорошем лечении через 15 лет, при плохом—через 22 и в случаях вовсе не леченных сальварсаном—через 23,4 года. Вследствие этого во всех свежих случаях сифилиса необходимы при лечении периодические исследования сердца, хотя бы налицо и не имелось никаких субъективных симптомов.

С. С—в.

14. *К диагностике эхинококка.* По наблюдениям А. П. Беляева (Вр. Газ., 1927, № 21) эхинококковая жидкость, будучи профильтрована через свечу Chamberlend'a и сохраняема в запаянных ампулах, долгое время,—не менее 16 месяцев,—обладает способностью давать положительную реакцию при интрадермальном введении эхинококковым больным, именно, при введении 0,3—0,5 этой жидкости в кожу на месте введения получается волдырь, окруженный зоной красноты и иногда инфильтратом. Из 22 случаев эхинококковых заболеваний реакция эта оказалась ясно-положительною в 20, отрицательный результат получился в 2 случаях альвеолярного эхинококка, причем в одном из этих случаев имело место нагноение эхинококковых кист. Напротив, испытав эту пробу у 77 глистных и 30 неглистных больных, автор получил положительный результат лишь у 3 глистных больных.

Р.

15. *О действии хлорофилла при артериосклерозе.* Bürgi (Münch. med. W., 1927, № 47), исходя из химического сродства хлорофилла с красящим веществом крови и опираясь на исследования Ненцкого и Abderhalden'a, сделал попытку изучить влияние этого вещества экспериментально и клинически. В первых же опытах ему бросилось в глаза тонизирующее действие его на сердце и сосуды, которое в дальнейшем все более подтверждалось. Особенно благоприятно оказался действующим хлорофилловый препарат „хлорозан“ при артериосклерозе, именно, в неосложненных пороках сердца случаях. В одном случае дело шло о склеротике 45 лет, сильном курильщике, с давлением 160 мм.; он получал вте-

чении 6 недель ежедневно трижды по таблетке хлорозана, и давление упало до 130 мм., а кардиографическая кривая изменилась в благоприятном смысле. Еще сильнее было лечебное действие у старика 71 года, в смысле улучшения кривой, да и давление, равнявшееся 210, упало до 160. У обоих больных значительно ослабели и субъективные расстройства вроде одышки и т. п. Таких случаев автор наблюдал довольно много и вкратце приводит часть их с несколькими кривыми. Не получилось видимого действия на сердечную кривую и давление у 3 больных очень преклонного возраста, но и у них общее состояние улучшилось. С. Г—в.

16. *Родан - кальциевый диуретин против гипертонии.* Проф. Askapaz (Münch. med. W., 1927, № 42) около года дает своим гипертоникам изготовляемые по его поручению фабрикою Knoll таблетки из 0,5 кальций-диуретина и 0,1 роданистого калия каждая. Всего лечено было им таким образом 50 случаев гипертонии, в большинстве эссенциальной формы (в 14 случаях была впрочем вторичная гипертония вследствие почечного склероза). 17 из них были наблюдаемы, в среднем, по 6 недель клинически, а остальные—амбулаторно; 22 больных были мужского пола и 28 женщин; возраст их колебался между 50 и 70 г.г. (только 3 были моложе 50 л., затем 8 старше 70, 2 старше 80, а 1 больной имел 91 год от роду). Все они искали врачебной помощи главным образом из-за субъективных расстройств вроде чувства давления в голове, мелькания в глазах, шума в ушах, давления и болей в области сердца и т. д. Систолическое давление крови колебалось обыкновенно между 170 и 200 мм., доходя иногда до 220, а в одном случае равнялась 250 мм. По лечебному действию упомянутые таблетки в руках автора превосходили все другие средства против гипертонии, почти всегда давая быстрые и иногда поразительные улучшения субъективных симптомов при заметном понижении кровяного давления (у 80% давление пало на 25—40 мм., иногда даже до 70). Давалось лекарство 3 раза в день по таблетке 1-ю неделю, 2 раза во 2-ю и 3-ю и 1 раз в недели 4-ю, 5-ю и 6-ю. С. С—в.

17. *Мочевина при сердечной водянке.* G. Stroomann (Therapie d. Gegenw., 1927, № 4) полагает, что у хронических застойных больных мочевина может быть с успехом принимаема целыми месяцами, давая при этом равномерное, постепенное обезвоживание. Возможно, что к этому присоединяется и действие прямо на сердце, особенно сказывающееся, когда мочевину комбинируют с наперстянкою, ясным замедлением пульса. Лучше давать мочевину непостоянно, а с перерывами, напр., 5—6 дней по 30 грм., потом 6—7 дней перерыва,—чтобы избежать опасности задержек и возможности побочных действий (диспептические явления, нервное возбуждение и т. д.). Лучшею формою назначения мочевины является раствор в 150—200 куб. сант. воды с 2—3 столовыми ложками малинового сока. С. С—в.

18. *К лечению пернициозных и тяжелых вторичных анемий.* Проф. Pal (Wien. kl. Woch., 1927, № 43) делится своими наблюдениями над лечением этих видов анемий кормлением печени и печеночным экстрактом. Указанный метод лечения при пернициозной анемии дал блестящие результаты как у американских ученых (Minot и Murphy), так и у самого Pal'a; но кормление самой печени имеет свои недостатки, а потому за последнее время перешли к изготовлению из печени сироповидного экстракта, чайная ложка которого соответствует 250,0 печени (дневная доза). В одном из своих случаев пернициозной анемии, сопровождавшейся нервными явлениями (атаксия, расстройство чувствительности, параличи и т. д.), Pal при лечении печеночным экстрактом получил отличный эффект,—паралельно с улучшением картины крови стали исчезать все сопутствующие нервные явления, и больной быстро поправился. Что же касается лечения печени и печеночным экстрактом вторичных анемий (напр., после различных кровотечений, то и тут автор видел хорошие результаты и предлагает во всех случаях невыясненных анемий пробовать этот простой, безопасный и обещающий хорошие результаты способ лечения. С. Шерман.

19. *Аутовакциноотерапия бронхиальной астмы.* Как известно, мокрота при этой болезни содержит обычно весьма большое количество различных бактерий. И. В. Адельсону (Вр. Дело, 1927, № 13) из мокроты 18 астматиков удалось выделить 36 различных микроорганизмов, из которых с наибольшим постоянством встречаются str. brevis, pneumococcus и microc. catarrhalis. Приготовив аутовакцину из всех микробов, какие встречаются в мокроте астматиков и применив лечение ею в 29 случаях бронхиальной астмы, автор получил весьма ободря-

ющие результаты: 65% леченных больных или совершенно избавились от припадков, или получили стойкое, значительное облегчение. Факт этот, повидимому, подтверждает мнение об анафилактической природе бронхиальной астмы. P.

е) Хирургия.

20. *Авертин.* За последнее время в Германии получило довольно широкое распространение новое anaestheticum—авертин или E 107. Химически вещество это представляет собою трибромистый этиловый алкоголь— $\text{CBr}_3\text{CH}_2\text{OH}$. Это—белый, кристаллический порошок, плавящийся между 79° и 80°, растворяющийся в воде в количестве 2/3% при t° в 20° и 3 1/2%—при t° в 40°. При более высоких температурах авертин разлагается. Первые опыты с анестезией авертином принадлежат, по J. Mousson'y (Presse méd., 1927, № 92), Butzengeiger'y и относятся к марту 1926 г. Обычно авертин вводят в виде 2 1/2%-ного водного раствора в прямую кишку—в количестве от 0,10 до 0,15 на кило веса. Раствор его должно изготовлять ex tempore, на водяной бане, при t° 40°. Вводится он при помощи обычного ректального зонда, в положении больного с приподнятым тазом, весьма медленно, под небольшим давлением, причем его введению предшествует опоражнивающая клизма. Обычно уже через 4—8 минут после начала введения авертина больной начинает испытывать сонливость, а через 15—30 мин. наступает глубокий наркоз, с полной анестезией и расслаблением всей мускулатуры. Наркоз этот длится от 2 до 4 часов. Зрачки во время его бывают расширены, пульс нормален или учащен, дыхание поверхностно. При окончании наркоз нередко переходит в охотенный сон. В руках целого ряда немецких операторов авертиновый наркоз дал весьма хорошие результаты, но некоторые отмечают и невыгодные стороны его: коллапс, асфиксию, некрозы слизистой оболочки прямой кишки и пр. P.

21. *О предупреждении рвоты после наркоза.* По Grützer'y (Zentr. f. Chir., 1927, № 39) трихлоризобутиловый алкоголь в сочетании с триметилисантанином (наутизан) уменьшает частоту рвоты после наркоза наполовину. Вводится лекарство за 30—45 мин. до операции, в суппозитории, а тотчас после операции вводится второй суппозиторий. C. C—в.

22. *К профилактике шока.* Н. Killian (Arch. f. klin. Chir., Bd. 147, № 3) на основании экспериментальных исследований и литературных данных считает из всех наркотиков наиболее безопасным в смысле шока нарцилен. В этом отношении нарциленовый наркоз выгодно отличается от эфирного и хлороформного, которых следует избегать при состоянии больных близком к шоку. Причину сравнительной безопасности нарциленового наркоза в подобных случаях автор видит в том, что нарцилен вызывает отток крови из чревной области на периферию и оказывает тонизирующее действие на сосудистую систему, благодаря раздражению вазомоторного центра с последующим усилением сердечной деятельности. И. Циммерс.

23. *Раннее вставание больных после операций.* Nehr Korn (Arch. f. klin. Chir., Bd. 148) при 4,600 чревосечениях, произведенных в период времени с 1911 по 1926 г., разрешал больным вставать на третий день после операции, причем заметил, что количество послеоперационных эмболий и тромбозов уменьшилось в три раза по сравнению с периодом с 1905 по 1910 год, когда он держал больных в постели 1—2 недели. И. Циммерс.

24. *К лечению рака грудной железы.* По M. Meier'y (Bruns Beiträge, Bd. 140, H. 4) для лечения этой болезни недостаточно одной ампутации железы с вычисткою подмышечной полости,—необходимо удалять целую большую грудную мышцу, а лучше всего малую. Профилактически полезно применение х-лучей. Из гистологических форм болезни наилучшее предсказание дает здесь sarcoma cylindrocellulare, colloides и gelatinosum, а наихудшее—плоскоклеточковый рак и скирр. Возвраты или заносы возможны в трети всех случаев и по истечении 5 лет после заживления. C. Г—в.

25. *Неоперативное лечение геморроя.* Воас (по реф. Вр. Г., 1927, № 23), основываясь на материале в 200 случаев, рекомендует следующий способ неоперативного лечения геморроя: накануне дня инъекции кишечник больного очищается слабительным и клизмой; за 1/2 часа до инъекции больному впрыскивается под кожу морфий с атропином; далее в прямую кишку вводится 50 куб. с. 1/2% раст-

вора новокаина; к заднему проходу больного, находящегося в коленно-локтевом положении, приставляется Bier'овская банка, и производится присасывание, пока узлы не выступят наружу. После этого в каждый узел впрыскивается от 0,5 до 1—2 куб. с. абсолютного спирта (обязательно для каждого узла особой иглой), узлы возможно быстрее репонировются пальцами, и больному назначаются постельное содержание и жидкая пища, а на 3-й день дается слабительное (магнезия или горькая вода). На 7-й—8-й день после инъекции больного обычно уже можно бывает выписать. По Boas'y результаты такого лечения геморроя, в смысле стойкости, не уступают результатам хирургического вмешательства. Р.

ж) Офтальмология.

26. *Отношение артериосклероза к органу зрения.* A. Fuchs (Wien. kl. W., 1927, № 38) различает здесь две группы случаев: 1) расстройства вследствие местных изменений в сосудах глаза или проводящих путей—местный артериосклероз сетчатки, претинальные кровоизлияния, закупорка центральной артерии или вены, процессы в сонной артерии и в артериях проводящих путей; 2) расстройства, вызываемые артериосклерозом посредственно,—изменения в сетчатке при общем артериосклерозе с высоким давлением, retinitis albuminurica при артериосклеротической сморщенной почке, диабет и диабетические осложнения со стороны глаза вследствие артериосклероза, retinitis circinata и т. д. С. С—в.

27. *Миопия при артериосклерозе.* По Rosenstein'y (Wien. kl. W., 1927, № 41) сочетание это не принадлежит к числу особенно редких: автор наблюдал 5 случаев подобного рода. В противоположность быстро или внезапно наступающей, преходящей миопии при сахарной болезни, у артериосклеротиков миопия возникает медленно и носит нарастающий характер. Причину ее надо искать в изменениях хрусталика. С. С—в.

28. *Основы лечения трахомы.* Liebermann (Kl. Monbl. f. Augenheilk., Bd. 79) прежде всего рекомендует при этой болезни производить удаление зерен путем абразии или выдавливания, далее следует массаж конъюнктивальной оболочки, а при более сильном отделении показаны прижигающие средства (палочки supri alumin., растворы серебра). Из хирургических вмешательств автор предпочитает против иссечения переходной складки, а рекомендует, в подходящих случаях, операцию Blaskovics'a на tarsus. С. Г.

29. *Результаты 300 отсасываний стекловидного тела.* Проф. zur Nedden (Арх. Офт., 1927, III, 4 кн.) применял отсасывание стекловидного тела при экзогенной инфекции глаза, грозящей перейти в панопталмит, при помутнениях стекловидного тела, зависевших от травматических кровоизлияний, при кровоизлияниях в стекловидное тело на почве заболевания кровеносных сосудов, в частности при рецидивирующем юношеском кровоизлиянии, при различного рода хориодитах и при травматической глаукоме. Для отсасывания он пользовался шприцем Record'a и иглой с ланцетообразным острием, диаметр отверстия которой равнялся в среднем 0,5—0,6 мм. Глаз подготовлялся в общем так же, как и при всякой операции, сопровождающейся вскрытием капсулы глазного яблока, т. е. очень тщательно дезинфицировался. Укол делался книзу и кнаружи, отступя 5—6 мм. от лимба. Игла вводилась не глубже 1½ сант. Отсасывалось от 0,2 до 0,6 куб. сант. жидкости в зависимости от характера болезни. Замещения каким-либо веществом извлеченного стекловидного тела автор не делал. В некоторых случаях отсасывание необходимо было повторять, меняя место укола. Его мнение об этом терапевтическом мероприятии таково: «При правильном выборе случаев и при соблюдении всех мер предосторожности... отсасывание стекловидного тела... может оказаться благотворным во многих случаях глазных заболеваний, не поддающихся другим методам лечения». В. Рошин.

30. *К лечению глаукомы эрготамином.* Полагая, что одним из этиологических моментов глаукоматозного процесса является гиперфункция симпатического нерва, и зная, что эрготамин обладает свойством парализовать окончания последнего, Heim (Klin. Mon. f. Aug., Bd. 79, S. 345) стал применять это средство при глаукоме или в виде таблеток перорально (по 2 таблетки 3 раза в сутки), или в комбинации с инъекциями его под конъюнктиву, и получил весьма обнадеживающие результаты. Из приводимых им историй болезни видно, что таким путем ему удавалось нормализовать внутриглазное давление и поддерживать его в пределах

нормы месяцами; устранялись, конечно, и болевые ощущения, если таковые имели место; повышалась острота зрения. В некоторых случаях лечение эрготамином автор комбинировал с миотическими средствами. Любопытно, что после того, как тонус глаза приведен к норме, в дальнейшем таблетки эрготамина можно давать через 3—4 дня, и тем не менее этого оказывается вполне достаточным, чтоб поддерживать больной орган в удовлетворительном состоянии. Автор верит, что при правильном назначении средства и выборе подходящих больных лечение эрготамином,—иногда в комбинации с miotics,—может дать даже лучшие результаты, чем операция.

В. Роцин.

з) Акушерство и гинекология.

