

Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

Из Кабинета учебной психогигиены Института невро-психиатрической профилактики.—Директор проф. Л. М. Розенштейн.
Зав. кабинетом Т. И. Гольдовская

Проблема организации умственного труда в свете психогигиены.

Ю. Розинский. *

Марксистская теоретическая мысль, оплодотворяя самые различные области человеческого знания, поднимает, тем самым, на небывалые творческие высоты науку нашей Советской страны, способствуя все новым открытиям и возможностям широко охватить, диалектически осмыслить и увязать достигнутое в науке с практикой повседневного социалистического строительства.

Социалистическая реконструкция, ломая старые бытовые формы, перестраивает коренным образом трудовые процессы, изменяет весь старый уклад жизни, требует от миллионов масс трудящихся огромного напряжения. Трудящиеся, их психика, нервная система ставятся в совершенно новые условия.

Растут творческие размахи строителя соц. общества, претворяясь из скрытых потенциальных возможностей в мощную движущую силу. Эта сила необходима для темпов нашей реконструкции—последняя ищет в ней как бы свой равный по напряженности эквивалент и находит его в том необычайно сильном и ярком творческом порыве, который мы наблюдаем во всей повседневной работе нашего пролетарского коллектива.

И вот здесь-то, в целях еще более углубленного роста этих творческих сил и возможностей каждого участника соц. жизни,—перед нами встает задача максимально рационального использования этих сил, т. е. иначе говоря,—задача предельной рационализации всех процессов его творческого труда.

Одной из чрезвычайно больших и важных проблем, актуальность которой совершенно очевидна, является *проблема организации умственного труда.*

Эта проблема, развить которую с несколько новых точек зрения ставит своей целью настоящая статья,—проблема далеко не новая. Внимание научного и литературного мира очень давно было направлено в сторону ее разрешения. И еще Бэкон Веруламский говорил, что: „Как

толыми руками, так и одним только разумом нельзя создать многого. Для совершенствования произведения нужны инструменты и подсобные средства, в которых разум нуждается не меньше, чем руки“.

Рационализация, от которой в огромной степени зависят темп работы и ее высокое качество, все сильнее проникает в самые различные области нашей жизни. Интеллектуальная работа людей всех специальностей все больше подвергается влиянию рационализации, научная мысль каждый день изыскивает все новые методы, повышающие эффективность умственного труда, его отдельных сложнейших процессов. И тем не менее, несмотря на темпы этого „вторжения“ рационализации во все области интеллектуальной жизни, у нас, как совершенно правильно заявляет видный немецкий ученый Кунце, еще отсутствуют общие начала, апробированные принципы и методы в умственной работе.

Если мы бросим взгляд на прошлое этой специальной дисциплины, т. е. организации умственного труда, то увидим, что развитие ее шло несколько своеобразными путями. Прежде всего, как в западной, так и в нашей русской научной литературе, вопросам непосредственно организации умственного труда уделяется сравнительно немного внимания. Мы с большим трудом найдем педагогическую литературу в западных странах, посвященную исключительно вопросу организации умственного труда. Мало того, с меньшим трудом мы найдем в западной литературе подобный термин. Между тем совершенно ясно, что исследованиям в области умственного труда, вообще, отводится чрезвычайно много внимания. Исследовательская работа в этой области, получающая свое наибольшее распространение в Америке, ведется, главным образом, в аспекте изучения отдельных сторон и этапов *педагогического процесса*. Экспериментальные работы таких видных чикагских профессоров, как Джедд, Грей, Безуэл, (Jedd, Grey, Beswell) относятся к изучению процесса чтения, его психологии, физиологии и, что для нас особенно важно, очень часто—методики. Не ставя специальных задач разработки вопросов организации умственного труда, хотя бы в таком важнейшем его процессе как чтение, эти ученые дают нам возможность все же найти в их работах известные элементы этого вопроса. Материал экспериментальных исследований над психологией чтения, над физиологией, наконец над его методикой у отдельных испытуемых, детальный анализ навыков чтения, изучение многообразных дефектов при нем—позволяют экспериментаторам разработать определенные методы их диагностики, их устранения, наконец,—методы, которые помогли бы читателю лучше усваивать материал читаемой книги. Эти моменты являются бесспорно имеющими уже самое непосредственное отношение к вопросам подлинной организации умственной работы.

Не бесполезно указать, что вышеуказанные авторы в разработке данных вопросов обращают внимание не только на внутренние психологические механизмы усвоения, достаточно основательно изучая и их, но, отводя огромную роль значению чисто внешностных моментов при чтении, разбирают и обосновывают психологически также такие проблемы; как проблема текста, шрифтов и т. д.

Вопросам чтения, как важнейшему этапу всего педагогического процесса в целом, посвящают также свои работы из американских ученых—Иоганнес (Johannes), Фетсвайс (Fatswise), Мюнстер-

Берг (Munsterberg), взявшие в орбиту своих экспериментальных наблюдений взрослую аудиторию американских колледжей.

Степень интереса к вопросу изучения педагогического процесса и его отдельных многообразных сторон показывает хотя бы такой факт: за период с 1918 г. по 1927—число диссертационных работ, вышедших в одной Америке, равнялось 986, причем в одном учительском колледже Колумбийского университета их было проведено около 300. Из этих работ следует отметить исследовательские работы школ Денвера (Denver) под руководством Ньюлона (Neulon), школы Виннетка (Vennetka) под руководством Уошберна (Washbarn) и т. д. Вместе с большим положительным значением этих исследований американских ученых, следует отметить тенденции и отрицательного характера, проводимые авторами в их работах. Характерным с этой стороны является, наприм., совершенное игнорирование коллективного фактора в деле воспитания и совершенствования тех или иных навыков, т. е. перечеркивание огромной воспитательной роли коллектива, наоборот, фетишизация личности, ее врожденных качеств, стремление наблюдаемые явления изучать в статике, полное и категорическое игнорирование метода динамического наблюдения явлений, игнорирование влияний внешней среды, наконец, противопоставление умственного труда физическому— вот основное содержание этих тенденций, чуждых нам и налагающих определенный классово-враждебный налет на изыскания этих ученых.

Большого внимания заслуживает чрезвычайно оригинальная и ценная работа Фридриха Кунце (Friedrich Cunze)¹⁾, посвятившего ее вопросам *техники умственной работы*. Кунце является одним из первых провозвестников в Германии в области попыток систематизировать свой опыт многолетней умственной работы, выработав ряд наиболее рациональных методов и приемов в области последней. Подразделяя всю умственную работу на три фазы — фазу усвоения, упорядочения и непосредственного производства как такового, Кунце стремится обосновать психологически каждую из этих фаз, разбирая, например, в проблеме техники умственного производства такие вопросы как закономерности и связи между производительностью и личностью, вопросы, связанные с проблемой мышления, далее, психологические условия возникновения сочетаний, законы психологической непрерывности и т. д. То, что Кунце преподносит читателю, как это говорит и он сам, то, чему он хочет последнего научить— есть может быть даже не система, а известная тенденция в работе, „использующая разнообразные вспомогательные средства, если только при их помощи удастся установить принципиальный и строго определенный порядок во всякого рода умственной работе“.

Вместе с целым рядом теоретических философских концепций, правда, порой, сугубо идеалистического порядка, Кунце дает и целый ряд совершенно практических указаний в области самых разнообразных областей умственной работы, особенно в области научно-исследовательской. Практическая полезность указаний Кунце и его стремление научить работника умственного труда использовать каждую мелочь в его работе,

(1) Ф. Кунце. Техника умственного труда, пер. с немецкого В. Рикмана, ред. и предисл. Б. Боровича, изд. „Труд“, Харьков.

в деле ее рационализации— делает его труд бесспорно ценным началом.

Из английских представителей данной области знания следует упомянуть имя автора труда „Методика самостоятельной работы“ Крауфорда (Crawford), Уиппла (Whipple). Эти работы уже имеют самое непосредственное касательство к вопросам организации умственного труда. Что касается русской литературы, то дореволюционные работы в этой области насчитываются лишь единицами. Огромная часть их лишь очень отдаленно касается вопросов организации умственной работы, трактуя и разбирая вопросы, имеющие, главным образом, отношение к педагогическому процессу как таковому, педагогической психологии и т. д.

Послереволюционный период характеризуется ярким расцветом проблем организации умственного труда и практической работы в области последней. Напряженная работа в стране, идущей небывалыми в истории темпами к овладению огромной технической мощью, требует пополнения всех областей промышленности, хозяйства страны все новыми, своими глубоко образованными специалистами. В наши ВУЗ'ы, ВТУЗ'ы, в целях овладения знанием, идут все новые рабочие массы с заводов, от стаяка, часто совмещающая свою учебу в ВУЗ'е с работой на заводе. Несмотря на отсутствие, зачастую, достаточно развитых навыков в умственной работе, наше пролетарское студенчество путем огромного напряжения овладевает высотами марксистско-ленинского знания. Но, благодаря еще отсутствию достаточной тренировки, студент часто затрачивает на эту работу чрезвычайно много энергии не совсем рационально. Все это бесспорно должно мобилизовать и мобилизует в нужной мере наших советских работников в области организации умственного труда на активную работу в деле помощи нашему студенчеству в его учебной работе. В некоторых ВУЗ'ах разворачивается сеть специальных кабинетов по организации умственного труда, выходит довольно большое количество работ по вопросам методики самостоятельной работы. Авторы последних берут в центр внимания наиболее актуальные вопросы учебы. Работа над книгой, над заданием, записи прорабатываемого материала, научная разработка той или иной темы— всем этим вопросам, в свете внесения в эти процессы умственного труда наиболее рациональных методов,—отводится огромное внимание. Из инициаторов этого движения следует упомянуть имя Резбельского, из авторов многочисленных руководств, как по организации так и гигиене умств. тр. имена Рохлина, Залкинда, Невского, Миртова, Керженцева, Баранова, Лядова, Дуделя, Петрова, Рожницына, Боровского и др. В целом ряде ВУЗ'ов организация умственного труда становится более или менее самостоятельным предметом, завоевывает все права гражданства, наряду с ведущими дисциплинами данного ВУЗ'а.

