

Отдел I. Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

Здравоохранение ТР в итоге первой пятилетки и его очередные задачи.

По материалам республиканского с'езда райздравов и III Областного научного с'езда врачей Татареспублики).

Т. Д. Эпштейн.

На основе величайших успехов, достигнутых СССР в результате выполнения первой пятилетки индустриализации страны и социалистического переустройства сельского хозяйства, происходит процесс быстрого подтягивания до наиболее передовых уровней ряда национальных республик, областей и районов, еще совсем недавно находившихся в состоянии экономической и культурной отсталости. В этом великая сила ленинской национальной политики, доказывающей пролетариям и угнетенным колониальным народам всего мира, что только через пролетарскую революцию пролегает единственный путь полного экономического, политического и культурного раскрепощения многомиллионных национальных масс и подъема их на коротком историческом отрезке времени от первобытных и феодальных форм хозяйства до высших ступеней социалистического производства и полного переворота в бытовом и культурном укладе их жизни.

Татарская республика является, пожалуй, одним из наиболее ярких и красноречивых примеров подтверждения правильности генеральной линии партии в национальном вопросе. В недалеком прошлом колония царского империализма, с крайне слабым развитием промышленности, низким уровнем сельского хозяйства, пережитками средневековья в экономике и быту коренного татарского населения, религиозным фанатизмом, почти поголовной безграмотностью трудящегося крестьянства и рабочих-татар, находившихся под самой беззастенчивой перекрестной эксплуатацией русской и отечественной буржуазии и помещиков, — Татария за годы после Октября проделала стремительный путь развития к передовой индустриально-аграрной социалистической республике. Как известно, в продолжение нескольких последних лет Татарская республика систематически завоевывает первое место в стране по выполнению важнейших хозяйственно-политических кампаний на селе и по хозяйственно-финансовому плану. В нынешнем 1933 году Татария первой закончила весенний сев, идя впереди всех других районов СССР по всем показателям выполнения сельско-хозяйственного плана (по качеству сева, взмету паров, готовности машин и конной тяги, подготовке к уборочной кампании по уборке урожая 1933 г. и т. д.).

По данным, приведенным отв. секретарем Обл. комитета ВКП(б) тов. Разумовым в докладе на объединенном пленуме ОК, ОКК, ГК и ГKK ВКП(б)¹, в колхозах Татарии сосредоточено свыше 70 проц. всех крестьянских посевов республики при общем росте посевных площадей на 16 проц. по сравнению с 1928 годом. Весной 1933 года, в связи с успешным завершением сева, свыше

¹) „Красная Татария“, 28 февр. 1933 г., № 48 (4521).

50,000 крестьян-единоличников, убедившись воочию в преимуществах колхозной системы, окончательно порвали с индивидуальными формами хозяйства и влились в колхозы; этот процесс продолжается и дальше. Тем самым Татария близка к завершению сплошной коллективизации сельского хозяйства при одновременно развивающемся процессе организационно-хозяйственного укрепления колхозов, ликвидации кулачества, как класса, и непрерывного подъема урожайности полей и производительности сельского хозяйственного труда. Неузнаваемо изменился технический облик сельского хозяйства Татарии: вм. 20 тракторов к началу пятилетки в настоящее время поля Татарии бороздят 1.850 тракторов, с лета 1933 года начинают работать 200 комбайнов, увеличен удельный вес технических и яровых культур, применяются улучшенные способы обработки земли, установлен правильный севооборот на всей пашне.

В сумме, под влиянием всех этих процессов, разветвляющихся на селе под планомерным и конкретным руководством партии, в борьбе против кулачества и его агентуры, против правого и левого оппортунизма, против искажения ленинской национальной политики,—уже сейчас коренным образом изменилось материально-бытовое положение трудящегося крестьянства в ТР. Окончательно подорвано деление крестьян на кулаков, бедняков и середняков, ликвидирована безлошадность, достигавшая еще в 1928 году 34—35 проц., достигнуто увеличение посевов на 1 хозяйство с 4,75 га в 1928 году до 7,2 га в 1932 году; в коллективизированном секторе на каждые 100 хозяйств в 1932 году приходилось 74,2 коровы вместо 55,7 в 1930 году, и, по заявлению тов. Разумова, „в условиях Татарии может быть поставлена задача, чтобы уже в течение этого года все колхозники обзавелись коровами и во всяком случае, в течение следующего года“. Все это знаменует реальность лозунга тов. Сталина о превращении колхозников в зажиточных людей, что в условиях успешного развития колхозной экономики ТР является делом самого недалекого будущего.

Успехи Татарской республики решаются не только на полях: за время первой пятилетки Татария реконструировала свою индустриальную базу, переоборудовав на основе современной техники свои старые предприятия и значительно увеличив их производственную мощность (судостроительный и судоремонтный завод в Зеленом Доле, Бондюжский химический завод, заводы кожевенной, текстильной, валеной, швейной, мыловаренной промышленности в Казани и районах ТР и ряд других фабрик и заводов); в то же время построен ряд новых первоклассных предприятий (Мехкомбинат, Казгрес, фанерный завод) и развернуто строительство гигантов тяжелой индустрии (Авиазавод, СК—4, Вагонострой и нек. др.), фабрик и заводов легкой промышленности (ф-ка киноплёнки, кислотный завод, предприятия пищевой, обувной промышленности и ряд других). Реконструированные и вновь строящиеся предприятия уже сейчас преобразили Татарию, определив ее профиль, как индустриально-аграрной республики, с интенсивным ростом промышленного пролетариата (с 17.500 в 1928 году до 46.700 в 1932 г.) и, что особенно важно, увеличением удельного веса рабочих-татар (с 4½ тыс. в 1928 до 19.000 в 1932 г.) при одновременном росте кадров квалифицированных рабочих-татар и все расширяющейся системе повышения технической и производственной квалификации татарского пролетариата, что коренным образом изменило облик рабочего-татарина, ранее не двигавшегося далее „черного“, неквалифицированного труда. Индустриализация ТР и социалистическая реконструкция ее сельского хозяйства обеспечили дальнейшее повышение материального благосостояния рабочих и колхозных масс ТР и невиданный до сих пор расцвет культуры, национальной по форме, социалистической по содержанию. Эти достижения становятся особенно значительными на фоне той бесчеловечной эксплуатации, безысходной нужды, невежества и варварского обращения, которые были уделом т. наз. „инородцев“ при старом строе. В настоящее время в Татарии, как и во всем Союзе ССР, ликвидирована безработица, на всех производствах установлен 7-часовой рабочий день, развернуто громадное жилищное строительство для рабочих (выстроено свыше 120 тыс. новой жилищной площади), города и села приводятся в культурное, благоустроенное состояние, повышен фонд заработной платы, социального страхования, создана сеть санаториев, домов отдыха, культурных учреждений, общественного питания и т. д., и т. п. Благодаря введению яналифа и твердому курсу на всеобщее обучение высоко поднялась грамотность в Татарской республике. Все дети школьного возраста в ТР на 100% охвачены обучением, при чем чис-

до татарских начальных школ с 35 до революции поднялось до 1.700 к 1933 г. Татария имеет 37 техникумов и 12 ВУЗ'ов, где сотнями обучаются в благоприятных условиях кадры из татар и нацмен, проходя в ряде учебных заведений занятия группами на родном языке. Уже сейчас выросли и продолжают расширяться пролетарские кадры профессоров, писателей, художников, композиторов, инженеров, педагогов, врачей и специалистов других категорий, ранее составлявших редкие единицы среди татар. Эти молодые творческие силы с небывалым энтузиазмом работают на культурном фронте, обогащая татарскую литературу, науку, технику, искусство, просвещение и приобщая к ним широкие массы трудящихся.

На фоне этого общего экономического, политического и культурного подъема Татарской Республики, обеспеченного твердым большевистским руководством Областной партийной организации и непримиримой борьбой против искажений генеральной линии партии в социалистическом строительстве и национальном вопросе, происходит и небывалый рост социалистического здравоохранения ТР. До Октябрьской революции 6. Казанская губерния в санитарном отношении представляла собою край непрекращающихся эпидемий, массового распространения социальных болезней, периодических голодов, суеверий, фанатизма и знахарства. Населенные места были образцом вопиющей антисанитарии, отсутствовали самые элементарные основы коммунального благоустройства, совершенно недостаточен был санитарный надзор. Культурная отсталость широчайших масс трудящихся города и деревни, нищета, жесточайшая эксплуатация труда, режим национального, классового и политического угнетения дополняли эту неприглядную картину санитарного неблагоустройства и во много раз увеличивали ее отрицательные результаты. Оспа, малярия, трахома, паразитарные тифы, чесотка, парша, сифилис, туберкулез, желудочно-кишечные инфекции, скарлатина, дифтерия и многие другие заболевания обильно пожинали жатву среди трудящегося населения 6. Казанской губернии, давая высокий уровень общей и детской смертности и ставя на грань вырождения татарское и нацменовское население края. Грандиозной отсталости, колоссальной заболеваемости и смертности противостояла жалкая сеть лечебных учреждений и частной медицинской помощи, оставлявшая рабочее население городов и сотни тысяч татарского крестьянства фактически безо всякой медицинской помощи, не говоря уже о квалифицированных и специальных видах этой помощи.

За время после Октябрьской революции проделан грандиозный этап строительства советской медицины, начертанный программой ВКП(б) и давший к настоящему времени неизмеримый эффект в области оздоровления условий труда и быта, снижения заболеваемости и смертности, улучшения показателей физического развития детского и взрослого населения, изменения санитарных условий в городах, промцентрах, колхозах и совхозах. Здравоохранение в период первой пятилетки непосредственно участвовало в социалистическом строительстве Татарстана, борясь всеми своими средствами за выполнение промфинплана, за повышение производительности труда в промышленности и сельском хозяйстве путем целой системы мероприятий по снижению заболеваемости и травматизма.

В основу перестройки работы органов здравоохранения были положены историческое постановление ЦК ВКП(б) „О медицинском обслуживании рабочих и крестьян“ от 23 декабря 1932 г. и последующие решения партии и правительства по вопросам здравоохранения (о санитарном минимуме, о борьбе с эпидемиями, о снижении заболеваемости, об улучшении санитарного состояния на новостройках и в основных промышленных районах, об общественном питании, коммунальном благоустройстве и др.). В результате выполнения этих руководящих указаний за последние годы наблюдается существенный сдвиг в направлении действительного поворота органов здравоохранения лицом к производству, отражения пролетарской классовой линии в работе медицинской сети, улучшилось обслуживание квалифицированной медицинской помощью рабочих ведущих отраслей промышленности, в промцентрах и на новостройках, достигнуте снижение заболеваемости и травматизма, улучшено санитарно-эпидемическое обслуживание, развернута обширная ясельная сеть, расширена медико-санитарная сеть в сельском секторе, направлены в районы десятки квалифицированных врачей-специалистов и среднего медперсонала, создана заново целая сеть медицинских учреждений в национальных районах, ранее совершенно не имевших меди-

цинской помощи; в широком масштабе и планомерно организовано медицинское обслуживание всех массовых хозяйственно-политических кампаний на селе.

Небезынтересны конкретные показатели роста социалистического здравоохранения Татарии за годы 1 пятилетки. Все основные ведущие и наиболее крупные промышленные производства, как в Казани, так и в районах, охвачены сетью здравпунктов. Вместо 8 здравпунктов в 1928 году число их в настоящее время по Казани поднялось до 35; в районах совершенно заново создано 16 здравпунктов. Эти передовые посты социалистического здравоохранения добились на ряде крупнейших промышленных предприятий (завод „Красный Металлист“, Мехкомбинат, „Спартак“ и нек. др.) существенного оздоровления условий труда, улучшения общественного питания, проведения мероприятий по санминимуму, по благоустройству рабочих поселков и общежитий, по уменьшению прогулов вследствие заболеваний и травматизма.

Число санитарная организация, доведя свой состав до 34 санитарных врачей, 30 помощников и общественного актива в 150 общественных санитарных инспекторов. В ряде районов совершенно ликвидирована оспа; в 1932 году на 10.000 населения прививками было охвачено 6.423 человека в м. 1045,9 в 1928 году; всего проведено за год 1.897.605 прививок. Развернута борьба с паразитарными тифами в форме санитарной обработки, строительства дезпунктов, массовых санпоходов и т. п. Налажена в широких масштабах прививочная работа в целях предупреждения брюшного тифа и паратифозных заболеваний, скарлатины, дифтерии. Под руководством органов здравоохранения осуществляются мелиоративные работы для искоренения источников распространения малярии. Сеть заразных коек доведена до 550 по всей Татарии с установкой на исчерпывающую госпитализацию инфекционных больных. В Казани по последнему слову науки и техники сооружена областная инфекционная больница на 260 коек.

Серьезнейшие сдвиги имеются в области борьбы с социальными болезнями — трахомой, туберкулезом, венеризмом и др. Для ведения этой работы созданы специальные диспансеры, пункты, отделения, обеспечено научное руководство этим делом, выделяются на эти мероприятия квалифицированные кадры и специальные средства. По данным центр. туберкулезного диспансера в Казани смертность от туберкулеза с 30 на 10.000 населения в 1924 году упала до 19,7 в 1931 г. Точно также имеется значительное снижение трахомы — в 1932 г. на 10.000 населения по Татарии было зарегистрировано 224,6 посещения против 422,2 в 1927 г., несмотря на значительное приближение медицинской помощи к населению и, следовательно, более полный охват трахоматозных больных. Чесотка снижена по районам Татарии с 15,3 на 10.000 нас. в 1927 г. до 5,9 в 1932 г.; парша соответственно с 27,3 до 4,7.

Все эти цифры свидетельствуют о значительном сдвиге в санитарных показателях Татарской республики, однако теперешний их уровень далеко еще не означает благополучного состояния, а, наоборот, подчеркивает всю обширность и безотлагательность задач, стоящих перед органами здравоохранения в деле дальнейшей борьбы с эпидемическими и социальными болезнями, этим тяжелым наследием рабского прошлого.

Исключительные результаты достигнуты в области мероприятий по *охране материнства и младенчества* в связи с массовым вовлечением женщин в производство и в различные отрасли социально-культурной и политической деятельности. Число консультаций с 23 в 1927 году возросло до 47 к 1933 году, из них в районах 34, с размещением 50% их в татарских районах. Число постоянных яслей поднялось в Казани с 12 на 470 мест в 1927 г. до 24 на 2.000 детей в 1923 году; в районах число постоянных яслей доведено до 52 емкостью в 1610 мест с увеличением в них удельного веса детей татар до 40%, что свидетельствует о завоевании ясельной системой популярности среди татарского населения, еще несколько лет тому назад не признававшего этого типа учреждений. В период сельско-хозяйственных кампаний гигантский размах приобретают сезонные мероприятия по ОММ: в 1928 году в посевную и уборочную кампании функционировало всего 129 яслей на 3.870 мест, в 1932 году было развернуто около 4.000 яслей на 111.179 мест, а план обслуживания уборочной кампании 1933 года предусматривает организацию 6.000 сезонных яслей с охватом 180.000 детей ясельного возраста.

В области охраны детей и подростков развернута сеть детских профилактических амбулаторий (ДПА) и пунктов ОЗД (всего 20), проводящих большую

оздоровительную работу среди дошкольного и школьного детского населения. Улучшилось качество обслуживания детских домов, проведена их типизация. Развернута работа по обслуживанию рабочих подростков, по охвату пионерских масс профилактическими мероприятиями и медицинской помощью.

Значительное развитие получила в Татарской Республике санаторно-курортная помощь, располагающая к настоящему времени 550 койками (вм. 160 в 1927 г.); производятся с успехом изыскания новых лечебных местностей (Бакир-Иштерьяковские грязи, серные воды в Сарабикулове и др.), открывающие перспективы значительного увеличения курортно-санаторного дела в ТР.

Одновременно с отмеченными отраслями санитарного дела и профилактической медицины развивается и система квалифицированной лечебной помощи населению. Городская лечебная сеть за период первой пятилетки возросла в Казани на 415 коек (с 1565 в 1928 г. до 1980 в 1932 г., включая сеть клинических учреждений), дав увеличение за счет дефицитных заразных, нервных, детских и гинекологических коек. В остальных промцентрах ТР сеть увеличилась с 145 в 1928 г. до 215 в 1932 г. Благодаря такому росту городская сеть Татарской Республики, ранее отстававшая по отношению к среднему коечному показателю по РСФСР, теперь поднялась до среднего уровня 6,6 койки на 1000 населения. В районах имеется подъем с 73 больниц в 1928 г. до 85 в 1932 г. с ростом коек с 2215 до 2721, при чем в татарских селениях, где до революции было только 2 больницы, число их в настоящее время доведено до 28 с 523 койками. Колоссально выросла поликлиническая площадь, став одним из основных и наиболее популярных видов квалифицированной медицинской помощи в рабочих районах. Широкое развитие получила физиотерапия, целиком детище послеоктябрьского здравоохранения, в виде кабинетов электро-световодогрязелечения, как в городе Казани, так и в районах. Около 10 новых рентгеновских кабинетов установлено за годы I пятилетки, гл. образом в рабочих районах, — в общей же сложности Татария располагает сейчас 26 рентгеновскими установками вместо 5—6 до революции. Выросла значительно и аптечная сеть, поднявшись с 26 аптек до революции и 50 в 1929 г. до 83 в 1932 году, из которых 46 в районах. В стадии строительства находится ряд новых больничных учреждений, аптек, яслей, поликлиник в районах, некоторые из них уже готовы к пуску (Зеленодольская б-ца на 75 коек).

Особенно значительным и по существу новым фактором в работе здравоохранения ТР за последние годы следует признать медицинское обслуживание сельско-хозяйственных кампаний. На время посевной и уборочной кампаний 1932 года было послано 75 медицинских бригад, открыто 1274 пункта первой помощи, организовано было 1604 санитарных поста из актива колхозников, специально подготовленных на краткосрочных курсах. По неполным сведениям за текущий 1933 год Татаркомздравом организовано для медико-санитарного обслуживания посевной и уборочной кампаний 113 медицинских бригад, 1.230 пунктов медицинской помощи, обеспеченных средним медперсоналом или студентами последних курсов мед. ин-та, и свыше 8.000 сан. постов с охватом всех колхозных и рабочих бригад, занятых в поле. В бригадах принимают активное участие лучшие медицинские и научные силы гор. Казани и наиболее крупных районных центров. 18 профессоров и доцентов изъявили желание использовать свой летний отпуск для работы на полях Татарии во время уборочной кампании. Социалистическое соревнование Татарии с Средневолжским краем, Одесской и Днепропетровской областями подняло волну энтузиазма среди широких масс медицинских работников, мобилизовавшихся для борьбы единым фронтом за первенство по завершению уборки и досрочной сдаче хлеба государству.

Успехи здравоохранения ТР сопровождалась ростом кадров медицинских работников всех квалификаций. К началу первой пятилетки (1928 г.) по ТР имелось 740 врачей, из них татар 44; к 1 янв. 1933 года число врачей в ТР определяется в 977 человек, в том числе татар 127, что составляет 13% общего количества врачей. До революции в б. Казанской губернии было всего 579 врачей, а врачи-татары исчислялись буквально единицами (5—6 человек). Средний медперсонал возрос с 1461 чел. в 1928 г. до 2117 в 1932 г., имея 14% татар в своем составе. Значительно повысился качественный состав медицинских кадров, как в отношении социально-классового и национального признаков, так и в смысле их специальной квалификации, благодаря улучшению постановки учебного дела в средней и высшей медицинской школе и систематическому повышению ква-

лификации врачебного персонала в институтах усовершенствования (так, напр., в одном только 1932 г. проведено через курсы усовершенствования 101 врач периферии). Благодаря энергичным мероприятиям ТНКСЗ по снабжению районов врачами в настоящее время из 456 штатных врачебных мест замещено 421 (дефицит 35), при чем уже далеко не редкостью являются участковые больницы с 2—3 врачами, весьма часто клинически образованными специалистами.

За годы 5-летки размах получила исследовательская и научно-практическая работа институтов Татнаркомздрава и высших медицинских школ гор. Казани. В настоящее время в системе ТНКСЗдрава существуют следующие институты: а) *Социалистического здравоохранения и гигиены* с отделениями организации здравоохранения, жилищно-коммунальной санитарии, гигиены труда, ОММ, ОЗД и П, санитарно-курортным, санкультахпропаганды, б) *Микробиологический*, в) *Туберкулезный*, г) *филиал Института переливания крови*. Кроме того, в теснейшем контакте с Татнаркомздравом, а в ряде вопросов по его социальному заказу ведут свою исследовательскую и лечебно-профилактическую работу Казанский гос. мед. ин-т и гос. ин-т усовершенствования врачей им. Ленина. Составляя благодаря своим хорошо оборудованным клиникам, лабораториям, кабинетам, музеям мощные базы для научно-исследовательской работы по всем направлениям медицинской научной мысли, эти институты оказывают весьма существенную помощь в разрешении конкретных вопросов строительства здравоохранения авторитетной консультацией в ответственных и сложных случаях, подготовкой кадров специалистов и т. д. и т. п. Достигнуто введение плановости в исследовательскую работу институтов, что в еще большей степени обеспечивает органам здравоохранения научный ответ на их многосторонние практические вопросы. Наряду с разработкой научных тем все эти институты ведут в большом и с каждым годом возрастающем объеме производственно-практическую работу соответственно своей специальности.

Бюджет здравоохранения ТР дал рост с 5.900.000 рублей в 1928 г. до 17.379.000 в 1932 г., в том числе 8.421.500 рублей из местного бюджета. Рост средств обеспечил возможность развить сеть здравоохранения, улучшить качественную сторону дела и произвести ряд капитальных строек и реконструкцию старых лечсанучреждений.

В итоге успешного выполнения пятилетнего плана здравоохранения ТР вступила во 2-ю пятилетку, как мощный фактор социалистического строительства и удовлетворения социально-культурных потребностей рабочего класса и колхозного крестьянства ТР.

Все эти моменты были с исчерпывающей полнотой освещены в докладе Наркома здравоохранения ТатариИ тов. С. М. Курбангалеева на республиканском съезде райздравов, происходившем в Казани 3—11 марта, и на областном научном съезде врачей ТатариИ и смежных республик и областей 11—17 июня 1933 г. На первом из этих съездов инспекторами ТНКСЗдрава и работниками научных институтов были представлены весьма обстоятельные доклады, развивающие и дополняющие основной доклад описанием состояния отдельных сторон медико-санитарного дела в Татреспублике и характеристикой стоящих перед ними задач. Таковы доклады лечебного инспектора ТНКСЗ д-ра С. И. Степаненко о плане медобслуживания посевной и уборочной кампаний 1933 года; санитарного инспектора ТНКСЗ д-ра И. А. Казанцева о задачах санитарной организации; начальника ясельного управления ТНКСЗ тов. Тагировой о плане ясельного обслуживания с.-хоз. кампаний 1933 года; планового инспектора д-ра Сорокина о приобильных хозяйствах, директора Татаптекоуправления тов. Акчурина о состоянии аптечного дела и задачах в области медикаментозного снабжения; инструктора штаба дивизии д-ра В. Н. Помосова о работе среди допризывников; проф. И. Н. Олесова о задачах борьбы с венеризмом; проф. А. Н. Мурзина о состоянии дела борьбы с трахомой и задачах в этой области; д-ра П. В. Дезидерьева о мероприятиях по борьбе с туберкулезом; д-ра С. Ф. Немшилова о противоэпидемической борьбе.

На съезде врачей, помимо докладов из области теоретической и клинической медицины, был представлен обширный цикл докладов по организационным вопросам здравоохранения. Такими темами, кроме известных нам по съезду райздравов, вопросов здравоохранения на селе, борьбы с трахомой, венерическими болезнями были специальные доклады о борьбе против рака (проф. Р. Я. Гасуль), о мероприятиях по борьбе с заразными заболеваниями (проф. Б. А. Вольтер и Ф. Г. Мухамедьяров), о профилактике острых детских инфекционных бо-

лезней и летних поносов (проф. А. Ф. Агафонов и В. К. Меньшиков), о роли и задачах здравпунктов и леч. учреждений ТНЗдрава по снижению заболеваемости и травматизма (проф. С. М. Шварц), об авитаминозах и их профилактике (проф. Е. М. Лепский), о санитарно-технической пропаганде на фронте здравоохранения (д-р Векслин), об оздоровительной работе среди подростков (доц. А. И. Смирнов, д-р С. М. Маркузе и нек. др.). Большое место в работах врачебного съезда заняли вопросы марксистско-ленинской методологии в медицине (К. В. Волков-Ядрин, Чув. ССР) и задачи идеологической борьбы и четкости мировоззрения на фронте здравоохранения и медицины (Т. Д. Эпштейн). Особенность всех перечисленных нами докладов составляла актуальность затронутых вопросов для повседневной работы органов здравоохранения, тесная связь теории с практикой, большевистская критика всех тех, пока еще многочисленных, недостатков, которые имеются в отдельных звеньях здравоохранения ТР. На этих недостатках особенно подробно остановились во второй половине своего доклада т. С. М. Курбангалеев и ряд других докладчиков; в выступлениях с мест положение докладчиков были дополнены как в положительной части, так, в особенности, в части дефектов здравоохранения на местах. Из этого обширного обмена мнениями на обоих съездах, где был собран весь актив деятелей социалистического здравоохранения ТР, выкристаллизовались решения, ставшие программой действий органов здравоохранения, врачей и всего коллектива медицинских работников на ближайший период времени.

Каковы же те главные линии, по которым намечено дальнейшее развитие здравоохранения ТР? Разумеется, это—прежде всего линия на еще более тесную связь здравоохранения с производством, с потребностями промышленности и сельского хозяйства, дальнейшее приближение квалифицированной и специализированной медицинской помощи и санитарно-профилактического обслуживания к рабочим и колхозным массам. Это означает укрепление существующей сети и развертывание в плановом порядке новых здравпунктов, поликлиник, больниц, зубкабинетов, туб- и венпунктов, малярных станций, дезпунктов и санбаклабораторий, увеличение числа постоянных яслей, женских и детских консультаций, пунктов ОЗД и П, усиление санитарной организации и целый ряд мероприятий противозидемического и оздоровительного характера в пром-центрах, на фабриках и заводах, в рабочих общежитиях и поселках, в учреждениях общественного питания, в МТС, колхозах и совхозах, с обязательным учетом пролетарской классовой линии и ленинской национальной политики при проведении всех этих здравоохраненческих мероприятий. Далее—актуальнейшей задачей на данном этапе является *повышение качества* во всех областях хозяйственного и культурного строительства, в том числе, конечно, и в деле здравоохранения. В соответствии с этим лозунгом партии исключительное значение приобретает изживание нечуткого, нетоварищеского отношения к больным, к сожалению составляющего нередкое явление в ряде наших лечебных учреждений, ликвидация очередей и необоснованных отказов в амбулаторной и стационарной помощи, улучшение качества самой врачебной помощи и медицинского обслуживания во всех звеньях здравоохранения, в амбулатории, больнице, яслях, консультации, в работе саннадзора. Органы здравоохранения должны со всей большевистской последовательностью обеспечить преимущественное обслуживание рабочих, в первую очередь ведущих отраслей промышленности, трудящихся колхозников, работников совхозов и МТС, предоставляя первоочередную и наиболее квалифицированную помощь (физиатрическую, курортную, климатическую, диетическую и т. п.) ударникам производства и социалистических полей. Лечебные учреждения, ясли, поликлиники, санатории и т. д. должны стать образцом порядка и чистоты, четкой организации труда, высокой трудовой дисциплины, правильной расстановки сил и персональной ответственности каждого работника за порученное ему дело. Все это вместе взятое при хорошем руководстве, твердом единоначалии, квалифицированных кадрах, должно обеспечить повышение качества всей медико-санитарной работы, к чему налично имеются все необходимые условия.

В целях более тесной связи с производством съездом райздравов было принято решение о прикреплении лечучреждений и отдельных медработников к определенным предприятиям, совхозам, МТС и отдельным колхозам. Органы здравоохранения на местах, лечучреждения должны составлять оперативно-производственные планы по снижению заболеваемости и травматизма во всех обслу-

живаемых ими объектах промышленности и сельского хозяйства, руководя всеми этапами борьбы за эти задачи и проверяя выполнение этих планов. Высоко эффективным средством к осуществлению этой цели является боевое, большевистское проведение в жизнь санитарного *минимума*, выполнение важнейшего постановления ОК ВКП(б) и правительства ТР о благоустройстве села, внедрение санитарной культуры среди трудящихся масс.

Все эти мероприятия предполагают мобилизацию вокруг дела здравоохранения пролетарской и колхозной общественности, подъем работы секций здравоохранения советов, групп содействия, общественных санитарных инспекторов, здрав'ячеек, организации РОКК, ВЛКСМ и других общественных организаций.

Попрежнему важнейшей задачей органов здравоохранения является организация медобслуживания сева и уборочной кампании, что означает максимальное приспособление планов здравоохранения к производственным планам совхозов, МТС и колхозов, развертывание ясельной сети, санитарно-эпидемические мероприятия, организацию первой помощи на полях и последующую квалифицированную медицинскую помощь в лечебных учреждениях, организацию питания, снабжение доброкачественной питьевой водой и мн. др. Опыт последних лет показал большую гибкость и оперативность Татнаркомздрава и районных здравоотделов, сумевших мобилизовать кадры и средства и развернуть подлинно массовую работу по обслуживанию полевых сельско-хозяйственных работ.

На основе решений съезда по этому вопросу посевная и уборочная кампании 1933 г. обслуживались органами здравоохранения по четкому плану, на места были спущены детально разработанные директивы, контрольные цифры, бригады предварительно были подготовлены на специальных инструктивных совещаниях и снабжены всеми необходимыми материалами для ведения своей работы, в районы были направлены лучшие силы. Все это, помимо прямых результатов в смысле оказываемой на полях квалифицированной медицинской помощи, поднимает авторитет здравоохранения на местах и способствует более успешному продвижению на село коренных оздоровительных мероприятий.

Одной из далеко еще не решенных задач для Татреспублики является коренное улучшение ее санитарного состояния и в частности борьбы с эпидемическими и социальными болезнями. На этом участке положение обстоит далеко неблагоприятно. Съездом поставлена задача добиться в 1933 году окончательной ликвидации оспы в тех очагах, где она еще ютится, предупреждения и быстрой локализации в случае появления вспышек паразитарных тифов, брюшного тифа и желудочно-кишечных заболеваний, детских инфекций—путем развертывания массовых санитарно-оздоровительных мероприятий, массовых прививок, развития дезодела, строительства бань и вшебоек, своевременной и исчерпывающей госпитализации, улучшения самого качества санитарной работы и т. д.

Особое внимание обращено на санитарное состояние школ, яслей, детских учреждений.

В этом же плане оздоровления трудящихся масс взята проблема борьбы с социальными болезнями, пока еще особенно распространенными среди татар и нацмен и в отдельных районах ТР (трахосма, туберкулез, сифилис, чесотка, парша и нек. др.). Отдельно поставлен вопрос о раке. Выяснилось, что и на участке борьбы с соц. болезнями мы имеем некоторое отставание по сравнению с быстро развивающимися темпами и запросами жизни. Нынешний 1933 и последующие годы 2-й пятилетки должны быть периодом развернутого наступления на эти пережитки капиталистического прошлого, мобилизации внимания партийных, советских, общественных и профессиональных организаций, широких рабочих и колхозных масс на дело планомерной ликвидации этих заболеваний, привлечения средств и настойчивого проведения в жизнь оперативного плана борьбы с этими заболеваниями.

Органы здравоохранения должны во весь рост поставить вопрос о благоустройстве городов и сельских местностей, о культурном жилище, образцовой столовой, о чистоте, как вполне реальной задаче в условиях непрерывно растущего подъема народного хозяйства ТР и улучшения материального благосостояния трудящихся. Опорой для настоячивых требований в этом направлении могут служить партийные и правительственные постановления, как центральные, так и областные, о работе санитарных органов, о коммунальном благоустройстве, об общественном питании, о снижении заболеваемости и т. д.

Выполнение всех этих задач при вполне благоприятных для этого предпосылках в Татреспублике возможно лишь при условии умелого оперативного руко-

водства делом здравоохранения, подборе достаточных, квалифицированных и преданных делу кадров, умении организовать их трудовой подъем на осуществление грандиозных задач здравоохранения. Этому вопросу—о живом человеческом факторе—было уделено весьма серьезное внимание. Прежде всего со всей остротой поставлен вопрос о классовой бдительности на фронте здравоохранения, как одном из участков классовой борьбы, о тщательном подборе людей, о беспощадной борьбе с классово-чуждыми элементами в учреждениях здравоохранения, против всех и всяких видов брака на теоретическом фронте и в практической работе, против рвачества, нарушений трудовой дисциплины, расхищения и порчи социалистической собственности—имущества и средств леч. учреждений. Далее, актуальнейшей задачей является повышение политиковоспитательной работы среди широкой массы медицинских работников, овладение теорией и практикой своего дела на основе марксизма-ленинизма и принципа партийности в работе на фронте здравоохранения. Заботой органов здравоохранения должно быть систематическое повышение квалификации всех категорий медперсонала и подготовка новых кадров. Особенное внимание д. б. обращено на усиление темпов подготовки среднего медперсонала и массовых кадров здравоохранения (общественных санитарных инспекторов, ясельных работников, работников системы ОЗД и П, дезинфекторов, работников РОКК и т. д.). В осуществление директив съезда ТНКЗдравом весной и летом 1933 года направлено около 100 врачей из города на постоянную работу в районы, благодаря чему удалось заместить большинство пустовавших врачебных участков. Особое внимание уделено качеству райздравинспекторов, их подбору, повышению квалификации в порядке прохождения соответствующих курсов, ликвидации их текучести и частых отрывов от руководящей работы по здравоохранению. Для закрепления медперсонала на местах их работы и обеспечения им благоприятных материально-бытовых условий намечен ряд мероприятий—прежде всего в направлении подтягивания зарплаты для отстающих групп медработников в пределах дифференцированной оплаты, своевременной выдачи зарплаты, организации общественного питания для медработников и долевого их участия в подсобных прибольничных хозяйствах, улучшения их жилищных условий, систематических научных командировок, премирования за хорошие показатели работы, переводы в город на более ответственную работу и на учебу.

Считая возможным добиться подъема здравоохранения на должную высоту при условии активной творческой инициативы широких масс медицинских работников, съезд призвал их развить соцсоревнование и ударничество, как проверенные, дающие высокую эффективность, методы социалистического труда; поднять волну изобретательства, рационализаторских предложений, технических усовершенствований. На данном этапе внимание работников привлечено к созданию на местах прибольничных подсобных хозяйств (огородных, зерновых, мясомолочной базы и т. п.), как важнейшего фактора рационального ведения больничного хозяйства и существенного улучшения питания больных. Вопросы жесточайшего режима экономии, целесообразного расходования отпускаемых на здравоохранение средств, использование внутренних ресурсов, бережное отношение к имуществу, медикаментам, инструментарию, дешевое и экономное новое строительство—вот тот круг задач, около которых должны концентрироваться воля и мысль коллектива медицинских работников.

Мы далеко не исчерпали всех тех многообразных вопросов, которые служили предметом обсуждения съездов здравоохранения в Татарской Республике, и всех тех серьезных задач, которые история поставила перед работниками здравоохранения. Мы дали только основные контуры. Ясно одно—что здравоохранение Татарии, выросшее на основе крупнейших успехов социалистического строительства ТР, уже оставило позади главные трудности. Превозходя по всем показателям довоенные уровни, накопив громадный капитал в виде массы лечебных и профилактических учреждений, построенных заново, а главное—на принципиально иной политической и классовой основе, чем до революции, имея горящие энтузиазмом тысячные кадры квалифицированных медицинских работников, органы здравоохранения ТР, под испытанным ленинским руководством великой коммунистической партии, пойдут на штурм твердынь здоровой культурной жизни, в которой человек нового социалистического общества победит властвовавшие прежде над ним стихии эпидемий, массовых заболеваний, повальных смертей, физического и умственного вырождения.

Из физпрофилактория Севастопольского института физметлечения им. Сеченова (Дир. проф. А. Е. Щербак).

К методике учета эффективности массовой физиопрофилактики и ее отдаленных результатов.

Н. А. Альбов (Севастополь).

„Широкое развертывание новых форм массовой оздоровительной и профилактической работы в промышленности в соответствии с основными задачами здравоохранения на данном этапе (борьба за снижение заболеваемости и борьба за повышение производительности труда) потребовали специального учета и проверки эффективности всех проведенных и проводимых оздоровительных мероприятий“ (Постановление коллегии НКЗ РСФСР от 20/VI—1931 г.).

Этот учет, уже раз проведенный на ряде крупных гигантов промышленных центров (Москва, Ленинград, Нижний, Урал), показал, что внутри здравоохраненческих организаций есть еще много внутренних возможностей, которые до настоящего времени не использованы во всей широте, и которые в перспективе, при правильном их использовании, могут дать чрезвычайно много ценных практических выводов. Поэтому, в настоящем изложении мы и останавливаемся на методике учета эффективности массовой физиопрофилактики, принимающей у нас в СССР, наряду с повышением культурного и материального уровня рабочего класса, широкое распространение (пролетарский туризм, физкультура на производстве, развитие сети физпрофилакториев, физиопрофилактических площадок и т. д.).

I.

Изучение эффективности всех вообще оздоровительных мероприятий и в частности физиопрофилактики возможно проводить двояким путем: 1) используя для этой цели материалы уже готовые, собранные в порядке текущей работы физпрофилактория и 2) ставя для этого специальные исследования. Первый путь—исследование готовых уже материалов представляет те выгоды, что сберегает время и средства, однако не всегда может дать ответ на поставленные вопросы, особенно, если материал не собирался по определенной программе. Обычно в этих случаях приходится идти другим путем, т. е. постановкой специальных исследований. Здесь же мы считаем необходимым сказать несколько слов о плане научной и практической деятельности физиопрофилактория.

Для того, чтобы учет результатов физиопрофилактики возможно было провести наиболее полно,—необходимо, чтобы план работы физиопрофилактория был построен 1) с охватом всех главнейших сторон и отраслей производственной и потребительской деятельности рабочего коллектива, 2) тех сторон человеческой природы, которые наиболее важны и актуальны в отношении поднятия уровня социального здоровья (количественных и качественных его показателей), 3) тех элементов, окружающих рабочий коллектив, которые наиболее в данное время отражаются на биосоциальной природе рабочего.

План работы физпрофилактория должен быть увязан с промфинпланом производства, а принцип единства теории и практики здравоохранения.

требуют того, чтобы центр тяжести научной и практической работы был перенесен на производство, на здравпункт, ибо изучать новые формы труда с его решающими качественными особенностями, можно только в живой реальной постановке со всеми ее социальными и политическими стимулами.

Отсюда и следует первый практический вывод тот, что в начале раз-
вертывания массовой физиопрофилактики необходимо план работы физ-
профилактория увязать с производством, выработав совместную исчерпы-
вающую методическую программу работы и предусмотреть заранее те
трудности, которые неизбежно встречаются при учете производственных
показателей и отдаленных результатов физиопрофилактики.

Главнейшие из трудностей учета будут следующие:

I. Текучесть рабочей силы на предприятии, где производится массовая
физиопрофилактика.

II. Обезличка рабочих бригад (зарплата),

III. Обезличка машин и станков.

IV. Изменение санитарно-гигиенических условий цехов.

V. Изменение социально-бытовых условий рабочих, подвергшихся физ-
профилактике.

VI. Невозможность учета количественных показателей производитель-
ности труда при отсутствии таковых в системе ОЭТ предприятия (нормы
выработки, брак).

В отношении же трудностей учета эффективности физиопрофилактики
на снижение заболеваемости, надо сказать, что таковых вообще может
не быть, если на том предприятии, где проводится физиопрофилактика,
существует оперативный учет заболеваемости по цехам, профессиям,
группам.

Но все же необходимо учитывать, что снижение заболеваемости нахо-
дится в прямой зависимости от проведенных санитарно-гигиенических и оздоро-
вительных мероприятий в цехах 1) там, где до их проведения имелись
профотравления острые или хронические, 2) там, где имело место воз-
действие высокой T^0 и влажности воздуха при резких колебаниях мете-
орологического ф-ра, при острых движениях воздуха, 3) там, где работа
протекает в мокроте и сырости и т. д.

Необходимо учитывать также и рационализаторские мероприятия на
производстве, например, механизацию производственных процессов, что
также ведет к снижению заболеваемости у групп рабочих, занятых тя-
желой физической работой.

Все эти факты должны быть также изучены и при учете повышения
производительности труда под влиянием физиопрофилактики, ибо произ-
водительность труда в свою очередь также находится в некоторой зави-
симости, во первых, от оздоровительных мероприятий (улучшение метеоро-
логических условий, улучшение освещения, устройство вентиляции, ра-
ционализация механизации, герметизация производственных процессов) и
во-вторых, — от коэффициента заболеваемости по предприятию (временная
нетрудоспособность, прогулы).

Однако, было бы неправильным только с этой механистической мер-
кой и с точки зрения одних только количественных показателей подхо-
дить к оценке социального здоровья рабочего коллектива. Не нужно за-
бывать, что на интенсивность и характер заболеваемости могут влиять

ряд факторов: 1) соцбытового характера (изменение возрастно-полового состава рабочих, изменение санитарно-бытовых условий и т. д.) и 2) нельзя не учитывать и резко изменившихся условий социалистического труда у нас в СССР и широкого развития соцсоревнования и ударничества, превращающих труд из труда зазорного в дело чести, славы, доблести, геройства.

Вообще говоря, при изучении эффективности тех или иных методов физиопрофилактики надо исходить с точки зрения влияния их на основную социальную функцию человека—трудоспособность, без регламентирования характера его работы, но с обязательным учетом компенсаторной и корригирующей роли трудового процесса, имея ввиду весь организм в целом, а не органопатологию.

Итак, приступая к учету эффективности физиопрофилактики и ее отдаленных результатов, необходимо поставить перед собой 3 основных вопроса:

I. Влияние физиопрофилактики на снижение заболеваемости и нетрудоспособности.

II. Влияние физиопрофилактики на состояние клинического здоровья рабочих.

III. Влияние физиопрофилактики на производительность труда.

Ответы на 1-й вопрос о влиянии физиопрофилактики на снижение заболеваемости мы получаем: 1) из данных оперативного учета заболеваемости, ведущегося на здравпункте, 2) из специального медицинского и страхового контроля за рабочими, проходящими физиопрофилактику, 3) путем выделения из общей суммы всех оздоровительных мероприятий, проведенных за период физиопрофилактики, главнейших факторов, могущих оказать свое влияние на снижение заболеваемости (изучение характеристики условий труда в цехах, профессиональный профиль рабочей группы и т. д., 4) выделением всех тех факторов, которые могли оказать отрицательное воздействие на динамику заболеваемости (атмосферные, сезонные факторы, эпидемические вспышки и т. д.). Не лишней является и сравнительная оценка коэффициентов заболеваемости в различных цехах, прошедших и не прошедших физиопрофилактику. В сущности, проверка эффективности физиопрофилактики на снижение заболеваемости не сложна, ибо, повторяем,—контроль за динамикой заболеваемости ведется на каждом здравпункте.

Гораздо сложнее учет эффективности физиопрофилактики и ее влияния на производительность труда. Здесь мы должны совершенно разграничить количественные и качественные показатели, т. е. производительность труда и трудоспособность. Последняя, представляя из себя „основную социальную функцию рабочего“, естественно не может быть измерена той же меркой, что и производительность труда и она требует изучения: 1) качественных особенностей труда, 2) изучения социально-производственного лица рабочего (ударничество, соцсоревнование), 3) изучение общественно-политической характеристики и социально-эмоциональных факторов, связанных с воздействием на центральную нервную систему вообще и в частности—вегетативно-эндокринный аппарат.

Нужно также помнить, что трудоспособность не находится в прямой зависимости от энергетики и функциональной мощности организма, но представляет собой „качественное“ отличие человека, как существа со-

циального. Производительность же труда может зависеть от целого ряда факторов и исследование ее высоты должно производиться при соблюдении следующих условий:

I. Выработка выражается в единицах измерения, относимых к работе часу или дню (смене).

II. При вычислении выработки должны быть учтены потери рабочего времени как технического, так и индивидуального характера с возможно большей полнотой.

III. Сравнение выработки за 2 отрезка времени правильнее всего производить при том условии, чтобы под наблюдением были одни и те же рабочие или, по крайней мере, чтобы группы рабочих, бывших под наблюдением, были однородны по полу, стажу и возрасту.

IV. Чтобы иметь возможность проводить сравнение под наблюдением, должна быть выработка одной и той же продукции (товара) при однородности сырья и технологического процесса в более или менее однородные отрезки времени.

V. В целях учета изменения колебаний выработки, зависящей от индивидуальной активности рабочего, необходимо, чтобы под наблюдением была группа рабочих достаточно большая и в течение достаточно продолжительного времени численность группы и продолжительность наблюдений определялись бы в каждом отдельном случае в зависимости от характера работы. Достаточность определяется анализом средних величин методами вариационной статистики. Минимальным числом рабочих надо считать 10—15 в смену и продолжительность наблюдения (хронометраж) 2—3 декады при работе в одну смену. При работе в 2 или 3 смены срок удлиняется, если есть необходимость сравнивать выработку в разные смены. Имея ввиду индивидуальные колебания, хронометрирование необходимо проводить над одними и теми же рабочими. Достаточность числа наблюдений определяется тем же исследованием рассеяния рядов наблюдений.

VI. При анализе причин, вызывающих повышение производительности, труда, необходимо учесть, что повышение производительности может зависеть не только от оздоровительных мероприятий и физиопрофилактики, но также и от новых социалистических форм труда (соревнование, ударничество, хозрасчетные штурмовые бригады и пр.). Для учета влияния оздоровительных мероприятий и физиопрофилактики на повышение производительности труда можно рекомендовать таблицу, разработанную Центр. ин-том профзаболеваний НКЗ.

Учет эффективности физиопрофилактики и ее отдаленных результатов весьма облегчается там, где физиопрофилактика проводится в плановом и организованном порядке, где, например, берутся на физиопрофилактическую обработку полные цеха или однотипные профессии или же ударные и хозрасчетные бригады. Последним, как передовым борцам за промфинплан, естественно, должно быть отведено первоочередное место при отборе, ибо мы должны помнить слова тов. Сталина о том, что „рабочий, который создает ударные и хозрасчетные бригады, который отдает все строящемуся социализму, имеет право предъявлять к нам свои требования“. С другой стороны, преимущество, отдаваемое при отборе хозрасчетным и ударным бригадам, позволяет нам при учете эффектив-

ности физиопрофилактики, учесть и то влияние соцсоревнования и ударничества на производительность труда, о котором мы говорили уже выше.

Переходим теперь к методике учета влияния физиопрофилактики на клиническое здоровье и трудоспособность рабочих. Предварительно — несколько слов о характере клинического исследования рабочих, которое должно определить основные показатели учета эффективности физиопрофилактики и ее отдаленных результатов на здоровье рабочих.

Первое основное правило данного клинического исследования должно не отходить от основных принципов профпатологии, т. е. не идти по пути отыскания патологической пораженности, но г. о. изучать динамику заболеваемости и трудоспособность рабочих, увязывая последние с производственными, социальными и бытовыми факторами. Надо стремиться к определению „сигнализационного диагноза“, выделяя последний из общей суммы всех опознанных патологических симптомов и совершенно необходимо также указать на совершенно различный подход при врачебном осмотре к практически здоровому рабочему в отличие от больных. Во первых, не следует фиксировать внимание рабочего на целом ряде обнаруженных патологических симптомов, не имеющих профилактического значения, во вторых, при назначении физиопрофилактических процедур не исходить из симптоматической терапии но, главным образом, воздействовать на изменение сигнализационного диагноза, как имеющего главнейшее значение при профилактике нетрудоспособности. В противном случае, множество патологических и различных по этиологии симптомов и диагнозов не позволят провести динамический учет клинической эффективности физиопрофилактики.

Нужно всегда помнить, что основные принципы физиопрофилактики те же, что и социальной профилактики, так широко осуществляемой в Советском союзе. Иными словами, надо стремиться к культурному и гигиеническому воспитанию рабочего, проходящего физиопрофилактику, используя для этих целей его отдых в профилактории после процедур и занять его беседами, культурными развлечениями, прививать санитарно-гигиенические навыки, которые рабочий понесет в быт и производство и которые несомненно дадут отражение на эффективности и отдаленных результатах физиопрофилактики. В сущности, в этом воспитании и лежит основная особенность советской профилактики от капиталистической, стремящейся поднять силы рабочего для того только, чтобы больше укрепить свою систему „потовыжимания“.

Еще надо указать и на другие весьма важные моменты, которые должны быть заранее предусмотрены в учете клинических показателей эффективности физиопрофилактики. Первый момент — это учет того времени, которое затратил рабочий на отдых после принятых процедур и вообще учет режима и реальной обстановки, при которой производилась физиопрофилактика. О важности этого момента говорить не приходится, ибо всем совершенно ясно, насколько достаточный отдых после той или иной физиотерапевтической процедуры влияет на ее эффективность. Вторым моментом — это учет времени, затраченного рабочим на передвижение от дома или предприятия в физиопрофилакторию, а также и степень физического напряжения (трамвай, пешком). Опыт физиопрофилактория Сеченовского ин-та показывает, что эффективность физиопрофилактики резко падает в тех случаях, где рабочий после трудового дня спешит

на физпрофилактику, не отдыхая, и проделывает большое расстояние пешком, а затем, не отдыхая и после процедур, идет к себе домой, или на экстренную или ночную работу на завод. Последнее надо считать абсолютно противопоказанным в режиме лица, проходящего физпрофилактику.

И, наконец, последним моментом весьма существенным для учета эффективности клинических показателей физиопрофилактики, является тщательность и умение врача, ведущего рабочего, выделить основные проффакторы, играющие роль в этиологии заболеваемости. Без учета проффакторов нельзя понять заболеваемости у рабочего. Конкретные примеры из практики того же Сеченовского ин-та показали, что даже назначение морских ванн индифферентной температуры может иметь отрицательное влияние на некоторые профессиональные группы рабочих. Возьмем для примера хотя бы рабочих, соприкасающихся со свинцом или его парами. По некоторым, правда, еще не полным наблюдениям нашего физпрофилатория, морские ванны способствуют активному поведению свинца в организме (Альбов) на подобие того, как теплые и горячие процедуры у рабочих, соприкасающихся с анилиновыми продуктами, могут вызвать симптомы острого отравления анилином, а, следовательно, и нетрудоспособность рабочего. Точно также важным, но не разрешенным пока еще является вопрос о целесообразности включения в число методов физиопрофилактики тех из физиотерапевтических процедур, которые обычно способны вызвать обострение хронических болезненных процессов организма и тем самым могут вызвать у рабочего и нетрудоспособность. На материале того же физпрофилатория Сеченовского ин-та мы не раз наблюдали, что у самых обыкновенных ревматиков-хроников, прошедших физпрофилаторий, вполне практически здоровых, под влиянием тех же морских ванн наступали резкие обострения со стороны суставов, заставляющие рабочих бросать работу, брать больничные листки. Естественно, такие случаи будут давать отрицательные показатели результатов физиопрофилактики и они особенно нуждаются в учете отдаленных результатов, что не всегда возможно проследить и провести.

Обращаясь к методике учета эффективности физиопрофилактики, в смысле ее влияния на клиническое здоровье,—необходимо разделить последнюю: на 1) непосредственный учет результатов сразу после прохождения рабочим физиопрофилактики и 2) на учет отдаленных результатов физиопрофилактики.

Первый вид учета большей частью требует специальных заключительных осмотров рабочих, проходивших физиопрофилактику, с учетом динамики веса, кровяного давления, субъективных и объективных данных и качественных показателей трудоспособности рабочих до и во время прохождения физпрофилактики (отношение к труду, прогулы по болезни, выполнение промфинплана, изменение темпов работы, утомление и т. д.).

Второй вид учета требует уже длительного и более сложного наблюдения на производстве с учетом также динамики заболеваемости, трудоспособности и количественных показателей производительности труда (выработка, брак, зарплата и т. д.).

Этот вид учета возможен только в том случае, если физиопрофилактика производится в плановом порядке, в полной увязке с промфинпланом

производства и в особенности, если предприятие переведено на четырехбригадный график и закреплены ударные бригады. Схема данного учета не сложна, но она требует учета и некоторых производственных моментов, имеющих влияние на производительность труда, наприм., учет качества продукции, „сырья“ и технического и технологического оборудования предприятия. Одним из относительных показателей эффективности может служить и рост зарплаты (особенно при сдельщине), но, конечно, с учетом производственных условий техники и профессиональной тренировки (квалификации) рабочего.

Учет же клинических отдаленных результатов физпрофилактики может быть проведен только путем постановки специального клинического исследования тех же рабочих, но через отдаленный промежуток времени (3—4 месяца спустя после физиопрофилактики), притом с обязательным учетом всех активных динамичных факторов, как отрицательных, так и положительных, которые могли оказать свое влияние на здоровье рабочего за данный отрезок времени (изменение санитарно-гигиенических условий, соц. быт. условий, режима труда и отдыха, питания).

Этим в сущности и можно ограничиться, говоря о краткой методике учета эффективности физпрофилактики.

В заключение настоящего изложения мы считаем необходимым подчеркнуть некоторые особо важные моменты, которые надо учитывать при отборе рабочих на физиопрофилактику для того, чтобы получить ее эффективность.

Самое главное и основное правило, которое должно быть соблюдено—это предварительный отбор на физиопрофилактику исключительно практически здоровых рабочих в данное время (но не больных хроников, у которых ничего нельзя изменить физиопрофилактикой).

В отношении группы длительно и часто болеющих—необходимо назначить физиопрофилактику только после того, как будет выделен „сигнализационный диагноз“ или причина их частой нетрудоспособности, причем, для более лучшего учета эффективности физиопрофилактики, следует разбить длительно и часто болеющих по группам сообразно роду их сигнализационных диагнозов (напр., длительно и часто болеющие гриппом, ревматизмом, желудочно-кишечными формами, нервными и т. д.). Там, где нельзя надеяться повлиять на сигнализационный диагноз физиопрофилактикой, тем лучше не брать таких рабочих на физиопрофилактику, а передавать их лечебным учреждениям.

Из опыта нашей работы в Сеченовском ин-те мы считаем, что при соблюдении этих двух основных правил и будет: 1) облегчен учет эффективности физиопрофилактики и 2) последняя несомненно даст более эффективные результаты в смысле повышения клинического здоровья и трудоспособности рабочих.

Из Единого диспансера раймедсанупра Черного моря и психофизиологической станции.

Глазной профотбор портовых грузчиков

Д-р Е. М. Фишер.

С начала 1933 года в задачи психофизиологической станции водного транспорта был включен профотбор грузчиков Одесского порта.

Перед глазным кабинетом стал тогда вопрос о правилах глазного профотбора для портовых грузчиков. Этот вопрос дал себя особенно почувствовать потому, что ни в одном соответствующем руководстве, ни в одном официальном постановлении не оказалось конкретных указаний о правилах глазного профотбора грузчиков вообще и портовых грузчиков в частности. Поэтому глазной отдел Единого диспансера и станции взял на себя инициативу в разработке вышеуказанных правил.

При этом необходимо было:

- 1) Выяснить профвредность работы портового грузчика для органа зрения и
- 2) Выяснить минимум функции и минимум здоровья органа зрения еще достаточных для удовлетворительного выполнения этой работы.

К глазным профвредностям портового грузчика необходимо причислить следующие моменты:

1. Длительное пребывание на работе под открытым небом, когда организм и глаза грузчика подвержены различным *атмосферным вредностям*: жара летом, морозы зимою, резкий ветер, дождь, снег, туман, тепловая и лучистая энергия солнца. Усиленная физическая работа, вызывающая потение, может еще более усугублять атмосферные вредности.

2. Очень нередкое влияние *пыли*¹⁾, как угольной, зерновой и т. д., так и химической (цемент, сера, пек²⁾) и т. п.). *Испарения*, выделяемые некоторыми грузами, раздражающие слизистые оболочки, кожу.

3. Как правило—*большое физическое напряжение* при работе³⁾.

Из особенностей, имеющих значение для органа зрения, в работе портовых грузчиков необходимо отметить следующее. Работы сплошь и рядом проходят при *недостаточном освещении* (напр. ночью или в плохо освещенном трюме) и *неудобных*, а подчас и *опасных условиях переноски тяжестей* (по трапу, над водою, у края мола, у глубокого трюма). *Тяжелый, легко травмирующий* и обычно сравнительно *быстро перемещающийся груз* (железные части, лес, громоздкие ящики, тюки, их перегрузка на кранах, возможность их падения с высоты при неправильной укладке и т. д.).

Работа портовых грузчиков ближе всего подходит по своему характеру к работе „чернорабочих“.

¹⁾ Устименко. Условия работы грузчиков в Одесском порту. Гигиена труда 1925. № 2.

²⁾ Е. М. Фишер. К вопросу о вредном влиянии каменноугольного пекa. Русско-афган. журн., 1928 г.

³⁾ Штокман М. В чем вредность труда портового грузчика? Современная медицина, 1924 г. № 4—6.

Поэтому, из имеющихся правил „годности“ по органу зрения к профессии грузчика ближе всего подходит „перечень болезней для зачисления в тыловое ополчение для тяжелой физической работы“ (§ 6 прик. Р.В.С. СССР 1931 г. № 111), а также, отчасти, таблицы офтальмологических противопоказаний к занятиям физкультурой, предложенные Плитасом⁴⁾. Наконец, частично можно использовать ориентировочные таблицы противопоказаний для приема на работу разных профессий, со стороны функций органа зрения, составленные Натансоном⁵⁾.

Для *портовых* грузчиков следует в их правила глазного профотбора внести некоторую специфичность, соответствующую особенностям их работы, и в первую очередь выработать для них—абсолютные противопоказания со стороны глаз.

I. Работа под открытым небом при всякой погоде, влиянии пыли, раздражающих испарений — следующие *абсолютные противопоказания*.

Хотя бы на одном глазу.

Тяжелые воспалительные явления краев век и конъюнктивы, трение ресниц по глазу, вызывающее значительную воспалительную реакцию со стороны оболочек глаза; дакриоцистит. Тяжелые формы хронических кератитов с паннусом и дефектами поверхности роговицы.

Тяжелые, часто рецидивирующие, склериты ревматического происхождения.

Тяжелые, часто рецидивирующие воспаления сосудистного тракта (особенно ревматического происхождения).

II. Тяжелая физическая работа—следующие *абсолютные противопоказания*.

Высокая близорукость обоих глаз с серьезными осложнениями на дне глаз.

Отслойка сетчатки, хотя бы на одном из глаз, при предрасположении к таковой и на другом глазу (высокая близорукость). Кровоизлияния (не травматические), особенно рецидивирующие, в сетчатку или стекловидное тело, хотя бы на одном глазу.

Глаукома некомпенсированная, хотя бы на одном глазу. Пульсирующее пучеглазие. Мозговая грыжа в области орбиты.

III. Необходимость достаточно быстрой и точной ориентировки в окружающем, достаточно широкого обзора, возможность работы при слабом освещении—следующие *абсолютные противопоказания*.

Сужение поля зрения на обоих глазах до 15° ⁶⁾.

Двоение любого происхождения, вызывающее дезориентацию в окружающем.

Куриная слепота, ясно выраженная. Пониженная острота зрения любого происхождения, а именно:

а) отсутствие одного глаза или понижение остроты зрения одного глаза ниже 0,05 при зрении другого ниже 0,3.

⁴⁾ Плитас Н. С. Офтальмологические противопоказания к занятию физкультурой. Архив офтальмологии. VIII, 1931, стр. 399.

⁵⁾ Натансон Д. М. Професіяний добір з подгляду органа зору. Укр. офтальмол. журнал I, стр. 15. 1929.

⁶⁾ Плитас Е. С.