31. *Искусственное вызывание родов.* Adler (Zentr. f. Gyn., 1927, № 17), испытав метод, предложенный Stein'ом, особенно рекомендует его для вызывания родов в конце беременности, в частности для случаев, где беременность переносится более 302 дней. Метод состоит в том, что беременной дают утром натощак 1—2 столовых ложки ol. ricini, с появлением кишечной перистальтики вводя интрамускулярно 0,5 физормона и повторяя эту дозу каждые $\frac{1}{2}$ часа до общего количества в 2 куб. с. Из 100 случаев автора полный успех получился в 61%, причем роды протекали благополучно как для матери, так и для плода. Отрицательный результат автор объясняет высоким стоянием головки, благодаря которому отсутствовал момент механического раздражения plexus Frankenhäuseri.

А. Т.

32. *Оживление минимумамерших новорожденных с помощью электрического тока.* При тяжелой асфиксии новорожденных Israël (Zentr. f. Gyn., 1927, № 48) применял фарадический ток в форме фарадизации p. phrenici на шею, а также путем прикладывания электродов к обеим сторонам грудной клетки. Опыты его показали, что фарадическое раздражение является верным, действительным и, в то же время, бережным приемом для достижения абсолютно-правильных дыхательных движений. Раздражение это вызывает возбуждение дыхательного центра и должное расширение грудной клетки, без всяких повреждений легко рвущихся сосудов новорожденных, каковые повреждения часто бывают при всех остальных насильственных воздействиях. Ток сам по себе для ребенка безвреден.

Е. Заболотская.

33. *К технике оперативного лечения лопнувшей трубной беременности.* Brunner (Münch. med. Woch., 1927, № 9) рекомендует в подобных случаях стремиться к возможному укорочению и упрощению операции, а поэтому считает излишним полное удаление крови из брюшной полости. Разрез и опорожнение трубы с оставлением ее на месте он считает небезопасными. Если, в зависимости от места расположения плодместилища, можно сохранить часть трубы, автор рекомендует это делать. Если труба вся изменена, лучше всего прибегнуть к клиновидному ее иссечению. Вторая труба должна быть удаляема только при тяжелых ее поражениях. При необходимости удалить яичники рекомендуется производить трансплантацию хотя бы части яичниковой ткани.

А. Тимофеев.

34. *Гормональное лечение аномалий менструации.* Dückelman (Wien. kl. W., 1927, № 2) изучал действие двух препаратов, получаемых из желтого тела яичника: один из них, систомензин, представляет собою липоид желтого тела и обладает кровоостанавливающими свойствами, в особенности при кровотечениях в острых и подострых стадиях воспаления придатков; второй препарат,—агомензин,—относится к группе аминов; он, наоборот, вызывает прилив крови к матке и усиливает рост ее, причем оказывается полезным при аменореех на почве эндокринной недостаточности. Малые дозы его (1—2 таблетки ежедневно) способствуют наступлению беременности. Vogel (Wien. kl. W., 1926, № 47) испытал препарат фирмы Richter «homoglandol haemostop», содержащий гормоны эндокринных желез, по отношению к которым доказано их кровоостанавливающее действие, а именно, epiphysis, thymus, praehypophysis, а также липоид желтого тела. Наблюдения, произведенные им в 20 случаях гиперменореи и полименореи, показали, что в 90% препарат оказывает быстрое кровоостанавливающее действие, которое наступает не позднее 48 часов после приема его.

А. Т.

35. *К лечению метроррагий.* Hedon установил, что слабые растворы Na citrici (1,5—10%) препятствуют свертыванию крови, а концентрированные (30%) действуют на свертывание крови обратно. Neuhof и Hirschfeld на 500 solu-

чаях подтвердили антигеморрагические свойства концентрированных растворов данного вещества. Renaud и Juge, применяя инъекции цитрата при кровоточивом раке матки, во всех случаях имели остановку кровотечений. Tzovagi и Mavrodin (Presse méd., 1927, № 64), применив в 6 случаях метроррагий (киста, полип шейки, неоперабельный рак, фиброма и др.) впрыскивание в вену 10,0—15,0 30% Na citrici, получили через несколько часов остановку кровотечения. Применявшийся ими раствор состоял из 30,0 Na citrici, 10,0 magnesia chloratae и 100,0 aq. destill., причем был приготовляем ex tempore. Побочные действия цитрата (чувство боязни, слабость, ускорение и малый пульс, бледность лица, головные боли, металлический вкус во рту) ослаблялись, благодаря медленному введению раствора в вену.

Н. Крамов.

36. *Pruritus vulvae*. Singer (по Ber. ii. d. ges. Gyn., Bd. XII) находил при этой болезни сильное ороговение эпителия, резкую гиалиновую дегенерацию подэпителиальной соединительной ткани и нарушения в распределении эластических волокон. Причины этих изменений не всегда ясны. Нередко здесь играет роль дисфункция яичников, в тяжелых же случаях находили изменения функции щитовидной железы и печени. При лечении автор советует комбинировать большие дозы овариальных препаратов с применением аутосеротерапии; далее следует рентгеновское лечение и, как ultimum refugium, — оперативное вмешательство. Это последнее при pruritus vulvae, по Küttner'y (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 200, 1927) может состоять: 1) в полной экстирпации больной области или ее каутеризации (английские и американские авторы); 2) в перерыве нервных путей, идущих к пораженному участку, что может быть выполнено при помощи: а) инъекций, б) инцизий, в) резекции нерва и г) резекции корешков спинного мозга; 3) в операциях на вегетативной нервной системе (sympathektomia art. hypogastricae).

А. Тимофеев.

37. *Оперативное лечение заднего параметрита*. В упорных случаях заднего спаечного параметрита, когда все обычные консервативные методы лечения не дают положительных результатов, Lougos (Zentr. f. Gyn., 1927, № 43) рекомендует применять предложенный Warnke's'ом способ резекции маточно-крестцовых связок. Матка сильно вытягивается вперед так, чтобы сморщенная маточно-крестцовая связка напряглась; на оба конца подлежащего удалению отрезка ее накладываются лигатуры, и участок связки между этими последними вырезается ножницами на глубину приблизительно $\frac{1}{2}$ сант.; получившиеся надрезы брюшины сшиваются, а матка фиксируется по Вильму. Из 14 случаев, оперированных Lougos'ом таким способом, в 12 получилось стойкое выздоровление.

Е. Заболотская.

и) Педиатрия.

38. *О желудочной секреции у детей грудного и старшего возраста*. Lesné, Coffin, Zizine и Picquard в результате целого ряда исследований желудочной секреции у детей (Bul. de la Soc. de Ped. de Paris, 1927, № 6—7) находят ее различной у грудных детей здоровых и больных и у детей старшего возраста. У младенцев, находящихся как на грудном, так и на искусственном вскармливании, отмечается отсутствие HCl в желудочном соке во время пищеварения и наличие незначительного количества ее в желудке лишь натошак. Общая кислотность у здоровых младенцев при кормлении женским молоком равна в среднем 0,50, а при коровьем молоке колеблется от 1,0 до 1,80 (на литр желудочного сока); точно также увеличивается у них пептонизирующая сила желудочного сока в зависимости от степени усвояемости того или другого молока (женского — наиболее легко усвояемого, затем сладкого концентрированного, снятого коровьего, цельного коровьего и, наконец, сухого молока). У атрофиков общая кислотность нормальна лишь при кормлении женским молоком, причем одновременно наблюдается повышение пептонизирующей деятельности желудочного сока, тогда как при другом молоке секреция абсолютно недостаточна. Что касается детей старшего возраста (3—14 лет), то у них в сравнении со взрослыми количество HCl, общая кислотность, ферментативная кислотность и пептонизирующая сила желудочного сока понижены. От прибавления к пробному завтраку концентрированного раствора Na, Mg и Ca chlorati пептонизирующая способность желудочного сока повышается, почему приемы этого раствора перед едой вообще значительно усиливают аппетит.

И. Тарнопольский.

39. *Сердечные шумы у новорожденных*. Reuss (Zeit. f. Kinderh., Bd. 44, N. $\frac{1}{2}$) наблюдал у 3 новорожденных в первые дни жизни громкие шумы

в сердце, которые через короткое время исчезли. Вероятно, здесь дело шло о проходящем зиянии зародышевых соединительных путей кровообращения. Бывает по наблюдениям автора и обратное: даже при ясных пороках сердца шумы могут появляться лишь позднее. С. С—в.

40. *Рентгенодиагностика рахита в раннем детском возрасте.* Г. И. Хармандарьян (Орт. и Травм., 1927, № 2—3) описывает рентгенологические картины, наблюдающиеся при исследовании х-лучами костей скелета у детей при рахите. Развитие последнего можно, в этом отношении, разделить на 3 стадии. В первой стадии, начальной, бросается в глаза слабая контрастность теней костей, зависящая от недостаточного содержания в них известковых солей. Кроме того, в этой стадии можно бывает подметить изменение контуров дистальных эпифизов обеих костей предплечья: вместо обычной линейной границы мы имеем довольно широкую черную полосу неравномерной густоты и неправильной формы. Во второй, цветущей стадии дистальные эпифизы обеих костей предплечья имеют ярко выраженную чашкообразную форму, с резким расширением концов костей; граница между хрящем и костью—неровная, бахромчатая, эпифизарные ядра окостенения еле видны и пр. Наконец, в третьей стадии кости, вследствие резкого уменьшения содержания известковых солей, лишь с трудом дифференцируются от мягких тканей, эпифизарные концы представляются резко деформированными, ядер окостенения в эпифизах почти не видно. Р.

41. *Аллонал при коклюше у грудных детей.* J e n n y (Schweiz. med. W., 1927, № 2), давая это средство по $\frac{1}{2}$ —1 таблетке 3 раза в день, мог значительно понизить число и силу приступов судорожного кашля у грудных детей. С. С—в.

к) Невропатология и психиатрия.

42. *К патологии красного ядра покрышки.* М. М. Аммосов (Совр. Психоневр., 1927, № 10) сообщает редкий случай опухоли головного мозга, в котором клинически наблюдались следующие явления: застойная атрофия зрительных нервов, ротаторный нистагм, паралич обеих глазодвигательных нервов, постоянное дрожание, прогрессирующее истощение, сонливость, расстройство координации. На вскрытии обнаружена опухоль, которая проникала в забугорье промежуточного мозга. Внутри красного ядра обнаружены гибель мелких клеток и дегенерация средних при целости крупных, что объясняет, по мнению автора, дрожание без нарушения тонуса. Патолого-анатомические изменения, найденные в области вегетативных центров, объясняли, по автору, нарушение обмена веществ и истощение, а также сонливость, наблюдавшиеся при жизни в этом случае. Г. П.

43. *Преимущества производства поясничного прокола очень тонкой иглой.* А. А. Фельдман и Э. С. Оречкин (Совр. Психоневр., 1927, № 10) во избежание менингизма, частота случаев которого после лумбальных пункций достигает 30—40% при употреблении иглы Quincke (толщиной от 1 до 2 мм.), рекомендуют употреблять двойную иглу Wechselmann'a. Игла эта состоит из двух: наружной иглы длиной в 4—8 сант. с просветом в 0,7 мм. и внутренней—длиной 5—9 сант. с просветом в 0,4 мм. Наружной иглой прокалывают все ткани до lig. flavum, внутренней—lig. flavum и мозговые оболочки. Применив этот метод у 100 амбулаторных больных, авторы получили явление менингизма лишь в 12% случаев; пользуясь же для пункции одной наружной иглой Wechselmann'a, они наблюдали менингизм на 100 амбулаторных пункций в 21% случаев. Г. Первушин.

44. *К лечению столбняка.* Spányi (Schweiz. med. W., 1927, № 44), в 10 случаях столбняка применил по одному или несколько раз впрыскивания под кожу бедра собственной спинномозговой жидкости больных вместе с ранним введением специфического антитоксина. Выздоровление получилось в 7 случаях. С. Г—в.

45. *Лечение мужской импотенции.* Проф. Л. А. Соболев (Вр. Дело, 1927, № 21) рекомендует для этой цели впрыскивать ежедневно или через день в толщу ягодичных мышц 2—3 куб. сант. 25% раствора сернокислой магнезии. Р.

46. *Лечение dementiae paralyticae.* K. Schröder (Klin. W., 1927, № 46) лечил 5 случаев этой болезни внутримышечными впрыскиваниями взвеси sulfuris

depurati subtilis в оливковом масле; из них в 3 случаях получилась полная ремиссия с восстановлением работоспособности, а 2 больных остались без улучшения. Кроме этих больных, у 2 лечение еще не доведено до конца, причем один из них находится в состоянии полной ремиссии.

С. Г—в.

л) Дерматология.

47. Колебания в содержании сахара в крови при различных дерматозах устанавливает Loeб (Arch. f. Derm. u. Syph., 1927, Bd. 152, N. 3) на 462 случаях. Нормальные средние цифры (80—110 мгр.) содержания сахара автор получил при язвах голени, сифилисе, герпетическом дерматите, крапивнице, экземе, микозах, псориазе и др. Значительная гипергликемия наблюдалась при фурункулезе, интертригинозном дерматите и полиморфной эритеме. При т. наз. «аллергических» заболеваниях—астме, экссудативном экземе (Rost объединяет под этим названием различные кожные высыпания при экссудативном диатезе детей)—имеется резкая гипогликемия.

Н. Яснитский.

48. Рецидивы грибковых заболеваний волосистой части головы после лечения x-лучами. При чрезвычайно сильном распространении в настоящее время паразитарных заболеваний среди детей школьного возраста вопрос о методах лечения и рецидивах этих заболеваний приобретает особенно важное значение. Этому вопросу посвящена обстоятельная работа Е. Мускаблют и Н. Черногоубова (Arch. f. Derm. u. Syph., 1927, Bd. 152, N. 3), которые на большом материале (1546 случ. грибковых заболеваний, леченных лучами Röntgen'a) устанавливают частоту рецидивов в 6,4%, причем большинство их падает на 1-й год после окончания лечения. Интересно отметить тот факт, что рецидивы у маленьких детей наблюдаются значительно реже, чем у более старших (13—16 лет). По данным авторов трихотомия дает рецидивы в 7%, парша—в 4,8%, при микроспории и смешанных формах рецидивы обычно не наблюдаются. Разбирая детально рентгенохимию лечения, авторы приходят к заключению, что правильно примененная рентгенизация с продолжительным назначением последующего мазевого лечения является надежной гарантией против рецидивов болезни.

Н. Яснитский.

49. Лечение мягкого шанкра парами йода. А. К. Платовский (Сов. М. на С. Кавк., 1927, № 8—9) в 17 случаях получил очень хорошие результаты от следующего способа лечения мягкого шанкра: взяв обыкновенную глазную пипетку, он заткнул узкий конец ее небольшим кусочком ваты, а в широкий помещал несколько кристаллов металлического йода, после чего соединял пипетку, при помощи резиновой трубки, с баллоном и проводил ее над пламенем спиртовой лампы, пока не появлялись фиолетовые пары йода; тогда, сжимая баллон, он выгонял пары йода на поверхность язвы шанкра, предварительно обмытую кипяченой водой и обсушенную гигроскопической ватой, пока на язве не откладывался слой мельчайших кристалликов йода (в среднем заключающий около 0,029 последнего). Весь сеанс требовал лишь нескольких секунд. Для полного заживления нужно было в различных случаях от 3 до 18 сеансов.

Р.

50. К лечению рожи. Hirtzmann (Progrès méd., 1927, № 9) видел при роже очень хорошие результаты от внутривенных впрыскиваний скипидара. Скипидар вводился в одну из локтевых вен, по 2 куб. с., дважды в день.

Р.

Рецензии.

Проф. А. М. Левин. Введение в клинику внутренних болезней. Изд. ГИЗ. Ч. I 1926, ч. II 1927. Ц. по 4 р. 50 к. за часть.