Подведя очень кратко итог работе в области организации и методики умственного труда в ее раннем периоде, а так же в более позднем, одновременно осветим некоторые стороны нашей работы, поставленной в несколько ином разрезе.

Начиная новый этап этой работы в наших Ком. ВУЗ'ах, необходимо было крайне внимательно проанализировать те ошибки, которые были допущены ранее при постановке работы в данной области, уяснить их происхождение, дабы не повторить последние самим.

Основной ошибкой, повлекшей чрезвычайно много отрицательных явлений в деле отношения к орг. умств. труда со стороны студенческого коллектива, да и большинства работников умственного труда вообще и явившейся причиной скепсиса (который имеется среди многих и сейчас) по отношению к возможностям организации умственного труда, была прежде всего ее недостаточная *научность*. Стандартность, уготованность одних и тех же методов в работе для всех, игнорирование индивидуальных качеств и особенностей каждого— вот что характерно для орг. умственного труда этого периода. Организ. умств. труда представляет собой довольно изолированную область, она не находится в контакте (или этот контакт совершенно недостаточен) с такими, казалось бы, чрезвычайно близкими ей областями науки как психология, психоневрология, психогигиена. Она не производит впечатления специальной *научной области*; начинания многих в ней не серьезны, недостаточно основательны, мало продуктивны. Сумма, повторяем, стандартных методических приемов, использование ряда элементарных гигиенических правил,— вот и весь арсенал возможных, варьируемых, в очень небольшом пределе, средств, которыми располагает орг. умств. труда. Между тем, качественное своеобразие личности того или иного индивидуума на различных этапах его развития, зависящего от целого ряда условий и причин, требует детального ее изучения в целях оказания действительно реальной и полезной помощи последнему. И, конечно, такая воспитательная дисциплина как орг. умственного труда должна поставить это в свои первоочередные задачи. Изучая *особенности личности*, одновременно вырабатывая наиболее совершенные *методы работы*, принаравливая их к этим особенностям того или иного индивидуума. орг. умств. труда конкретно помогает последнему, наряду с этим разрешая целый ряд уже действительно научно-ценных проблем, как, наприим., *проблемы закономерности между определенной невро-психической структурой личности индивидуума и присущими ему методами и приемами в его интеллектуальной работе*. (Эта проблема явилась первой в нашей научно-исследовательской работе в области психогигиены и орг. умств. труда). Ясное дело, что разрешить такую проблему последняя была бы бессильна без помощи таких наук, как психология, психогигиена. Но теснейший контакт с ними и был нами выше признан, как совершенно необходимый факт.

Дальше мы остановимся подробнее на методах нашей работы в контакте с психогигиеной.

Вторая ошибка наших организаторов заключалась в том, что орг. умств. труда,— это средство к достижению цели, они превратили в самоцель. Организация ради организации. Произошел полный отрыв формы от содержания. Фетишизация первой, игнорирование второго,— основная суть этой серьезной ошибки.

Итак, приступая к нашей работе, прежде всего было необходимо определить место организации умственного труда во всей системе педагогического процесса данного ВУЗ'а, иначе говоря, выработать „методику методики“, т. е. форму преподнесения нашей дисциплины, определить ее место как в организационной, так и в лечебно-санитарной структуре ВУЗ'а и взяться уже за непосредственную работу по внедрению навыков рационального умственного труда среди студентов.

Это время было началом развития работы в области психогигиены в наших ВУЗ'ах. Институт невро-психиатрической профилактики, являющийся инициатором психогигиенического движения, силами квалифицированных психоневрологов создает в ряде московских комвузов психогигиенические кабинеты. Подобные кабинеты организуются в Ком. университете трудящихся Востока имени Сталина, в АКВ им. Крупской, в Свердловском ком. университете и т. д., и развертывают работу в области повышения учебной успеваемости студентов путем повышения невро-психического здоровья последних. Тщательно и всесторонне изучая слушательский состав, каждого его индивидуума, вскрывая те или иные стороны его личности, изучая структуру последней, присматриваясь к его интересам, склонностям, эмоционально-волевым проявлениям, типам мышления, целеустремленности, отношению к учебе, вскрывая те или иные внутренние причины, тормозящие нормальную работу, устраняя их, создавая нормальные условия учебы, индивидуальный педагогический подход для нуждающихся в этом студентов, наконец, изучая те или иные отклонения от нормы в развитии личности и т. д., психогигиенические кабинеты развертывают работу огромной важности и актуальности. *В системе психогигиенической работы, явившись позже неотъемлемой частью последней, находит свое место организация умственного труда.* Психогигиенические же лаборатории создаются при учебных частях ВУЗ'ов, сохраняя самый тесный контакт с санчастью в силу задач оздоровительного характера и налаживая связь с уч. частями в силу поставленных целей—повышения учебной успеваемости.

Что же представляет собой психогигиена?

Корни психогигиенического движения идут к нам из Америки от Клиффорда В. Бирса (Clifford W. Beers), едва наметившего развития этой, и сейчас еще сравнительно молодой, научной области. Клиффорд В. Бирс в своей работе „A mind that found itself“ со всей энергичностью поднимает вопрос о необходимости коренной реконструкции психиатрических больниц того времени.

Адольф Мейер из Балтимора впервые вводит в науку термин „mental hygiene“ (психическая гигиена).

Из „mental hygiene“ Адольфа Мейера, этой, своеобразно понимаемой психиатрической терапии и профилактики, из психогигиены, занимающейся лишь выработкой новых путей и методов призрения душевно-больных, борьбой за создание психиатрических больниц открытого типа, за введение системы патронажа, отпусков, трудтерапии и т. д., и т. д., психогигиена, развиваясь все шире, постепенно пронизывается все новыми психиатрическими, клинико-профилактическими направлениями.

„Усложняющиеся социально-экономические отношения, обостряющаяся борьба за существование, бешеный темп цивилизации, ведет за собой непомерный рост „нервности“, принимающей размеры грозного общественного бедствия (Гольдовская)¹⁾.

Психогигиена начинает заниматься непосредственно изучением нервности и ее причин. В ряде стран возникают различные ассоциации психо-

¹⁾ Не останавливаясь подробно на истории психогигиенического движения и ставя это темой специальной статьи, отдельные штрихи из этого вопроса мы черпаем из статьи Т. Гольдовской: Психогигиена умственного труда, „Научное слово“ № 5, 1928 г., Москва.

гигиенически-профилактического направления. Движение становится все более мощным. Оно перерастает стены психиатрических больниц. Движение захватывает одну за другой страны Европы. Во Франции в 1920 г., по инициативе психиатра Тулуза, организуется первая в Европе Лига по психогигиене. В 1921 г. возникает такая же лига в Бельгии, в 1922 г. в Англии, в 1923 г.—в Бразилии, в Болгарии, в 1924 г.—в Италии, в 1925 г. организуется Немецкий психогигиенический союз, к нему примыкает Австрийская психогигиеническая организация. Наконец, в апреле 1929 г. в Нью-Йорке созывается первый Интернациональный конгресс по психогигиене.

И психогигиена, как качественно совершенно новая наука, у которой от Мейеровской „mental hygiene“ осталось лишь одно название, приходит в СССР и, отвечая поставленным перед ней задачам, насыщается иным содержанием, вооружается новыми методами и приемами, в осуществлении своей основной цели—изучении состояния психических свойств человека, в разрезе воздействия на них различных внешних условий и выработки норм и мероприятий, содействующих максимальному развитию психической его работоспособности¹⁾

Не следует думать, что отводя такую большую роль психогигиене, мы недооцениваем организующих факторов внешней среды, различных ее условий и т. д. Последние также необходимо тщательно изучать в свете определенных влияний на развитие личности, тем более, что это влияние огромно и играет первостепенную роль. Психогигиена не только изучает, но, акцентируя свое внимание на особенностях данной личности и изучая присущие ей качества, пути ее развития, она одновременно стимулирует ее рост по определенным направлениям, по определенным путям, она содействует как бы рационализации последних, выработке новых, наиболее подходящих для того или иного индивидуума. И вот здесь то на помощь психогигиене и приходит рационализация умственного труда, мы бы сказали даже шире, не только умственной работы, как таковой в ее конкретном понимании, но рационализация всей творческой, мозговой, сложнейшей во всех ее нюансах человеческой деятельности. Происходит взаимное оплодотворение этих двух областей, взаимно проникающих одна в другую и, в синтетическом единстве, рождающих ряд совершенно новых интереснейших проблем.

В настоящее время предварительная, опытная работа по изучению центральной, указанной нами выше, проблемы (проблема закономерностей) ведется на обширном материале слушателей и студентов наших ВУЗ'ов. Именно там в первую очередь жизнь предьявляет актуальнейшие требования,—там, где воспитываются новые социалистические кадры, актуальнее чем где бы то ни было встает во весь свой рост вопрос *о путях творческого развития личности каждого студента, о путях стимулирования этого развития*. Пришедший иногда в ВУЗ без достаточной подготовки, часто без достаточных навыков и умения, наш пролетарский студент дает тем не менее необычайно высокие качественные показатели своего творческого роста. И, разве не здесь место наблюдать этот своеобразный, крайне сложный процесс этого роста и разве

¹⁾ Развиваясь быстрыми темпами, психогигиена проникает на производство, в учебные заведения, в армию, подразделяясь, соответственно этому, на производственную, учебную и военную психогигиену.

не здесь во время повседневной черновой, учебной, упорной, умственной работы искать, улавливать этот зигзагообразный, сложнейший и трудный путь, изучая его отдельные этапы, анализируя последние, добываясь познания тех причинностей, которые обуславливают этот необычайно активный, поступательный рост всей личности в целом. А мы еще слишком мало знаем этот путь, по которому наш студент приходит к овладению марксистско-ленинским знанием. Мы наблюдаем человека чаще в двух полюсах его учебы — в начальном и конечном, бесспорно видя его рост и постепенность последнего и между этими полосами, т. е. на протяжении всей его учебы, но это лишь внешне и весьма поверхностно. Мы чаще лишь просто констатируем этот рост, эти сдвиги, но не наблюдаем их в постепенном динамическом росте, не изучаем механизмы поступательного развития личности. Между тем бесспорно у каждого это развитие идет по своим сугубо-специфическим путям.