б) Зрение ниже 0,1 на каждом глазу. Указанная острота зрения считается с *коррекцией*, но лишь при категорическом условии ношения данной коррекции при работе.

Здесь надо отметить, что вопрос зрения—одна из самых трудных задач в профотборе грузчиков.

Чтобы оправдать выработанный здесь минимум остроты зрения я приведу пример из материала Единого диспансера:

Зрение ниже 0,1 на каждом глазу лишь в виде исключения, в случаях многолетнего стажа в работе, не вызывает жалоб. Так, Князев А., 48 л., портовой грузчик с 28-летним стажем. Правый глаз: бельмо роговицы с детства; передняя полярная катаракта, косоглазие. Зрение 1/30. Левый глаз: помутнения роговицы; высокая близорукость с изменениями на дне глаза. Зрение 1/20. Трахома III на обоих глазах. По словам больного, слабость глаз никогда не служила помехой при его профессии. Работает и в ночных сменах и всегда справляется со всякой работой.

Однако, большинство грузчиков со зрением ниже 0,1 на каждом глазу является с жалобами именно на недостаток зрения.

Причиной плохого зрения при этом обычно оказывается высокая близорукость, с изменениями близорукого характера на дне глаз, осложненная иногда старыми помутнениями роговиц и помутнениями стекловидного тела.

Характерна жалоба подобных больных: недостаточность зрения при *слабом освещении* (ночных работах, работах в темном трюме и т. п.). Все они обычно приходят с однотипною просьбою—перевести их только на дневную работу, с которой они и при таком зрении справляются достаточно хорошо.

При этом конечно всплывает сейчас же *вопрос о коррекции*. В этом вопросе сами грузчики дают несколько противоречивые показания. По-видимому, однако, ношение очков при профессии портовых грузчиков вполне возможно. За это говорит следующий случай. Маткевич Н., 26 л., портовой грузчик. Правый глаз: зрение 1/60, высокая близорукость, не поддающаяся коррекции. Левый глаз: зрение 2/60, с коррекцией (близорукость в 10,0°) зрения 0,6. Работает постоянно в очках, которые ему несколько не мешают.

Здесь же следует подчеркнуть, что очки сами по себе в момент возможной травмы в области глаза, как правило, не только не повышают опасности травмы, а скорее способствуют защите глаз, что уже давно доказано статистикой.

В материале Единого диспансера отмечен грузчик Кац К., 25 лет работавший в очках (близорукость и астигматизм). Во время погрузки тук ударил его по лицу. Очки разбились, глаза остались невредимыми.

Однако, между наблюдавшимися мною случаями высокой близорукости, осложненной обширными изменениями близорукого характера на дне глаз попадались и такие, которые не только жаловались на недостаточность зрения, но и на определенное ухудшение зрения за период их работы грузчиками. Особенно это относится к *молодым* грузчикам.

Хотя мною у подобных больных и не были найдены тяжелые осложнения близорукости (отслойка сетчатки, внутриглазные кровоизлияния

и т. под.), все же мне кажется, что эти случаи говорят за то, что близорукость с изменениями на дне глаз в *молодом* возрасте уже сама по себе является противопоказанием для профессии грузчика.

Усугубляющим моментом противопоказания является суммирование различных недостатков глаза, к примеру слабого зрения и воспалительных явлений поверхностных оболочек глаза. В этих случаях подход при профотборе вновь поступающих должен быть особо строгим.

В материале Единого диспансера имеется и два случая одноглазых грузчиков:

1) Юнивер М., портовая грузчица, 6-летний стаж. Правый глаз, отсутствует, левый глаз—высокая близорукость; зрение с коррекцией—0,2. Работает постоянно в очках. Раньше была зашивалкою; последнее время носит и тяжелые грузы, напр. маху. Просит освободить от ночной смены из-за плохого зрения.

2) Хейтус П., 54 лет. Многолетний стаж. Правый глаз отсутствует. Левый—белмо роговицы, близорукость, помутнение стекловидного тела; зрение—4/60. Просит перевести на дневную легкую работу для стариков. Ночью не видит, куда идет с грузом.

Основываясь на вышеуказанных примерах из материала Единого диспансера, можно, мне кажется, предлагаемый минимум зрения 0,05 на худшем и не ниже 0,3 на лучшем глазу—считать приемлемым.

Конечно, этот минимум должен быть принят лишь за основу и позволительно в определенных границах отклонение от этого минимума в ту и другую стороны. Такой *индивидуальный подход* показан при освидетельствовании старых грузчиков.

Так, наприм.: Каваркьян А., многолетний стаж портового грузчика. Высокая близорукость обоих глаз с помутнениями стекловидного тела и изменениями на дне глаз. Зрение правого глаза—1/60, левого—1/120. Работает на „технической работе“ (пристройкасходней и т. под.). С этой работой, как опытный грузчик, справляется хорошо, несмотря на слабость зрения.

Такого грузчика, *при переосвидетельствовании*, не следует браковать.

Основываясь на вышесказанном, можно считать, что при профотборе портовых грузчиков необходимо проводить *исследование глаз по следующему плану: веки, слезные органы, конъюнктивы, роговица, зрачки*,

Острота зрения (если ниже 0,1 на каждом глазу, необходима коррекция).

Динамика глаз (для выявления ее грубых дефектов, напр., парезов глазодвигательной мускулатуры).

В случаях со зрением 0,1 на каждом глазу необходимо исследование: *прозрачных сред глаз, глазного дна.*

В исключительных случаях надо исследовать: *внутриглазное давление, поле зрения, адаптацию.*

Здесь же отмечу, что *цветовосприятие и глубинное зрение* (как моно, так и бинокулярное) для профессии портового грузчика не обязательны и потому исследование этих двух функций глаз можно не производить.

Организация школьных занятий для слабо-видящих¹⁾.

Зав. глазн. отдел. горбольницы д-р **В. Н. Преображенский**,

Зав. глазн. кабинетом **Д. П. А. М. И. Ланцберг**. (Г. Орел).

В деле построения социалистического государства наряду с такими проблемами, как коллективизация сельского хозяйства, индустриализация страны, чрезвычайно важное значение имеет подготовка здоровой человеческой смены. Является настоятельно необходимым, чтобы грядущая смена была физически и интеллектуально сильной, мощной, чтобы она была в силах продолжать строительство государства и в то же время в нужный момент стать грудью в защиту его. Советская власть, ее органы здравоохранения и народного просвещения в своей деятельности, конечно, и руководствуются этими целями и задачами. Детские профилактические амбулатории ведут всестороннее обследование детей при их поступлении в школы, ведут обследование всех подростков с целью их профотбора, пригодности их к разного рода и вида работам. При этом в каждом отдельном случае строго обсуждаются и взвешиваются умственные и физические возможности подростка к той или другой работе, учитывается на всю жизнь подростка его пригодность к избираемой специальности, и здесь-то намечается правильный путь трудовой жизни новой смены. Ослабление слуха, понижение зрения, недостаточное физическое развитие—все это ложится в основу показаний и указания жизненного пути будущего строителя государства. Только таким путем и м. б. обеспечена правильная подготовка и полноценность будущих созидателей трудовых ценностей. В настоящее время детям слабо развитым, детям, страдающим увеличением бронхиальных желез при колеблющейся температуре, дается отсрочка в поступлении в школы. Дети дефективные, умственно-отсталые, физически неразвитые, дети с пониженным слухом выделяются в отдельные группы. Для такого рода детей удлиняется срок обучения, видоизменяются программа и методы преподавания, устанавливается особый школьный режим, и все это диктуется одной целеустановкой—достигнуть наибольшего эффекта при одновременном сохранении, укреплении и развитии здоровья детей. Что же касается детей, имеющих понижение зрения от 0,3 до 0,05 и ниже, то в отношении их нет строго продуманной заботливости. Дети, слабо видящие (в дальнейшем сл.-в.) поступают в общие группы наравне с хорошо видящими и наравне с ними должны проходить и усваивать программы учебных предметов наших совшкол. Разумеется, педагогический персонал, не зная их физического недостатка, ведет с ними работу, как с полноценными учениками, распределяя учебный материал и нагрузку в одинаковой степени между всеми учениками и одновременно предъявляя к ним одинаковые требования. По существу дела, едва ли мог бы педагогический персонал, ведя группу в 40—50 человек, индивидуализировать преподавание и тем самым, быть может, тормозить прохождение курса в ущерб коллективу учащихся своей группы. В лучшем случае сл. в. в группах пользуются

¹⁾ Доложено в научно-общественной конференции врачей и методической комиссии педагогов г. Орла.

привилегией занимать первые парты, которые к тому же у них нередко оспаривают дети с пониженным слухом.

При такой установке неизбежно и понятно, что учащийся, порою и умственно одаренный, из-за недостатка зрения не воспринимает в должной мере зрительных раздражений, могущих возбуждать и держать его внимание к разбираемому вопросу, к классной доске, демонстрируемым учебным пособиям, картам, плакатам, диаграммам и пр. Отсюда невнимательность, рассеянность ученика, желание его занять себя во время урока чем-либо посторонним, неизбежное отставание его от товарищей в деле усвоения программы и причисление его к группе отстающих, а часто и лентяев, шалунов. Между тем, корень зла здесь лежит совсем в другом, в физическом недостатке ученика, отмеченном при его первом врачебном обследовании, но только оставленном без соответствующих педагогических, а часто и профилактических выводов. Отдельные ученики, увлекаемые общим порывом знания, тянутся за другими и, напрягая свой и без того ослабленный, порою отягощенный каким-либо недугом, орган зрения, нерационально расходуют его и тем обуславливают усиление его основного страдания, влекущего дальнейшее понижение зрения. Занятия физкультурой в школе проводятся без особого подхода к таким детям. Нам нередко приходилось консультировать сл. в., которые должны были, наряду со всеми своими товарищами, в одинаковой мере заниматься физкультурой. Дети с тяжелой наследственной, часто прогрессирующей, близорукостью проделывали все виды физическ. упражнений, а порою и спорта. При занятиях, как в школе, так и на физкультурных площадках у сл. в., естественно, развивается увлечение, соревнование, желание идти в ногу с хорошо выдающимися. Из-за ложного самолюбия они очень трудно поддаются врачебному влиянию, не соблюдают профилактические мероприятия.

Наши школьные здания в большинстве своем постройки довоенного времени, в них нет правильно устроенной вентиляции, не соблюден правильный расчет кубатуры и светового коэффициента, словом, в санитарно-гигиеническом отношении они оставляют желать очень многого. И в этих зданиях очень часто проходят занятия учащихся в 2 смены—утреннюю и вечернюю. Если недостаточна гигиеническая обстановка в утренние часы, то в вечерней смене при несовершенстве вентиляции, недостаточном и неправильном освещении она становится особенно ощутительной. Дети сл. в., как правило, и слабо-развитые физически должны испытывать на себе все недостатки санитарно-гигиенической обстановки школы вообще, а в вечерние смены особенно. При распределении детей по сменам в школах состояние зрения учащихся в расчет обычно не берется. Нередки случаи, что к моменту окончания средней или высшей школы из таких учеников не выковываются полноценные работники—это с ранних лет полуинвалиды, обреченные отягощать наши страховые кассы частым получением больничных листов. Таким путем создается и увеличивается группа лиц, которые в деле строительства государства, а также его укрепления и защиты, перечисляются по зрению во вторую группу, а то и вовсе исключаются. Как часто при освидетельствовании молодых граждан, призываемых в ряды активных защитников государства, многих из них приходится зачислять в разряд неспособных к прохождению военной учебы, и как часто при этом приходит мысль,—что в отно-

шении профилактики их зрения ни органами просвещения, ни органами здравоохранения ничего не было сделано.

До сего времени остается нерешенным в окончательном виде вопрос о верхних и нижних границах остроты зрения учеников для зачисления их в школу сл. в. Суждения крупных офтальмологов в этом вопросе несколько расходятся. Мнения большинства офтальмологов сводятся в общем к тому, что острота зрения от 0,05 до 0,3 является показанием к зачислению учеников в школу сл. в. Окончательное суждение в разрешении этого вопроса в каждом отдельном случае принадлежит врачу-окулисту. Им должны быть учтены не только острота зрения, его стойкость, устойчивость или склонность к прогрессивному понижению, должно быть принято во внимание также и цветоощущение и поле зрения, умение ученика пользоваться остатком зрения. Большое значение имеет высота и тонкость развития других органов чувств. Мы были бы склонны направлять в школу сл. в. и детей, хотя в общем и с более высокой остротой зрения, но страдающих упорно и часто рецидивирующим воспалением роговой оболочки скрофулезного характера. Заболевание это, нередко начавшись в самом раннем возрасте ребенка, часто рецидивирует, тянется через все годы детства и юности, отравляет ему лучшую пору жизни как по характеру самого заболевания, так и по тому, что лечение его очень часто сопровождается длительным впусканьем в глаза атропина, что, в силу вызываемого им расширения зрачков и паралича аккомодации, делает детей временно сл. в. и, таким образом, обучение в нормальной школе для них уже становится трудным и вредным. По необходимости, у таких детей отмечаются длительные пропуски в посещениях школы, отставание от своих товарищей, второгодничество, а иногда вынужденное прекращение своего образования. Такие дети в период болезненного процесса могли бы с успехом посещать школу сл. в., где образование базируется не только на органе зрения, но на одновременном развитии и умелом использовании других органов чувств; здесь они могли бы проходить программу совшколы, приобретать трудовые навыки и одновременно быть под неослабным наблюдением глазного врача—врача школы. По данным Берлинской школы для сл. в., 30% детей имеют понижение зрения из-за помутнения роговой оболочки, что является результатом ее воспалительных процессов. Этиологическим моментом заболевания глаз школьников указанной школы в 24% был скрофулез и в 10% сифилис. Дети, страдающие паренхиматозным воспалением роговой оболочки на почве сифилиса, по миновании острого периода еще очень долго, иногда в течение одного-двух лет не имеют достаточной остроты зрения, чтобы быть способными обучаться в нормальной школе. Эти дети должны все время продолжать самое энергичное лечение, чтобы добиться просветления роговой оболочки и тем самым повышения остроты зрения. На этот период мы также охотно открыли бы для таких детей двери школы для сл. в. Иначе у таких детей выпадает длительное время обучения.

Школа для сл.-в. должна иметь две целеустановки: лечебно-профилактическую и педагогическую. Работа педагога в этой школе должна быть тесно увязана и согласована с врачом-окулистом. Роль врача в этой школе большая и чрезвычайно ответственная. От врача должен зависеть весь распорядок рабочего дня, индивидуальная нагрузка учащегося, виды и размеры политехнизации, занятия физкультурой. По указанию врача

школа снабжает учеников очками, биноклями и пр. В каждом отдельном случае врач изучает ученика, устанавливает заболевание его глаз, наследственность и в нужных случаях, где стойкое ослабленное зрение является наследственным, проводит первоначально через родителей, а с возрастом учащегося через него самого евгенические начала. В работе врача активное и неослабное участие должен принимать и педагогический персонал. Последний должен быть хорошо ознакомлен с анатомией и физиологией органа зрения, характером заболевания каждого своего ученика, профилактикой этого заболевания и во все время своего общения с учениками вести наблюдение над точным исполнением всех профилактических указаний врача. Наблюдение педагогов за своими учениками не должно ограничиваться только стенами школы, оно должно быть перенесено в домашнюю обстановку школьника. Родители учащихся также к этой работе должны быть привлечены через детальное ознакомление их с сущностью заболевания глаз их детей и соответствующих профилактических мероприятий. Словом, врач и педагог всегда должны помнить, что одна из основных задач школы сл.-в.—это сохранить, укрепить и, по возможности, развить ослабленное зрение порученных им детей.

Этой основной целеустановкой диктуются программа и методика обучения таких детей. Программа всех предметов и методы их проработки должны быть подвергнуты радикальному пересмотру с целью их приспособления к зрительной способности детей. Здесь возможны и необходимы сокращения некоторых мест программы, особенно тех, усвоение которых связано с значительной затратой зрительной энергии. Если в нормальной школе работа связывается, главным образом, с органом зрения, в школе сл.-в. орган зрения используется постольку, поскольку это не вызывает утомления и прогрессирующего падения зрения. Обучение ведется за счет развития, укрепления и умелого использования остальных органов чувств, главным образом, слуха и осязания. В нашу задачу не входит подробное изложение возможных методов обучения сл. в. чтению, письму, географии, обществоведению, ремеслам и пр. Это—дело педагогического персонала. Все же мы считаем нелишним указать, какой план и характер работы можно было бы наметить.

В основу должен быть положен принцип щажения органа зрения и развития других органов чувств. Отсюда начало обучению письму, чтению должно идти совсем по другому пути, чем в нормальной школе. Процесс обучения чтению, письму в нормальной школе начинается с приучения детей распознавать зрением начертания букв, развития у них зрительной и параллельно слуховой памяти. Следовательно, во все время обучения упражняется, напрягается, главным образом, зрение. Такой метод обучения сл.-в. совсем не применим. Для них он представил бы большие трудности, излишне затруднил бы и без того отягощенный орган зрения. Необходимо в памяти учащихся первоначально создать и укрепить представление о начертании букв через орган осязания. Для этого сл.-в. знакомятся с точными металлическими или деревянными буквами: они сами лепят их из глины или другой какой-либо мягкой массы и лишь после того, как у них создается ясное и точное представление о начертании той или иной буквы, последняя представляется им для распознавания и запоминания органом зрения, предста-

является напечатанной и написанной сначала в крупном масштабе, затем в более мелком. Здесь-то особенно уместно широко использовать существующую разрезную азбуку, где буквы напечатаны крупным шрифтом. Правда, такой метод значительно удлинит дело обучения грамоте и письму, но зато выигрывается поставленная задача школы—охрана органа зрения. Во все время обучения в школе ведется неослабное наблюдение не только за правильной посадкой и наклоном головы учащегося, но также и затем, чтобы письмо велось четко и обязательно крупными буквами. Является действительно необходимым поднять вопрос о печатании книг специальным шрифтом, отвечающим гигиеническим требованиям для сл.-в. За отсутствием же в настоящее время на рынке таких книг, можно с успехом использовать современные детские журналы, которые обычно печатаются крупным шрифтом и иллюстрируются рисунками в разноцветных ярких красках. В изучении географии идут в школе сл.-в. тоже другим путем. Изучение географии начинается с обследования и точного усвоения той или другой местности не путем изучения карт, диаграмм и пр. учебных пособий. Сл.-в. дети под руководством педагога изучают какой-либо определенный загородный участок, запоминают все бугорки, рвы, канавы, ручейки, реки, проходящую ж. д., расположение и расстояние между телеграфными и телефонными столбами. Так, путем измерения пространства сначала шагами, потом метром, дети создают у себя представление о расстоянии, масштабе, путем восхождения на гору представление о высотах, глубинах. При знакомстве с ж. д. дети получают ясное представление о параллельности. Попутно изучается, также больше осязанием, и флора данной местности. Здесь же они знакомятся и с производством изучаемого участка. Все предметы, встречающиеся на экскурсии, дети изучают главным образом осязанием. На развитии осязания и слуха во время экскурсии должно быть обращено исключительное внимание. Большое значение имеет научить детей пользоваться слухом, как руководителем при ориентировке в пространстве. Это значительно облегчит им в дальнейшем возможность, смелость, ловкость и быстроту передвижения в городах и при работе на крупных производствах. Каждый из учащихся полученные им сведения наносит на свою карту: где-либо на берегу реки из сырого песка он вылепливает весь рельеф изучаемого участка и потом уже может приступить к передаче своих знаний путем зачерчивания их на классной доске или бумаге сначала в крупных и несложных масштабах. Отсюда уже переходят к изучению и других местностей, целых областей, государств, стран, для чего педагог в очень крупном масштабе чертит или еще лучше вылепливает из какой-либо массы карты. Так, шаг за шагом совершается постепенный, м. б. замедленный, но в то же время для зрения очень облегченный переход к изучению географических карт. Педагогический персонал должен строго следить, чтобы работа для зрения никогда не была продолжительна, она должна чередоваться чтением вслух самим педагогом, экскурсионным методом, ручным трудом. В нормальной школе, наряду с различными активными методами обучения, играет видную роль работа над книгой, газетой. Эта работа еще связывается с графическим оформлением, что, вместе взятое, требует громадной затраты зрительной энергии. В работе с детьми сл.-в. указанные приемы, по всей видимости, придется ослабить и допускать в известном размере, в большем, чем в

нормальной школе, беседу преподавателя, его чтение. Тем самым будет обеспечено усвоение учебного материала и устранена излишняя затрата зрительной энергии.

Вся учебная работа проходит в утренние часы при естественном освещении. Искусственное освещение в школе сл.-в., как правило, не должно иметь места. Едва ли представляется возможным дать весь план, все методы обучения сл.-в. Дело это совершенно новое, пути лишь намечаются, в процессе работы откроются новые и сейчас еще непредвиденные возможности. Здесь, как ни в какой другой школе, должен быть предоставлен широкий простор для творческой работы педагога, и потому для занятий со сл.-в. должны быть выделены наиболее способные и талантливые педагоги. Что касается политехнизации школы, то и здесь как форма, так и направление ее должны исходить из зрительной способности каждого ученика, она должна быть строго индивидуализирована. Вся методика и содержание труда должны быть значительно перестроены по сравнению с таковыми для школ нормальных детей. Необходимо учащегося хорошо ознакомить с такого рода работой, которая в течение всей его жизни могла бы быть источником его существования и одновременно не требовала бы большой затраты зрения. Нет нужды перечислять все виды физического труда, которые могли бы быть применены в школе сл.-в. В своей работе „Современная постановка социальной помощи слепым“ проф. С. С. Головин приводит перечень возможных для слепых работ в промышленных производствах; таких работ насчитывается 122, все они могли бы быть с успехом использованы также и в школе слабо видящих. В процессе работы, с получением опыта у педагогов в этой новой деятельности, круг доступных и полезных работ, предметов практического обучения будет значительно расширен.

Само помещение школы в отношении воздуха, вентиляции должно отвечать обычным правилам санитарии. Особенно четкое внимание должно быть уделено освещению, окраске стен и всей классной мебели. Здесь указания врача-окулиста должны быть решающими. При школьном здании или вблизи от него должен быть сад, площадка, где сл.-в. дети должны проводить время перерывов в своих классных занятиях.

Вопросу о том, организовать ли для сл.-в. самостоятельные школы или ограничиться отдельными группами при обычных школах, д. б. уделено также внимание. Мы склонны были бы разрешить его в той плоскости, что необходимы отдельные школы и обязательно с интернатами. Последние обеспечат детям регулярное посещение школ. Опыт зарубежных школ с очевидностью показывает, какие трудности представляет дальность расстояния школы для сл.-в., и иногда одно это служит препятствием к поступлению в школы сл.-в. Интернаты избавят сл.-в. от часто вредной домашней обстановки, дадут возможность непрерывного наблюдения за выполнением ими профилактических мероприятий. Школы должны быть межрайонные, областные, краевые, чтобы и сл.-в. дети деревни могли в них обучаться. Мы, в согласии с д-р. Савваитовым и д-р. Жаринцевой, вправе ожидать и среди населения деревень большого количества детей сл.-в. Империалистические войны, материальные и моральные потрясения, некультурность сельского населения обусловили громадное повышение заболеваемости органа зрения, что при недостаточном, а часто и полном отсутствии рациональной медпомощи,

безусловно, повысило и количество сл.-в. детей. Теоретическое обоснование необходимости организации особых школьных занятий для сл.-в. мы хотели бы подтвердить и фактической потребностью такого рода школ. Как велико количество сл.-в? Д-р Д. Жаринцева в своей работе о классах для сл.-в. приводит следующие данные. В Страсбурге один сл.-в. приходится на тысячу, в Лондоне 1:763, в Канаде 1:250. Что касается нашего Союза, то точного подсчета сл.-в. детей нигде, даже в крупных городах, не имеется. Д. Жаринцева из 700 осмотренных ею детей школьн. возраста выделила 31 для школы сл.-в. Мы располагаем материалом, касающимся детей школьного возраста г. Орла. Д-р. М. И. Ланцбергем было осмотрено 4100 детей в возрасте 8—13 лет, причем оказалось сл.-в. 21: мальчиков 11 и девочек 10. Причиной понижения зрения у 6 детей найдено помутнение роговицы, у 2-х—помутнение хрусталика, у 7—высокая рефракция и, наконец, у 4-х—заболевание сетчатой, сосудистой оболочек и зрительных нервов

Таким образом, по нашим материалам мы получили соотношение сл.-в. к хорошо видящим 1.200. Цифра довольно грозная. Последняя тем более должна обратить на себя внимание, что мы имели дело с детьми городского населения, наиболее культурного и в отношении мед. обслуживания поставленного в хорошие условия. Органы здравоохранения и органы просвещения из наших данных должны сделать свои организационные выводы: первые—в смысле расширения и качественного улучшения мед. помощи населению, вторые—в отношении организации правильных занятий для сл.-в.

Выводы: 1. Школы сл.-в., наряду с профилактикой слепоты, должны дать возможность им путем особых методов обучения стать в ногу с хорошо видящими, как в отношении общего развития, так и приобретения трудовых навыков.

2. При организации школ для сл.-в. нормальные школы разгружаются от неполноценного, тормозящего общий ход работы элемента.

3. В школы сл.-в. должны зачисляться после отбора Д. П. А. все дети, имеющие остроту зрения 0,03 до 0,2-0,3.

4. В школы сл.-в. должны допускаться временно и дети, страдающие хрон. часто обостряющимся воспалением роговой оболочки, лишаящим их возможности фактически обучаться в нормальных школах.

5. Вся работа в школе ведется по указаниям и под контролем школьного врача-окулиста.

6. В школе сл. в. изучается наследственность детей, влияние школьных и домашних занятий на органы зрения. Проводится в широком масштабе профилактическая и евгеническая работа.

7. В школе сл.-в. тщательно изучается каждый ребенок, его одаренность, склонность к тому или другому виду труда, и выбирается трудовой жизненный путь его в соответствии с состоянием органа зрения.

8. Программы предметов нормальных школ и методы их преподавания должны быть пересмотрены и приспособлены к зрительной способности сл.-в.

9. Школы сл.-в. должны быть межрайонные, областные, чтобы можно было произвести полный охват всех сл.-в. детей из деревень.

10. Фактическая необходимость организации школы сл.-в. диктуется большим количеством сл.-в.,—по данным гор. Орла—1:200.

Отдел II. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из I терапевтической клиники Центрального института усовершенствования врачей (больница имени С. П. Боткина).

Об острых септических заболеваниях внутренних органов.

Проф. Р. Лурия (Москва).

I.

Клиническая картина всякой инфекционной болезни является, как известно, отражением борьбы двух начал—микроорганизма и макроорганизма; каждое из них имеет свои специфические особенности и в результате этого даже такие резко выраженные заболевания с определенным возбудителем, как, например, возвратный тиф, малярия, холера и брюшной тиф дают в каждом отдельном случае различные варианты, иногда представляющие трудно разрешимые диагностические задачи. Я напому только хотя бы последнюю эпидемию брюшного тифа в Москве, когда, например, встречались случаи, где распознавание долго колебалось между *пневмонией* и *брюшным тифом* и только серологическая реакция и дальнейшее течение болезни выясняли истинное положение вещей. Если дело обстоит так с инфекциями, где имеется *определенный, специфический* возбудитель, то при острых септических заболеваниях внутренних органов мы вправе ожидать значительно большее разнообразие картины, течения и исхода болезни. При сепсисе именно и имеется целый ряд возбудителей, внедрение и размножение которых в организме является причиной заболевания. Каждый из этих возбудителей имеет свои специфические особенности и не представляет собою раз и навсегда данную величину. Самое проникновение стрептококков, стафилококков, менингококков, пневмококков разных штаммов вызывает весьма различные явления и во входных воротах инфекции и еще более различные во *вторичных метастатических очагах*, определяющих по существу отдельные эпизоды, из которых складывается септическое заболевание. С другой стороны организм в отдельном случае весьма различно реагирует на инфекцию, и эта реакция, специфичная для каждого данного случая, не только не представляет для него раз и навсегда данную величину, она резко меняется в зависимости от состояния в данный момент мезенхимы и прежде всего ретикуло-эндотелиального аппарата, в отдельных его частях определяющего процессы самоочищения организма (*Selbstreinigungsprozess* в смысле *Aschoffa*). Наконец весьма разнообразны гуморальные процессы, дающие гемолизины, агглютинины, преципитины и специфические для каждого микроорганизма антитела.

Если прибавить сюда, что при септических заболеваниях организм реагирует не только на внедрение возбудителей, но, что особенно важно, и на *распад своих белковых тел*, являющийся результатом патологических процессов, разыгрывающихся в тканях, то совершенно очевидно,

что реакция организма при остром сепсисе не может быть сколько-нибудь одинаковой даже в границах каждого отдельного случая. Поэтому, при сепсисе мы и не вправе ожидать появления *типичных клинических картин, не представляющих затруднений для распознавания*, как это имеет место при других инфекционных заболеваниях.

Вместе с тем, течение и исход септического заболевания при этих условиях зависит больше, чем при специфических инфекциях, от состояния и взаимодействия очень разнообразных и многочисленных факторов. Отсюда длинная цепь септических заболеваний, на одном полюсе которого стоит легко распознаваемый Sepsis acutissima S. fulminans—молниеносная форма, длящаяся всего два-три дня, а на другом sepsis lentissima—весьма хроническое заболевание, продолжающееся года (Saxl и Donath), относительно доброкачественное, но представляющее весьма большие затруднения для диагноза. Сюда же относятся острые вспышки весьма хронической септической инфекции, описанные Фрейндом под именем—„fluktuierende Streptomykosen“.

Хотя отдельные возбудители септических заболеваний и находят свое отражение в отдельных симптомах и течении болезни, но попытки авторов нарисовать типичные клинические картины, исходя из бактериологической этиологии, как это сделал Leschke (Лешке), описывающий целых 34 формы септических заболеваний с рядом вариантов для каждого, практически ведут к мало ценной классификации сепсиса. Это деление практически не имеет особенно большого значения уже потому, что подавляющее большинство септических заболеваний возникает от заражения стрептококком, реже стафилококком и пневмококком. Так, Lenharz (Ленхарц) из 212-ти случаев нашел в 78% стрептококковую, в 8,5% стафилококковую, в 9,0%—пневмококковую инфекцию. Не останавливаясь поэтому на отдельных септических заболеваниях в зависимости от типа возбудителя их, мы в дальнейшем будем говорить о клинических формах острого сепсиса, насколько они отображают поведение макроорганизма при различных возбудителях болезни.

Очень трудно дать исчерпывающую классификацию септических заболеваний внутренних органов уже потому, что в каждом отдельном случае на различном этапе борьбы макроорганизма с микроорганизмом одна клиническая форма легко переходит в другую. Кроме этиологической классификации, ведущей к описанию бесчисленных форм и вариантов острого сепсиса, авторы предлагают рассматривать клинику сепсиса в зависимости от *входных* ворот инфекции. Различают, например, послеродовой сепсис, септический эндокардит, септическую ангину, отогенный сепсис, септический холецистит, септический пиелит и т. д. Вне всякого сомнения имеются большие основания практически разделять хирургический сепсис, включая сюда гинекологический и отогенный, и септические заболевания внутренних органов и, главным образом, потому, что в первом случае дело в подавляющем большинстве идет об острых или подострых формах сепсиса, в клинике же внутренних болезней о подострых и, главным образом, о хронических его формах. Но мы уже далеко ушли от такого морфологического, локалистического понимания и во всех случаях сепсиса решающим является, разумеется, не локализация первичного очага, а поведение всего организма, как в отношении распознавания, так и в отношении исхода болезни и результатов терапии сепсиса.

Stae haelin (Штехелин) рассматривает острый, подострый и хронический сепсис.

Для септических заболеваний внутренних органов Donath и Saxl (Донат и Сакель) предлагают следующую классификацию:

- 1) *Острые* формы сепсиса—Sepsis acuta et acutissima.
- 2) *Хронические* формы сепсиса—Sepsis chronica, lenta et lentissima.
- 3) Септические *ревматизмы*.
- 4) Септические *эндокардиты*.
- 5) *Агранулоцитоз*.
- 6) Острые *лейкемии*.

Исходя из того, что в основе сепсиса лежит первичный или вторичный очаг его, Бингольд (Bingold) в последнее время предлагает остаться при старом делении септических заболеваний на пиэмию, септицемию и септикопиемию и объединяет их все под общим именем сепсис, который, исходя из локализации очага, разделяет:

1) На *тромбопенический* (пуэрперальный, отогенный, ангинозный, пилефлебит, фурункулы лица и т. д.).

2) На *полостной* (из матки, из желчного пузыря, острый холангит, рецидивирующий холангит, cholangia lenta, пиелонефрит, остеомиелит и т. д.).

3) *Лимфатический*, например, при заболеваниях параметрия, при скарлатинозной ангине, флегмонах, нагноениях мезентериальных желез, и

4) *Септические эндокардиты*: острый, подострый и endocarditis lenta.

Отдельно стоят септические заболевания после пневмонии—пнеймококковый сепсис, после эпидемического менингита и сепсис новорожденных, если он не является результатом инфекции пупочных вен.

Уже одна необходимость в одной классификации разделять сепсис по двум признакам—по течению болезни и по локализации процесса в той или иной системе органов, лучше всего отражает большие затруднения в классификации заболеваний, по самому существу своему и по своей исключительной динамике не укладывающихся в строгие рамки схемы.

Учение о сепсисе еще не находится, на мой взгляд, на той высоте накопления фактического материала, когда можно создавать сколько-нибудь удовлетворительную классификацию его и мы можем говорить пока только о целом ряде симптомов, общих для этих весьма различных заболеваний, отличающих сепсис от других инфекционных болезней. Остановимся здесь только на *остром сепсисе внутренних органов*.

II.

При каждом инфекционном заболевании весьма существенным является *инкубационный* период. Некоторые авторы полагают, что сепсис тем и отличается от инфекции, что вовсе не имеет инкубации (Ивашенцев). Строго говоря, это не совсем так. Сепсис не имеет сколько-нибудь закономерной инкубации (Донат и Сакель) потому, что момент внедрения в организм инфекции отделяется от клинических проявлений ее промежуток времени от 1—2 дней до нескольких месяцев (Лешке) и как раз при интересующих нас заболеваниях внутренних органов эта инкубация может стать такой продолжительной, что очень трудно даже уста-

новить причинную связь между моментом заражения и началом заболевания. Эта в высшей степени незакономерная инкубация и отличает острый сепсис от других инфекционных заболеваний.

Острые формы сепсиса дают клинические картины, при всем их бесконечном разнообразии, сводящиеся все же к типичному *общему* состоянию больного, именно это *общее* состояние, — *status septicus*—и является синтезом тех отдельных симптомов и синдромов, которые всегда давали основание врачу отличать *местное* заражение от *общей* инфекции организма и называть заболевание сепсисом. Правда, это общее состояние больного различно при *гиперэргической* или реактивной и *анэргической* или астенической форме сепсиса. В первом случае мы видим более или менее возбужденного больного, при астенической форме—вялого, слабо реагирующего, но как здесь, так и там—желтоватобледное лицо, горящие щеки, типичный язык; характер пульса, иногда эйфория, резко расходящаяся с грозными объективными явлениями, создают картину болезни, не оставляющую для опытного врача никаких сомнений о сепсисе даже, если нет определенных оснований говорить о входных воротах инфекции. Акушеры, гинекологи и хирурги много чаще, чем терапевты, видят и знают эту типичную для сепсиса общую клиническую картину.

Остановимся очень кратко на анализе важнейших отдельных симптомов *острого сепсиса*, в сумме создающих этот *status septicus*.

Синдром острого сепсиса состоит из *местных* явлений, *лихорадочного* процесса, изменений со стороны различных систем, в первую очередь со стороны *сердечно-сосудистого* аппарата и со стороны *крови*. При септических заболеваниях внутренних органов местные явления редко выступают на первый план, когда речь идет об остром сепсисе. Таким общим септическим заболеванием, описанным впервые в 1922 г. Шюльц (Schultz), считают *агранулоцитоз*. Заболевание начинается внезапно, сопровождаясь высокой температурой, дает язвенные и некротические процессы на миндалинах, деснах, на языке, в гортани и в генитальном аппарате, и уже в самом начале имеются тяжелые изменения крови в результате острой инфекции костного мозга—в виде уменьшения числа гранулоцитов вплоть до полного исчезания их. Не все авторы считают, однако, агранулоцитоз острым сепсисом (Бингольд и друг.). Значительно чаще в клинике внутренних болезней очаги сепсиса, и первичные и метастатические, отступают далеко на задний план и, если раньше так часто говорили о *криптогенной* септико-пиемии или септицемии, то именно потому, что очаговые явления бывают настолько мало выражены, что чаще всего ускользают не только от клинициста, но даже и от патолога-анатома.

Для острого сепсиса характерно как известно быстрое повышение температуры с *потрясающим* ознобом. Это дает основание смешивать сепсис с рядом инфекционных заболеваний, как малярия, возвратный тиф, милиарный туберкулез. Причиной потрясающего озноба не надо считать только *бактериемию*, как это принято думать, а целый ряд химико-коллоидальных процессов в тканях, сопровождающихся появлением пирогенной субстанции в результате общего нарушения обмена веществ и распада как микробных тел, так и клеточных элементов макроорганизма. Характерными и для сепсиса являются *повторные ознобы*,

появляющиеся иногда с какой-то закономерной периодичностью и очень напоминающие малярийные приступы. По моим наблюдениям сепсис все же реже дает приступы потрясающего озноба в первую половину дня, как это бывает при малярии. Типичным для сепсиса надо считать поты без падения температуры, без того облегчения, которое получают, например, малярики после приступа; я бы сказал, при сепсисе *критическое падение температуры не сопровождается кризисом самочувствия больного*. И при более хронических формах сепсиса, например, при *endocarditis lenta* периодически наступают и повторяются с большей или меньшей силой потрясающие ознобы, как выражение обострения борьбы организма с микробом и поступления в поток кровообращения новых легионов микробов из септического очага и протеинных тел из распада тканей. Эта *периодичность* лихорадочного процесса чаще всего и вводит врача на ложный путь и заставляет его долго, но без оснований думать о малярийных и друг. инфекционных заболеваниях. Один из моих случаев острого сепсиса в течение двух месяцев весьма опытными врачами упорно трактовался как *malaria tertiana duplex*, несмотря на то, что картина крови не давала для этого никаких оснований, также, как безрезультатное лечение хинином, синькой и сальварсаном. Больной страдал менингококковым сепсисом и выздоровел после удаления зуба. Потрясающие повторные ознобы являются грозным признаком сепсиса, но не имеют, однако, безусловно дурного прогностического значения, как это думали раньше. Если лихорадочный процесс долго длится при сепсисе, то нарушения общего обмена, лежащие в основе его, влияют на регулирующие температуру центры в промежуточном мозгу и устанавливают на долго на более высокий уровень температуру тела. Отсюда длительная субфебрильная температура при многочисленных проявлениях хронического сепсиса, часто очень загадочная и представляющая величайшие затруднения для правильной оценки, если нет налицо определенного септического очага первичного или метастатического.

Несмотря на всю важность лихорадочного процесса для распознавания и оценки сепсиса, в целом ряде случаев температура остается на низких цифрах при анэргических формах заболевания. Отметим, что именно при сепсисе наблюдается часто разница между t^0 в подмышечной впадине и в прямой кишке. Типичной температурной кривой для сепсиса не существует. Весьма причудливые сочетания постоянной, ремиттирующей и интермиттирующей лихорадки в связи с образованием новых септических очагов, очень длительная и иррегулярная температурная кривая характеризует *status septicus*.

Для распознавания сепсиса не менее важным надо считать состояние *сердечно-сосудистой системы* и по преимуществу сосудодвигательного центра. Уже старые врачи умели по виду больного ставить диагноз сепсиса и отличать его от местных гнойных процессов. Бледность с восковым оттенком, прозрачность кожи, подозрительная краснота щек на этом бледно-восковом лице являются ранним результатом нарушения деятельности вазомоторов в связи с изменениями состава крови. И прежде всего состояние пульса. Для острых септических заболеваний, в противоположность местному процессу, характерны *частота и лабильность* пульса; то и другое надо считать результатом рано наступающей токсемии. Сюда очень легко присоединяется дикротия; пульс становится

мягким и нередко уже рано наблюдается синусовая аритмия. Несовпадение между пульсом и температурой в смысле слишком частого пульса справедливо считают одним из важнейших и дурных симптомов острого сепсиса. Поражение сердца является наиболее частой находкой при вскрытиях погибших от острого сепсиса, почему в клинике его явления со стороны сердца и занимают одно из видных мест. Чаще всего имеется та или иная форма *endocarditis septica*, сопровождающаяся изъязвлением эндокарда. Не всегда появление типичных шумов говорит за септический эндокардит, мы видели эти формы при полном отсутствии шумов (париетальный эндокардит) и с другой стороны шумы находили себе объяснение в поражении миокарда и относительной недостаточности клапанов. Характерным является здесь бактериэмия с огромным числом микробных тел в крови (Бингольд). Такой грозный септический эндокардит я видел после фурункула на лице, он особенно часто наблюдается после стрептококковых ангин. В отдельном случае трудно сказать, является ли септический эндокардит результатом метастаза микробов на больных клапанах, например, после бывшей ревматической инфекции, или первичным процессом. Мне пришлось однажды наблюдать эту форму при гонорройном сепсисе, где первичный очаг находился в правом яичнике. Его можно видеть иногда и при пuerиальном сепсисе. Тромбофлебиты и другие поражения сосудов чаще локализуются вблизи первичных и метастатических очагов и свойственны послеродовому, тонзиллярному и отогенному сепсису. Поражения сосудистой стенки, тромбы и эмболии, а, главным образом, токсические процессы в эндотелии кожных сосудов ведут к характерным для сепсиса поражениям кожи. Сюда относится целый ряд токсических экзантем, небольшие типичные петехии и более крупные эхимозы кожи, указывающие на тяжелую токсемию с нарушением обмена веществ в стенке сосуда и дающие основания смешивать сепсис со скарлатиной и корью. Мне пришлось наблюдать исключительный случай распространенной пустулезной сыпи при септическом эндокардите, описанный моим казанским сотрудником доктором Могилевским, где огромное количество пустул с кровавистым содержимым покрыло все лицо, волосистую часть головы, руки и грудь больного. Вскрытие дало язвенный эндокардит у больного, страдавшего старым бородавчатым эндокардитом венозных и аортального клапанов сердца.

Со стороны пищеварительного аппарата старые врачи с большим основанием придавали большое диагностическое и прогностическое значение состоянию языка. Обложенный по всей поверхности и сухой язык в сомнительных случаях говорит за общее септическое заболевание и является классическим симптомом сепсиса. Функциональные расстройства желудка и кишок, особенно отвращение к пище и поносы дают плохое предсказание. Органические поражения желудка и кишок типа язвенного относительно редкое явление при сепсисе. Со стороны печени, в результате септического гепатита, имеется увеличение и некоторая болезненность. Желтуху надо всегда считать прогностически неблагоприятным симптомом; она имеет здесь весьма различное происхождение и гепатоцеллюлярное и механическое и гемолитическое (Шоттмюллер и Бингольд). Желчный пузырь нередко бывает исходным и скрытым пунктом сепсиса. Селезенка может быть увеличенной, но и уменьшенной. Дитрих (Dietrich) устанавливает связь между состоянием селезенки и реак-

цией организма при сепсисе; при пониженной реакции в астенических формах селезенка мала, мягка; при повышенной реакции селезенка увеличивается и достигает значительных размеров, свойственных хроническим септическим заболеваниям. Нередко можно наблюдать инфаркты и перисплевиты.

Наряду с лихорадочными движениями температуры и явлениями со стороны сердечно-сосудистой системы опорным пунктом для диагноза и прогноза при острых септических заболеваниях является *картина крови*. Ее можно с большим основанием считать зеркалом, отражающим сложные иммуно-биологические процессы борьбы макроорганизма с микробом и ее динамику, а потому систематическое исследование крови должно всегда быть особенной заботой врача. Хотя бактериемия и является центральным моментом в патологии сепсиса, но клиническое значение ее все же весьма условно. Шотмюллер, имеющий едва-ли не наибольший опыт в этой области, подсчитал, что если при посеве 1 куб. сант. крови вырастает 1000 колоний, то число циркулировавших непосредственно перед тем в сосудах микробов определяется примерно в 500 миллиардов, причем через 15 минут микробы могут исчезнуть из крови. Если при повторном посеве через 1—2 часа все еще получается положительный результат посева, то число микробов в циркулирующей крови уже много раз больше. Если число микробов в крови меньше одного миллиарда, то получение положительного результата посева—дело только случая. Поэтому, несмотря на наличие в крови микроорганизма посев крови дает так часто отрицательный результат. Отсюда следует, что бактериемия клинически является симптомом важным, но не обязательным и значение ее лучше всего определил Лешке „Бактериемия—это симптом, а не болезнь, она относится к сепсису так, как глюкозурия к диабету“. Так же, как одно наличие сахара в моче еще не определяет формы и тяжести диабета, так же одно только наличие микроба в крови не определяет еще клинической формы и тяжести сепсиса. Поэтому и положительный и отрицательный результат посева крови имеет в клинике только условное значение. Следует иметь в виду, что результаты посева крови во многом находятся в зависимости не только от технических деталей при взятии крови, но, на чем особенно настаивают Шотмюллер, Бингольд и друг. от *момента*, когда берут кровь; наилучшие результаты получаются, если брать кровь в самом начале потрясающего озноба и еще лучше *недолго до предполагаемого* начала его. Во время высокой температуры в крови микробов уже нет, потрясающий озноб есть выражение реакции организма на распад микробных тел и эндотоксины, поэтому максимум микробов надо ожидать до озноба. Значительно большее диагностическое и прогностическое значение имеет *методическое* изучение картины крови при остром сепсисе. „Сепсис, говорит Шотмюллер—не дает определенную картину крови. Тип возбудителя, влияние токсина на кроветворные органы, метастатические очаги, состояние кроветворного аппарата и индивидуальное предрасположение организма не дают возможности уложить изменения крови в одну определенную для сепсиса формулу“. Именно поэтому изучение картины крови при остром сепсисе лучше всего и отражает динамику процесса.

По картине крови можно установить *три* периода болезни.

1. *Нейтрофильная фаза*—с значительным лейкоцитозом, резко выраженными регенеративными формами, со сдвигом влево, с уменьшением или полным исчезанием эозинофилов, с лимфопенией и моноцитопенией. Это—активная фаза борьбы макроорганизма с инфекцией.

2. *Моноцитарная фаза*—уменьшение нейтрофилии и ядерного сдвига, появление в крови исчезнувших эозинофилов, увеличение числа лимфоцитов и большое количество моноцитов. Это—фаза, когда организм начинает преодолевать инфекцию.

3. *Лимфоцитарная фаза*—с повышением числа лимфоцитов и эозинофилии—это фаза наступившего излечения. Это схематическое деление картины крови практически допускает, разумеется, ряд переходов одной фазы в другую прежде всего в зависимости от появления новых метастатических очагов во внутренних органах или нового поступления микробов из первичного очага.

Остановимся очень кратко на семиологии отдельных элементов и прежде всего белой крови.

Абсолютное число лейкоцитов не имеет решающего значения для предсказания, я видел смертельные случаи с умеренным лейкоцитозом. Абсолютные цифры не имеют решающего значения уже по одному тому, что число лейкоцитов колеблется в больших пределах в зависимости от времени исследования крови; так, во время потрясающего озноба кровь содержит меньшее число лейкоцитов, чем после него, наконец, при наличии очага в полном органе, лейкоцитоз меньше, чем, например, при тромбо-флеботических очагах.

Нейтрофилия сама по себе не характеризует еще тяжести инфекции; только отсутствие ее, при наличии синдрома септического заболевания, дает особенно плохой прогноз. Это более всего выражено, например, при агранулоцитозе. Важнейшим симптомом является состояние регенеративных процессов белой крови и большое увеличение сдвига влево; появление юных форм и форм раздражения надо считать важным симптомом, отягчающим предсказание.

Эозинофилы отражают, как мы видели, различные фазы борьбы. Полное отсутствие их является настолько же плохим в отношении прогноза симптомом, насколько появление их вновь после анэозинофилии считается добрым знаком, как говорят „утренней зарей выздоровления“. С тех пор как стала очевидной огромная роль Р—Э—С в деле борьбы организма с инфекцией, особенно большое значение получило исследование числа моноцитов в крови; значительное уменьшение их в крови надо считать прогностически неблагоприятным симптомом, также как постепенное увеличение моноцитов в крови свидетельствует о переходе процесса в высшую и благоприятную для макроорганизма стадию борьбы.

Септическое заболевание течет не монотонно, а толчками; эти толчки, зависящие от поступления в ткани через поток кровообращения все новых и новых генераций микробов, отражаются целиком и полностью на картине крови, на количестве и качестве ее отдельных элементов, почему картина крови и дает врачу представление о динамике борьбы и поэтому является лучшим *объективным* методом для оценки текущего момента ее и влияния на сепсис терапевтических факторов. Так, например, агранулоцитоз, алейкия Frank'a (Франк) и некоторые формы острых лейкоэмий представляют собою наиболее резко выраженные формы поражения крове-

творной системы септического происхождения. Эти редкие, а потому практически менее важные клинические проявления общего сепсиса рассматриваются даже отдельно, как болезни крови.

Весьма своеобразную картину крови при остром сепсисе мне пришлось наблюдать недавно у больного Т., 15 лет, заболевшего 5 месяцев тому назад лихорадкой ремитирующего и интермитирующего типа с резким опуханием обоих коленных суставов. Исследование крови при общей лейкопении (2500 L.) дало 78% *промиэлобластов* и *миэлобластов*; через две недели, при том же качественном составе крови, число лейкоцитов упало до 750 (!). Случай подробно описан моим сотрудником д-ром Россельсом.

Красная кровь только в отдельных случаях страдает первично при сепсисе, например, при алейкии Франка. Обычно имеется вторичная гипохромная анемия в весьма различных проявлениях, иногда встречаются поражения, напоминающие картины пернициозной анемии с типичными нормобластами, эритробластами и даже мегалобластами, пойкилоцитозом с цветовым показателем выше единицы. Наличие изменений со стороны белой крови дает возможность различать эти формы от Бирмеровской анемии. Оседание эритроцитов при остром сепсисе ускорено уже с самого начала и долго остается таким; здесь РОЭ имеет определенное и диагностическое, и прогностическое значение, как выражение глубоких биофизических нарушений организма.

Таким образом, синтетическое понятие старых врачей—*status septicus*, при анализе его, складывается из следующих главнейших симптомов: из характерного общего вида больного, состояния его пульса, вида языка, состояния и динамики температуры и картины крови. Сумма этих симптомов в различном их сочетании дает возможность поставить правильное распознавание болезни, определить форму острого сепсиса и часто установить прогноз его в каждом отдельном случае заболевания.

Мы не можем здесь останавливаться на особенностях клинических проявлений сепсиса в зависимости от локализации первичного очага или вторичных метастазов отдельных внутренних органов, это потребовало бы изложения целых отделов патологии внутренних органов. Для примера возьму только заболевание, ставшее теперь особенно частым—абсцессы легкого. На 69 случаев абсцесса легких я видел 10 септических метастатических из полости матки, от фурункула и т. д. В противоположность остальным 59-ти они все окончились смертельно и давали совершенно иную картину болезни, чем абсцессы неметастатические и именно *status septicus* резко отличал эти формы. Или эндокардиты. Мы отличаем септические эндокардиты от ревматических и в острых формах синдром *status septicus* облегчает распознавание их. Значительно труднее, конечно, отделять септические заболевания внутренних органов от несептических, когда дело идет о хроническом сепсисе, где *status septicus* часто не выражен, напр. при *endocarditis lenta*.

Какие же затруднения представляет практически распознавание острых септических заболеваний? Назовем здесь только наиболее частые заболевания, с которыми врачу приходится дифференцировать сепсис, в первую очередь *острые* инфекционные заболевания, клинически так же, как сепсис протекающие с лихорадкой, а главное—потрясающими ознобами. Прежде всего *малярия* в тех местах, где она

эндемична, или, если у больного была раньше малярийная инфекция и можно думать, что хирургическое вмешательство или роды дали провокацию малярии. Наряду с рядом симптомов, общих для обоих заболеваний,—отметим, что малярии чаще свойственны ознобы в первую половину дня, септические же заболевания дают, как правило, ознобы в послеобеденные часы, но особенно существенна для диагноза картина крови, дающая при малярии лейкопению без сдвига лейкоцитарной формулы влево при наличии эозинофилов и особенно моноцитоза. *Гриппозные* заболевания могут также давать очень трудные для отличия от сепсиса случаи, и здесь лейкопения, нейтропения и наличие эозинофилов говорят в пользу гриппа и против сепсиса, если дело идет об остром заболевании.

Милиарный туберкулез отличается от сепсиса наличием цианоза, одышки, катарральными явлениями со стороны легких, наличием характерных изменений со стороны глазного дна и опять характерной картиной крови с лейкопенией, нейтропенией, с небольшим только сдвигом влево при лимфопении. В отношении *брюшного тифа* наличие синдрома status typhosus вместо синдрома status septicus, замедление пульса вместо учащения его и полное отсутствие эозинофилов при лейкопении и нейтропении с прогрессирующим лимфоцитозом и моноцитозом дают достаточно опорных пунктов для отличия от септических заболеваний. Ягич и Шпенглер считают, что уже одна единственная эозинофильная клетка говорит в сомнительном случае против брюшного тифа. Отметим еще, что брюшной тиф не дает с самого начала болезни и значительного ускорения оседания эритроцитов, как это бывает при сепсисе. Большие затруднения могут возникнуть при клинических формах, протекающих как *острый ревматизм*. Ряд симптомов свойственны, как известно, тому и другому заболеванию, что и дает основание многим авторам считать острый ревматизм септическим заболеванием (Стражеско). Наличие типичных кардиальных явлений, отсутствие постоянного учащения пульса, отсутствие резко выраженных ознобов, лейкоцитоз с малым сдвигом влево с наличием эозинофилов говорит в пользу несептической природы острого ревматизма в отдельном случае. У ревматиков не бывает status septicus. Мы не будем останавливаться на ряде заболеваний, протекающих с экзантемами, как скарлатина, корь, где могут возникать трудно разрешимые диагностические задачи; эти случаи дают основание говорить о смешанных инфекциях, как скарлатинозный сепсис, тифозный сепсис, коревой сепсис, пнеймонический сепсис, менингеальный и т. д. Не меньшие, если не большие затруднения представляет распознавание сепсиса, когда налицо имеются *местные* явления со стороны того или иного органа, являющегося входными воротами для сепсиса. Основным вопросом является, имеются ли, кроме первичного очага, еще метастатические септические очаги. Наличие бактериэмии в этих случаях не только не облегчает, но даже затрудняет диагноз. В отношении этих случаев и картина крови не разрешает вопроса и только внимательное сопоставление всех симптомов, составляющих синдром status septicus, приводит врача к решению вопроса, имеет ли он пред собою *только местные* или также и *общее* септическое заболевание. Надо, однако, помнить о целом ряде подострых форм, где местный процесс, давая периодически бактериэмию, может быть в конце концов источником септических метастазов; здесь начинают стираться грани между местной и общей инфекцией.

III.

По Лешке от 2% до 3% населения Берлина умирает от сепсиса. Если иметь в виду, кроме острого сепсиса, еще и хронический, то совершенно очевидно, что смертность от сепсиса значительно возрастает. Трудно сказать, какую роль играют септические заболевания в вопросах потери трудоспособности полной и временной. Мы хорошо знаем, например, что количество субфебрильных заболеваний в нашей амбулаторной практике чрезвычайно велико и что не малую роль, кроме туберкулеза, играют здесь септические инфекции. Во всяком случае одни грозные септические процессы, ставящие перед врачом вопрос о жизни больного, далеко еще не исчерпывают проблему сепсиса, как болезни, увеличивающей заболеваемость и отрывающей от производства многие тысячи трудящихся. Уже одно это выдвигает вопрос о профилактике септических заболеваний и мерах общественной борьбы с сепсисом. Но и каждое индивидуальное заболевание сепсисом должно иметь в виду профилактику его. Здесь дело уже идет о настоящей профилактической терапии.

Именно у нас в Союзе должен быть во весь рост поставлен вопрос о профилактике септических заболеваний, как острых, так и хронических. Я не считаю нужным подчеркивать огромное значение нашего нового быта, как могучего профилактического средства в отношении укрепления макроорганизма, напомним только о физкультуре, о пролетарском туризме, о правильном общественном питании. А действительное, конкретное проведение санминимума? а борьба за правильно поставленную баню и стирку белья? Я хочу только перечислить профилактические меры, ближе стоящие к делу предупреждения септических заболеваний. Гинекологи и акушеры лучше нас скажут об огромном значении консультации для матерей в вопросах предупреждения послеродового сепсиса, о правильной подаче акушерской помощи при родах и, наконец, что особенно существенно, об урегулировании вопроса об абортах, как мере социальной борьбы не только с сепсисом, как с острым заболеванием, но одной из самых частых причин хронического сепсиса. Этот вопрос заслуживает внимания терапевта не меньше, а может быть больше, чем гинеколога, потому, что к нам приходят больные с так называемым криптогенным сепсисом, криптогенность которого заключается только в том, что мы не знаем, когда и при каких условиях были открыты ворота для сепсиса при производстве последнего аборта. Широкая общественная борьба с абортom, производимым в антисанитарных условиях, разработка социальных мер защиты женщины при необходимости идти на аборт, при условиях, не дающих полной гарантии от сепсиса—острого и хронического—это большая и заслуживающая внимания всех врачей задача. Не даром Шоттмюллер, именно, на материале больных после абортов построил свое учение об *endocarditis lenta*. Борьба с очаговой инфекцией должна начинаться, разумеется, значительно раньше, чем станут актуальными очаги дремлющей инфекции. Это относится, главным образом, к своевременной санации полости рта и зубов, которая должна начинаться с самого раннего детского возраста и составляет величайшую и благодарнейшую задачу советских стоматологов. Сюда относится также забота об удалении очагов инфекции из полости зева, носоглотки, ушей и придаточных полостей черепа. Вопрос, разумеется, заходит далеко за

пределы одной тонзиллэктомии, что, конечно, несколько не умаляет огромной заслуги Pässler'a (Пэсслер), указавшего спасительное влияние удаления миндалин при уже существующем сепсисе.

Сюда относится также своевременное распознавание и удаление гнойных очагов внутренних органов, гнойного аппендицита, протекающего, как я видел много раз, почти бессимптомно, но особенно гнойного холецистита и гнойного пиелита.

У нас в Союзе имеется в руках могучее средство провести профилактику септических заболеваний. Это правильно поставленная диспансеризация. Я трижды подчеркиваю—*правильно поставленная диспансеризация*, п. ч. одна только регистрация первичного очага, если она и производится,—разумеется, не ведет еще ни к чему. Уже и в капиталистических странах, но совершенно из иных соображений, главным образом материальной заинтересованности страховых обществ, широко дебатруется и практически проводится вопрос о раннем распознавании болезней. Едва ли кто будет отрицать, что раннее распознавание септического первичного очага лучшее профилактическое средство от появления вторичных метастазов, сумма которых и составляет по существу острое септическое заболевание. Я считаю нужным отметить, что в отношении профилактики септических заболеваний, как острых, так и в особенности хронических, огромная роль принадлежит врачам правильно поставленного здравпункта—этого нового и могучего метода борьбы за снижение заболеваемости. Поэтому, перед нами стоит задача широкой информации врачей о септических заболеваниях внутренних органов, которые до сих пор мало останавливали на себе внимание. Это и является задачей данной статьи. Но и здесь, как и в очень многих других областях нашего хозяйства и производства, вопрос должен, разумеется, идти не только о количестве, но и о *качестве* нашей работы, а в вопросах профилактики сепсиса особенно о качестве, так как открыть и удалить первичный очаг требует контактной, напряженной и высококвалифицированной работы ряда специалистов в диспансере и упирается прежде всего в вопросы наличия кадров специалистов-врачей.