Когда из-под пера одного из старейших и опытейших клиницистов нашего времени, учеником и слушателем коего и я имел удовольствие быть в 1897-98 г. в Военно-Медицинской Академии, выходит в свет такая книга, как введение в клинику внутренних болезней, то, естественно, это является праздником в отечественной литературе. Здесь, нужно думать, изложены взгляды и мировоззрения представителя русской науки и клиники—тем более, что, как гласит предисловие, книга написана для молодых врачей нашего Союза, у которых, конечно, есть же-

лание познакомиться и с русской, и с иностранной наукой, новыми достижениями, найти критику создавшихся взглядов и учений. Введение обещает изучение функциональных растройств, которые автор совершенно правильно называет ключом к пониманию больного. Это—своего рода Lesebuch для начинающего, где он найдет изложение и освещение многих патологических вопросов клиники.

Когда я начал читать это произведение, я сразу вспомнил тот красивый, образный язык, то изящество изложения, которым мы, слушатели проф. А. М. Левина, 30 лет тому назад увлекались. Всюду, в каждом вопросе, затрагиваемом автором, видна его широкая эрудиция, глубокое клиническое понимание, но нас, теперь тоже старых клиницистов, немного удивляет изложение вопросов с точки зрения заграничных учений и почти полное игнорирование работ своих товарищей. С этой точки зрения ни один критик не подходил к этому труду, а между прочим мы хотим, чтобы у нас была своя медицинская наука, и печалуемся, что у нас есть отечественная живопись, музыка, литература, но нет медицинской науки. И нам больно, что проф. А. М. Левин, современник многих выдающихся ученых, напр., С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, А. А. Остроумова, В. Н. Сиротинина, Л. В. Попова, В. П. Образцова и др., даже им зачастую не отводит упоминания там, где имя их не может быть пройдено молчанием. Быть может, мы являемся с автором антиподами в смысле понимания сути и сущности затрагиваемой стороны вопроса. Я не сказал бы ни единого слова, если бы автором излагалось все без указания имен вообще, но, прочитав книгу от доски до доски, я пришел к заключению, что это—произведение скорее заграничного автора, который кое-где, как бы случайно упоминает о русских работах, а не русского известного старого клинициста.

Я не буду доказывать это длительными ссылками для каждой главы, я не стану отмечать некоторые свои разногласия с уважаемым автором, но я подчеркну то, мимо чего нельзя пройти молчанием, став на вышеприведенную мою точку зрения. Я удивлен, почему во II главе, при изложении симптомов грудной жабы, не упомянуты клинические исследования В. П. Образцова, Н. Д. Стражеско, Л. Б. Бухштаба, Д. Д. Плетнева. Неужели их работы не имеют значения? А экспериментальные работы проф. Лукьянова и Фохта? Удивительно, что не уделено также внимания работам покойного академика проф. М. В. Яновского в X главе, где говорится об артериальных давлениях, о периферическом сердце и т. д. В главе XI, в учении об аневризмах, не приведена гипотеза С. П. Боткина, защищаемая В. Н. Сиротининым, о причинах наличия в одних случаях и отсутствия в других—гипертрофии сердца (см. клинич. лекции С. П. Боткина и В. Н. Сиротинина). В учении об энтороптозе не отмечена настойчивая пропаганда в России С. П. Боткина о значении *gen mobile*. Почему здесь не упомянута также методика исследования органов брюшной полости В. П. Образцова-Гаусмана, о которой ни слова не сказано даже и во введении в клинику брюшных опухолей (стр. 314)? Разве можно обойтись при раз решении этого вопроса без применения методики Образцова-Гаусмана?

Далее, мало уделено внимания русским исследованиям в патологии желудка и почек. Поэтому изложение получилось незаконченным, особенно в области изучения функции почек.

Конечно, по существу дела проф. А. М. Левиным дано так много из области патологии, физиологии и клиники, что для молодого врача книга его без сомнения окажет огромную пользу в деле расширения горизонта его как в практическом, так и теоретическом смыслах, а отмеченные мной грубые, бросающиеся резко в глаза единичные факты утонут в массе полезного, нового и хорошо изложенного. Однако—*sumus cunctique*, и избавление не есть извинение. К несчастью, надо сознаться, мы, русские писатели, часто проходим молчанием свое, увлекаясь иноземным. *De gustibus non est disputandum*—это верно, но как-то до болезненности хочется, чтобы наша любимая наука выросла и получила бы такую определенную, спящую и мощную величину и силу, как русская живопись, музыка и т. д. Игнорирование великих и малых строителей русской медицинской науки есть выражение неуважения к ней, а чрезмерное преклонение перед иностранцами есть неуважение к своим труженикам на медицинской ниве. Этого нет в работах немецких и французских авторов. Мы же очень грешны этим и потому должны покаяться. Небрежное отношение к нашим научным достижениям и работам сказывалось до сих пор, между прочим, и в отсутствии журнальной регистрации их, над чем мы только теперь задумались, и налаживание вопроса в этом направлении есть уже залог успеха, роста и укрепления мощи нашей науки. С. Зимницкий (Казань).

Проф. А. А. Кривский (Ленинград). *Руководство по женским болезням*. С 679 частью цветными рисунками. Издательство «Практическая Медицина». Ленинград. 1927.

Целью настоящего издания, как пишет редактор в своем предисловии, является желание дать русской врачебной публике коллективное оригинальное руководство по нашей специальности — гинекологии. Наша отечественная литература гинекологии всегда отличалась скудостью специальных руководств, но особенно ощутимыми сделались нужда и необходимость в издании подобного рода руководства в настоящее время, когда, благодаря колоссальным успехам биологических наук, и литература нашей специальности разрослась весьма значительно. Существовавшие русские руководства, естественно, не в состоянии были удовлетворить в полной мере запросы их читателей, а потому идею редакции «Руководства по женским болезням» пополнить этот пробел нельзя не признать вполне своевременной и заслуживающей приветствия. Высокопочтенная задача редактора и издательства дать оригинальное руководство, которое по возможности во всей полноте отражало-бы современное состояние нашей науки, усложнялась еще тем обстоятельством, что, в целях возможно широкого распространения среди врачебной массы, изданию необходимо было придать возможную сжатость и минимальную стоимость. Большие трудности, стоявшие на пути издателя руководства, повели к тому, что книга несвободна от некоторых недочетов, хотя это ни в коей степени не умаляет достоинств первого русского коллективного руководства по гинекологии, к составлению которого привлечено большинство отечественных специалистов, и многие главы которого написаны выдающимися знатоками излагаемого вопроса.

Все издание содержит 40 глав и распределено на четыре части. Часть первая (главы 1—14) касается общей гинекологии и, помимо исторического очерка гинекологии, общих анатомо-физиологических данных, общей симптоматологии, диагностики и терапии, содержит главы о соотношениях между общими заболеваниями организма и женскими половыми органами, о конституции женщины, о гигиене и диететике женщины и главу о социальной гинекологии.

Часть вторая (главы 15—26) трактует о системных заболеваниях. Сюда входят бесплодие, гоноррея, сифилис и мягкий шанкр женской половой сферы, бугорчатка женских половых органов, септические заболевания, животные паразиты, повреждения женских половых органов, свищи мочеполовые и кишечнополовые, пороки развития, неправильные положения матки, выпадение и опущение половых органов и этиология, гистогенез и классификация новообразований женской половой сферы.

В третьей части (главы 27—35) излагаются регионарные заболевания наружных половых частей, влагалища, матки, маточных труб (со включением главы о внематочной беременности), яичников, тазовой клетчатки и брюшины, мочевых путей и грудных желез.

Часть четвертая (главы 36—38) включает оперативную гинекологию, и в виде добавления даны глава 39—«Судебная гинекология» и глава 40—«Нормальные и патологические проявления полового чувства у женщины». Исчерпывающий систематический указатель русской литературы с 1901 г. выйдет в виде особого приложения.

По внешности издание, сброшюрованное в изящный том в коленкоровом переплете, производит весьма выгодное впечатление; бумага и печать его вполне удовлетворительны, что также, за немногими лишь исключениями, следует сказать о многочисленных рисунках, украшающих книгу.

В заключение мы не можем отказать себе в удовольствии поздравить уважаемого А. А. Кривского с благополучным окончанием взятой им на себя тяжелой задачи и пожелать его «Руководству» самого широкого распространения как среди отечественных специалистов, так и среди всей читающей врачебной публики.

Проф. А. Тимофеев.

Прив.-доц. А. Э. Мандельштам. *Современные биолого-химические методы исследования в гинекологии и акушерстве*. Изд. Гос. Ин-та для усов. врачей. Ленинград. 1927.

Как известно, господствовавшая до недавнего времени чисто «целлюлярная» патология, благодаря успехам биологических наук, в особенности физической химии, все более и более вновь вытесняется «гуморальной» патологией в модернизированном виде. Применение методов физико-химического исследования находит

все большее применение у постели больного. Это мы наблюдаем в гинекологии и еще в большей мере в акушерстве — по отношению к организму беременной, который, по современным нашим представлениям, находится в состоянии физико-химической „перестройки“. Небольшую, хорошо изданную книгу А. Э. Мандельштама, содержащую краткое, но вполне достаточное для практических целей изложение всех наиболее употребительных в нашей специальности биологических и химических методов исследования, нельзя не признать вполне современной и удачной попыткой дать в руки широкого круга врачей пособие к производству подобного рода исследований. Книга содержит три части, из которых первая касается биологических, физико-химических и химических реакций крови, вторая — некоторых современных методов исследования мочи и, наконец, третья содержит описание новейших методов исследования микрофлоры женских половых органов.

Проф. А. Тимофеев.

М. Л. Крепс. *Гонорея мужская, женская и детская*. Государственное издательство. 1927.

Книга предназначена в качестве руководства для врачей и студентов и представляет собою курс лекций, читаемых автором в Ленинградском Институте для усовершенствования врачей. Специальному курсу автор предпосылает интересную главу по истории гонорей. Глава вторая излагает подробно биологию гонококка. Глава третья трактует об источниках инфекции, ее распространении и статистике. Главное место в книге (гл. 4—21) уделено мужской гонорее и ее осложнениям. Предмет излагается с большой полнотой, указываются все современные методы лечения, а особенное внимание обращается на профилактику общественную и личную. Главы 22—23 посвящены женской гонорее с обращением внимания на гонореею прямой кишки. Детская гонорея описывается в 24-ой главе, и притом отдельно у мальчиков и девочек. Наконец, 25-ая глава посвящена общей гонококковой инфекции. Издана книга хорошо, содержит много хорошо исполненных рисунков и две цветные таблицы, наглядно иллюстрирующие уретроскопические картины.

Проф. А. Тимофеев.

Wetterer J. *Internationale Radiotherapie*. Том II. Изд. Wittich, Darmstadt, 1927. 1072 стр.

Нужно удивляться мастерской систематизации и подбору собранного автором при участии видных представителей международной рентгенологии (между прочим и советской) материала по физике, технике, биологии рентгеновых и радиовых лучей, общей и частной рентгеновой радиотерапии. Выделены: дерматология, гинекология, онкология, туберкулез, внутренние заболевания, урология, стоматология, ото-рино-ларингология, офтальмология и хирургия. Книга заключает еще 22 обзорных статьи, вышедшие из-под пера Küssner'a, Salomon'a, Degrais, Perussia, Alberti, Bardachzi, Lahm'a и др., и представляет собою уже не чистый реферативный труд, а прекрасную настольную полиграфию, незаменимое руководство при изучении проблем радиотерапии. Шрифт, бумага, переплет превосходны.

Р. Я. Гасуль (Казань).

Brönkhorst W. *Kontrast und Schärfe im Röntgenbilde*. Пер. с голландского. 104 стр., 48 рис., 4 табл., 30 кривых. Изд. G. Thieme, Leipzig. 1927. Цена 15 мар.

Несмотря на то, что залогом успешной рентгенодиагностики всегда являлась усовершенствованная техника просвечивания и снимка, все же до сих пор мы в понимании графической работы рентгеновых лучей еще не вышли из области эмпирии. Получение хорошего — контрастного и четкого — снимка требует до сих пор некоторой ловкости в технике. Знания одной лишь аппаратуры и трубки здесь не всегда бывает достаточно, — требуется еще что-то. Вот это „что-то“ автор подвигнул целому ряду экспериментальных рентгенографических исследований. Это — первый труд во всемирной литературе по физическим основам рентгенографии. Автор начинает свою книгу с анализа свето-тени в рентгеновском изображении, затем исследует законы контрастов при всяких условиях опыта, после чего переходит к исследованию зависимости между жесткостью и контрастом, а также влиянием усиливающих экранов и источников вторичных лучей на качество снимка. Во второй части автор анализирует проблему четкости снимка, сообщает о результатах произведенных им фонометрий и устанавливает на основании своих экспериментов многочисленные кривые соотношений между качеством фокуса трубки и качеством снимка. Таблицы и математические вычисления, которые на первый

взгляд могут отпугнуть рентгенодиагноста, а в сущности являются несложными выкладками из рентгенооптики, завершают эту оригинальную книгу. Внимательное ее изучение дает возможность сознательно подойти к проблеме рентгенографии и вывести последнюю из области темной эмпирии и в область научно обоснованного метода.

Р. Я. Гасуль (Казань).

L. Lilienfeld. *Anordnung der normalisierten Röntgenaufnahmen des menschlichen Körpers*. 4 изд., обраб. E. Mayer'ом и Fr. Pordes'ом, с предисл. Holzknechta. Berlin-Wien. 1927. Цена 4 м. 20 pf.

Рентгеновский снимок должен быть удачным не только в фотографическом смысле, но и в проэекционном отношении. Всегда верно и метко при всех условиях получать одни и те же проэекции на снимке—залог успешной рентгенодиагностики. Настоящая книга, вышедшая из Института Holzknechta в обработке его сотрудников, дает в руки врачу-рентгенологу и рентгенотехнику, знакомому с основами анатомии костной системы и расположением органов грудной клетки и брюшной полости, прекрасные указания и практические правила нормализованных снимков любой части тела. Кратко, сжато, но чрезвычайно просто в ней указывается, как укладывать больного, устанавливать трубку, класть пластинку и направлять центральный луч. Каждое такое положение изображено на фотографических снимках и пояснено на схемах, общее число которых равно 208 при 105 различных положениях. Следуя этим точным указаниям, всегда получишь верную проэекцию исследуемого органа—при условии, конечно, верной экспозиции и обработки снимка. Последних двух моментов авторы не касаются, как не относящихся к их задачам. Книжка эта должна находиться в каждом рентгеновском кабинете.

Р. Я. Гасуль (Казань).

I Всесоюзный Съезд Невропатологов и Психиатров в Москве (18—23 декабря 1927 г.).

Г. Первушина.

Московский Съезд Психо-невропатологов был создан Наркомздравом РСФСР по инициативе Всесоюзного совещания по психиатрии и неврологии, бывшего в 1925 г. Имея свой организационный комитет, Съезд не был связан с последним Ленинградским Съездом Неврологов, Психологов и Психиатров, состоявшимся в 1924 г., и поэтому мог себя именовать «первым». Организационный Комитет его, под председательством проф. В. К. Хороско, предал большую предварительную работу в деле организации научных сил Съезда. Участников Съезда было около 700 человек. Почетными председателями были акад. В. М. Бехтерев, проф. Л. С. Минор и проф. Г. И. Россолимо. На Съезде было заслушано 18 докладов Организационного Комитета и более 200 докладов по отдельным программным и внепрограммным вопросам.

Первый день Съезда был посвящен вопросу об экзогенных формах нервных и душевных заболеваний. К сожалению, основные докладчики, проф. М. И. Аствацатуров и Б. С. Дойников, не приехали к открытию Съезда, и первый из них, прочел свой доклад на заключительном заседании. Проф. В. А. Гиляровский в своем докладе «Генез и структура экзогенных заболеваний» указал, что для указанных заболеваний характерными являются механизм развития явлений и их структура. Проф. Д. Б. Франк весьма основательно остановился на экзогенных формах душевных заболеваний. Пожалуй, некоторый интерес был проявлен к докладу Л. Я. Брусиловского, Н. П. Бруханского и Т. Е. Сегалова о землетрясении в Крыму. Докладчики описывали реакцию животного мира на землетрясение. Ряд докладов был посвящен изучению влияния на нервную систему окиси углерода (М. С. Доброхотов), марганца (А. М. Гринштейн и Попова), свинца (Евлетова), гашиша (Анциферов) и спорыньи (Максудов).