Методы нашей работы бесконечно индивидуализированы. Все мы работаем различно. Совершенно правильно отмечает один из методистов Минченко, что и характер мышления людей неодинаков: одни стремятся проникнуть в сущность явлений, не ограничиваясь их поверхностностью, формой их проявления, — другие, наоборот, воспринимают легко поверхность явлений, описательную их сторону и очень трудно проникают внутрь этих явлений. Первые легче овладевают материалистической диалектикой, тогда как вторым это удается с большими трудностями.

Люди с анализирующим мышлением, продолжает тов. Минченко, очень часто занимаются голой социологией, схематизмом, а порой даже пренебрежительно относясь к конкретности, с другой стороны, люди с преобладанием конкретно-описанного характера мышления, располагая богатейшими фактическими материалами, сыплют их как из рога изобилия, не проникая часто внутрь тех явлений, к которым эти факты относятся.

Вот совершенно конкретное отражение особенностей психического склада на методах работы того или иного индивидуума. А в зависимости от этого решается и задача воздействия на последнего.

Огромное значение, поскольку речь идет об обширной проблеме установления связи между той или иной структурой личности и определенными, присущими данному индивидууму типами умственной работоспособности специфическими методами работы, — приобретает изучение жизни и работы великих людей. Мы еще и сейчас можем с полным правом заявить, что мы имеем чрезвычайно много не изученных, а порой даже еще неизвестных шедевров в области умственной работы. Между тем, опыт работы великих людей, а порой самых обычных, рядовых товарищей дает не только просто поучительные примеры, но позволяет в известной мере опять-таки выяснить связь *между определенным типом личности и методами работы, путями творчества, особенностями последнего*, и т. д.

Так, изучается гениальная работа Ленина с необычайно яркой, особенной, не повторимой своими потенциальными возможностями, всем ленинским своеобразием, психикой и личностью.

Так, изучаются творческие пути крупных писателей, например, Достоевского, в связи с психопатологическими особенностями его личности. Так, изучается творческая работа Архимаеда, который интегри-

ровал числа, не зная теории исчисления этого ряда чисел и которая появилась много позже его работы в этой области. Наконец, так изучаются работы сотен других людей, в которых вскрываются понемногу, по крупинке, интересующие нас вопросы.

Итак, следовательно, психогигиена в едином устремлении со смежными с ней науками, идет к овладению этой сложнейшей проблемой¹⁾. Так, организация умственного труда дает психогигиене необходимое, недостающее ей раньше звено в цепи овладения этой проблемой. И, наконец, так психогигиена открывает перед организацией умственного труда новые возможности развития и творческого целеустремления.

Не менее значима организация умственного труда, как проблема профилактического порядка. Изучая, как выше было сказано, совместно с психогигиеной и при помощи последней, личность, психику, вырабатывая наиболее подходящие для данного индивидуума пути и методы совершенствования в умственной работе психогигиена и организация как бы одновременно вырабатывают: одна—определенный режим, обстановку, ограждающую от вредных воздействий, факторов переутомления, другая—наиболее рациональные пути работы, при помощи которых легко достичь желаемого в смысле затраты сил и времени.

Следует сказать еще и о „лечебной“, если можно так выразиться, *функции организации умственного труда.*

Мы часто, например, встречались со слушателем, который жаловался на предельную неудовлетворенность своей работой, на отсутствие „зарядки“ желания работать.

Характерная для такого рода случаев неудовлетворенность, при более тщательном подходе и выяснении причин этого, объяснялась зачастую, попросту, неумением данного слушателя работать, недостаточным запасом развитых и закрепленных навыков в умственной работе, отсутствием необходимых знаний в данной области и т. д. Студент, не успевая проработать в срок необходимого материала, недостаточно усваивая проработанное, быстро его забывая, не умея достаточно четко и умело зафиксировать, изложить, использовать проработанный материал в своей дальнейшей учебной работе, и, таким образом, хронически недоуспевая, начинает искать выход в недопустимой, с точки зрения элементарных гигиенических норм, загрузке своего времени.

Думая, таким образом, компенсировать свое неуспевание, он приходит к еще более сильному ухудшению своего физического и психического состояния, к еще большему неуспеванию в своей работе.

Переутомление, усталость, появившиеся в результате такой загрузки, делают еще более слабой эффективность его работы, снижая до предела качество последней. Нарастает еще большая неудовлетворенность, неуверенность в своих силах, в возможности преодоления тех или иных трудностей учебы.

Ослабление невро-психического тонуса влечет мысли о неполноценности, о болезни, мало того, часто ведет даже к *реактивным характеристическим сдвигам в сторону астенизации личности.* Раз-

¹⁾ В настоящее время психогигиенические кабинеты имеют следующую структуру: сектор психогигиены, сектор экспериментальной психологии и сектор организации и методики умственного труда.

меры статьи, да и ее цель, не позволяют нам останавливаться здесь на конкретных примерах подобного порядка, но в нашей работе со студентами они занимали определенное место и послужат темой специальной, обобщающей опыт этой работы, статьи.

Вмешательство психогигиены и организации умственного труда в учебную жизнь студента, в его быт при подобного рода ситуациях, вмешательство, выражающееся со стороны психогигиены в создании индивидуального педагогического подхода, в ограничении слушателя определенным сроком, когда требования со стороны педагогов должны были быть минимальными, а иногда этих требований не должно было быть совсем, — давали свой положительный результат.

Мероприятия, которые в таких случаях проводились психогигиенистами и организаторами умственного труда, заключались в работе по воспитанию, по выработке и закреплению навыков самостоятельной умственной работы и это имело огромное значение. Человек — из не верящего в свои силы, малоуспевающего превращался в полноценного, с большой эмоциональной зарядкой в работе, уверенного в своих силах человека. Он преодолевал трудности учебы, давая высокие качественные показатели своей работы и переходя из группы слабых в группы сильных по успеваемости студентов (пример из опыта нашей работы в университете имени Свердлова, когда ряд слушателей из 12-го кружка — последнего по успеваемости — перешел в 5-й — один из лучших по качеству учебы).

Наконец, укажем на огромное значение описываемой нами области в отношении ее использования *для изучения проблемы изменения, сдвигов в умственной работе, в методах ее, в типах умственной работоспособности вообще при наличии значительно выраженных различных нервно-психических расстройств*. Здесь исключительно интересны будут эти результативные материалы, вскрывающие связь между сложнейшей структурой психопатологической личности при различных психических расстройствах и *отклонениях* в умственной деятельности, ее приемах и методах у психически больного человека.

Так, организация умственного труда от стимулирования творческих возможностей личности обычного здорового человека, путем изучения с помощью психогигиены и психологии его невро-психической структуры, взаимосвязи между последней и присущими ему типом умственной работоспособности, идя через *этап профилактики*, предупреждая всякого рода полиморфные реактивные состояния, которые бывают обусловлены целым рядом факторов и причин, о которых мы говорили выше, наконец, идя через *этап „терапевтического“ воздействия*, приходит к клинике, где, вырабатывая новые критерии и элементы симптоматики психических заболеваний — она открывает новую, еще неизвестную, но бесспорно интереснейшую страницу.

Профессиограмма тракториста-рулевого¹⁾.

Д-р А. Б. Резников (Москва).

Анализ и познание трудовых профессий—необходимая предпосылка для изучения режима труда и отдыха. Только основательное знание профессии дает возможность наметить верную методику профессионального отбора. При изучении профессии пользуются главным образом тремя методами: наблюдением, опросом и синтетическим трудовым методом. Каждый из этих методов имеет свои слабые стороны. Нужно полагать, что наиболее верная характеристика профессии получается при применении комплексной методики, при сочетании данных трудового метода с опросом и наблюдениями. Наша методика была такова: после спонтанных наблюдений мы перешли к систематическим наблюдениям, взяв в свое поле зрения как начинающего, так и стажированного на определенном процессе работы тракториста (пахота, дискование, жатва).

Теоретические сведения о тракторе при прохождении курса сочетались с приобретением практических навыков. Сначала под руководством инструктора, а потом самостоятельно мною были проделаны все основные рабочие операции,—проверка трактора, смазка, а затем пуск, заводка, регулировка и управление трактором.

От попытки изучить профессию тракториста исключительно трудовым методом пришлось отказаться не только из-за технических трудностей, но и по соображениям методического порядка. Приспособимость к управлению трактором—разная, в зависимости от конституциональных особенностей, состояния моторики, технической сноровки и предшествующей профессии. Поэтому нам казалось, что трудности при обучении, возникающие у врача-психофизиолога, будут отличаться от тех, которые могут иметь место у психолога, имеющего опыт в управлении мотоциклом, автомобилем. С этой целью, протоколы трудового метода, проведенные одним лицом, недостаточны, а, главное, односторонне отражают эмоциональную установку данной личности на непривычный труд. Не имея возможности привлечь другого работника с иной психофизиологической структурой для самостоятельной работы на тракторе, мы сопоставили данные, полученные при кратковременном обучении, с данными наблюдения и опроса, произведенных фотографий рабочего дня, выявлением причин возникновения аварий и травм.

Прежде чем перейти к профессиографической характеристике тракториста, необходимо в сжатой форме несколько проанализировать основные трудовые операции, на основе которых наметим психофизические качества, нужные для работы тракториста.

Работу рулевого тракториста можно разбить на три основные фазы: 1) уход за трактором, 2) управление трактором, 3) работа тракториста

¹⁾ Работа выполнена в Самарско-Марьевском зерносовхозе. Печатается в сокращенном виде.

при различных видах сельско-хозяйственного труда: пахота при прицепном орудии—плуге, дискование—прицепное орудие—диски, жатва—прицепное орудие виндрузер, сноповязалка—комбайн.