Профилактическая терапия сепсиса в каждом отдельном случае может совпадать с *лечением* самого заболевания. Надо определенно сказать с самого начала, что едва ли можно рассчитывать на чисто этиологическую терапию сепсиса, как, например, при дифтерии, возвратном тифе, малярии, сифилисе и друг. инфекциях. Поэтому, *каузальная* терапия должна иметь прежде всего в виду *удаление септического очага*. Дело идет здесь не только об удалении первичного очага, это совпадает, разумеется, с профилактикой септического заболевания, а также о хирургическом лечении септических метастатических очагов вообще, потому что решают судьбу больного не сами ворота инфекции, а врач, который проник через эти ворота и окопался в отдельных местах на территории организма. Так, в вопросе о значении тонзиллэктомии несомненно прав Шотмюллер, когда говорит, что удаление миндалин не гарантирует часто излечения септических заболеваний потому, что дело идет о септических очагах не в миндалинах, а в септическом тромбофлебите и лимфангите *по соседству* с миндалинами. Этим именно и объясняется, почему при септическом эндокардите, септических формах ревматизма и вообще при хроническом сепсисе оперативное удаление первичного очага

часто не дает положительного результата. Здесь каузальная терапия пришла слишком поздно. Из значительного числа собственных наблюдений я остановлюсь только на упомянутом уже случае менингококкового сепсиса, дававшего в течение $2\frac{1}{2}$ месяцев почти ежедневно жестокие лихорадочные приступы с температурой выше 40° и трактовавшегося как малярия. Удаление первичного очага—одного только больного зуба—излечило больного. Своевременное удаление септического очага внутренних органов, например, червеобразного отростка и особенно желчного пузыря и почечной лоханки, разумеется, является лучшим видом каузальной терапии; дело упирается, однако, здесь, как мы уже подчеркивали, в *раннее* распознавание заболевания и своевременную постановку вопроса о хирургическом вмешательстве. В отношении хирургического вмешательства надо иметь еще в виду, что не одно удаление септического очага, но целый ряд сложных процессов перестройки организма, сопровождающих операцию—наркоз, местная реакция со стороны тканей, некоторый распад тканей и т. д. в сумме могут влиять как неспецифическая раздражающая терапия, дающая в известных случаях благоприятные результаты.

К каузальной терапии относятся попытки влиять на размножение микробов в организме, ослабляя или уничтожая их в крови и в тканях. Бактерицидные сыворотки, по единодушному мнению авторов, непосредственного влияния на течение септических заболеваний — не имеют. Меуер говорит, что замечается новая волна интереса к лечению стрептококковыми сыворотками после значительного охлаждения к ним, но все же, однако, подчеркивает, что результаты получаются здесь, как это видели Citron, Leschke и друг., от комбинированной терапии с переливанием крови и хемотерапией—(риваноль). Большие надежды поэтому возлагались на непосредственную антисептическую терапию. Уже основоположники современной бактериологии и иммунотерапии—Кох, Беринг и Эрлих—как известно, скептически относились к возможности внутренней дезинфекции. Тем не менее практически предложен целый ряд *химических* веществ для лечения сепсиса. Мы только перечислим некоторые из них. Сюда относятся ряд препаратов серебра в коллоидной среде. Мнения авторов о результатах лечения острого сепсиса препаратами серебра очень расходятся.

Предложены колларгол 1% раствор 2—3 куб. снт. внутривенно; можно применять его и в виде клизмы из 50 куб. снт.—1—2% раствора, а Electralgol или Electrocollargol—в виде сильных и слабых разведений по 1—2 ампулы и особенно Dispargen 2% раствор 2—5—10 куб. снт. внутривенно или в 50 к. с. виноградного сахара в клизме.

Вторую группу хемотерапевтических средств составляют препараты *хинина*. Сюда относятся Optochin, Eucuprin и Vuzin. В последнее время рекомендуется соединение хинина с лецитином—Phosvizin (Böttner, Бэгнер). Несомненно, при подозрении на пневмококковый сепсис, лечение препаратами хинина показано и может дать неплохие результаты.

Третья группа—это *красящие* вещества. Сюда относятся: Tripoflavin (2% раствор внутривенно 10—80 куб. снт.), он противопоказан при нефритах; генциан-виолет, и особенно Rivanol—раствор 1 : 1000 внутривенно 50—100 куб. см.

Предложен также целый ряд комбинаций серебра с красящими веществами, как Argochrom 0,05—0,2 внутривенно и Merkurchrom в разведении 1:100.000. Несмотря на благоприятные результаты, полученные при лечении серебром, препаратами акридинового ряда в комбинации их между собою—авторы единодушно высказываются за то, что все эти вещества непосредственного бактерицидного значения не имеют и дело идет не о влиянии их непосредственно на микроорганизм, а об укреплении основных факторов борьбы макроорганизма против инфекции, а потому все эти средства нельзя считать специфическими при сепсисе.

К специфической терапии сепсиса некоторые относят и вакцино-терапию. Однако целый ряд авторов (Finkelstein и друг.) утверждают, что и здесь дело идет скорее о неспецифической терапии. Мнения авторов расходятся также в вопросе о том, какая вакцина дает лучшие результаты—аутовакцина или гетеровакцина. Попытка применения антитоксической сыворотки тоже дала противоположные результаты; за последнее время Warnekros, Hermann и Heider опубликовали, однако, вновь благоприятные результаты лечения антитоксическими сыворотками. Отсюда попытка лечить сепсис сывороткой выздоравливающих больных и, наконец, просто введением нормальной человеческой сыворотки. Неполноценность специфической терапии сепсиса вполне совпадает с современными представлениями о лечении инфекционных болезней вообще, переносящим, как известно, центр тяжести активного врачебного вмешательства с микро-организма на макро-организм и поэтому при септических заболеваниях, где реакция организма на неспецифический вирус в конечном счете решает вопрос о самой форме сепсиса и о течении его, терапия должна быть именно на этих путях помочь организму в его борьбе с инфекцией.

Это по существу своему *симптоматическая* терапия играет тем более важную роль, чем дольше затягивается борьба макроорганизма с септической инфекцией, т. е. чем более хроническим становится сепсис.

Незачем подчеркивать, что именно септические больные требуют лучшего общего ухода, вентиляции помещения, пребывания на чистом воздухе (террасы в больницах). Усиленное питание наталкивается на отсутствие аппетита, здесь уместно лечение небольшими дозами *инсулина* одновременно с вливанием *глюкозы*.

Весьма разноречивы мнения о типе диеты, наиболее выгодной для больного, и если Зауербрух считает необходимым повышать кислотность тканей путем соответствующего режима, то другие рекомендуют сделать среду организма более щелочной и вводить 10—20 гр. *Natri bicarbonici*. Вино особенно часто назначается при гинекологическом сепсисе, при септических заболеваниях внутренних органов оно не показано в виду наличия патологических процессов со стороны сердца, сосудов, печени и почек. За последнее время рекомендуют давать больным печень, особенно при более хронических формах сепсиса с явлениями малокровия. Несомненно большое значение имеет достаточный подвоз витаминов, о чем так легко забывают при нашем больничном пищевом режиме и что я считаю необходимым еще раз подчеркнуть здесь.

Явления со стороны сердечно-сосудистой системы требуют особенно внимательного отношения. Здесь не показаны чисто сердечные средства—дигиталис и адонис, пока не появится выраженная асистолия;—камфора,

адреналин, питуитрин, стрихнин дают лучшие результаты. Высокая лихорадка не является показателем для жаропонижающих. Кроме систематических обтираний и тепловатых обертываний, пирамидон и хинин дают иногда неплохие результаты.

Одновременно с этими общими, укрепляющими весь организм, средствами врач имеет в своем распоряжении большой ряд средств, влияющих на те аппараты и функции, которые в конечном счете определяют реакцию организма на инфекцию и исход борьбы с нею. Такое активное вмешательство врача известно под общим именем *неспецифической* терапии. Уже один тот факт, что искусственно вызываемая инфекция может излечить организм от другой инфекционной болезни, например, прививка малярии от сифилиса, говорит о возможности такого активного вмешательства врача в борьбу организма с вирусом.

К активной неспецифической терапии относится все то, что раздражает отдельные системы, принимающие участие в борьбе и в первую очередь ретикулоэндотелиальный аппарат. Однако не все то, что входит в обширную область *неспецифической* терапии, применимо при септических заболеваниях внутренних органов. Так опыт показывает, например, что парентеральное введение протеннов, молока, казеозана и друг. не переносится больными при сепсисе, и лучше вовсе не прибегать к ним (Matter, Donath и Saxl). Вопрос о переливании крови и пользе его остается еще открытым. Не отрицая благоприятного влияния его в отдельных случаях, особенно когда в результате сепсиса появляется тромбоз и резко выраженная анемия, надо все же отметить, что особенно больших надежд на одно переливание крови тоже возлагать нельзя. В отдельных случаях наблюдаются все же неожиданные и разительные результаты. Так, в выше упомянутом нашем случае у больного Т. с миелобластической реакцией крови и с лейкопенией до 750, где вся наша терапия была безуспешной, повторное переливание крови прекратило пятимесячную лихорадку, причем без всякого другого лечения исчезли огромные опухоли суставов и картина крови приблизилась к нормальной, у больного неожиданно наступило выздоровление, правда, непрочное.

Бир в свое время предложил оперативное вмешательство с прижиганием большой поверхности подкожной клетчатки передней брюшной стенки каленым железом, как метод неспецифической терапии. Мне пришлось, правда только в одном случае *endocarditis lenta*, видеть плохой результат от этого вмешательства. Целый ряд авторов видит в вакцино-терапии ауто-и гетерогенной, в применении нормальной сыворотки, в аутогематотерапии все ту же неспецифическую терапию и этим именно, а не специфическим их влиянием объясняют и оправдывают применение вакцин и сывороток.

Отрицая специфическое влияние коллоидального серебра, красящей терапии (риваноль) и многочисленных соединений металлов и красок, как *Argochrom*, *Merkurchrom*, *Argoflavin* и иодистых препаратов (раствор *Pregl's*) как бактерицидных и дезинфицирующих средств, все же нельзя отрицать в целом ряде случаев весьма благоприятное влияние их на течение процесса и это находит свое объяснение в раздражающем влиянии всех этих веществ на ретикуло-эндотелиальный аппарат. В ряде экспериментальных и клинических работ проф. Виленский в моей клинике показал, что учение об активной мезенхиме должно быть значительно рас-

ширено и что вопросы блокады Р. Э. С. имеют особенно большое значение в борьбе с инфекциями и это подводит теоретическую базу под применение названных препаратов. Для получения лучших результатов при этой блокирующей терапии рекомендуют активировать Р. Э. С. введением 1 куб. снт. питуитрина за 10 минут до инъекции антисептических красящих веществ и их соединений с металлами. Имеются наблюдения, что особенно большую пользу приносит *комбинированная* терапия, например, применение стрептококковой сыворотки с внутривенной вакцинацией убитыми риванолом стрептококками. Меуер рекомендует 4 дня краду подкожно вводить 25—50 куб. снт. сыворотки и через 3—4 дня внутривенно риваноловую вакцину, начав с 100.000 микробных тел и доводя до 500 милл. этих тел.

Несколько отдельно стоит неспецифическая терапия путем образования абактериальных абсцессов путем введения 2—3 куб. снт. *скипидара*. Это по существу очень старое средство и, главное, совершенно безвредное, вновь привлекает внимание врачей и его можно рекомендовать как один из методов неспецифической терапии. Сюда же до известной степени относится предложенный Милютиной *бутироль*—смесь сливочного и растительного масла, где имеется в виду повысить липолитическую способность крови и тканей и вводить липоидный витамин. К методам *неспецифической* терапии относятся внутривенные вливания 40% уротропина, 5—10—15 куб. снт., к которым надо относиться с осторожностью при наличии септической нефропатии, но все же отлично действующие при пиелитах, а также вливание слабых растворов азотнокислого серебра по Нуме (Хуме), дистиллированной воды по Илькевичу, препаратов кальция (5% раствора 10—20 куб. снт. или 1% раствора 100—150 куб. снт.). За последнее время предложены вливания 10—20% алкоголя в 500 куб. снт. физиологического раствора. Все же одним из наиболее сильных средств неспецифической терапии считают переливание крови при сепсисе.

Дело при всех этих методах идет о перестройке организма (Umstimung немецких авторов), слагающейся из целого ряда электродинамических и мн. друг. ближе нам еще неизвестных процессов.

Многочисленные предложения влиять неспецифической терапией на течение сепсиса свидетельствует о том, что в каждом отдельном случае врач имеет пред собою весьма трудную и ответственную задачу выбрать соответствующую случаю терапию, улучшающую условия борьбы организма с септической инфекцией. Здесь нельзя дать исчерпывающего стандартизованного лечения, здесь до сих пор не существует лучшего всеми признанного метода лечения, который можно было бы признать методом выбора, и дело врача в отдельном случае ухватиться за нужное звено терапии. Большие трудности представляет собою *оценка результатов лечения*. Чрезвычайное разнообразие течения сепсиса в зависимости от поступления новых отрядов микроба из метастатических очагов и крайней изменчивости реакции организма заставляет относиться очень осторожно к оценке лечения сепсиса тем или иным средством и лучшим критерием надо считать систематическое, м. б. ежедневное, исследование картины крови во всех направлениях; переход нейтрофильной фазы в моноцитарную и особенно в лимфоцитарную, появление эозно-

филов, выравнивание сдвига лейкоцитарной формулы должны документировать успехи лечения в острых случаях сепсиса.

К сожалению, именно здесь наблюдается так часто расхождение между впечатлением врача и объективными результатами исследования крови.

Лечение острых септических заболеваний представляет, как мы видим, очень трудную задачу. В стремлении ухватиться за нужное и наиболее верное звено длинной цепи предлагаемых для лечения средств врач нередко склонен применять все их одновременно, чтобы не упустить дорогое время,—целается ряд внутривенных вливаний уротропина, кальция, аутогемотерапия, серотерапия, вакцинотерапия и быстро переходят на колларгоид, риванол и т. д. В этой *полипрагмазии*, которая сама по себе может быть вредной, слишком часто забывают об основном — об *укреплении* всего организма. С другой стороны, исходя из отсутствия специфических средств и крайне разноречивых результатов применения отдельных лечебных факторов, врач склонен все предоставлять естественному течению вещей.

Hufeland—Гуфельанд (1762—1836), знаменитый врач конца XVIII и начала XIX века, говорил: „Две ошибки бывают у врача: либо он остается слишком пассивным, мало делает, предоставляя все лечение самой природе, либо он слишком активен, чересчур много делает, рассчитывая только на себя“.

Той и другой ошибки врач должен избежать при лечении острых септических заболеваний внутренних органов.

Из Клиники профпатологии Казанского гос. медицинского института
(Директор проф. З. И. Малкин).

Определение основного обмена по формуле Read'a.

М. А. Нимцовицкая.

Исследование основного обмена имеет большое клиническое значение как метод функционального испытания эндокринной системы; знание основного обмена важно не только потому, что оно помогает нам распознавать гипер- и гипофункцию щитовидной железы, особенно при мало характерной клинической картине, но и потому, что при помощи систематического исследования газообмена можно получить данные для суждения об успехе терапевтических мероприятий.

Несмотря на значительные упрощения методики, исследование основного обмена еще не получило всеобщего распространения в клинике. Методы Цуюц-Гепперта и Дуглас-Голдена требуют для определения газообмена наличия газовых часов, сложной аппаратуры и большой опытности со стороны исследователя; довольно сложен и аппарат Бенедикта, особенно удобным для клинических целей является аппарат Крюга. К сожалению, в условиях нашей клинической и больничной обстановки мы далеко не всегда располагаем этими аппаратами и фактически лишены возможности пользоваться одним из лучших вспомогательных средств для диагностики и прогноза тиреотоксикозов и гипоти-

реозов; поэтому-то мы заинтересовались формулой Read'a для вычисления основного обмена, применяемой в клинике проф. U m b e r'a. Read, убежденный, на основании своих наблюдений и наблюдений других авторов, в том, что существует корреляция между основным обменом с одной стороны и пульсом и амплитудой кровяного давления—с другой, предложил вычислять основной обмен по формуле без сложной аппаратуры, пользуясь гемодинамическими данными. Им были рекомендованы следующие формулы:

1) Основ. обмен = $(\Pi + \text{Ампл}) - \Pi$, где Π = количеству пульсовых ударов в 1'. Ампл. = амплитуде кровяного давления.

2) Основной обмен = $0,683 (\Pi + 0,9 \text{ Ампл}) - 71,5$.

3) Основной обмен = $0,75 (\Pi - 0,74 \text{ Ампл}) - 72$.

Чаще других применяется последняя формула.

При пользовании этой формулой Read ставит неперенным условием соблюдение всех правил, необходимых для определения основного обмена, т. е. исследование кровяного давления и счет пульса натошак, при абсолютно спокойном положении. Далее он указывает, что не подходит для определения основного обмена по формуле больные с декомпенсацией сердечной деятельности, почечные больные с отеками, гипертонии с максимальным кровяным давлением выше 150 ртутного столба, больные, страдающие аритмиями и приступами тахикардий. Read, определивший основной обмен у 600 чел. при помощи аппарата и по своей формуле, строго соблюдая вышеуказанные условия, получил значительные расхождения только в 10% всех случаев, в 60% им отмечено почти полное совпадение данных.

В клинике U m b e r'a проверка этой формулы (100 чел.) дала очень хорошие результаты: в 35% всех случаев основной обмен, вычисленный по формуле, почти полностью совпадал с данными, полученными при определении его посредством аппарата Крoга, в 29% были расхождения в пределах от 5 до 9%, в 27%—расхождения были несколько больше (от 10 до 19%) и только в 9% всех случаев отмечено значительное расхождение данных, причем это были, в подавляющем большинстве, случаи тиреотоксикоза, сопровождавшиеся ненормальной брадикардией или резко выраженной тахикардией. Большой интерес представляют наблюдения клиники U m b e r'a, что в тех случаях, когда к исследованию основного обмена присоединялось испытание специфически-динамического действия пищи, получилось почти полное совпадение кривых, т. е. цифры основного обмена, вычисленные по формуле Read'a и посредством аппарата Крoга, почти совпали.

Хотя формула Read'a требует дальнейшей проверки, мы все же сочли возможным использовать ее для вычисления основного обмена, чтобы выяснить, в какой степени эти данные совпадают с клинической картиной. Мы строго соблюдали указания Read'a—КД и пульс определялись у больных натошак в горизонтальном положении, причем больных предупреждали накануне, чтобы до прихода врача они не вставали, не умывались.

Привожу некоторые из своих клинических наблюдений.

Б-ной Давл. 24 лет, поступил в клинику 19/XI 1932 г. из-за опухоли на шее и одышки. Временами отмечает затруднение глотания. Болен около месяца. До этого никогда ничем не болел. Родители, братья и сестры здоровы.

Объективно: Б-ной пикник, с хорошо развитым подкожным слоем. Вес тела 64,7 klgr. На лице, боковых частях шеи, подключичных ямках и нижних конечностях отмечается пастозное утолщение кожи. Кожа холодная, сухой кончик носа, губы синюшны. Щитовидная железа сильно увеличена (с кулак взрослого человека).

При перкуссии легких притупление перкуторного звука над и под ключицами. При аускультации нормальное везикулярное дыхание. Границы сердца: верхняя — верхний край 4-го ребра, правая — по правой стеральной, левая — на 1—1½ заходят на сосковую линию. При аускультации систолический шум на верхушке сердца. Пульс ритмичный 50—55 в 1'. Кровяное давление шах.—90, min.—70.

Рентген: у грудино-ключичного сочленения с обеих сторон определяется трапецевидная тень (щитовидная железа). Сердце — треугольной формы, с расширением вправо и влево. В моче ничего патологического.

20/XI. КД 90/70. П—53 в 1'. Основной обмен, вычисленный по формуле Read'a, резко понижен и равняется—21%.

22/XI. КД 90/70 Р. 54. Осн. обмен = —21%. Назначен тиреоидин по 0,1 3 раза день.

24/XI. Объективно—idem. Вес тела 65,6. Тиреоидин по 0,2 3 раза в день.

26/XI. Самочувствие удовлетворительное, одышка меньше. Количество мочи резко увеличилось.

КД 100/65 П—55 в 1'. Основной обмен по формуле Read'a = —12%.

1/XII. Самочувствие б-го хорошее. Щитовидная железа уменьшилась.

КД 110/70 П—50 в 1'. Осн. обмен = —12%.

4/XII. Щитовидная железа величиной с куриное яйцо, значительно уменьшилась одышка и размеры сердца.

КД 105/70 Р. 56. Осн. обмен = —9%.

10/XII. Больной выписывается. Самочувствие его резко улучшилось, жалоб на одышку нет. Щитовидная железа размером с грецкий орех. Границы сердца—N. При аускультации систолический шумок на верхушке сердца. Пульс 63 в 1'. Максимальное кровяное давление повысилось до 105 mm рт. столба, min.—65. За время лечения б-ной потерял в весе 4 klgr. Нужно отметить, что, наряду с уменьшением щитовидной железы, улучшением общего состояния, явлений со стороны сердечно-сосудистой системы, отмечается и нарастание основного обмена, вычисленного по формуле Read'a до—4%.

Б-ная Сер., 25 лет, проделала паратиф с 5-недельным лихорадочным периодом; уже около 2-х недель ¹⁰ колеблется в пределах от 36°6 до 37° 3, причем б-ная жалуетса на сильную слабость, сердцебиение, чувство жара, потливость и бессоницу. Appetit понижен. Третий месяц отсутствуют menses.

Объективно: Астеничка, подкожно-жировой слабо развит. Бледновата. Щитовидная железа несколько увеличена. Границы легких и сердца в пределах нормы. При аускультации легких нормальное везикулярное дыхание. При аускультации сердца громкий 1-й тон на верх. и акцент 2-го тона на аорте. Пульс ритмичный 10—110 в 1', КД 120/90. Выраженный красный дермографизм, симптом Мёбиуса положит. Тремор рук. Печень и селезенка не прощупываются. При повторной рентгеноскопии в легких очаговых изменений не обнаружено. Р. 0. Э.—8 mm в час по Панченкову (во время паратифа 25—35 mm, Z—6000, отмечен лимфоцитоз (—34% Ly).

25/VIII. Основной обмен, вычисленный по формуле Read'a, резко повышен +30% (КД 120/90 Р. 102 в 1'). Б-ной был назначен анттитиреоэкрин по 1 табл. 3 р. в день.

31/VIII. Самочувствие б-ной улучшилось—стала спокойней, спит удовлетворительно, потеть меньше, но сердцебиение еще беспокоит больную. Тремор рук резко выражен. Основной обмен+19% (КД 120/80. Пульс 92 в 1').

7/IX. Самочувствие хорошее. Б-ная прибавила в весе 2 klgr. Appetit и сон удовлетворительны. Жалоб на сердцебиение нет. Т° N. Основной обмен все же еще остается повышенным+11%. Б-я выписывается. 22/IX б-ная показалась. Антитиреоэкрин принимала аккуратно. Чувствует себя удовлетворительно. Т° N. Жалуетса на плохой сон и „нервность“. Изредка бывают сердцебиения. Симптом Мёбиуса и тремор рук выражены.

Из этих двух примеров видно, что определение основного обмена дало нам возможность судить об успехе терапевтических мероприятий и, по-

жалуй, отчасти помогло нам разобраться во втором случае, где клиническая картина тиреотоксикоза была мало характерной.

Определение основного обмена по формуле Read'a, при увязке его со всей клинической картиной, помимо этих двух случаев, помогло нам разобраться и в ряде других случаев. Б-ная Гад. была прислана с диагнозом „гипертиреоз“, но здесь основной обмен оказался пониженным ($-12^0/0$) и, при внимательном обследовании, выяснилось, что, кроме зоба, у б-ной оказались пастозность кожи, толстые губы, сонливость, вялость, депрессия, падение трудоспособности и, со стороны сердечно-сосудистой системы, расширение сердца влево и вправо, брадикардия, гипотония. Почти такая же картина наблюдалась у б-ной Вал., только здесь на первый план выступали явления со стороны сердца, щитовидная железа же увеличена незначительно. Основной обмен при поступлении понижен ($-8^0/0$). Б-ной был назначен тиреоидин. Через 10 дней при выписке самочувствие б-ной резко улучшилось, основной обмен, высчитанный по формуле, равняется $+2^0/0$. Этим лишний раз подчеркивается значение определения основного обмена при *forme fruste* микседемы.

В целом ряде других случаев мы получали совпадение величины основного обмена, высчитанного по формуле Read'a, с клинической картиной. Считаем только нужным указать на то, что данные основного обмена, высчитанные по формуле Read'a, могут часто вводить в заблуждение, если недостаточно критически отнестись к ним. У ряда больных, несмотря на имеющиеся явления тиреотоксикоза, основной обмен, высчитанный по формуле, оказался нормальным (б-ные Аб., Бер., Мос., Ен.) или отмечено лишь незначительное повышение его (Вин., Вас., Вар. и др.). Тут необходимо учесть указания некоторых авторов, что при тиреотоксикозах иногда, при нормальной частоте пульса, основной обмен уже оказывается резко повышенным. Это обстоятельство, конечно, должно быть принято во внимание при определении основного обмена по формуле Read'a.

В заключение необходимо отметить, что формула Read'a, как и всякая другая математическая формула, претендовать на полное отражение биологических процессов не может, но если дальнейшая проверка и наблюдения покажут ее пригодность для определения основного обмена, то данные о повышенном или пониженном основном обмене будут служить для практического врача подспорьем в диагностике гипер- и гипотиреозов щитовидной железы.

Литература. Read, J. amer. med. Assoc. № 38, 1922.—Read, Arch. of int. Med. № 34, 1924.—Usher, D. M. W. № 33, 1932.

Из факульт. терапев. клиники Одесск. мед. ин-та (зав. проф. Л. Б. Бухштаб).

Эссенциальная тромбопения и спленэктомия.

Е. С. Гликсберг.

Заболевания, известные под названием геморрагических диатезов, с прошлого столетия претерпели явную дифференциацию,

Благодаря клиническим изысканиям и уточнившимся лабораторным исследованиям выкристаллизовался ряд заболеваний: гемофилия, как наследственное страдание, идущее по рецессивному признаку, основным признаком которого является изменение процессов свертываемости крови; скорбунтические заболевания на почве авитаминозных нарушений; было выделено заболевание Werlhof'a—которое сопровождается понижением тромбоцитов крови; была намечена группа аллергоподобных заболеваний, как, например,—пурпура Schönlein-Henoch'a, в основе которой лежит воздействие на сосуды гистаминоподобных веществ эндогенного характера.

Но если более углубленное изучение этих заболеваний все более уточнило их диагностику, выяснило ряд данных, связанных с патогенезом, клиникой и терапией этих заболеваний, то постепенно накапливающиеся наблюдения, анализ клинических фактов, сопоставление и сравнение данных в последние годы дало возможность вновь перебросить мост между отдельными формами геморрагических диатезов.

Это не стерло индивидуальности этих заболеваний, как определенных нозологических форм,—только бросило больший свет на вопросы патогенеза, указало связность всех моментов, участвующих в сложном явлении остановки кровотечения.

Особенно отчетливым был этот сдвиг в отношении эссенциальной тромбопении. Это заболевание, описанное впервые Werlhof'ом в прошлом столетии, в дальнейшем было яснее очерчено благодаря обнаружению основного симптома—уменьшения количества тромбоцитов, открытых Гайемом. Указание другого отличительного признака этого заболевания—удлинения времени кровотечения (Duke) также явилось этапом, важным в смысле большей дифференциации этого заболевания.

В 1915 г. Франк и почти одновременно Каднелъсон еще более выделили тромбопению, как основной патогенетический момент, и, исходя из различных точек зрения, определили роль селезенки при этом заболевании.

В основе взглядов Франка лежит понятие об усилении тормозящего влияния селезенки на костный мозг, что ведет к уменьшению продукции тромбоцитов. Каднелъсон считает причиной тромбопении усиленную гибель тромбоцитов благодаря повышенной тромболитической функции селезенки.

Вот почему он и предложил спленэктомию, как кардинальный метод лечения.

В последнее время, благодаря накопившимся уже данным на основании изучения материала с целью выработки показаний к спленэктомии и наблюдению результатов после этого оперативного вмешательства, выявляются факты, указывающие на то, что патогенез этого заболевания

сложнее; что тромбопения—симптом наиболее яркий, но не объясняющий сущности заболевания в целом. Особенно демонстрируется это случаями, где после спленэктомии наступает явное выздоровление при невысокой цифре тромбоцитов. Основным и наиболее важным моментом является состояние сосудов, вопрос, занимающий наиболее значительное место в главе о геморрагических диатезах. Изучение функциональной их способности, изучение механизмов, участвующих в остановке кровотечения и тесно связанных с функцией сосудов, роль эндогенных факторов, влияющих на то или иное состояние их—все эти моменты стоят в поле зрения в настоящее время при изучении также и эссенциальной тромбопении.

Наряду с этими данными изучение вопроса о тромбопении выявило ряд стертых форм (Левит), способствующих вскрытию фамильного характера этого страдания,—момент, сближающий тромбопению с гемофилией и не могущий в настоящее время быть резкой гранью между этими заболеваниями, как это считалось раньше.

Таким же симптомом пограничного характера, сближающим разные формы геморрагических заболеваний, является наличие анафилактических моментов. Описаны случаи тромбопении, сопровождающиеся крапивницей, зудом, аллергией по отношению к белковым веществам. (Weil). Случаи эти близки к типу заболеваний, выделенных как формы Schönlein-Henoch'a.

С точки зрения этих трех указанных моментов представляет интерес наблюдавшийся нами в фак. терап. кл. случай. Помимо клинического интереса он представляет важность также в смысле благоприятных результатов спленэктомии, наблюдающихся на протяжении 5 лет.

В 1926 году нами подверглась исследованию семья больной Г. Данные приводим вкратце:

1. С. Г.—мать больной, 52 лет. Считает себя здоровой. Временами небольшие боли в области сердца. Геморрагических явлений не было. Menstrua с 12 лет. Во время родов кровотечения не было. Болела брюшным тифом. Обычно весной—кашель с мокротой. Мать ее (бабушка б-ной) умерла от туберкулеза легких 18 лет через 10 дней после родов. Братья и сестры бабушки в числе 18 человек все умерли от ТБС, никто не жил до 30 л.

При объективном исследовании обнаружены явления кардиосклероза, аортита и фиброзные изменения со стороны верхушки прав. легкого. Печень и селезенка не прощупываются. Кров. давление повторно 115—40. Rumpel-Leede положительный. Время кровотечения 2 м. Свертываемость 2'10"—4'50" (по Егорову). Выдерж. давл. в 50 м. Тромбоциты—210000. Кровь: Г.—76%. Эр.—4016000. Лейк.—5.400. Со стороны лейкоцитарной формулы—явления лимфоцитоза.

2. М. Г.—отец б-ной, 52 л. Жалуется на боли в сердце, которые бывают приступами. Отец умер от „разрыва“ сердца. У матери—склероз сердца. В прошлом—злоупотребление алкоголем. При объективном исследовании сердца тоны приглушены, небольшой акцент II тона на аорте. Других изменений со стороны внутренних органов нет. Кров. давление—120—70. Rumpel-Leede—отрицательный. Свертываемость 1'20"—5'50". Время кровотечения—21½ мин. Кровь: гемогл.—86%, эритроц.—4.360000, лейкоц.—5.700. Лейкоцитарная формула—без особых изменений. Тромбоцитов 236.000. Изоагглютинация.—4-ая группа.

3. Р. Г.—1-ая сестра больной—27 лет. В детстве перенесла небольшой туберкулезный процесс легких. В настоящее время считает себя здоровой. Беременна 3 мес. Menstrua появились 12 лет, всегда очень обильные. Кровоточивости не отмечала никогда. Объективно—астенического сложения, на теле много naevi pigmentosi. Со стороны сердца изменений нет. Жесткий вдох, удлиненный выдох на правой верхушке. Ясно прощупывается селезенка, увеличенная, плотная. Время кровотечения—2 м. Кров. давл. 85—42. В моче незначительные следы белка. Других изменений нет. Кровь: гемогл.—65%, эритроц.—3963000, лейкоц.—8900.

Лейкоц. формула—небольшое отклонение влево. Свертываемость несколько замедлена. Тромбоциты—142.000. Изааглютинация—II группа.

4. Е. Г.—2-я сестра 6-ной. Особых жалоб нет. Считает себя здоровой. В детстве была очень худощава, страдала полипами в носу, увеличением миндалин. Menstrua наступили в 16 лет, протекали нормально. Кровоточивости не отмечала. Имеет ребенка, роды протекали хорошо. Объективно—астенического сложения. На теле много паеві pigmentosi. Лимф. железы увеличены. Со стороны сердца изменений нет. Саккадированное дыхание на левой верхушке. Прощупывается правая почка. Кров. давл.—98—45.—Rumpel—Leede отрицательный, свертываемость 1'55"—4'11". Кровь: гемогл.—72%, эритроц.—4.16000, лейкоц.—9.500. Тромбоцитов—260000. Лейкоц. формула—небольшая эозинофилия. Других изменений нет.

5. В. Г.—3-я сестра больной. Жалуется на общую слабость, головные боли, нервозность. В последнее время бледнеет, худеет. Menstrua с 13 лет, нормальны. Кровоточивости не отмечала. Объективно—астенического сложения, очень исхудавшая. Сердце центрально расположенное, висячее. Тоны ослаблены, чисты. Прощупывается печень, обе почки. Кров. давл.—98—55. Rumpel—Leede отрицательный. Свертываемость замедлена: 3'5"—6'30". Сгусток выдерживает давл.—40 мм. Время кровотеч. 1 1/2 м. Кровь: гемогл.—72%, эритроц.—4.128000, лейкоц.—5000. Лейкоц. формула—явления лимфоцитоза (42%). Тромбоциты—180000. Изааглютинация—II-я группа.

6. Л. Л.—2 лет (племянница 6-ной). Субъект. и объект. изменений не отмечается. Кров. давл. 95—42, гемогл.—65%, эритроц. 3680000, лейкоц.—5.400. Лейкоц. формула—явления лимфоцитоза. Тромбоциты—без изменений.

Подводя итоги, на основании полученных данных, изменениям в семье 6-ной, можно отметить туберкулезную инфекцию в семье матери, алкоголизм и склероз сердечно-сосудистой системы со стороны отца. У ряда членов семьи отмечались астеническое сложение, гипоплазия сосудистого аппарата, увеличение лимфатического аппарата. Красною нитью у всех проходит низкое кровяное давление, особенно минимальное. У некоторых—положительный симптом Rumpel—Leede. В общем, не находя ни одного выраженного случая геморрагического заболевания, можно отметить все же forme fruste у 1-й сестры (увелич. селезенки, низкая цифра тромбоцитов, Rumpel—Leede положит.). Помимо указанных сосудистых явлений обращает на себя внимание в некоторых случаях замедление времени свертываемости крови.

Таким образом, детальный анализ семьи обнаруживает ряд изменений не дающих еще резких патологических отклонений, не выводящих из строя практически здоровой семьи, но могущих сыграть роль предрасполагающих моментов.

Б-ная А. Г., 18 лет, 4-я в семье. Эссенциальная тромбопения. Поступила в клинику 3/VI 1926 г. Материалы приводим вкратце. В двухлетнем возрасте у 6-ной стали отмечаться кровотечения из десен, ушей, из век, геморрагическая сыпь на руках и ногах. Непосредственно до этого перенесла корь. Эти кровотечения наступали в дальнейшем 1—2 раза в году при общем удовлетворительном ее состоянии. 8-ми лет перенесла значительное почечное кровотечение. В 14 лет появилась менстгга, протекавшие вначале правильно. В 15 лет у 6-ной наступило первое обильное маточное кровотечение, длившееся 3 недели. В дальнейшем менструальный период всегда проводила в постели в виду обильного и длительного кровотечения. За месяц до поступления в клинику у 6-ной появилось кровотечение из десен и обильное маточное кровотечение. Б-ная находилась в очень тяжелом угрожающем состоянии. Количество гемоглобина при этом достигло 27%. Эритроцитов было—917.000, лейкоцитов—27.260, в лейкоц. формуле—нейтрофилёз с отклонением влево. В крови появились нормобласты, мегалобласты, резкая полихромазия и базофильная зернистость. После произведенного переливания крови и внутривенного введения кальция состояние ее несколько улучшилось. Во время кровотечений обычно T^0 у больной повышена, доходила иногда до 40^0 .

Объективно при исследовании больной через месяц после гемор. криза на коже геморагий не отмечалось, обращала на себя внимание резкая бледность покровов и слизистых. Ясные изменения были со стороны сердечно-сосудистой системы: пульс мягкий, частый, характера *celer*, границы сердца были несколько расширены. Ясный систолический шум на верхушке, раздвоение 1 тона на верхушке, расширение II тона на основании. Кров. давл. 88—45. Шум волчка. Печень и селезенка были увеличены, выступая из-под ребра на 1 палец. Со стороны *genitalia* отмечалась гипоплазия матки. При многократных исследованиях крови гемоглобин колебался от 35% до 51%. Эритроциты в пределах 2—3 миллионов. Со стороны лейкоцитов и лейкоц. формулы особых изменений не было. Тромбоциты — 40.937. Проба *Rumpel-Leede* положительная. Резистентность эритроцитов 0.45—0.38. Время кровотоечения 5 м. Свертываемость нормальная. Сахар в крови 0.09%. Билирубин в крови 1,6 мгр. % (по *Herzfeld'y*). Калий—16.3 калций—13,4 мгр. %. В моче—единичные выщелоч. эритроциты. В кале химическими пробами обнаружена кровь. При офтальмоскопии—расширение сосудов левого глаза.

Б-ная находилась все время под наблюдением и, по выписке из клиники, состояние крови многократно контролировалось. В дальнейшем б-ная продолжала еще некоторое время лихорадить. T^o доходила до 38^o . Временами появлялись кровотечения из десен. Селезенка и печень не прощупывались. В период улучшения новышались цифры эритроцитов и гемоглобина, но тромбоциты все время не превышали 40.000. В периоды ухудшения появлялась на теле зудящая пятнистая экзематозная сыпь, потом появлялись кровоподтеки. Общее состояние в промежутках между гемор. кризами было хорошим.

В начале 1927 г. состояние было удовлетворительным. Тромбоциты имели тенденцию к падению—24.000. К концу года появились кровоподтеки на теле. Вновь поступила в клинику, где лечилась внутривенными вливаниями кальция без особого эффекта. В декабре месяце наступили обильные маточные кровотечения, тело покрылось большими кровоподтеками, появилась кровавая моча. Тромбоциты прогрессивно стали падать. 22/XI тромбоциты в мазках почти совсем отсутствуют. Лечилась *clauden'ом*. Несмотря на хороший общий состав крови тромбоциты резко упали до 10.600. Время кровотеч. дошло до 11 м. Постепенно явления острых геморагических явлений стали уменьшаться. Общее состояние стало лучше, но цифры тромбоцитов держались на очень низких цифрах 8.000—10.000. В виду угрожающих новых геморагических кризов б-ная была направлена на спленэктомию (проф. Герцен). Благодаря любезности клиники Герцена, за которую выражаем особую благодарность, мы имеем возможность проследить на основании представленных нам данных изменения в послеоперационном периоде. До операции гемогл. было 74%, эритр. 3.900000, лейкоц.—14.100, FI—0,9, тромбоцитов—7.800. Со стороны лейкоц. формулы особых измен. не было. Время кровотоечения 10 мин. Ретракция сгустка отсутствовала. 25/I 1928 г. была произведена спленэктомия (Герцен) под общим морфийно-эфирным наркозом. Спаек между селезенкой и окружающими органами не оказалось. Обычным приемом селезенка удалена вместе с добавочной селезенкой. При операции кровоизлияний, как на париетальной, так и на висцеральной брюшине обнаружено не было. К концу операции з подожной клетчатки отмечена значительная кровотоочивость. Вес удаленной селезенки—180.0. Размеры $11,5 \times 8,5$. Пульпа на разрезе дает мало соскоба. В мазке соскоба пульпы—много лимфоцитов, единичные тромбоциты. При гистологическом исследовании (Коричкин) обнаружены резкие разрастания трабекул, новообразование в них сосудов и вокруг них лимфоидных фолликулов. Послеоперационное течение было довольно тяжелое, однако явления кровотоочивости быстро прекратились. Уже через 2 дня исчезли кровоподтеки и экзематозная сыпь. Больная быстро стала поправляться. Цифры тромбоцитов со значительной быстротой стали возрастать.

Представленная кривая достаточно ярко иллюстрирует движение тромбоцитов до операции в 1926 и 1927 годах, в послеоперационном периоде и на протяжении 5 лет после оперативного вмешательства. Через 4 часа после операции тромбоцитов было 8.200, на второй день—165.000, на восьмой день—928000; далее они стали снижаться и на протяжении дальнейшего наблюдения все время—в пределах нормы *Rumpel-Leede* после операции и далее—отрицательный. Время кровотоечения все время в пределах 1—1½ мин.

Цифры гемоглобина и эритроцитов в этом случае не дали таких скачков вверх как мы это наблюдали в случаях гемолитической желтухи. Все же они дали мед

ленное повышение и через 7 месяцев после операции гемоглобин—92%. Со стороны белой крови после операции отмечался лейкоцитоз с нейтрофилезом В 1929 г. гемогл. 90%, эритро.—5000000, небольшая эозинофилия. Лимфоцитоз—50%. В мазках крови обнаружались тельца Уоллеса. Из других исследований—резистентность эритроцитов 0,45—0,25. Холестерин—165 мгр.%. Сахар в крови 113 мгр.%. Исследование основного обмена (Маршалкович) дало нормальные данные после спленэктомии.

Б-ная, находясь под наблюдением 5 лет, все время совершенно здорова. Вполне трудоспособна, работает. Menstrua протекают нормально, необильны. Из других клинических явлений после спленэктомии обращало на себя внимание некоторое увеличение лимфатических желез, особенно на первом году после операции. Помимо того на протяжении наблюдения наблюдается стойкое повышение цифр кровяного давления при повторном измерении. Макс.—115—120, Мин.—70—80 (вместо обычных для б-ной до операции 85—40). Наряду с этим и в этом случае после спленэктомии отмечается изменение аускультативных данных со стороны сердца—уменьшились явления раздвоения I тона, расщепления II-го тона, систолический шум непостоянный. Отмечавшаяся до спленэктомии временами экзематозная пятнистая сыпь появилась еще непосредственно и после операции, но в заметной меньшей степени. Обнаружена была связь ее с приемом белковой пищи (молоком, яйцами). Исследования кожной аллергии тестами (Маршалкович) подтвердило повышенную чувствительность б-ной по отношению к этим веществам. В последнее время эти явления зудящей сыпи, предшествовавшие гемор. явлениям, прекратились, несмотря на то, что б-ная не выключает из пищи этих продуктов. В настоящее время: гемогл.—77%, эритро.—4.900000, лейкоц.—6.300. Со стороны лейкоц. формулы измен. нет. Тромбоцитов—170000. Самочувствие очень хорошее. Два раза болела ангиной с высокой температурой, но это особого влияния не оказало.

Этот случай представляет интерес, с одной стороны, вследствие полученных очень хороших результатов спленэктомии, отмечающихся на протяжении 5 лет при непрерывном наблюдении больной. Таких случаев насчитывается в литературе не так уж много. Herfath приводит 33 случая спленэктомий при эссенц. тромбопении. Из них 2 только дали неблагоприятный исход: 1—во время наркоза, другой—от поддиафрагмального абсцесса. Это заболевание наблюдается в трех формах: хронической эссенциальной тромбопении, возвратной форме и острой. Необходимо подчеркнуть единство мнений в смысле нецелесообразности оперативного вмешательства при острых формах, дающих почти во всех случаях смертельный исход. Вообще клиническая картина острых форм не всегда отчетлива; в эту группу часто входят тромбопении вторичного характера, в результате инфекционных токсических моментов, а также болезней крови. С другой стороны, в основе этих форм часто лежит системное поражение костного мозга, и спленэктомия не дает должного эффекта. Наш случай представляет собой типичную форму хронической эссенциальной тромбопении с склонностью к рецидивам, подчас чрезвычайно жестоких. При этих формах спленэктомия дает хороший эффект. Литературные данные подчеркивают желательность оперативного вмешательства в периоды затишья, между рецидивами. Однако, во время геморрагических кризов, при трудно останавливаемых и длительных кровотечениях, операция становится жизненным показанием. И очень характерны случаи, где кровотечение останавливается очень быстро, непосредственно за самой операцией через $\frac{1}{2}$ ч.—1 ч. (Герцен).

Обозревая ряд других терапевтических мероприятий, мы в настоящее время не можем указать ни одного другого, которые давало бы стойкий и верный эффект. Все применяемые методы носят чисто симптоматический характер.

В чем причина и сущность благоприятного результата при удалении селезенки?

Здесь мы вновь наталкиваемся на вопрос о патогенезе этого страдания и о многообразной, не совсем еще изученной функции селезенки. Мы вначале подчеркивали интерес описанного случая, в связи с рядом особенностей, бросающих свет на патогенез страдания. Исследование семьи больной обнаружило, что у нескольких членов семьи отмечается положительный симптом Rumpel-Leede, что имеется недостаточность сосудистой системы. У всех членов семьи отмечается резкая гипотония в связи также с общей астенией. Эта конституциональная, вернее фамильная гипотония, возникшая, повидимому, под влиянием туберкулезной инфекции по материнской линии, является признаком, обращающим на себя внимание. Вопрос о гипотонии, как о нозологической единице, как о своеобразном вполне очерченном симптомокомплексе в последнее время достаточно подчеркивается в литературе (Joachim, Pal, Берлянд и др.). Низкие цифры кровяного давления, особенно минимального, и повышение их после спленэктомии подтверждают роль селезенки в смысле особого влияния оказываемого ею на сосуды, что отмечено нами и в работе о гемолитической желтухе.

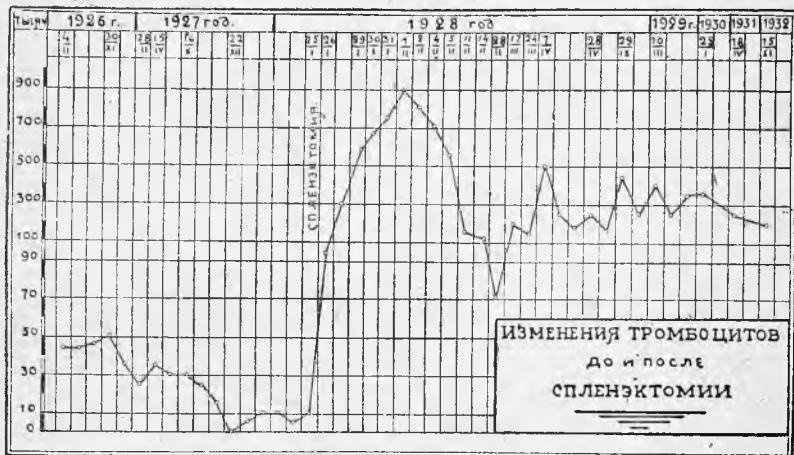
Согі считает, что удаление селезенки ведет к уменьшению проницаемости сосудов. Vogel видит причину заболевания не в недостатке тромбоцитов, а в токсическом влиянии на сосуды, которое исходит из селезенки. Weinert считает, что после спленэктомии изменяется строение мелких капилляров и кровяной ток устанавливается в более благоприятном смысле.

Какую роль играют тромбоциты—еще сказать трудно. Но из всех признаков заболевания тромбопении ярче всех обнаруживает изменение в положительную сторону. Происходит ли это вследствие влияния селезенки на деятельность костного мозга, в смысле удаления токсогенного центра, обрывается ли спленэктомией чрезмерная функция селезенки в смысле Эррингега,—в том и другом случае спленэктомией удаляется основной патологический очаг. Но очевидно, что не только повышение количества тромбоцитов является причиной достигнутого хорошего эффекта. Большое значение играет повышение тонуса всей сосудистой системы. Ряд авторов отмечает взаимодействие этих двух моментов—влияние на сосудистую систему и кровь—факторы, которые трудно рассматривать отдельно. Так, Могавиц считает, что сосуды поражаются распадом тромбоцитов. Герцен говорит о наступлении ферментного кризиса в крови, меняющего коллоидное состояние крови и стенок сосудов. Левит также указывает на периодическое поступление какого-то агента в кровь, вызывающего недостаточность эндотелия сосудов.

В отношении тромбоцитов необходимо указать, что изменяется не только количество, но происходит и качественный сдвиг их. Отмечена различная способность тромбоцитов в смысле устойчивости к физиологическому раствору; аналогично лейкоцитам тромбоциты разной формы и величины соответствуют разным стадиям развития (Horwitz). После спленэктомии резко уменьшается количество гигантских форм.

Другим очень отчетливым изменением является возвращение к норме времени кровотечения. При эссенциальной тромбопении это свойство крови всегда нарушается, резко удлинняясь в некоторых случаях. Так, отме-

чали случаи удлинения до 36 минут, даже до одного часа (Herfath). После спленэктомии время кровотечения возвращается к норме, как и в нашем случае. Это свойство, повидимому, не зависит от тромбоцитов, и трудно понять его механизм (IX Конгресс франц. терапевтов).



Наряду с этими данными обращают на себя внимание резкое уменьшение непосредственно после спленэктомии аллергических явлений у нашей больной и полное исчезновение отмечавшейся у нее периодически зудящей сыпи в последние годы. По Kammerer'y кровоточивость из капилляров является признаком аллергического состояния, не качественным отклонением, а высшей формой расширения капилляров. Является ли это вообще признаком эссенциальной тромбопении, нельзя утверждать, но в нашем случае этим токсическим сосудорасширяющим веществом, повидимому, были аллергоподобные вещества.

Таким образом, в этом случае выступает ряд моментов, находящихся между собой в известной зависимости и заставляющих предполагать за селезенкой ряд функций, не совсем еще изученных. Ее удаление, отражающееся на жизнедеятельности всего организма, производящее резкий сдвиг со стороны крови, сосудистой системы, меняющее установку эндокринной и вегетативной нервной системы, свидетельствует о всей важности этого органа и необходимости правильных показаний к его удалению в каждом отдельном случае. Однако, при патологической его функции, в организме происходят резкие нарушения и спленэктомия выравнивает динамическое равновесие, чему способствует компенсаторная функция оставшейся ретикуло-эндотелиальной системы.

Из клиники I Ленингр. медиц. ин-та проф. П. А. Останкова.

Факторы, способствующие развитию прогрессивного паралича¹⁾.

Доктор А. А. Зайцев.

В настоящее время на прогрессивный паралич смотрят как на поздний спирохетоз, как на настоящий сифилис мозга; однако, почти всеми признается, что для поражения ц. н. с. необходимы еще какие-то *дополнительные условия* для проявления деятельности спирохеты в нервной ткани. 5% подверженности люэтиков заболеванию прогрессивным параличем заставляет исследователей искать эти условия в конституции (Kretschmer, Kalman, Rüster, Шостакович и др.). Высказывался также взгляд о различном характере спирохет, дающих в одних случаях картину общего сифилиса, в других случаях—картину невро-люэса. Невротропность спирохеты отстаивается Левадити и Мари (Levaditi, Marie).

По Skalweit'у „неспособность к сенсibiliзации (к люэтину) у паралитиков указывает на слабость защитных реакций к люэсу и что эта слабость защитных реакций организма есть конституциональная“.

Заслуживает внимания указание на то, что прогрессивный паралич находится в обратно пропорциональном отношении к кожным явлениям, что как бы показывает, что кожная и лимфатическая системы не одинаково реагируют у всех люэтиков.

Что касается наследственности в заболевании прогрессивного паралича, то она многими авторами решается по разному, так Näcke допускает даже особое „паралитическое расположение“, другие же авторы вообще отрицают наследственную отягощенность, особенно, если понимать ее в более узком смысле. Есть также указания на климатические условия (Крепелин, Гольцингер и др.). Равным образом, отмечается многими авторами и расовая предрасположенность. Странный взгляд высказывает Даркшевич, ставя в связь развитие прогрессивного паралича с предохранительными прививками оспенной вакцины.

Алкоголь и разного рода переутомления, как способствующие моменты особенно акцентируются Краерелин'ом и др.

Физическая травма, правда в единичных случаях, также ставится некоторыми авторами в связь с развитием прогрессивного паралича.

Гертнер и Вильманс ставили в связь развитие прогр. паралича с проведением специфической терапии (ртуть и сальварсан), ослабляющих, по их мнению, защитные силы организма.

За последнее время поднимается вопрос о том, не влияет ли прерванное антилюэтическое лечение на развитие прогр. паралича.

Нет сомнений, что для проявления своей деятельности в мозгу спирохета нуждается в *суммарных особенностях* и состояния нервной ткани, в непосредственной связи с наследственностью, и ряда ослабляющих явлений жизни люэтиков.

¹⁾ Доложено на научном собрании врачей психиатрической клиники I Л. М. И. проф. П. А. Останкова 23/III 1932 г.

Поэтому, отвергая одностороннее освещение этого вопроса только с биологической точки зрения, а также и „сплошной социогенизм“, мы, полагая, что в данном случае решающее значение имеет известное соотношение сил организма и специфической инфекции, считаем, что недоучет в роли конституции и ее физиологической особенности наследственности и особенно социальных влияний—в форме ли травматизма трудового, военного и ряда ослабляющих факторов в жизни люэгики, как-то: личный алкоголизм, вредное производство, переутомление и т. д. только бы затемнили вопрос о патогенезе.

Развитие прогрессивного паралича не может оставаться безразличным к отягчающим факторам.

Наш материал (118 случаев прогрессивного паралича и 17 случаев табопаралича) дает следующие указания относительно отягчающих факторов.

Из 118 случаев прогр. паралича отмечается, что

- 1) Отцы и деды злоупотребляли алкоголем 89 чел.—75%
- 2) Личный алкоголизм (значительно выраженный) . . . 77 чел.—65%
- 3) Сердечно-сосуд. заболев. в роду и у братьев и сестер 42 чел.—36%
- 4) Пребывание на фронте 48 чел.—41%
- 5) Работавших на вредных производствах 42 чел.—36%
- 6) Контузия с потерей сознания 29 чел.—25%
- 7) Душевнобольные в роду (из них 2-ое прогр. пар.) 19 чел.—16%
- 8) Душевнобольных братьев и сестер 10 чел.— 8%
- 9) Содержание под стражей перед заболеванием . . . 8 чел.— 7%
- 10) Спинная сухотка у братьев и сестер 7 чел.— 6%

Примерно такие же соотношения получились и по табопараличу.

По вопросу о соотношении инкубационного периода к полу, возрасту и специфическому антилюэтическому лечению с учетом отягчающих факторов, находим, что из 118 случаев прогр. парал. было 99 мужч. и 18 женщин, что составляет отношение 5,5 к 1-му.

Из мужчин 78 человек указывают сифилис в анамнезе, 40 человек отрицают заболевания люэсом, заявляя, что они никогда не наблюдали у себя кожных явлений или язвы.

Из женщин сифилис в анамнезе указывают 7 человек; не отмечая у себя сифилис, но отмечают у мужа—4 человека; на сифилис родителей указывают 2 ч. (это относится к юношеской форме прогрессивного паралича) и 5 человек вовсе отрицают сифилис.

Из 18 табопаралитиков—женщин 3; т. е. отношение мужчин к/ж 6:1, все же знали о заболевании сифилисом; из мужчин сифилис указывают 12 человек и не знали о заболевании 3 чел.

Таким образом, наши данные расходятся с данными Нонне, который указывает, что из 96 женщин, болевших табесом, 89 чел. не знали о своей сифилитической инфекции. Возможно, что и наши случаи относятся к латентной сифилитической инфекции (*lues asymptomata*), не дающей кожных реакций, что находится в согласии с давними утверждениями авторов, что заболевание прогрессивным параличом находится в обратно-пропорциональном отношении к кожным явлениям.

Интересно также отметить, что из 18-ти замужних и разведенных женщин, болевших прогрессивным параличом, (8 не рожавшие и 10 рожавшие), у 2-х из 8 не рожавших беременность закончилась выкидышами, что как бы указывает на большую склонность к заболеванию прогр. параличом рожавших женщин.

Из больных прогр. параличом 61 человек проделали раньше энергичную специфическую терапию и 57 человек не лечилось совсем или крайне недостаточно (11 чел. проделавших не более 3-х вливаний салварсана). Из больных с табопараличом не лечилось или плохо лечилось 10 человек и лечилось хорошо 8 человек.

Таким образом, соотношение между лечеными и нелечеными почти одинаковое.

Проявление первых признаков прогрессивного паралича с момента заражения, т. е. инкубационный период, по нашему материалу в случаях *леченных* колеблется от 7 лет до 23 лет, а наибольшая частота проявляется в пределах от 10 до 14 лет для мужчин, а для женщин от 7 до 10 лет и, в подавляющем большинстве, падает на возраст заразившихся люэсом от 21 до 30 лет.

В *случаях нелеченных*, но знавших время заражения, инкубационный период колеблется от 6 до 21 года, т. е. имеет чуть заметную тенденцию к сокращению инкубационного срока, а наибольшая частота от 7 до 13 лет для мужчин, а для женщин — от 7 лет до 10 лет и также как и в случаях *леченных* — время инфицирования в подавляющем большинстве падает на возраст от 21 до 30 лет.

Таким образом, на нашем материале видно, что инкубационный период для женщин имеет определенную тенденцию к сокращению и что специфическое лечение несколько удлиняет инкубационный период. Однако, последнее положение, при сопоставлении с наследственностью и учетом отягчающих экзогенных факторов инфицированных, не может считаться доказанным, что видно из приводимой ниже таблицы соотношения случаев *леченных* и *нелеченных*, инфицированных в возрасте от 21 до 30 лет.

Из 36-ти случаев леченных отмечается:

Алкоголизм в роду	22 ч.—61%	Контузии	7 ч.—19%
Личный алкоголизм	21 ч.—58%	Работа во вредных цехах	11 ч.—30%
Пребывание на фронте	12 ч.—33%	Душевно - больных в роду	4 ч.—11%
Серд.-сосуд. заболевания в роду	11 ч.—30%	Содержание перед за-болеван. под стражей	2 ч.—6%
Туберкулез в роду и личный	9 ч.—25%		

Из 35-ти случаев нелеченных отмечается:

Алкоголизм в роду у отца или деда	23 ч.—66%	Контузии	9 ч.—27%
Личный алкоголизм	24 ч.—69%	Работа во вредных цехах	12 ч.—34%
Пребыван. на фронте	16 ч.—46%	Душевно - больных в роду	6 ч.—17%
Серд.-сосуд. заболевания в роду	14 ч.—20%	Содержание перед за-болеванием под страж.	2 ч.—6%
Туберкулез в роду и личный	8 ч.—23%		

Примерно такие же результаты мы получили и по табопараличу, с той только разницей, что здесь инкубационный срок увеличивается по сравнению с прогрессивным параличом, т. е. колеблется от 9 до 24 лет без отчетливой разницы для случаев леченных и не леченных с частотой случаев от 12 до 17 лет.

Два наших случая не исключают возможности развития прогрессивного паралича после полученной физической травмы, что подчеркивает провокационную роль экзогенных социальных факторов в развитии прогрессивного паралича.

Что касается длительности ремиссии у прогрессивных паралитиков, леченных малярией, то она по нашему материалу находится в прямой зависимости от степени личной и наследственной отягощенности, времени прививки малярии и ни в какой мере не стоит в связи с проведенным ранее антилюэтическим лечением.