На второй день с основным докладом по вопросу о невросифилисе выступил проф. М. С. Маргулис. Он полагает, что невросифилис представляет собою определенную нозологическую единицу среди заболеваний нервной системы. Все клинические проявления этого заболевания делятся на ранние—мезодермальные и поздние—паренхиматозного сифилиса. В первом случае мезенхимная реакция может носить характер экссудативного типа (неспецифическое воспаление мягких

мозговых оболочек в ранних периодах сифилиса), васкулярного (гипертрофическое изменение сосудов) и продуктивного (гуммозный процесс). Эктодермальная реакция выражается дегенеративными процессами в паренхиме и пролиферацией глиозной ткани. Ранний сифилис соответствует состоянию повышенной чувствительности мезенхимы к вирусу, поздний период относительного иммунитета мезенхимы выражается переходом процесса на паренхиму. Далее докладчик придает большое значение исследованию спинномозговой жидкости у сифилитиков. Говоря о лечении, он коснулся и вопроса об эндOLUMБАЛЬНОМ введении неосальварсана, которое, по его словам, дает благоприятный результат в случаях табической атрофии зрительных нервов. Р. Я. Голант в своем докладе остановилась на психических заболеваниях при невролюозе—прогрессивном параличе и сифилитических психозах. Последние наиболее часто выражаются в дементной и параноидно-галлюцинаторной формах. Далее М. О. Гуревич, изучая сифилитические психозы, устанавливает, что они часто при жизни проходят нераспознанными вследствие многообразия и пестроты клинической картины. Мозг сифилитиков более ранним при острых инфекционных заболеваниях, вследствие чего здесь легко развиваются отдельные инфекционные психозы, которые он называет «бидименциональными психозами». Гершкович находил бледную спирохету в лимфатических железах у табиков. Серебренник на основании клинического материала полагает, что субарахноидальные кровоизлияния происходят в большинстве случаев на почве сифилиса. Фридман, имевший большой материал по вопросу диагностики невросифилиса на основании исследования спинномозговой жидкости, приходит к выводу, что, при оценке данных исследования, необходимо пользоваться всеми современными реакциями, а не предпочитать одну другим. Гаркави сделал 1116 пункций задней цистерны мозга и рекомендует пользоваться ею, так как находит ряд преимуществ этой пункции пред лумбальной. Далее целый ряд докладчиков сообщил свои наблюдения по вопросу о лечении невросифилиса прививками малярии (Шварц, Балашова, Успенская, Шутикова, Френкель и др.).

Третье дневное заседание Съезда, посвященное *эпилепсии*, открыл своим докладом проф. Л. С. Минор. Докладчик констатировал, что в связи с войной и последовавшими за ней событиями участились заболевания эпилепсией во всех странах и в частности у нас. Так, до войны эпилептики составляли 3% всех больных, обращавшихся к нему за помощью, теперь же их — 6%. Далее он на целом ряде остроумных примеров доказывал эфемерность новых способов лечения эпилепсии, опирающихся на необоснованные патогенетические гипотезы. Докладчик пропагандирует путь коллективного изучения эпилепсии путем собирания большого статистического материала. Такой целью задалась международная лига по борьбе с эпилепсией, к каковой лиге докладчик и призывает присоединиться. Следующий докладчик, проф. В. К. Хорощко, высказал взгляд, что самородная эпилепсия, как нозологическая единица, имеет право на существование. К экзогенным причинам эпилепсии он относит: инфекцию, интоксикацию, травму, космические и атмосферные влияния, эмоциональные и рефлекторные раздражения, к эндогенным—возрастные особенности, расстройства кровообращения, эндокринные расстройства и пр. В заключение он указал на необходимость дальнейшего изучения падучей. О терапии эпилепсии сделал сообщение проф. Н. И. Коротнев, не сказавший, впрочем, ничего нового в своем докладе: присутствующие опять услышали про буру, люминал, Бехтеревскую формулу и пр. Было представлено несколько докладов на тему об эпилепсии и конституции (М. Я. Серейский, Н. В. Которович и Виленский, причем большинство докладчиков считают характерным для эпилептиков преобладание диспластического и мускулярного типов. Здесь интересно также отметить доклад проф. А. К. Ленца, который изучал душевную сферу больных по методу условных слюноотделительных рефлексов. Далее говорилось о лечении эпилепсии нейротоксической сывороткой, мозговой эмульсией и стафилококковой вакциной.

По вопросу о *профилактике нервных заболеваний* следует отметить доклады проф. М. П. Никитина, Л. Я. Брусиловского, Л. М. Розентштейна и Л. А. Прозорова.

Одно из самых интересных заседаний Съезда было посвящено *висцеральной семiotике при органических заболеваниях нервной и психической сферы*. Проф. А. М. Гринштейн в своем докладе указал на необходимость в каждом случае органического заболевания нервной системы проводить исследование функций вегетативной нервной системы, т. к. это может дать иногда материал для топической диагностики. Исследованию подлежат пиломоторные, вазомоторные

(дермографизм или реакция на горчицу, секреторные (потовые), пигментоформные и трофические расстройства. При поражении подкорковых узлов, грудного отдела спинного мозга или периферического нейрона происходит нарушение в сторону гипотонии — или гиперфункции вегетативной системы. Особенно ценные результаты может дать исследование висцеральных расстройств при поражении спинного мозга на уровне L₁₋₂. Затем Б. Н. Могильницкий остановился на патолого-анатомических изменениях в вегетативной нервной системе при т. наз. «неврозах» сердца, желудка и пр. Ряд докладов был, затем, посвящен методике исследования и изучения вегетативной системы (Срезневский, Голант и Манухин, Горнацкий, Марков, Минор В., Крышова, Залкинд и др.). Интересный материал сообщил С. Д. Вознесенский по вопросу о перекрестных вегетативных путях. На вечернем заседании проф. F. Lewy, из Берлина, сделал доклад на тему: «Новый метод для обследования функции подкорковых узлов», с демонстрацией кинематографической фильмы.

Последнее заседание Съезда было разбито на секции. Наибольший интерес был проявлен к работам секции Б (диагностика и терапия в неврологии), а также В (морфология, гистопатология и невробиология). Здесь с большим вниманием был заслушан доклад проф. Л. С. Штерн и ее сотрудников о гэмато-энцефалическом барьере.

На заключительном пленарном заседании были заслушаны доклады проф. М. И. Аствацатурова и Jacobson'a, после чего Съезд был закрыт.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 13 XII 1927.

Д-р А. Шварцман: *Сифилис внутренних органов по книге Пленка (пер. Максимовича-Амбодика) „Врачебные наставления о любострастных болезнях“*. Докладчик демонстрировал редкий экземпляр этой книги, изданной в „граде св. Петра“ в 1790 г. Под любострастными болезнями в то время понимались венерические болезни и сифилис, причем последний считался не только местным, но и общим заболеванием всего организма. Автору были известны следующие заболевания внутренних органов на почве сифилиса: лихорадка (в книге дается дифференциальная диагностика от малярии), сифилис нервной системы—судороги, эпилепсия, параличи, гемиплегия, ночные головные боли, бессонница, сифилис костно-мышечной системы—заболевания грудины, реберных хрящей, артриты, периоститы и миозиты, сифилис гортани, трахеи, легких („чахотка любострастная“), желудка (боли в животе), сердца и сосудов („одышка любострастная“) и кахексия на почве сифилиса. Заражение сифилисом бывает половым и внеполовым. Беременная женщина, больная сифилисом, часто не донашивает плода. В книге описана подробно картина врожденного сифилиса—раннего и позднего. Скрытый сифилис распознать трудно; для этого автор дает указания, причем рекомендует во всех, не поддающихся обычному лечению, случаях испытать ртутное лечение. Для профилактики сифилиса автор рекомендует все те же меры, которые предлагаются и в настоящее время; наилучшим способом профилактики является половое воздержание. Личность автора характеризуется мотивами издания настоящей книги. Автор не преследует ни славы, ни материальных выгод, единственная его цель—указать на огромный вред любострастных болезней для всего человечества и научить правильно лечить их „для сохранения ценной молодой жизни“.—По окончании доклада проф. В. С. Груздев охарактеризовал переводчика разбираемой книги, как „отца русской акушерской науки“, которому принадлежит первое на русском языке оригинальное руководство по акушерству.

Д-р В. Якимов: *Реакция Rickenberg'a (феномен нагрузки), как метод изучения*. Реакция иммунитета, открытая Rickenberg'ом для трипанозом и Брусиным для спирохет возвратного тифа, патогенного для крыс

штамма, заключается в облеплении паразитов бляшками Bizzozze при смешении *in vitro* плазмы животного, перенесшего инфекцию, со спирохэтосодержащей кровью болеющего животного. Реакция эта строго специфична. Феномен наступает только при смешении соответствующих друг другу плазмы и спирохэт. При смешении плазмы крови, полученной от крысы, перенесшей только первый приступ с спирохэтосодержащей кровью крысы, болеющей вторым приступом феномена, нагрузки не наблюдается. Таким образом спирохэты I и II приступов биологически различны. Такое же биологическое различие наблюдается у всех рецидивных рас спирохэт—не только по сравнению с исходной расой, но и по сравнению друг с другом. Рецидивные расы в болеющем организме появляются в результате биологического приспособления паразита к сокам иммунного животного. Сущность феномена нагрузки зависит от присутствия в организме особых антител,—тромбоцитобаринов по Кричевскому,—вырабатываемых организмом не только при условии инфекции, как то думает Krantz, но и при условии иммунизации животных убитыми культурами спирохэт. Антитела эти переходят в сыворотку независимо от способа ее получения и могут быть пассивно переданы здоровым животным при выпрыскивании им содержащей антитела сыворотки. Реакция выпадает положительно как со спирохэтами, взятыми из крови больного животного, так и с одно—и двухдневным культуральным вирусом соответствующей расы спирохэт. Прибавление к смеси иммунной плазмы и соответствующей расы спирохэт цитратной крови здоровой крысы усиливает феномен нагрузки и часто позволяет открыть присутствие тромбоцитобаринов там, где они при простом смешении иммунной плазмы и спирохэтосодержащей крови не обнаруживаются.—По поводу доклада сделал разъяснения проф. В. М. Аристовский.

Торжественное годовое заседание 17/I.

В виду исполнившегося 60-летия существования Общества годовое заседание его отличалось в текущем году особою торжественностью. Актный зал Университета, где оно происходило, был переполнен профессорами и преподавателями высших медицинских школ г. Казани, врачами, студенчеством и гостями. Заседание было открыто председателем Общества, проф. В. М. Аристовским, который после краткой приветственной речи предложил избрать почетный президиум для данного заседания из следующих лиц: председатель—почетный член Общества проф. В. С. Груздев, представитель Правительства Татареспублики—нарком здравоохранения д-р Еналеев, представитель Наркомпроса ТР—тов. Тагиров, представитель Правления Казанского Университета—зав. учебной частью проф. А. Н. Мяславский, декан Медицинского Факультета проф. М. Н. Чебоксаров, представитель Гос. Института для усовершенствования врачей—директор его проф. Р. А. Лурья, представитель Казанского Ветеринарного Института—директор его проф. К. Г. Болъ, представитель Казанского Общества Невропатологов и Психиатров—председатель его проф. А. В. Фаворский, от Казанского Общества Естествоиспытателей—проф. Н. А. Ливанов, от Татодола Российского Ветеринарного Общества—проф. К. Р. Викторов, от Студенческого Научно-Медицинского Клуба—студ.-мед. В. к. Адриановский, один из старейших членов Общества Врачей—д-р мед. А. А. Хохряков (член Общества с 1881 г.), представитель Секции Научных работников—тов. Н. З. Векслин, представитель бюро Врачебной Секции—председатель его д-р Плещицер.

Проф. В. С. Груздев прочел *краткий исторический очерк деятельности Общества Врачей при Казанском Университете за 60 лет его существования*. Очерк этот напечатан в настоящем № „Журнала“.

После этого был заслушан целый ряд приветствий Обществу. Первым выступил д-р Еналеев, который от Правительства и от Наркомздрава ТР приветствовал старейшее Казанское научное общество и пожелал ему и впредь служить центром объединения медицинских сил на почве науки и служения ближнему. От Татарнаркомпроса председатель Академического Центра ТР тов. Тагиров прочитал адрес, в котором отмечается «плодотворная работа Общества на поприще народного здравоохранения в Татарии, в прилегающих к ней национальных областях и во всем Волжско-Камском крае. Несомненно, что Общество оказало свое влияние на создание благоприятных условий для дела народного образования широких масс Татарии, чему за последние годы особенно способствовало издание Обществом «Казанского Медицинского Журнала». Татарнаркомпрос выражает уверенность, что Общество и в дальнейшем будет продолжать свою ответственную, обществен-

ную и научную работу на благо трудящихся Татареспублики и соседних национальностей».

От Казанского Университета приветствовал Общество проф. А. И. Мишлавский, который в прочувствованных выражениях пожелал дальнейшего процветания Обществу под сенью славного Казанского Университета. Приветствовал Общество также и декан Медицинского Факультета, проф. М. Н. Чебоксаров. Директором Гос. Института для усовершенствования врачей проф. Р. А. Лурья был прочитан адрес, в котором, между прочим, говорится, что «в течение 60 лет Общество Врачей при Казанском У-те всегда отражало наиболее животрепещущие в данный момент вопросы теоретической и практической медицины и являлось руководящим органом медицинской мысли не только Казани, но и всего Волжско-Камского Края. Созданный Обществом и издаваемый им „Казанский Медицинский Журнал“, особенно в последние, революционные года, является одним из наиболее солидных, наиболее серьезных медицинских журналов, привлекая авторов едва-ли не из всех научных центров страны. Таким образом Общество Врачей при Казанском Университете и его медицинский орган, объединяющий все научные медицинские силы Казани, являются в течение более полувека одним из важнейших ученых учреждений нашего края в деле постоянного усовершенствования познаний врачей».

От Казанского Ветеринарного Института прочитал адрес директор его, проф. К. Г. Боль. В адресе указывалось, что „Ветеринарный Институт всегда высоко ценил научно-общественную деятельность Общества и общение с ним через своих членов. И в настоящий день с чувством особого удовлетворения приносит Обществу свои искренние поздравления и пожелания дальнейшего процветания, успешной и плодотворной работы на многие годы“.

Председатель Казанского Общества Невропатологов и Психиатров, проф. А. В. Фаворский, приветствуя Общество Врачей, указал на целый ряд чисто-практических достижений, которыми Казань и местный край обязан последнему. От Общества Естествоиспытателей при Казанском Университете был оглашен следующий адрес: «Общество Естествоиспытателей при Казанском Университете приветствует Общество Врачей, своего собрата по научно-общественной работе в Казани и Казанском крае. Долгие годы деятельность обоих обществ шла рука об руку, будучи направляема под руководством и при ближайшем участии университетских сил в сторону исследования местной природы, человека и его быта. Общее направление работы объединяло их, и тесная связь обоих обществ выразилась в целом ряде совместных заседаний. Это было выражением того общего положения, что медик есть естествоиспытатель, а естественные науки—основа медицины. И мы видим, что на протяжении 60 лет единение естествоиспытателей и врачей на всероссийских съездах направляло работу к общему успеху естествознания и медицины. Общество Естествоиспытателей шлет ныне пожелания дальнейшей плодотворной работы Обществу Врачей и надеется на продолжение и укрепление в будущем тех связей и той совместной деятельности, которые существовали и способствовали процветанию обоих обществ в прошлом».