Самой существенной частью работы тракториста является *уход за трактором*. Смазка и уход за воздухоочистителем производится по схеме, хотя схемы тракторист перед собой не имеет, все же энграмма нужных действий быстро создается. Это целый ряд мелких простых операций, для выполнения которых нужна память последовательных действий, точное выполнение инструкций, указаний. Стоит забыть одну операцию, например, не наполнить масленку, не проверить уровня масла в картере, не прочистить фильтр для топлива и тотчас же в работе трактора получают осложнения, невозможность пуска трактора, его остановка во время работы или даже поломка отдельных его частей. В уходе за системой карбюрации, системой охлаждения, есть также последовательность действий. Допустимы лишь небольшие отклонения от инструкции. Смазка, уход за карбюрацией усваиваются в первые дни обучения. Система зажигания и уход за ней—самая трудная часть профессиональной работы тракториста. Магнето сложно по своему устройству и особенно по тем процессам, которые протекают в магнето во время работы трактора. Установка зажигания, как правило, проводится инструктором. Уход со стороны тракториста сводится к содержанию в порядке и чистоте распределителя, прерывателя и собирателя электрического тока.

Операции, которые производит тракторист при уходе за машиной, представляют собой сумму элементарных навыков с большим количеством мелочей, деталей, требующих к себе педантичного отношения. Движения при этом—разного рода; в их выполнении принимают участие мускулатура плечевого пояса и кистей рук. С точки зрения психофизиологии они особого значения не имеют. Для выполнения таковых необходимым условием является отсутствие нарушений со стороны двигательного аппарата. Рабочие операции, связанные с уходом за трактором, свободно может выполнять каждый человек, любой конституции и моторики.

Приготовлению трактора к пуску предшествует осмотр трактора, проверка отдельных механизмов в отношении прочности их соединений и креплений. Для этого нужна некоторая наблюдательность, ориентация в машине. В заправке трактора, которая производится заправщиком, принимает активное участие тракторист. Здесь также фигурирует последовательность действия. Сначала нужно закрыть игольчатый вентиль трубопровода из керосинового, бензинового бака, затем наполнить топливный бак чистым керосином, пусковой бак—чистым бензином и т. д.

При пуске двигателя самой сложной операцией является заводка. Ее следует производить с соблюдением некоторых мер безопасности, ибо при преждевременной вспышке не исключается возможность обратного удара (травматизм). Некоторые трактористы игнорируют указания инструктора, исходя из ошибочного мнения, что хватка пусковой рукоятки в обхват обеспечивает более сильный рывок, нередко получают при этом травму нижней губы, характерную профессиональную травму тракториста; в некоторых случаях ошибка, допускаемая при неверной хватке рукоятки, приводит к перелому руки. Требуется твердость руки, известная ловкость и соблюдение правил, чтобы избежать травму при заводке. Согласно правилам,—при заводке все пять пальцев должны быть с одной стороны

рукоятки; нужна некоторая тренировка в выработке правильной хватки. Первое время, когда упражняемость не велика, тракторист 7—8 раз совершает заводку, только через 3—4 недели после начала работы заводка дается без особых затруднений.

Двигательная формула, участвующая в механизме управления рычагами скоростей на тракторе „Малый и большой катерпиллер“, складывается из весьма несложных, часто повторяющихся движений определенного размаха. Положение рычага—влево и назад при второй скорости, вправо и назад при третьей скорости—быстро усваиваются. Достаточно несколько дней работы на тракторе, чтобы хорошо усвоить употребляемые движения.

На тракторах „Интернационал“ 15—30, 22—36 во время езды тракторист действует рулем, поворачивает руль (преимущественно правой рукой) то вправо, то влево. Места соприкосновения руки с рулем перемещаются несколько раз по ободку колеса. При незначительных поворотах контакт руки с рулем незначительный. При крутых поворотах поверхность соприкосновения рук с рулем увеличивается, перемещаясь несколько раз по ободку колеса. Двигательные акты, совершаемые при этом, весьма примитивны, незначительной амплитуды. Зрительно-моторная координация, требуемая для управления рулем, небольшая. Рецепторы мышц и суставов, так называемое мышечное и суставное чувство, воспринимаемая импульс от изменения руки, под контроль зрения, определяют координацию движений.

Пахота. Этой работе предшествует регулировка плуга. Во время пахоты тракторист следит за тем, чтобы все корпуса плуга были установлены на одну и ту же глубину, линия борозды была прямой, а пахота шла последовательно, без пропусков и повреждений. При переезде с борозды на другую тракторист стремится точно соблюдать аккуратность выключения плуга при окончании борозды, чтобы получить ровную линию концов борозды. Собственно, самым сложным моментом при пахоте является проведение первой борозды, она определяет равномерность пахоты следующих борозд. Из бригады в 10—12 человек только один тракторист весьма тщательно проводит первую борозду, хорошо обладает способностью определять расстояние глазами. Глазомер, как определенная функция зрительного аппарата, до сих пор не привлекла внимания окулистов. Психотехнические методы, ставящие задачей измерение, определение наличия глазомера в той или иной мере, не выявляют сущности глазомера и механизм его возникновения. Верная проекция, правильная оценка пространственных соотношений, в значительной степени зависит от функций глазодвигательных мышц (Захарченко). Проф. Орбели, Рабинович рассматривают глазомер, как условный ориентировочный рефлекс, имеющий основной безусловный защитный рефлекс при несомненной заинтересованности зрительного рецептора. Правильность пахоты достигается поворотами рычагов управления направо и налево, в зависимости от поворота трактора. Движения, совершаемые при управлении, чередуются то правой рукой, то левой—не одинаковой величины и размаха, в количестве до 6 в одну минуту. Темп этих движений—равномерно ускоренный. Чтобы движения были плавны и ритмичны надо соразмерять силу движений. Внешние препятствия, движущиеся предметы на пути движения трактора в поле мало встречаются. Во время езды трактористу следует повернуть в сторону свой трактор от трактора соседа, а также следить за состоянием поля, по которому идет трактор. Некоторая реактивная способность требуется, когда трактор переезжает дол или крутой овраг. Хороший тракторист не торопится при этом, изменяет скорость, дает тихий ход. В узких местах он быстро делает включение, передвигает скорости, чтобы проехать, не делая повреждения прицепного орудия. Совершая руление при пахоте, тракторист одновременно наблюдает за состоянием прицепного орудия, хорошо ли производится вспахивание, достаточной ли оно глубины. Он наблюдает за функционированием

всей машины и отдельных ее механизмов. В продолжение всего времени работы на тракторе, тракторист следит за давлением масла в манометре. В его ползрения находится выхлопная труба, тракторист не упускает из вида регулировку карбюратора. Регулировка карбюраторов старых тракторов требует особой тщательности. Точное взаимоотношение частей в них нарушено и правильность регулировки можно определить по внешнему признаку, которым служит, слабо заметный, синий дым. Белый дым и „чихание“ указывают на избыток воздуха в цилиндре двигателя. Взрыв, „стрельба“ в выхлопной трубе является показателем избытка воздуха во всасывающейся смеси (бедная смесь). Тракторист часто похлопывает ладонью по трубе, корректирует состав смеси.

При работе в поле тракторист должен выполнять основные правила, давать двигателю работать при нормальном числе оборотов, не допускать перегрузки для трактора. Рельефно вырисовывается необходимость продолжительного равномерного наблюдения при помощи анализаторов зрения и слуха за несколькими предметами, за различными частями одной и той же работы. Это качество, по Л и п а н у определяется термином „осмотрительность“. Важность этого качества для тракториста очевидна.

Дискование. Диски—тяжелое прицепное орудие. При дисковании нужна значительная устойчивость руки при движении руля, особенно на тракторе „Интернационал“ 22—36. В остальном психофизические качества те же, что при пахоте. Пространственный глазомер здесь менее важен; фиксация взора и на рельеф почвы меньше, чем при пахоте.

Жатва. При этой операции, если она выполняется виндрузером, управление трактором совершается легко. Трактор, имея легкое прицепное орудие—виндрузер, почти в два раза быстрее движется, чем с комбайном. При пахоте проведение первой борозды весьма существенно, при жатве с виндрузером—первая линия жатвы проводится произвольно. Тщательного наблюдения за собой виндрузер не требует. Количество поворотов головы назад значительно меньше.

Хотя управление трактором совершается при всех видах сельскохозяйственных работ одинаково, однако, в зависимости от рода прицепного орудия и системы машины, тракторист должен приспособиться к управлению трактором. Когда работает комбайн с пекапом, тракторист приспосабливается к пекапу. Берет след предшествующей линии, проведенной виндрузером, который уже сжал хлеб и держится на ней; ему приходится следить за тем, чтобы правильный слой ржи или пшеницы ложился на центр пекапа. Тракторист лавирует рулем, смотрит вперед, наблюдает за ходом комбайна, имея в виду дать полный захват для платформы всего комбайна, стараясь не оставлять за собой неубранной пшеницы. Начинаящие допускают ту ошибку, что повороты трактора направо и налево делают недостаточно полно, вследствие чего трактор уклоняется неравномерно от линии не сжатого хлеба, то больше, то меньше, чем это требуется для избежания „огрехов“, оставления островков неубранного хлеба.

Опыт работы в данном совхозе показал, что трактор „Интернационал“ 15—30, при работе с комбайном, не развивает достаточной мощности, часто буксует. При работе на малом Катерпиллере, ведущем комбайн, тракторист совершает регулирование движения к себе правого или левого рычага управления, исключительно левой рукой (наблюдение в течение 30 дней над 3 трактористами). При работе левой рукой тракторист имеет возможность совершать повороты головы направо и налево, наблюдать за полным захватом убираемой ржи. При работе с комбайном, имеющим ножевой аппарат, тракторист держится от стены не сжатой нивы на определенной дистанции—метра полтора, что облегчает ему придерживаться взятой линии, позволяет меньше оглядываться назад.

Работа с комбайном во время уборочной кампании—более ответственная и требует больше внимания и напряжения, чем работа с плугом, так как прицепное орудие более сложно. Тракторист ведет уже две машины: трактор и комбайн. Управляя своей машиной, он определяет работу комбайна и стоящих на комбайне комбайнера и штурвального. Сознание важности работы, а также возможность, при недостаточном наблюдении за прицепным орудием, сделать много пропусков, „огрехов“, побуждают тракториста быть в известном тонусе, исчерпывать все возможности правильного бесперебойного движения трактора.

Причины остановки трактора и устранение их.