Выводы. 1) При сравнении количества мужчин и женщин нужно отметить, что последние в 5 раз заболевают прогрессивным параличом реже, чем мужчины.

2) Из заболевших женщин отмечается как будто большая склонность к заболеванию рожавших по сравнению с нерожавшими.

3) Инкубационный срок у женщин по сравнению с мужчинами значительно меньше.

4) Дополнительными условиями в развитии прогрессивного паралича служат главным образом алкоголизм в роду и личный, сердечно-сосудистые заболевания в роду, истощающие моменты жизни люэтиков, и, в меньшей мере, наследственная отягощенность в смысле душевно-больных.

5) Физическая травма, как провоцирующий фактор, не исключается в развитии прогрессивного паралича.

6) Предшествующее антисифилитическое лечение не только не предохраняет от заболевания прогрессивным параличом, но и не удлиняет инкубационного периода, продолжительность которого главным образом зависит от перечисленных выше условий, ослабляющих организм, и сердечно-сосудистых заболеваний в роду.

7) В случаях, в которых ослабляющие организм факторы равноценны, нельзя подметить связи длительности инкубационного периода с сделанным ранее антилюэтическим лечением.

8) Трудоспособность после малярии-терапии, как это отмечалось нами в другой работе¹⁾, состоит в непосредственной связи с отягчающими факторами жизни люэтиков.

9) Возраст инфицирования главным образом падает от 20 до 30 лет и не играет значения в длительности инкубационного периода.

10) Инкубационный период у табопаралитиков продолжительнее, чем у паралитиков.

11) Профилактика развития прогр. паралича есть борьба за здоровые условия труда и быта у люэтиков.

¹⁾ „О трудоспособности прогрессивных паралитиков, леченных малярией“, напечатано в журнале „Советская психоневрология“ № 6 за 1932 г.

Из Кожно-венерической клиники Казанского Государственного медицинского института.

Четвертая венерическая болезнь ¹⁾

(Паховый лимфогрануломатоз. *Синонимы*: Lymphogranulomatosis inguinalis subcuta, болезнь Nicolas-Favre, microadenitis inguinalis, Lymphogranulomatosis Nicolas-Favre и др.).

Проф. И. Н. Олесов и д-р. Е. К. Белова.

За последние 2—3 года иностранная периодическая печать дает описания увеличившихся случаев 4-ой венерической болезни. По данным Frey'a, за 1931 год только в Берлине было отмечено более 200 случаев этого заболевания, в то время как раньше это заболевание наблюдалось весьма редко. С 1927 года это заболевание начинают обнаруживать в СССР. Описаны единичные случаи в Одессе, Харькове, Киеве и за последние два года более 10-ти случаев демонстрировалось на заседании Московского дерматологического об-ва и научных конференциях московских клиник.

Увеличение числа случаев п. л. можно объяснить появлением эпидемии, но мне кажется, что правильнее будет это отнести за счет лучшего знакомства с этим заболеванием. Только за последние годы мы научились распознавать п. л., вследствие того, что этому вопросу стали больше уделять внимания в периодической печати, и затем получили в руки биологические реакции, которые дают основания для диагноза.

Нам пришлось наблюдать это заболевание в Казани, где до сих пор не было отмечено ни одного случая. Думается, что если врачи, особенно хирурги, к которым обычно эти больные в первую очередь обращаются, будут лучше знать клиническую картину п. л., то число случаев этого заболевания значительно увеличится, а тем самым, с одной стороны, будут сокращены страдания больных, которые обычно без определенного диагноза в течение ряда лет ходят от врача к врачу, с другой,—это даст возможность подойти ближе к вопросу изучения биологии возбудителя, который до настоящего времени остается еще неизученным.

Заболевание п. л. впервые было описано в 1859 г. Chassaig-nas'ом, затем Velpeau в 1865 г. В течение 1890—95 гг. Nélaton и его ученики дали ряд работ, посвященных этому вопросу. Тщательное изучение гистологии пораженной железы показало, что это заболевание не имеет никакого отношения ни к туберкулезу, ни к сифилису.

В 1913 году появляется ряд работ (Durand, Nicolas et Favre и др.), которые, сравнивая гистологическую картину пахового бубона с болезнью, описанной Hodgkin'ым и затем Sternberg-Paltauf, пришли к заключению, что эти заболевания имеют идентичную гистологическую картину, поэтому предложили назвать его „подострый ингиональный лимфогрануломатоз“.

До империалистической войны это заболевание считали тропическим и в Европе его не наблюдали. По окончании войны, особенно во Фран-

¹⁾ Доклад на III научном съезде врачей ТР и смежных областей и республик (июнь, 1933 г.).

ции, появилось значительное число случаев. В Германии 1-ый случай описан в 1925 г. (Frei). С 1921 года этому заболеванию в медицинской печати, особенно во Франции, начинают уделять внимание. Появляется ряд трудов (Raveaut, Bory, Favre, Dorré, Dumas и др.), которыми фиксируется внимание на необходимости изучения этого заболевания.

Доклад Nicolas-Favre в 1922 г. в Страсбурге на конгрессе дерматологов, говорящих на французском языке, привлек к этому заболеванию внимание дерматологов всей Европы.

В результате дискуссии, развернувшейся на этом конгрессе, было установлено, что *паховый лимфогранулематоз*—заболевание половое, имеет своеобразную клиническую и гистологическую картину. Конгресс признал целесообразным выделить его как самостоятельную нозологическую единицу, причем Nicolas и Favre предлагали дать название *4-й венерической болезни*.

Возникла дискуссия, можно ли это заболевание считать за 4-ую венерическую болезнь, когда известны болезни, имеющие половой характер и описанные раньше. Сюда относятся: венерическая гранулема (климатический бубон) и эрозированный баянопопсит.

Венерическая (или ингинальная) *гранулема* описана в 1882 г. Mac-Leod'ом. Встречается в тропиках и субтропиках, в Европе еще не наблюдали. Это заболевание протекает тяжело, по существующим описаниям болеют им исключительно негры, китайцы и малайцы. По сводной статистике Fox'a и Cole считается, что болезнь передается при coitus.

Другое половое заболевание *Balanitis erosiva circinata et gangrenosa* впервые описано в 1905 г. Müller'ом и Scherber'ом (из клиники Finger'a). На головке члена появляются эрозии, покрытые гноем, под отеочной крайней плотью собирается вонючий гной. Паховые железы припухают. Возбудители—симбиоз *bac fusiformis* и *spir. refringens*. Заразительность этого заболевания вне всякого сомнения. Наиболее частый путь передачи инфекции—*половой*.

Указанные даты дают основание в хронологическом отношении считать п. л. действительно за 4-ую венерическую. Здесь небезынтересно будет отметить, что таким образом мы имеем уже не 3 венерических болезни, как указывают наши учебники, а уже 6. Кроме того, в самое последнее время поставлен вопрос о включении в эту группу 7-й болезни—*негонорейного уретрита*.

4-я венерическая (паховый лимфогранулематоз)—заболевание половое. Имеется ряд случаев, бесспорно иллюстрирующих половой характер болезни (Hoffman и Frei, Ramel, Яншек и др.). Однако, наряду с половым заражением, возможно и внеполовое через слизистую полость рта, носа, через трещины на руках и т. д. В руководстве Ядассон-Лессер указан случай заражения врачей во время операции. Кроме того, имеются описания случаев, где болезнь протекала с опуханием шейных лимфатических желез (Buschke, Klin. Wschr, 1931 г., № 37).

Заболевают обычно в молодом возрасте. В статистике Ruge (105 сл.) один в возрасте 50 лет, главная масса больных в возрасте 20—30 лет; случаев заболевания детей до сих пор в литературе нет. Как редкий случай приводится наблюдение Hillsmanна и Zimmermann'a: боль-

ной старик в возрасте 73-х лет, обнаружил начало своего заболевания через 2 мес. после сношения с негритянкой (Arch of D. a S. 1928, № 3).

Инкубационный период заболевания колеблется в пределах от 10 до 30 дней. Редко дольше.

Клиническая картина. Заболевание нередко начинается эрозией. Если заражение половое, то первичный аффект располагается на том или ином участке penis'a, чаще на внутреннем листке крайней плоти. Эрозия в иных случаях имеет правильные округлые или овальные очертания и выделяет обильное количество serum, в других случаях она неправильных очертаний и нередко бывает *эфемерной*. Субъективных ощущений обычно не бывает. Изредка болезнь начинается с urethrite lymphogranulomatousque. Когда входных ворот не обнаруживают, то говорят о п. л. „d'emblée“.

По данным Ramel (D. Z. 1928 г.) из 21 случая в 14 были обнаружены первичные аффекты. По данным Ruge первичные аффекты обнаруживаются не часто. Важно отметить, что в иных случаях первичный аффект п. л. может симулировать мягкий шанкр. В случае Kleeberg'a, продемонстрированном в Берл. дер. об-ве. 11/III 32 г., первичный аффект соответствовал клинической картине мягкого шанкра. Подобные случаи отмечены Ramel'ем.

После появления первичного аффекта через 1—2 мес. в паховой области появляется опухоль, которая начинается с размеров грецкого ореха, достигает размеров детского кулака и больше. Кожа над опухолью меняет свою окраску от бледно-розового цвета до фиолетового. В дальнейшем обычно в процесс вовлекаются подвздошные железы, которые резко увеличиваются в размерах, но однако никогда не нагнаиваются.

В начальном периоде болезни—обычно целый пакет спаянных между собой уплотненных желез. В дальнейшем железы становятся более мягкими и образуются фистулезные ходы. Вытекающий гной вначале тягучий, липкий, зернистый, желто-зеленого цвета, а потом принимает серозный характер.

В редких случаях наступает самопроизвольное заживление с образованием фиброзных узлов.

Изменения со стороны желез сопровождаются реактивными явлениями со стороны всего организма: t^0 поднимается до 38,5 и в редких случаях до 40° (напр. случай Reiss), развивается общая слабость, разбитость, реже отмечается увеличение печени и селезенки.

Картина крови меняется мало: умеренный лейкоцитоз (10000—22000), нейтрофилоз менее ясно выражен, сдвиг влево, в более поздние периоды болезни наступает лимфоцитоз и небольшая эозинофилия.

Некоторые случаи п. л. сопровождаются появлением на теле сыпи, симулирующей крапивницу, скарлатину или чаще многоформенную эксудативную эритему.

Этиология. При исследованиях было найдено много микроорганизмов, но ни один не выдержал испытания и в настоящее время вопрос о возбудителе остается открытым (Buschke, Boas. Med. Kl. 1931 г., № 43, 1562). До 1931 г. прививки животным не удавались.

Helleström в своей монографии от 29 г., посвященной п. л., выявляет, что нет доказательности возможности переноса п. л. на животных. В таком же духе в 1930 г. говорил Frei. Решительный сдвиг

в вопросе о прививках животным сделали Heller, Ström и Walle п. В 1930 г. на дерматологическом конгрессе они заявили, что им удалась внутричерепная прививка обезьянам. Через 6—12 дней после прививки у обезьян были обнаружены явления менингита. Антиген, приготовленный из спинно-мозговой жидкости зараженных обезьян, давал положительную реакцию Freij'a. В одном случае Hellerström'у удалась прививка обезьяне через внутренний листок крайней плоти.

Далее: Levaditi, Ravaut и др. подтвердили опыты Heller—ström'a. Они проделали следующий эксперимент. Прогрессивному паралитику во внутренний листок крайней плоти привили эмульсию мозга обезьяны, которую предварительно заразили п. л. У паралитика развилась типичная картина п. л.

Весьма интересными оказались опыты, произведенные в 1931 г. Meyer'ом, Rosenteld'ом и Anders'ом (Kl. W. 1931 г. № 36). Этим авторам удалась прививка п. л. морским свинкам (из 22 опытов 19 было удачных). Болезнь как клинически, так и биологически (реакция Freij'a) и гистологически имела типичную картину. Они же провели на свинках до 12 пассажей.

Freund и Reiss (Kl. W. 1931 г. № 36) произвели с успехом прививку кроликам интрацеребрально, вызвав типичную картину менингоэнцефалита.

Гистологическое исследование бубонов производилось многими авторами (Nicolas и Favre, Hellerström и многими другими). В общем отмечено: *макроскопически* лимфатические железы темно-красные, серо-красные или желто-серые, достигают в иных случаях величины детского кулака и больше, на поверхности разреза резко выделяются некротические очаги. *Микроскопически* выявляется следующая картина: ткань железы сохранена в виде остатков, главная масса ее замещена соединительной тканью, среди которой рассеяны многочисленные крупные и милиарные абсцессы. Последние в своем центре содержат скопление поливуклеаров, находящихся в главной своей массе в состоянии распада. Вся эта масса окружена эпителиодными клетками, иногда расположенными отчетливо полисадообразно, за которыми следует грануляционная ткань, состоящая из лимфоцитов, плазматических клеток, фибробластов, эпидиноидных клеток, а иногда и гигантских, в иных случаях напоминающих птириберговские клетки. Гистологическая картина, в зависимости от стадии развития патологического процесса, меняется, в частности полисадообразное расположение эпителиозных клеток возникает несколько позднее и не всегда выражены отчетливо.

Реакция Фрея считается в настоящее время специфической для четвертой венболезни. Сущность ее заключается в следующем: гной паховой железы разбавляется десятикратно физиологическим раствором и 2 дня подряд нагревается в водяной бане, при $t^{\circ} 60^{\circ}$ по 2 часа ежедневно.

Полученный антиген всprыскивается интрадермально в количестве 0,1 и через 48 час. получается явственная реакция в тех случаях, где имеем дело с п. л.

В настоящее время существует 5 типов этого антигена:

1. Только что описанный.
2. Dind'a—тканевый экстракт измельченных пораженных желез.
3. Глипериновая вытяжка пораженных желез.

4. Сок пузыря от мушки.

5. Спинальная жидкость обезьян, которы был привит п. л.

Реакция наступает через 48 час. и длится от 1 до 3 недель. Картина реакции:

1. Папула с эритематозной каймой.

2. Папула-везикула-пустула.

3. Дермальный абсцесс.

Положительная реакция получается не ранее одвой недели после начала заболевания. Аллергическое состояние кожи длится в течение нескольких лет.

Дифференциальный диагноз. Исключить туберкулез, сифилис и грибковое поражение желез обычно не представляет особых затруднений. Серологические исследования, биологические пробы, бактериологические исследования, прививки животным, наряду с гистологическим исследованием пораженных тканей, дают достаточную базу для диагноза. Дифференцировать с мягким шанкром также не представляет особой трудности; аутоинокуляция при мягком шанкре всегда дает положительный результат, при п. л. — отрицательный.

При *струмозном бубоне* клиническая картина болезни сводится к нагноению и распаду перигляндулярной ткани, в то время как железистая ткань только гипериларизирована и не имеет склонности к распаду и образованию милиарных абсцессов.

Необходимо отметить, что в последнее время в литературе обсуждается вопрос о связи п. л. с *Esthiomen* (элефантиастическим анарктальным сужением, сопровождающимся изъязвлениями и фистулами). Этот вопрос широко дебатировался на Страсбургском съезде. Нам кажется, что правильнее этот симптом рассматривать не только как следствие п. л. Этиологическими факторами здесь могут быть различные причины, вызывающие резкие изменения лимфатических желез (туберкулез, сифилис, мягкий шанкр и п. л.). Отсюда станет понятным, почему авторы дают различные доказательства о этиологии и патогенезе *Esthiomen*.

Лечение. Единой методики лечения п. л. нет. Ряд авторов рекомендует хирургическое вмешательство. Экстирпация желез признается операцией радикальной. Однако далеко не во всех случаях она обрывает течение процесса и не всегда предохраняет от рецидива. Кроме того, описаны случаи тяжелых осложнений: развитие слоновости. Лучшие результаты дает лечение X-лучами. X-лучи дают выздоровление в течение 5—6 недель. Метод этот был одобрен на Страсбургском конгрессе.

В последнее время *Hellerström* и др. рекомендуют лечить п. л. антигеном, полученным из железы больных. Экстрагируют больную железу и получают антиген, который разводят в физиологическом растворе в отношении 1:8, затем в течение 2 часов подогревают при температуре 60°, фильтруют через обыкновенную фильтровальную бумагу, прибавляют $\frac{1}{2}$ раствора карболовой кислоты. Инъекции делают ежедневно, начиная с дозы 0,2 и постепенно доводят до 5,0.

Кроме этих методов применяют:

1. Подкожные впрыскивания соляно-кислого эметина с люголевским раствором.

2. Впрыскивания риваноля под кожу в восходящих дозах (от 1/4.000 до 1/3.000).

Наше наблюдение. Больная К., 41 года, колхозница ТР Пестречинского района с. Нимсуар, живет в вполне удовлетворительных условиях, замужем с 18-летнего возраста, беременна 6 раз. Первый ребенок умер в возрасте 1 мес. от поноса, 4 последующих живы, из них у младшего (7 лет) явления гуммозного сифилиса, признаков врожденного сифилиса нет, последняя беременность закончилась рождением ребенка, но он умер полутора месяцев от неизвестной матери причины. Больная не курит, спиртных напитков не употребляет. Муж, по словам больной здоров.

Настоящее заболевание началось с осени 1930 г. Начали постепенно „опухать“ левые бедренные железы и в течение 2-х мес. достигли величины куриного яйца. Движения стали затруднительными и болезненными. Кожа над увеличенной железой приняла воспалительную окраску. В дальнейшем образовался незаживающий свищ, из которого до настоящего времени, несмотря на антисифилитическое лечение, продолжает выделяться серозно-гнойное отделяемое. Через 3 недели после увеличения левых паховых желез началось „припухание“ правых бедренных желез, в дальнейшем повторилась такая же картина как и на левой ноге. Извочек на половых органах и сыпи на теле больной никогда не замечала. По поводу этого заболевания больная обратилась в больницу, где, предполагая сифилис, назначили антилюэтическое лечение. Лучше не было. В июне 1932 г. больная обратилась в кожную клинику Казанского медицинского института с явлениями затруднения в движениях вследствие резкого увеличения бедренных желез, из которых через свищи отделялось серозное содержимое. Больная была интернирована. Реакция Вассермана была резко положительна. Был проведен курс специфического лечения (20 инъекций биохинола + 2,4), после чего больная с некоторыми улучшениями в общем состоянии и уменьшении болезненности при движении была выписана.

В сентябре 1932 г. у больной вновь заболевание резко обострилось. Бедренные железы несколько увеличились в размерах, развились отек нижних конечностей. Больная вновь обратилась в кожную клинику Мединститута, где была интернирована. После курса специфического лечения (32,0 биохинола и 4,0 нео) железы несколько уменьшились в размерах, отек спал, воспалительные явления на коже вокруг свищей несколько стихли. Больная была выписана с предложением показаться, как только наступит ухудшение. В феврале 1933 г. больная вновь обратилась в клинику с теми же явлениями, что и прежде.

Status praesens. Больная среднего роста, правильного сложения; подкожножирный слой развит удовлетворительно. Вес 54,5 килогр.

Кожа всюду нормальной эластичности и окраски. Слизистые в норме. На половых органах никаких изменений не обнаружено. Паховые железы той и другой стороны достигают величины лесного ореха, плотно спаяны между собой. При давлении не болезненны.

Бедренные железы достигают величины голубинового яйца, некоторые несколько больше, мягки наощупь, спаяны между собой и с подлежащей клетчаткой, кожа над ними слегка воспалена и несет на себе свищевые ходы, из которых выделяется серозно-гнойное, клейкое содержимое, засыхающее в корки желтоватого цвета.

Внутренние органы: миокардит и атеросклероз.

Лабораторные исследования: моча, морфологический состав крови отклонений от нормы не дают.

Реакция Вассермана и реакция Кана отрицательны. Посев содержимого железы на питательные среды дал отрицательный результат.

Реакция Фрейя дала *положительный результат*. На месте введения рив-вассин'ы через 24 часа появилось папуло-воспалительный инфильтрат, который держался 3—4 дня.

Гистологическое исследование. Была вырезана паховая лимфатическая железа, часть ее использовали для посева, другую часть для гистологического исследования.

Макроскопически железа достигала величины лесного ореха. На поверхности разреза обнаруживались некротические очажки.

Микроскопическое исследование дало следующую картину.

Ткань железы осталась лишь в виде небольших островков. Главная масса железы замещена соединительной тканью, среди которой рассеяны своеобразные абсцессы, в центре которых имеется небольшое количество полинуклеаров, но

главная масса—остатки клеточного распада. Вся некротизированная масса окружена эпителиодными клетками, на некоторых участках имеющими отчетливую картину полисадообразного расположения. За поясом эпителиодных клеток следует грануляционная ткань, состоящая из лимфоцитов и плазматических клеток, фибробластов и единичных клеток, напоминающих Langhans'овские клетки.

Дифференциальный диагноз особой трудности не представляет.

На основании данных гистологии и лабораторных исследований исключить мягкотканковый и туберкулезный бубон не трудно. Не трудно исключить, на основании данных гистологии и результатов посева, грибковое поражение желез. Несколько труднее дифференцировать эту форму заболевания паховых желез от сифилитического аденита, тем более, что реакция Фрей'я была нерезко выражена. Реакция Вассермана положительна и сифилитическое лечение дало некоторое улучшение. Но нам кажется, что на основании того, что энергичное специфическое лечение не дало определенно-положительных результатов в отношении желез, мы можем сделать вывод, что у нашей больной поражения желез не сифилитического происхождения, а на основании данных гистологии, видимо, нужно отнести их на счет пахового лимфогранулематоза. Это не отрицает возможности у больной сифилиса, с чем связано и некоторое улучшение после специфического лечения. Нерезко выраженный положительный результат реакции Фрей'я политекатурным данным может наблюдаться при несомненных случаях п. л.

Заключение. Случай п. л. у нас в СССР и, в частности, в ТР, несомненно имеются. Мы их не регистрируем, видимо, потому, что про-сматриваем. Цель этой статьи фиксировать внимание товарищей на этом заболевании, т. к. врачебная мысль еще недостаточно работает в этом направлении.

Выводы. 1) Всякий торпидно протекающий бубон должен быть взят под сомнение в смысле п. л.

2) Всякий случай элифантасического ано-ректального сужения должен быть исследован на предмет исключения возможности связи с п. л.

3) Реакция Фрей'я—надежный признак для диагноза.

4) Гистологическая картина пораженной лимфатической железы в стадии полного развития болезни типична—микроабсцессы и палисадообразное расположение эпителиодных клеток.

5) Случай самоизлечения весьма редки.

6) Рентгеновское лечение в настоящее время рекомендуется как лучшее.

7) Исследовательская мысль работает в направлении отыскания возбудителя (предполагается фильтрующий вирус) и изыскания метода лечения вакциной.

Литература. 1) Frei. Klin. Wschr. 1927, №№ 23, 43.—2) Frei и Koppel. Klin. Wschr. 1929, № 27.—3) Hellerström. Zentralb. f. Haut u. Geschl. Bd. 40, s. 705.—4) Hellerström. Acta Derm. Vener. 1931. Bd. 12, № 3.—5) Buschke. Med. kl. 1931, № 43, s. 1562.—6) Lutz. D. M. W, 1932, № 35.—7) Дербандикер. В и Д, 1929, № 12.—8) Яншеки Левитин. Там же.—9) Матусис и Коробельников. В и Д, 1929, № 11.—10) Горчаков. Р. В. Д, 1928, № 8.—11) Соболев. Врач. дело. 1927, № 23—24.—12) Валяшко. Омск. мед. ж., 1928, № 6.

Уральский областной вениститут (Директор А. В. Бочаров.
Научный руководитель проф. С. Я. Голосовкер.)

Об изменениях кожи у льнопрядильщиц.

М. Б. Поташник.

По данным отчетов страхкассы за ряд лет заболеваемость кожи и подкожной клетчатки составляет значительный процент среди общего количества дней нетрудоспособности у работниц льнопрядильной фабрики имени Ленина. Так, на 100 застрахованных мы имеем:

	Случ.	Дни
1930	13,4	116,2
1931	11,1	116,9
1932	5,3	60,1

По номенклатуре страхкассы в параграфе 5 включены все заболевания кожи и подкожной клетчатки, т. е. целый ряд воспалительных процессов, относящихся к области хирургических заболеваний. Нас означенное подразделение не удовлетворяет, ибо трудно выявить по ней действительную кожную заболеваемость. Так, дерматозы вовсе не учитываются. Несмотря на то, что здравпункт работает на фабрике в течение ряда лет и на территории фабрики находится венпункт, мы не могли получить со стороны этих учреждений каких-нибудь более подробных данных о кожной заболеваемости. Единственно, что удалось выяснить это то, что из числа болезней, входящих в данную группу, главную массу составляет фурункулез. Поэтому мы приступили к групповому осмотру работниц, наиболее ранимых по кожной заболеваемости, цехов сухого и мокрого прядения.

Работа в этих цехах проходит на ватерах, машинах непрерывного действия, у которых вытягивание, кручение и наматывание производится одновременно и непрерывно.

Существенными частями ватера является вытяжной аппарат, веретено и рогулька. Веретено снабжено блочками, приводимыми в движение шнурами. На веретено надевается катушка, а к верхнему концу его прикрепляется рогулька, снабженная на концах отверстиями-глазками.

Прядение льна бывает двух родов: сухое и мокрое. Последнее дает более тонкие номера пряжи и отличается от сухого тем, что пряжа, перед тем, как подвергается вытяжке, проходит через теплую или горячую воду или через контакт (продукт перегонки нефти). Процесс прядения состоит в следующем: поступающая, так называемая, ровница, которая из себя представляет полускрученную лентообразную массу, намотанную на катушку, ставится на шулярник ватера, откуда поступает в вытяжную аппарат, где она подвергается вытяжке, проходит сквозь глазок рогульки, скручивается веретеном и наматывается на катушку.

Основная работа ватерщиц состоит в быстром и правильном присучивании разорвавшейся нитки пряжи, не накладывая далеко один конец нити на другой. Для присучки разорвавшейся нити, работница левой рукой останавливает вращающееся веретено, делающее на сухих ватерах 2.400 оборотов в минуту, а на мокрых до 2.700. Для остановки веретена ватерщица сухого прядения проводит левую руку к соответствующему веретену, держа кисть в вертикальном положении, захватывает верхушку веретена наружным краем кисти, надавливая одновременно на вращающуюся рогульку, и останавливает таким образом веретено. Ватерщица же мокрого прядения проводит руку к соответствующему веретену в горизонтальном положении, всей ладонью нажимает на верхушку веретена, охватывает пальцами рогульку и останавливает, правой же рукой она находит на катушке конец оборвавшейся нити, заправляет и присучивает. На мокрых ватерах, где пряжа тонка и мокра, и во время разрыва конец оборвавшейся нити в'едаётся в пряжу катушки, ватерщица скребет по намотанной пряже ногтями первых трех пальцев и захватывает конец нити.

Таким образом, из описания процесса производства видно, что при мокром прядении мы можем встретиться со следующими агентами: раздражители механические (давление на кисть при останавливании веретена, удары веретена, травма ногтей при отыскивании конца нити) и термические (длительное действие теплой или горячей воды или контакта), а при сухом прядении—только механические.

Всего нами осмотрено 186 человек, из них ватерщиц мокрого цеха—110, ватерщиц сухого—76. Возраст осмотренных от 15—45 лет. По производственному стажу: до 1 года—20; от 1—3 л.—38; от 5—7—26; от 9—11—17; от 11—13—9; от 13—15—8; от 17—19—5; от 19—21—7 и выше 21—17.

Основные изменения кожи, отмеченные нами у ватерщиц мокрого цеха состоят в ороговелости рук, множественных трещинах и эрозиях, слущивании эпидермиса, изменений ногтей, асфиксии пальцев и пониженной чувствительности концевых фаланг.

Мозолистые образования составляют наиболее частое явление и, в зависимости от производственного стажа, выражены в большей или меньшей степени. Развитие ороговелостей идет медленно. У начинающих работниц мы отмечаем некоторое очаговое уплотнение кожи левой ладони, которое, под влиянием длительного воздействия вредностей механического характера, переходит у старых работниц в массивные мозолистые образования. Последние обнаружены у 60% осмотренных, расположены на левой ладони и носят гнездный характер. Мозолистые образования на внутренней стороне ладони в области тенара представляют собой резко ограниченный утолщенный участок кожи, твердый наощупь, овальной или круглой формы, величиной от грецкого ореха до пятикопеечной медной монеты, выступающее от $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ см. над окружающей поверхностью. Нормальные кожные борозды на нем совершенно незаметны. Такого же характера образование имеется и на противоположной наружной стороне этой-же ладони в области гипотенара. Третье мозолистое образование продолговатой формы, размером 2—3 см., расположено в середине ладони, в средней трети ее. Небольшие уплотнения кожи имеются у основания 2-го пястнофалангового сочленения и на основной фаланге 2-го пальца

У 10% работниц в центре мозолистых образований наблюдаются глубокие трещины и эрозии, чрезвычайно болезненные и мешающие работе. Кроме того, на концах пальцев обеих ладоней имеются мелкие и поверхностные трещины, куда внедряются частицы грязи и пыли.

У 30% осмотренных отмечается поражение ногтей, преимущественно первых 3-х пальцев правой руки. Ногти потеряли свой нормальный блеск, становятся матового цвета, укорочены, концевые фаланги резко выступают над поверхностью ногтя, свободный край которого истончен и зазубрен. У 13% из обследованных работниц кожа пальцев обеих ладоней имеет фиолетово-красный оттенок, влажна и холодна наощупь, чувствительность концевых фаланг понижена.

Из других изменений кожи у ватерщиц мокрого цеха нами отмечены 5 случаев экземы и 7—фурункулеза.

Экзематозный процесс локализовался на кистях рук, в межпальцевых складках и на сгибах в области суставов пальцев и состоял из пузырьков, величиной в чечевицу, шелушения и мокнущая. Означенное явилось результатом длительного воздействия воды и контакта, ибо, при переводе работниц на другие виды работы, эти изменения быстро прошли. Фурункулез развился вследствие внедрения вторичной инфекции на местах трещин и ссадин и локализовался преимущественно на верхних конечностях.

Изменения кожи у ватерщиц сухого прядения состоят также в ороговелости, трещинах и изменении ногтей. У 65% осмотренных—на левой ладони по наружному краю расположено мозолистое образование, которое тянется в виде сплошной полосы от лучезапястного сустава до пястно-фалангового сустава пятого пальца. На всем своем протяжении образование покрыто многочисленными поверхностными и глубокими трещинами. Вся кожа обеих ладоней рук уплотнена, шероховата и испещрена резко выступающими кожными бороздами. Поражение ногтей на правой руке отмечено у 20% осмотренных и состоят из тех же изменений, которые наблюдались у ватерщиц мокрого цеха. Что касается кожных заболеваний, то мы здесь видели 3 случая фурункулеза верхних и нижних конечностей и 2 случая гидроаденита левой подмышечной впадины с выраженным лимфаденитом.

На основании наших наблюдений мы приходим к следующим выводам:

1) Наиболее частыми профессиональными изменениями, вернее отличиями кожи у ватерщиц, являются ороговелости и трещины. Эти явления не мешают их трудоспособности, но служат входными воротами для стафилококковой и стрептококковой инфекции. Этим объясняется наличие фурункулеза, гидроаденитов и лимфаденитов. Снижение же процента фурункулеза в 1932 году вдвое по сравнению с 1931 годом является результатом работы здравпунктов и налаженной им ранней обращаемости работниц с различными порезами и трещинами.

2) Изменение ногтей — является характерными профессиональными приметами ватерщиц и ведет к ранимости ногтевых фаланг и панарициям.

3) Асфиксия пальцев наблюдается у ватерщиц мокрого цеха в 15% вследствие работы в воде разной температуры. Она исчезает после временного перерыва в работе.

4) Экзематозные явления, отмеченные у ватерщиц мокрого цеха, являются результатом постоянного раздражения рук горячей или теплой водой.

5) Наличие фурункулеза объясняется внедрением инфекции через трещины и порезы.

Для предупреждения изменений кожи у льнопрядильщиц целесообразно изменить станки таким образом, чтобы они механически останавливались. Это уничтожит оmozололость и ранимость рук. Для улучшения санитарно-гигиенических условий следует снабдить цеха мылом, умывальниками и полотенцами, организовать душ, улучшить вентиляцию.

Работа здрав. и венпунктов должна быть углублена, следует уделить больше внимания общим санитарно-гигиеническим условиям производства и вести учет кожной заболеваемости с более точной диагностикой их. На венпункте вести учет таким образом, чтобы кожная заболеваемость по фабрике им. Ленина была специально выделена, кроме того, при осмотре больных, следует обратить особое внимание на изучение проф-дерматозов.

Из О. Р. Л. Клиники К. М. И.—директор проф. А. М. Пучковский.

Остеомиелиты верхней челюсти¹⁾

Ассистент клиники д-р И. С. Френкель.

Остеомиелиты преимущественно развиваются в длинных трубчатых костях, в коротких же и плоских костях наблюдаются редко. Особенно редко встречаются остеомиелиты верхней челюсти. Cadenat и Cola говорят, что остеомиелиты верхней челюсти в статистических таблицах занимают последний ряд. Trendel на 1279 случаев остеомиелита нашел только 4 случая остеомиелита верхней челюсти, т. е. 0,3%. Panzel отмечает 7 случаев остеомиелита верхней челюсти на 15 тысяч больных. Maуer до 1901 года собрал в литературе 10 случаев, Francois в 1914 году собрал 32 случая, а Terracol в 1926 году приводит в своей работе уже 50 случаев остеомиелита верхней челюсти.

В виду относительной редкости остеомиелитов верхней челюсти я позволю себе привести здесь наблюдавшиеся нами за последнее два года три случая.

Случай 1. Больной К., рабочий, 40 лет, явился в о.-р.-л. клинику с жалобами на беспокоившее его истечение гноя из левой щеки. Месяцев 6—7 тому назад заболел левый верхний первый моляр, а затем боль ощущалась во всех верхних зубах и сразу же опухла левая щека, а через день-два отекли веки. Глаз был закрыт. Самочувствие скверное. Температура все время была очень высокая—39°—40°. Применялось только тепло. Через несколько дней опухоль щеки немного уменьшилась и самочувствие улучшилось. Через 3 недели ему удалили несколько зубов. Опухоль щеки все же совсем не исчезла, а вскоре появилось сперва одно, а потом и второе отверстие на щеке, из которых выделяется все время гной. В момент прибытия в клинику у больного на левой щеке имеются две фистулы—одна под наружным углом левого глаза, а вторая несколько ниже в области скуловой дуги.

¹⁾ Доклад зачитан в заседании Киевской Ото-рино-ларингологической секции 23/II-1932.

В глубине фистул виднеются бледные грануляции и все время оттуда сочится гной. Ткань в окружности фистул довольно плотна; передняя стенка верхней челюсти кажется совершенно подвижной. При передней риноскопии справа имеется только увеличение раковин, слева же из под средней раковины вытекают гнойные массы. Зев и гортань в норме.

Во время операции, после разреза слизистой оболочки в области альвеолярного края верхней челюсти и после отодвигания мягких частей, обнаружилось, что передняя стенка верхней челюсти лежала свободно в мягких тканях. По удалении передней стенки в виде секвестра выделялась также почти вся скуловая кость. Рана осталась открытой. Через несколько дней выделение гноя из фистул постепенно стало уменьшаться. Самочувствие хорошее. Через 3 недели после операции больному ложечкой удалены грануляции из фистул, края освежены и отверстия защищены. Из носа выделений нет. Выписан совершенно здоровым.

Случай 2. Больной М., инженер, 25 лет, заболел внезапно 5/X-1931. Температура 39°, сразу появилась опухоль левой щеки, зубы как будто не болели, но было ощущение при надавливании, особенно во время жевания. Состояние было тяжелое. Из носа никаких выделений. Применял тепло и приблизительно к 12 дню под губой образовалось отверстие и сразу стало легче. Температура к этому времени уже понизилась почти до нормы. Из отверстия под губой несколько дней просачивалась какая то, по словам больного, жидкость, а затем выделения прекратились. Чувствовал себя хорошо. Через 7 недель простудился и заметил, что левая щека постепенно припухает. Температура была в пределах до 38°. Опять знакомые ноющие боли в области зубов и появилось через 6—7 дней отверстие уже на лице, из которого просачивалась такая же жидкость в течение нескольких дней.

При поступлении в Одонтологическую клинику у данного больного при наружном осмотре обращают на себя внимание неодинаковые размеры глаз—правый больше левого. У внутреннего угла левого глаза имеется небольшая фистула, из которой выделяется немного серозной жидкости. Левая щека, по сравнению с правой, тверда, как будто все мягкие части лица стали плотны, как кость. Нос абсолютно в норме—никаких отклонений и никаких клинических указаний на заболевания придаточных полостей. Имеется кариес первого моляра слева и торчит корешок бокового резца. Рентген не дал никаких указаний на заболевание придаточных полостей, имелась только незначительная пристеночная киста в обоих Гайморовых полостях. Первый моляр слева и этот корешок удалены. После экстракции температура была нормальна. Самочувствие хорошее и больной, по его словам, стал опять работоспособным.

Случай 3. Студент Ш., 20 лет, которого долгое время беспокоили верхние зубы слева. После удаления 2 зубов—первого моляра и последнего премоляра—показался из луночек гной, как будто вытекавший из Гайморовой полости. Больной был направлен ко мне. При исследовании носа после кокаинизации показалось не много гноя изпод левой средней раковины. Зонд, введенный в луночку первого моляра, уходит далеко вверх на расстояние, не соответствующее высоте альвеолярного края; естественно, что зонд попадает в Гайморову полость. Справа только искривление носовой перегородки. Мягкие части левой щеки довольно плотны. Рентген показал резкое затемнение левой Гайморовой полости. Пробный прокол подтвердил наличие гноя в Гайморовой полости—часть жидкости во время промывания попала в рот, повидимому через отверстие в луночке. Диагноз был сперва: Гайморит. Операция типичная по Luc—Caldwell'ю. После разреза мягких тканей, при отделении их распатором, последний провалился в Гайморову полость. При тщательном осмотре оказалось, что передняя стенка верхней челюсти и часть альвеолярного края секвестрировались и держались на своем месте благодаря мягким тканям, по отделении которых секвестры эти провалились в Гайморову полость. Секвестры были удалены, ложкой вычищена также слизистая Гайморовой полости и сделано отверстие в нос. Рана на десне с трудом была защищена, так как не было подлежащей твердой опоры. Послеоперационное течение протекало совершенно гладко, без температуры. Рана на десне заживала дольше обычного. Я наблюдал больного довольно долго—в течение 7 месяцев. Выделений из носа не было, но все же остался ход в Гайморову полость со стороны десны, правда, небольшой—туда свободно входит только пугочатый зонд. Здесь, как и в первом случае, мы имели комбинацию остеомиелита и гайморита, который явился, вероятно, как осложнение остеомиелита.

Наши 3 случая относятся к взрослым больным, но, главным образом, остеомиелиты верхней челюсти, как и вообще острые остеомиелиты, поражают детей грудного возраста и первых лет жизни. Delucq наблюдал остеомиелит верхней челюсти у ребенка 13 дней. Возможно, что остеомиелит у грудных детей и в первые годы жизни бывает чаще, но остается нераспознанным, так как описывается как гайморит. Но достаточно вспомнить анатомию верхне-челюстной пазухи у детей и тогда будет ясно, что в раннем возрасте чаще бывают остеомиелиты, чем гаймориты. Хотя некоторыми авторами оспаривается наличие *sinus maxillaris* в момент рождения (Lamin и др.), все же большинство исследователей могли констатировать присутствие маленькой полости у новорожденных.

В конце 2 или в первые дни 3 месяца утробной жизни на уровне будущего среднего носового хода отделяется от слизистой латеральный отросток, а хрящевая калкула, окружающая средний ход, отступает перед разрастанием эпителия; здесь образуются *processus uncinatus* и получается щель, которая представляет собою зачаток верхнечелюстной полости. Щель эта превращается в ход, а ход в мешочек и к 7 месяцу внутриутробной жизни, а по некоторым к 6 месяцу, хрящ обизвествляется и примитивный дивертикул превращается в маленькую полость длиною от 5 до 7 мил., а в диаметре 2 мил. (Della Kedowa). У новорожденных полость эта очень мала и по Terraso! она наполнена слизью и тонет в массе спонгиозной кости. Длина ее от 10 до 11 мил. и можно даже различить три стенки: носовую, глазичную и очень важную нижнюю.

Узкий проход длиною в 4 мил. и шириною в 1 мм. соединяет эту крошечную щель со средним ходом. Таким образом синус у новорожденных очень мал.

По Свержевскому вопрос о времени и условиях развития Гайморовой полости недостаточно выяснен. Но Свержевский, на основании своих данных говорит, что у детей до 7 лет Гайморова полость обычно обнаруживается в форме узкой щели. Все же исключения возможны, т. е. что в раннем возрасте имеются уже развитые полости и некоторыми отмечаются заболевания уже в раннем детстве. Так, Свержевский приводит случай Foster'a, где у ребенка 3½ недель от роду на вскрытии найдена была двусторонняя эмпиэма Гайморовых полостей. Сам Свержевский при вскрытии ребенка 6 лет, скончавшегося от скарлатины, нашел гной в правой Гайморовой полости. Watson считает, что Гайморова полость вполне развивается к 3 годам и поэтому говорит, что до 3 лет гаймориты—явление довольно редкое. Cadenot и Cola указывают, что до 6-летнего возраста у детей бывают преимущественно остеомиелиты, а после 6 лет остеомиелиты уступают место воспалениям Гайморовой полости.

Остеомиелиты верхней челюсти могут быть острыми и хроническими. Demme делит их еще на 2 формы: *osteomyelitis circumscripta* и *osteomyelitis diffusa*. Возбудителями могут быть всякие гноеродные микроорганизмы.

Инфекция может попасть гематогенным путем или *per continuitatem*. Бывают случаи, когда никак не удастся установить причины заболевания; так Tesar описал два случая остеомиелита у грудных детей (6 недель и 7 месяцев) идиопатического происхождения; автор говорит, что можно с уверенностью в данных случаях исключить всякую иную этиологию. Herzog и Weil наблюдали случаи остеомиелитов верхней челюсти при совершенно здоровых зубах, т. е. вероятно здесь инфекция была гематогенная. Fischer указывает в одном своем случае на карбункул затылка, как на входные ворота для инфекции. Delucq у грудных детей считает, что остеомиелит мог развиваться в результате инфицированной пуповины. Очень важным моментом для развития гематогенного остеомиелита является травма. Terraso! считает, что роды, а особенно тяжелые, когда применялись акушерские мероприятия, могут быть причиной гематогенного

остеомиелита. На травму во время родов, как на этиологический момент, указывает также Uffenorde. В подтверждение Terrasol приводит классический случай Arcy Power, когда ребенка взяли щипцами и придавили правую сторону лица и вскоре развился остеомиелит правой верхней челюсти. Baranger описывает случай острого тяжелого остеомиелита верхней челюсти у ребенка 5 лет; за два месяца до заболевания теленок ударил этого ребенка в левую щеку. Laurian для описываемого своего случая остеомиелита не мог найти другой причины, кроме травмы. Предрасположение детей к остеомиелитам верхней челюсти гематогенного происхождения Perthes объясняет усиленным ростом зубов, как этим объясняют вообще преимущественное заболевание остеомиелитом в период усиленного роста костей. Остеомиелиты верхней челюсти гематогенного происхождения бывают, особенно у детей, еще в результате инфекционных болезней—это будет, по Lexer'y, вторичный гнойный остеомиелит. Эти случаи, как и вообще остеомиелиты верхней челюсти, являются редкими и поэтому служат еще материалом для казуистических описаний. Layton, например, описывает, как редкую комбинацию, скарлатину и остеомиелит верхней челюсти у ребенка 4 лет. Perthes собрал в литературе всего 16 случаев остеомиелита после скарлатины и 11 после кори. При других инфекционных болезнях описаны единичные случаи присоединения остеомиелита верхней челюсти. Salter указывает, что при инфекционных болезнях естественно было бы, если бы одновременно заболели обе верхние челюсти. Partsch считает возможным при скарлатине и кори проникновение инфекции непосредственно со стороны рта. Perthes оспаривает это предположение и в подтверждение своих воззрений он указывает на случаи одновременного остеомиелитического процесса в различных, независимых друг от друга, частях челюсти амболического происхождения и на еще более яркий пример одновременного с верхней челюстью типичного остеомиелита какой-нибудь трубчатой кости. Такие случаи одновременного процесса в верхней челюсти и в трубчатых костях описаны Kocher'ом, Metnitz'ом, Schlatter'ом и другими. Все же, вероятно, нельзя исключить возможность перехода инфекции со стороны рта—ведь при инфекционных болезнях бывают стоматиты и довольно тяжелые.

Помимо гематогенной, не менее важна инфекция *per continuitatem*. Terrasol говорит, что как только околоплодный пузырь разорвался, ребенок уже подвержен инфекции. Balters указывает, что инфекция может произойти при долго длящихся родах, от неопытности акушерки, от грязного соска, от игрушек. Terrasol приводит случаи, когда во время родов было ягодичное предлежание и акушер вынужден был применить способ Mauriceau—в результате вскоре появился остеомиелит верхней челюсти. Rees описывает два случая остеомиелита верхней челюсти у грудных детей, которые во время родов шли лицом. Инфекция в грудном возрасте может зависеть от инфицированного молока, от матери, если она больна флебитом (случай Lemaître), фурункулезом (случай Betremès) или маститом (случай Collet).

В более зрелом возрасте играют роль кариозные зубы, гангрена пульпы даже без кариеса зубов, экстракция зубов, заболевания десен, переломы челюсти. Может ли инфекция попасть со стороны носа—вопрос спорный. Hoffmann отрицает носовое происхождение и базируется для этого

на патологии верхне-челюстной полости, а именно, что верхнечелюстной синусит никогда не прорывается наружу, разве только в исключительных случаях казеозного синусита. Sébilleau указывает, что причина каждого синусита верхней челюсти только зубная; зуб, по Sébilleau, может вызвать эмпиему верхне-челюстной полости и нарывы щеки или неба. Terrasol же говорит, что совершенно отбросить возможность попадания инфекции со стороны носа нельзя; он же говорит, что хотя верхнечелюстная полость дренируется очень скверно, так как сообщается с носовой полостью через небольшое и высоко-расположенное отверстие, все же инфекция такой большой полости никогда не вызывает остеоита. Blohmke придает, на основании своих 4 случаев остеомиелита, преимущественное значение носовой инфекции. Betremès описал остеомиелит у 2-недельного ребенка в результате сильного насморка. Blair и Brown считают возможной носовую инфекцию для остеомиелитов верхней челюсти. v. Gilse указывает, что у грудных детей верхне-челюстная полость настолько мала и возможность выхода в нос настолько велика, что инфекция кости отсюда как-будто не должна происходить; но он указывает на существующую связь между кровеносными сосудами полости и зубными зародышами некоторых зубов, особенно клыка и моляров, чем можно объяснить преимущественное заболевание этих зубов. Таким образом, он тоже склонен признать инфекцию со стороны носа. Weil и Gardère указывают, что нос редко, но все же может служить источником инфекции для возникновения остеомиелитов верхней челюсти. По Свержевскому расстояние между нижней стенкой Гайморовой полости и верхушками зубов чрезвычайно разнообразно и зависит от толщины альвеолярного отростка и от положения зубов; бывают довольно часто случаи, когда корни зубов, особенно 2-х премоляров и больших коренных, отделяются от дна Гайморовой полости только чрезвычайно тонкой пластинкой, иногда же корни эти свободно проникают в полость, как это в 3-х случаях установил Свержевский. В таких случаях зубы эти покрыты только слизистой оболочкой Гайморовой полости. И вот для таких случаев, мне кажется, вполне можно допустить инфекцию со стороны носа, особенно при большой вирулентности гноя при гайморите. Далее известно, что остеомиелиты верхней челюсти осложняются иногда гайморитами—тут субпериостальный абсcess перешел в Гайморову полость и таким же образом можно представить, что гайморит может перейти в субпериостальный абсcess, а отсюда в кость. Правда, здесь могут быть возражения, что субпериостальный абсcess не дренируется и поэтому может прорваться в Гайморову полость, а гайморит имеет выходное отверстие и потому, как-будто, гною незачем идти под периост, но ведь выходное отверстие может быть закупорено хотя бы утолщением слизистой, которая у детей в Гайморовой полости вообще толста, или полипом. У детей, кроме того, по Peret'u ostium accessorium отсутствует, что, естественно, еще больше может затруднить дренаж. Помимо этого, ведь могут быть дегисценции в стенках Гайморовой полости, которые могут помочь инфекции проникнуть в кость. Если мы вспомним еще о существовании носо-небного канала (can. naso-palat. Scarpae), то, думаю, станет ясной возможность проникновения инфекции со стороны носа.

Далее, в литературе можно встретить описание случаев остеомиелитов верхней челюсти после экстракции зубов. Partsch думает, что в таких

случаях уже имелась, вероятно, инфекция в крови и экстракция сыграла роль травмы. Perthes указывает все же на случаи, когда остеомиелит появился после экстракции у пациентов, до того совершенно здоровых. Здесь интересно привести данные Bernardo Rossia, который делал посевы крови, полученной из локтевой вены до и после экстракции при диффузной альвеолярной пиоррее, при раке, флегмонах, и в 4% случаев он нашел после экстракции бактериемию. Perthes считает, что часть заражений происходит из-за не стерильных инструментов, так как и до сих пор некоторые врачи, по его словам, не кипятят щипцов. Затем, входными воротами для инфекции по продолжению могут быть еще переломы челюстей и огнестрельные раны. Еще могут развиваться остеомиелиты верхней челюсти в результате тяжелых стоматитов, цинги и номы. Наконец, надо упомянуть еще прорезывание зубов мудрости, которое тоже может вести к остеомиелиту.

В конце концов точно ограничить инфекцию по продолжению от инфекции гематогенной довольно трудно, так как инфекция и в первом случае распространяется обычно вдоль поверхности сосудов и проходит через отверстия и костные каналы, пробуровленные сосудами.

Каков бы ни был способ попадания инфекции в костный мозг верхней челюсти, симптомы одни—симптомы, характерные вообще для остеомиелитов—потрясающий озноб, очень высокая температура, тяжелое общее состояние. Ребенок кричит и отказывается от груди, иногда рвота, конвульсии, нарушается пищеварение; опухают соответствующая половина лица и веки, глаз закрыт. Кожа очень чувствительна при дотрагивании, иногда потеря сознания. У взрослых появляется сперва ограниченная опухоль в виде незначительного вздутия кости; по Сверхжевскому неровность альвеол обыкновенно сглажена. *Inga alveolaria* более не прощупывается, соответственная часть челюсти чувствительна к давлению, определенной локализации болей нет; здоровые зубы, находящиеся по соседству с больным зубом, шатаются. Больной проводит бессонные ночи. Если не приняты соответствующие терапевтические мероприятия, то наступает следующий период—нагноение. Периост начинает сильно распухать, окружающие мягкие части отекают настолько, что совершенно закрывают глаз.

В костном мозгу происходят изменения, соответственное вообще остеомиелитам. При остеомиелитах верхней челюсти фистулы большей частью бывают у внутреннего угла глаза, на твердом небе, на десне. Гной может проложить себе путь также в Гайморову полость. Verger наблюдал типичный случай остеомиелита верхней челюсти у новорожденного с фистулой в нос. Faulkner описывает случай остеомиелита у ребенка 9 месяцев с фистулой у внутреннего угла глаза: во время операции удалена в виде секвестра вся верхняя челюсть. Segall приводит случай остеомиелита с некрозом носовой стенки верхней челюсти и полной секвестрацией нижней раковины.

Бывают все же случаи, протекающие без высокой температуры—это большей частью, по Лукомскому, септические остеомиелиты у весьма ослабленных субъектов; прогноз в данном случае, конечно, плохой.

Рентгенодиагностика в начальной стадии совершенно не помогает; только при образовании уже секвестров может несколько помочь при условии особого положения головы.

Верхняя челюсть соприкасается с весьма важными отделами организма и поэтому естественно, что заболевание этой кости, да еще такое серьезное, как остеомиелит, может вызвать осложнения, подчас довольно тяжелые. Так Blohmke описал менингит, абсцесс мозга, флегмону орбиты. Как на частое осложнение, можно указать на переход воспалительного процесса на Гайморову полость; особенно это бывает, если процесс захватил переднюю стенку верхней челюсти. Лукомский описывает случай разрушения носовой перегородки в результате подострого остеомиелита, распространившегося *per continuitatem* после удаления центрального резца. В течение нескольких недель было истечение гноя из луночки удаленного резца и к концу 3-ей недели, после экстракции, больная заметила оседание хрящевой части спинки носа. Еще более интересный случай абсцесса носовой перегородки, развившегося у больной с тяжелым остеомиелитом верхней челюсти, приводит Шапиро. Характерно, что, несмотря на свободный сток для гноя через сделанное отверстие, самочувствие не улучшалось и количество гноя не уменьшалось, что заставило искать причину вне носовой перегородки—в инфекции со стороны альвеолярного отростка. Во время операции корня зуба свободно проходил из операционной раны в альвеолярном отростке в носовую полость возле перегородки. Ясно, что инфекция с альвеолярного отростка проникла через тонкую костную стенку или по *can. naso-palatini* в носовую полость. Некоторые авторы описывают распространение воспаления на слезно—носовый ход (Balters, Brown-Kelly). Лукомский приводит случай флегмоны шеи и средостения, самостоятельно вскрывшейся в пищевод с полным выздоровлением. Faulkner описал случай остеомиелита верхней челюсти у ребенка 19 месяцев, осложнившегося абсцессом легких и абсцессом поясничной области. Из всего этого явствует, что остеомиелит верхней челюсти—заболевание серьезное и требует к себе очень внимательного отношения, особенно у детей. Terrasol говорит, что как только у ребенка поставлен диагноз,—необходима трепанация кости, хотя меняют анатомические условия—малая полость, близость орбиты и, что особенно важно, возможность повредить зубные зачатки. Verger советует ждать, что он и сделал в своем случае. Он говорит, что при выскабливании фистулы приходится иногда пожертвовать многими зубными зачатками. Blair и Brown советуют у детей ждать, пока не наступит демаркация и не выделятся секвестры, а затем уже—широкое вскрытие места инфекции и применение снаружи тепла; таким образом может быть удастся сохранить зубы.

Watson предупреждает, чтобы у детей не выскабливать слизистую, так как можно повредить зубные зачатки. Таким образом все сходится на одном, что у детей надо особенно щадить зубные зачатки. Halphen описывает случай тяжелого остеомиелита у ребенка; все зубы от резца до последнего плеомолара шатались; при операции, которую пришлось сделать дважды, удалили большой секвестр и часть зубов; через некоторое время зубные зачатки сами вышли в виде зернышек риса—все зубы выпали. Rouget описывает три случая остеомиелитов у детей, при чем зубные зачатки тоже сами выпали. В одном случае Vougeois во время операции шадил зачатки; гноетечение после операции не прекращалось, пока не были удалены зачатки—здесь, повидимому,

зубные зародыши играли роль секвестров и поддерживали гноетечение. В приведенных нескольких случаях оператор был бессилен что-либо сделать для сохранения зародышей зубов. У взрослых при остром остеомиелите верхней челюсти надо поступать согласно общепринятым хирургическим методам. В общей хирургии сейчас в моде с хорошими результатами безтампонное лечение остеомиелитических ран по способу Schede-Bier'a, т. е. подобно тому, как поступают в брюшной хирургии—рану зашивают наглухо.

В случае, если несмотря на своевременное хирургическое вмешательство, температура не падает и состояние все же тяжелое, в последнее время применяют переливание иммунизированной крови по Wright'y, о чем сообщил Дервисье. Метод этот рассчитан на создание временного пассивного иммунитета. Puig советует, после удаления виновных зубов и секвестров, применить вакцинотерапию, которая дала ему великолепные результаты. Наконец, применяется еще рентгенотерапия.

Из Госпитальной хирургической клиники Каз. гос. мед. ин-та
(Директор профессор В. Л. Боголюбов).

К клинике поддиафрагмальных нарывов.

Ординатор А. А. Полянцев.

Хотя к настоящему времени имеется значительное количество работ, посвященных вопросу о поддиафрагмальных нарывах, однако далеко не все стороны данного заболевания могут считаться еще вполне изученными.

Патогенез поддиафрагмальных нагноений, обычно возникающих вторично при наличии первичного фокуса в каком-либо из органов живота, имеет непосредственное отношение к весьма важному, в теоретическом и практическом отношениях, вопросу, о распространении инфекции в органах брюшной полости. Сложная симптомология данного заболевания, определяющая трудность диагностики, затрудняет в отдельных случаях своевременную хирургическую терапию. Указанные обстоятельства обуславливают необходимость накопления клинического опыта и оправдывают до сих пор опубликование относящихся сюда наблюдений, на что было указано Савковым на XVII съезде российских хирургов.

В Г. Х. к-ке Каз. мед. ин-та за последние годы было 6 случаев поддиафрагмальных нарывов, краткие истории болезни которых мы здесь приводим.

Случай 1. Б-ой Г-ов, 25 л., кр-н, русский, поступил в к-ку 4/XII 30 г. с жалобами на затруднение дыхания, на боли в левом подреберьи и подложечной области. В 1921 г.—брюшной тиф. В течение полугода страдает болями в подложечной области, изжогой и рвотой, которые наступают обычно после еды. Заболел внезапно 2 нед. тому назад, t—39,6°, пульс 112. Язык обложен. Дыхание учащенное, поверхностное. Перкуторно: притупление звука по l. axillag. ant. s. от 6 ребра

книзу на 4 поперечных пальца от реберной дуги, по 1. шатил. s.—книзу от 6 ребра, по 1. scapul. s. книзу от 8 ребра; заглушение полудунного пространства Траубе. При аускультации: отсутствие дыхательных шумов в пределах тупости, ослабленное дыхание выше зоны притупления. В верхнем отделе левой половины живота—*défense musculaire*. Пальпация здесь резко болезненна, симптом Блюмберга—положителен. Перкуторно: притупленно-тимпанический звук в левом подреберьи. Лейкоцитарная формула: Sg—69%, St—23%, L—11%, Mп—1%. Рентгеноскопия: затемнение слева от 6 ребра до пупка; верхняя граница почти горизонтальна, диафрагма растянута, мало подвижна. При наблюдении до 11/XII 30 г.: 1⁰ гектического типа, ознобы, поты, состояние остается тяжелым. 11/XII 30 г.—операция (проф. Боголюбов). Пункция в 9 межреберьи слева дала жидкий гной (в культуре—золотистый стафилококк). Под местной инфильтрационной анестезией (sol novocaini 1/4%) разрезом по краю левой реберной дуги вскрыта полость, из которой выделялся зловонный гной. Глубокая гнойная полость распространяется под диафрагму, вверх и влево: справа видна доля печени. В последующем течении ухудшение общего состояния б-го, пролежни в ягодичной области, нарастание сердечной слабости. 21/XII—кашель с большим количеством гнойной мокроты. 22/XII—*exitus letalis*.

Результаты вскрытия (проф. Васильев). Слева—плотное сращение плевральных листков вдоль позвоночника и нижней поверхности легкого с куполом диафрагмы. Нижняя доля легкого—плотна. Диафрагмальная поверхность легочной ткани, величиною с мандарин, представляет собою грязно располагающуюся, дурнопахнущую массу; поверхность разреза нижней доли легкого желатинозного вида. Правое легкое не изменено. Брюшина в области селезенки—маркая, серо-грязного цвета. Сальник в большой своей массе приращен к левой доле печени и желудку. Капсула селезенки и подкапсулярный слой селезеночной паренхимы превращены в грязно-располагающуюся массу. Малая кривизна и передняя поверхность желудка рубцово изменены и сращены с нижней поверхностью левой доли печени. Этот отдел желудка хрящевой плотности и со стороны слизистой оболочки представляет большую язвенную поверхность. Микроскопически: *carcin. ventric. simplex*.