После этого был оглашен ряд приветствий и поздравлений, полученных Обществом Врачей со всех концов СССР. От Всесоюзной Академии Наук была получена телеграмма: „Всесоюзная Академия Наук приветствует Общество Врачей при Казанском Университете с шестидесятилетним юбилеем, шлет пожелания дальнейшей плодотворной работы. О л ь д е н б у р г“. Телеграмма Начальника Главнауки П е т р о в а гласила: „Главнаука поздравляет юбиляра, шлет пожелания успеха в дальнейшей работе“. Государственный Институт Экспериментальной Медицины прислал „горячий привет Обществу по случаю шестидесятилетней высококультурной его деятельности“. Прислали свои поздравления также университеты Саратовский, Пермский и Иркутский, мединституты Омский, Одесский и Киевский, деканат медфака Северо-Кавказского Университета, деканат медфака Саратовского Университета и Томский Медицинский Факультет. Начальник Военно-Медицинской Академии, проф. В о я ч е к, в своем поздравлении высказал, что „Военно-Медицинская Академия с чувством глубокого уважения приветствует Общество Врачей в этот знаменательный день свыше-полустолетней плодотворной и славной его деятельности, как одного из старейших медицинских обществ. Военно-Медицинская Академия, признавая высокое культурное значение для нашей социалистической страны Общества Врачей при Казанском Университете, желает ему и в дальнейшем столь же блестящей и полезной деятельности на славу науки и на пользу трудящихся.“

Далее были оглашены поздравления, присланные Обществу Врачей следующими учеными обществами: Обществом Врачей Южно-Уссурийского Края (из Владивостока), Обществом Врачей при Иркутском Университете, Омским Медицинским Обществом, Вятским Медицинским Обществом, Ульяновским Научным Обществом Врачей, Сталинградской Научной Ассоциацией Врачей, Научной Ассоциацией Врачей Архангельской губ., Таганрогским Обществом Врачей, Обществом Врачей при Пермском Университете, Обществом Клинической и Теоретической Медицины при Астраханском Гос. Медицинском Институте, Обществом Глазных Врачей в Москве, Московским Ото-ларингологическим Обществом, Ленинградским Обществом Психиатров, Московским Обществом Невропатологов имени Даркшевича, Обществом Невропатологов и Психиатров при I Московском Университете, Московским Акушерско-Гинекологическим Обществом, Ленинградским Акушерско-Гинекологическим Обществом, Ленинградским Отделением Российского Общества Патологов, Саратовским Рино-ларинго-отитатрическим Обществом, Саратовским Гинекологическим Обществом, Саратовским Дерматологическим Обществом, Обществом детской медицины им. Филатова при Саратовском Университете, Харьковским Обществом Испытателей Природы, Российским Ветеринарным Обществом и Татарским его Отделом.

Обществом Врачей были получены также адреса от Патолого-Анатомической Комиссии Украинской Академии Наук, от Харьковского Бактериологического Института, от Харьковского Ветеринарного Института и Научно-Ветеринарного Кружка, от Саратовского Научно-исследовательского Института физиологии верхних дыхательных путей, от Татарского Областного Комитета Красного Креста, от Грузинского Общества Красного Креста, от Ветеринарно-Бактериологического Института Татнаркомзема.

Из редакций журналов прислали свои поздравления Обществу следующие: редакция «Русского Офтальмологического Журнала», редакция журнала «Медицинское Обозрение Нижнего Поволжья», редакция журнала «Медицинская Мысль», редакция «Днепропетровского Медицинского Журнала» и редакция «Известий Бактериологического Института Ветеринарного Управления Наркомзема ТР».

Общество приветствовали также отдельные клиники Казанского Университета, Казанский Институт Научной Организации Труда, Татотдел Бюро Секции Научных Работников, Бюро Врачебной Секции Татотдела Общества «Всемирно-сантруд», Совет Профессиональных Союзов Татарской Республики и Рязанское Губбюро Врачебной Секции. Наконец, прислали свои приветствия Обществу бывшие питомцы Казанского Университета, профессора Первущин, Парин, Разумовский, Кушев, Заболотнов, Арнольдов, Вормс, Китаев, Гайворонский, Карташев, Баль, Лидский, Телятников, Непряхин. Бывший председатель Общества проф. Ф. Я. Чистович прислал письмо, в котором между прочим пишет: «В моей памяти глубоко запечатлелись годы пребывания в Казани и активной работы в составе Общества, и я мысленно со всеми Вами переживаю знаменательные дни юбилея и разделяю то чувство удовлетворения и гордости, с которыми Общество может сегодня оглянуться на пройденный им путь: плодотворная его деятельность на пользу науки, просвещения и врачебного дела обеспечили Обществу и справедливую славу, и почетное место среди научно-общественных организаций нашей родины. Я счастлив принести глубокоуважаемому Обществу мои сердечные поздравления и не только горячие пожелания, но и твердую веру в его дальнейшие блестящие успехи в прогрессе медицинских научных знаний и практического врачебного дела».

После всех этих приветствий была почтена вставанием память недавно умерших проф. В. М. Бехтерева, проф. С. С. Зимницкого и др. скончавшихся членов Общества. Находящимся в живых бывшим председателям Общества Врачей, профф. Н. А. Мяславскому, Н. А. Геркену и Ф. Я. Чистовичу, решено было послать поздравительные телеграммы.

Затем член Общества, проф. В. Л. Боголюбов, с большим воодушевлением произнес речь на тему: «*Личность врача в медицине*». Речь эта печатается в настоящем выпуске «Журнала».

В виду позднего времени административная часть заседания была отложена.

Административное заседание 19/1.

Заслушан доклад секретаря Общества, д-ра А. Вылегжанина, о деятельности Общества за 1927 г. Из доклада видно, что в 1927 г. Общество работало особенно энергично: оно имело в году 80 заседаний (пленарных и секционных),

на которых было заслушано 243 научных сообщения. Финансовый отчет по Обществу и отчет редакции «Казанского Медицинского Журнала» сделал д-р З. Блюмштейн. Проф. Н. В. Соколов представил отчет ревизионной комиссии.

Были произведены выборы должностных лиц Общества на 1928 г. Единогласно были выбраны: председателем Общества проф. В. М. Аристовский, его заместителями профф. И. П. Васильев, Р. А. Лурья и В. К. Трутнев, секретарями д-ра М. Аксянцев, А. И. Вылегжанин, Н. И. Вылегжанин, М. И. Мастбаум и А. Н. Сызганов, казначеем д-р З. М. Блюмштейн, ответственным редактором «Каз. Мед. Журнала» проф. В. С. Груздев, членами Редакционного Комитета «Журнала»: профф. В. М. Аристовский, И. П. Васильев, Р. А. Лурья и В. К. Трутнев, членами Хозяйственного Комитета «Журнала»: проф. М. О. Фридланд и д-ра З. М. Блюмштейн и Р. Р. Гельтцер, членами ревизионной комиссии проф. Н. В. Соколов, пр.-доц. Н. Н. Яснитский и д-р Н. Н. Благовещенский.

В заключение, по предложению проф. В. С. Груздева, были единогласно избраны почетными членами Общества академик Иван Петрович Павлов, профессор Иван Григорьевич Савченко и профессор Федор Яковлевич Чистович.

Секретарь А. Вылегжанин.

Физиологическая секция.

Заседание 28/XI 1927.

Проф. Н. А. Миславский сделал доклад: *Антидромная функция и расширение сосудов.*

Д-р А. А. Беляев: *Действие метиленовой сини на тормозящий аппарат сердца лягушки.* Автор поставил 22 опыта на лягушках, проверяя данные Heumann's и Maigrea (из лаборатории Gley'a), указавших на паралитическое состояние п. vagi под влиянием инъекций в кровь различных доз метиленовой сини. Н. и М., придя к заключению, что синь действует непосредственно на сердце лягушки, оставили открытым вопрос о том, на какой именно аппарат сердца,—мышечный или нервный,—действует она. Наложение лигатур Stannius'a после сини давало у них обычный результат. Б., производя инъекции сини в дозах из расчета от 0,037 до 0,160 на кило веса животных, получил в 81,25% всех случаев паралитическое состояние п. vagi. Наложение лигатур Stannius'a давало извращенную реакцию: первая лигатура б. г. сопровождалась тем, что сердце продолжало сокращаться, иногда останавливаясь в диастоле, вторая же лигатура давала остановку желудочка в систоле в то время, как предсердия продолжали или начинали сокращаться. На основании своих опытов и литературных данных (Busquet, Garfouinkel и Gautrelet, Heumanns, Полумордвинов, Пирогов и др.) автор приходит к выводу, что метиленовая синь в вышеуказанных дозах производит действие на сердце, в результате которого обнаруживается падение возбудимости внутрисердечного нервного прибора в течение времени от 7 до 40 мин.—В прениях по обоим докладам приняли участие профф. М. П. Тушнов, К. Р. Виктор, В. М. Соколов и Н. А. Миславский и д-р Н. В. Пучков.

Заседание 5/XII 1927.

С. Г. Сидорова-Колосова: *К вопросу о действии адонидина на сердце лягушки при условии раздражения п. vagi.* Автор на основании поставленных опытов делает следующие выводы: 1) Слабые растворы адонидина усиливают работу желудочка, более сильные замедляют ритм сердцебиений и впоследствии вызывают аритмию—одновременное сокращение желудочка и предсердий. 2) Адонидин в слабых и более крепких концентрациях понижает возбудимость тормозящих приборов п. V.-S. 3) В случае остановки сердца от адонидина раздражение п. V.-S. вновь вызывает учащенную деятельность сердца. 4) Неправильная деятельность сердца от адонидина (одновременность) исчезает при условии раздражения п. V.-S., что совершается через посредство не подвергающихся ядовитому действию очень больших доз адонидина двигательных нервов сердца. 5) Возбудимость сердечной мышцы под влиянием адонидина повышается.—Прения: профф. К. Р. Виктор, В. М. Соколов, Ц. И. Попов и д-р М. В. Сергиевский.

Проф. М. П. Тушнов: *Лечение и потенцирование организма при помощи органолизатов.*—В прениях приняли участие проф. Виктор, доц. Афонский и Сайкович, д-ра Перекропов, Сергиевский, Пучков и др.

Заседание 19/XII.

Д-р М. А. Белогорский сделал сообщение: *К вопросу об определении металлического железа в восстановленном железе.*

Заседание 9/I.

Д-р В. П. Рошин сделал доклад под заглавием: *Влияние кальция на внутриглазное давление.* Кальций, как вещество, действующее „quellungshemmend“ на коллоидную субстанцию, ведет к уплотнению сосудистых стенок, вызывает сужение сосудов и тем самым ограничивает трансудацию при воспалительных процессах, а возможно, —я секрецию железистых органов. Эти свойства Са побудили докладчика изучить экспериментально влияние этого вещества на тонус нормального глаза как при введении в кровь, так и при местном применении. Опытными животными служили кошки и кролики. Результаты наблюдений таковы: 1) При введении в кровь (кошке) 0,01—0,02 чистого CaCl_2 (в виде 1% раствора) наступает, как правило, довольно длительное повышение кровяного и внутриглазного давления. 2) Доза в 0,05—0,1 оказывается для данного вида животных токсичной, что выражается в упадке сердечной деятельности, понижении кровяного и внутриглазного давления. 3) При введении под конъюнктиву 0,2 куб. с. растворов CaCl_2 различной крепости (1%, 1%, 3%, 5%) имеет место повышение тензии глаза различной силы в зависимости от концентрации раствора. 4) Указанное повышение есть вид реактивной гипертонии глаза—как ответ органа на раздражение. 5) В некоторых опытах первоначальное повышение внутриглазного давления сменяется его падением ниже нормы; длительность вторичной гипотонии невелика—на следующий день ее уже обнаружить не удается. Все эти данные докладчик иллюстрировал кривыми.—Прения: профф. К. Р. Викторов и П. И. Попов, пр.-доц. С. И. Афонский и С. А. Щербаков, д-р Р. Х. Микаэлян.

Д-ра Затворницкая и В. С. Зимницкий сообщили о функциональной связи между мозговым придатком и цитовидными железами. Доклад этот будет полностью напечатан в «Журнале».—По поводу этого сообщения высказались профф. А. Н. Миславский и К. Р. Викторов и д-р Н. В. Пучков.

Секретарь секции, д-р М. Сергиевский, прочитал отчет о деятельности секции за 1927 г. За этот год секция состояла из 29 членов, изъявили желание вступить в члены еще 6 лиц. Общее число заседаний секции в отчетном году равнялось 16, на них сделано 39 докладов.

Произведены перевыборы президиума секции, причем председателем был опять выбран проф. К. Р. Викторов, его заместителем—проф. В. М. Соколов, секретарем—д-р М. В. Сергиевский. Секретарь М. Сергиевский.

Хирургическая секция.

Заседание 7/X 1927.

Д-р А. Г. Мусин демонстрировал препараты оперативно удаленной гипернефромы почки.—По поводу демонстрации сделал замечания проф. В. Л. Боголюбов.

Д-р Н. А. Герасимова: *Болезнь Perthes'a* (с демонстрацией больных). Демонстрированы мальчик и девочка, 6 и 8 лет, с укорочением одной ноги вследствие деформации шейки бедра. Болезнь характеризуется, как асептический некроз с рассасыванием и последующей заменой костным веществом. Раньше это заболевание смешивали с туберкулезом. Кроме общего лечения необходимо обезгруживание сустава. У одного из демонстрированных больных за 3 года наблюдения и лечения отведение ноги увеличилось.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов, Н. В. Соколов и М. О. Фридланд и д-р И. Л. Цимхес.

Д-р С. А. Смирнов: *К казуистике hydrocele bilocularis* (с демонстрацией больного). Редкий случай, оперированный проф. В. Л. Боголюбовым. Расположенная подбрюшинно hydrocele сант. на 18 вдавалась в брюшную полость, резко выпячивая паховую область. На границе абдоминальной и скротальной частей мешка с внутренней стороны было расположено продолговатое образование с железистыми трубками и цилиндрическим, кое-где мерцательным эпителием.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов.

Д-р В. Н. Васильев: *К вопросу об инфекционном нефрите* (с демонстрацией препаратов). Демонстрирован случай удаления почки, под микроскопом оказавшейся пронизанной мельчайшими гнойничками. В анамнезе энтероколит.—По докладу высказался проф. В. Л. Боголюбов.

Заседание 4/I.

Д-р И. Л. Цимхес: *Хирургия и НОТ*. Докладчик думает, что наши операции в настоящее время еще недостаточно механизированы, и приводит схему рационального расположения инструментов на столе фельдшерицы и оператора. Он считает необходимым бесперебойный темп работы в отделениях и перевязочных по принципу Ford'овских конвейеров, дальнейшее изучение техники действия инструментов и стандартизацию последних, подбор хирургов и подсобного персонала с точки зрения их специальной проф-пригодности.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов и Н. В. Соколов, прив-доц. В. А. Гусынин, д-ра А. Н. Рыжих, С. М. Курбан-Галеев и инженер Гектор.

Д-р У. Ю. Бабилов: *К вопросу о лечении воспалительных процессов путем впрыскивания собственной крови*. Докладчик испробовал в 15 случаях (фурункулы, гидроадениты и карбункулы) аутогемотерапию (по 10 куб. сант. чрез 2—3 дня), причем только в одном случае (карбункул) пришлось прибегнуть к разрезу; остальные же протекли без разреза. Кровь впрыскивалась вокруг болезненного очага.—По поводу этого доклада проф. В. Л. Боголюбов высказался, что в некоторых тяжелых случаях (напр., при фурункуле губы) от аутогемотерапии лучше воздержаться, в виду наносимой здесь травмы. Прив-доц. С. А. Флеров, основываясь на экспериментах прив-доц. Гуревича, считает аутогемотерапию не всегда безопасной (иногда вызывает в организме распространенный тромбоз и кровоизлияния). Кроме того, в прениях приняли участие д-ра А. Л. Августинов, А. И. Бруснян и М. С. Знаменский.

Секретарь секции прив-доц. С. А. Флеров сообщил *отчет о деятельности секции за 1927 год*, из коего видно, что в этом году секция имела 11 заседаний, на которых было сделано 53 доклада и демонстраций.