При всех видах сельско хозяйственных работ (независимо от прицепного орудия) важно умение тракториста своевременно узнать причину остановки во время езды, не прибегая к консультации инструктора, при малейшем нарушении работы трактора. Частые простои машин зависят в значительной степени от неподготовленности тракториста исправить то отклонение в машине, которое возникло в процессе работы. Наиболее частыми факторами, обуславливающими неисправность трактора, являются непрочность соединения отдельных его частей, засорение фильтра, неисправность зажигания, магнето. Для проверки зажигания тракторист привычивает свечу и проверяет ее состояние, наличие искры, какой величины и цвета искра, есть ли ток в проводе, который подходит к свече. Если искры в свече нет, то надо искать причины неисправности в магнето. Магнето—механизм деликатный, находится вне сферы воздействия тракториста, исправление его входит в обязанность инструктора. Если выявлена сущность остановки трактора, то обычно, устранить ее не составляет особых затруднений, конечно, за исключением тех случаев, когда имеется значительное повреждение трактора и машина нуждается в ремонте. Элементарные действия, совершаемые для устранения неисправности машины, слагаются из операции ухода за отдельными частями трактора и представляются не сложными. Нужно прочистить засорившийся фильтр, продуть теплопроводную трубку, сменить керосин на бензин, включить магнето и т. д.

Капитальный ремонт совершается в мастерской, мелкий же ремонт производится в поле самим трактористом или при содействии инструктора. Для небольшого ремонта трактора, тракторист должен владеть основными навыками слесарной работы, а именно: 1) уметь пользоваться зубилом, 2) резать ножевкой, 3) владеть напильником.

В одном случае нам пришлось наблюдать, как тракторист в течение 5—6 часов „возился“ у машины, ища неполадки, но безуспешно. Подходит товарищ с тем же стажем и аналогичной подготовкой и сразу замечает, что двигатель не пускается в ход, потому что открыты оба игольчатых вентиля у баков горючего. Повидимому, наблюдательность сыграла роль в открытии причины порчи машины.

Другой раз, тракторист, с достаточной технической сообразительностью и пониманием конструкции машины, установил, что двигатель работает с перебоями, потому что не отрегулирован магнето. Его же сосед по работе никак не мог выяснить причину перебоев.

Тракторист, в течение рабочего сезона, прикреплен к определенному трактору (спаренная езда). Работая продолжительное время на одной машине, он узнает все ее „капризы“ и недостатки. Очень много получает тракторист при ремонте трактора в мастерской, где он принимает участие в разборе отдельных частей трактора, знакомится с „анатомией и физиологией“ трактора, с техническими особенностями двигателя внутреннего сгорания. Тракторист, изучив свою машину, сам указывает инструктору на те или иные недостатки, присущие данному трактору. По определению трактористов, у них вырабатывается „чутье“ к своей машине. Здесь имеет место постепенное накопление опыта, который сумми-

руется, дает известную осведомленность работнику в его профессиональной деятельности.

Причин остановок трактора очень много. Трактор, при некоторой его амортизации, имеет тенденцию часто портиться. Если управление трактором дается легко и доступно всем начинающим, то самое сложное—это определить причину остановки трактора, обнаружить в каждом отдельном случае.—где дефект, нарушивший работоспособность машины. В этом отношении, кроме знания машины и работы ее отдельных механизмов, существенную роль играют практическая сметливость, минимум технической сообразительности.

В определении должного состояния трактора, выяснения причин момента остановки, конечно, помогает рецепторная сфера, зрение, слух и наблюдательность. Только сочетание отдельных изолированных функций, гармония их, определяет успех в профессиональной работе.

Во время управления тракторист обращает внимание на ритм звуков, вызываемых работой отдельных механизмов трактора. По изменению обычного шума, издаваемого трактором, появлению несвойственных нормальной его работе звуков различной высоты или оттенков, опытный тракторист определяет локализацию неисправности, какой клапан капризничает, какой цилиндр не действует. Клапан издает своеобразный стук, как бы „щелкает“. Выделяется стук подшипников—глухой, стук „пальцев“, на которых держится поршень—звонкий. Своеобразное сочетание звуков дает магнето.

Звукоразличение на общем шумовом фоне требует от тракториста некоторого умения дифференцировать грубые звуки. Навык, по изменению звуков, определить, какая часть машины испорчена, дается не сразу, а постепенно приобретается при работе. Упражняемость в этой функции не велика.

Мы наблюдали одного тракториста с нормальным слухом, до которого дошло изменение звуков лишь тогда, когда машина издавала резкий стук при расплавлении подшипников, напоминающий стук по наковальне. Постепенное изменение звуков, нарастание стука, как предвестники, сигнализирующие опасность катастрофы,—своевременно не были восприняты. Отрицательного влияния шума на нервно-психическую сферу тракториста нам отметить не удалось.

Произведенное неврологическое обследование 250 трактористов рабочих Самаро-Марьевского совхоза в возрасте 18—25 лет указывает на полное благополучие со стороны нервно-психического состояния.

Те или иные гиперкинезы, повышение рефлекторной возбудимости столь часто наблюдаемые у шоферов, являются редким явлением у трактористов. Только у 5% обследуемых отмечалось повышение коленных рефлексов, повышенная утомляемость в работе. Неврастенический симптомокомплекс был констатирован в 2%, преимущественно у бывших жителей города. Повидимому, работа на тракторе в течение летнего сезона у здорового молодого человека отклонений со стороны нервной системы не вызывает.

Эмоционально-волевая сфера и профессиональные интересы тракториста.

Быстрый темп выполнения заданий при пахоте и во время уборочной кампании, важность работы, ее эффективность, сознательно-классовая на-

Резолюция научного совещания терапевтов и ревматологов.

25 - 28 декабря 1933 года.

1. Научное совещание терапевтов и ревматологов, созванное Наркомздравом РСФСР для проверки готовности к IV международному антиревматическому конгрессу, собралось в тот момент, когда вся страна подводит итоги всемирно-исторических побед строительства социализма, накануне XVII съезда ВКП(б), съезда построения бесклассового социалистического общества.

2. Представленные и рассмотренные конференцией материалы и доклады показали, что, на основе успехов социалистического строительства, советская медицина двинулась значительно вперед на антиревматическом фронте.

3. Конференция показала, что, благодаря работе комитетов, развернувших свою деятельность в союзных республиках, областях и краях, к изучению ревматизма привлечены значительные силы различных отраслей медицинского знания и достигнуты успехи, как по выявлению причин ревматических заболеваний, так и по разработке эффективных методов их предупреждения и лечения.

4. Представляя ценный вклад в мировую науку и открывая широкие перспективы дальнейших теоретических исследований, эти условия позволили вместе с тем уже в настоящее время дать яркие образцы практической борьбы (в Москве и Харькове, Донбассе, на железно-дорожном и водном транспорте) за оздоровление рабочих и колхозников, за снижение ревматических заболеваний, за предупреждение их распространения на шахтах, на заводах, в ж. д. депо и пр.

5. Конференция отмечает, что инициатива Наркома Здравоохран. тов. В л а д и м и р с к о г о в деле привлечения Всесоюзной терапевтич. ассоциации, обеспечившей участие виднейших представителей терапевтической науки в разработке проблемы ревматизма,—способствовала освещению ряда вопросов диагностики и патологической динамики заболеваний сердечно-сосудистой системы, наиболее часто поражаемой ревматизмом, и вопросов трудового прогноза в интересах скорейшего возвращения больного на производство.

6. Констатируя эти достижения, конференция вместе с тем отмечает, что как теоретическая, так и практическая работа еще не подняты на уровень огромных задач, возрастающих в связи с развитием культурно-материальных потребностей рабочих и колхозных масс, и на уровень исключительных возможностей, развертывающихся перед творческой научной деятельностью и здравоохранением во 2-ую пятилетку. Точно также и подготовка научной тематики к предстоящему мировому конгрессу, с точки зрения представляемых к ней требований, еще нуждается в дальнейшем углублении работы по систематизации, оформлению и переработке докладов, так как представленные доклады в ряде случаев не отразили всей ведущейся работы и борьбы с ревматизмом и не обоснованы достаточным научным материалом на высоком теоретическом уровне.

7. Для дальнейшего успешного развертывания борьбы на антиревматическом фронте и усиления подготовки к международному конгрессу, конференция считает необходимым:

1. Г о р ю ч и т ь всем делегатам широко популяризировать на местах в научных обществах, на конференциях, на широких врачебных совещаниях и на страни-

цах печати итоги работы, в первую очередь по вопросам, связанным с подготовкой к конгрессу.

2. Повести решительную борьбу за скорейшее внедрение новых методов диагностики, профилактики и лечения, вызванных в ходе работы конференции, обратив особое внимание на необходимость широкого развертывания на предприятиях системы противоревматических мероприятий (борьба за антиревматический минимум) с вовлечением широких рабочих масс по примеру образцов работ, долженных конференцией.

3. Обеспечить скорейшее издание трудов настоящей конференции, как материала для предстоящего конгресса и как руководства для дальнейшего изучения ревматизма.

4. В интересах максимального повышения научного уровня представляемых конгрессу работ,—обеспечить, под руководством Оргкомитета, серьезную их редакционную обработку.

5. В целях создания необходимой базы для развертывания антиревматической работы считать необходимым:

- а) Максимальное усиление деятельности комитетов на местах.
 - б) Дальнейшее развертывание сети антиревматических диспансеров, кабинетов, физико-профилакторий, специальных отделений в больницах и т. д.
 - в) Включение в план научных Институты на 1934 год разработки различных сторон проблемы ревматизма.
 - г) Проведение системы мероприятий по созданию квалифицированных кадров.
 - д) В целях популяризации задач подготовки к конгрессу и ее дальнейшего развертывания, на основе соцсоревнования между отдельными республиками, областями и краями, выпустить многотиражную однодневную газету под названием: „Борьба с ревматизмом—в массы“.
-

правленность, социалистическое соревнование между отдельными сменами и трактористами, являются стимуляторами труда.

Работа тракториста протекает при известном эмоциональном подъеме. Состояние его эмоционально-волевой сферы находится в известной корреляции с продуктивностью труда.

Когда трактор хорошо работает—без перебоев, у водителя трактора ясно выражены стенические эмоции, бодрое настроение. Компоненты монотонности, автоматизаций, которые имеют место при управлении трактором, стандартность приемов руления, однообразие, нивеллируются, снимаются активным участием сознания и воли в процессе труда.