Случай 2. Б-ой К-ов, 41 г., поступил в Терапевтическую к-ку мед. ин-та с жалобами на общую слабость, тошноту, болезненную отрыжку, а также сильные боли в области желудка и левом боку, irradiирующие в поясницу и левую лопатку. Считает себя больным с мая м-ца с. г., когда после еды, минут через 30—40 стала появляться тошнота, иногда рвота. Кровь в рвоте и в испражнениях—отрицает. При исследовании желудочного сока—пониженное содержание HCl. В 1925 г.—плеврит, в 1927 г. TBC-pulm., в 1929 г.—воспаление седалищного нерва; болен гонореей. Пьет, курит. Объективно: резко пониженное питание, t—38,4°, пульс 88'. В подложечной области болезненность, здесь же *défense musculaire*; влево от средней линии—ограниченное выпячивание брюшной стенки, резко-болезненное при пальпации. Перкуторно: притупление в области припухания. Лейкоцитарная формула: Sg—58%, St—33%, J—3%, L—8%, Mп—1%, лейкоцитов 9920. Предположен гнойник печени. 3/VIII под местной инфильтрационной анестезией (sol novoc. 1/4%) д-ром Сызгановым вскрыт гнойник разрезом, проникающим через m-s rectus abd. sin. Выделилось до стакана густого гноя с резко-гнилостным запахом, желтушной окраски. Гнойная полость между передней поверхностью печени и диафрагмой. 14/VIII б-ой выписался для амбулаторного лечения с небольшой грануляционной поверхностью и свищем в средней трети раны. 26/X б-ой снова поступил в хир-ую к-ку. Объективно: края свища в области раны имеют вид грибовидного, очень плотного вала с распадом тканей. Перкуторно: округлость рубца—тупость, пальпация болезненна. 5/XI, под местной анестезией свищ немного расширен, из раны выделилось 2—3 столовых ложки серозно-желтой жидкости с каловым запахом и пузырьки газа. Повязка. 9/XI перевязка, в ране пищевая кашка. В последующем, из свища—обильное выделение желудочного содержимого. Рентгеноскопия: стойкие перетяжки в области тела желудка; наблюдается разрастание и распад плотного вала, придающего желудку форму несочесных часов. Пилорическая часть резко деформирована; имеется дефект наполнения привратника, очертание которого носит неправильный зубчатый характер. Bulbus duodeni заполняется очень медленно, через значительные промежутки времени. Клинически—картина рака желудка. 28/XI кровавая рвота и выделение крови через свищ; сделано переливание 300 к. с. цитратной крови. Через 5 дней повторно переливание такого же количества крови. В последующее время состояние

6-го резко ухудшилось. 26/XII в тяжелом состоянии 6-ной выписался по собственному желанию.

Случай 3. Тр-ий, 36 л., 22/III-28 г. доставлен в Г. Х. к-ку с жалобами на резкую боль в верхней части живота и отсутствие стула. Заболел 21/III вечером внезапно; болен малярией. Объективно: питание удовлетворительное, язык обложен. Мышцы передней брюшной стенки в дыхании не участвуют. Пальпаторно: живот сильно напряжен, болезнен. Симптом Блюмберга—положителен. Печеночная тупость сглажена. С предположительным диагнозом—перфоративная язва желудка, 6-ной взят на операционный стол (проф. Соколов). В брюшной полости—жидкость, фибрин. В препилорической части желудка язвенное перфоративное отверстие с поперечником в карандаш. Наложены швы и произведена задняя гастроэнтеростомия по Петерсену. Брюшная полость зашита наглухо. На 3 день температура стала повышаться. Озноб. Жалобы на боль в правом подреберьи и болезненный кашель. Пульс 80/, удовлетворительного наполнения. Перкуторно: по l. axill. dextr. тупость с 8 ребра, переходящая в печеночную тупость. Пальпаторно: резкая болезненность правого подреберья, мышцы напряжены. К 9 дню обозначилось ясное выпячивание правого подреберья. Распознан поддиафрагмальный нарыв. 2/IV под местной инфилтративной анестезией (sol. novoc. 1/4%) произведена операция разрезом, параллельным правой реберной дуги. Вскрыта гнойная полость величиною с кулак, располагающаяся между задней поверхностью печени и диафрагмой. Послеоперационное течение осложнилось тромбофлебитом вен левой конечности. Заживление раны per granulationem. 3/VI выписан в удовлетворительном состоянии.

Случай 4. Б-ой М-н, 35 л., поступил в Терапевтическое отделение обл. сов. б-цы 1/X-32 г. с жалобами на боли в правой половине груди и правом подреберьи, на болезненный кашель, жар и сильную слабость. Заболел внезапно 25/IX, когда появились озноб, жар, острая боль в подреберьи. В январе и феврале 1925 г. была желтуха. Курит, пьет умеренно. Объективно: питание понижено, кожа сухая и горячая. Язык сильно обложен, t 38,9°, пульс 80/. Facies abdominalis. Речь вялая, слова выговаривает медленно. При дыхании падает правую половину грудной клетки. Со стороны легких перкуторно особых изменений не отмечается. При аускультации—ослабленное дыхание в нижнем отделе правого легкого. Со стороны сердца—глуховатые тоны. При дыхании—ослабление дыхательных экскурсий правого отдела живота, при пальпации эта область крайне болезненна, напряжена. Симптом Блюмберга положительн. Перкуторно: в правом подреберьи тупость на три поперечных пальца ниже реберной дуги. Стул задержан. Моча—следы уробилина, осадок—N. Лейкоцитарная формула: Sg—36%, St—34%, J—1,5%, Mп—5,5, Eos—1%, Rg—1%. 6/X жалобы те же. При аускультации правого легкого в передне-боковой поверхности—шум трения плевры. 14/X жалобы на затрудненное дыхание и сильную общую слабость. Определяется притупление звука справа ниже угла лопатки, здесь же резко ослабленное дыхание, в глубине влажные хрипы и шум трения плевры; притупление от реберной дуги распространяется вверх по передне-боковой стороне груди, достигая по l. mamill. d. до 4 ребра и спускаясь сбоку по l. mamill. до 8 ребра. Рентгеноскопия: затемнение справа от 4 ребра и ниже реберной дуги на 3 поперечных пальца, диафрагма сильно растянута, стоит конусообразно, в дыхательных экскурсиях участвует мало. Температура носит характер гектической кривой. С диагнозом поддиафрагмального нарыва 15/X 6-ой кладется на операционный стол, перед операцией (д-р Гулевич) производится пункция в правом подреберьи по l. mamill., получен гной. Под местной инфилтративной анестезией (sol. novoc. 1/4%) разрезом, параллельным реберной дуге, вскрыта гнойная полость величиною с кулак взрослого. При обследовании полости палец оператора проникает (в глубине ее) в отверстие, имеющееся в диафрагме (?). Полость дренирована марлевыми тампонами. С 28/X состояние 6-го ухудшается. Кашель с гнойной мокротой (до стакана). 7/XI 6-ой вял, на вопросы отвечает односложно, иногда проявляет беспричинное беспокойство, бессонница. 12/XI у 6-го эпилептоидного типа припадки в течение нескольких минут. В последующие дни вяло реагируют на окружающее. 22/XI несколько припадков с потерей сознания. При консультации с невропатологом (д-р Молчанова) высказано предположение об абсцессе мозга в лобных долях. 23-24-25/XI бессознательное состояние, 26/XI 6-ой приходит в сознание, временами галлюцинации. 29/XI—exitus letalis.

Результаты вскрытия (проф. Васильев). Твердая мозговая оболочка напряжена, суховата; мягкая оболочка с сильно расширенными сосудами. Спереди полупария имеется абсцесс величиною со сливу с *membr. ruogenica*. Еще 4 абсцесса приблизительно такого же размера имеются: 1) в белом веществе затылочной доли, 2 и 3) в правой лобной доли и 4) в области правого *thalamus opticus*, все абсцессы имеют выраженную *membr. ruogenica*. Купол диафрагмы слева — на уровне 5 межреберья, справа — 4 межреберья. Плевральная полость справа, содержит до 100 к. с. жидкого гноя с примесью крови. Плевральные листки справа по заднему краю имеют плотные спайки. Нижний край правого легкого спаян с диафрагмой, край легкого в состоянии гангрены; через диафрагму имеется сообщение гангренного очага с печенью. Миндалевидные железы увеличены, в глубине содержат очаги желтоватого гноя. В брюшной полости до 300 к. с. прозрачной жидкости, соломенно-желтоватого цвета. Печень неправильного очертания, увеличена, сквозь капсулу просвечивают 6 беловатых узлов, при разрезе оказавшихся абсцессами, наполненными гноем; величина абсцесса колеблется от яблока до кулака; каждый из них имеет *membr. ruogenica*. Один из абсцессов сообщается с поддиафрагмальным пространством, являясь, таким образом, поддиафрагмальным абсцессом. Желчный пузырь спавшийся, слизистая его не изменена. Селезенка равномерно увеличена.

Случай 5. Б-ой К-ов, 22 л., поступил в Г. Х. к-ку 19/III 33 г. с жалобами на ознобы и боль в правом подреберьи. Заболел 3 недели тому назад, когда ночью б-ой проснулся внезапно от появившейся резкой боли в правом подреберьи, сопровождающейся затруднением дыхания и вздутием живота. В 7-летнем возрасте — желтуха. Объективно: пониженное питание. Общее состояние тяжелое, $t=39,4^{\circ}$, пульс 106'. Язык обложен. Перкуторно: притупление справа по I. axill. d. от 7 межреберья к низу на 3 поперечных пальца от реберной дуги. Верхний отдел правой половины живота — в состоянии напряжения, которое наиболее резко выражено в правом подреберьи. Пальпация этой области резко болезненна. Лейкоцитарная формула: $Sg=23\%$, $St=52\%$, $L=20\%$, $Mn=2\%$, $Eos=3\%$. Рентгеноскопия: купол диафрагмы приподнят, в дыхательных движениях участвует слабо, печень резко увеличена. Предположен абсцесс печени. 23/III под местной инфильтрационной анестезией (sol. novoc. $1/4\%$) д-ром Гулевиным разрезом, параллельным краю правой реберной дуги, вскрыта брюшная полость; пункцией в печень — добыт гной. Печень фиксирована к брюшине и термокаутером вскрыт гнойник, содержащий желтоватого цвета, с гнилостным запахом гной. В рану введена дренажная трубка. Повязка. В последующем отделение гноя уменьшилось. Общее состояние тяжелое. 4/IV при явлении сердечной слабости — б-ой умер.

Результаты вскрытия (проф. Васильев). Границы купола диафрагмы справа, из-за обильных сращений, точно определить не удалось; слева — в 5 межреберья. Правая плевральная полость содержит до 150 к. с. геморрагической жидкости. Плевральные листки не спаяны. В средней доле правого легкого — утолщенный участок (в 20 коп. монету). На разрезе по всему легкому набухающие красные узелки, величиною до горошины. Пространство в брюшной полости между правой долей печени и диафрагмой — содержит осумкованный гнойник величиною с куриное яйцо с выраженной *membr. ruogenica*. Второй гнойник расположен на передней поверхности правой доли печени, также с выраженной *membr. ruogenica*, величиною с кулак, сообщавшейся с хирургической раной. Желчный пузырь спаян с окружающими органами. Передний край печени притуплен. Паренхима дряблая, буро-красного цвета.

Случай 6. Б-ая Ф-на, 25 л. 1/XI 32 г. поступила в Г. Х. к-ку с жалобами на боли в правом подреберьи, появившиеся 3 недели тому назад. Боль усиливалась постепенно. В 1929 г. — малярия, имела 5 нормальных беременностей. Слева по I. axill. ант. на уровне 7 ребра тупость, которая продолжается вниз на два поперечных пальца ниже реберной дуги. Справа везикулярное дыхание. Левый реберный край выпячен. Пальпация брюшной стенки очень болезненна. Перкуторно: в левой верхней половине живота тупость. С. В. л. м. б. е. р. г. а. положителен. Мышцы в левом подреберьи напряжены 5/XI слева границы тупости увеличились, дыхание в пределах тупости ослабленное. t — не превышает $37,8^{\circ}$, давая ремиссии от 1° — $0,5$. Лейкоцитарная формула: $Sg=64\%$, $St=13\%$, $L=19\%$, $Mn=3\%$, $Eos=1\%$. Лейкоцитов 9500, эритроцитов 3940000. Предположен левосторонний поддиафрагмальный абсцесс. 10/XI пробная субкостальная пункция, получен густой сливко-

образный гной. Под местной инфильтрационной анестезией (sol. novoc. 1/40%) разрезом, параллельным левой реберной дуги (д-ром Гулевич), вскрыт гнойник величиною с кулак взрослого. Выделилось около стакана густого гноя. Послеоперационное течение протекало без осложнений. 4/XII выписана с небольшой, хорошо гранулирующей, раной.

Поддиафрагмальные абсцессы являются не частым заболеванием. Описанные 6 случаев наблюдались в к-ке за последние 6 лет на 8212 всех стационарных больных. В русской литературе описано около 520 случаев. Поддиафрагмальные абсцессы развиваются обычно вторично—при наличии первичного воспалительного фокуса в одном из органов живота или грудной полости. По классификации Fild и Love они располагаются: 1) внебрюшинно: а) справа между диафрагмой и задне-верхним краем печени, б) слева, когда гной, скопившийся над верхним полюсом почки, распространяется кверху, отслаивая брюшину, покрывающую диафрагму. 2) Внутривнутрибрюшинно: а) между верхней и передней поверхностью печени и диафрагмой (передняя интраперитонеальная область), б) между желчным пузырем, верхней половиной правой почки, поперечно-ободочной кишкой и диафрагмой (задняя интраперитонеальная область), в) между левой долей печени, малым сальником, передней поверхностью печени (левая интраперитонеальная область), г) в bursa omentalis под малым сальником.

Внебрюшинные гнойники встречаются значительно реже внутривнутрибрюшинных; по данным Libich'a и Weber'a они встречаются в 2—3%, по Ricquand'y в 17%.

Частота возникновения поддиафрагмальных абсцессов при различных заболеваниях приводится в сборной таблице по материалам Ланга, Финкельштейна, Körte и Савкова.

Поддиафрагмальные абсцессы, возникшие вследствие заболевания органов	Ланг 176 случ.	Финкельштейн 252 случ.	Körte 60 случ.	Савков 20 случ.	Всего
1. Желудок с 12 п. к.	52	67	10	3	132
2. Саесит с аррeндix'ом	26	45	27	2	100
3. Печень с желчн. пузыр. . . .	26	23	5	3	57
4. Вследств. заболeв. кишeк . . .	15	27	—	—	42
5. Почка с окологоч. клетч. . . .	3	5	4	3	15
6. Селезенка	6	—	5	1	12
7. Органы грудн. полости	6	6	—	1	13
8. Женские полов. органы	4	5	—	—	9
9. Травма	11	23	—	—	34
10. Бугорчатка	3	10	—	—	13
11. Метастазы	—	11	—	—	11
12. Неопределен. причины	24	30	9	7	70
Всего					508

Таблица показывает, что болезни желудка, 12-п. к. и слепой кишки с червеобразным отростком являются наиболее частой причиной возникновения поддиафрагмальных абсцессов. Относительно реже нарывы воз-

пикают при заболеваниях печени, желчного пузыря, кишечника и др. органов в нисходящем порядке по указанной таблице.

Среди наших случаев в I и II случ. поддиафр. абсцессы возникли вследствие распада раковой язвы, в III сл. — вследствие перфоративной язвы желудка. Интересным представляется по своему возникновению и клиническому течению случай IV. Случай этот патолого-анатомически характеризуется множественными абсцессами головного мозга и печени. Один из абсцессов печени распространился в поддиафрагмальное пространство справа, что и нашло себе выражение в клинической картине поддиафрагм. абсцесса. V случай также развился вследствие абсцесса печени, но при жизни не был распознан. В VI случае первичное поражение органа установить не удалось.

Способы развития поддиафрагмальных абсцессов различны, в зависимости от локализации первичного исходного воспалительного очага. Наряду с теми случаями, когда поддиафрагмальный абсцесс развился из первичного очага в верхнем отделе живота, наблюдаются случаи развития абсцессов при патологическом изменении органов нижнего отдела живота и таза. Последние случаи интересны с точки зрения распространения инфекции в поддиафрагмальное пространство. Ряд авторов (Muscatello, Bugon, Rolinson и др.) обращает внимание на значение диафрагмы для центрипетального движения лимфы из органов живота. Присасывающее действие дыхательных движений диафрагмы сравнивается с действием насоса, который обуславливает, в некоторых случаях, продвижение инфекции с лимфой из органов нижнего отдела живота в поддиафрагмальное пространство. Кроме того, продвижение инфекции связано с перистальтикой кишок (возможно поступательное движение инфекции в восходящем направлении по стенке перистальтирующих тонких и толстых кишок).

Внебрюшинные п. абсцессы возникают при воспалительных гнойных заболеваниях органов, находящихся в близком контакте с забрюшинной клетчаткой, как-то: при некоторых видах положения appendix'a, чаще же при воспалительном заболевании околопочечной клетчатки.

Патолого-анатомически поддиафрагмальные абсцессы характеризуются многообразием встречающихся изменений в органах. Эти изменения обуславливаются в каждом отдельном случае комплексом факторов. Большое значение при этом принадлежит первичной инфекции, в результате которой развился поддиафрагмальный абсцесс. В этом отношении наиболее показательным является случай 2, в котором поддиафрагмальный абсцесс развился на почве перфорации раковой язвы желудка. Агрессивный рост новообразования, проросшего в переднюю брюшную стенку, придает этому случаю специфические патолого-анатомические особенности.

Гнойные полости поддиафрагмального абсцесса колеблются от размеров лесного ореха до больших гнойников, заполняющих все поддиафрагмальное пространство. Распространение гноя в другую половину живота препятствует, по мнению Maudl'a, выпуклость позвоночника, однако описаны случаи и двухстороннего расположения поддиафрагмальных гнойников.

Локализация развивающегося гнойника, как уже отмечалось, может быть различной. В зависимости от этого, а также от характера первичного фокуса, наблюдаются различные изменения в смежных органах.

Очень существенным моментом нужно считать встречающиеся изменения диафрагмы. Они постоянны и по существу своему могут представлять собой явления прогрессивного и регрессивного характера, свойственные воспалительному процессу. Выражением наиболее резкой степени деструктивных изменений является нарушение анатомической целостности купола диафрагмы, как это было в случ. IV. В случаях 1 и 4 при вскрытии отмечено омертвление легочной ткани. Наличие серозных поверхностей на диафрагме обуславливает развитие пластических процессов в смежных областях грудной и брюшной полостей.

Перфоративные процессы играют значительную роль в этиологии поддиафрагмальных абсцессов. Известно, что анатомо-физиологические свойства брюшины определяют характер развития процесса в том случае, если инфекция попадет в брюшную полость. Пластические свойства брюшины, обуславливающие осумковывание внутрибрюшинных абсцессов, играют роль и в развитии поддиафрагмальных гнойников.

Что касается распознавания поддиафрагмальных нарывов, то трудно установить точные клинические данные для диагностики их, т. к. совместно существующие поражения других органов, а иногда небольшая величина нарыва, отступающая в общей картине болезни на задний план, дают нередко довольно пеструю смесь симптомов и каждый отдельный случай требует тщательной оценки всех имеющихся клинических данных. В далеко зашедших случаях наличие выпячивания правого или левого подреберья делает распознавание нарыва не трудным. Но здесь, как и во многих случаях, важно раннее распознавание, ибо от этого зависит жизнь больного. Начало заболевания редко развивается медленно, чаще бурно, внезапно, с температурой гектического типа, сильными болями в подложечной области, иррадирующими в лопатку. Острое начало отмечалось в большинстве наших случаев. Признаки воспаления брюшины и плевры имели в клинической картине доминирующее значение. Характерен сухой, отрывистый кашель, возникающий от воспаления плевры, покрывающей диафрагму.

В 1922 г. Яуре указал в наблюдавшихся им 4 случаях поддиафрагмальных нарывов перкуторное баллотирование печени. Сотрясение грудной клетки и легочной ткани, получающееся при перкуссии, особенно резко передается при поддиафрагмальных нарывах и может быть ощущаемо рукою, наложенной на правое подреберье. Нами этот симптом проверялся, но полученные данные настолько непостоянны, что признак этот с трудом можно поставить в число вспомогательных.

Наиболее ценным является костальный симптом (С. Крюкова), заключающийся в давлении на реберную дугу, причем на больной стороне возникает боль. Этот признак является одним из самых ранних и отмечается у наших больных.

Важное диагностическое значение имеют данные перкуссии. Верхняя граница перкуторной тупости имеет вид выпуклой линии с высшей точкой на передне-боковой или боковой стенке груди, затем спускается отлого к позвоночнику и более круто к груди. Притупление в наших случаях доходило спереди до 4—5 ребра, а сзади до угла лопатки. Сердечная тупость не изменяется или незначительно смещается в здоровую сторону и вверх. При изменении положения больного перкуторные данные не изменяются.

Если поддиафрагмальный нарыв содержит газ, то получается трехзвонное расположение перкуторного звука: внизу—тупость (гнойник), сверху—тимпанит, еще выше нормальный легочный звук. Присутствие газа и одновременный выпот в плевру разделяют пораженную сторону на 4 перкуторных пояса: тупой (гной), тимпанический (газ), тупой (выпот в плевру), легочный, при этом следует помнить, что слева тимпанический звук может быть получен от воздуха, находящегося в желудке.

Исследование крови является ценным методом для распознавания поддиафрагмальных абсцессов. Когда мало других объективных клинических данных для диагностики абсцесса, в это время уже имеется значительный лейкоцитоз (9000—12000), сдвиг влево по Шиллингу—нейтрофилия с повышенным содержанием палочкоядерных, до появления юных форм, что и отмечалось во всех наблюдаемых нами случаях.

Рентгеноскопия в некоторых случаях является решающим методом в диагностике поддиафрагмальных абсцессов. Рентгеновская картина довольно характерна: скопление гноя в поддиафрагмальном пространстве дает затемнение, высокое стояние диафрагмы, отсутствие дыхательных экскурсий вследствие паралича диафрагмы. При наличии газа в абсцессе заметно просветление в виде полулунного диска, а при одновременном плевральном выпоте имеем, соответственно положению гноя,—затемнение, выше на месте газа—просветление, затем снова затемнение от плеврального выпота.

Наши случаи убеждают в необходимости пользоваться рентгеноскопией, как обязательным методом, особенно в сомнительных случаях.

В качестве диагностического способа при поддиафрагмальных абсцессах применяется пробная пункция. Ввиду того, что пункция может дать гной при одновременном наличии гнойного плеврита и поддиафрагмального абсцесса, а также при абсцессе и нагноившемся эхинококке печени, то пункция имеет только относительное значение для определения локализации гноя. Отмеченные в качестве диагностического признака респираторные движения иглы еще не решают вопроса правильной диагностики, т. к., при наличии гноя, диафрагма парализована и в респираторных движениях участвует слабо. При такой относительной ценности пункции пробный прокол должен предшествовать только операции. Это особенно важно при незарощении *sinus frenico-costalis*, когда отверстие от сделанной пункции может служить входными воротами для инфицирования плевры. В наших случаях применялась пункция *непосредственно перед операцией*, где она имеет очень большое значение: получив гной путем пробной пункции—не вынимать иглу, но, руководствуясь иглой, как показателем пути к гноянику, сейчас же приступить к вскрытию гноя.

Итак все диагностические признаки представляют только относительную ценность, а поэтому они требуют тщательного учета для правильного и своевременного диагноза.

В хирургической терапии поддиафрагмальных абсцессов, в зависимости от расположения субд. абсцесса, применяются три главных типа операций: 1) трансплевральная лапаротомия (с резекцией 9—10 реб., вскрытием плевры и диафрагмы—двухмоментно или одномоментно—с подшиванием диафрагмы к париетальной плевре при отсутствии сращений),

- 2) разрез через переднюю брюшную стенку (субкостальный разрез) и 3) поясничный разрез.

Рекомендовать один какой-нибудь способ невозможно. Выбор его зависит от расположения гнояника. В приводимых нами случаях операция выполнялась трансабдоминально.

Последующее лечение заключается в тщательном дренировании гнойной полости, обеспечивающем свободный отток гноя.

Исход поддиафрагмальных нарывов, предоставленных собственному течению, крайне неблагоприятен. Показания к оперативному вмешательству—абсолютны. Они диктуются цифрами смертности в неоперированных случаях, а именно: Orzos указывает 95%, Oscwood—до 100% смертности. Для оперированных случаев смертность вдвое ниже, по Maydl'ю 47,2%, по Körte—35,6% и по Финкельштейну—55,5%.

- Литература.* 1) Ланг Поддиафрагмальные нарывы. Диссерт. 1895 г.—2) Финкельштейн. К патолог. и терап. поддиафр. абсцес. Диссерт. 1897 г.—3) Трофимов. Поддиафр. нарывы. Вест. хир. и п. обл., т. III, кн. 8.—4) Труды XVII съезда рос. хир., стр. 400, 1927 г.—5) Fifield und Love. Рефер. по Нов. хир. арх., т. 13, кн. 3, 1927 г.—6) Orzos. Видоизменение чрезплеврального вскрытия поддиафрагмальных абсцессов. Нов. хир. арх., т. 13, кн. 3, 1927 г.—7) Цимхес. К распознав. и патологии поддиафр. нагн. эхинококков. Каз. мед. ж. 1928 г., № 2.—8) Ваза. Нов. хир. арх., т. 7, кн. 8.—9) Бессмертныи. К патолог. и к-ке поддиафр. нарыв. Н. Х. А., т. 15, кн. 4.—10) Савков. К вопросу о поддиафр. нарыв. Н. Х. А., т. 12, кн. 46. 1927 г.—11) Гроссман. Случай поддиафр. нарыв. Н. Х. А., т. 7, кн. 2.—12) O'Brien. Z. Organ. Bd 46, H. 6, 1929 г.—13) Russel. Z. Organ. Bd. 47, H. 12. 1929 г.—14) Kirschner und Nordman. Chirurgie.—15) Соколов. Н. В. Неотложн. хир. под ред. Боголюбова. Стр. 182, 1931 г.

Из родильного отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
Зав. д-р. В. А. Хатуцев.

О мотивах обращения к подпольному аборту.

Д-р М. И. Магид.

Легализация аборта, как известно, вызвала значительное уменьшение числа подпольных абортов. Однако, в скромных размерах подпольный аборт продолжает существовать и до настоящего времени, за что говорит, хотя и резко павшая, но все еще существующая смертность от сепсиса при неполном аборте.

Разумеется, следует стремиться к 100%-му извлечению аборта из подполья. Для этого необходимо изучить те источники, которые питают подпольный аборт. Мы имеем огромное количество работ, изучающих легальный аборт, работы же, посвященные подпольному аборту, насчитываются единицами. Судить о полном аборте на основании неполного аборта разумеется, нельзя, так как у нас, благодаря легализации, большинство неполных абортов—спонтанные (Магид, Казанск. Мед. Ж. 1930, № 10).

Авторы указывают, что существование подпольного аборта зависит у нас частью от недостатка абортных коек, частью—от нежелания беременных терять время в абортных комиссиях; на селе играет роль отдаленность от больницы, желание скрыть беременность и т. д. Однако, точных данных, какую роль играет каждый из этих факторов, в нашем распоряжении нет.

В нашем послеродовом инфекционном отделении, куда стекаются лихорадочные аборты со всего Киева и из ближайших сел, мы, путем тактичного и настойчивого расспрашивания, добились того, что у нас значительный процент больных с подпольным абортом признается во вмешательстве, что побудило нас заняться всесторонним изучением подпольного аборта. Ниже мы приводим одну часть наших наблюдений.

С целью выяснить причины обращения к подпольному аборту мы спросили у 100 женщин, признавшихся в подпольном вмешательстве, почему они не прибегли к легальному аборту. Сведения собирались в порядке поступления больных, без какого бы то ни было отбора, в течение приблизительно 14-ти месяцев, начиная с зимы 1928 года. Во всех случаях аборт был вызван акушеркой, бабкой или самой беременной. 32 женщины предварительно обратились за ордером в абортную комиссию, остальные 68—сразу прибегли к подпольному аборту.

По социальному положению они распределяются: рабочие и жены рабочих—42, служащие и жены служащих—20, селяне—8, жены военно-служащих—4, учащиеся—1, кустари и жены кустарей—16, прочие—9.

Всех женщин с абортом, произведенным в подпольных условиях, можно разделить на 2 основные группы: А) те, что *могли* произвести аборт в обычных условиях, но *не пожелали* этого сделать, и Б) те, что *не могли* по тем или иным причинам получить в абортных комиссиях ордер на аборт и поэтому *были принуждены* произвести выкидыш подпольно.

Так как женщины иногда приводили в пользу подпольного аборта не один, а два мотива, то на 100 человек приходится 120 различных мотивов.

К мотивам, приводимым 1-й группой больных, относятся:

1) *Желание скрыть беременность или аборт* (5,8%). Если женщина забеременела в результате случайной, скрываемой половой связи, то она иногда не решаете обратиться в больницу; отсутствие из дому в течение 2-3 дней не может пройти незаметным, в больнице можно встретить знакомую и, вообще, возможны всякие случайности, благоприятствующие раскрытию тайны. Иногда больной неудобно, чтобы на службе знали о произведенном аборте, например, когда она скрывает самый факт замужества. Во всех этих, правда, немногочисленных случаях, как показывает наша таблица, женщина не делает даже попытки обратиться в абортную комиссию.

2) *Недовольство ранее произведенным абортом в больнице* (10,9%). Главный мотив—это болезненность выскабливания, так как аборт производится без наркоза (разумеется, вполне основательно, так как наркоз благоприятствует перфорации и кровотечению; к этому следует прибавить еще риск смертности от наркоза, составляющий 1:3—5 тыс.). На некоторых влияют аналогичные заявления знакомых, и они, вообще, не обращаются за ордером, тогда как вспрыскивание жид-

костей или введение бужей, по их словам, почти безболезненны; при последующих схватках болезненность иногда тоже бывает невелика. В 4-х случаях больные заявили, что „вычистки им действуют на нервы“ и поэтому они прибегли к помощи акушеров, которые впрямую им в матку вводят. В одном случае больная осталась недовольна предыдущим легальным абортom, заболев после него, в одном случае она обратилась к бабке, услышав от врача, что „выскабливания вредны—их надо избегать“; наконец, в одном случае, больная отметила, что после легального аборта она быстро снова беременеет, а после бабки не беременеет до тех пор, пока кровит. Иными словами, она использовала *endometritis post abortum* как противозачаточное средство!

3) *Потеря времени в ожидании ордера*. Мы видим, что эта группа не так многочисленна, как это думают (15,0%), тем более что в сущности на этот мотив указывают не столько те, что обратились в абортную комиссию, сколько те, что в нее не обращались. Объясняется это тем, что в 1929 году количества абортных коек у нас, в общем, уже хватало, но многие женщины, помня о тех „хвостах“, которые были в 1925—1926 году, по старой памяти избегали обращаться за ордером. Отметим, что, по словам обратившихся за ордером больных, ждать надо было не так уже долго, 5—7—10 дней, но они все же боялись запустить беременность до позднего срока. Действительно, чем больше срок абортов, тем операция труднее и опаснее; с другой стороны, женщина знает, что при беременности выше 3-х месяцев ей легального аборта не станут делать и, вообще, чем выше срок беременности, тем труднее найти лицо, соглашающееся произвести аборт. В 4-х случаях остановка была за документами (справкой о зарплате). Это были большей частью домашние хозяйки, которые должны были представить справку о зарботке мужа, последние же, будучи против аборта, умышленно не брали таких справок.

4) *Малокультурность и легкомысленное отношение к аборту*. Случаи этой группы составляют 13,3%. Несмотря на ведущуюся сан-просветработу, многие женщины чрезвычайно легкомысленно относятся к подпольному аборту, надеясь на то, что „авось все пройдет благополучно“, „соседка делала и все прошло гладко“ и т. д. Такие больные, в случае осложнений, часто высказывают сожаление о том, что не подверглись легальному аборту. В 3-х случаях больные привели в качестве мотива, что „в больнице плохо“. Для характеристики этих больных укажем, что одна из них была беспризорная, одна—селянка, считавшая, что „дома лучше и спокойнее“, а одна не хотела лечь в больницу, так как „на ней будут учиться практиканты“, а посему она обратилась к бабке. Разумеется, что в основе этих случаев лежала та же малокультурность.

Все перечисленные группы фактически *отказываются* от производства аборта в стенах больницы.

С другой стороны, есть группа женщин, которые, отнюдь не желая производить аборт в подпольных условиях и стремясь попасть в больницу, в силу тех или иных условий поступить не могут и поэтому *принуждены* делать аборт в условиях подполья.

Какие же обстоятельства препятствуют им поступить в больницу?

1) Наиболее значительную группу составляют случаи, где *абортная комиссия отказала или могла отказать* в выдаче ордера на аборт (25,8%). Как известно, при беременности свыше 3-х месяцев аборт по социальным показаниям, как правило, не производится, между тем сельянки, мало следящие за сроком последних месячных, нередко обращаются и позднее. Если в течение первых 2—3 месяцев беременности месячные приходят, то даже интеллигентная женщина может „запустить“ беременность. Иногда решение совершить аборт появляется лишь потом (смерть мужа, развод). Большую роль играет незнакомство женщин с контрацептивами, неумение или нежелание их применять, благодаря чему беременности следуют одна за другой с 3—4 месячными промежутками, тогда как такие частые выскабливания являются противопоказанными. Установление факта беременности при неблагоприятных условиях (полнота, метрит, ретрофлексия и т. д.) может затянуться до 8—9 недель, что опять-таки задерживает получение ордера.

Анализ случаев этой группы показывает, что абортная комиссия руководствовалась при отказах почти исключительно медицинскими противопоказаниями. В 5-ти случаях имела беременность свыше 3-х месяцев, в 3-х случаях—воспалительный процесс в придатках, в 2-х случаях—частое повторение абразий, в 4-х случаях—врач сомневался в беременности и, повидимому, основательно, так как наше дальнейшее клиническое наблюдение в части случаев подтвердило, что тут имела место попытка подпольного аборта при отсутствии беременности. Лишь один раз больной было отказано из-за отсутствия социальных показателей. Это весьма существенно, если учесть, что данные получены от больных, которые не прочь взваливать все на абортные комиссии, и дает право признать, что абортные комиссии руководствовались не формальными соображениями, а медицинскими противопоказаниями.

Мы видим также, что женщины очень хорошо знакомы с мотивами отказа абортных комиссий и, зная о наличии у себя противопоказаний, сразу обращаются к подпольному аборту. Отметим тут, что в группу женщин, прибегших к подпольному аборту без обращения в абортную комиссию и сомневавшихся в беременности, входят 4 случая, где больные заявили, что они своими манипуляциями хотели вызвать не аборт, а лишь „задержавшиеся месячные“. Говорить об успешности или безуспешности отказов в ордере, наоборот, на основании нашего материала, разумеется, трудно, так как мы знаем лишь о неудачах, но не знаем, в скольких случаях после отказа женщины донесли беременность до срока.

В тех 7-ми случаях, где женщины обратились к подпольному аборту, минуя абортную комиссию, считая, что та не найдет у них социальных показаний, обыкновенно речь шла о неосведомленности;—например, они думали, что разрешения даются лишь членам профсоюзов и т. д., и в случае обращения, они, вероятно, могли бы получить ордер.

2) *Платность легального аборта.*—В 13,3% больные указывали, что были принуждены отказаться от легального аборта в виду его платности. Действительно, лишь часть абортов производится бесплатно, большинство уплачивало 8 рублей (1929 г.), включая в эту сумму и 3-4-дневное пребывание в больнице (в настоящее время у нас применяется дифференциальный тариф 3—18 руб., в зависимости от ставки). Является

ли вопрос платности решающим? Мы затрудняемся это сказать. Иногда этот мотив приводят больные с довольно высокой ставкой зарплаты, для которых эта сумма вряд ли является обременительной. Были и такие случаи, когда женщины, даже получив ордер, обращались к бабке, которая делала им аборт за 5—7 руб. Иногда больным, при наличии удостоверения, — аборт мог быть произведен бесплатно или за невысокую плату, но муж, будучи против аборта, умышленно не брал справки о своем заработке или не давал денег на аборт. Среди тех женщин которые, не имея возможности уплатить за аборт, даже не обращались в больницы, были и такие, которым вероятнее всего был бы произведен аборт-бесплатно; как выяснилось, они не знали, что могут просить о бесплатном аборте. Нередко мы имеем проявление малокультурности и неразумного „режима экономии“, где женщина не столько нуждалась в деньгах, сколько „жалела“ их тратить.

3) *Незнание о существовании абортных комиссий* и куда надо обратиться. Вряд ли мы найдем на 12-м году легализации много женщин, не знающих о существовании абортных комиссий. Действительно, эта группа ничтожна—1,7%. В одном случае это была 17-ти-летняя девушка, во 2-м—крестьянка. Попадая в город и желая там произвести аборт, крестьянка не знает, куда обратиться, не имеет часто при себе соответствующих документов и иногда обнаруживает полную беспомощность.

4) *Отдаленность от больницы.* Мотив, приводимый исключительно селянками (6,7%). При расстоянии 25-30 км до больницы, при отсутствии уверенности в немедленном приеме, создаются условия, благоприятствующие подпольному аборту. Интересно отметить, что эти случаи наблюдаются чаще летом, когда часть больниц, в связи с отпускной кампанией, закрывается.

5) *Не на кого оставить детей на время лежания в больнице* (5,0%). Для теперешних семей типична малочисленность. Если муж служит, особенно на разъездной службе, то детей на время аборта приходится оставлять у знакомых, соседей и т. д. В результате 3-4-дневное пребывание в больнице, т.е. одно из главных положительных свойств легального аборта, рассматривается больной как тягость, и она, не желая оставлять детей, прибегает к подпольному аборту.

Чаконец, в 3-х случаях мотивы обращения к подпольному аборту оказались неясными.

Каковы же меры борьбы с остатками подпольного аборта?

Борьба с подпольным абортom является частным случаем борьбы с абортom вообще и в этом отношении меры борьбы заключаются в широких социальных мероприятиях и в замене аборта контрацептивами. Что же касается средств, могущих превратить остатки подпольного аборта хотя бы в легальный, то разнообразию причин, благоприятствующих существованию подпольного аборта, должно соответствовать и разнообразие методов борьбы.

Аборт, совершаемый в подполье из-за желания сохранить в тайне беременность, коренится в условиях старого быта.

Части подпольных абортов, совершаемых при наличии медицинских противопоказаний к легальному аборту, можно будет избежать при более широком применении контрацептивов. Было бы, однако, ошибкой, при

наличии серьезных медицинских противопоказаний, делать аборт только потому, что женщина „угрожает“ обратиться к бабке. Во-первых, не всегда эти „угрозы“ осуществляются, а во-вторых—„легальный“ перитонит нисколько не лучше „подпольного“.

Из других методов борьбы главными являются:

1) Санитарно-просветительная работа с подчеркиванием опасностей аборта, производимого вне больницы акушеркой, бабкой, самой беременной. Одновременно следует указывать и на вред легального аборта, однако, последнее не должно переходить в запугивание, иначе может получиться обратный эффект—обращение в подполье.

2) Расширение числа абортных коек до полного устранения очередей. Прием должен производиться возможно скорее, с доведением всяких формальностей до минимума. В этом отношении вполне целесообразно постановление НКЗ УССР об уничтожении абортных комиссий, предоставляющее врачам консультаций Ох-Мат-Дета право непосредственного на-
правления на аборт.

3) Некоторое увеличение числа бесплатных коек и дальнейшее применение системы дифференциальной оплаты абортной помощи.

4) Предоставление возможности абортирующей, на время ее пребывания в больнице, поместить детей в соответствующее учреждение Ох-Мат-Млада.

Из Акушер.-гинеколог. клиники Днепропетровского института для усовершенствования врачей (при 2-й рабочей больнице)
(Директор— проф. Д. Е. Ш м у н д а к).

К профилактике послеродовых заболеваний аутогемотрансфузией.

Ассистент М. Я. Рубинштейн.

За последние годы аутогемотерапия приобрела право гражданства, как один из лечебных методов, почти во всех областях медицины и в частности—в акушерстве и гинекологии. Она явилась прямой наследницей, если можно так выразиться, предыдущих методов лечения—серотерапии, вакцинотерапии и протейнотерапии, содержа в себе сущность того, другого и третьего. Применение аутогемотрансфузии технически значительно проще, чем вакцинотерапия, и особенно аутовакцина.

С другой стороны, влияние аутогемотрансфузии на весь организм более нежное, чем влияние вакцинотерапии; и она может быть применяема в целом ряде тех случаев, где применение вакцины противопоказано.

Применение аутогемотерапии в акушерстве подробно разработано доктором Литваком, но он ее применял исключительно при послеродовых заболеваниях местного и общего характера, хотя большое место и внимание в своем труде уделил и вопросу применения аутогемотрансфузии с целью профилактической.

„Мы должны стремиться поставить каждый индивидуум в такие условия, чтобы он мог уничтожить микроорганизмы в самом начале их появления, либо вышел бы победителем, если все же заболел. В первом слу-

чае подготовка совершается задолго до возникновения заболевания. Во втором-исход будет зависеть не только от предварительной подготовки, но также от той рациональной терапевтической помощи, которую ему оказывают в течение всего процесса болезни.

Таким образом, заканчивает Литвак, на первом плане стоит профилактика, на втором лечение“.

Нами решено в борьбе с послеродовыми осложнениями применять поступающим роженицам аутогемотрансфузию с целью профилактической. Мы провели наши наблюдения над 100 роженицами, которым проделали аутогемотрансфузию в акушерск. отд. клиники. Большей частью аутогемотрансфузию проводили в утренние часы роженицам, поступившим с ночи; естественно сюда попадал больший % первобеременных, так как повторные быстрее разрешались. Надо отметить, что в большинстве случаев аутогемотрансфузия профилактически применялась нами у тех рожениц, у которых роды с самого начала давали некоторые отклонения от обычной картины и где уже в силу этого можно было предполагать последующее патологическое течение.

Вопросом аутогемотерапии, как мы знаем, за последние годы интересуются очень многие, и выяснено, что аглютинационное действие наступает только после трех дней, максимум действия на 8—12 день; в связи с этим, во всех тех случаях, где роды наступали спустя 2—3 дня после аутогемотерапии, надо полагать, что положительное влияние последней не только не исчезало, а наоборот, являлось наиболее ярким.

Мы вводим обычно 5,0 куб. см. крови, взятой из локтевой вены, внутримышечно в области ягодиц.

Это профилактическое мероприятие было проведено на 100 роженицах; в тот же самый период времени без него родили 207 женщин.

Вся эта группа лиц разделялась по профессии: работниц—87, служащих—35, селянок—9, домохозяек—176.

Из 100 рожениц 9 подверглись крупным акушерским операциям, в то время, как из группы контрольных была только одна операция.

Надо отметить, что у группы рожениц, у которых роды осложнились, было произведено по несколько раз внутреннее исследование, были проделаны те или другие акушерские операции и тем не менее, в послеродовом периоде у этих больных не было больших осложнений (из 100 чел., подвергшихся аутогемотрансфузии, в послеродовом периоде дали повышение T^0 —12, т. е.—12%; из 207 контрольных—30, т. е. 14,5%).

	Общее число	Первород.		Повтор.		С отог. шедш. вод.		Без отог. вод.		Кол. операт. внут.				С повышенной темпер.				Колич. умерших	
										Мал.		Больш.							
		кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%
Получ. ауто-терапию . .	100	69	69	31	31	21	21	79	79	12	12	9	9	12	12	0	0		
Не пол. ауто-терапию . .	207	102	51	100	49	71	34,5	136	65,7	14	6	1	0,5	30	14,5	0	0		

На основании нашего материала у нас создается впечатление, что аутогемотрансфузия, будучи применяема как профилактическое мероприятие перед родами, не уничтожает совершенно $\%$ лихорадящих больных, последующее течение после акушерских операций всегда более благоприятно, нежели у тех больных, где аутогемотрансфузия не была применена.

Аутогемотрансфузия должна быть применяема с целью профилактики всем роженицам, а особенно тем, у которых роды протекают атипически и у которых можно ожидать последующий осложненный процесс и послеродовой период.

Из Московского областного научно-исслед. ин-та охраны материнства.
(Научный руководитель проф. М. Г. Сердюков).

Антивирусная внутрикожная реакция, как диагностический и прогностический метод у послеродовых (послеабортных) больных.

А. Н. Мордвинкин и С. Б. Рафалькес.

Безредка утверждает, что кожа является наиболее чувствительной тканью по отношению к бактериям, вызывающим септические заболевания. Проверочные исследования Равина, Бубличенко также показали, что кожа весьма различно реагирует на введенный в нее антивирус, так, наиболее тяжелые случаи, кончающиеся смертью, обычно давали отрицательную или слабо положительную реакцию.

Подобного рода исследования, произведенные у септических больных Бубличенко, в некоторой степени указывали на параллелизм, существующий между тяжестью заболевания и степенью реакции. Однако, у него в ряде случаев при тяжелых заболеваниях кожная реакция оставалась положительной в течение всего заболевания.

Все вышеизложенные соображения заставили нас проверить ценность кожной реакции при различного рода септических послеродовых (послеабортных) заболеваниях и выяснить границы ее диагностических и прогностических качеств.

В послеродовой инфекционной клинике Московского областного научно-исследовательского института матмлада за 1932-33 г. проделана кожная реакция со стрептококковым и стафилококковым антивирусом у 103 послеродовых (послеабортных) больных, у которых сделано около 700-750 впрыскиваний внутрикожно стрептококкового и стафилококкового антивируса по 0,2 к. с. на каждую инъекцию. Количество реакций, проделанных у каждой больной, колебалось от 2 до 6. В начале наблюдений применялся антивирус стрептококковый, приготовленный из штаммов от послеродовых септических больных нашей клиники в лаборатории института. Одновременно в качестве контроля применялся такой же антивирус ин-та им. Мечникова. Разницы в результатах нами не было замечено, и поэтому в дальнейших опытах применялся один лишь антивирус из института им. Мечникова. Стафилококковый антивирус употреблялся исключительно лишь приготовленный институтом им. Мечникова.

Реакция на стафилококковый антивирус была во всех случаях тождественна с реакцией на стрептококковый антивирус. Вспрыскивания, как правило, в первый раз применялись в первые два дня поступления (на высоте болезни) больной в клинику, последующие вспрскивания делались больным с промежутками в 3—5—10 дней. Реакция производилась также при внезапном высоком поднятии температуры и с появлением зноба. В затяжных случаях заболевания, где болезнь вяло протекала, промежутки между вспрскиваниями удлиннялись до 10—15 дней.

Метод реакции: в наружно-боковую поверхность бедра, в верхней его трети, больной в кожу вводилось по 0,2 кс. антивируса, при помощи Льюэровского абсолютно сухого, стерлизованного шприца. Немедленно после вспрскивания образовывалось на коже бледное возвышение. При появлении мельчайшей капли крови—впрыскивание считалось неудачным и реакция в расчет не принималась. Этой больной другого укола не делалось, и реакция производилась только через 2 дня. Реакция учитывалась только через 24 часа. Наблюдались случаи, что до истечения этого срока реакция нарастала, после 24-часового промежутка реакция начинала спадать и еще через 48 часов обычно пропадала совсем. На коже в месте укола через 2 суток никаких признаков бывшей инъекции уже макроскопически определить не удавалось. Степень реакции обозначалась так: отрицательная реакция, когда через 24 часа на месте инъекции никакого покраснения и болезненности не отмечалось, отмечалась знаком—. Когда же через 24 часа отмечалось небольшое покраснение с диаметром в $\frac{1}{2}$ сантиметра, реакция считалась слабо положительной и отмечалась знаками—+. Когда же появлялось хорошо окрашенное красное пятно с возвышенными краями, слабо болезненное, от $\frac{3}{4}$ см. и более в диаметре, мы отмечали реакцию как положительную и ставили знак+. Наш материал (см. таблицу).

	После родов	После аборта	Всего	Из них умерло
Septicaemia	1	1	2	2
Septopyaemia	25	1	26	20
Septicaemia peritoneal	3	1	4	4
Trombophlebitis pelvis et femoris	15	2	17	0
Parametritis	17	0	17	0
Adnexitis	5	1	6	0
Metrotrombophlebitis	14	2	16	0
Metoendometritis	8	4	12	0
Paroproctitis	1	0	1	0
Subinvolutio uteri	1	0	1	0
Erysipelas p. sect. caesarea	—	0	1	0
В с е г о	91	12	103	26

Больных с септициемией было двое: одна послеродовая, доставленная в клинику на пятнадцатый день заболевания, другая после искусственного аборта—на тринадцатый день болезни. Обоим им дважды проделана активированная проба с промежутками в 5 дней. В обоих случаях получился отрицательный результат. У обоих больных в крови были гемоли-

тический стрептококк, реакция осадения эритроцитов 12—15 м., картина крови по Шиллингу обнаружила большой сдвиг влево, с резкими дегенеративными изменениями, как красного, так и белого зеркала крови. Гемоглобин колебался от 42% до 26% у послеродовой, а после абортной от 44% до 35%. Болезнь в обоих случаях протекала бурно с почти ежедневными повторными знобами, с большими ремиссиями от 40°—41 до 36—37,15°. Послеродовая больная погибла на 13 день пребывания в клинике; послеабортная—на 11 день.

4 больных с *Septicaemia peritonealis*, которым также была каждой дважды проделана антивирусная проба, во всех случаях дали отрицательную пробу. Из них одна больная—после искусственного аборта, три после родов; длительность заболевания колебалась от 5 до 13 дней. Все погибли. Гемолитический стрептококк найден в крови у одной больной, у другой вырос стафилококк и стрептококк, у третьей роста не получилось, у четвертой кровь не была исследована. Флора отделяемого шейки: палочки, диплококки, стрептококки не гемолитический. Реакция оседания эритроцитов по Линценмейеру сделана у двоих: у одной 10, у другой 15 минут. Кровь—с низким содержанием гемоглобина, от 28% до 38%. Конституция: 2 астенички и 2 пикнички.

Больных с септикопиемией, коим была проделана антивирусная проба, было 26. Из них 6 выздоровело и 20 умерло. Все выздоровевшие больные—послеродовые. Поступили в клинику в тяжелом состоянии, с ознобами и высокой температурой. Проделана антивирусная проба от 3 до 5 раз у каждой: у четырех больных, с момента прибытия в клинику до дня выписки, впрыскивания антивируса все время давали отрицательный результат. У одной же—первая проба дала слабо положительный результат, во второй раз перешла в отрицательную фазу, а затем последующие разы кожа больной реагировала слабо положительно. У другой же больной, по прибытии в клинику, получена отрицательная реакция, при повторных пробах—получалась слабо-положительная. Длительность заболевания у выздоровевших больных колебалась от 32 до 116 дней. Гемолитический стрептококк вырос в крови у одной больной, реагировавшей на антивирус все время отрицательно. Стафилококк и стрептококк в крови также найден в одном случае, у третьей больной найден диплококк со стрептококком; у последней больной изгноя, полученного из коленного сустава, вырос гемолитический стрептококк. В остальных трех случаях роста не получилось. Флора отделяемого шеек матки мало чем отличается одна от другой: кокки, диплококки, палочки, стрептококки не гемолитический. Осаждение эритроцитов давало сравнительно низкие цифры—во всех случаях от 10 м. вначале заболевания до 35—40 м. за несколько дней до выписки. Картина крови по Шиллингу выявила некоторый сдвиг влево; процент гемоглобина от 27%—37%. Конституция троих была пикническая, трое были астенички.

У 20 погибших больных антивирусная проба была проделана каждой от 2 до 5 раз. Из них у 17 больных реакция давала постоянно отрицательный результат. У троих больных, дававших по прибытия в клинику положительные или слабо положительные реакции, в дальнейшем при повторных пробах реакция стала отрицательной. Длительность течения болезни у погибших больных колебалась от 10 до 63 дней. Гемолитический стрептококк в крови обнаружен в трех случаях, диплококк со

стрептококк и последний с кокками по одному разу. Из отделяемого шейки матки гемолитический стрептококк выделен у одной больной, у остальных же женщин флора мало чем отличалась: палочки, кокки, диплококки, стрептококк не гемолитический. Осаждение эритроцитов от 12 до 25 минут. Картина крови ухудшалась с течением болезни. Гемоглобин крови падал до 27—24%, отмечен сдвиг влево с дегенеративными изменениями форменных элементов. 19 погибших больных были после родов, одна — после самопроизвольного выкидыша.

С тромбозом вен матки, таза, а в некоторых случаях и ног, антивирусная проба проверена у 17 больных, из коих 2 послеабортных и 15 послеродовых. Все больные выздоровели. Реакция, сделанная каждой, дала различный результат: у двоих больных, поступивших в клинику после родов в тяжелом состоянии со знобами и высокой температурой (39,8—40°), антивирусная реакция за все время пребывания в клинике до дня выписки давала отрицательный результат. Длительность болезни у одной 20, у другой — 41 день. Температура падала, состояние больной улучшалось, но реакция не изменяла своего характера. У одной из них кровь дала рост диплостафилококков. Флора отделяемого шейки: кокки, палочки, диплококки. Одна — астеничка, другая — пикничка. У 8 больных выпрыскивание в кожу антивируса давало все время положительную или слабо положительную реакцию. Среди них только двое поступили в удовлетворительном состоянии, остальные прибыли в весьма тяжелом, со знобами и с высокой температурой (до 40,6°). Длительность пребывания их на койке в клинике от 10 до 15 дней. Флора отделяемого шейки в одном случае дала при посеве гемолитический стрептококк. В остальных же случаях этой группы находили в шейке: кокки, палочки, диплококки, стрептококки без гемолиза. Одна больная была астенической конституции, остальные 7 пикнички; одна после аборта, остальные послеродовые. У 7 остальных больных антивирусная реакция меняла свой знак: у одной отрицательная реакция перешла в положительную, а затем опять стала отрицательной. У троих — отрицательная переходит с течением болезни в положительную, у двух других положительная вначале заболевания меняет свой знак на отрицательный, у одной больной слабо положительная в начале заболевания реакция меняется на отрицательную, а затем снова становится слабо положительной: эти изменения знака реакции большею частью шли параллельно ухудшению состояния больной. Картина крови по Шиллингу мало отклоняется от обычной. Процент гемоглобина низок от 41% до 46%. Реакция осаждения эритроцитов 30—35 мин. В эту группу входят как астеники, так и пикники и даже атлетики (1).

Больных с воспалительным состоянием придатков на нашем материале было 6. Эти больные поступили все в удовлетворительном состоянии. Пробы были в клинике от 5 до 41 дня. Течение болезни было сравнительно легкое с небольшими повышениями температуры до 38,5 и единичными случаями обострения — с поднятием температуры до 40° и знобами. У одной больной кровь дала рост стафилококка и стрептококка. У нее же в отделяемом шейки один раз был найден гонококк, у остальных флора состояла из палочек, диплококков, стрептококков без гемолиза и стафилококков. По конституции больные распределялись следующим образом:

4 пикнички и 2 астенички; 5 были после родов, у одной неполный выкидыш.

Описанным больным проделана антивирусная реакция от 2 до 7 раз каждой. Во всех случаях результат оказался положительный; в двух случаях положительная реакция к концу болезни перешла в слабоположительную. Все больные выписались.

Больных с метротромбофлебитом на нашем материале насчитывается 16, каждой из них было проделано от 2 до 4 антивирусных реакций. 8 больных, поступивших в клинику как в удовлетворительном, так и в тяжелом состоянии, дали положительный или слабоположительный результат. Течение болезни от 15 до 30 дней. Во время пребывания в клинике температура была сравнительно невысокая (до 38°). Кровь один раз при посеве дала кокки и стафилококки, в другом случае: диплококки и стрептококки. В остальных случаях кровь была стерильна. Отделяемое шейки при исследовании обнаруживало присутствие: палочек, диплококков, стрептококков, без гемолиза и стафилококков. 5 было пикничек, 3 астенички; у одной—искусственный аборт, остальные после родов. Реакция оседания эритроцитов—не меньше 40 мин. Описанная группа больных по степени тяжести заболевания была сравнительно более легкой, чем 6 больных с этим же заболеванием, поступившие с весьма высокой температурой свыше 40°, в некоторых случаях со знобами; со стафилококком и стафилококком в крови в одном случае, со стафилококком—в другом, и диплококком—в третьем. Антивирусная реакция вначале дала отрицательный результат, но в дальнейшем по мере выздоровления, реакция изменила свой знак, перейдя в слабоположительную или в положительную. Длительность заболевания от 16 до 45 дней. В отделяемом шейки находили: кокки, палочки, диплококки, стрептококки и стафилококки. Конституция у всех пикническая. Все—послеродовые. Осаждения эритроцитов в среднем не ниже 40 мин. Особо стоят 2 случая—метротромбофлебиты: одна больная поступила на 4 день болезни с температурой 40 со знобами; произведенная ей дважды в течение 14 дней антивирусная реакция дала отрицательный результат даже за день до выписки. Течение болезни бурное с высокими подъемами температуры и знобами. Взятая на исследование кровь оказалась стерильной: реакция оседания эритроцитов—35 минут, астенична, после родов. Другая больная поступила в удовлетворительном состоянии на 3 день заболевания с температурой 38°. Сделанная ей антивирусная реакция по прибытию в клинику дала слабоположительный результат, при последующих двух впрыскиваниях, в течение 18 дней своего пребывания больной в клинике, реакция переменяла свой знак на отрицательный. Течение болезни было легкое. Температура держалась в пределах 38°—37°. Кровь стерильна. Отделяемое шейки—кокки, палочки и стрептококки. Конституция астеническая, больная после неполного аборта.

12 больным, страдающим метроэндометритом, проделано каждой от 2 до 4 реакций, из них 10 больных дали положительную реакцию, или слабоположительную. Течение болезни от 11 до 33 дней. Прибыли больные в удовлетворительном состоянии. Течение болезни было легкое, только в одном случае по прибытии температура 39°, в остальных 38°—37°. Флора отделяемого шейки: кокки, палочки, диплококки, стрептококки без

гемолиза и стафилококки. По конституции: 4 атлетички, 6 пикничек, среди них 3 после искусственного аборта, 7 послеродовых.

Антивирусная реакция у двоих отрицательная, причем у одной из них перед выпиской реакция переменяла свой знак на слабоположительный. Эти больные прибыли с очень высокой температурой свыше 40° и со знобами. В течении болезни температура держалась на высоких цифрах. У одной из крови вырос дипло—и стафилококк, у другой роста микробов не получилось. Отделяемое шейки: палочки, диплококки, стрептококк без гемолиза. Одна—после искусственного аборта, другая—после родов. Все больные выздоровели.

В числе больных женщин, получивших антивирусные впрыскивания, были три со следующими заболеваниями: одна с *paraproctitis post partum*, осложненным абсцессом околовлагалищной клетчатки, вторая с *Erysipelas* после кесарского сечения и третья с *subinvolutio uteriet enteretis acuta* после кесарского сечения; каждой из них проделана антивирусная реакция от 2 до 4 раз всегда с положительным и слабоположительным результатом. Больные пролежали от 14 до 18 дней в клинике, у больной с *erysipelas* при исследовании мазка из раны найдены стрептококки и стафилококки. 2 из них—астенички, одна пикничка. Все три выздоровели.