Произведены выборы президиума секции на 1928 год. Единогласно избраны председателем проф. В. Л. Боголюбов, товарищами председателя проф. М. О. Фридланд и пр-доц. С. А. Флеров, секретарями д-ра С. А. Смирнов и И. Л. Цимхес.

Пр-доц. С. А. Флеров.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 28/XI 1927.

Проф. А. П. Тимофеев сообщил *о случае эхинококка паравагинальной клетчатки*. Случай интересен в том отношении, что эхинококковая опухоль у больной три года тому назад послужила препятствием для родов *per vias naturales*; у рождений наступил разрыв матки, по поводу которого последняя была тогда суправагинально ампутирована. После пробной пункции эхинококковая киста нагноилась и была опорожнена путем разреза влагалищной стенки.—Д-р Лейбчик указал на значение при диагнозе эхинококка реакции отклонения комплемента.

Д-ра М. А. Дыхно и Г. Д. Дерчинский: *Исследование микрофлоры влагалища у детей*. Авторы на основании исследований микрофлоры влагалища у 126 детей в разные периоды жизни пришли к следующим выводам: 1) Микрофлора влагалища у детей в том возрасте, когда на строении их тела еще не начинают сказываться половые особенности, отличается сравнительной скудостью и оказывается по преимуществу кокковой. 2) С того возраста, когда в строении тела девочки обнаруживаются уже особенности женского типа, чаще встречается бациллярная флора влагалища. 3) Флора становится более обильной и, как правило, бациллярной у девочек, вторичные половые признаки которых ясно выражены. 4) Микрофлора влагалища принимает характер, свойственный флоре зрелой *virgo*, задолго до наступления менструальной функции. 5) В послеменструальном периоде микрофлора влагалища в течение нескольких дней приобретает характер кокковой флоры—обстоятельство, которое должно быть учитываемо в гигиене менструального периода.—По докладу высказались проф. А. П. Тимофеев и д-ра Лейбчик и Сигалевич.

Д-р А. Д. Кудашев: *Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии*. Доклад напечатан полностью в декабрьской книжке «Казанского Медицинского журнала».—В прениях приняли участие проф. А. П. Тимофеев и д-ра Лейбчик, Тарло и Чукалов.

Заседание 14/XII 1927.

Д-р А. И. Вылегжанин демонстрировал микроскопические препараты *рака маточной шейки, подвергавшегося за 26 дней до операции лечению радием*. Микроскопическое исследование показало некоторые отклонения от обыч-

ной картины рака, а именно: раковые клетки, непосредственно подвергшиеся действию лучей радия, имели овальную, местами сильно удлинненную форму, с резко выраженными дегенеративными процессами (вакуольное перерождение протоплазмы, распад ядра); среди них находились многочисленные гигантские клетки с крупными ядрами; некоторые из этих клеток содержали по несколько ядер и имели характер синцитиальных масс. Раковая опухоль,—что особенно следует отметить,—была окружена мощно развитым слоем мелкоклеточковой инфильтрации. Окружающая соединительная ткань показывала явления резкого раздражения, что выражалось в резкой гистиоцитарной реакции и в энергичном образовании капилляров. В мышечной ткани обнаружены явления резкого вакуольного перерождения. — В прениях по докладу приняли участие профф. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев.

Д-р В. С. Кандаратский: *Случай преступного аборта*. В случае этом аборт был произведен бабкой введением в матку стебля неизвестного растения. — Доклад вызвал оживленные прения, особенно по вопросу об ответственности врача за недонесение властям о подобных случаях, а также по вопросу, считать ли аборт преступным, если он вызван самой беременной. Постановлено просить заведующего кафедрой суд. медицины в Казанском Университете пр.-доц. Гусева сделать соответствующие разъяснения по затронутому вопросу на одном из ближайших заседаний секции.

Д-р Брюсянин сообщил случай *разрыва матки на X месяце беременности при родах*. Разрыв проходил по левому ребру матки, глубоко проникая в боковой свод. Брюшина была отслоена кровоизлиянием почти до почек. Плод и плацента лежали свободно в брюшной полости. Матка была экстирпирована. Больная выздоровела. Указав вообще на ряд возможных причин, обуславливающих разрыв матки, докладчик отметил, что главными причинами для данного случая следует признать поперечное положение плода и гистологические изменения в миометрии в связи с предшествующими многочисленными родами. — В прениях по докладу приняли участие профф. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев и д-ра Н. Н. Чукалов и Б. С. Тарло.

Д-р Н. Е. Сидоров: *О функциональном состоянии кожи беременных женщин на основании изучения „perspiratio insensibilis“*. Докладчик нашел, что кожная перспирация у беременных женщин в общем понижена, причем понижение это более резко бывает выражено в конце беременности; особенно понижена бывает перспирация при беременности, осложненной группой отечно-нефротических состояний. — По докладу сделали замечания профф. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев, д-ра Н. Н. Чукалов, П. В. Маненков и Б. С. Тарло.

Секретарь Н. Сидоров.

Венерологическая секция.

Заседание 29/XII 1927.

Проф. М. С. Пильнов сообщил о смерти проф. Бехтерева и предложил почтить память его вставанием.

Д-р Я. Печников демонстрировал *больных, страдавших одновременно гонорреей и малярией, tbc и сифилисом*: а) Polyarthritus gonorr., prostatitis, spermatozystitis плюс malaria; развитие приступов малярии синхронично с обострением процесса в суставах, простате, семенных пузырьках; терапия—хинин и неосальварсан с прекрасным терапевтическим эффектом. б) Polyarthritus gonorr., prostatitis, spermatozystitis и malaria; бесплодность иммунотерапии, хороший терапевтический эффект от хинина и неосальварсана. в) Prostatitis, spermatozystitis, myositis femoris gonor. и malaria, бесплодная иммунотерапия с отсутствием клинической реакции на введение вакцины; после хинина и неосальварсана успешная вакцинация с хорошей клинической реакцией. г) Polyarthritus gonor. и laryngitis tbc, появление рецидива в гонорройных очагах вместе с развитием поражения голосовых связок и синхроничное улучшение. д) Periprostatitis et perispermatozystitis gonor. recidiva, phlegmone и lues III; появление тяжелого рецидива гонорреи совпало с рецидивом сифилиса в форме гуммозного поражения теменной кости; после оперативного вмешательства в дальнейшем одно местное противогонорройное лечение без успеха; наоборот, специфическое противосифилитическое лечение дало резкий толчок к исчезновению местных гонорройных проявлений. Демонстрируемые случаи указывают на постоянную необходимость считаться с общим основным патологическим процессом в организме и направлять терапию на главного агента

заболевания организма.—В прениях по докладу выступали д-ра Яснитский и Батунин.

И. С. Бейрах: *Грязелечение в клинике мужской гонорреи во внекурортной обстановке.* Грязелечение дает хорошие результаты в хронически протекающих случаях осложнений мужской гонорреи, причем наилучшие результаты получены докладчиком при хронически протекающих артритах, эпидидимитах и простатитах, а наиболее слабые—при гоноррейных поражениях слизистой уретры. При остро протекающих осложнениях гонорреи у мужчин грязелечение не только не дает заметных результатов, но даже причиняет вред. Грязелечение по своим конечным результатам превосходит все применявшиеся обычные термические процедуры и в силе своего влияния и в своих показаниях имеет много сходства с применением диатермии.—В прениях участвовали д-ра Яснитский, Печников, Вайнштейн, Дренаев и Ашанин.

М. Батунин: *Лечение сифилиса детей стоварсолоном.* Под наблюдением докладчика было 33 случая: 7—врожденного сифилиса (из них с ранним lues'ом 2 и с поздним—5) и 26—приобретенного (из них случаев вторичного свежего lues'a 16, вторичного скрытого—8 и третичного активного—2). На основании своих наблюдений докладчик причисляет стоварсолан к противосифилитическим средствам, очень удобным в смысле применения, хорошо устраняющим симптомы свежего сифилиса, но стоящим ниже комбинированного метода лечения; при медленном действии на RW в крови и при слабом влиянии на проявления третичного сифилиса средство это по терапевтическому эффекту много слабее препаратов сальварсана, ртути и висмута. Проведение чисто-стоварсоланного лечения является особенно пригодным для грудного возраста с повторением 2—3—4 курсов через $\frac{1}{2}$ —1—1½ месяца и нецелесообразно в других возрастах; здесь оно может быть допущено лишь в тех случаях, где лечение сальварсаном по каким-либо причинам противопоказано, в виде дополнения к ртутной или висмутовой терапии. Что касается терапевтической дозы стоварсолана, то ее приходится устанавливать в каждом отдельном случае, в зависимости от восприимчивости к этому средству и его влияния на болезнь.—В прениях по докладу участвовали Целищева и проф. Пильнов.

Выборы бюро секции. Избраны: председателем—проф. М. С. Пильнов, его заместителем—пр.-доц. Н. Н. Яснитский, секретарями М. Батунин и Миркин.

Секретарь М. Батунин.

Гигиеническая секция.

Заседание 2/XII 1927.

Произведены пере выборы бюро секции, причем в бюро были избраны проф. В. В. Милославский (председатель), д-р И. А. Кондаков (заместитель председателя) и д-р Л. И. Лось (секретарь).

Заседание 16/XII 1927.

Д-р А. С. Мендельсон сделал доклад о пекарнях гор. Казани по данным обследования Санназора. Докладчик привел целый ряд цифровых данных, характеризующих санитарное состояние пекарен, и пришел к выводам, что в санитарном отношении в настоящее время пекарни лучше, чем были в 1913 году.—Доклад вызвал ряд замечаний со стороны д-ров Эмдина, Лукоянова, Александрова, Славина, Кондакова и проф. Милославского.

Д-р М. О. Козьмин сообщил о *пищевом надзоре в Татарской Республике.* Внимание органов здравоохранения сосредоточено здесь в настоящее время исключительно на внешней стороне дела, именно, на чистоте содержания мест изготовления и продажи пищевых продуктов. Качественная сторона естных продуктов правилами Санназора совершенно не предусматривается, почему рынок безнаказанно наводняется плохими или фальсифицированными продуктами. Необходимо срочно приступить к изданию пищевого кодекса—по крайней мере в отношении ходовых и достаточно изученных продуктов. Одновременно в лабораториях г. Казани необходимо организовать исследование пищевых продуктов, имеющих особенности местного характера, чтобы подготовить материал для последующей законодательной регламентации.—В прениях по докладу приняли участие д-ра Мендельсон, Лось, Лукоянов, Кондаков, Александров, Славин и проф. Милославский.

Заседание 27/XII 1927

Д-р А. Н. Анисимов: *Санпросветная работа среди крестьянского населения Татареспублики.*—С замечаниями по докладу выступали д-ра Козьмин и Кондаков, Смирнов, Мехоношин, Левина, Лукоянов, Эмдин и проф. Милославский.

Д-р М. В. Троцкий: *Способ определения углеводов в пищевых продуктах при помощи иода.* Д-ра Троцкий и Лукоянов предложили определять углеводы в пищевых продуктах по тому же принципу, по какому определяется формальдегид в формалине, т. е. по способу Romijn'a-Dobrin'er'a (формальдегид в присутствии иода и щелочи окисляется в муравьиную кислоту, причем расходуется эквивалентное количество иода, которое определяется гипосульфитом). Авторы определяли содержание углеводов иодом в муке, вине, молоке, меде и получили при этом хорошие результаты.—С замечаниями по докладу выступили д-р Лось и проф. Милославский.

Заседание 10/I.

Д-ра А. Н. Смирнов и С. С. Шульпинов сделали доклад под заглавием: *Опыт выявления заболеваемости рабочих кожевников по материалам Обстражассы и амбулаторий.* Д-р Смирнов разработал материал Обстражассы Татареспублики за 1925 и 1926 гг. по кожзаводам г. Казани в двух направлениях: во-первых, для характеристики заболеваемости по предприятиям в их целом, во-вторых, видоизменив общепринятую методику разработки, он сделал попытку использовать этот материал для выявления заболеваемости по группам рабочих, разбитых им по цехам: мокрым, отделочным, вспомогательным, фабрике механической обуви и т. д. Автор нашел, что, напр., группа рабочих, занятых в мокрых цехах, дает больший % травматических заболеваний кожи и общих болезней (преимущественно ревматизма); рабочие фабрики обуви дают более высокий % заболевания тbc. Д-р Шульпинов, разработав материал амбулаторий за 1925 г., нашел, что процент заболеваний рабочих мокрых цехов выше, чем сухих цехов и ф-ки Спартак. Особенно резко это заметно относительно местных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, травм и заболеваний дыхательных органов; второе место в этом отношении занимает фабрика обуви, более же благоприятными оказываются сухие цехи. Исключение здесь составляют тbc заболевания: наибольший % тbc больных падает на фабрику обуви (37%), как равно и больных с болезнями крови, сердца и сосудов. Обстоятельство это можно объяснить тем, что входящее в эту группу заболеваний малокровие чаще имеет место у женщин, чем у мужчин, а наибольший % женщин работает именно на фабрике обуви. Среди заболеваний, наблюдающихся у рабочих мокрых цехов, на первом месте стоят заболевания кожи и подкожной клетчатки—58%, а если сюда отнести химические ожоги кожи, то этот % будет 72,4. Т. о. имеется почти полный параллелизм между цифрами обоих докладчиков.—С замечанием по докладу выступали д-ра Эмдин, Шварц, Мехоношин, Кузьмин и проф. Милославский.

Секретарь секции д-р Л. Лось.

Общество Невропатологов и Психиатров при Казанском Университете.

Заседание 23/XI 1927.

Проф. О. Vogt: *Учение о патоклиззах (Pathokliesenlehre).* Под названием патоклиззы проф. V. понимает особую ранимость определенных частей центральной нервной системы, архитектурно построенных отлично от других частей и поражающихся обособленно, при сохранности остальных участков нервной системы, иначе построенных. В своем докладе он продемонстрировал прежде всего ряд схем, изображавших 1) нормальное строение центральных узлов, 2) образование кисты в putamen'e в случае Wilson'овской болезни, 3) превращение в кисту glob. pallidi при отравлении окисью углерода, 4) вовлечение в страдание одновременно putamen'a и corporis caudati с превращением их в status marmoratus и 5) status fibrosus с поражением тоже putamen'a и сморщиванием вследствие исчезновения клеток. Подтверждая положение Краерелина, что одинаковым симптомам должна соответствовать одинаковая локализация, докладчик указал, что при одинаковых симптомах и одинаковой локализации болезненного процесса, напр., в putamen'e, мы все же можем иметь ряд различно протекающих заболеваний, выраженных в непроизвольных движениях. Ранимость различных частей нервной

системы неодинакова. Из приведенных проф. Vogt'ом схем было видно, напр., что putamen был вовлечен в болезненный процесс в трех различных случаях, тогда как globus pallidus—лишь в одном, при отравлении окисью углерода. Докладчик отметил, что архитектурно сходные изменения могут быть вызваны различными этиологическими моментами. При этом грубо-механическими причинами (сосуды) объяснить большую ранимость определенных отделов нервной системы, по его мнению, невозможно. Архитектонически различные построенные части центральной нервной системы должны иметь различную функцию и заболевают отдельно при сохранности других участков, иначе построенных,—другими словами говоря, они имеют свою патоклизу. Особую ранимость различных частей нервной системы, проф. V. иллюстрировал целым рядом примеров. Он привел, напр., случай hemiatrophiae Bielschowsk'ого, где были поражены (разрежение клеток) только наружные части 3-го слоя, клинически же наблюдался паралич, несмотря на целостность пирамидных клеток. На целом ряде схем он демонстрировал, далее, патологические изменения, невозможные со строго определенными полями коры, доказывая, что патоклизы связаны с определенными частями коры головного мозга (гибель различных слоев последней при сохранности 4-го слоя). Из приведенных им случаев заслуживает, затем, внимания случай экспериментального цитолиза, где наступило исчезновение 3-го слоя коры при сохранности остальных. Далее, проф. V. демонстрировал случай, где при гибели 7-го и 5-го слоев клетки 6-го слоя оказались сохраненными, потом—ряд примеров, где по соседству с очагом энцефалита клетки некоторых слоев оказывались гибнущими при сохранности промежуточных между ними и поверхностных слоев. В случае Pick'овской атрофии изменениям подверглись поверхностные слои головного мозга лобной и височной долей, причем изменения эти выражались в появлении слабо красящихся клеток; в дальнейшем течении процесса пораженные слои сморщивались и замещались в значительной степени глиозными клетками. Проф. V. привел затем ряд случаев избирательного поражения слоев при сохранности 4-го слоя, а также случай гибели целого ряда слоев при сохранности 2-го слоя и пр. Особенно подробно докладчик остановился на случаях поражения Аммонова рога, доказывая, что различно построенные участки последнего должны иметь и различную функцию; патоклизмами находки, установленные архитектурно, были вполне подтверждены,—оказалось, что различно построенные (архитектонически) участки Аммонова рога могут заболевать отдельно, при сохранности остальных участков, иначе построенных.—По окончании доклада проф. А. В. Фаворский высказал, что прекрасный доклад проф. Vogt'a, основанный на очень веских доказательствах, не оставляет сомнений в правильности его учения о патоклизах. Проф. V. совершенно прав, когда говорит, что патоклизы широко распространены в нервной системе. Действительно, клиницисты давно знают об избирательной ранимости нервной системы. Что такое, как не патоклизы, избирательное поражение клеток передних рогов спинного мозга при полиомиелитах, такое же поражение при sclerosis lateralis, при myelitis funicularis и даже при tabes? Доклад проф. Vogt'a важен еще в том отношении, что он лишний раз указывает на крайнюю необходимость полного исследования мозга на целом ряде последовательных срезов, как это требовал покойный Dejerine; только тогда клиницист и может увязать клинические явления с патолого-анатомическими. В заключение профессор Ф. от имени Общества приветствовал проф. Vogt'a не только как выдающегося ученого, но и как единственного мирового анатома центральной нервной системы, и выразил ему глубокую благодарность за доклад.