При ревностном, добросовестном отношении к труду тракторист реагирует на остановки трактора таким образом, что мобилизует свои психофизические ресурсы, всячески выявляет запас приобретенных знаний и опыта по тракторному делу, чтобы исправить машину, ликвидировать возможность образования „прорыва“.

Борьба за максимальную производительность, забота о том, чтобы трактор не „стоял“, тяга к повышению квалификации,—характерны для рабочего молодняка совхоза. У всех трактористов рельефно выражен интерес к машине. При опросе трактористов все заявили, что они стали трактористами потому, что привлекала их машина. Выбор профессии—исключительно по желанию, собственной инициативе.

Трактор, его сложная конструкция привлекают молодежь. В столовой, дома, во время отдыха, везде и всюду трактористы делятся друг с другом приобретенным опытом, особенностями управления разных систем машин, выявляют достоинства и недостатки работы трактора. Взаимный обмен, фиксация внимания на трактор, как на любимое орудие производства, расширяет кругозор тракториста, помогают ему сравнительно скоро усвоить структуру трактора, овладеть техникой управления. Целевая установка, стремление познать машину в сочетании с любознательностью, особой настойчивостью, быстро продвигают тракториста на профессиональной работе.

При сильно выраженном желании научиться управлять машиной, батрак, нередко малограмотный, по окончании 3-месячных курсов по подготовке рулевых трактористов, быстро усваивает технику владения рулем, ориентировка в тракторе.

Основные элементы практического интеллекта, осмотрительность, некоторая конструкция и объем внимания необходимы для тракториста. Скорость же реакций требуется незначительная. Важно, чтобы не было особо замедленной реакции, торпидности.

Что касается приспособляемости к работе на тракторе при разных видах сельскохозяйственного труда, то последняя мало поддается обучению, и приобретает в процессе самой работы. Приспособляемость приобретает особую ценность для водителя машины, мало обладающего другими ценными качествами.

В известной степени она позволяет компенсировать отсутствующие качества другими достаточно развитыми свойствами. Роль адаптации отдельных органов и систем всего организма в целом чрезвычайно велика и, несомненно, должна быть учтена при медикофизодборе.

Профессиограмма тракториста-рулевого.

Основные элементы работы.	Психофизические качества.
<p>Уход за трактором складывается из следующих фаз:</p>	<p>Память последовательных действий, точное выполнение инструкций, исполнительность, педантичность.</p>
<p>1) Смазка. 2) Уход за воздухоочистителем. 3) Уход за системой карбюрации и ее частями, уход за системой зажигания. 4) Уход за системой охлаждения.</p>	<p>Наблюдательность, последовательность действий. Последовательность действий. Физическая сила, твердость руки, осторожность. Физическая сила, сметливость.</p>
<p>Приготовление к пуску:</p>	
<p>а) Осмотр трактора. б) Заправка. Пуск мотора в ход.</p>	
<p>Заводка мотора. Установка (регулировка), прицепка орудия—плуга.</p>	
<p>Управление трактором.</p>	<p>Координация движений рук в сочетании с мышечно-суставным чувством, соразмерность движений при управлении рычагами скоростей, продолжительное, равномерное наблюдение за работой машины, отдельных ее частей (осмотрительность). Распределительный тип внимания. Зрение, пространственный глазомер. Звукоразличение на шумовом фоне. Психо-физические качества те же; устойчивость руки при управлении рулем.</p>
<p>При разных видах сельско-хозяйственных работ: пахота (прицепное орудие—плуг).</p>	
<p>Дискование—прицепное орудие—диски.</p>	
<p>Жатва (прицепное орудие—виндрузер, сноповязалка).</p>	<p>Психо-физическ. качества те же: осмотрительность и устойчивость руки в меньшей степени.</p>
<p>При неисправности машины, отдельных ее механизмов,—своевременно заметить дефект и устранить его (элементарный ремонт трактора на ходу во время его работы в поле).</p>	<p>Наблюдательность, практическая сметливость, техническая сообразительность. Достаточная функция анализаторов зрения и слуха. Трактористу при всех процессах его труда, также как каждому активному работнику социалистического строительства, необходимо иметь социальные качества—как сознательно-классовое отношение к труду, активность, самостоятельность и коллективность в работе.</p>

Заключение.

Резюмируя все вышесказанное, приходим к тому выводу, что профессия тракториста-рулевого, представляя в основном квалифицированную отрасль труда, подобно профессии вагоновожатого, шофера и проч., предъявляет к работнику некоторые специальные требования. Ядром профессионально ценных качеств тракториста являются рецепторная область, слух, звукоразличение на шумовом фоне, своеобразная наблюдательность в виде осмотрительности, техническая сообразительность.

В работе тракториста-рулевого напрашивается некоторая аналогия с работой шофера.

Основное, что отличает шофера от тракториста,—это большой диапазон реактивно-моторной сферы, быстрота реакций на частые раздражители, столь необходимые автороботнику.

Предложенные разными авторами (Клапаред, Пиорковский, Шильрейн и др.) классификации профессий сюда не применимы, в виду сложности проблемы. К какой категории профессий можно отнести профессию тракториста? Представляя собой профессию индустриального типа, профессию тракториста можно отнести по Линку к группе моторно-исполнительных профессий.

Дальнейшее изучение профессии тракториста, соответственно новым установкам о сущности профессиографий, внесет новый свет в вопрос о труде тракториста в условиях социалистического сельского хозяйства.

Данные изучения труда тракториста в Самарско-Марьевском зерносовхозе указывают, что частая порча тракторов, ломка их, аварии, травматизм трактористов, кроме технической организации производства, в значительной степени зависят от психо-физических качеств работающего тракториста, состояния его здоровья в целом.

Для правильного подбора хороших трактористов из подрастающей молодежи целесообразно подвергать поступающих на тракторные курсы врачебному и психо-техническому осмотру. Актуален также вопрос о медпрофотборе в аспекте возможности выдвижения из рулевых трактористов, трактористов-механиков, инструкторов и других специалистов по сельско-хозяйственным машинам.

Задача врачебного и психо-технического обследования требует разработки методологии профессионального подбора трактористов, выработку медицинских показаний, противопоказаний, проверку данных профессиограммы, взяв под динамическое наблюдение состояние здоровья, наличие психо-физических качеств, упражняемости и успеваемости в работе у определенной группы трактористов.

Методы работы здравпункта в молочно-животноводческих совхозах.

Из Московского областного института им. Обуха. (Директор Г. Д. Арнаутов).
Сельско-хозяйственная секция.

А. Ю. Явнель.

На основе постановления ЦК ВКП(б) и СНК СССР от 30/VII 31 г. — центральной задачей ближайшего времени в области сельского хозяйства является организация и укрепление социалистического сектора животноводства — совхозов и колхозных молочно-товарных ферм. „1931 и 1932 гг. должны быть годами такого же решительного перелома в области развертывания животноводства, какими были 1929 и 1930 года в деле организации социалистического зернового хозяйства“.

В разрешении животноводческой проблемы молочное животноводство занимает важное место, т. к. молочная продукция должна сыграть большую роль в деле снабжения продовольственными продуктами широких масс.

Вот почему концентрированное внимание к животноводству, в частности к молочному животноводству требует от органов Здравоохранения принятия целого ряда мер по линии организации Здравоохранения в молочно-животноводческих совхозах и колхозных молочно-товарных фермах (МТФ).

Труд в молочно-животноводческих совхозах, его организация, распорядок дня ведущих профессий (дойarki, скотники и др.) имеют целый ряд особенностей, с которыми органы Здравоохранения должны считаться в целях всесторонней и рациональной организации Здравоохранения.

Задача настоящей статьи — очертить характер и объем работы здравпункта в молочно-животноводческих совхозах, в зависимости от специфических особенностей труда и быта в этой отрасли сельского хозяйства и опираясь на опыт изучения труда и быта в ряде мол-животноводческих совхозов Московской области, главным же образом в Клементьевском совхозе „1-ый молочный гигант“ Можайского района и совхозе „Лесные поляны“.

1. Труд в молочно-животноводческих совхозах и организация труда на скотных дворах.

В сезоны стойлового содержания скота почти вся производственная жизнь рабочих мол-животноводческих совхозов сосредоточивается в скотных дворах. Скотные дворы — длинные, обычно бревенчатые здания, рассчитанные в больших совхозах на 100—250 голов скота; температура в них зимой в среднем $+8^{\circ}$, при высокой относительной влажности — 80—90%.

В немеханизированных скотных дворах встречаются чаще всего 2 основн. системы организации труда: дифференцированная и сменно-комплексная; последняя бывает односменная или двухсменная. При дифференцированной организации труда на скотном дворе проводится разделение труда и имеются след. профессии: 1) „подмывалка“ подготавливает коров к доению, подмывая вымя и вытирая его сухой тряпкой. Обычно из 1 ведра и 1 тряпкой подмывает вымя 15—20 коров, при чем уже после первых коров вода в ведре и тряпка крайне загрязняются. 2) Дойarka — основная ведущая профессия скотного двора. На ее обязанности лежит только процесс доения. Сидя на низкой скамеечке сбоку ко-

ровы и, зажав между колен ведро, сцеживает молоко, поочередно сжимая соски вымени. Надовз полное ведро, сливает его в бидон. 3) Контрольная доярка—проверяет чистоту (долюготу) выдойки коров после доярки. 4) Кормовик—кормит жоров, раздавая им соответствующую пищу 3 раза в сутки (грубые корма, концентраты, корнеплоды, силос и пр.). 5) Навозник—убирает навоз, убирает скотный двор, разбрасывает подстилку коровам и пр. 6) Старший скотник—животновод—проверяет работу рабочих скотного двора, инструктирует, следит за здоровьем стада, руководит работой всего двора. Несет ответственность за состояние скота, инвентаря, выпуском продукции и пр. 7) Зоотехник—руководит целой фермой, несколькими скотными дворами. При электродойке—присосы специального аппарата надеваются на соски коровы дояркой и при посредстве пульсирующей волны воздуха, вгоняемой электродвигателем, сжимаются соски коровы и отжимается молоко, идущее по трубкам в бидон.