В целях выяснения специфичности действия антивируса были поставлены следующие контрольные опыты. Одновременно производилось по нашей методике впрыскивание по 0,2 стрептококкового антивируса в левое бедро и такое же количество обычного мясного бульона, применяемого для выращивания бактериальных культур из крови,—в правое бедро. Реакция в обоих случаях была одинакова. Ph бульона 7,6. Ph антивируса 5,6. Для создания одинаковых условий Ph бульона доводился до 5,6. И в этом случае при впрыскивании обоих веществ реакции оставались без изменений. Единственно, что обратило наше внимание при производстве реакции при одинаковом Ph бульона и антивируса, что реакция с антивирусом выступала несколько ярче. Однако ни разу не наблюдалось случая, чтобы реакция на бульон и на антивирус противоречили друг другу. Инъекции производились 14 больным, именно. с септикопиемией—5 случаев, с тромбофлебитом—1 сл., с перитонитом—1 сл., с параметритом и аднекситом—2 сл., с метроэндометритом—5 сл. Здесь же следует отметить, что одинаковая реакция появлялась у больных независимо от тяжести заболевания.

Все вышеизложенное позволяет нам сделать следующие выводы:

1. При септицемии и перитон. септицемии реакция давала правильный ответ в 100%. При септикопиемии реакция оправдала себя в 77%, при тромбофлебите вен матки, таза и ног—в 50%, при параметритах—в 65%, при метроэндометритах—в 83% и при аднекситах—в 100%.

2. При высокой температуре в сочетании с ознобами реакция дает отрицательный результат.

3. Присутствие патогенных микробов в крови и отделяемом шейки матки, низкий процент гемоглобина, но не ниже 28, нерезкий сдвиг белой крови влево, конституция больных и длительность заболевания не отражаются на реакции.

4. У больных с реакцией оседания эритроцитов менее 20 мин. и процентом гемоглобина ниже 28 реакция обычно отрицательная.

5. У части больных реакция, будучи отрицательной, остается таковой и до дня выписки, по выздоровлении; перед летальным исходом она никогда не остается положительной.

6. Как метод диагностический и прогностический реакция уступает методу оседания эритроцитов по Линценмейеру.

7. Одновременные пробы с антивирусом и мясным бульоном показали идентичность обеих реакций, причем эта идентичность не менялась в зависимости от тяжести заболевания, температуры, знобов и т. п.

8. Таким образом, антивирусная проба, как прогностический и диагностический метод, имеет крайне относительное значение.

Из Краевого микробиологического института Татнаркомздрава (директор д-р С. Ф. Немшилов, научный руководитель профессор Р. Р. Гельтцер) и лаборатории кафедры микробиологии Казанского государственного медицинского института (зав. кафедрой профессор Р. Р. Гельтцер).

О применении алкоголизированной взвеси *sp. pallida* для серодиагноза сифилиса¹⁾.

Проф. Р. Р. Гельтцер.

В последнем нашем сообщении (Гельтцер и Юнусова) для серодиагноза сифилиса мы предложили в качестве антигена в опыте связывания комплемента алкоголизированную взвесь *sp. pallida*. В предыдущих исследованиях (Гельтцер и Попов, Гельтцер и Сушкова) с рядом антигенов из *sp. pallida* (алкогольный экстракт из *sp. pallida* по F. Klopstock'y, карболизированная взвесь *sp. pallida* по Gaehthgens'y, взвесь *sp. pallida* в физиологическом растворе NaCl и формализованная взвесь *sp. pallida*), выяснилось, что такого рода антигены хотя и являются чувствительнее нежели обычно применяемые при WaR орган-экстракты, но все же, благодаря некоторым недостаткам, для широкого практического применения они мало пригодны. Так, алкогольные экстракты оказываются стойкими только при хранении при t° 35—37° и, кроме того, по невыясненной причине, различные серии алкогольных экстрактов, что было отмечено еще F. Klopstock'ом, далеко не всегда оказывались равноценными; взвеси же *sp. pallida*: 1) в физиологическом растворе NaCl, 2) с прибавлением ас. carbol. (по Gaehthgens'y и 3) с прибавлением формалина приобретали при хранении по истечении 3—4 недель антикомплементарные свойства. Алкоголизированная же взвесь *sp. pallida* (антиген № 4), наряду с высокой чувствительностью и специфичностью, при хранении в течение продолжительного времени (наблюдения до 8 месяцев) не приобретала антикомплементарных свойств, благодаря чему такой антиген выгодно отличался от всех выше перечисленных.

¹⁾ Доклад на объединенной Научной конференции Микробиологического института, кафедры микробиологии КГМИ и кафедры бактериологии ГИДУВ'а—17/IV 1933 г.

Целью настоящей работы являлось изучение действия алкоголизированной взвеси *sp. pallida* в опытах связывания комплемента при серодиагнозе сифилиса на большом количестве случаев с обращением особого внимания на момент появления антикомплементарных свойств и оценка значительного ряда серий этого антигена.

Алкоголизированная взвесь *sp. pallida* была нами приготовлена в количестве 16 серий (способ приготовления: осадок, состоящий из отмытых физиологическим раствором NaCl спирохэт из культур штамма II разводится смесью из 2 частей физиологического раствора NaCl и 1 части 96% этилового алкоголя таким образом, что густота взвеси соответствует бактериальному стандарту в 4 миллиарда бактериальных тел в 1 куб. см.). Антиген сохранялся при обычной комнатной температуре.

За период наблюдений над этим антигеном в течение 12 месяцев было установлено, что во 1) титр, первоначально соответствующий разведению 1:6, через 2 месяца падал до 1:5, держался без изменений в течение 4 месяцев и затем опять падал и доходил до 1:3; во 2) антикомплементарные свойства не проявились за весь период наблюдения в течение 12 месяцев. При употреблении антигена в разведении 1:3 доза комплемента оставалась той же, что и при разведении антигена 1:6 или 1:10; все 16 серий этого антигена в отношении перечисленных свойств оказались равноценными.

Необходимо отметить, что морфологически спирохэты из алкоголизированной взвеси вполне сохраняют свою структуру.

Для изучения чувствительности и специфичности алкоголизированной взвеси *sp. pallida* были поставлены опыты связывания комплемента параллельно с WaR и реакцией Каһп'а с сыворотками больных, исследуемых на сифилис.

Всего было исследовано 5080 случаев, среди них 111 спинно-мозговых жидкостей. Для постановки WaR применялись экстракты по Bordet-Ruelens'у у серии №№ 174 176 и 181 из Всеукраинского ин-та бактериологии, эпидемиологии и серотерапии им. Мечникова, (Харьков) и специфический печеночный антиген серии №№ 71 и 75 из Ин-та инфекционных болезней им. Мечникова (Москва).

Реакция Каһп'а ставилась по скорому способу с разведениями антигена в 0,05, 0,025 и 0,0125 куб. см. Антиген для этой реакции приготавлился из „штамм-антигена“ по Калинин у Гинзбургу.

Из всего количества исследуемых сывороток и спинно-мозговых жидкостей полное совпадение по всем 3 методам (р. связывания комплемента с алкоголизированной взвесью *sp. pallida*, WaR и р. Каһп'а) было получено в 4338 случаях, т. е. в 85,4%, из них: положительные реакции в 627 случаях (резкоположительные и положительные 564, слабоположительные—63, отрицательные реакции в 3711 случаях. Расхождения в результатах были получены в 742 случаях, т. е. в 14,6%, из них:

1) Положительная р. со спирохэтн. антиг., по BR¹⁾ и спец. печен. и отриц. по Каһп'у в 13 случ. (LIII lat 5 и L²⁸).

2) Положительная р. со спирохэтным антиг., по BR и отриц. реакц. по спец. печен. по Каһп'у (в 8 случ.) LIII lat 3 и L²⁵.

3) Положительная реакция со спирохэтн. антиг. и спец. печен. и отриц. р. антигеном по BR и по Каһп'у в 20 случ. (LI—1, LII lat 2, LIII lat 3. Neurolues I. и L²¹³).

¹⁾ Bordet-Ruelens.

4) Положительная р. со спирохэтн. антиген., спец. печен. и по Каһп'у и отриц. р. с антиген. по BR в 125 случ. (LI—2, LII lat 14, LIII lat 40, L congen. 5, L viscer. 1, Tabes dors. 1, Pr. 1, L²60).

5) Положительная р. со спирохэтн. антиг., по BR и по Каһп'у и отриц. р. со спец. печ. в 14 случ. (LII lat 4, LIII lat 3 и L²7).

6) Положительная р. со спирохэтн. антиг. и по Каһп'у и отриц. р. с антигеном по BR и со спец. печен. в 163 случ. (LI—2, LII lat 2, LIII lat 49 L congen. 6, Neurolues 3, L viscer. 4, Pr. 2, Tabes. dors. 2, L²85).

7) Положительная р. со спирохэтн. антигена и отрицают. р. со всеми другими (т. е. BR и спец. печен.) и по Каһп'у в 110 случ., из них:

а) резкоположительн. и положительн. р. (++++ и ++++) в 17 случ. (LII lat. 3, LIII lat. 4 и L²10).

б) Слабоположит. р. (++) в 20 случ. (LIII lat. 13, congen. 2 и L²5).

е) Слабоположит. р. (+) в 73 случ. (LII lat. 2, LIII lat. 20, L cons. 3, Pr. 1, Tabes dors. 1 L²46).

Другую группу расхождений составляют случаи, в которых спирохэтный антиген дал отрицательную реакцию.

1) Отрицательная р. со спирохэтным антигеном по BR, спец. печен. и слабоположительная р. по Каһп'у в 245 случ. (LII lat 13, LIII lat 69, L congen. 8, Tabes. dors., 1 L²146 после typhus exanthematic 4, ulcus molle 1. Tumor 3).

2) Отрицательн. р. со спирохэтн. антиген., по BR и слабоположительн. р. со спец. печен. и по Каһп'у в 8 случ. (LIII lat. 3, L congen. 1 L²4).

3) Отрицательн. р. со спирохэтн. антиг., спец. печен. и слабо-положительн. р. с антигеном по BR и по Каһп'у в 4 случ. (LIII lat. 1 и L²3).

4) Отрицательн. р. со спирохэтным антиген., и по Каһп'у и положительн. р. с антигеном по BR и спец. печен. в 4 случ. (LII lat. 1, L congen.—1 и L²2).

5) Отрицательн. р. со спирохэтн. антигеном, спец. печен. и по Каһп'у и слабоположительн. р. с антиген. по BR в 13 случ. (LIII lat. 1 и L²12).

6) Отрицательн. р. со спирохэтн. антиг. и слабо-положительная р. с антигеном по BR, спец. печен. и по Каһп'у в 2 случ. (Pr.—1 и L²1).

7) Отрицательн. р. со спирохэтн. антиг., по BR и по Каһп'у и слабо-положительн. р. со спец. печен. антиген. в 13 случ. (LIII lat. 4 и L²9).

Принимая во внимание общеизвестную чувствительность антигена из сифилитической печени при постановке WaR, являются возможным случаи совпадения реакций со спирохэтным антигеном и специфическим печеночным исключить из случаев расхождения и тогда число расхождений в отношении WaR уменьшится на 420.

Что касается тех случаев расхождения, в которых была получена отрицательная реакция со спирохэтным антигеном, то мы видим, что во всех случаях, за исключением двух, все же имелось совпадение с WaR или с одним из Wa—антигенов или с реакцией Каһп'а. В 2-х случаях спирохэтный антиген дал отрицательную реакцию при слабо-положительной реакции по всем другим методам. В одном из этих случаев сыворотка больного с подозрением на lues, а в другом случае сыворотка больного с Pr., при чем с антигеном по Bordet-Ruelens'у и со специфическим печеночным ++, а по Каһп'у+. Исследованная же одновременно с сывороткой спинномозговая жидкость этого же больного дала положительный результат (++++) и со спирохэтным антигеном. Далее, при рассмотрении тех случаев расхождения, в которых была получена отрицательная реакция со спирохэтным антигеном, антигеном по Bordet-Ruelens'у и специфическим печеночным и слабо-положительная по Каһп'у, мы видим, что в 5 случаях такой результат дали сыворотки больных, выздоравливающих после сыпного тифа (4 случ.), и больного мягким шанкром (1 случ.). Представляют интерес сыворотки больных после сыпного тифа. Так как анамнез этих случаев исключает сифилис, WaR дала отрицательный результат, причем исследование сывороток про-

изводилось повторно, то является возможным допустить, что в этих случаях мы имеем дело с неспецифическим положительным результатом реакции $Ka h n'a$.

При выяснении степени чувствительности реакции связывания комплемента с антигеном из алкоголизированной взвеси *sp. pallida* по сравнению с WaR , мы считаем последнюю положительной и в том случае, когда был получен положительный результат с одним антигеном по BR .

Итак, мы видим, что реакция со спирохетным антигеном в 1,2 раза чувствительнее нежели WaR (положительные результаты WaR в 16,7%, а со спирохетным антигеном № 4 и 21,2%). По сравнению же результатов реакций со спирохетным антигеном и по $Ka h n'y$ оказывается, что спирохетный антиген по своей чувствительности несколько отстает от $r. Ka h n'a$ и последняя при этом оказывается чувствительнее реакции связывания комплемента со спирохетным антигеном в 1,09 раза (положительные результаты реакций $Ka h n'a$ в 23,3%, а со спирохетным антигеном № 4 в 21,2%).

При сравнительной оценке этих результатов необходимо все же принять во внимание, что $r. Ka h n'a$ дала повидимому неспецифический результат, как было сказано выше при рассмотрении расхождений результатов реакций, в тех случаях, когда были получены отрицательные результаты по WaR и со спирохетным антигеном, а по $Ka h n'y$ слабоположительные реакции в 5 случаях из общего числа 245 такого рода расхождений.

Если сопоставить результаты наших первых исследований с алкоголизированной взвесью *sp. pallida*, изложенных в предыдущей работе, когда для постановки реакции применялся антиген 2—8-недельной давности приготовления (т. е. не старше 2 месяцев, когда не отмечалось еще падение титра) с исследованиями, произведенными теперь, т. е. с антигенами, хранившимися до года, то в отношении чувствительности реакций мы видим след:

Со спирохетн. антиг. от $1/2$ —2 мес. хранения	Со спир. антиг. от $1/2$ —12 мес. хранения
Полож. резул. со спирох. ант. 28,3%	21,2%
" " по WaR 20,3%	16,7%
" " по $Ka h n'y$ 22,9%	23,3%
$r.$ со спир. антиг. чувствит. WaR в 1,4 раза .	в 1,2 раза
$r.$ со спир. антиг. чувствит. $r. Ka h n'a$ в 1,2 раза	$r. Ka h n'a$ чувствит. в 1,09 раза

Таким образом, алкоголизированная взвесь *sp. pallida* при длительном хранении (до 12 месяцев по нашим наблюдениям) не теряет свою реактивность и в опытах связывания комплемента с сыворотками людей больных сифилисом или подозрительных на заболевание сифилисом является более чувствительным антигеном (в 1,2 раза) нежели антигены, применяемые при WaR , по сравнению же с результатами реакции $Ka h n'a$ этот антиген из алкоголизированной взвеси спирохет несколько отстает в своей чувствительности от $r. Ka h n'a$.

При сравнении же этих данных с наблюдениями, произведенными над применением для серодиагноза сифилиса алкоголизированной взвеси *sp. pallida* от 2 до 8-недельной давности приготовления, мы видим, что чувствительность антигена несколько падает в связи с продолжительностью его хранения.

Учитывая то обстоятельство, что титр антигена в особенности резко падает, начиная с 6 месяца хранения (до 1:3), мы считаем, что наиболее целесообразным является применение этого антигена не старше 6 месяцев с момента его приготовления.

В виду того, что, применяя этот антиген из алкоголизированной взвеси *sp. pallida*, мы имеем возможность охвата большого числа случаев сифилиса, реагирующих положительно, введение опыта связывания комплемента с предлагаемым антигеном в виде дополняющей реакции комплексного метода серодиагноза сифилиса является необходимым. Но эта реакция не может исключить *WaR* и *p. Kahn'a*, так как при длительном наблюдении выяснилось, что иногда все же и этот спирохетный антиген дает такого рода расхождения, когда при отрицательной реакции с этим антигеном получаются положительные результаты по *WaR* или *Kahn'y*.

Для дальнейшего изучения практической ценности этого спирохетного антигена необходима проверка его на значительном клиническом материале.

Выводы: 1) Алкоголизированная взвесь *sp. pallida* (антиген № 4) не обладает антикомплемментарными свойствами и при хранении в течение года.

2) Титр антигена падает в незначительной степени спустя 2 месяца с момента приготовления и затем на 6 мес. вдвое.

3) Чувствительность антигена с связи с продолжительностью его хранения уменьшается незначительно.

4) В опытах связывания комплементов с сыворотками больных и подозрительных на заболевание сифилисом спирохетный антиген, при хранении даже до 12 месяцев, является более чувствительным, нежели антигены орган—экстракты, применяемые при *WaR*.

Литература 1. Гельтцер Р.Р. О культивировании бледной спирохеты, Казань, 1929 г.—2. Гельтцер Р.Р. и Попов В.И. Опыты получения сифилитического антигена из культур *sp. pallida*. Микроб. журн., т. VII, 1928 г.—3. Гельтцер Р. Р. и Сушкова Э. Г. О применении антигенов из культур *sp. pallida* для серодиагноза сифилиса. Каз. мед. журн., 1931 г., № 1.—4. Hoeltzer R. R. и Junussova S. M. Zur Frage der Anwendung von Pallidaantigenen zur Serodiagnose der Syphilis. Zschr. f. Immunitätsf. Bd. 76. 1932.—5. Gaehthgens W. Zschr. f. Immunitätsf. Bd. 63. 1929.—6. Gaehthgens W. Zbl. f. Bakteriologie etc. Orig. Bd. 118, 1930.—7. Hecht H. Zschr. f. Immunitätsf. Bd. 54. 1928.—8. Klopstock F. Dtsch. med. Wochenschr. 1926. № 6.—9. Kröb H. u. Schulze. Klin. Wochenschr. 1928, № 6.—10. Marquard Dermat. Wochenschr. Bd. 91. 1930.

К вопросу о содержании иода в питьевых водах Марийской области.

М. Ф. Михайлов. (Казань)

При определении содержания иода в питьевых водах приходится прежде всего учесть то обстоятельство, что при этом нельзя пользоваться непосредственно взятыми пробами воды не только для количественных определений, но даже и для качественного открытия иода, т. е. самые чувствительные реакции часто могут оказаться при этом совершенно непри-

годными. Содержание иода в воде падает иногда до ничтожных количеств, порядка $0,1 \gamma^1$), т. е. до 10^{-7} г. в литре; так, при исследовании 120 проб питьевых вод центральных водопроводов Голландии²⁾ найдено, что высшим пределом содержания иода оказалось $0,2 \gamma$ в литре (высший предел— 90γ).

Для количественного определения таких, поистине ничтожных, количеств иода постепенно выработалась специальная методика, которая до настоящего времени подвергается разработке и критической оценке, почему и совершенствуется из года в год. Еще в 1915 г. Винклер³⁾ (L. W. Winkler), который много сделал для усовершенствования этой методики, определяет, между прочим, $0,1$ мгр., т. е. 100γ иода, как „eine sehr geringe Menge“, между тем, как в настоящее время большинство исследователей питьевых вод и пищевых веществ сочтут такое количество иода довольно значительным, а то и весьма большим, т. к. привыкли иметь дело с величинами более низкого порядка.

Сущность новой методики сводится к тому, что, путем значительного упаривания взятой пробы, с соблюдением ряда предосторожностей, достигают таких концентраций иодистых соединений, которые часто в несколько тысяч, а иногда даже сотен тысяч раз превышают концентрацию их в натуральных водах, и затем определяют содержание иода титрометрически или колориметрически, т. е. путем сравнения интенсивностей окраски растворов иода. В последнем случае весь иод, находившийся в нескольких литрах натуральной питьевой воды, выделенный по упариванию ее соответственными реагентами в свободном виде, сосредоточивается в малом объеме (например, в $0,02$ куб. см.) органического растворителя, не смешивающегося сводой, но извлекающего иод. На последнем принципе основывается метод Фелленберга (Fellenberg), видоизменением которого мы пользовались при определении содержания иода в двенадцати пробах воды, доставленных из Мариобласти.

Весьма вероятно, что для разрешения некоторых проблем, в частности и проблемы этиологии зоба, которая в последние годы является центральным пунктом интересов специалистов этой области, было бы рационально отличать иод, связанный в органических и неорганических соединениях. До сих пор в результатах опубликованных исследований питьевых вод можно встретить такое подразделение. Начало такому течению, несомненно, было положено Фелленбергом (Fellenberg),⁴⁾ который разработал соответствующий метод, работая над исследованием вод Швейцарии. Он производил свои определения следующим образом: от 3-х до 6 литров воды упаривалось в платиновой чашке до суха, с прибавлением поташа; сухой остаток экстрагировался повторно крепким алкоголем. В алкоголе растворялись иодистые соединения неорганического характера, иод которых, для сокращения, называется обычно „неорганическим иодом“, кроме того, при этом переходило в раствор и незначительное количество иодистых соединений органического характера, иод которых называют „ор-

¹⁾ Значком γ (гамма) обозначают $0,001$ мгр., т. е. микрограмм— $0,000001$ гр.

²⁾ Ztsch. f. physik Chemie, 1927. B. 130 s. 105.

³⁾ Ztsch. f. angew. Chemie 1,474,494. 1915.

⁴⁾ Bioch. Ztsch. Bd. 139, 371 (1923).

⁵⁾ Die Bestimmung sehr kleiner Mengen Iod von P. A. Meerburg, Ztsch. phys. Chemie. B. 130, s. 105 (1927).

ганическим иодом". Таким способом получался раствор „а". В солевом остатке, после экстракции, остаются органические иодистые соединения, нерастворимые в спирту. Тогда остаток слабо прокаливается (с избытком поташа), отчего органические иодистые соединения преобразовываются в неорганические, которые указанной выше обработкой крепким спиртом переходят в раствор (раствор „б"). Опыт показывает, что иода, переходящего в раствор „б", в воде содержится весьма мало.

Раствор „а" вновь упаривается досуха, маленький остаточек растворяется в 1 см³ дистиллированной воды, куда прибавляют хлороформ, азотисто-натриевой соли (нитрита натрия— NaNO_2) и серной кислоты. Последняя, действуя на нитрит натрия, в конечном результате, освобождает неорганический иод. Выделившийся иод встряхиванием переводится в хлороформ, тогда как органические иодистые соединения остаются растворенными в воде. Хлороформенный и водный слои разделяются, причем хлороформенный обрабатывается дальше и в нем определяется „неорганический" иод, а дальнейшей обработкой водного слоя находят „органический иод, растворимый в спирту".

Однако, как показали исследования Меербурга (Meerburg)¹⁾ результаты, полученные по этому способу, не свободны от грубых ошибок, и мы описали его не с целью рекомендации, а лишь, имея в виду познакомить лиц, мало знакомых с этой областью, с характером подобных исследований.

Ненадежность результатов, полученных по этому способу, обусловлена следующими обстоятельствами. Вытяжка крепким спиртом (раствор „а") содержит, конечно, иод в той и другой форме, т. е. в неорганических и органических соединениях. Когда мы упарим алкогольный раствор досуха и, по растворении в воде, придадим хлороформа, нитрита натрия и серной кислоты, то иод неорганических соединений, выделившийся в свободном виде в непосредственной близости от органических веществ, прежде, чем он будет извлечен хлороформом, может быть частично связан с органической частью и в дальнейшем будет открыт из водного слоя, как органический.

В результате получаются слишком низкие цифры для неорганического иода и слишком высокие—для органического.

Справедливость этого соображения блестяще подтвердилась опытами Меербурга (Meerburg), один из опытов которого мы разберем себе привести ниже.

После того, как в результате анализа по указанному способу Фелленберга на один литр воды, богатой органическими веществами, были получены цифры в 1,2 γ для неорганического иода, в 1,2 γ для органического, растворимого в спирту, и 0,37 γ для органического, нерастворимого в спирту (раствор „б"),—было прибавлено на литр этой воды 10 γ иода в виде иодистого калия. Новый анализ по тому же способу дал следующие цифры: 2,0 γ (вместо 1,2) для неорганического иода, 12,0 γ (вместо 1,2) для органического, растворимого в спирту и 0,12 для органического не растворимого в спирту. Подобные результаты опытов дают неоспоримое доказательство условности и ненадежности тех цифр, которые украшают собой различные столбцы таблиц, полученных по этому методу с разделением иода на органический и неорганический.

¹⁾ Ztsch. phys. Chemie B. 130, 1. s. 105, 1927.

Так как не найдено еще удовлетворительного способа разделения „органического“ и „неорганического“ иода, то мы последовали примеру Меербурга и определяли в присланных пробах лишь суммарное содержание иода без подразделения его на эти две формы, при чем пользовались методом, выработанным этим автором и испытанном им на большем числе определений.

Способ этот состоит в следующем: от 3-х до 6-ти литров исследуемой воды кипятится в иенской колбе, по прибавлении к ней нескольких капель фенолфталеина и несколько куб. сантим. раствора поташа, свободного от следов иода. (Поташный раствор содержал около 600 мгр поташа в 1 смм.).

Затем производится выпаривание раствора в фарфоровой чашке, при чем реакция должна все время оставаться щелочной. Когда упариванием объем жидкости будет доведен до 150—100 см³, освобождаются путем фильтрации от выпавших солей (главным образом, углекислого кальция и гидрата окиси железа). Фильтрат переводится в платиновую чашку и упаривается до возможного предела. Высушенный твердый остаток обрабатывается, экстрагируется последовательно тремя порциями свободного от иода алкоголя, крепостью 80—95 объемных процентов (раствор „а“). Сохранившийся нерастворенным солевой остаток слабо и осторожно прокаливается, смачивается несколькими каплями поташного раствора, и экстрагируется алкоголем указанной ранее крепости (раствор „б“). Обе вытяжки „а“ и „б“ соединяются и упариваются в платиновой чашке. Сухой остаток весьма осторожно прокаливается (избегая даже темно-красного каления, при котором летуч иодистый калий) и экстрагируется три раза свежими порциями спирта. Соединенные вместе вытяжки вновь упариваются, и незначительный, иногда едва заметный, остаток растворяется в одном куб. сантим. дистиллированной воды. Содержание иода определялось далее колориметрическим способом в особых трубочках („трубочки для встряхивания“), диаметром в 5 мм, с конусовидно запаиванным одним концом, при чем существенно, чтобы форма и размер суженных концов у всех пробирочек были возможно одинаковыми.

Самое колориметрическое определение производилось в общих чертах следующим образом. В трубочки для встряхивания, при посредстве пипетки емкостью в 1 см, деленный через одну сотую, помещалось определенное количество стандартного раствора иодистого калия (содержащего 10 γ иода в одном кубическом сантиметре), так, чтобы количество иода в трубочках последовательно возрастало (например, обычно, 0,2, 0,6, 1,0, 1,4, 1,8, 2,2, 2,6 γ иода), прибавлением дистиллированной воды объем жидкости во всех трубочках доводился до 0,8 куб. сантим.

Затем, от упомянутого раньше одного см³ раствора, в котором сосредоточен иод всей исследуемой пробы, посредством другой пипетки емкостью в 1 см³, деленный через одну сотую, переносится в трубочку для встряхивания определенный объем раствора¹⁾ и объем жидкости доводится дистиллированной водой до 0,8 см³. По окончании этой операции во все трубочки, как со стандартным раствором (с известным содержанием иода), так и с исследуемой пробой, вносится по одной капле насыщенного раствора нитрата натрия и крепкой серной кислоты и в то же время по 0,02 см³ хлороформа посредством пипетки в 1,0 см³ деленный через одну тысячную. Все трубочки встряхиваются по 100—120 раз легкими касательными ударами небольшого рогового шпателя, при чем трубка плотно удерживается за верхний конец, а удары шпателя по другому концу напоминают удары пальцев по струнам балалайки (у нас нет специального прибора для встряхивания). При встряхивании хлороформ разбивается на мельчайшие шарiki, которые не сразу садятся на дно трубки; во избежание потери иода трубочки немедленно помещаются в центрифугу, благодаря чему хлороформ собирается на дне. Окрашенные в большей или меньшей степени иодом исследуемой пробы капельки хлороформа сравниваются со стандартными пробирками и затем проводится подсчет содержания иода на литр воды.

Результаты нашего исследования представлены в нижеследующей таблице; указанные в таблице пробы воды из Марийской области, из рай-

¹⁾ Берется 0,2—0,5—1,0—судя по количеству иода в воде по предварительным ориентировочным опытам, наиболее выгодное для колориметрических определений количество иода—1¹/₂ до 2 γ.

онов распространения зоба, были доставлены в лабораторию неорганической химии Казанского государственного университета в сентябре 1928 г. Одиннадцать проб содержали по 20 литров и одна 10 литров. Каждая цифра получена в результате 3—6 частных определений, из которых бралось среднее арифметическое. Отдельные определения хорошо согласовались друг с другом. Анализ производился исключительно на иод, определение содержания других веществ не входило в нашу задачу.

№№ проб.	Место взятия проб воды.	Общее количество иода в одном литре воды в микрограммах (0,000001 гр.)
1	<i>Моркиал</i> , артезианский колодец	4,0
2	Село <i>Лягушкино</i> , болото	1,7
3	Дер. <i>Абашай</i> (Чальмкино), болото	1,8
4	<i>Сухой овраг</i> , артезианский колодец	2,2
5	Село <i>Эмековд</i> , артезианский колодец	2,7
6	Дер. <i>Малые Яльчики</i> , болото	1,1
7	<i>Шеренгуб</i> , артезианский колодец	3,0
8	<i>М. Параты</i> , болото	0,6
9	Дер. <i>Часовенная</i> , болото	2,2
10	Дер. <i>Часовенная</i> , артезианский колодец	3,0
11	Село <i>Помары</i> , артезианский колодец	0,4
12	Дер. <i>Ланкасола</i> , болото	2,2

Как видно из таблицы, шесть проб были водами артезианских колодцев и 6—болотных; последние были весьма мягкими, очень богатыми органическими веществами, от соломенно-желтого до интенсивно желто-бурого цвета.

Приведенные в таблице цифры получены нами с возможной тщательностью и соблюдением всех нужных предосторожностей; однако, как теперь ясно видно из новых литературных данных, они получены по методу, который подлежит дальнейшей разработке и усовершенствованию. Через несколько месяцев после того, как наше исследование было вполне закончено, появились в печати статьи Глимма и Изенбруха (E. Glimm u. I. Isenbruch)¹⁾ и Хеиера (A. Höjer)²⁾, в которых указываются некоторые слабые пункты метода Фелленберга и способы их устранения. Наиболее слабым пунктом метода Фелленберга (а мы пользовались его видоизменением) оказывается процесс прокаливании и сжигания органической части, когда возможны потери иода, вследствие летучести иодистого калия при высокой температуре, в особенности когда он находится в значительной степени раздробления, что имеет место в присутствии больших количеств органических веществ. Поэтому, мы склонны думать, что цифры, указывающие содержание иода в болотных водах, являются скорее низкими, нежели преувеличенно высокими.

¹⁾ Bioch. Ztsch. 207, Bd 4—6 Hefte.

²⁾ Biochem. Ztsch. 205 Bd, 4—6 Hefte, № 273.

Отдел III. Из практики.

Из хир. отд. Областной б-цы в г. Нальчике.

К оперативному лечению грыж пупочного канатика.

С. В. Боголепов.

Hernia funiculi umbilicalis, грыжа пупочного канатика, является пороком развития, — следствием недоразвития брюшных покровов в области пупка, „тогда как брюшина представляется уже сформировавшейся“ (Тихов).

Грыжи пупочного канатика встречаются не часто—1:2000 (Rosenberger), 3000—5000 новорожденных (Тихов). Так как при больших грыжах пупочного канатика при консервативном лечении может последовать некроз, гангрена, перитонит, то обычно такие грыжи оперируются. Смертность при оперативном вмешательстве по Lotheisen'y 29,4%, при консервативном лечении—65,2% (Маслов). По Hansson'y на 50 сл. радикальных операций получилось 33 излечения (Rosenberger).

Большое значение имеет время, прошедшее от момента рождения до операции. Более благоприятен исход операции тогда, когда еще не наступило гнилостного разложения и инфекции пуповины и когда еще ущемление петли кишечника в узком кольце не вызвало изменения в выпавших органах.

Предсказание плохое при нахождении в грыжевом мешке всех внутренностей при небольшой брюшной полости. В таких случаях трудно вместить все внутренности и, особенно, печень, которую в таких случаях предлагают частично резецировать (Arndt и Runge).

Лучшие результаты получаются от операции, предпринятой в первый же день, особенно там, где имеется ущемление грыжи. Операция, произведенная в первые 24 часа, дает 10—15% смертности, произведенная после 24 часов—30% (Delaglade) (прив. по Крымову).

В 1927 г. мною были оперированы 2 сл. грыжи пупочного канатика.

1-й сл. 5/X 1927 г. в хир. отделение был доставлен родившийся в 12 часов ночи 4/х ребенок Булгакова Евгения. Отцом было сообщено, что „у ребенка из живота выпали кишки“. У матери ребенка эти роды по счету третьи. Первые роды двойнями—преждевременные. St. praes. Ребенок хорошо развитой, доношенный, ни каких отклонений от нормы отдельные части тела не представляют. В области же пупка (см. фот. 1) имеется грушевидная опухоль, довольно плотная, на ко-



Рис. 1. Грыжа пупочного канатика. Опер. 6/X 1927 г.
Ребенок Б-ва на 33-м часу после рождения.

торой имеется отрезок перевязанной пуповины и мешок из прозрачной водной оболочки (amnion), содержащий в себе слегка желтоватую жидкость и свисающий в сторону. Опухоль покрыта также еще прозрачной оболочкой. Через оболочки можно видеть петли кишек. Последние при легком надавливании в брюшную полость не вправляются. Из-за опасности надрыва тонких оболочек попыток к выправлению не было предпринято.

На 33-м часу от рождения б/х была произведена операция под хлороформом. Тонкая водная оболочка и такой же тонкий грыжевой мешок были вскрыты. В грыжевом мешке находилась петля тонкой кишки длиной около 15 см. темноватого цвета с кровоизлияниями на стенках. Во многих местах у кишки имелись склейки с грыжевым мешком. Эти склейки удалось постепенно раз'единить. Жидкость в мешке водной оболочки мутновата. Грыжевое кольцо было рассечено в поперечном направлении влево. Грыжевой мешок был прошит и удален. Также была удалена и водная оболочка с остатками пупочного канатика. Края грыжевого отверстия были освежены и сшиты. Далее был наложен шов на кожу.

Ребенок провел в больнице после операции двое суток. Общее состояние ребенка при выписке было хорошее. По желанию родителей ребенок 8/х направлен в районную больницу.

15/х получено письмо от отца ребенка, в котором он извещает, что, по прибытии из больницы, у ребенка в течение двух дней наблюдались судороги, но что в данное время ребенок здоров.

На 3-м месяце родители стали замечать увеличение головы. В дальнейшем у ребенка развились явления hydrocephalus'a.

2-й сл. 16/XII 1927 г. был доставлен в хирург. отд. ребенок Алиева, родившаяся 14/XII, по поводу „опухоли живота“. St. praes. Больная в области пупка (см. фот 2)



Рис. 2. Грыжа пупочного канатика. Опер. 16/XII 1927 г.
Ребенок А-ва на 45-м часу после рождения.

имеет опухоль размерами немного меньше головы самого ребенка. Покров опухоли серовато-белого цвета. Перевязанная пуповина гангренизирована и держится на этой опухоли. При операции под хлороформом на 45-м часу от рождения в грыже были найдены вся печень и петли тонких кишек. Печень чрезвычайно увеличена и застойна, сращена с грыжевым мешком. При отделении грыжевого мешка поверхность печени кровоточит. С большими усилиями в небольшую полость живота была заведена печень, после рассечения пупочного кольца в поперечном направлении. Водная оболочка и пупочный канатик удалены, а также и грыжевой мешок. Шов на брюшину. Края брюшного отверстия освежены и зашиты. Шов на кожу. Через 1 час после операции exitus.

Как уже указано было выше величина грыжи, время, протекшее от рождения ребенка, инфекция—все это влияет на исход операции. В первом нашем случае операция оказалась успешной, несмотря на то, что петля кишки испытывала некоторое ущемление в брюшном отверстии. Ребенок перенес операцию хорошо. В дальнейшем у ребенка развились явления водянки головного мозга.

Во 2-м случае, более позднем и более тяжелом по своему характеру, с выпадением печени и петель кишек, последовал летальный исход.

Вероятно, здесь имелось, в виду малой емкости брюшной полости, большое давление на диафрагму со стороны введенных в полость живота кишек и печени. К этому следует присоединить и хлороформный наркоз.

Вообще у ослабленных детей спустя 1 сутки и при большом выпадении внутренних органов операция является опасной.

Однако, само состояние ребенка является тяжелым и выжидательное лечение дает большую смертность, чем оперативное вмешательство, особенно, если оно предпринято в первые сутки. Наш первый случай это подтверждает. Даже по истечении суток можно получить благоприятный результат от операции.

Из Семипалатинской акушерско-гинекологической больницы.

Два случая образования искусственного влагалища.

Д-р Л. Н. Соболев.

Образование искусственного влагалища при отсутствии его, как врожденном, так и приобретенном,—является операцией сравнительно молодой и все методы оперирования не получили еще должной оценки, но все же, даже и в русской литературе, операция эта насчитывается десятками. Если же к этому числу добавить еще случаи неудачные, которые, несомненно, часто не опубликовываются, то получается довольно значительное число. Большинство операторов склоняется больше к методу оперирования по Baldwin-Mori, который приобретает все больше прав на первенство. Встретившись недавно с двумя случаями отсутствия влагалища, я решаюсь опубликовать их не для того, чтобы сделать оценку методов, а для того, чтобы поделиться теми впечатлениями, которые я пережил. оперируя оба случая один за другим по разным методам: один по Baldwin-Mori, другой по Шуберту-Попову.

Перехожу к историям болезни:

1) Б. В. (ист. 6. № 1816), 18 лет, поступила в заведываемую мною больницу 14/VII-1930 г. с диагнозом *atresia vaginae congenita et hypoplasia uteri*. Больная — крестьянка, недавно развелась с мужем из-за невозможности половой жизни. В анамнезе — ничего особенного, *menses* нет, с 14 лет стали расти груди и появились волосы на половых частях. Развита вполне нормально, наружные половые части нормальные, но за гименом хода в вагину нет. *Per rectum*: хорошо развитые яичники, вместо матки небольшой тяж, идущий поперечно. До операции назначена молочная диета, салол, висмут.

19/VII операция по Baldwin-Mori-Costantini. Первая часть операции шла под спинномозговой анестезией (3 к. с. 5% новокаина), полостная часть — под хлороформом (40,0). Длительность — 1 ч 40 минут. Разрез вертикальный между краями гимена, длиной 4 см, заходящий немного на промежность. Тупым путем проделан ход в клетчатке до брюшины толщиной в палец и загампонирован марлей. Затем лапаротомия. От слепой кишки, отступя сантиметров 35, иссечен отрезок тонкой кишки, величиною в 30 сантиметров. Оба конца иссеченного отрезка закрыты швами (сначала простым, потом кететным). Непрерывность кишечника восстановлена швом бок в бок, так что получилось нечто вроде двухствольного ружья, концами обращенного вперед. Тщательно следилось, чтобы брыжейка не рассеклась, и ни один сосуд не был бы поврежден. Затем от рудимента матки, который имел вид валика, была отпрепарована брюшина пузыря и частью тупо, частью острым путем удалось дойти до образованного канала. Выделенная петля была захвачена посередине (проколов брыжейку) марлевой полоской и за нее корнцангом, введенным со стороны половой щели, протаски надо входа во влагалище. Отпрепарованная брюшина была слабо зашита вокруг низведенной петли, в брюшную полость влит эфир и она закрыта наглухо. Немедленно после этого петля кишки была вскрыта и края ее пришиты к краям входа в вагину. Марлевая полоска, чтобы петля не ушла вверх, завязана туго над валиком, приложенным у входа в ва-

гину. В просвет кишки были вставлены тонкие резиновые дренажи, в пузырь катетер à demeure. На другой день оба колена вагины промыты через Боземановский катетер солевым раствором, тоже и на другой день, когда из вагины вышло со столовую ложку желтоватой тягучей слизи. 22/VIII после глицериновой клизмы—газы и стул; идет очень много выделений из вагины, болевая мокрая. 23/VIII вынута марлевая полоска, низводившая петлю. 28/VIII сняты швы с живота и вагины. Рrima. Начато бужирование: сразу входит буж Негара № 17. 7/IX выписана; температура ни разу не поднималась. Выделения стали незначительны: к утру комок беловатой студенистой слизи. В вагину свободно идут 2 пальца. В глубине, на вершок от входа, прощупывается перегородка, правое колено шире левого (в левое идет палец). Дальнейших сведений о больной не получено.

Просматривая весь ход операции, можно остановиться на следующих моментах.

1) Наибольшую трудность представляло именно пробуравливание канала в клетчатке. Все время была опасность, что прорвется пузырь или rectum, хотя в пузыре был катетер, а в rectum толстый буж. Казалось, что канал продран до брюшины, но по вскрытии брюшной полости пришлось рассекать еще толстый слой тканей.

2) Чрезвычайно страшным казалось натяжение брыжейки. Повидимому, расsection брыжейки не имеет смысла, т. к. только грозит нарушением питания петли, длину же петли увеличивает (по некоторым авторам) всего на $1\frac{1}{2}$ —1 см. Хотя в начале петля и была примерена (снаружи), но, по стягивании ее, все же брыжейка оказалась сильно растянутой. Во всяком случае, необходимо выбирать петлю с наилучше развитыми сосудами и наблюдать, пульсируют ли они после натяжения брыжейки.

3) Сшивать выделенную петлю кишки „бубликом“ мало имеет смысла. Опасаются, что перистальтика в отводящей петле погонит содержимое к зашитому концу, а затем, по прорезании швов, в брюшную полость, но вряд ли это возможно.

4) Некоторые авторы советуют вскрывать петлю через несколько дней, когда образуются сращения, опасаясь, что содержимое кишки вызовет восходящую инфекцию клетчатки и перитонит, но это опять таки едва ли возможно, если есть хороший сток. Наоборот, если имеется закрытое пространство с микробами (каким например является невскрытая петля), то швы на концах отрезка могут скорее разойтись.

5) Катетер à demeure необходим для того, чтобы моча, орошая швы, не вызвала их прорезывания.

6) Слишком рано не следует вынимать марлевую полоску, которой низведена кишка, т. к. от натяжения сверху пришитые края могут оторваться и сместиться вверх.

В общем вся операция нетрудна, проста и изящна, чего нельзя сказать про операцию Шуберта-Попова.

2) К. А. (ист. бол. № 1879), 19 лет, поступила в больницу 23/VIII для оперативного создания влагалища. Болевая—крестьянка, замужем 6 недель. Жалобы: coitus невозможен, боль при нем. Наследственность—благополучна. С 16 лет стала развиваться и с тех пор периодически раз в месяц появляются боли в животе. Физически развита хорошо, склонна к ожирению. Уретра расширена (пропускает до сфинктера мизинец). Ниже уретры на месте входа в вагину—ямки. Per rectum: матка не прощупывается; с боков—нормальной величины яичники. Libido—очень сильное. Подготовка к операции велась в течение 3-х дней: молочная диета, клизмы из ac borici, benzonaphtol.

26/VIII-30 г. операция Шуберта-Попова. Длительность операции 2 ч. 5 минут. Спинномозговая анестезия 5% новокаином (5 к.с.). Затем rectum протерта лизолом и в нее вставлен тампон с ниткой, пропитанный лизолом. На палец ниже уретры вырезан овальный лоскут из слизистой преддверия и продран неглубокий ход (3—4 см.) в клетчатку, затем растянут пальцами сфинктер recti и слизистая отпрепарована на 3 см. в глубину. Отверстие ani зашито и швы оставлены не обрезанными. Уже при этом акте из прямой кишки вытекали жидкие испражнения. Болевая положена на бок. Через разрез от верхушки крестца до сфинктера резецирован копчик. Очень трудна была отпрепаровка recti без

повреждения мочевого пузыря и брюшины. Это самая трудная часть операции. В конце концов кишку все же удалось частью тупо, частью ножом обнажить, и вытянуть в рану, сантиметров на 10. Наложены 2 жома и кишка рассечена. Во время зашивания наглухо верхнего конца нижнего отрезка, верхний жом соскочил в рану вылилось со стакан жидкого кала, который перепачкал и руки и рану. Конец кишки вновь зажат, зашит узловатыми швами и вся рана промыта солевым раствором. Далее, нижний конец нижнего отрезка за необрезанные нити перемещен во вновь образованный ход в клетчатке для вагины, для чего пришлось тупо пробуривать клетчатку между rectum и раной вагины, затем швы расшиты и окружность слизистой recti подшита у преддверия. За необрезанные нити вытянут в сфинктер верхний отрезок recti и здесь подшит узловатыми швами. Тампон из прямой кишки удален. Рана у крестца рыхло затампонирована иodoформной марлей. Дренаж—во вновь образованную вагину и гес.ит. Послеоперационное течение длительное и интересное. 27/VIII. Головная боль. Пульс учащен. Молочная диета, опий. 28/VIII идут газы. 29/VIII живот вздут, жар, бред, из крестца вынута турунда; выделяется сукровичная, вонючая жидкость, вагина длиною $1\frac{1}{2}$ верш. 30/VIII непроизвольно идут жидкие испражнения, гестум приживает. 31/VIII испражнения не держатся; задние швы у вагины прорезались и есть ход к rectum. 2/IX оба отрезка приросли. Из раны крестца вонючие гнойные выделения, частые поносы, испражнения не держатся. При промывании влагалища вода идет через отверстие в крестце: видимо у верхнего конца вагины, швы разошлись. Из раны много гноя. К 20/IX вода через рану уже не идет, гноя меньше, сфинктер хорошо сокращается при раздражении. Все время понос, хотя испражнения и стали держаться. Рана у крестца очистилась, мелка, гранулирует. Свищ в клетчатку у влагалища закрылся. 25/IX рана почти закрылась. Сфинктер хорошо функционирует, хотя часты поносы. Влагалища верхка $1\frac{1}{2}$ —2 глубины, шириной $1\frac{1}{2}$ пальца, но у входа—рубцовое кольцо, точно из проволоки. Начато расширение. Сама вагина очень широка и объемиста; гнойные выделения. 1/X больная выписана. Status: испражнения держатся, вагина пропускает свободно указательный палец, не глубока, но обширна. Рана у крестца зажила, частые поносы. Через месяц больная с мужем приехала показаться: поносы прекратились. Saitus сначала вызывал боль, особенно в глубине, влагалище—не особенно глубоко, но вход пропускает 2 пальца свободно, и муж и пациентка очень довольны.

Последняя операция несомненно труднее, чем операции Baldwin'a: работать приходится глубоко в узкой ране крестца; асептика нарушается, возможно повреждение сфинктера. Главное ее достоинство—это, видимо, безопасность для жизни: несмотря на сильное загрязнение раны, все же больная выздоровела и с хорошим результатом. Наибольшие трудности представляет выделение recti: при этом с одной стороны легко прорвать пузырь, с другой стороны, вытягивая кишку, легко повредить брюшину. Смещение кишки, видимо, может вызвать длительный проктит (поносы в нашем случае). В общем же эта операция подкупает безопасностью, а также и тем, что вагина получается очень широкая. Также нет и отделения кишечного сока, хотя в нашем первом случае оно было нетягостным. Вопрос, который надо выяснить,—это подготовка прямой кишки. Очищение клизмами не достигает цели, т. к. остатки жидкого кала могут вытечь в рану. Лучше, повидимому, просто, после основательной дачи слабительных перед операцией, перейти на малообъемистую пищу с обильным назначением опия. Очень осторожно нужно рассекать фасции и мышечные тяжи возле rectum, т. к. легко пройти мимо в мочевой пузырь. Выгоднее идти не тупо, т. к., в случае поранения пузыря, резанную рану легче зашить. К прямой кишке подходит из крестцовой раны лучше не по средней линии, а, как советует Шуберт, отступая на 2 см. в сторону. Тогда легче открывается fascia visceralis recti, от которой можно тупым путем отделить rectum. Операция эта еще более затруднительна потому, что подробное описание ее в русской литературе почти нельзя найти. Даже в руководстве Döderlein-Krönig'a (5 изд.) это описание слишком схематично.

Сравнивая оба способа создания влагалища, можно сказать про первый: легко, изищно, но опасно; про второй—необычайно трудно, но безопасно, а результат, пожалуй, лучше.

Лично, в дальнейшем, я стал бы оперировать по Шуберту и не вполне понятно, почему метод Baldwin'a все же предпочитается операции Шуберта-Попова.

Из медицинского отделения Самарского окружного военного госпиталя
(Завед. Я. В. Шилин).

К вопросу о лечении блефаритов раствором бриллиантовой зелени.

Я. В. Шилин

Воспаление свободного края век относится к числу частых и порою весьма упорных, неподдающихся излечению, болезней органа зрения.

Страдание это считается одним из самых неблагоприятных в отношении его терапии.

Иногда годами применяется весь многочисленный арсенал прижигающих, вяжущих мазей, примочек и т. д. без достаточных положительных данных, сколько-нибудь удовлетворяющих врача и больного. Особенно упорны случаи так называемой себорреи края век, которые, рецидивирова, тянутся многими годами. Эта форма воспаления краев век, как блефарит, возникающий в результате гиперсекреции Мейбомиевых желез, описанный проф. Филатовым, не только не дает положительных результатов от лечения желтой ртутной мазью, но не редко последняя только обостряет воспалительный процесс. Увеличивается неприятная, тягостная для больного краснота краев век. Не лучшие результаты дают и др. многочисленные рецепты глазных мазей. Заболевание как будто и не серьезное, но врач чувствует полную беспомощность при лечении этого страдания. Всем известно также упорство многочисленных случаев хронических язвенных блефаритов.

Молчавшая многие годы офтальмологическая мысль в отношении терапии блефаритов оживилась лишь в последнее десятилетие.

В 1925—26 г. г., в связи с учением Безредка о местном иммунитете, появился ряд работ, посвященных лечению блефаритов бульон-вакцинами (Калашников, Кисин, Родигина, Костромина, Благовещенский, Березинская).

Пессимизм, рожденный безрезультатностью прежней терапии вышеупомянутых форм блефаритов, сменился некоторым оптимизмом большинства авторов, применявших бульон-вакцину.

Однако, в дальнейшем оказалось, что гетеровакцина не дает заметных преимуществ перед прежними средствами, аутовакцинация же сопряжена с наличием хорошо оборудованной лаборатории, что недоступно для огромного большинства врачей-окулистов, работающих на периферии. В последние годы прекратились дальнейшие сообщения о терапии блефаритов бульон-вакцинами.

В 1928 г. появилась клиническая заметка проф. Филатова о лечении блефаритов спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

В том же году из его клиники вышла работа д-ра Петросьянц по тому же вопросу и д-ра Боккал о стерилизации бриллиантовой зеленью режущих инструментов. Эти работы и лабораторно и клинически установили высокую бактерицидность целого ряда анилиновых красок, особенно бриллиантовой зелени. Вполне понятен тот живой интерес, который был вызван у окулистов этим новым сообщением о лечении блефаритов.

Появился еще ряд работ, который подтверждает благоприятный отзыв о лечении блефаритов, а в последних работах — и гнойных язв роговых оболочек раствором бриллиантовой зелени.

В 1931 г. Четверикова и Завалевская поставили ряд опытов для сравнительной оценки бактерицидных свойств оптохина, риваноля и бриллиантовой зелени. Результат опытов показал, что растворы бриллиантовой зелени спиртовые и водные действуют сильнее всех других дезинфицирующих средств, причем спиртовые действуют несколько сильнее водных.

Для накопления опыта нового, чрезвычайно ценного опыта о лечении блефаритов считаю нужным поделиться своими наблюдениями.

Всего мною подвергнуто лечению раствором малахитовой, а потом бриллиантовой зелени 28 чел.

Приведу описание только отдельных, наиболее типичных случаев.

1-й случай: Дмитриева, Елена Федоровна, 14 лет, учащаяся. Веки болят с раннего детства. Лечится в течение 9 лет в Самаре и Казани. За все время не наступало значительного улучшения. St. praesens. В марте 1932 г. явилась ко

мне с красными припухшими краями век, покрытыми мелкими чешуйками. На всех 4-х веках нет ни одной ресницы. Примененная желтая ртутная мазь 10% на желтом американском вазелине усилила раздражение. Цинк-ихтиоловая мазь не дала положительного результата. С 1 мая приступлено к лечению смазыванием краев век 10% раствором в 70°—спирту малахитовой зелени. Предварительно края век протирались эфиром. Через три недели отмечается заметное улучшение. Лечение прерывается до 20/VIII 32 г.

С 20/VIII и весь сентябрь смазывание производилось через день. В сентябре стали появляться ресницы на нижних веках, количество их увеличивалось, а потом они появились и на верхних веках.

С октября смазывание производилось 2 раза в 6-ку. С декабря стал применяться той же крепости раствор бриллиантовой зелени. В январе 1933 г. края век принимают нормальный вид, ресницы на всех 4-х веках, более обильны на нижних. Больная продолжает являться 1 раз в 6-ку. Выражает полное удовлетворение результатом лечения. Такого же типа блефаритов наблюдалось еще 12 случаев, только не столь запущенных и тяжелых.

В более легких случаях воспалительные явления исчезали после 5—6 смазываний, а в более тяжелых, тянущихся месяцами и годами, лечение продолжалось от 2-х недель до 2-х месяцев.

Во всех случаях достигалось полное устранение всех воспалительных явлений.

2-й случай: Юсупов, Павел Прохор. Командир взвода Н полка. Анамнез. Края век болят в течение 4-х лет: бывают улучшения и ухудшения. Желтая ртутная мазь иногда дает улучшения, а иногда еще более раздражает.

St. graesens. В госпиталь поступил 13/XI 32 г. с красными утолщенными краями век с скорочками, под которыми неглубокие язвочки. Лечение. С 14/XI ежедневное смазывание 10% раствором в 70°—спирту бриллиантовой зеленью. Улучшение заметно уже после 2-го смазывания, оно прогрессировало с каждым дальнейшим смазыванием и к 7/XII края век приняли нормальный вид.

21/II 33 г. небольшой рецидив, который исчез после 5-ти смазываний.

Язвенных блефаритов наблюдалось нами 13 случаев—во всех получилось полное излечение. Продолжительность лечения зависела от тяжести заболевания.

3-й случай: Огарев Ст. Фед. Красноармеец № полка.

Анамнез—постоянная краснота век, мази не помогают.

St. graesens. Поступила 29/XII с утолщенными резко гиперемизированными краями век, конъюнктив также гиперемирована, в углах глазной щели белый секрет. При надавливании на край век выделяется значительное количество содержимого Мейбомиевых желез.

Лечение: выжимание содержимого секрета Мейбомиевых желез с последующим протиранием эфиром и смазыванием брилл. зеленью, в конъюнктивальн. мешок цинк с борной. 21/I 33 г. края век приняли вполне нормальный вид. Таких случаев наблюдался еще только один.

Рецидивы наблюдались в половине случаев, причем рецидивы по нашим наблюдениям объясняются не столько тяжестью болезненного процесса, сколько сроком лечения. Чем более продолжительное лечение, тем более стойкие результаты. Рецидивы, как то отмечено и др. авторами, уже не носят первичной тяжести процесса, значительно быстрее и легче поддаются лечению.

Итак, в бриллиантовой зелени мы не нашли того средства, которое бы раз и навсегда во всех случаях устраняло тягостные воспалительные процессы краев век, ибо причина болезни не местного, а общего характера, но это средство, несомненно, превосходит все другие, до сего времени применявшиеся.

В некоторых случаях оно является пока единственным из медикаментов, которое устраняет упорные воспалительные процессы краев век.

Выводы: 1. Применяемые до сего времени способы лечения блеф. в виде различных мазей и прижигающих не дают удовлетворяющих врача и больного положительных результатов.

2. Бриллиантовая зелень в спиртовом растворе превосходит все применяемые до сего времени средства лечения блефаритов.

3. Наблюдаемые в значительном % случаев рецидивы легко и быстро устраняются повторным лечением.

4. Широкое применение бриллиантовой зелени в лечении блефаритов, несомненно, сократит браковку по ст. 126 п. 6. пр. РСФСР СССР, III, 31 года.

Из терапевтического отделения Надеждинской больницы имени XII годовщины революции (зав. д-р Асташин).

Случай аллергической экземы¹⁾.

Ординатор А. А. Абрамзон.

Происхождение экземы до сих пор считается неоднородным. Французские авторы (Гоше, Дарье и др.) думают, что экзема есть выражение „диатеза“, что преобладающее значение имеют ненормальности обмена веществ. Немецкие дерматологи держатся иного взгляда. Ядассон, например, говорит (цитирую по Бременеру и Шиманко)—„важнейшая часть экзематогенных раздражителей относится к внешнему миру и вступает в кожу извне“. Блох каждую экзему считает за идиосинкразическую реакцию.

Не подлежит сомнению, что, по крайней мере, часть экзем имеет чисто аллергическое происхождение. Список аллергенов велик и еще не полон; тут и терпентин, и гидрохинин, и иодоформ, и салициловая кислота, и крем, и краски, и линолеум, и комнатные цветы. „Если кожа аллергия—говорит Ленер (Бушке, „Allergie als Ursache der Eczema“ Mediz. Klinik № 29 от 1932 г.)—то как внешние, так и внутренние, химические, физические, редко также бактериальные агенты могут вызвать экзему“. Отсюда понятна трудность во многих случаях найти аллерген. Иногда же обстоятельства складываются более счастливо: причину удается найти легко и просто и, устранив ее, добиться быстрого излечения.

Мне бы хотелось поделиться одним ярким случаем аллергической экземы.

5-го июля прошлого года, при утреннем обходе, мое внимание сразу привлекла необычная для терапевтических палат больная, спокойно лежащая, то прикладывающая на лицо постоянно смачиваемую марлевую маску, то почесывающая себе пальцы.

Посадив больную, я увидел, что лицо ее и шея были ярко красного цвета и припухли. Склеры резко гиперемированы. На ушах, за ушами и местами на шее имелось сильное мокнутие и кое-где располагались свежие корочки. Была выраженная картина—eczema erythematosum madidans. На пальцах рук определялась небольшая инфильтрация с шелушением—eczema chronic. squamosum. В остальном status такой: средний рост, хорошо развитая подкожная клетчатка, несколько расширенное сердце с тихим систолическим шумом; со стороны других внутренних органов ничего особенного.

Нервная система—раздражительность и оживление сухожильных рефлексов.

Лабораторные данные: моча—N, двукратное исследование кала на яйца глист дало отрицательный результат. Картина белой крови—L=5.000, St=4%, S=41%, Eos=10%, Mon=5%, Ly=39%.

Анамнез: больной Щегольковой 50 лет. Она замужем, домашняя хозяйка. Несколько месяцев больна экземой. Лечилась вначале амбулаторно, а потом на дому примочками, мазями и вливаниями бромистого натра. Результаты от лечения никакого не было и она до крайности страдала от зуда и жжения лица и шеи.

Зуд, жжение и чувство напряжения в пораженных областях достигли такой степени, что больной приходило мысли о самоубийстве. Уже давно она лежит в постели и не может 5 минут обойтись без смоченной в ачаа plumbi маски. В годы эпидемии болела каким-то тифом. Глист никогда не замечала. Недавно гинеколог предположил будто бы кисту яичника. Условия жизни вполне сносные. Квартира теплая и светлая.

Общее впечатление от больной и эозинофилия при отсутствии глист толкнула мою мысль на аллергию и, зная трудности нахождения аллергена, я решил провести неспецифическую десенсибилизацию парентеральным введением молока. Вспрыскивания производились через день с дозы в 0,5. Каждая инъекция на 2 деления больше предыдущей. Результаты были неожиданно хороши.

Через 2½ недели больная выписалась из отделения вполне здоровой. В день выписки она получила последнее вспыскивание молока.