Секретарь Общества В. Воронцов.

Хроника.

1) Согласно постановлению НКГ'а СССР все рабочие и служащие лечебно-санитарных и ветеринарных учреждений в отношении продолжительности рабочего дня распределяются на 4 группы: 1) служащие с 6-часовым рабочим днем, 2) с 8-часовым, 3) с рабочим днем, сокращенным по вредности работы (эта группа делится на 4 подгруппы: а) с 7-часовым рабочим днем, б) с 6-часовым, в) с 5-часовым и г) с 4-часовым); 4) с ненормированным рабочим днем. К первой группе относятся врачи, фельдшера, акушерки и пр., ко второй—лица младшего медицин-

ского и ветеринарного персонала, к третьей—подгруппа *а* дезинфекторы, подгруппа *б* лица среднего и младшего персонала (ис санаторий, лица младшего персонала психиатрических лечебниц и пр., подгруппа *в* врачи, работающие в амбулаториях, и т. п., подгруппа *г* врачи-прозекторы, работники рентгеновских учреждений и т. п., к четвертой заведующие учреждениями (главные врачи, директора и т. п.), их помощники, завхозы и пр.

2) НКЗ РСФСР вошел в ИТ с вопросом о предоставлении женщинам после аборта 10-дневного отпуска.

3) Удостоены звания заслуженного деятеля науки акад. В. М. Бехтерева и директор Ленинградского Института для усов. врачей С. А. Бруштейн. Отметим, что первый из них долгое время занимал кафедру психиатрии в Казанском Университете, а второй является питомцем того же Университета.

4) Наркомздравом РСФСР организованы радио-курсы для усовершенствования врачей. На ближайшее время намечены лекции проф. Бурденко, Лаврова, Плетнева, Фронштейна, Эйниса и Эфрона.

5) По инициативе д-ров Гасуля, Кревера, Гольдштейна и Домрачева возбужден вопрос об организации объединения рентгенологов г. Казани.

6) Приняты срочные меры по организации в СССР изготовления медицинских термометров, для каковой цели приглашены иностранные специалисты.

7) В Москве организуется новый Институт по изучению расовых особенностей народов СССР. Новый Институт будет отделением Института Мозга.

8) Первым экспонатом открываемого в Ленинграде музея-пантеона будет мозг А. Ф. Кони, завещанный последним Академии Наук.

9) В Ленинграде открыл свои действия новый Институт гигиены труда и техники безопасности.

10) Весной наступившего 1928 г. в Тифлисе созывается IV Всесоюзный Съезд по тбс.

11) В мае 1928 г. в Москве состоится Всесоюзный Съезд по физиологии, фармакологии и биохимии.

12) В 1928 г., с 7 по 11 мая, в Киеве будет созван IV Всесоюзный Съезд Рентгенологов, на который приглашены выдающиеся представители рентгенологии Германии, Франции, Италии и др. стран.

13) Московское Акушерско-Гинекологическое Общество в истекшем году праздновало 40-летие своего существования. В юбилейном заседании, состоявшемся 21 декабря 1927 г., д-р Г. А. Соловьев и проф. М. А. Колосов сделали доклады, посвященные жизни и деятельности Об-ва за истекшие 40 лет, проф. Д. А. Чернеховский—доклад о причинах женских болезней и д-р Архангельский—сообщение о современной терапии рака матки в Зап. Европе.

14) 18 декабря истекшего 1927 года Казань посетил НКЗ РСФСР Н. А. Семашко для участия в чествовании директора Казанского Института для усов. врачей, проф. Р. А. Лурья, по поводу 30-летия его научной, врачебно-педагогической и общественной деятельности.

15) В настоящее время в СССР расходуется в общем лекарств на сумму 35 милл. руб., причем на 11 милл. лекарств приходится выписывать из-за границы. В частности хинина нам приходится выписывать на 2,7 милл. руб.

16) На курорте Горячеводске (в 12 в. от Грозного) забил фонтан чистой серной воды. Дебет источника—138 тыс. ведер в сутки, 1° воды 87° .

17) По инициативе Наркомздрова УССР, т. Ефимова, известный медицинский журнал „Врачебное Дело“ с будущего года меняет свою физиономию—в смысле „расширения и углубления таких отделов его, как история медицины и социальная медицина“, в смысле „действительного марксистского освещения как вопросов медицинского прошлого, так и нынешней общественной медицины“. В соответствии с „новым курсом“ журнала изменяется и состав его редакции.

18) Среди врачей г. Казани русских, оказывается, насчитывается 68%, евреев—20%, татар—7%, чуваш—6%, мордвы—2%, мари и вотяков по 1%.

19) В феврале тек. г. в Петрозаводске явился на прием в больницу к врачу-интерну тов. Угрюмову больной с карбункулом на животе. У. предложил вскрыть его под местной анестезией. Больной согласился. Амбулаторная сестра

приготовила все для операции и налила в мензурку раствор, как ей казалось, новокаина из склянки, стоявшей в шкафчике амбулатории. При взятии склянки она смотрела на надписи и прочла: „новокаин“. Д-р Угрюмов ввел под кожу 10 куб. с. раствора. Вскоре по состоянию больного выяснилась ошибка. Несмотря на немедленно принятые меры, больной на следующий день скончался. В склянке оказался раствор морфия, принесенный несколько месяцев тому назад из хирургического отделения и оставленный в шкафчике амбулатории фельдшерницей отделения. Уголовный суд признал всех троих виновными, но наказания для врача и фельдшерницы не установил, передав это по административной линии. Семья покойного возбудила гражданский иск об уплате разницы между получаемой пенсией и окладом покойного (27 р. с кон.). Суд присудил к уплате Карельский НКЗ. Последний опротестовал приговор. Верх. Суд отменил приговор, указав, что ответчиками должны являться непосредственные виновники. При пересмотре приговора в главном суде Кар. респ. к уплате разницы до совершеннолетия детей приговорены врач, сестра и фельдшерница. Рассмотрев это дело по заявлению т. Угрюмова, президиум ЦБ постановил возбудить вопрос о пересмотре приговора уголовного суда, так как на основе его решения вынесено решение гражданского суда. Президиум считает, что врач-хирург не имеет возможности проверять во время операции средства и инструментарий, который ему подается. В противном случае он должен постоянно отрываться от своей непосредственной работы, что неминуемо вредно отразится на ходе операции. Вспомогательный персонал должен нести полную ответственность за ту часть работы, которая ему вверяется. Вопрос же о том, кто должен нести материальную ответственность при применении ущерба больным в лечебном учреждении, — учреждение или отдельные работники его, — в виду большой принципиальной важности этого вопроса, президиум передал на предварительную проработку в юридическую комиссию.

20) В конце ноября в общежитии одного из учебных заведений Казани (Чувашского Педтехникума) вспыхнула эпидемия сыпного тифа, давшая в течение 8 дней 17 заболеваний.

21) По словам газет в Киевском Судебно-медицинском Институте произведены удачные опыты уничтожения трупов химическим путем: труп погружается в раствор едкого натра, а затем через раствор пропускается газообразный хлор, после чего жидкость вновь становится жидкой и бесцветной. Весь процесс занимает не более 1/2-часа времени, очень прост и не требует специального оборудования. По предварительным подсчетам такое „мокрое сжигание“ трупов должно обойтись вдвое дешевле обыкновенной кремации.

22) Казанский Университет понес новую невознаградимую утрату: 10/XII истекшего 1927 г. скончался проф. С. С. Зимницкий. Редакция „Казанского Медицинского Журнала“ считает своим долгом посвятить памяти покойного С. С. одну из книжек „Журнала“, а Общество Врачей при Казанском Университете — специальное заседание.

23) Проф. В. М. Бехтерев, о награждении которого званием заслуженного деятеля науки мы сообщали выше (см. зам. № 3), скончался в Москве 24 декабря истекшего 1927 г. Тело его было сожжено в Московском крематории, а пепел и мозг отвезены в Ленинград.

24) 25/XII 1927 г. скончался врач М. Н. Исхакин, окончивший курс Казанского У-та в 1885 г. и в течение 10 лет состоявший земским врачом в Казанской губ., а за последнее время состоявший заведующим кабинетом болезней горла, уха и носа при центральной амбулатории в Тагиле.

25) По сведениям, полученным Всеукраинским Комитетом союза Медсантруд, в ряде психиатрических больниц Украины создались совершенно ненормальные условия: большинство больниц перегружено более, чем на 50%, больные часто остаются без всякой помощи, пища отпускается им в недостаточном размере, в некоторых больницах больные буквально замерзают, значительная часть их лежит полуголыми. Комитет возбудил вопрос о необходимости обследования больниц. (Изв. ЦК, 1927. № 295).

26) Оставшаяся в 1926 г. не присужденною Nobel'евская премия за работы по медицине в 1926 г. присуждена венскому профессору Wagner von Jauregg'у за открытое им лечение прогрессивного паралича прививками малярии и рекуррента.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

1) Прошу сообщить 1) подробную технику определения липолитических ферментов в крови и 2) какие руководства имеются по данному вопросу.

Подписч. № 1280.

Ответ: Наиболее употребительными методами определения липазы в крови являются методы титрометрический и сталагмометрический. *I. Титрометрический метод Hanriot:* в пробирку пипеткой набирается 0,5 сыворотки крови, затем добавляется 9,5 дистил. воды и 10,0 1% раствора монобутирина; далее в пробирку наливают 2 капли толуола, закрывают ватной пробкой и ставят в термостат на 4,12 или 24 часа при 37—38°. Точно так же поступают с контрольной пробиркой, только здесь до прибавления раствора монобутирина содержимое пробирки (0,5 сыворотки и 9,5 воды) подвергается предварительно кипячению в течение 3 минут для инактивирования фермента. По охлаждении жидкости объем ее снова доводится до 10,0, после чего прибавляется 10,0 раствора монобутирина, и пробирка ставится при указанных уже условиях в термостат. По прошествии определенного времени (4,12, 24 часа), когда фермент успеет разложить часть монобутирина, с образованием масляной кислоты, производится титрование щелочью. Для титрования этого употребляется $\frac{N}{100}$ NaOH, а в качестве индикатора— $\frac{1}{2}$ % спиртовой

раствор фенолфталеина. Количество липазы выражается в куб. сант. щелочи, израсходованной на 1,0 сыворотки. *Пример:* В опытную пробирку взято 0,5 сыворотки + 9,5 дист. воды + 10,0 раствора монобутирина; то же и в контрольную пробирку, где фермент инактивирован; пробирки поставлены на 12 ч. в термостат при 38°. Через 12 ч. взято из каждой пробирки 5 куб. ст. жидкости и прибавлено 10 куб. ст. дист. воды, а затем протитровано. Положим, что при титровании израсходовано $N/100$ NaOH—2,5 куб. ст. в первом случае и 0,5 куб. ст. во втором; разница 2,0 куб. ст. (2,5—0,5); отсюда $2,0 + 2 + 4 = 16$, т. е. в куб. ст. сыворотки количество липазы: $L \frac{38^\circ C}{12 \text{ ч.}} = 16,0 N/100NaOH$.

II. Второй метод, метод более точный и изящный, это—метод сталагмометрический, предложенный Rona и Michaelis'ом и основанный на изменении поверхностного натяжения жидкости. Метод этот подробно описан в книге проф. Гальберкана и проф. Степина «Микрохимический анализ крови», изд. Госуд. Института Экспер. Эндокринологии, Москва, 1927. Кроме указанной книги можно рекомендовать книгу P. Rona «Practicum der physiolog. Chemie. Fermentmethoden». Verlag J. Springer. 1926. Проф. М. Чебоксаров.

2) Прошу ответить мне чрез Ваш журнал на следующие вопросы: 1) Имеет ли литературный интерес случай травмы влагалища с обильным кровотечением после падения с невысокого предмета? 2) Укажите русскую и иностранную литературу по вопросу о возвратном тифе вообще и персидском возвратном тифе в частности?

Ответ: 1) На Ваш вопрос трудно ответить, не имея более подробного описания случая. *Ред.* 2) О персидском возвратном тифе см. работу Джунковского, помещенную по-русски в «Медицинском Обозрении» за 1912 г. и по-немецки в Deutsche med. Woch., 1913; общую сводку литературы о возвратном тифе найдете в Handbuch der pathog. Mikroorganismen Kolle и Wassermann'a.

Проф. В. Аристовский.

3) Уважаемый гр. редактор! 4 декабря истекшего года в Астрахани закончился судебный процесс по обвинению д-ра Г. в причинении смерти гр-ке III-ой, — смерти, последовавшей от выпрыскивания или смазывания полости матки 5% i-га jodi (суд не мог установить, что было произведено,—выпрыскивание, или смазывание). И вот, на суде один из экспертов заявил, что в данном случае смерть могла произойти или от отравления соединениями марганцовокислого кали (больная приняла в течение 2 дней около 30 (?) пилюль след. состава: kali hypermang. 6,0, boli albi q. s. ut f. pil. № 60) с иодом, введенным в полость матки при смазывании, или же эти соединения настолько ослабили организм, что он не мог бороться с инфекцией, развившейся в нем. Прошу Вас, т. редактор, высказать свое компетентное мнение по этому вопросу, или же указать на соответствующую литературу.

Подписчик 459.

Ответ: Предположение эксперта является чрезвычайно мало вероятным. *Ред.*

Письма в редакцию.

Письмо к товарищам выпуска 1878 г. Казанского Университета.

В виду наступающего 11 апреля 1928 г. 50-летия со дня окончания нами Университета, прошу немногих сотоварищей, оставшихся в живых, откликнуться и дать о себе знать по адресу: г. Нижний-Новгород, Болотов пер., № 10, д-ру В. Н. Золотницкому. Желательно, чтобы врачи-юбиляры могли сговориться о встрече в г. Казани, где находится наша дорогая alma mater, предстоящей весной, приноротив ее к какому-либо съезду или собранию врачей.