Существует и другая организация труда в немеханизированных скотных дворах, изученная нами в совхозе „Лесные поляны“. Эта организация труда—*сменно-комплексная*—отличается от дифференцированной, наблюдаемой нами в совхозе „1-й молочный гигант“ тем, что в „Лесных полянах“ труд доярки не дифференцирован, доярка выполняет все работы по доению, обслуживанию и уходу за коровой и обслуживанию скотного двора. Таким образом, труд доярки здесь комплексный. Кроме того, работа проводится в 2 смены: I смена—утренняя и дневная дойка, II смена—дневная и вечерняя. Распределение рабочего дня доярки, при той и другой системе организации труда, различно, что видно из прилагаемой таблицы.

	„1-й молочн. Гигант“			„Лесные поляны“		
	Начало	Конец	Продолжит.	Начало	Конец	Продолжит.
Начало работы . . .	4 ч. 25 м.			2 ч. ночи		
Утренняя дойка . . .	4 ч. 25 м.	7 ч. 20 м.	2 ч. 55 м.	2 ч. ночи (смена)	7 ч. у.	5 ч.
Перерыв	7 ч. 20 м.	11 ч. 40 м.	4 ч. 20 м.	7 ч. у. (I)	10 ч.	3 ч.
Обеден. дойка . . .	11 ч. 40 м.	2 ч. 2 м. дня	2 ч. 22 м.	10 ч. у. (I и II)	1 ч. дня	3 ч.
Перерыв	2 ч. 2 м.	6 ч. 25 м.	4 ч. 23 м.	1 ч. дн. (II)	5 ч. веч.	6 ч.
Вечерн. дойка . . .	6 ч. 25 м.	9 ч. 8 м. веч.	2 ч. 43 м.	5 ч. веч. (II)	10 ч. в.	5 ч.
Ночн. перерыв . . .	9 ч. 8 м.	4 ч. 25 м.	7 ч. 17 м.	10 ч. (I и II)	2 ч. ночи	4 ч.

Рассматривая приводимое распределение рабочего дня доярки при этих 2 системах организации труда мы видим, что они резко различаются между собою, при чем эти особенности имеют прямое отношение к задачам здравоохранения. В самом деле, не говоря о хозяйственно-экономических преимуществах 2-ой системы, при первой системе работа доярки заключается в одностороннем процессе: она производит в продолжение всего своего рабочего времени большое количество разнообразных мелких движений, падающих на определенную группу мышц кисти и предплечья, что ведет к нервно-мышечному перетруживанию, выражающемуся субъективно болями в руках. С этими жалобами, весьма распространенными среди доярок (до 85% доярок „1-й мол. гиганта“ давали эти жалобы при нашем обследовании), они обыкновенно обращаются на здравпункт. Другая организация труда, какую мы имеем в „Лесных полянах“, уже в самой себе включает элементы профилактики этих болей, т. к. в работу доярки входит не только процесс доения, но и раздача кормов, уход за коровой, уборка скотного двора, т. е. процессы, в которых участвуют поочередно различные группы мышц.

Из этого примера видно, что та или иная организация труда может влиять на высоту показателей заболеваемости определенным фсрмами. Здравпункт должен включить в круг своей деятельности вопросы органи-

зации труда, т. к. та или иная организация его отражается на заболеваемости повышением или снижением показателей ее. Приведенную выше организацию труда (дифференцированную, изученную в „Мол. Гиганте“) мы считаем не рациональной. На основании наших данных мы считаем наиболее приемлемой такую организацию труда на скотных дворах, при которой доярка выполняла бы и ряд других функций, кроме собственно доения: подмывание коров, чистка коров, раздача кормов. Это привело бы к ликвидации обезлички (почти полное обслуживание коров), к уменьшению заболеваемости. Такая организация труда (сменно-комплексная), существующая в совхозе „Лесные поляны“, была нами подробно изучена и материалы обработаны в другой статье¹⁾. Сменно-комплексная организация труда снижает заболеваемость, весьма распространенную среди доярок, болями в руках (миалгиями).

Проработка вопросов организации труда не под силу отдельному здравпункту. Мы привели ее как результат проработки этого вопроса бригадой нашего Института. Мы хотели подчеркнуть, что каждый здравпункт должен интересоваться вопросами организации труда на скотных дворах, искать способов ее улучшения, т. к. связь между организацией труда, производительностью труда и высотой показателей заболеваемости и прогулов по болезни — несомненна.

Участие в расстановке рабочей силы должно быть также включено в круг обязанностей здравпункта. Совхоз — большая фабрика с разнообразными видами труда, с более или менее дифференцированными профессиями. На основе учета состояния здоровья отдельного рабочего, обращающегося к здравпункту или предварительно учтенного им, необходимо помочь совхозу и рабочему выбрать тот вид работы, где труд данного рабочего может быть использован с максимальным производственным эффектом и наименьшим ущербом для здоровья. Это относится также к заботе здравпункта о беременных и кормящих (выбор соответствующего труда в последние месяцы беременности, выбор производственного участка для кормящих матерей, близко расположенного к базе или яслям, организация яслей, детплощадок и пр.).

Мы считаем необходимым здесь же оговорить следующее: рассматривая здравпункт в совхозе как ведущее звено здравоохраненческих учреждений района, необходимо подчеркнуть обязательную связь и привлечение для выполнения определенных функций различных учреждений района (спец. диспансеры, больницы, консультации, санорганизации и др.), а также научно-исследовательских институтов.

II. Лечебная работа здравпункта. Важнейшей задачей здравпункта в мол.-животн. совхозах должно явиться оказание неотложной помощи в несчастных случаях и при внезапных заболеваниях. Многие совхозные здравпункты, принимая во внимание дальность расстояния до ближайшей амбулатории, должны носить некоторые черты амбулатории (непродолжительное лечение, право выдачи больничных листов на весьма короткий срок). Однако и в этом случае здравпункт должен быть тесно увязан с ближайшей амбулаторией, пользоваться ею, как более специализированным учреждением. Лечебная часть работы совхозного здравпункта ничем принципиально не отличается от ра-

¹⁾ Николдаев. Труд в мол.-жив. совхозах (рукопись).

боты здравпунктов промышленных предприятий. Мы хотели бы подчеркнуть лишь некоторые моменты: во-первых, значение для совхозных здравпунктов, как и для здравпункта промпредприятия, регистрации и учета заболеваемости вообще и скорейшего перехода к оперативному учету заболеваемости (в особенности т. наз. сигнализационный учет). Данные заболеваемости по цехам дают возможность выявить наиболее встречающиеся заболевания среди определенных профессиональных групп мол-животноводческих совхозов, предпринять целый ряд мероприятий по профилактике и рациональному лечению этих заболеваний.

Приводим некоторые данные из нашей работы по изучению совхоза „1-й молочный гигант“. Оно дало нам, при разработке данных по одновременному обследованию доярок, указание на большую распространенность среди них гнойных заболеваний пальцев рук, более в руках, тендовагинитов и ангионевротических явлений кистей рук. Разработка материалов за 1931 г. по первичной обрабатываемости и заболеваемости с потерей трудоспособности на 100 ч. выявила следующее:

Назван. бол	число случаев без потери трудосп.		с потерей трудоспособности			
	у доярок	у всех рабоч. совх.	число случ		число оплач. дн.	
			у доярок	у всех рабоч. совхоза	у доярок	у всех рабоч. совхоза
Панариции, паронихии, нарывы на руках	47.6	6.5	25.2	16.4	21.1	9.7
Миалгии и миозиты	33.2	4.7	1.3	1.0	1.5	0.5

Гнойные заболевания пальцев рук у доярок, — ведущей профессии животноводческого цеха, встречаются значительно чаще, чем у других рабочих совхоза (в 7,3 раза чаще без потери, и 1,5 раза — с потерей трудоспособности). Такая разница в количестве случаев с потерей и без потери трудоспособности объясняется тем, что очень часто при неосложненных случаях доярка работает с паронихиями. Длительность каждого случая у доярок в 2,2 раза больше по сравнению с другими рабочими совхоза. Что касается миалгий и миозитов, то они также значительно преобладают у доярок по сравнению с другими рабочими совхоза. Причины, способствующие более частому возникновению гнойных заболеваний пальцев рук, лежат в плохой обработке вымени, в несоблюдении дояркой правил личной гигиены в отношении рук и в недочетах организации труда на скотных дворах совхоза „1-й молочный гигант“. Связь между чистотой вымени и возникновением гнойных заболеваний пальцев рук доярок установлена идентичностью бактериальной флоры с загрязненного вымени коровы и с руки доярки. И там, и здесь при посеве мы обнаружили сеющую палочку, сарцины, кишечную палочку, протеус, стафилококк.

Профилактика гнойных заболеваний, таким образом, заключается в изменении существующей обработки вымени, при которой из одного ведра, одной и той же тряпкой подмывается 15—20 коров. Нашей бригадой, во время работы в совхозе „1-й молочный гигант“, был предложен способ обмывания вымени и рук доярки текущей струей теплой воды под давлением. В начале был испробован для этой цели имевшийся под рукой равцевый опрыскиватель растений, а затем нашей бригадой был

сконструирован аппарат, служащий одновременно скамейкой для доярки и дающий струю воды под давлением для подмывания вымени и обмывания рук доярки во время дойки. Этот аппарат получил положительную оценку ряда компетентных комиссий.

Далее: соблюдение гигиенических правил ухода за руками (частое мытье теплой водой во время дойки, избегать царапин на руках и др.) является серьезнейшим средством в борьбе с гнойными заболеваниями рук доярок (и в борьбе за чистоту молока). Хотя гнойные заболевания пальцев рук доярки не всегда ведут, как мы видели из вышеприведенной таблицы, к временной потере трудоспособности, однако нередко доярка из-за панарициев и паронихий пальцев переводится на другую работу. Принимая во внимание, что в условиях мол-жив. совхоза доярка является ведущей профессией и что стажированная доярка приобретает квалификацию, гнойные заболевания пальцев рук доярок, даже без временной потери трудоспособности, несомненно бьют по выполнению промфинплана и, следовательно, здравпункт, организовавший борьбу с этими заболеваниями, тем самым способствует выполнению промфинплана совхоза.