¹⁾ Доложено на научной конференции дерматологов в Казани 24/1 33 г.

И было неожиданно, когда через несколько часов после ее ухода пришел взволнованный муж с известием, что у больной все начинается сначала. Снова начало краснеть лицо и снова появился сильный зуд.

Стало совершенно ясно, что, во-первых, толкование экземы как аллергической было правильным; во-вторых, аллерген находится у больной дома и, в третьих, лечебный эффект зависел главным образом от изоляции больной от аллергена и может быть частично от инъекций молока. Оставалось найти аллерген.

С этой целью я посетил больную на дому. В ее маленьком домике было очень уютно. Можно было придраться разве к щелке между бревнами (стены не оштукатурены и не оклеены обоями) и к комнатным растениям, среди которых было много цветущих довольно приятными красновато-синеватыми цветками (это были, как оказалось, примулы). Больную я застал в кровати, на лице ее ясно обозначался рецидив экземы.

Оказывается, по приходе домой из больницы, она занималась по хозяйству, обтирала и поливала цветы.

Не будучи дерматологом, я не знал о роли именно примулы в происхождении дерматитов, но было вполне естественно взять под подозрение прежде всего цветы (ведь значение пылцы в возникновении вазомоторных явлений сенной лихорадки было выявлено Blackley еще в 1873 г.). Поэтому больная была вновь госпитализирована. Цветы были вынесены. В течение нескольких дней дом тщательно проветривался и когда больная вновь вполне поправилась и была выпущена домой, — она чувствовала себя вполне хорошо. К этому времени мне стали известны аллергенные возможности примулы. Больной было позволено внести цветы, кроме примулы, которую статистка больная мстительно зарыла в землю.

Я наблюдаю Щеголькову около года. Она продолжает благоденствовать. Зимой у ней появились легкие быстро-проходящие, чуть зудящие пятна близ носа, которые очевидно являются результатом атмосферных (или иных) влияний на сверхчувствительную кожу, функционировавшую длительный период времени неправильно.

Исследование крови, произведенное в апреле 1933 года, интересно в том отношении, что эозинофилия уже отсутствует и теперь у больной имеется всего 1⁰/₀ эозинофилов.

Бременер и Шиманко в своей интересной книге приводят случай тяжелого зудящего дерматита у торговца примулами. Дерматит проходил, когда больной покидал свою лавку.

Пинкус ратует за полное изъятие этого цветка из жилищ. Мой случай имеет конечно только практический интерес, поскольку он еще раз намекает, что дерматолог и врач вообще в каждом случае экземы должен помнить о возможности аллергии и часто эта точка зрения будет наиболее продуктивной. В случае трудности нахождения аллергена следует использовать возможность воздействия неспецифической десенсибилизацией туберкулином (как советует Storg van Loeven), ультра-фиолетовым облучением с последующим интрамускулярным введением собственной крови (Lehner) или молоком.

Описанный случай еще раз показывает, что, исследуя больного на больничной койке, мы имеем дело хоть и с важнейшим, но только конечным звеном цепи и для полного и эффективного суждения о больном, следует учесть обстановку его жизни и работы.

Примером того, как еще недостаточно внимания дерматологи обращают на аллергию, является по-моему то, что просматривая журнал „Дерматология и венерология“ за 1928—29—30 и 31 годы я не нашел ни одной клинической работы по этому вопросу¹⁾.

¹⁾ Экспериментальные есть: одна или две.

Из Семипалатинской хир. больницы.

Обзор 70 операций по поводу эхинококка.

Д-р Б. А. Остроумов.

Работая в местности, исключительной по распространению эхинококковых заболеваний, где коренное население по преимуществу занимается скотоводством, мне, за три года (с 15/III 29 г. по 15/III 32 г.) работы в г. Семипалатинске пришлось много видеть и оперировать эхинококковых больных. При чем пришлось наблюдать сравнительно редко встречающиеся локализации эхинококковых кист.

За 3-летний период на 6272 больных, прошедших через больницу, эхинококк встретился 76 раз. На общее количество 3400 операций за этот же срок,—операций эхинококка было 70. Остальные 6 эхинококковых больных по разным причинам оперированы не были. Большинство больных было оперировано мной, а остальные моими помощниками.

По национальностям материал распределяется так: русские 48, казаки 20, татары 2. Тот факт, что в нашем материале больше чем вдвое русских сравнительно с коренным населением—казаками, объясняется большей обращаемостью русских за оперативной помощью. Казаки приходят оперироваться, по большей части, только в тяжелых случаях диссеминаций, или при нагноении кист.

В отношении пола наш материал делится почти пополам: мужчин 33, женщин 37. По возрасту: до 10 лет 2 случая, от 10 до 20 лет 11 случаев, от 30 до 40 лет 15 случаев, от 40 до 50 лет 5 случаев, от 50 и выше 4 случая. Самому младшему больному было 5 лет, самому старшему 60 лет.

По социальному составу больные распределяются следующим образом: крестьян 30, скотоводов-кочевников 10, рабочих 17, служащих 4, учеников 6, детей 3. Небольшое количество скотоводов объясняется опять таки тем, что это наиболее отсталый некультурный контингент наших больных, обращающихся редко за хирургической помощью. По локализации эхинококковых кист материал распределяется так: 44 эхинококка печени, 3 легкого, 2 почки, 2 селезенки, 2 стенки мочевого пузыря, 1 желудка, 1 забрюшинного пространства. Диссеминированный множественный эхинококк брюшной полости в нашем материале встретился в 15 случаях. При чем все это были случаи с громадным количеством кист, рассеянных по сальнику и между петлями кишек. Это были наиболее трудные случаи для операций, зачастую с сопутствующим асцитом и в некоторых из них операцию не пришлось закончить, ограничившись удалением наиболее больших кист, вызывающих сдавление важных органов, как, например, сдавливающих воротную вену, мочевой пузырь и т. д. Случаи диссеминированного эхинококка дали у нас наибольшее количество смертельных исходов. На все 70 операций эхинококка мы имели 8 смертей, или 11,4% смертности. Из них 5 смертей приходится на случай диссеминированного эхинококка брюшной полости, 1 смерть от гнойного плеврита, осложнившая операцию эхинококка легкого и 2 смерти от кровотечения, из которых одна после энуклеации эхинококковой кисты печени и одна после операции по закрытому методу, но киста располагалась центрально. Наибольшее число летальных исходов, как видно из вышесказанного, падает на диссеминированный эхинококк брюшной полости (из 15 таких случаев погибло 5). Этот печальный результат указывает на то, что приступать к операции в подобных случаях нужно очень осторожно. Но дело в том, что именно эти больные особенно настойчиво просят операции, да иначе им ничем помочь и нельзя, а положение таких больных обычно очень тяжелое. Болезнь их сопровождается отеками, асцитом, смещением органов брюшной и грудной полостей. Некоторые из таких больных были в буквальном смысле нафаршированы эхинококковыми кистами. Напр., припоминается один больной казак с диссеминированным эхинококком брюшной и грудной полости, печени, селезенки, подкожной клетчатки и т. д. Эта была бочка, набитая эхинококковыми пузырями. В виду очень тяжелого положения таких больных иногда приходится рещаться на палиативную операцию, т. е. операцию удаления части кист, сдавливающих важные органы. Во всех случаях множественных эхинококковых кист сальника и между петлями кишек мы всегда удаляли кисты целиком и толь-

ко в случаях очень интимных сращений с петлями кишек иногда прибегали к опорожнению кист, удалению хитиновой оболочки и зашиванию наглухо.

Из 44-х случаев эхинококка печени киста располагалась в правой доле 13 раз, в левой 8, на куполе печени под диафрагмой 5 раз, на краю печени 2 раза, центральное положение было 1 раз, множественные кисты печени были 4 раза и в 11 случаях местоположение кист не было указано. Величина кист сильно варьировала. Громадных размеров кист печени было 5, больших 15, средних 20 и малых 4.

В громадном большинстве мы оперировали по закрытому методу. Причем таким образом оперировали как чистые случаи, так и нагноившиеся. Техника операции существенно от обычной не отличалась. По вскрытии брюшной полости под общим наркозом, или под местной анестезией, по большей части косым разрезом по краю ребер, брюшная полость отгораживалась салфетками и эхинококковая киста опорожнялась через троакар. Затем киста вскрывалась, удалялась хитиновая оболочка и дочерние пузыри, если таковые имелись, с остатками жидкости; полость кисты смазывалась формалин-глицерином, а в последнее время, в виду отсутствия глицерина, водным раствором формалина. Затем киста зашивалась двуручным погружным швом и линия разреза кисты подшивалась к передней стенке брюшной полости. Дальше брюшная рана зашивалась наглухо.

Всего неосложненных нагноением эхинококковых кист печени было прооперировано по закрытому методу 35 случаев. Из них только в 3-х случаях, в виду последующего нагноения, пришлось в дальнейшем раскрыть и лечить открытым способом. В одном из этих 3-х случаев нагноение полости кисты осложнилось еще прорывом гноя через диафрагму и гнойным плевритом. Больной пролежал в больнице больше полгода и выписался совершенно выздоровевшим. Все остальные случаи неосложненного эхинококка печени зажили первичным натяжением. Обычно продолжительность лечения от дня операции до выписки из больницы в неосложненных случаях была 9—12 дней. Полное удаление кист печени с соединительнотканной оболочкой нами было произведено 3 раза. Этот способ применялся только в случаях краевого расположения кист и притом небольшой величины, в виду его большой травматичности. Хотя, конечно, нет спора, что этот способ наиболее радикальный, гарантирующий наверняка от рецидива. Из трех больных, сферированных по этому способу, одна больная погибла от кровотечения в первые сутки после операции.

Нагноившиеся кисты, как печени так и других органов, нам встретились в 10 случаях, при чем открытым способом лечилось из них три случая. Остальные 7 случаев нагноившихся кист, после обработки формалином, зашивались наглухо. Из этих 7 случаев 3 пришлось всетаки потом раскрыть и лечить открыто. Средняя продолжительность лечения нагноившихся эхинококков, леченных закрытым способом, была 12 суток, а леченных открыто 34 дня. Из леченных открыто представлял интерес случай нагноившегося эхинококка стенки мочевого пузыря. У этого больного над лобком прощупывалась круглая, величиной с детскую головку, опухоль. Моча была сильно гнойная. При чем, при попытке цистоскопии, через промывную систему цистоскопа стали отходить куски хитиновой оболочки. Этот случай лечился открытым способом в виду того, что гной из кисты проложил себе дорогу в мочевой пузырь через верхне-заднюю его стенку и был с сильным запахом мочи. Случай закончился вполне благополучно. В другом случае, при нагноившемся эхинококке печени, пришлось прибегнуть к открытому методу в виду того, что гной уже готов был самостоятельно прорваться через брюшную стенку. В этом случае за год раньше, в другом лечебном заведении, была сделана попытка операции, но почему то рана была зашита и киста очевидно не вскрывалась. Нами была найдена совершенно обездвижившаяся хитиновая оболочка в виде твердого шара, плавающая в гное. Третий случай, леченный открыто, был рецидив эхинококка печени с незаживающим свищем. В этом случае не пришлось зашивать в виду присутствия вторичной инфекции.

Как видно из вышесказанного, мы везде, где это было возможно, старались при-
нять закрытый метод лечения и он нас удовлетворял вполне, позволяя значительно сократить послеоперационное лечение. Этот метод применялся нами также и на легких. Эхинококк легкого нам встретился три раза. Два раза был эхинококк нижней доли левого легкого и 1 раз нижней доли правого. Все три случая были диагностированы при помощи рентгена. Рентгеновская картина была настолько характерна, что позволяла сразу поставить диагноз. На всех снимках была отчетливо видна шаровидная тень. Оперировались больные в двух случаях под общим

наркозом, а в одном под местной анестезией. Предварительно резецировалось ребро и вскрывалась плевра. В двух случаях спайки париетальной и висцеральной плевры совсем не было, в третьем были только частичные. Поэтому во всех случаях при операции получался пневмоторакс. Висцеральный листок подшивался к париетальному непрерывным катгутовым швом. Затем киста опорожнялась первичным натяжением, а в одном течение осложнилось гнойным плевритом, от которого больная погибла. Операционный пневмоторакс в случаях, закончившихся благополучно, вредного действия на течение послеоперационного периода не оказал: воздух быстро рассосался. Некоторое время только наблюдались явления бронхита, которые быстро прошли.

Эхинококк селезенки нам встретился 2 раза, при чем в обоих случаях были одиночные кисты довольно крупных размеров, интимно связанные с тканью селезенки. В одном случае были спайки с париетальной брюшиной. Этот случай лечился по обычному закрытому методу. Во втором, случае в виду того, что киста одним только краем была связана с селезенкой и не имела других сращений, она была удалена целиком; рана же селезенки была зашита. Оба случая прошли совершенно гладко. Эхинококк почки был оперирован два раза. В одном случае были множественные кисты в правой почке, в другом одна большая киста исходила из верхнего полюса левой почки. В обоих случаях была произведена нефрэктомия. Случаи окончились выздоровлением.

На своем материале я имел 3 случая рецидивного эхинококка, при чем один из них был оперирован за 5 лет до второй операции моим предшественником по работе в г. Семипалатинске д-ром Озолингом. Второй больной был оперирован другим моим предшественником д-ром Воробьевским за 2 года до второй операции и третий больной был оперирован уже мной за год перед второй операцией. Все трое больных оперировались по закрытому методу. Судя по этому, рецидивы после закрытого способа лечения бывают уже не так редко, и в этом кроется темная сторона метода.

Выводы: 1) Одномоментный закрытый метод лечения эхинококка является методом выбора благодаря своей меньшей травматичности и легкости по технике в сравнении с полным удалением эхинококковых кист. Слабой стороной этого метода является его меньший радикализм и возможность появления рецидивов.

2) Метод полного удаления кист с соединительнотканной капсулой более радикален, но применим только в подходящих случаях.

3) При нагноившихся эхинококках почти всегда возможно зашивать наглухо, т. к. в худшем случае это может повести к переходу в дальнейшем на открытый метод, а в лучшем значительно сократит срок лечения.

4) Случаи обширных диссеминаций эхинококка брюшной полости обычно неоперабельны, но оперировать все же иногда приходится, чтобы хотя несколько облегчить тяжелое положение таких больных.

5) При эхинококке легкого вполне возможно применение одномоментного закрытого способа, хотя нужно учитывать меньшую сопротивляемость плевры к инфекции по сравнению с брюшиной.

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Органотерапия при заболеваниях крови.

Проф. Д. М. Российский (Москва).

Гормоны различных эндокринных желез, являясь могущественными регуляторами роста, питания тканей и обмена веществ в организме и влияя на обе группы вегетативной нервной системы, на автономную и симпатическую нервную систему, в то же время оказывают или усиливающее, или тормозящее влияние на деятельность кроветворного аппарата.

Falta, Newburgh, Nobel, Kocher отмечают, что у здоровых людей введение тиреоидина вызывает мононуклеоз, а у страдающих болезнью Basedow'a, при введении тиреоидина, мононуклеоз увеличивается. Falta, Kostlivy, Caro, Ciuffini, Gordon, v. Jagic, Borchard и др. считают, что мононуклеоз является одним из важнейших клинических признаков гиперсекреции щитовидной железы.

Bertelli, Falta и Schweeger высказывают мнение, что гормоны эндокринных желез, повышающие тонус автономной нервной системы, изменяют картину крови в направлении мононуклеоза и эозинофилии, гормоны же, действующие в смысле повышения симпатической нервной системы, перемещают картину крови в направлении нейтрофилии и анэозинофилии.

Экспериментальные наблюдения над животными с искусственно вызываемым гипертиреозом дали изменения крови, аналогично наблюдающимся при болезни Basedow'a. Так, введение собакам и кроликам препаратов щитовидной железы или йодотирин вызывает уменьшение в крови фибриногена, замедление свертываемости крови, лейкопению и понижение процентного содержания гемоглобина (Kottman, Blumenthal). Введение препаратов щитовидной железы как у животных, так и у человека ведет к увеличению фагоцитарных свойств лейкоцитов и к повышению окислительных и липолитических процессов в крови, сопровождающихся повышением алексинов и опсонин крови (Marbé, Ющенко).

При заболеваниях, связанных с уменьшением продукции секрета щитовидной железы, изменения в крови большей частью дают картину, противоположную картине крови при Basedow'ой болезни.

При микседеме исследование крови показывает одновременно с уменьшением количества красных кровяных шариков, гемоглобина и сухого вещества, увеличение свертываемости крови и склонность к мононуклеозу и гиперэозинофилии (Drinkman, Бульченко, Kottman, Bence и Engel, Falta, Borchard), а также увеличение количества миеобластов (Esser). Проф. В. Ф. Поляков указывает, что гемолитическим признаком микседемы является увеличение одноядерных лейкоцитов (до 36%), увеличение лимфоцитов и эозинофилов и уменьшение нейтрофилов. При введении в организм микседематозных — веществ щитовидной железы наблюдается парадоксальная реакция лейкоцитов, т. е. приближение лейкоцитарной формулы к норме и быстрое нарастание гемоглобина и красных кровяных телец (Falta, Newburgh и Nobel). Морфологические изменения крови при оперативном тиреозе после удаления щитовидной железы также сводятся к значительному уменьшению количества красных кровяных телец и гемоглобина, увеличению числа лейкоцитов с преобладанием одноядерных и эозинофильных форм, повышению фибрина и увеличению свертываемости крови (Kottman, Albertoni, Falta, Bertelli, A. B. Репрев). Удаление щитовидной железы вызывает также уменьшение фагоцитарных свойств и опсонического показателя крови (Marbé), и извращение физикохимической конструкции крови в виде значительного уменьшения удельного веса и щелочности, резкого уменьшения азота, хлоридов и сульфатов и увеличения фосфатов и воды в крови (A. B. Репрев).

При струме и эндемическом зобе также наблюдаются изменения в крови в виде увеличения лимфоцитов и иногда эозинофилии (Mac Carisson, C. Müller, Kreske, Kostlivy, Carpi, Kappisi Maranon, Borchard). При изменениях

со стороны парашитовидных желез в крови в свою очередь отмечаются некоторые изменения. Так Müller, Fleiner, Kahn, Falta при тетании наблюдали гиперглобулию, а Falta в промежутках между тетаническими приступами находил мононуклеоз, а в острой стадии в некоторых случаях проходящий гиперлейкоцитоз с изменением лейкоцитарной формулы в смысле увеличения процентного отношения нейтрофилов и наступления аэозинофилии. У животных, после экстирпации парашитовидных желез Falta также находил нейтрофильный гиперлейкоцитоз. Изменения эти в составе лейкоцитарной формулы Falta объясняет колебаниями тонуса вегетативной нервной системы. По исследованиям проф. М. Павлова, при удалении парашитовидных желез, в крови животных отмечается уменьшение количества гемоглобина, эритроцитов, железа, щелочности и удельного веса крови и увеличение плазмы крови и белых кровяных телец, при чем увеличивается количество молодых форм бесцветных телец, больших и малых лимфоцитов, зрелые же элементы и полинуклеары, наоборот, уменьшаются.

При экстирпации зобной железы наблюдается уменьшение числа красных кровяных телец и гемоглобина (Tagulli и Monaco, Carbone) и изменения со стороны лейкоцитарной формулы, при чем некоторые авторы наблюдали лейкоцитоз и эозинофилию (Tagulli и Monaco), другими же после иссечения зобной железы у морских свинок отмечалось уменьшение числа лейкоцитов почти наполовину (Noël, Paton и Gooddall).

Большое влияние на морфологический состав крови оказывает секрция надпочечных желез. Адреналин, имея особое средство к симпатической нервной системе, представляет из себя субстанцию, обладающую большим гемостатическим действием. В случаях пониженной функции надпочечных желез при morbus Addisonii картина крови постоянно изменена. По наблюдениям Neisser'a, Bittorf'a, Münzger'a, Falta и других авторов, при Аддисоновой болезни число эритроцитов и содержание гемоглобина почти всегда понижено, наблюдается лимфоцитоз и иногда гиперэозинофилия; число больших одноядерных клеток часто увеличивается, число нейтрофильных клеток уменьшено относительно и абсолютно.

По наблюдениям Дробного, при прохождении крови через надпочечные железы, кровь обогащается эозинофилами, эритроцитами, гемоглобином и азотом.

Введение адреналина вызывает нейтрофильный гиперлейкоцитоз, исчезновение эозинофилов, увеличение количества одноядерных клеток, гиперглобулию, уменьшение щелочности и увеличение свертываемости крови. По исследованиям Falt и Bertelli, данные которых были подтверждены Ишманицким, у собак после впрыскивания адреналина наступает увеличение удельного веса крови, сильное увеличение числа красных кровяных телец с небольшим подъемом в содержании гемоглобина, сильный лейкоцитоз, касающийся нейтрофильных полинуклеаров и резко выраженное уменьшение эозинофилов. Изменения картины крови у человека вполне совпадают с изменениями крови у собак. Относительно влияния адреналина на эритроциты имеются данные, согласно которым, при хроническом введении адреналина, наступает разрушение красных кровяных телец и сильное уменьшение их числа (Loefer и Corazon, Auston и Tedeschi, Carrao). Наблюдения Parisot показывают, что адреналин вызывает гемолиз не только *in vitro*, но и *in vivo*.

Влияние адреналина на кроветворные органы у кролика сказывается в появлении в костном мозгу большого числа миелоцитов, затем наступает их уменьшение и одновременное уменьшение эритробластов, тогда как лимфоциты и плазменные клетки (Plasmazellen) оказываются увеличенными (Loefer).

Сравнительно небольшое количество наблюдений имеются относительно влияния гормонов других внутрисекреторных желез, панкреатической, половых и гипофиза на составные части крови.

По наблюдениям проф. М. Павлова над изменениями крови при удалении поджелудочной железы, после экстирпации расквас наблюдается увеличение удельного веса крови и эритроцитов, уменьшение гемоглобина, щелочности крови и содержания в ней O и CO_2 , кровь дегидратируется, форменные элементы становятся богаче водою, в лейкоцитах появляется липолитический фермент, в норме отсутствующий, усиливается также действие и другого фермента—каталазы и увеличивается способность лейкоцитов отнимать кислород *in statu nascendi*.

Сравнительно мало данных относительно влияния секрции половых желез на кровь. Pinzani находил у кастрированных суек увеличенное содержание гемо-

глубина и красных кровяных телец, в то время как Brener и Seillery у собак с экстирпированными яичниками находили сильное уменьшение количества гемоглобина и числа эритроцитов.

Ludwig Adler часто находил у кастрированных, климактерических женщин и у лиц с гипоплазией половых органов поразительное уменьшение эозинофильных клеток. Многие авторы в последние месяцы беременности отмечают легкую гиперглобулию, незначительный нейтрофильный гиперлейкоцитоз и большую свертываемость крови,—признаки, указывающие на повышение функции хромаффиновой системы.

Наблюдения проф. Я. Я. Постоева относительно влияния спермина на кровь показали, что количество гемоглобина и число красных кровяных телец, после впрыскивания спермина, существенно не изменяется; число же лейкоцитов, после впрыскиваний спермина, изменяется очень резко: через 1 ч. после впрыскивания уменьшается: максимум уменьшения—14,8%; через 5 часов, наоборот, резко повышается, при чем повышение колеблется в пределах от 17% до 60%. По истечении 24 часов после впрыскивания число лейкоцитов, хотя и падает, по сравнению с предыдущим (через 5 часов), но все-таки держится выше нормы. Данные, полученные проф. Я. Я. Постоевым, находят подтверждение в выводах д-ра Епифанова, который в своей работе „О влиянии подкожных впрыскиваний спермина и мускуса на морфологический состав крови у здоровых и больных людей“ приходит к заключению, что впрыскивание спермина не вызывает заметных изменений в количестве красных шариков и гемоглобина. Количество белых шариков после впрыскивания вначале несколько уменьшается, затем повышается, при чем увеличение их числа яснее всего проявлялось через 3 $\frac{1}{2}$ —5 часов после впрыскивания. Наконец, исследования А. Бекенской и Кошевник показали, что тестикулярная жидкость повышает опсонический индекс крови. Еще меньше наблюдений имеется относительно влияния на кровь гормонов гипофизарной железы.

По Bertelli, Falta и Schwegger'y впрыскивание вытяжки из задней доли мозгового придатка—питуитрина—собакам ведет к очень сильному и длительному увеличению и последующему уменьшению числа эритроцитов, а также к увеличению количества гемоглобина. Лейкоциты подвергаются сперва сильному уменьшению, иногда на длительное время, а затем получается гиперлейкоцитоз. В первой фазе отмечается относительное и абсолютное увеличение количества одноядерных клеток, количество же нейтрофильных и эозинофильных клеток уменьшается. Через некоторое время картина крови меняется: нейтрофилы опять выступают на первый план, эозинофилы исчезают и, наконец, получается нейтрофильный аэозинофильный лейкоцитоз и мононуклеоз. Falta и Bertelli приписывают вытяжку из инфундибулярной части мозгового придатка к группе тех веществ, которые вызывают повышение тонуса в концевых окончаниях автономных нервов и, обладая хемотаксическими свойствами, изменяют картину крови в смысле мононуклеоза и эозинофилии. Исследование крови при акромегалии,—заболевании, тесно связанном с гиперфункцией мозгового придатка,—в большинстве случаев также обнаруживает мононуклеоз и гиперэозинофилию.

В десяти случаях акромегалии, наблюдавшихся нами, мы могли отметить некоторое падение процентного отношения гемоглобина, уменьшение числа красных кровяных шариков, некоторое уменьшение полинуклеаров, увеличение мононуклеаров и переходных форм, в двух случаях увеличение количества лимфоцитов и в трех случаях увеличение количества эозинофилов.

При понижении функции гипофизарной железы, при так называемой гипофизарной dystrophia adiposogenitalis обыкновенно констатируется незначительное уменьшение числа эритроцитов, более сильное уменьшение количества гемоглобина, нормальное число лейкоцитов и выраженный мононуклеоз.

Boerhaard в случаях гипофизарного ожирения наблюдал лимфоцитоз и эозинофилию. В случае несахарного диабета с значительным разрушением гипофиза, описанном Мнацкановым, наблюдалась резкая лейкопения до 200 лейкоцитов в 1 куб. мм. крови, что, быть может, до некоторой степени зависело от гипофункции мозгового придатка. Следует отметить также, что Emile Weil и Boué констатировали, что экстракты из задней доли мозгового придатка вызывают ускорение свертываемости крови, что особенно резко бывает выражено в случаях применения гипофизарного экстракта при кровотечениях у гемофиликов.

Все вышеизложенное определенно указывает на огромное влияние, оказываемое эндокринными железами на кровь.

Отсюда становится ясным то большое значение, какое имеют препараты эндокринных желез в терапии заболеваний крови.

Из органопрепаратов, имеющих терапевтическое применение при заболеваниях крови, следует отметить препараты костного мозга, селезенки, печени и свиного желудка.

В виду высказанных Гейденгайном предположений, что гигантские клетки костного мозга являются секреторными элементами, вырабатывающими специфические вещества, возбуждающие кроветворение, препараты костного мозга (таблетки, капли, подкожные инъекции) стали применять при терапии пернициозной анемии хлороза, анемии и лейкомии. Клинические наблюдения показывают, что при терапии болезней крови препараты из костного мозга нередко оказывают несомненный терапевтический эффект.

Первый случай применения костного мозга (*medulla ossium*) при пернициозной анемии принадлежит английскому клиницисту проф. Thomas Fraser'у, наблюдавшему замечательный терапевтический успех от применения вытяжек из костного мозга у больных злокачественным малокровием. Данилевским, Зеленским, P. Cagnot, Cl. Deflandre, A. A. Грубе и др. было доказано, что подкожные и внутривенные инъекции эмульсии и экстрактов костного мозга, увеличивают в крови количество красных кровяных телец.

Ряд других авторов (A. Baross, A. Hamilton, Stengel, Caccini, Fabian, Ménétrier, Aubertin, Bloch, Courtois-Suffit, Ferrand, Блюменау) также отмечают прекрасный терапевтический эффект от применения препаратов костного мозга в случаях пернициозной анемии. Dixon Mann, Goldscheider, Combe, David, Charrin, Gilbert, Carnier и др. отмечают при анемиях и хлорозе прекрасное действие, оказываемое на улучшение состава крови костномозговыми препаратами. При лейкомии M. Rigger, M. Lawrie, Barross, J. Whait, Ф. К. Алексеев, при применении как непосредственно костного мозга, так и вытяжек из костного мозга, также наблюдали несомненный терапевтический эффект. Наши наблюдения относительно применения вытяжек из костного мозга (в каплях и в виде подкожных инъекций) в случаях злокачественного малокровия, хлорозе и анемиях позволяют сделать заключение, что препаратам из костного мозга при вышеупомянутых заболеваниях крови принадлежит видное терапевтическое место.

Селезенка, считающаяся за орган внутренней секреции, также имеет важные кроветворные функции. Мауер и Монсопс экспериментально доказали, что функция селезенки действует тормозящим образом на эозинофилию, и, исходя из доказанного параллелизма между эозинофилией и состоянием анафилаксии, эти авторы добились путем введения экстракта селезенки в виде подкожных инъекций, купирования анафилактического шока с характерным и всегда, как правило, повторявшимся падением эозинофилии, которое держалось более суток.

Опыты проф. В. Я. Данилевского выяснили, что вытяжка из селезенки вызывает у животных резкое увеличение гемоглобина и красных кровяных шариков.

Наблюдения W. Cohnstein'a и Д. М. Успенского показали, что подкожное введение собакам, кроликам и морским свинкам селезеночных вытяжек вызывает резкое увеличение количества красных кровяных шариков. Особенно хорошо изучено действие препаратов из селезенки при различных заболеваниях крови. Наблюдения М. П. Михайлова и В. В. Пожарского над больными анемией, хлорозом и пернициозной анемией показали, что применение препаратов из селезенки вызывает увеличение числа эритроцитов, повышение процента гемоглобина и увеличение щелочности крови при одновременном улучшении общего состояния больных. По Baul'y, Simon'y, Schpilman'y и Monier'у лечение препаратами селезенки туберкулезных больных вызывает увеличение красных кровяных шариков и повышение процента содержания гемоглобина.

Schpilman, Simon и др. находили также от применения препаратов селезенки увеличение количества лейкоцитов в крови.

Наши довольно многочисленные наблюдения над применением селезеночной вытяжки в случаях анемий, хлороза и злокачественного малокровия показали, что в препаратах селезенки мы имеем верно действующее терапевтическое средство.

Под влиянием применения вытяжек из селезенки у анемиков совершается быстрая регенерация крови: увеличивается число красных кровяных телец, быстро нарастает содержание гемоглобина, улучшается общее состояние, появляется аппетит и идет увеличение веса тела. Повторные исследования крови обнаруживают явления регенерации крови, ведущие в дальнейшем к стойкому восстановлению нормальных отношений.

Для получения стойких результатов курс лечения селезеночными вытяжками, как показал опыт, должен длиться не меньше 6—8 недель.

В виду свойств печени активизировать свертывание крови (Gilber, Carno), препараты печени уже сравнительно давно стали применяться при таких заболеваниях крови как гемофилия и пурпура, но особенно большое применение получила печеночная терапия в случаях злокачественного малокровия. Американские авторы Gibson и Howard на основании результатов экспериментальных наблюдений Whipple, Robjcheit и Robbins'a с кормлением анемизированных собак вареной бычьей печенью, стали назначать больным с пернициозной анемией ежедневно вареную печень, прибавляя одновременно в пищу овощи, фрукты, яичные желтки и уменьшая количество жиров. В 1926 г. американцы Minot и Murphy опубликовали результаты своих наблюдений над случаями пернициозной анемии, леченными печенью. Обыкновенно больным назначают ежедневные приемы сырой или слегка проваренной (не более 10 минут) бычьей или телячьей, мелко изрубленной, печени, в количестве 120—240 грамм. Сырая печень оказывает лучшее действие, чем вареная, а вареная печень не действует. Результаты от применения подобной диеты у вышеупомянутых авторов получались очень хорошие. Большое количество наблюдений, как иностранных авторов (Pal, Schottmüller, Rosenow, Jagic, Saxl и др.), так и русских (Я. Г. Эттингер, Войнов, Беляева, Дайховский, Чижов и др.), подтвердили прекрасные результаты лечения пернициозной анемии печенью.

Наши наблюдения, проведенные в поликлинике I ММИ, также указывают на высокую терапевтическую ценность печеночной терапии в случаях как злокачественных, так и обычных форм анемий.

За последние годы предложен ряд препаратов из печени, действующих аналогично сырой печени.

Из заграничных препаратов наибольшее распространение получили Hepatopsan и Samrolan. Hepatopsan является водным экстрактом печени, 1 куб. см. которого=10 гр. свежей печени. Samrolan, предложенный в 1930 г. Ganslen'ом, представляет водный экстракт печени, 2 куб. см. которого=50 гр. свежей печени (назначается от 1—2 куб. см. в неделю до 2 куб. см. ежедневно).

В американских лабораториях Peter Bent Brigham hospital и Guy w Clark o the Lederle Laboratories вырабатываются водные экстракты печени, применяющиеся подкожно, внутримышечно и внутривенно, 5 и даже 3 куб. см. которых=100 гр. свежей печени.

Из порошкообразных препаратов печени, имеющих применение за границей, следует отметить Heparakon, Hepartrat и Ferripan, представляющий соединение печени с трехвалентными солями железа (с содержанием 2,6% Fe).

Из препаратов печени, вырабатываемых в СССР, известны гепатин (жидкий и в таблетках) Всеукраинского института эндокринологии и гепатокрин Московского эндокринологического института.

За последние два года результаты терапии анемиков свиным желудком превосходили по эффективности печеночную диету, как по скорости действия, так и по получаемым клиническим данным.

На основании работ ряда авторов (Кестле, Конне, Изаакс, Стерджис, Шарп), высказавших положение, что ткань желудка обладает антианемическим фактором, ряд клиницистов (Вилькинсон, Мауленграхт, Розенов, Снаппер) стали с успехом проводить лечение как пернициозной анемии, так и гипохромных анемий высушенным свиным желудком, ближе всего, по своим физиологическим свойствам, приближающимся к желудку человека.

Вышеупомянутыми авторами практиковалось высушивание 218 гр. свежего свиного желудка до 30 гр. порошка (суточная доза), причем предварительно желудок обрабатывался петролевым эфиром. Наблюдения над применением свиного желудка при пернициозной анемии, проведенные в государственном институте клинической и экспериментальной гематологии в Москве Е. А. Бондаренко и М. С. Дульциным, показали, что сырой свиной желудок, при даче внутрь

в количестве 200—300 гр., оказывает хороший терапевтический эффект на кроветворение, причем следует также отметить благоприятный эффект действия лечения свиным желудком на нервную систему. При сравнении эффекта действия печеночной диеты и лечения свиным желудком следует отметить, что свиной желудок оказывает более сильное действие на улучшение кроветворения. Действие свиного желудка проявляется в раздражении костного мозга, что способствует более полноценному созреванию эритроцитов. Получаемый с боен свиной желудок промывается в воде комнатной температуры, освобождается от внешней жировой клетчатки и дается в проваренном через мясорубку виде по 200—300 гр. в день двухкратными дозами с прибавлением для вкуса небольших доз соляной кислоты.

Исследование действия различных частей слизистой желудка показало, что при пернициозной анемии лучше всего действует слизистая антрум желудка. Пепсин и лямбфермент могут быть удалены, причем действие слизистой остается то же самое.

За последние годы за границей выпущен ряд препаратов из свиного желудка, в СССР Всеукраинским институтом эндокринологии вырабатывается так наз. „гастриноль“, а Московским эндокринологическим институтом выпущен препарат „гастрокрин“.

Гастрокрин аналогичен по своему составу и физиологическому действию выпускаемому американской фирмой Parke, Davis & Co—Ventrakulin'у и различными европейскими фирмами—Ventraemon'у, Estomon'у, Ventrosanguin'у и т. п. и не уступает им по силе действия и получаемым терапевтическим результатам.

Гастрокрин представляет собой высушенное при оптимальной температуре и в известной мере освобожденное от жира вещество свиного желудка и содержит в себе, помимо ферментов железистой части желудка, также вещества, действующие на кроветворные органы и стимулирующие их функцию. Применяется гастрокрин в дозах от 5,0 до 10,0 грамм на прием 2—3 раза в день, в зависимости от тяжести заболевания; дозы изменяются под контролем периодически повторяющихся исследований крови. Порошок запивается подкисленной водой (25 капель развед. соляной кислоты на треть стакана воды). Наблюдения В. И. Любимова и Х. Х. Владоса над применением гастрокрина при лечении злокачественного малокровия свидетельствуют о большом терапевтическом эффекте от применения этого препарата в случаях пернициозной анемии. Наблюдения, проведенные нами в поликлинике I ММИ над больными как пернициозной анемией, так и обычными формами малокровия, также указывают на высокую терапевтическую ценность препаратов свиного желудка.

Под влиянием гастрокрина на 5—8 день после его приема у больных наблюдается увеличение ретикулоцитов, достигающее максимума (в среднем 30—40%) на 8—14 день. Гастрокрин не дает побочных явлений, не вызывает каких-либо расстройств желудочно-кишечного тракта. Преимущество гастрокрина перед печеночной диетой и в том, что он не вызывает отвращения у больных, и стоимость курса лечения гастрокрином значительно дешевле, чем стоимость печеночной диеты.

Резюмируя все вышеизложенное, следует сказать, что в ряде органопрепаратов современная терапия имеет ряд ценнейших средств для лечения болезней крови, превосходящих по получаемым результатам обычные фармакопрепараты.

В СССР из этих органопрепаратов вырабатываются препараты селезенки, печени и свиного желудка.

Необходимо также обратить должное внимание на выработку препаратов из костного мозга, представляющих также несомненно высокую терапевтическую ценность при лечении болезней крови.

Литература. 1) Ashfud. „J. A. M. A.“ 1922, v. 91. № 4, 242.—2) Bayle. „La presse medicale“, 1925.—3) Бондаренко Е. А. и Дульцин М. С. „Терапев. архив“, 1931, т. IX.—4) Bertelli, Falta, Schweeger. „Zeitsch. f. Klin. Medizin“, Bd. 74, 1910.—5) Владос Х. Х. „Врач. газета“, 1931 г. № 22.—6) Влаев. „Врач. газета“, 1906 г.—7) Данилевский В. Я. „Вест. мед.“, 1896 г., № 20.—8) Wimböfes. „M. m. W.“, 1932, № 15, 590.—9) Murphy. „J. A. M. A.“, 1932, v. 18, № 13, 1050.—10) Mayer und Moncorps. „Med. Klinik“, 1926, № 1.—11) Михайлов М. П. „Рус. врач.“, 1913 г., № 2.—12) Meythaler. „Kl. W.“, 1931, 51, 2336.—13) Franchini. „Berlin. Kl. Woch.“, 1908.—14) Nehls. „M. m. W.“, 1931, 52, 2195.—15) Niessing. „Med. Kl.“, 1931. Ап-

рель 17. 593.—16) Conneng. „J. A. M. A.“, 1932, v. 98, № 13, 1060.—17) Павлов М. Изменения крови после удаления поджелудочной железы Харьков. 1913 г.—18) Поляков В. Ф. Клинич. лекции, 1916.—19) Пожарская В. В. „Прак. врач.“, 1912 г., № 50 и 51.—20) Pfeiffer. „Kl. W.“, 1931, 10, 453.—21) Любимов В. И. „Врачеб. газета“, 1931, № 22.—22) Sabrazes et Bonnes. „Semaine Medic.“, 1905.—23) Stassberg. „D. m. W.“, 1931, 42, 1780.—24) Rogers. „Brit. Med. J.“, 1932, feb. 13, 272.—25) Schulz. „D. m. W.“, 1931, 1, 757, „Kl. W.“, 1931, 10, 67 u. „Mün. m. W.“, 1931, 13, 266.—26) Успенский Д. М. Органотерапия, 1910 г.—27) Strauss. „J. A. M. A.“, 1932, v. 98, стр. 1620.—28) Wilbenson. „Brit. Med. J.“, 1932, 20, 325.

Итоги 3-го Научного областного съезда врачей ТР.

Эпштейн Т. Д., Гольдштейн Д. Е., Калинин Н. Н., Вылегжанин Н. И.

С 11 по 17 июня, после трехлетнего перерыва, в Казани происходил 3 областной научный съезд врачей Татарии и смежных национальных республик и областей (Башкирской, Чувашской, Удмуртской, Мари). В работе съезда приняли участие профессора и научные работники казанских научных медицинских учреждений (Мединститута, ГИДУВ'а, Микробиологического института, Института соцздрава и ряда других), а также городские врачи. Съезд проходил при переполненных заседаниях и отличался большим оживлением.

В отличие от предыдущих съездов, страдавших большой академичностью и значительным отрывом теории от практики, программа настоящего съезда содержала актуальнейшие вопросы теории и практики социалистического здравоохранения, взятые в тесной связи с задачами развернутого социалистического строительства.

Два первые пленарные заседания были целиком посвящены вопросам марксистско-ленинской методологии в медицине и вопросам идеологической борьбы на фронте здравоохранения и медицины. Эти темы были освещены в двух докладах В. К. Волкова (Ядрин, Чув. ССР) и Т. Д. Эпштейна (Казань).

Доклады мобилизовали внимание всей врачебной массы и научных работников к задаче вооружения врачи в его теоретической и практической работе методом марксизма-ленинизма, к задаче борьбы за партийную линию в медицинской теории и практике здравоохранения, бдительности ко всем и всяким извращениям, имевшим место на теоретическом фронте (против механицизма, витализма, реакционных философских и биологических течений, просачивающихся к нам из западноевропейской, охваченной кризисом, медицинской науки).

В докладах весьма ярко было показано, что медицина и здравоохранение представляют собой в условиях ожесточенной борьбы классов один из наиболее важных участков острой борьбы на теоретическом фронте и что без четкой партийной теории, без марксизма-ленинизма, врач не сможет противостоять классово-враждебным теориям, а следовательно не сможет быть активным строителем социализма на фронте здравоохранения и медицины.

В оживленных прениях по этим докладам высказавшиеся врачи показали высокий теоретический уровень и единодушно подчеркнули необходимость овладеть методом диалектического материализма. В резолюции, принятой по этим докладам, съезд призывает всех врачей серьезнейшим образом заняться усвоением основ марксизма-ленинизма.

Следующая серия докладов была посвящена задачам врача на селе и роли медицинских бригад в деле обслуживания сельско-хозяйственных кампаний (доклады С. М. Курбангалеева, Ф. Г. Мухамедьярова и Л. А. Мустафина).

В докладе Курбангалеева было подчеркнуто, что здравоохранение на настоящем этапе является органической частью фронта социалистического строительства, как в городе, так и на селе.

Если красная Татария с честью идет вперед в деле социалистического переустройства деревни, досрочно выполняя и перевыполняя задания правительства, то здравоохранение обязано не отставать от соцстроительства. Одной из важных задач здравоохранения является обслуживание политически-хозяйственных кампаний. В этом отношении здравоохранение, по сравнению с предыдущими годами,

имеет определенный сдвиг вперед. Для обслуживания весенней посевной кампании в нынешнем году, вместо намеченных по плану 43 медицинских бригад, было организовано 59, в числе которых 43 направлены из Казани, вместо 502 пунктов первой помощи—было организовано 580, детских яслей было организовано в колхозах 1745, обслуживающих 60750 детей, было распределено до 9000 аптек. В организации санпостов, однако, имелось недовыполнение плана: вместо 4500, было организовано 3214. Несмотря на наличие в количественном отношении положительных результатов, отмечалось недостаточно высокое качество работы: как напр. кратковременность работы медицинских бригад, которая носила к тому же более лечебный характер. Мало уделялось внимания санитарно-профилактической работе, не была использована полностью самодеятельность населения, в результате чего имело место упомянутое недовыполнение организации санпостов.

В уборочную кампанию, в отличие от предыдущих кампаний, вся работа по медобслуживанию должна быть развернута в поле и в первую очередь будет обращено внимание на обслуживание совхозов и МТС. Намечена по плану посылка 50 медицинских бригад, организация 520 пунктов первой помощи и 5000 санпостов. Намечено 100% обслуживание яслями МТС и совхозов и 75%—колхозов. Разработан план санитарно-оздоровительных мероприятий на время уборочной кампании. Центральная задача—сделать упор на качество работы.

Насколько большое значение имеет правильная организация медобслуживания говорит яркий пример, приведенный т. Шкляевым. Им был сделан учет экономической эффективности, вызвавшейся в 1500 трудных, сохраненных в результате правильной организации медобслуживания.

Необходимо мобилизовать внимание на широкое развертывание агитмассовой работы. Борьба с симуляцией, серьезное отношение к выдаче больничных листов и т. д. должны быть в центре внимания врача, ибо классовый враг может использовать эти возможности в целях нанесения ущерба хозяйству колхоза.

Были также подробно освещены и другие стороны работы врача на селе. Доклады т.т. Мустафина и Мухамедьярова дополняли доклад Наркома здравоохранения. В них были указаны задачи организации здравоохранения на селе и дана оценка работы медицинских бригад по обслуживанию с/х. кампаний.

Доклады вызвали оживленные прения; после закрытия съезда потребовалось даже специальное заседание в Наркомздраве, посвященное детальному обсуждению поднятых вопросов.

Очень оживленно проходила работа секций съезда.

Большую и плодотворную работу развернула социально-гигиеническая секция, которая имела два заседания. Было заслушано 12 докладов, посвященных вопросам заболеваемости и травматизма в промышленных предприятиях Т. Р. и на селе и вопросам жилищного благоустройства большой Казани.

В первом цикле докладов (проф. Шварц, д-р Нимцовицкая, доц. Смирнов, д-р Лутовинова, д-р Туева) было отмечено, что на основных промышленных предприятиях ТР заболеваемость и травматизм за последние 4 года дали значительное снижение.

Так в 1932 году имеется снижение заболеваемости с утратой трудоспособности и травматизма по сравнению с 1931 г. в среднем на 12%, по некоторым предприятиям („Спартак“) до 20—25%.

Это снижение является результатом социалистической реконструкции промышленности и значительного улучшения сан.-гигиенического состояния основных предприятий Т.Р.

Значительную роль сыграл мероприятия Соцстраха по борьбе со злостными прогулами и улучшение работы основной массы здравпунктов.

Однако, несомненно можно было бы добиться еще большего снижения заболеваемости и травматизма, если бы все организации, ведущие борьбу с ними (Наркомтруд, Наркомздрав, Соцстрах, Бюро техники безопасности) согласовали бы свою работу.

В результате живого обсуждения этих докладов секция наметила ряд мероприятий по улучшению работы по борьбе с травматизмом и заболеваемостью на производствах, а именно: по укреплению здравпунктов, по установлению лучшей связи санитарно-лечебных учреждений с производствами, по выработке единого оперативного плана работы санпостов ТНКТ, здравпунктов НКЗ, выплатных пунктов Соцстраха и др.

Доклад д-ра Харитоновой И. П. (участковый врач) посвящен был с/х. травматизму и мерам борьбы с ним и является показателем того, что периферические врачи уделяют внимание вопросам изучения с/х. травматизма. Докладчик сообщил, что в 1932 г. по Мензелинскому району наблюдалось значительное снижение с/х. травматизма по сравнению с 1931 г.

Это объясняется лучшей организацией труда в колхозах, введением более совершенных машин, повышением культурности населения, техническим освоением машинного производства, а также благодаря принимаемым мерам предосторожности. Так, при проведении самых элементарных мер по ограждению с/х. машин, удалось снизить травматизм почти в два раза, а детский травматизм упразднить совсем.

Следующий доклад д-ра Шкляева А. В. (участковый врач) был посвящен вопросу предупреждения возможности неблагоприятного воздействия на организм хромовых солей при протраве семян. Было показано, что эти вредности могут быть полностью устранены даже при применении элементарных респираторов и соответствующего инструктажа работающих.

Оба доклада вызвали оживленный обмен мнений, в результате чего был выработан целый ряд мероприятий, направленных на борьбу с вредностями и травматизмом в сельском хозяйстве.

Другая серия докладов этой секции касалась вопросов травматизма среди учащихся ФЗУ. Вопросы здравоохранения среди рабочих подростков, учащихся ФЗУ, приобретают с каждым годом возрастающее значение. Учитывая это обстоятельство, а также и то, что по этому вопросу ведется в ТР работа в Институте социализма и ИНОТ'а, с'езд заслушал доклады А. И. Смирнова и Н. Г. Лутовинова о ФЗУ. Травматизм среди учащихся ФЗУ в условиях производственного обучения, а также С. М. Маркузе „Опыт изучения труда рабочих подростков в целях профконсультации“. Докладчики отметили, что школы ФЗУ по частоте травматизма могут быть расположены в таком порядке: кожтрест (обувные фабрики), валеный, мыловаренный и свечной заводы, кожтрест (кожзавод), металлообрабатывающая, полиграфическая, текстильная и швейная промышленность. Из причин обращают на себя внимание: ручной инструмент при ручной обработке, движущиеся части механизмов, сам обрабатываемый предмет, отсутствие защитных приспособлений, недостаток освещения, отсутствие личной защиты, неисправность станков и инструментов, недостаток надзора, отсутствие навыка и умения, неосторожность самих учащихся.

В докладах указаны и пути снижения травматизма. С. М. Маркузе поделился опытом изучения труда рабочих подростков меховой промышленности, приведя характеристики детских профессий, указав меры по рационализации рабочего места и конструкции стула для работающих на дисковых ножках.

В прениях подчеркивалась своевременность постановки указанных тем и принято пожелание о необходимости уделить больше времени на следующем с'езде вопросам оздоровления детей и подростков.

Из других докладов на этой секции был интересен коллективный доклад проф. Алужа, проф. Шварца и д-ра Кочергина „Изменения нервной системы при отравлении бензином“.

На экспериментальном материале, путем подробного гистологического исследования, было установлено, что в основном, под влиянием бензина, в центральной нервной системе наблюдаются дегенеративные изменения со стороны ганглиозных клеток и гиперпластические процессы со стороны глиозной ткани.

На клинической секции был заслушан прежде всего коллективный доклад проф. Алужа, проф. Гасуля и д-ра Молчановой „Лечение сириномиелиоза лучами Рентгена“. Значительное количество больных сириномиелиозом, прошедших за последние 2 года через нервные клиники г. Казани, подвергались систематическому рентгеновскому лечению. Докладчик, проф. Гасуль, отметил, что в большинстве случаев получались удовлетворительные результаты, а в некоторых случаях имелось даже полное восстановление чувствительных, двигательных и трофических расстройств.

В заслушанном далее докладе проф. В. К. Трутнева „Профилактическая роль верхних дыхательных путей“ была дана сводка последних работ по этому вопросу клиник проф. Цитовича (Саратов), Трутнева (Казань) и физиологической лаборатории проф. Викторовой. Клинический опыт показал, что верхний отрезок дыхательных путей занимает не последнее место в вентиляционной способности легких. Экспериментальные исследования с точностью подтвердили

это положение (Павлова и Лопатина). Логическим выводом из этой работы является предположение о влиянии типа дыхания на состав газов крови, что нашло отражение в работах Трутнева, Щербатова и Шаровой.

Серией исследований установлено, что тип дыхания оказывает влияние на движение межклеточной плазмы. Разрешение этого вопроса дает совершенно новое толкование некоторым клиническим фактам, с которыми приходится иметь дело в повседневной работе (Чудносоветов, Громов, Викторова, Лебедевский).

Заслуживают большого внимания исследования, направленные к выяснению влияния типа дыхания на обмен веществ. Они показали, что отсутствие физиологического типа дыхания ведет к значительным изменениям обмена (Мошин, Бобровский).

В докладе Вольфсона „Лечение Винцентовских мастоидитов“ был подробно освещен этот вопрос на основании богатого опыта клиники проф. В. К. Трутнева. Собственные исследования последних лет позволили д-ру Вольфсону прийти к выводу, что Винцентовский мастоидит представляет из себя особую клиническую единицу, по своей этиологии относящуюся к фузоспириллезам. Хроническое течение этого процесса, почти полная безуспешность разного рода лечебных мероприятий при нем связаны с особенностями фузоспириллярной инфекции, требующей для своего развития условий анаэробноза. Рациональной терапией этого заболевания является создание как раз противоположных условий.

Лечение, например, разными препаратами перекиси водорода (особенно пергиолом), вызывает заживление процесса.

С большим вниманием были заслушаны доклады проф. Лепской и Вишневого „Холецистопатии с точки зрения интерниста и хирурга“.

Проф. Лепская охарактеризовала холецистопатии, как сложное заболевание, включающее, наряду с местными изменениями, целый комплекс общих изменений организма. Центральным пунктом доклада является выяснение роли всей системы внепеченочных желчевыводящих путей, функционирующих, как гармоническое физиологическое целое и, главным образом, значения дисфункций этой системы (как двигательных, так и резорбционных) для патогенеза и клиники холецистопатий. Данные современных патофизиологии и клиники позволяют установить тесную зависимость этих функциональных расстройств от дисрегуляции вегетативной нервной системы и выделить определенные формы дискинезий, которые важны с одной стороны тем, что они являются не только спутниками холецистита и холелитиаза, но самостоятельным источником болевых приступов без всякого участия камня или инфекции, с другой стороны и тем, что эти чисто функциональные расстройства нередко первичны и приводят к вторичным анатомическим изменениям и застою со всеми последствиями его для образования камней и для развития инфекционного процесса. Охарактеризованы более важные клинические группы заболеваний, где дискинезиям принадлежит самостоятельная или ведущая роль и подчеркнута *значение* выявления дискинезий, при помощи современных методов диагностики, для понимания многих особенностей клинического течения холецистопатий, для объяснения послеоперационных рецидивов болей, для распознавания замаскированных форм, для выбора терапии и для целесообразно направленной ранней профилактики.

Отдавая должное значению местного инфекционного процесса, требующего от терапевта неослабного внимания и своевременной передачи больного хирургу, докладчица указывает вместе с тем, что только знание роли функциональных расстройств дает ключ к пониманию того, что в большом числе случаев широкое применение т. наз. „ранней операции“ оказывалось безрезультатным и бесцельным. Акцент должен быть поставлен на рано начатой терапии холецистопатий, направленной не только на местный процесс, но и на общие изменения организма.

Вместе с тем докладчица подчеркивает необходимость учета расстройств функции и хирургами даже в подлежащих операции случаях, что является необходимым условием согласованной работы терапевта и хирурга.

Проф. Вишневецкий в своем докладе остановился главным образом на значении местной инфльтрационной анестезии при операциях на желчных путях. Введение и постепенное усовершенствование этого метода позволило в хирургической клинике профессора Вишневецкого достигнуть резкого снижения смертности после этих операций, практиковать эти операции в пожилом возрасте и вообще очень сильно расширить круг показаний к производству операций на желч-

ных путях. Собственный богатый клинический материал дал возможность проф. Вишневному ярко продемонстрировать достижение его клиники в этом направлении.

В оживленных прениях по этим докладам особенно большую дискуссию между хирургами и терапевтами вызвал вопрос о широте показаний к хирургическому вмешательству при различного рода холецистопатиях. Возможность почти абсолютно безопасного для больного хирургического вмешательства позволяет безусловно более широко ставить показания к этому виду лечения холецистопатий. Но с другой стороны существование большой группы функциональных холецистопатий заставляет подходить к этому вопросу более сдержанно, поскольку уже сама сущность страдания ставит под сомнение действительность этого рода лечения.

В акушерско-гинекологической секции были заслушаны доклады: проф. Груздева „Внематочная беременность“ (напечатан в приложениях к Каз. мед. журналу), проф. Козлова „Местная инфильтрационная анестезия при гинекологических лапаротомиях“, проф. Груздева „Медицинские показания и противопоказания к прерыванию беременности“ и д-ра Федорова „Некоторые итоги легализации аборта“. Проф. Козлов в своем докладе подвел итог многолетней практики гинекологических операций под местной инфильтрационной анестезией по методу проф. Вишневого. Пионером введения этого метода в гинекологический обиход был покойный профессор А. И. Тимофеев. К настоящему времени этот метод обезболивания в клинике проф. Козлова применяется почти при всех гинекологических операциях.

Выступивший в прениях по этому докладу д-р Рупасов Н. Ф. (Удм. Обл.) поделился своим богатым опытом в этом отношении и сообщил, что применение этого способа при такой тяжелой и сложной операции, как операция Wertheim'a, позволило резко снизить процент неблагоприятных исходов.

Проф. Груздев в своем втором докладе подробно рассмотрел все медицинские показания и противопоказания к производству искусственного выкидыша (доклад напечатан в Каз. мед. журнале).

Доклад д-ра Федорова был основан на богатом материале городских гинекологических учреждений за последние 8—10 лет. Легализация абортотворения привела почти к полному исчезновению подпольных абортотворений. Рассмотрены были вопросы восстановления трудоспособности после абортов, влияние их на здоровье женщин и т. д. Были подчеркнуты положительные результаты легализации абортов, хотя вместе с тем было указано, что этим самым ничуть не снимается вопрос борьбы с абортами.

В кожно-венерической секции были заслушаны следующие доклады: проф. Васильева „Экзотическая форма хромобластомикоза“, проф. Олесова „Сифилис на селе, профилактика и лечение его“, его же „4-я венерическая болезнь“ доцента Биккенина „Борьба с грибковыми заболеваниями и чесоткой“, д-р Кандратьева „Борьба с пиодермациями на селе“, проф. Печникова „Современные методы лечения гонноррей“. Все эти доклады будут напечатаны в ближайших номерах Каз. медицинского журнала. Дополнительно в этой секции был заслушан доклад Феркеля в Якубсона из Башк. Респ. „Грибковые заболевания в гор. Уфе и Башкирии“.

Дерматомикозы по г. Уфе составляют 5,9% кожных больных за период с 1928 по 1932 год, на 37890 кожных заболеваний 2259 грибковых. По отдельным районам процент поражения колеблется от 1,1 до 24,3, в среднем 12,3%. Дерматомикозами болеет главным образом башкиро-татарское население, при чем рост обращаемости больных из национальных районов есть результат повышения их культурного уровня.

Трихофитией и микроспорией болеет главным образом городское население 89,1% из всех больных).

Среди паршевых грибов преобладает *Achorion Schönleini*, из трихофитных — *Trich. violaceum*, из микроспорий — *Microsporon lanosum*.

Для борьбы с грибковыми заболеваниями необходим ряд мероприятий: точный учет больных этого рода, распространение санграмоты на национальных языках, организация грибковых домов, усиление наблюдения за парикмахерскими, повышение количества рентгеноустановок, проведение с врачами и средним персоналом краткосрочных курсов по дерматомикозам.

В пленарном заседании вечером 15 июня были заслушаны доклады об эпидемических заболеваниях в ТР, их распространении и мерах борьбы с ними (проф. Воль-

тер, д-р Лаптев), о профилактике острых детских инфекционных заболеваний и летних детских поносов (проф. Агафонов и Меньшиков). Материалы этих докладов были особенно важны и интересны для делегатов съезда, поскольку в прошедшем году в Татарии наблюдались местами вспышки некоторых инфекционных заболеваний (оспы, сыпного тифа).

В оживленных прениях выступили многие товарищи, дополнившие краткие доклады. Д-р Нимцовицкая указала, что в заслушанных докладах не было уделено достаточно внимания гриппу. Вместе с тем гриппозные заболевания по распространению и народно-хозяйственному значению заслуживают самого пристального внимания. В одной ТР болеет гриппом ежегодно до 300000 человек, кривая гриппа в ТР все время поднимается. Казань дает до 30 тысяч заболеваний гриппом.

На некоторых предприятиях грипп составляет 50% всех заболеваний. Меховая и пошивочная фабрики дают самый высокий процент. Причины такого явления — скученность, плохая вентиляция, неправильная уборка, холодные уборные и т. д. Из-за гриппа много прогулов, поэтому требуется принятие энергичных мер борьбы с ним.