С товарищеским приветом В. Н. Золотницкий,
б. преподаватель Нижегородского Университета.

Многоуважаемые товарищи! Под общей редакцией радиотерапевта Н. Ветерера готовится к печати III том его известного издания „Интернациональной Радиотерапии“, которая вмещает в себе всемирную литературу по физике, технике и биологии рентгеновых и радиевых лучей, по общей и частной рентгено- и радиотерапии. Мне хотелось бы еще шире и полнее, чем мне это удалось сделать в первых двух томах, представить всю, к сожалению, разбросанную советскую рентгенологию 1927—28 г. Прошу товарищей присылать мне отписки, подробные авторефераты, печатные отчеты о заседаниях, демонстрациях с указанием времени сообщения и адреса автора и учреждения.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль,
соредактор „Интернациональной Радиотерапии“.

Казань, Рентгеновское отделение Государственного Института для усовершенствования врачей имени Ленина.

Киевская группа врачей выпуска 1903 г. Университета б. Св. Владимира, в виду предстоящего 30/X 1928 г. 25-летия со дня окончания и искреннего желания встречи со всеми товарищами своего выпуска в этот день в г. Киеве, просит последних сообщить: а) о месте настоящего своего жительства, б) краткое жизнеописание за истекший период со дня окончания, со списком своих научных работ. с) Крайне желательно также получение личных фотографий последнего времени (предполагается изготовить фотографическую группу ко времени встречи). Всю переписку (сведения о себе, умерших товарищах, фотографии, печатные работы и пр.) направлять по адресу: Киев, Б. Житомирская, 8, кв. 6, Л. П. Марьянчику, или В. Васильковская, 37, С. Л. Гольдарбайтеру.

Поправка. В заголовке статьи „Облитерация или инволюция червеобразного отростка“, помещенной в № 10 журнала за истекший год, напечатано: „д-ра М. Л. Борухина, прозектора Бакинского Университета“, надо же — Белорусского.

ВЫШЛИ ИЗ ПЕЧАТИ И ПОСТУПИЛИ В ПРОДАЖУ

издания Казанского Института для усов. врачей:

- 1) Проф. В. Л. Боголюбов. О задачах усовершенствования врачей. Стр. 47. Цена 50 коп.
- 2) Д-р Т. Д. Эпштейн. Правовое положение и судебная ответственность врачей. Стр. 105. Цена 90 коп.

Высылаются наложенным платежом, приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно. С требованиями обращаться в редакцию „КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА“.

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung „*Bayer-Meister-Lucius*“

TRIPHAL

(Natrium auro-thiobenzimidazolcarbonicum)

для специфического лечения туберкулеза.

Дает хорошие результаты также при Lupus erythematodes,
Psoriasis.

Применение: внутривенно в дозах от 0,025—0,2 гр.

Оригинальная упаковка „Höchst“.

Единичные дозы: порошок в ампулах по 0,001, 0,0025, 0,005,
0,01, 0,025, 0,05 и 0,1 гр.

Клиническая упаковка: по 10 ампул такой же дозировки.

SPIROCID

ANTISYPHILITICUM

для приема внутрь и для арсенотерапии при фрамбэ-
зии, angina Plaut-Vincenti, амёбном энтерите, анэмии,
кожных болезнях.

Оригинальная упаковка «Höchst».

Флакон: 30 табл. по 0,25 гр.
50 " " 0,01 "

Генеральное представительство для СССР:

IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H.

BERLIN NW 7, DOROTHEEN-STRASSE 35.

Telefon: Zentrum 441—443.

Представители в МОСКВЕ при

Русско-Германск. Торг. Анц. О-ве, Москва Центр., Тверская, 34.

Л и т е р а т у р а к у с л у г а м в р а ч е й



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д^{РА} БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

приготовленная по способу профессора д-ра БЮХНЕРА. ■ Доза для внутреннего употребления 20—30 капель до 3-х раз в день.

ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.

Имеется в продаже во всех аптеках и магазинах санитарии и гигиены СССР.

Почтой из главного склада высылается не менее 4-х флаконов при получении задатка 25 проц.

Пересылка и упаковка за наш счет.

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылается бесплатно.



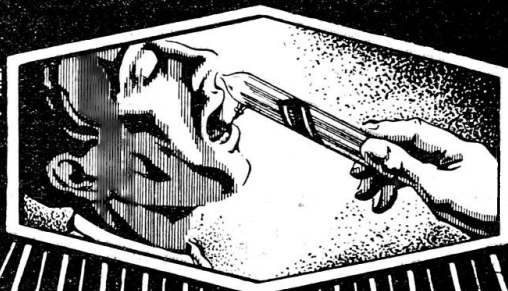
ЗАКАЗЫ,
ПИСЬМА
И ДЕНЬГИ
АДРЕСОВАТЬ:

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

«ГАЛЕН-МОСКВА»

МОСКВА

№ 5
П. ГЕРЦЕНА



ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

Посылки { 3 ампуллы—3 р. 50 к.
6 ампул—6 р.

Высылаются наложенным платежом
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

«Гален-»



«Москва»

Центральный Медицинский Журнал

ставит своей задачей реферирование всех статей и заметок по всем отраслям медицины и смежных областей, появляющихся во всех медицинских, ветеринарных и биологических журналах СССР, а также рецензирование всех выходящих в СССР книг и брошюр медицинского содержания. В программу Центрального Медицинского Журнала также входит систематическое помещение обзоров, основанных на работах, произведенных в СССР. Редакционная коллегия: *А. Н. Абрикосов, В. М. Броннер, М. П. Кончаловский, П. Н. Обросов, М. Я. Серейский*. Ответственный редактор *М. Я. Серейский*. Секретари редакции: *С. Ю. Вейнберг* и *А. О. Эдельштейн*. В 1928 году выйдет 12 книг общим объемом в 200 печатных листов по 40.000 печ. знаков (около 3.000 стр.). Подписная цена 15 руб. в год, цена отд. номера 1 р. 50 к. Подробный каталог на журналы и приложения к ним высылается по требованию бесплатно. Подписка принимается: Главной Канторой подписных и периодических изданий Госиздата, Москва, Центр, Рождественка, 4, в магазинах, киосках и провинциальных отделениях Госиздата, у уполномоченных, снабженных соответствующими удостоверениями, во всех киосках Всесоюзного Контрагентства печати, а также во всех почтово-телеграфных конторах и у письменно-носцев. Продажа отдельных номеров во всех магазинах и киосках.

ДНЕПРОПЕТРОВСКИЙ (Б. ЕКАТЕРИНОСЛАВСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Орган Днепропетровского (бывш. Екатеринославского) Государственного Медицинского Института имени тов. *Раковского*, издаваемый под редакцией профф. *А. А. Абражанова, Я. О. Галперна, С. М. Комтанейца* и д-ра *А. Л. Лаврецкого*. Подписная цена на журнал: на год—4 руб., $\frac{1}{2}$ года—2 р. 50 к., отделн. ном. 1 рубль. Отдельные №№ высылаются наложенным платежом. Адрес редакции и конторы: г. Днепропетровск, Октябрьская площадь, № 2.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1928 ГОД НА

ВЕСТНИК РИНО-ЛЯРИНГО-ОТИАТРИИ

Год издания 3-й.

Издание Главнауки.

Журнал основан в честь 30-летнего юбилея профессора *М. Ф. Цыговича* О-Р-Л клиниками Азербейджанского, Казанского, Саратовского и Северо-Кавказского Университетов.

Редакционная коллегия: профессор *М. Ф. Цыгович* — ответственный редактор (Саратов), проф. *Л. И. Комендантов* — редактор (Ростов-Дон), проф. *И. И. Луков* (Баку), профессор *В. К. Грутнев* (Казань), профессор *А. Т. Бондаренко* (Иркутск).

Журнал будет выходить 6-ю книжками по 10 печатных листов каждая. При журнале будут печататься и работы монографического характера.

Подписная плата 10 р. в год. Допускается расср.: при подписке—4 р., 1 марта—3 р., и 1 мая—3 р.

Статьи для журнала и подписку направлять по адресу редакции—Ростов-Дон, ул. Фр. Энгельса, № 184 б, проф. *Л. Е. Комендантову*.

**Комплекты журнала
за 1926 год можно
выписать наложен-
ным платеж. (за 6 р.).**

Редактор профессор
Л. Е. Комендантов.

ИЗДАТЕЛЬСТВО
(основ. в 1884 г.)

„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

ЛЕНИНГРАД 11
Ул. Лассалья, № 2.

Открыта подписка на 1928 год на следующие периодические издания:

XXXII год издания ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА.

Двухнедельный периодический орган, посвящ. вопросам научной и общественной медицины. Под редакцией проф. *В. И. Осипова* и прив.-доц. *П. В. Сквирского*. С ежемес. бесплатн. прил. «Клинические монографии» по разл. отделам медицины. Подписная цена: на год—10 р., на $\frac{1}{2}$ года—6 р.; за границу—12 р. Допускается рассрочка: при подписке—3 р., 1 февр.—3 р., 1 апр.—2 р. и 1 июня—2 р.

XXXIX г.
издания

ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.

XXXIX г.
издания

Выходит ежемесячно под редакцией проф. *М. В. Черноруцкого*. В 1928 г. предполагается поместить следующие труды: 1) *Шервинский В. Д.*, проф. и *Сахаров Г. П.*, проф.—**Основы эндокринологии**: Учение о внутр. секреции и клиника заболев. гормонотворного аппарата. 2) *Аринкин М. И.*, проф.—**Клиника болезней крови и кроветворных органов**. 3) *Беллярминов Л. Г.*, проф.—**Руководство по глазным болезням**. 4) *Marfan* — **Болезни пищеварит. тракта в раннем детстве**. 5) *Liepmann W.*, проф.—**Оперативная гинекология**. 6) *Ledermann R.*, проф.—**Лечение кожных и половых болезней**. 7) *K. Stich* и *M. Makkas*—**Ошибки и опасности при хирург. операциях**. Том II. 8) *Singer K.* — **Основы диагностики заболеваний нервной системы**. Кроме того, в журнале будет напечатан ряд монографий по различным отделам медицины. Приложение: **Медицинский календарь на 1928 г.**, сост. из 3-х част. (XXXV г. изд.). Подп. плата на журн. „Практическая Медицина“ с прил. Мед. Календ. на год—20 р., за гран.—24 р. Допускается рассрочка: при подписке—5 р., затем 1 февраля, 1 апреля и 1 июня—по 5 р.

XXXIX г. издания ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ.

Выходит 1 раз в 2 месяца под редакцией проф. *К. К. Скробанского*.

Подписная цена: на год—10 р., за границу—12 р. Допускается рассрочка платежа: при подписке—3 р., 1 февраля—3 р., 1 апреля—2 р. и 1 июня—2 р.

VIII год
издания

НАУЧНЫЕ КУРСЫ для Усовершенствования Врачей.

Под редакцией проф. *М. Я. Брейтмана*. Задачи издания: дать обзоры успехов в различных областях медицины. Весь материал разбит на 12 вып., из которых каждый представляет собой годовой обзор одного из нижеследующих отделов: 1) хирургия и ортопедия; 2) биология и патология; 3) бол. органов кровообращения и дыхания; 4) бол. органов пищеварения, бол. крови и обмена веществ; 5) мочеполовые, кожные и половые бол.; 6) нервные и душевные бол.; 7) детские бол.; 8) акушерство и гинекология; 9) общая терапия; 10) соц. медицина, судебн. медицина и история медицины; 11) инфек. бол. и вопросы иммунитета; 12) глазные, ушные, носовые, горловые и зубные бол. Подписная цена: за 12 вып.—8 р., для подписчиков „Врачебной Газеты“ или „Практической Медицины“—6 р. Допускается рассрочка платежа: при подписке—3 р., 1 июля—3 р. и 1 сентября—2 р.

Подписные деньги по всем перечисленным здесь изданиям адресовать:

Изд-во „Практическая Медицина“ Ленинград 11, улица
Лассалья № 2.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ОСВЕЩЕНИИ.

Периодический орган Совета Научных Работников Г. Ц. И. Ф. К., посвященный систематическому освещению новейших достижений науки и практики в области физической культуры, врачебной педологии и сопредельных дисциплин медицины и педагогики. Ответственные редакторы: Ректор Г. Ц. И. Ф. К. *А. А. Зикмунд* и *В. В. Гориневский*. Журнал содержит следующие отделы: 1) Научно-исследовательский, 2) Научно-учебный (программно-методический), 3) Врачебно-педагогический, 4) Библиографический (рецензии, рефераты, обзоры русской и иностранной литературы), 5). Хроника и разное. **Выходит регулярно каждые 2 месяца.** Подписная плата — 6 руб. в год. Допускается рассрочка: при подписке — 3 руб., 1 марта — 3 руб.

IV ГОД ИЗДАНИЯ

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ.

Выходит 1 раз в месяц под редакцией акад. *Д. К. Заболотного*, *Я. Ю. Тибермана*, *П. П. Маслаковца*, проф. *Г. А. Надсона* и акад. *В. Л. Омельянского*. Подписная цена на год — 8 р., загранич. — 10 р.

IV ГОД ИЗДАНИЯ

Клинический Архив Гениальности и Одаренности.

Выходит 1 раз в 3 месяца под редакцией д-ра *Г. В. Сегалина*. Подписная цена на год — 5 руб., на полгода — 3 р.

Открыта подписка на III том (1928 г.)

ВЕСТНИК ЭНДОКРИНОЛОГИИ,

журнал, посвященный научной разработке вопросов о функциях и заболеваниях органов с внутренней секрецией. Издание Гос. Инст. Эксп. Эндокринологии Н. К. З. Ответственный редактор проф. *В. Д. Шервинский*. Журнал выходит книжками до 6 печатных листов каждая, шесть выпусков составляют том. Подписная цена до 6 руб. за том с пер. Цена отд. книжки 1 р. 50 к. с пер. Подписка на 2-й том (1927 год) продолжается. Пробные номера для ознакомления высылаются бесплатно. Во избежание задержки с высылкой журнала, рекомендуется подписку направлять непосредственно в контору редакции, минуя посредников. По требованию высылаются подписная квитанция. Подписавшиеся непосредственно в редакции и уплатившие полную годовую плату (6 руб.) получают в качестве бесплатного приложения новую книгу *П. В. Бочкарев „Органотерапия практического врача“* или, по выбору, другую книгу издания Института. Подписавшиеся на журнал через посредников и полугодовые подписчики приплачивают за книгу 1 рубль. Адрес редакции: Москва — 11-е, Воронцово Поле, Бол. Николо-Воробинский, 14.

(VI-й год издания).

ЖУРНАЛ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ.

Ежемесячный орган, посвященный вопросам практической и теоретической медицины. Издается в Ленинграде Государственным Институтом для Усовершенствования Врачей. Ответственный редактор проф. *С. А. Бруштейн*. Члены редакции: проф. *Л. В. Блуменау*, *К. Н. Георгиевский*, *П. Н. Диатроптов* (Москва), *К. Е. Добровольский*, *Н. Н. Петров*, *Д. Д. Плетнев* (Москва) и *Ф. Я. Чистович*. В 1928 году подписчики получат 12 №№ журнала и 6 книг бесплатных приложений. Подписная цена (с перес. и доставкой): на 12 месяцев 10 руб., на 6 мес. 6 руб. и на 3 мес. 4 руб. Подписчики, желающие получать журнал заказным порядком, вносят дополнительные годовые — 1 р., а полугодовые — 50 коп. Рассрочка при непосредственной подписке через контору журнала: для годовых подписчиков: при подписке — 4 руб., к 1 мая — 4 руб., и к 1 сентября — 2 руб.; для полугодовых подписчиков: при подписке — 4 руб. и к 1 мая 2 руб. Бесплатные приложения получают только годовые и полугодовые подписчики. Подписчикам, приславшим годовую плату полностью и непосредственно в контору журнала, скидка 10%. Подписку, деньги и запросы направлять по адресу: Ленинград, 15, Кирочная 41, Конторе Журнала для Усовершенствования Врачей.