Д-р Лифшиц сообщил данные о малярии в ТР и Казани. В Казани имеется снижение заболеваемости малярией, в некоторых же районах повышение. Эпидемические места — Зеленый Дол, Спасск, Октябрьский район. Основная форма малярии — трехдневная, тропических форм — 14%, четырехдневной — 12% (1932 г.). Практические мероприятия по борьбе с малярией: выполнение планов осушки болот — в этом деле имеется отставание, — проведение лечебно-профилактической хинизации (там, где она проводится, имеется резкое снижение заболеваний малярией), повышение качества лечебной работы, увеличение количества противомаларийных кабинетов. Д-р Загорский (Тетюши) указал, что одной из причин вспышек некоторых эпидемических заболеваний в ТР является недостаточное количество санитарных врачей в районах. Часто врачи лечебники работают за санитарных врачей в районах по совместительству. Д-р Казанцев подробно остановился на причинах увеличения оспы в ТР. Среди ряда причин большую роль сыграли недостаток, низкая квалификация и текучесть оспопрививателей, невысокое качество их работы, отсутствие своевременной ревакцинации.

В прениях по этим докладам выступил тов. Макаров из Нар.Ком.РКИ ТР с подробным разбором достижений и недостатков в работе органов здравоохранения ТР. Он особенно подчеркнул, что важнейшей задачей всех работников здравоохранения в настоящее время является повышение качества работы. Его справедливую критику многих слабых сторон здравоохранческой работы съезд приветствовал и нарком здравоохранения ТР тов. Курбангалеев от имени съезда дал обещание в ближайшее время изжить отмеченные недостатки.

На этом же заседании был заслушан доклад д-ра Веклинова о роли санитарно-гигиенической пропаганды на фронте здравоохранения, как из одной из важнейших мер борьбы за оздоровление страны.

Последние два заседания съезда состоялись 16 июня. Утреннее пленарное заседание было посвящено обсуждению важных вопросов борьбы с трахомой и раком в ТР и переливанию крови.

В докладе директора трахоматозного Института проф. Мурзина А. Н. „Актуальные вопросы борьбы с трахомой в ТР и соседних областях“ было подробно освещено состояние этого дела в Татарии и Чувашии. Плановая, организованная общественная борьба с трахомой, как социальным бедствием, по существу стала возможной только после Октябрьской революции. Лишь с организацией советского здравоохранения открылся широкий путь повсеместной организованной общественной борьбе с трахомой.

Чувашская республика первая встала на этот путь, и, как сообщил проф. Мурзин, „за трехлетний период борьбы с трахомой в результате подема социально-культурного уровня населения и планомерно проводимой лечебно-профилактической работы, доведенной непосредственно до населения, в Чув. республике достигнуто снижение трахомы с 47% (1928 г.) до 36,7% (1931 г.)“. По отдельным районам Чувашии количество заразных форм трахомы снизилось с 54% до 12%.

В Татарии разработаны и проводятся в жизнь широкие мероприятия по борьбе с трахомой. Из 37 сильно затрахоженных районов Татарии 28 обеспечены квалифицированными врачами окулистами или врачами с глазным уклоном. В этом году и остальные районы получают врачей окулистов из нового выпуска Мед. ин-

ститута. Под руководством врачей работает 100 трахоматозных сестер. Количество их является все же недостаточным, для подготовки новых кадров открыты курсы в Казани и Буинске. Буинский район один из первых развернул интенсивную борьбу с трахомой под руководством д-ра Жук а.

Татнаркомздрав дополнительно выделяет в этом году для этого района одного врача окулиста. Слабыми сторонами в организации борьбы с трахомой в ТР являются некоторая недостаточность ассигнований на это дело и задержка со стороны Татгиздата выпуска брошюр и плакатов по борьбе с трахомой.

Борьба с раком тоже одна из самых актуальных проблем современной медицины. Вопросы организации борьбы с раком в ТР нашли свое отражение в докладе проф. Гасуля „Проблема профилактики рака и противораковая борьба в ТР“, а освещение некоторых важных сторон раковой проблемы — в докладе проф. Маненкова „Об экспериментальном раке“ (будет напечатан в Каз. мед. ж-ле).

В деле борьбы с раком огромное значение имеет распространение научных знаний о раковой болезни среди населения, организация противораковых пунктов при больницах и амбулаториях для периодического осмотра наиболее угрожаемых по раку групп населения, снабжение больниц и институтов рентеновскими аппаратами и радием. Раннее распознавание болезни врачом — одна из главнейших мер борьбы с раком. ТР в этом отношении еще сильно отстает от других республик нашего Союза, напр. Украины.

В Казани при научно-медицинской ассоциации создана бригада для разработки вопросов общественной борьбы с раком, намечен план организации противораковой борьбы в ТР, но все эти мероприятия пока еще не получили своего практического осуществления и лишь частично развернуты в пределах самой Казани. Нужно надеяться, что после этого с'езда Татнаркомздрав и Краевая научная медицинская ассоциация по деловому возьмутся за организацию широкого противоракового фронта в ТР.

Выступивший в прениях по этому докладу проф. Груздев подчеркнул особо важное значение борьбы с раком матки, так как женщины, благодаря преимущественно этой форме рака, в значительно большем количестве случаев страдают от него, чем мужчины. По мнению проф. Груздева ранее распознавание, хирургическое и лучевое лечение могут сыграть выдающуюся роль в борьбе с раком матки.

Большое внимание было уделено с'ездом вопросам переливания крови. В докладах директора Областного института для переливания крови д-ра Казакова „Организационные вопросы переливания крови в городе и на селе“ и научного консультанта проф. Горьева „Показания и противопоказания к переливанию крови“ была подробно освещена работа Областного института для переливания крови. Дополнением к этим докладам было сообщение д-ра Алимбека „Переливание крови в акуш.-гинеколог. практике“.

Областной институт за короткое время своего существования успел развернуть широкую работу. Сейчас организуется 14 межрайонных пунктов для переливания крови в ТР. После с'езда 8 делегатов, районные хирурги, прошли двухдневные курсы по переливанию крови при Институте.

На вечернем заключительном заседании 16 июня были заслушаны доклады проф. Лепского „Авитаминозы и их профилактика“ (напечатан в предыдущем номере Каз. мед. ж-ла) и доц. Аксянцев а „Гематоэнцефалический барьер и роль ретикулоэндотелиальной системы“.

С напряженным вниманием с'езд выслушал в заключение доклад доц. Аксянцев а „Германия по личным впечатлениям“. Д-р Аксянец в поделился своими впечатлениями от годичной командировки в Германию. Перед с'ездом он развернул картину глубокого экономического кризиса Германии, классовую борьбу в ней и состояние медицины и здравоохранения в этих условиях. Яркой противоположностью упадку и бесперспективности дела здравоохранения в Германии явился как раз настоящий 3-й научный с'езд врачей, продемонстрировавший рост и развитие советской медицины, советского здравоохранения.

Итоги работ с'езда были подведены председателем д-ром Волковым К. В. 3-й научный с'езд врачей прошел с успехом, был проработан целый ряд важных вопросов практической и теоретической медицины. Посещение клиник и научных институтов дало возможность делегатам на деле ознакомиться с интересующими их сторонами практической медицины. Подробно были рассмотрены вопросы организации дела здравоохранения на селе, его достижения и недостатки. И, на-

конец, вопросы марксистско-ленинской методологии были также подробно освещены на с'езде.

Все это в целом дало делегатам с'езда, врачам периферии новую зарядку для дальнейшей работы на одном из важнейших участков здравоохранения—сельской медицине. И самой главной и ответственной работой в ближайшее время с'езд признал для всех врачей—непосредственное участие и наиболее полное и совершенное обслуживание важнейших хоз.-политических кампаний: хлебоуборочной, хлебозаготовительной и осеннего сева.

В заключительном слове народный комиссар здравоохранения тов. Курбангалеев отметил исполняющееся в этом году 35-летие общественной и научно-практической работы председателя с'езда д-ра Волкова. С'езд бурными аплодисментами приветствовал своего постоянного и деятельного участника Константина Васильевича Волкова.

Библиография и рецензии.

Ганнушкин П. Б. *Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика*. VII+142. Москва. Кооперативное и-во „Север“, 1933 г. Цена 3 р. 60 коп.

Ганнушкин начинает с того, что „клиническая психиатрия переживает кризис“. Говоря так и не делая абсолютно никакого разграничения между советской психиатрией и психиатрией буржуазной, относя т. обр. кризис и к советской психиатрии, Г. определенно совершает ошибку. Нельзя говорить о кризисе советской психиатрии в то время, когда она освобождается от рабской зависимости, в которой она находилась раньше у буржуазной психиатрии, когда у нас намечены и проводятся свои собственные пути дальнейшего развития теоретической и практической психиатрии и когда мы успешно применяем в психиатрии марксо-ленинскую методологию, которая вне сомнения не знает кризиса и разрешает всякое кризисное положение. Г. до последнего момента своей жизни не мог освободиться от влияния буржуазной психиатрии, он всецело стоит под знаменем старой, крепелиновской психиатрии и он открыто про это говорит в своей книге. „Путь, которым можно идти при изучении этого материала (т. е. конституциональных психопатий), думается нам, двоякий: один путь, путь испытанный, надежный, давший нам блестящие результаты, это—путь от болезни к здоровью, от большой сугубой психиатрии к малой пограничной... Другой путь, если угодно,—обратный: от здоровья к болезни или, вернее говоря, путь, имеющий своим исходным пунктом не население психиатрической больницы, а обычную жизненную среду, обычную жизненную атмосферу; этот путь изучает личность в ее взаимоотношениях с окружающей средой, с акцентом на последней. Результатом чрезмерного увлечения таким взглядом является предложение заменить термин „психопат“ термином „социопат“,—предложение на наш взгляд и неприемлемое и ничем неоправдываемое, а, главное, слишком упрощающее эту столь сложную проблему“. Здесь высказывается вся сущность крепелиновца Ганнушкина. В мнении Г., что понятие социопат упрощает будто бы проблему психопатии, видно, насколько Г. не вник в проблему социогенеза и не понял действительных взаимоотношений между „психо“ и „социо“. Г. не хочет понять, что „социо“ есть более широкое понятие, чем „психо“, что психические качества человека представляют лишь часть всего социального его существа, следовательно, говоря о социопатии и социопате, мы не только не упрощаем проблемы психопатий, но наоборот еще более ее усложняем, втягиваем в круг наших исследований гораздо большее число проблем, шире и глубже вникаем в проблему психопатии, чем это делалось раньше.

Г. идет по первому из указанных им путей, т. е. он остается на старой крепелиновской почве, применяет старый клинический метод в своей работе, отказавшись в сущности от *социально-патологического метода*, который как раз при изучении психопатий является самым важным, самым существенным. В этом главная методологическая ошибка Ганнушкина, которая все время

„держит его в шагу“, заставляет его все время делать оговорки, признаваться в невыдержанности плана и метода работы и т. д., и т. д.

Что касается самого содержания книги, то надо сказать, что оно не дает ничего существенно нового. „Статика психопатий“—это обычное описание, краткое и сжатое, девяти групп психопатий—1) группы циклоидов; 2) группы астеников; 3) группы шизоидов; 4) группы параноиков; 5) эпилептоидов; 6) истерических характеров; 7) неустойчивых психопатов; 8) антисоциальных психопатов; 9) конституционально-глупых. „Динамика психопатий“ рассматривает психопатии в их движении в форме фаз, реакций, шоков и патологического развития. Что же касается систематики психопатий, то а. таковой не дает. Для того, чтобы читателю не показалось, что рецензент чересчур строг к автору, я привожу здесь самокритику Ганнушкина, часть ее, конечно, которая содержится в „заключении“ и которая покажет, что Г. строже себя критикует, чем это мог бы сделать злой критик. „Наша работа не может претендовать на роль системы психопатий; это лишь очерки по клинике психопатий, очерки психиатра, в значительной мере воспитанного на практике большой больницы психиатрии. Всего материала мы не охватили; план и метод работы остались невыдержанными; отдельные части оказались не пропорциональными друг другу; сплошь и рядом мы вынуждены были идти не от почвы к синдрому, а от синдрома к почве. Мы должны признать, что умышленно не касались ряда подробностей; главными мы считали не детали, а общие установки, общие тенденции. Эти последние, думается нам, все же достаточно ясны из нашего изложения. Главной целью нашей было систематизировать и расценивать оказывающийся в распоряжении клинициста-психиатра материал. Этот материал разрознен и обычно обозначается такими общими терминами: неврозы, невропатии, психогении, дегенерация, психопатии. Мы стремились показать, что каждому клиническому явлению из этой области должно принадлежать определенное место в одной общей системе; этой системы конституциональных психопатий, мы, конечно, не дали, но необходимость в ней ясна“. Заключительный аккорд книги Ганнушкина таков: „Можно определенно сказать, что правильно организованная социальная среда будет заглушать явление и рост психопатий; можно с полным основанием думать, что социалистическое устройство жизни с его новым бытом, с его новой организацией труда, с новой социальной средой будет препятствовать выявлению психопатий и явится залогом создания нового человека“.

Жаль, очень жаль, что Ганнушкин оказался марксистом только на словах, в 6 последних строчках своей книги. В этих шести строчках он сам же опровергает то, что он сказал на пятой странице своей книги о социально-патологическом методе. Оказывается все же, что при психопатиях самым существенным является социогенез, а социально-патологический метод их изучения является самым основным. И почему же теперь, по Ганнушкину, психопатии не суть социопатии?..

Ганнушкин не дожидаясь появления в свет его книги и она вышла в свет с некрологом. Некролог не подписан. В нем Ганнушкин представлен как виднейший представитель советской психиатрии и как идейный руководитель советской психиатрии. Мы прекрасно знаем, что *de mortuis nihil nisi bene*. И мы ничего, кроме хорошего, о Ганнушкине сказать не можем. Безусловно Г. в своем роде выдающийся психиатр, но вряд ли кто из действительно советских психиатров согласится признать его идейным руководителем нарождающегося нового поколения советских психиатров. Никто еще не забыл ту бурю протеста и негодования, которую Г. вызвал со стороны советской общественности своим учением о нажитой инвалидности, а его книжка о психопатиях в достаточной степени говорит за то, что Ганнушкин, несмотря на искреннее стремление овладеть марксистской методологией и дать идеологически выдержанное учение о психопатиях, никак этого достигнуть не мог. Однако, *in magnis voluisse sat est*, и безусловно наш долг признать, что Ганнушкин является светлой личностью в советской психиатрии, выдающимся советским психиатром. Очень жаль, что безжалостная смерть так рано вырвала его из рядов передовых советских психиатров. Вполне возможно, что благодаря дальнейшим усилиям Ганнушкин действительно сделался бы идейным руководителем молодых советских психиатров и виднейшим представителем марксистской психиатрии.

Ив. Галант (Ленинград).

Иванов-Смоленский А. Г. *Методика исследования условных рефлексов у человека*. 102 стр. Медгиз. Москва, 1933 г. Цена 2 р. 50 коп.

Эта книга представляет собой изложение всех тех методов исследования условных рефлексов, которые применялись до сих пор при изучении условно-рефлекторной деятельности ребенка и взрослого, здорового и больного человека. Главная цель книги, как говорит сам автор, это помочь при оборудовании лаборатории для изучения высшей нервной деятельности человека, а также в методике и технике исследования, проводимого по методу условных рефлексов. Надо сказать, что с этой задачей а. справился хорошо и, благодаря обилию иллюстраций, понимание методики и практическое ее применение сделано общедоступным. Книга выходит во втором издании. Это свидетельствует о том, что интерес к условным рефлексам неослабно растет. Книга Иванова-Смоленского немало содействовала этому и будет этому содействовать. В этом главная ее заслуга.

Ив. Галант.

Рефераты.

а) Биохимия.

J. Abelin сообщает (Die Naturwissenschaften, 1933, № 11), что при далеко идущем расщеплении искусственно иодированного белка образуются продукты, которые по своему морфогенетическому и метаболическому влиянию очень близки к гормону щитовидн. железы. При введении рег оз эти вещества повышают основной обмен, препятствуют отложению гликогена в печени, усиливают дыхание и кровообращение и т. д. Общая картина сильно напоминает таковую типичного гипертиреоза и на него благоприятно влияет специфическая диета, как если бы он был вызван диодированием.

Малый выход этих веществ затрудняет их химическое идентифицирование, можно однако считать установленным, что иодсодержащие вещества с действием, подобным действию щитовидной железы, могут быть образованы вне самой железы

З. Блюмштейн.

б) Внутренние болезни и тбс.

Тромбофлебитический сепсис после ангины с бациллами инфлюэнцы в крови.

Dr. Heinz Frank описывает (Münch. Med. W., 1933, № 6) случай заражения бациллами инфлюэнцы после ангины. Через несколько дней после того как ангина с тонзиллярными абсцессами прошла, у пациента появились: потрясающий озноб, высокая температура, ускоренное дыхание, легкое удушье. Болевые ощущения при надавливании на протяжении venae jugularis. Так как одновременно стали замечаться некоторые явления в легких (удушье, ослабленное бронхиальное дыхание, шуршащие шумы над нижней долей правого легкого), то, при постановке диагноза, приходилось колебаться между двумя возможностями—сепсиса после ангины с инфарктом легких или—пневмонии. Вскрытие, произведенное после вскоре последовавшей смерти, подтвердило предположение тромбофлебитического сепсиса, последовавшего за ангиной с тонзиллярными абсцессами с обеих сторон с рано наступившими инфарктами легких. В крови были найдены бациллы инфлюэнцы. Обычно рекомендуемая при заражении (сепсисе) после ангины перевязка вен в этом случае не могла быть применена, так как общее состояние и кровообращение были слишком плохи и наступил быстрый упадок сил.

Р.

Туберкулезная бациллемия в течении острых не тбс инфекционных заболеваний. Troisier и Monaldi (Pr. Med., 1932, 96), изменив методику Ловенштейна, производили посев крови больных, имевших то или другое инфекционное заболевание. А.а. описывают 3 случая, из крови которых были выкультивированы ВК: I-ый больной с эндокардитом (гемокультура дала негемолитического стрептококка) умер от септического инфаркта мозга, вскрытие не обнаружило ни одного тбс очага. II-й. Пневмония купузная (пневмококк), окончившаяся кризисом на 6 день. Спустя 4 мес. рентген груд. клетки не дал никаких патологических изменений, подозрительных на тбс. III-й больной с цереброспи-

нальным менингитом (менингококк) умер. Цереброспинальная жидкость не имела кислотоупорных бактерий. Во всех этих 3 случаях ВК появились в крови из скрытых до того времени тbc очагов под влиянием острой инфекции. Острая инфекция привела к смерти в 2 случаях и к крупозной пневмонии в 1 случае, а ВК не были ответственны за эндокардит, менингит, воспаление легких. Такую побочную (не патогенную) инфекцию а.а. называют „virus de sortie“. ВК, выкультивированные из крови указанных больных, были типа humani, а не avis и не bovis (куры и кролики не заражались, морские же свинки после инъекции давали типичную картину тbc). Выводы: 1) ВК могут быть обнаружены в крови человека в течение не туберкулезных заболеваний, 2) благодаря острой инфекции ВК, заключенные до того времени в скрытом очаге, могут выйти и проникнуть в кровь, вызывая наводнение (ВК) организма—бациллемию.

Н. Крамов.

О туберкулезной бациллемии. René и E. Mach (Pr. Med., 1932, № 96) на заседании Париж. мед. обществ сообщили о 3 больных (с септициемией и гангрой легких), из крови которых они выкультивировали (ВК) туберкулезные палочки. Тщательное клиническое и патологоанатомическое исследование этих больных не дало тbc очага, который бы мог быть источником тbc бациллемии. Кроме того, в симптомах и клиническом развитии у этих больных не было ничего, что говорило бы о влиянии ВК. Вместо термина *microbe de sortie* (см. реферат выше) аа. предлагают эти ВК называть *бациллемией туберкулезной немой, вторичной*. Выводы: при наличии ВК в крови нужно быть осторожным в оценке случая. Наличие ВК еще не позволяет заключать о тbc этиологии того или другого случая. Выступивший в прениях Rist сообщил о сердечном больном, в моче которого беспрерывно обнаруживались ВК. Аутопсия не дала ни одного тbc очага, за исключением одного рубца в верхушке, инъекция из него кролику заражала тbc, хотя ВК гистологически в рубце не обнаруживалось.

Н. Крамов.

Туберкулезный асцит, леченный пневмоперитонеумом. Zilotti (Pr. Med., 1933, 13). После эвакуации большей части жидкости при туберкулезном подвижном асците вводят кислород от 600 до 2300 куб. см.; иногда наблюдается в тот же день или на следующий, которая исчезает. Достаточно одной или двух инъекций кислорода, чтобы получить выздоровление или выраженное улучшение. Действие кислородного пневмоперитонеума обусловлено относительным покоем брюшных внутренностей (как для легких при искусственном пневмотораксе), появлением гиперемии серозных оболочек, распадающейся к склерозу, и изменением асцитической жидкости, липолитические свойства которой увеличены.

Н. Крамов.

Кровяные группы и тbc легких. Russo (Pr. Med., 1933, 13). Из 33-х больных с инфильтративными формами туберкулеза 21 был I группы, 8—II и 3—III. На 18 ulcerозных больных 5 были I группы, 8—II и 5—III. На 39 больных с туберкулезными кровохарканиями 23 к I группе, 11—II и 5 к III. Больные, имеющие инфильтративные формы с повторными кровотечениями, преимущественно принадлежат к I группе; ulcerозные же формы тbc без кровохарканий принадлежат преимущественно ко II группе.

Н. Крамов.

Carper, Garon and Harold Stewart сообщают (Amer. J. Dis. Child. 44, стр. 798—805) о случае *первичного туберкулеза миокарда* при непораженном перикарде. Случай относится к 3-летию негритянке без туберкулезного анамнеза. При прогрессирующем исхудании и малокровии, преходящем менингизме и терминальных судорогах болезнь кончилась летально через два месяца. На секции: казеозные массы и каверны в левом легком, казеозный распад грудных и брюшных лимфатических желез. Туберкулы в печени, селезенке, почках, язва в нижних отделах кишок и соесум. В миокарде левого желудочка найден казеозный узел 4 мм. длиной, не соприкасающийся ни с эпикардом, ни с эндокардом. Амниота нет.

Т. Шарбе.

в) Хирургия.

Заболевания поджелудочной железы и успехи, достигнутые в области их оперативного лечения. Dr. Walter Sebening (Med. Klin., 1933, № 4). Опираясь на клинические наблюдения, результаты операций и экспериментальных исследований, в настоящее время можно говорить о применяемой с большим успехом хирургии поджелудочной железы, о целях и границах которой должен быть

постоянно осведомлен и врач-практик, потому что на его долю выпадает в этом случае очень важная роль. От его решения зависит, своевременно ли попадет больной, страдающий в высшей степени тяжелой формой заболевания поджелудочной железы, ее острым некрозом, в руки хирурга. Нельзя требовать, чтобы болезнь была установлена с достоверностью, исключающей возможность всякого иного предположения, так как, при редкости этой формы заболевания и изменчивых, характерных не только для него симптомах, диагноз очень труден. Так как некроз поджелудочной железы в типических случаях является осложнением болезни желчи, а заболевания желчных путей стоят в теснейшей причинной связи с происхождением некроза поджелудочной железы, то анамнез заболевания желчных путей и *боль в левом боку* должны направить ставящего диагноз на правильный путь. При опасности этого заболевания достаточно одного подозрения, чтобы выдвинуть вопрос о передаче больного хирургу. Это подозрение возникает в том случае, когда больной утверждает, что он уже не раз хворал желчными коликами, но что в этот раз болезнь началась особенно сильными и упорными болями, которые рефлектировались не только в правое плечо и правый бок, но и на весь живот и левый бок. Этому заболеванию особенно подвержены тучные женщины средних лет. Общие симптомы всегда стоят на первом месте. Местная боль при надавливании не особенно сильна и в верхней части живота выражена особенно определенно. Напряжение покровов живота, становящихся твердым как доска, как это бывает при прободной язве, отсутствует, умеренное же диффузное напряжение встречается по всему животу. При тучности пациентов прощупать поджелудочную железу почти никогда не удается. Прогноз серьезен. Смертность, как это показала сводная статистика 1927 г., охватившая 1500 случаев, достигала 51%. Цель оперативных мероприятий: путем вскрытия полости живота и обнажения поджелудочной железы выводится наружу секрет, содержащий токсин и трипсин и прекращается его дальнейшее всасывание, вследствие этого почти прекращается процесс самопроизвольного распада (аутолиза) ткани. Первичная причина (застой желчи, воспаление) должна быть устранена. Полученные благоприятные результаты бывают обычно прочными. Рецидивы наблюдаются приблизительно у 4% оперированных. Исхудание, отсутствие аппетита, связанные с коликообразными приступами болей и жировые испражнения должны вызывать подозрение на хроническое воспаление поджелудочной железы, которое само редко бывает объектом хирургической терапии. Другие указания на необходимость оперативного лечения поджелудочной железы даются в тех случаях, когда ткань железы замурована в твердую мозолистую оболочку и когда в поджелудочной железе имеются камни. Рак поджелудочной железы развивается в большинстве случаев сначала в головке. Главные симптомы: 1) желтуха без лихорадки и болей, 2) все увеличивающаяся интенсивность желтухи до полной закупорки выхода желчи, 3) наличие увеличенного переполненного желчного пузыря (симптом Courvoisier). Но это еще не гарантирует безупречного диагноза; бывает, что операция обнаруживает не злокачественные болезненные явления (камни в желчном протоке, хроническое воспаление поджелудочной железы).

Р.

Fr. Lefèvre (Revue belge des sciences médicales. 1933, № 1), придерживаясь школы Саппола, выдвигает 3 гипотезы для объяснения механизма происхождения *послеоперационной гипергликемии*: 1) кратковременное повышение под действием секреции поджелудочной железы, 2) разрушение сложных глюкоз-фосфатов щелочей, находящихся в мышцах, и 3) в результате печеночного гликогенолиза вследствие токсического действия самих печеночных клеток. Исследование крови производилось по способу Hagedorn и Jensen. Наблюдения автора обнимают 30 больных, одной части которых производились операции под местной анестезией или эфирным наркозом; остальным больным (11 чел.), которые служили как бы контролем, производились простые уколы без анестезии или вырыскивание под кожу физиологич. раствора поваренной соли и составных частей анестезирующих растворов (scurocaine+adrenalin, adrenalin, scurocaine). Наблюдения показали, что послеоперационная гипергликемия более заметна после эфирного наркоза и обычно исчезает через 4—24 часа после операции.

П. Циммерс.

2) Акушерство и гинекология.

Bardenhever. О консервативном лечении перфораций матки при аборте. (Ztbl. f. Gyn., № 11, 1933 г.). Автор за последние 8 мес. в гинекологиче-

ском отделении Берлинской больницы наблюдал 21 перфорацию. Это были исключительно случаи перфорации, сделанные врачами при прерывании беременности в первые 3—4 мес. Случаи прогностически благоприятны в том отношении, что они поступали тотчас после перфорации, самое позднее через 3 часа. В большинстве случаев можно было получить точные анамнестические данные, но в некоторых случаях врачи, сделавшие перфорацию, были в состоянии психической спутанности и совершенно не могли восстановить в памяти свои действия и наблюдения. В 8 сл., где перфорация, по показаниям заинтересованного врача, произошла после опорожнения матки, так сказать при последних манипуляциях, терапия была консервативная—лед, препараты спорыньи и пять дней абсолютного покоя (в постели). В 5 сл. течение было без лихорадки и без каких-либо симптомов; в трех случаях незначительное повышение температуры (у одной она была обусловлена ангиной). Все были выписаны через 8 дней без патологических гинекологических явлений. В трех случаях, где перфорация последовала во время выскабливания, а. рискнул, после ориентировки зондом относительно локализации перфорации и дачи препаратов гипофиза, докончить выскабливание матки. Очень целесообразным оказалось оставление зонда в перфорационном отверстии и выскабливание вдоль зонда. Автор успешно применял зонд и тогда, когда при расширении образовался ложный ход. Эти три случая протекли без лихорадки и кровотечения. В 10 сл. нельзя было обойтись без лапаротомии. В этих случаях не было точных сведений относительно характера перфорации, в некоторых случаях органы живота оказались во влагалище. В шести из 10 случ. перфорационное отверстие было закрыто двойным швом с перитонизацией. В 4 случаях заживление рег. prim. Среди них был один случай резекции тонкой кишки. В остальных 4 случ. при лапаротомии удалено дно матки с перфорационным отверстием. Из этих первичным натяжением зажил один. В одном случ. наблюдались недолго тенезмы мочевого пузыря вследствие гематомы в савш vesico-uterinum, один случай дал тромбофлебит и абсцесс стенки живота (очень жирные покровы), в одном случае—10-дневная лихорадка (повреждение сегмента сигмы. Смертность—нуль.

Т. Шарбе.

Waldstein K *профилактике послеродовой эклампсии.* (Ztbl. f. Gyn. № 9, 1933). Уже в 1927 г. автор указал, что для борьбы с послеродовой эклампсией нужно искусственное родоразрешение предрасположенных к эклампсии женщин. По его наблюдениям тяжелые преэкламптики, оперативно разрешенные, реже страдают припадками после родов, чем женщины со слабо выраженными преэкламптическими явлениями после спонтанных родов. Это, по мнению W., служит доказательством профилактического влияния оперативного родоразрешения. При методе автора наблюдалось только 5 сл. эклампсии—4 легких, один тяжелый. Частота, таким образом, упала по сравнению с прежними с 2,1% до 0,46%.

Профилактика послеродовой эклампсии гласит: оперативное родоразрешение преэкламптичек в конце периода изгнания; исследование всех женщин на преэкламптические симптомы после родов. При наличии таковых немедленно проведение антиэкламптического лечения.

Т. Шарбе.

Schweigl сообщает (Zbl. f. Gyn. № 2, 1933) случай *эритродермии при одновременном раке шейки матки*. Радикальной операции предшествовало упорное, почти безуспешное кожное лечение в течение многих месяцев. После радикальной операции быстрое исчезновение всех кожных явлений. Автор полагает, что рак является этиологическим моментом в развитии эритродермических явлений.

Т. Шарбе.

Diamand. *Объяснение миокарда у недоноски.* (Arch. of Path. 14). Недоноска 26 недель жизни, живший 30 минут. В миокарде найдены обширные очаги об известления, вызванные очевидно токсической дегенерацией сердечных волокон.

Т. Шарбе.

Hüssy Paul (Zbl. f. Gyn. № 1, 1933) в течение короткого промежутка времени наблюдал три случая *гематом печени у новорожденных*, не встречая их ранее, несмотря на принципиальное вскрытие всех без исключения трупиков новорожденных. В двух случаях матери были пожилые первородящие. В обоих случаях были мальчики. Один ребенок заболел внезапно, через 20 часов после родов с явлениями тяжелой, прогрессирующей анемии и вскоре погиб. Предполагали кровоизлияние в мозг, так как никогда не приходилось клинически наблюдать гематому печени. Другой мальчик был два дня совершенно здоров, затем развились те же явления с летальным исходом. Здесь был, после опыта первого случая, уже

поставлен предположительный диагноз. В третьем случае были, в противоположность первым случаям, очень быстрые спонтанные роды у повторнобеременной. Ребенок, на этот раз девочка, был совершенно здоров и умер на второй день при тех же явлениях. Вскрытие опять обнаружило гематому печени. По мнению автора, гематомы печени явление очень редкое: на 6000 вскрытий он наблюдал лишь приведенные три случая. В мировой литературе сообщено только 15 случаев. Сюда не относятся гематомы печени после родов и травм. *Т. Шарбе.*

Diétel. Патентные расстройства функции печени и ретикулоэндотелия после эклампсии. (Arch. f. Gyn. B. 153, H. 3, 1933). Автор исследовал 29 женщин, перенесших эклампсию с 1923 до начала 1932 г.г. Исследования показали, что после болезни в течение многих лет наблюдается расстройство функции печени и ретикулоэндотелиального аппарата, выражавшееся в плохой способности накопления конгорот и в пониженной чувствительности к данной регоз левулезу. Этим расстройствам соответствуют определенные субъективные жалобы. Только через пять лет после болезни можно с некоторой вероятностью говорить о спонтанном исчезновении расстройства печени. Ретикуло-эндотелиальный аппарат еще долгое время остается измененным, что можно бесспорно доказать соответствующими методами исследования. Изменения в печени существенно отличаются от таковых в почках, что указывает на то, что эклампсия—поражение организма с ясно выраженным гепатотропным направлением. *Т. Шарбе.*

д) Невропатология и психиатрия.

Gigon A. описывает случай *m. наз. болезни Schüller—Christian'a* („Schweizer. Med. W.“ № 1. 1932). Болезнь эта обычно встречается у молодых людей; особенно бросающиеся в глаза клинические симптомы гипофизарного происхождения: diabetes insipidus или dystrophia adiposo-genitalis, дальше акромегалические формы, экзофтальм. Сахарное мочеизнурение при этой болезни еще не описано. Очень часто у б-ых общий ксантоматоз. Характерны далее для этой болезни дефекты в костях, главным образом в плоских костях и прежде всего—черепе, также и в костях остаточного скелета. Эти дефекты обуславливаются прослойкой своеобразно желтой, богатой холестерином и липоидом ткани. В крови находят гиперхолестеринэмию. В литературе эту болезнь относят к группе так называемых общих липоидозов.

Описываемый *G.* случай, иллюстрированный рентгеновскими снимками костей черепа и в. и н. конечностей и подробным описанием картины крови, представляет, как выражается а., *uncusm*, именно благодаря этой картине крови и имеющемуся сахарному мочеизнурению. Вообще болезнь Шюллера-Христиана редкая болезнь и в Швейцарии до сих пор описаны только три случая.

Ив. Галант (Ленинград).

Matko I. (Wiener Med. W. № 21, 1933) сообщает, в связи с напумевшей в последние годы в медицинский, теологической и философской литературе Германии о „святой“ из Коннерсрейта (местечко в Баварии), о *стигматизированных Югославии*: Ленчка Горник и Иерика, рассматриваемых, как подлинно стигматизированные, и еще о трех других „святых“, из которых одна явно обманывала, другая же кровоточила из ран, которые себе причиняла в спутанном состоянии. А. считает следующие особенности свойственными или характерными для стигматизирования: 1) б. ч. поражаются лица женского пола; 2) невропатическая конституция; истерический симптомокомплекс; в анамнезе тяжелые, хронические болезни, начинающиеся часто параличами; 3) психическое содержание личности переполнено религиозными мыслями; религиозное чтение, часто суггестивное влияние лиц духовного сословия; живая фантазия; способность концентрировать мысли и превращать известные представления в соматические процессы; склонность к аскетизму; 4) позитивная потребность в пище до азитии; готовность к кровоточивости; у женщин большую частью аменоррея, викарирующие кровотоечения; повышенная пропускаемость кожи; невропатические и патологические процессы в капиллярной системе.—Все эти особенности стигматизированных дают возможность идти по пути естественно-научного объяснения явлений стигматизации. *Ив. Галант (Ленинград).*

6. Weimann W. (Arch. Kriminol. 91. 1932) описывает у *убийцы рефлекс мнимой смерти* (общей заторможенности) непосредственно после убийства.

Убийца оставался в течение долгих часов в совершенно неподвижном положении около трупа убитой женщины, и в этом состоянии он был застигнут явившейся на место происшествия комиссией. А. рассматривает эту общую заторможенность убийцы непосредственно после убийства, как истерический ступор, представляющий примитивную реакцию на убийство, и как инстинктивное бегство на создавшейся невыносимой для убийцы ситуации.

Ив. Галант (Ленинград).

Пайкин. *О сущности заикания* (Советск. психоневр., № 6, 1932). Автор подходит к проблеме заикания с „генетической“ точки зрения. Корень заикания он видит в „первоначальном клонусе“, т. е. в повторении слов и слогов без признаков судорожности, которое наблюдается у детей в период развития речи, как физиологическое явление. На каком основании повторение слов и слогов безсудорожных явлений обозначается автором „клонусом“ совершенно непонятно. „При необычных чрезмерных эмоциональных раздражениях оживляются ранние речевые механизмы, клоническое ¹⁾ повторение слогов и слов, которые в обычной обстановке заторможены“, и это ведет к заиканию. Для подкрепления своих взглядов автор ссылается на Штейна, который доказывает, „что ритмическое повторение является у живых существ первоначальным словообразованием“. Спрашивается, какое имеет отношение это наблюдение Штейна к заиканию? И почему необычные чрезмерные эмоциональные раздражения в одном случае растормаживают и оживляют ранние речевые механизмы, а в других они этого не делают?—Мы не исключаем а priori возможности наличия ранних речевых механизмов при заикании. Но у Пайкина эти механизмы сводятся исключительно к сфабрикованному им „первоначальному клонусу“, а потому все его выводы лашены убедительности, а о разрешении вопроса о сущности заикания у Пайкина и подавно не может быть речи.

Ив. Галант (Ленинград).

Заседания медицинских обществ.

Научная медицинская ассоциация АТССР.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 26 февраля 1933 г.

1) Пр.-доц. Е. Д. Рузский сделал доклад о недостатках погружных шелковых швов, накладываемых на апоневроз при лапаротомиях. В основу доклада были положены 4 случая появления поздних—через месяц и более—воспалительных инфильтратов в каждой ране с образованием свищевых ходов и выгныванием шелковых швов после хорошо, даже первичным натяжением заживших разрезов брюшной стенки при лапаротомиях. Нагноение тянулось долгое время—от 7 мес. до 2 лет, пока не выходили все швы, причем больные все это время оставались нетрудоспособными. Причину этих осложнений докладчик видит в свойствах шелковых нитей, именно, в их нерассасываемости, порозности и способности дренировать. В виду всего этого он не советует употреблять шелк в качестве лигатурного материала для зашивания апоневроза брюшных стенок при лапаротомиях.

Доклад Р. вызвал оживленные прения, в которых приняли участие д-р М. А. Романов, пр.-доц. Б. С. Тарло и профф. И. Ф. Козлов и В. С. Груздев. Первый из них указал, что в железнодорожной больнице В. А. Гусынин употребляет при лапаротомиях исключительно кэгут, при чем особых осложнений при последнем не наблюдается. Пр.-доц. Тарло объясняет указанные докладчиком осложнения не свойствами шелка, а недостаточной стерилизацией лигатурного материала. Проф. Козлов отметил, что, испробовав при лапаротомиях различные

¹⁾ Курсив наш (Г.).

виды лигатурного материала, он все же в конце концов остановился на зашивании апоневроза шелком, особенно после того, как после зашивания кэтгутом он имел несколько случаев полного расхождения брюшностеночной раны с выпадением брюшных внутренностей. Проф. Груздев: в течение своей свыше 30-летней клинической деятельности я испробовал все виды лигатурного материала — и шелк, и нитки, и кэтгут, и оленьи сухожилия и силкворм, при чем пришел к заключению, что каждый вид имеет свои выгоды и свои невыгоды. К числу невыгод шелка, кроме отмеченных в докладе, я отнес бы способность шелковых швов эмигрировать в тканях. При миомотомиях я употреблял прежде массовые шелковые швы на широкие связки; и вот, в одном случае после миомотомии, протекшей, казалось, вполне благополучно для больной, у последней через некоторое время после развился расстройство мочеиспускания, заставившие покойного проф. И. А. Праксина прибегнуть к цистостомии. При последней оказалось, что в стенке пузыря имеется инородное тело, выдававшееся в полость пузыря; при извлечении тело оказалось шелковой нитью, завязанною в узел. Подобные же случаи эмиграции шелковых лигатур в тканях были описаны в литературе, и я, подобно другим гинекологам, стал избегать погружных массовых швов из шелка. Наряду с невыгодами шелк имеет и свои выгодные стороны: большую прочность, способность лучше завязываться и пр. Остальные лигатурные материалы также имеют каждый свои выгоды и невыгоды, почему я думаю, что применение всех этих материалов должно быть строго индивидуализируемо.

2) Д-р Г. М. Шарафутдинов сообщил о своей командировке в *Московский Эндокринологический институт*. В прениях по этому докладу приняли участие проф. И. Ф. Козлов, пр.-доц. Б. С. Тарло и д-ра Сидоров и М. А. Романов.

Заседание 23 марта.

1) Проф. В. С. Груздев сообщил обзор случаев *внематочной беременности, стационарно наблюдавшихся в Казанских акушерско-гинекологических клиниках (Казанского мединститута и Казанского института для усов. врачей) за 1931 и 1932 гг.*, причем обратил особенное внимание на быстрое и значительное увеличение в Казани числа случаев внематочной беременности вообще и междуточной беременности в частности. Обстоятельство это докладчик ставит в связь с увеличением в Казани числа искусственных абортот и широким применением здесь внутриматочных впрыскиваний с целью как предупреждения, так и прерывания беременности.

В прениях по докладу проф. И. Ф. Козлов, присоединившись к выводу докладчика о росте случаев внематочной беременности в Казани в связи с ростом здесь абортот, обратил внимание на другие причины внематочной беременности — гоноррею и *migratio ovi externa*.

2) Доц. П. В. Маненков сообщил о *деятельности акушерско-гинекологической клиники Казанского мединститута в 1932 г.*

3) Намеченный на настоящее заседание доклад проф. В. С. Груздева о *показаниях и противопоказаниях к искусственному выкидышу* решено перенести на пленарное собрание Научной медицинской ассоциации 15 апреля (напечатан в № 7 нашего журнала).

4) Доц. П. В. Маненков сообщил о редком случае *полного разрыва беременности у новорожденной девочки*. Роды в этом случае шли в чистом ягодичном предлежании, и принимавшая их бабка, чтобы ускорить их, ввела согнутый палец в прямую кишку ребенка, после чего тракцией причинила полный разрыв промежности.

Заседание 14 мая.

1) Проф. В. С. Груздев и доц. Е. Д. Рузский: *К учению о первичной хорсион-эпителиоме трубы на почве внематочной беременности*. В основу этого доклада положен чрезвычайно редкий (24-й во всей литературе) случай развития первичной хорсион-эпителиомы трубы на почве трубной беременности, оперированный доц. Рузским, а микроскопически обследованный и литературно обработанный проф. Груздевым. Случай имел место у женщины, поступившей в акушерско-гинекологическую клинику Казанского мединститута с типичной картиной прервавшейся путем внутреннего разрыва плодместилища трубной беременности. Произведенная у ней операция состояла в удалении обеих труб,

из которых одна (правая) казалась превращенною в гэматосальпинкс, и обоих кистовидно перерожденных яичников. После операции больная около месяца чувствовала себя вполне хорошо, затем у нее развился рецидив области удаленной правой трубы и многочисленные метастазы в различных органах, особенно в печени, от которых пациентка и погибла. При исследовании образования, принятого *sub operatione* за гэматосальпинкс, и метастазов, оказалась типичная хорион-эпителиома, состоявшая из синцитиальных элементов и клеток *Langhans'a*. Сохранившихся ворсин в бывшей беременной трубе не оказалось; это заставляет думать, что хорион-эпителиома развилась в самых ранних стадиях беременности в трубе, чем и объяснялась ее крайняя злокачественность.

В прениях по докладу приняли участие проф. И. Ф. Козлов, д-р И. В. Данилов, д-р С. И. Штерн и др.

2) Доц. П. В. Маненков: *Операция Grigoriu при выпадениях матки*. Докладчик познакомил собрание с новой операцией, предложенной румынским профессором Grigoriu для лечения выпадения матки. Суть этой операции заключается в фиксации матки вместе с придатками между фасцией и прямыми мышцами живота, после чего у больной производится *colporrhineorrhaphia*. Применяя, вместе с проф. Груздевым, 2 случая этой операции под люмбальной анестезией, докладчик нашел, что она технически очень проста и дает прочную фиксацию выпадающей матки.

В прениях проф. И. В. Козлов высказал, что, по его мнению, операция Grigoriu при выпадениях матки не представляет никаких преимуществ перед другими способами вентрофиксация; наоборот, она является антифизиологичною, почему и не может быть рекомендована для широкого применения. К мнению проф. Козлова присоединился д-р Штерн, находящий операцию Grigoriu неподходящей для женщин, занятых тяжелым физическим трудом, докладчик же и проф. Груздев считают эту операцию заслуживающею внимания и применения, особенно у пожилых женщин, причем проф. Груздев считает рациональным для некоторых случаев пролпса производить эту операцию,—как это он с успехом сделал у одной больной,—придавая матке положение антефлексии.

Председатель секции проф. В. Груздев.

Памяти профессора Н. А. Геркена.

Профессор Николай Александрович Геркен—уроженец Казанской губ. Он родился 18-го декабря 1863 г. в семье мелкого помещика. Среднее образование получил в Казанской гимназии, которую окончил в 1882 г. В том же году поступил на физико-математический факультет С.-Петербургского университета, но за „вольномудство“ был выслан из столицы в Казань, где в 1883 г. и поступил на медицинский факультет Казанского университета. По окончании последнего в мае 1888 г. Н. А. Геркен поступил уездным врачом в Спасский уезд Казанской губ., где и работал в качестве участкового врача до 1891 г., фиксируя внимание, главным образом, на хирургические и глазные болезни.

Чувствуя недостаточную подготовленность для работы по специальности, Н. А. Геркен в 1891 г. оставил работу на участке и поступил ординатором Факультетской хирургической клиники Казанского университета (дир. проф. Левшин), где, благодаря блестящим способностям, быстро выделился и уже 28-го марта 1892 г., после публичной защиты работы „К вопросу о пролиферирующих кистах челюсти и Гайморовой полости“,—получил звание доктора медицины. В мае 1892 г. он был назначен прозектором по кафедре оперативной хирургии Томского университета, с которой в 1893 г. перешел прозектором на кафедру анатомии. В мае 1895 г. Н. А. был командирован за границу, где и работал более года. По возвращении в г. Томск—осенью 1893 г. он снова перешел прозектором на кафедру оперативной хирургии и, после чтения пробных лекций,—был 23 декабря 1896 г. утвержден приват-доцентом. В 1897 г. участвовал в конкурсе на кафедру оперативной хирургии Казанского ун-та, после избрания на которую и был утвержден профессором по данной кафедре. В стремлении к практической деятельности хирурга он занимал должность ординатора хирургического отделения гор. Александровской больницы.

В 1904 г. получил заведывание кафедрой хирургической патологии. В том же году он организовал преподавание по отиатрии, впервые, таким образом, в Казани выдвигая рино-ляринго-отиатрию на видное место, как самостоятельную дисциплину. В 1910 г. Н. А. Геркен перешел на заведывание факультетской хирургической клиники Казанского ун-та, где и оставался до конца своей академической работы.

Лето 1894, 1903, 1910 г. Н. А. Геркен проводит за границей, изучая постановку работы хирургических дисциплин в Германии, Австрии, Франции, Англии.

В 1926 г. Н. А. Геркен подал заявление об отставке — и оставил университет, переселившись в Мариинский посад Чув. республики, где до конца жизни он состоял консультантом при местной больнице.

Н. А. Геркен был популярнейшим профессором своего времени. Не владея даром красноречия, он, однако, всегда привлекал студенческую массу в аудиторию; лекции его — сжатые по форме, были всегда ценны по содержанию; отражая новые течения в данном вопросе — они были очень ценны и по их практической значимости. Лекции Геркена всегда будировали мысль студента.

Как хирург Н. А. сочетал в себе данные блестящего техника, основанные на тщательном изучении анатомии, и тонкого диагноста, имевшего широкую литературную эрудицию и легко разбирающегося у постели больного и в клинических симптомах. Из-под руководства Н. А. Геркена вышел ряд академических и провинциальных видных хирургов (профф. Парин, Глушков, Соколов, Стрелков и д-ра Емельянов, Яропольский, Rogozinskiy и др.).

Как на особенность во внутреннем укладе личности проф. Геркена необходимо отметить его необычайную порывистость к изучению ряда предметов, прямого отношения к его специальности не имеющих. Он изучает кристаллографию, геологию, высшую математику. Отправляется в экспедицию на Байкал, где делает попытку найти радий, и т. п. Стремление изучать точные науки проходит красной нитью через всю жизнь Н. А. С этого он начал, поступая на математический ф-т; этим он и кончил, — весь последний год жизни изучая новинки высшей математики. Этим, надо полагать, отчасти объясняется его малая, сравнительно с его крупной, богато одаренной натурой, продукция работ по медицине: 1) диссерт. „К вопросу о пролиферирующих кистах челюстей в Гайморовой полости“. 2) „К вопросу о трахоме: 3) Ueber die Unanhangigkeit des Zusammenhaltens der Geleube von dem atomospherischen Drucke; 4) о силах, действующих при переломах костей; 5) об аденоидных разращениях глотки; 6) повреждения и хирургические болезни носа, его полостей и носоглотки; 7) О задачах изучения и оперативном лечении рака гортани; 8) К вопросу об аппендиците, в области которой он считал себя случайным работником.

Но, ясно, что это одна из немногих и не из главных причин. Разъяснения этому явлению надо искать глубже. Только в условиях прежней общественной укладки, при известной безответственности пред обществом, такой одаренный, глубокий, широко образованный человек, каким был Н. А. Геркен, жадный до знаний, так скупо поделился с обществом от своего внутреннего богатства.

8-го марта 1933 г. после неразрешившейся пневмонии, при явлениях слабости сердечной деятельности, Н. А. скончался и торжественно похоронен при громаднейшем скоплении народа, представителях правительства Чувашской республики, представителях ТНКЗ, Казанского мединститута — в саду больницы Мариинского посада.

Проф. Н. Соколов.

Хроника

115) 16 июля в больнице Лечсанупра Кремля состоялось *чествование выдающихся представителей советской научной медицины*, награжденных, согласно постановлению Президиума ЦИК СССР от 7 июля, орденом Ленина. Чествование заслуженных деятелей науки профессором С. П. Федорова, В. И. Воячека, В. Н. Розанова, и д-ра Мандрыка (награжденного орденом Красной звезды) было организовано Наркомздравом, центральным областным и городским комитетами профсоюза медсантруд, горздравотделом и Лечсанупром Кремля.

На чествование собрались научно-медицинские работники московских вузов и лечебных учреждений, а также члены коллегии Наркомздрава во главе с тов. Владимирским. На вечере выступили с речами заслуженные деятели науки профессора Мартынов, Платнев, Минор, профессора Марцинковский, Авербах, Виноградов и др. Собрание единодушно решило послать приветствия правительству, ЦК ВКП(б), тт. Сталину и Кагановичу.

116) В Ташкенте началась подготовка к исполняющемуся в текущем году 15-летию Государственного научно-исследовательского института физиотерапии и курортологии им. Семашко. За годы своего существования институт вырос в крупнейший научно-исследовательский центр, масштабы работы которого выходят далеко за пределы Узбекистана. Институт изготавливает свою физиотерапевтическую аппаратуру и оборудовал физиотерапевтические установки в ряде лечебниц и домов отдыха. Силами института в совхозе Дальверзин организован физиотерапевтический санаторий, в Бековаре оборудован рентгеновский кабинет и в Янгиюльском районе открыт кабинет электролечения. Проведено несколько экспедиций по выявлению курортных возможностей УзССР. Организована экспериментальная грязелечебница. Институт готовит для Средней Азии кадры физиотерапевтов и курортологов и насчитывает сейчас 39 научных работников, среди которых — 4 профессора и 6 доцентов. К дню пятидесятилетия института созывается съезд физиотерапевтов Средней Азии. Из печати выходит шеститомник трудов института. Организуется выставка-музей физиотерапии и курортологии.

117) При Государственном институте стоматологии и одонтологии в Москве организована по постановлению Совнаркома центральная научно-исследовательская лаборатория по стальному протезированию, первая в нашем Союзе и единственная в мире, где врачи и инженеры совместно работают по единому плану. Лаборатория ведет исследовательскую работу в двух направлениях: клиническом и техническом. Клинический сектор изучает влияние стальных зубопротезов на слизистую оболочку, на зубные ткани и т. п. С этой целью взята под длительное наблюдение группа лиц, которым вставлены стальные протезы. Особенный интерес представляет группа рабочих кислотного цеха одного из московских заводов. Поврежденные вследствие кислотного некроза передние зубы восстановлены у них с помощью коронок из кислотоупорной стали. Результат получился вполне удовлетворительный.

Технический сектор лаборатории разрабатывает две темы: первая тема касается организации производства стальных зубопротезов, а вторая посвящена вопросам припая и спая.

118) Медицинский институт открывается в Ижевске (Удмуртская автономная область). Институт рассчитан на 750 слушателей. При институте открывается клиника.

119) Опытные-показательные здравпункты создаются в 17 районах Московской области. Над каждым районом берет шефство один из московских медицинских институтов.

120) В Ленинграде открылась первая образцовая детская больница на 200 коек, оборудованная по последнему слову техники. В больнице имеются рентгеновский и физио-терапевтический кабинеты, операционная, 1.000-вольтная станция и электрические лифты. Постройка образцовой больницы выполнена в максимально короткий срок благодаря помощи районных организаций Василеостровского района, в частности рабочих завода „Красный гвоздильщик“, Балтийского и „Севкабель“.

121) V-й Всеукраинский Съезд хирургов состоится в г. Харькове 15—18 сентября 33 г. Программные темы:

- 1) Основные пути развития хирургической науки в разрезе 2-й пятилетки.
- 2) Оперативное и консервативное лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
- 3) Воспалительные заболевания пальцев и кисти рук. Классификация, лечение, профилактика.
- 4) Промышленный травматизм.
- 5) Ортопедический день с основными докладами: а) дистрофические процессы в костях и суставах, б) поясничные боли, в) вопросы использования остаточной трудоспособности и г) лечение косолапости
- 6) Внепрограммные доклады.

122) „Ревматизм“ (Социальные проблемы, патология, клиника и терапия ревматических заболеваний). Под таким заглавием Всесоюзный комитет по изучению ревматизма и борьбе с ним в СССР предполагает издать в ближайшее время *основное сочинение по ревматизму* под редакцией профессоров: М. П. Кончаловского, Н. Н. Бурденко, С. А. Бруштейна и Г. М. Данишевского, в которое должны войти, помимо острого ревматизма, все хронические ревматические заболевания в освещении, соответствующем современному взгляду на ревматизм, как заболевание социального характера. Это сочинение имеет целью дать читателю наиболее полный обзор всех важнейших современных достижений в области клиники, патологии, социальных и профессиональных проблем, профилактики и терапии ревматизма.

Все издание будет выпущено в виде серии из 6 отдельных книг, ежегодно будет выходить от двух до трех книг, объемом каждая в среднем до 12 листов, с тем, чтобы все издание было закончено к 1936 году.

Первые выпуски, с целью отразить работу и продемонстрировать достижения советских ученых в области ревматизма в СССР, будут изданы к началу IV международного конгресса по ревматизму, имеющемуся быть в мае 1934 г. в г. Москве.

123) *Дозирующий компрессор* конструкции проф. Неменова разработан и передан для производства заводу „Буревестник“ Ленинградским государственным рентгенологическим институтом. Это—первый советский аппарат для дозирования рентгеновских лучей и исследования двенадцатиперстной кишки.

124) *Опыт черенкования* хинного дерева на других, более морозостойких растениях успешно провел Институт растениеводства на своей опытной станции в Сухуме. Черенкование открывает большие перспективы для культивирования хины в советских субтропиках.

Темы научных работ по борьбе против рака, рекомендуемые для разработки во вторую пятилетку здравоохранения.

Разработка научных вопросов, связанных с противораковой борьбой, должна быть разбита на пять отделов, подлежащих изучению квалифицированными специалистами: 1) биологический, 2) патологический, 3) рентгенорадиологический, 4) клинический и 5) социально-патологический.

В биологический отдел входят следующие темы:

1. Изучение вопроса пересадки рака человека животным.
2. Ионный состав и обмен веществ раковой ткани и раков. организма.
3. Значение нуклеиновых тел для развития рака.
4. Проблема иммунитета к злокачественным новообразованиям и значение ретикуло-эндотелиальной ткани.
5. Энергетика рака (гликолиз, протеолиз, фермент).
6. Экспериментальная разработка терапии злокачествен. опухолей.
7. Проверка инфекционной теории рака.
8. Диагностика опухолей на основе коллоидно-химических изменений белков сыворотки.
9. Установление био—и физико-химических различий между гранулемой и опухолью.
10. Изучение физико-химических изменений в опухолях под влиянием лучевой терапии.
11. Генез раковой кахексии с физико-химической точки зрения.
12. Гистогенез сарком, в особенности миогенных и невrogenных.
13. Экспериментальная малигнизация тканевых культур.

В патологический отдел входят:

1. Природа экспериментального рака.
2. Патологическая анатомия предраковых состояний.
3. Патол.-анатом. определение степени злокачественного рака.
4. Изучение стандартного метода быстрой микроскопической диагностики рака.
5. Изучение законов метастазирования.

6. Изучение изменения органоидных образований строения ядра при раке и от действия лучистой энергии.
7. Значение митогенетических лучей в развитии опухолей.
6. Рациональная классификация опухолей.
9. Взаимоотношение паренхимы, стромы и соседних предшествующих тканей.
10. Изучение отдельных форм рака, их микроскопического вида в связи с предполагаемым или применяемым лечением.
11. Патолог. анатомия и паталог. гистология опухолей и опухолеподобных заболеваний лимфатических желез.

В рентгенорадиологический отдел входят следующие вопросы:

1. Механизм морфологических изменений опухольных клеток и тканей под влиянием лучистой энергии (местное и общее действие).
2. Проверка клинической эффективности предварительного или последовательного рентгенолечения или обоих вместе.
3. Выяснение рациональной методики и сравнительная проверка новейших методов рентгенотерапии (метода малых доз, метода насыщения) в различных органах и тканях (рак груди, матки, пищевод, желудка, кожи).
4. Разработка вопроса о значении увеличения киловольтаж и границы мощности аппаратуры в связи с успешностью рентгенолечения.
5. Изучение радиоактивных свойств некоторых веществ, содержащихся в опухоли.
6. Разработка метода телекуритепии большими и малыми концентрациями радия при лечении рака различных органов.

В клинический отдел входят следующие вопросы:

1. Разработка вопроса о предраковых состояниях.
2. О сенсбилизации опухоли.
3. Выработка типа лечения ракового заболевания соответственно пер иоду его развития и органам.
4. Медикаментозное лечение отдельных видов рака.
5. Электрохирургия в деле лечения рака.
6. Разработка новейших достижений по ранней клинической диагностике рака отдельных органов.
7. Борьба с метастазированием.
8. Изучение наиболее рационального лечения и результатов его при раке женской половой сферы.
9. Опухоли головного и спинного мозга, их гистология и ранний диагноз.
10. Питание раковых больных.
11. Терапия опухолей при помощи искусственного нарушения кислотно-щелочного равновесия в опухоли.

В социально-паталогический отдел входят следующие вопросы:

1. Разработка научной статистики рака в стране.
2. Распространение рака среди различных производственных групп рабочих и колхозников.
3. Распространение рака в городских и сельских населенных (влияние плогно-сти населения, климата, питания, коммун. условий).
4. Система единого диспансера как фактора, снижающего заболеваемость рака в связи с вопросом о предраковых состояниях и о выявлении ранних симптомов.
5. Изучение основ профилактики рака матки, грудной железы, желудка и кожи.

Председат. Комисс. по борьбе против рака НКЗ РСФСР—

Член Коллегии—проф. В. Н. Розанов.

Секретарь Комиссии приват-доцент М. М. Михайлов.

Опечатка. В оглавлении №№ 5—6 К. М. Ж. неправильно напечатано название статьи проф. Р. И. Лепской и д-ра Э. Р. Могилевского—„Экспериментальное накопление шлаков крови“. Следует читать: Экстрауренальное накопление шлаков крови. Сообщение I. Гипохлоремическая азотемия (псевдо-уремия).