Здесь решающее значение имеет организация труда на скотных дворах. Комплексная организация труда, при которой доярка выполняет функцию не только доения, но и ухода за скотом, дает уменьшение нервно-мышечного перетруживания рук доярки и ведет к снижению заболеваемости миалгиями и уменьшению интенсивности болей в руках. Кроме мероприятий, касающихся организации труда, большое значение имеют также гидротерапевтические мероприятия (теплые ванночки для рук и душ), и самомассаж пальцев рук, кисти и предплечья и физкультурные упражнения.

Но, помимо борьбы с наиболее встречающимися заболеваниями, лечебная работа здравпункта должна включать в себе целый ряд мероприятий, обеспечивающих рабочим мол-животноводческих совхозов получение быстрой, рациональной и квалифицированной помощи. Сюда в первую очередь относятся вопросы асептики и антисептики при оказании помощи по т. наз. мелкой хирургии (стерильный материал, кипячение инструментов), органическая связь с другими леч-проф. учреждениями района (амбулатория, больница, диспансер), вопросы транспортировки больных и пр.

III. Противозидемическая и профилактическая работа здравпункта.

В мол-животноводческих совхозах она имеет двойное значение: 1) оградить население совхозов от возникновения и развития эпидемических заболеваний и 2) предохранить распространение эпидемических заболеваний в случае их возникновения за пределы совхоза через пищевой продукт—молоко. Коллективизация и строительство советских хозяйств создают исключительно благоприятные условия для организованной и планомерной противозидемической борьбы. Работа здравпункта в отношении противозидемической борьбы (как и вся работа здравпункта) должна быть организована с привлечением широких масс рабочих совхоза и непременным участием местного санитарного инспектора.

Специфическими факторами для молочно-животноводческих совхозов являются: а) навоз, загрязняющий почву и источники водоснабжения, б) болезни скота, передающиеся от животного к человеку (зоонозы),

в) наличие большого количества сезонных и временных рабочих в сезоны интенсивных сел. хоз. работ. В соответствии с этим, здравпункт в круг своих работ должен включить наблюдения за тем, чтобы имеющийся в большом количестве в мол.-жив. совхозе навоз не являлся бы источником загрязнения почвы и открытых водоемов. Скопление у скотных дворов больших количеств навоза, размываемого дождями, сваливание навоза по берегам прудов, рек, нередко выше забора воды для питья, плохие жижеприемники могут служить причиной водных инфекций. Навоз же является источником размножения мух. Здравпункт должен требовать принятия целого ряда мероприятий, а именно: запрещение сваливать навоз по берегам открытых водоемов, вблизи артезианских скважин и грунтовых колодцев, своевременную вывозку навоза на поля или устройство навесов и съёмных считов над навозохранилищами, устройство непроницаемых жижеприемников и проч. Нарушение этих правил, к сожалению, встречается нередко. Так, при наших обследованиях мы встречались с такими явлениями в совхозе „1 мол. гигант“, Можайск. района, где забор питьевой воды производился ниже по течению и недалеко от места хранения навоза и стока жидкости со скотного двора. В совхозе „Александрово“, того же района, в 2—3 десятках метров выше места забора воды (водокачки) был выстроен телятник, и навоз хранился здесь же у телятника, но берегу реки. Кроме того, сюда же, по склону, стекала навозная жижа из переполненных жижеприемников. Таких примеров, к сожалению, можно привести не мало.

Известен целый ряд болезней животных, передающихся человеку в той или иной форме (так называемые зоонозы). Среди них упомянем туберкулез, ящур, актиномикоз и др. В последнее время, в связи с постановлением Совнаркома РСФСР от 26.VI 32 г., большое внимание органов здравоохранения привлекает борьба с болезнью Банга, передающейся человеку от коров, больных инфекционным абортom. Борьба с этими болезнями, идущая по линии зоогигиены, общей санитарии и личной гигиены рабочих, соприкасающихся с зараженным скотом, должна составлять часть работ здравпункта. По борьбе с болезнью Банга выработана особая инструкция¹⁾.

Производственные условия мол.-жив. совхозов обуславливают в сезоны интенсивных с-х работ, для обеспечения скота кормами, рост рабочей силы совхоза за счет сезонных и временных рабочих. Здравпункт должен принять целый ряд обычно применяемых и достаточно разработанных противоэпидемических мероприятий: вопросы расселения, дезинфекция и дезинсекция, баня-пропускник, противоэпидемические прививки, изоляция и госпитализация заболевших и др.

Продукция мол.-животновод. совхозов—молоко является одним из наиболее распространенных продуктов. Целый ряд инфекционных болезней может передаваться через молоко за пределы совхоза. Известно, что через молоко могут передаваться брюшной тиф, туберкулез, дифтерия, ящур, актиномикоз, сибирская язва и др. От коров, больных маститом, переносятся стрептококки, могущие вызвать стрептококковые ангины, энтериты, в особенности у слабых детей и др.

¹⁾ Здравпункты и лечучреждения могут получить ее из Санэпидсектора НКЗ или Мособлздрава (межведомственная комиссия по борьбе с бруцеллезом).

Поэтому вопросы, связанные с сохранением бактериальной чистоты молока, и меры борьбы с распространением инфекции через молоко, должны явиться одним из важнейших разделов работы здравпунктов. Сюда, в первую очередь, относятся осуществление систематических медосмотров доярок и молочниц, мероприятия по соблюдению гигиены доения, гигиене молочной посуды, обеспечение спецодеждой при доении и при работах в молочной и др. По линии профилактической работы здравпункт проводит ряд простейших мероприятий, укладываемых в понятие санминимума. Но и здесь здравпункт должен исходить из производственных особенностей мол.-жив. совхоза. Так, напр. в отношении общественного питания, помимо борьбы за высокий качественный и количественный уровень общественного питания и наряду с борьбой за санминимум в столовой, здравпункт должен уделить внимание функционированию столовых и буфетов в определенные часы, свободные от производственной работы рабочих скотного двора. Часы эти должны быть строго фиксированы и изменяться в зависимости от кратности дойки (2-кратная, 3-кратная дойка). В отношении санминимума в жилищах здравпункт должен добиваться, чтобы в жилище для доярок была бы комната для просушки и хранения одежды и обуви, кипятильник и плита для подогревания пищи. В виду того, что время начала работ доярки (утренняя дойка) — ранний утренний час, в целях обеспечения спокойного сна здравпункт должен добиваться, чтобы в каждом общежитии были часы, лучше будильник, или сторож, будящий доярок, обеспечивающие доярке своевременное пробуждение, а производству — своевременный выход доярок на работу. В тех совхозах, где нет часов или где нет сторожа, будящего доярок на утреннюю дойку, доярки всегда жалуются на беспокойный ночной сон из-за боязни проспать на работу. Мы не приводим здесь всех элементов санминимума — по этому вопросу есть специальная литература. Мы хотели бы подчеркнуть лишь то, что санминимум необходимо проводить не по трафарету, а с учетом производственных особенностей мол.-жив. совхозов.

Говоря о методах работы здравпункта, мы должны сказать о здравоактиве. Без здравоактива невозможна работа здравпункта. Наш опыт работы в ряде совхозов („1 мол. гигант“, Фаустово и др.) показал, что лучшей организационной формой рабочей общественности является здравячейка на каждой ферме совхоза, разбивающаяся на отдельные бригады (жилищная, по питанию, по яслям и др.). В тех случаях, когда в совхозе несколько больших ферм, для координации работы и обмена опытом организуется бюро здравячеек, куда входят представители здравячеек всех ферм („1 молочный гигант“).

Выводы.

1. Здравоохранение в мол.-жив. совхозах должно преследовать общие цели здравоохранения на данном этапе — снижение заболеваемости и травматизма на основе рационально поставленной лечебно-профилактической помощи и проведения санитарно-оздоровительных мероприятий.
2. Содержание работы здравпункта в мол.-жив. совхозах должно иметь свои особенности, в зависимости от производственных условий совхоза.

3. Являясь ведущим звеном здравоохранения, теснейшим образом связанным с производством, здравпункт должен охватить все стороны охраны здоровья рабочих совхоза и их семей (лечебная, оздоровительная, ОММ и Д и др.), установить связь с лечпрофучреждениями района и научно-исследовательскими учреждениями, привлекая их для выполнения определенных заданий.

4. Принимая во внимание, что неправильная организация труда на скотных дворах задерживает организационно-хозяйственное укрепление совхоза и сопровождается повышенной заболеваемостью целым рядом болезненных форм, снижающих производительность труда, здравпункт должен участвовать (сам, через леч-профучреждения района и научно-исследовательские институты) в установлении рациональной системы организации труда. На основании работ Института им. Обуха из 2 обычно применяемых систем организации труда—дифференцированной и сменно-комплексной—все преимущества на стороне сменно-комплексной.

5. В совхозах с не механизированными скотными дворами здравпункт должен проводить профилактику и рациональные методы лечения с наиболее встречающимися заболеваниями доярок (миалгии, панариции и паронихии, ангионеврозы).

6. В виду того, что этиологическим моментом, вызывающим гнойные заболевания пальцев рук доярок, является бактериальная загрязненность вымени, здравпункт должен установить контакт с зоо- и ветперсоналом совхоза для применения более совершенных методов обработки вымени перед дойкой.

7. Здравпункт должен также установить контакт с зоо- и ветперсоналом совхоза для выполнения гигиенических правил в производственном быту (умывальники и полотенца на скотных дворах, спецодежда) и правил по борьбе с зоонозами.

8. Здравпункт должен вести повседневную санитарно-оздоровительную работу по линии общественного питания, жилищ, банно-прачечного дела и пр., увязывая с ней широкую санитарно-просветительную работу среди рабочей массы совхоза.

9. В сезоны интенсивных с-х работ здравпункт должен организовать медпомощь на производственных участках (здравпункт), инструктируя и проверяя их работу во все время весенне-посевной и уборочной кампаний.

10. Формой организации рабочей массы вокруг вопросов здравоохранения является здравячейка, которая должна быть организована на каждой ферме и выделить отдельные бригады (жилищную, по общ. питанию, по заботе о детях и пр.).

(Из Отдела профконсультации и профпатологии Ленинградского института по изучению профессиональных заболеваний. — Директор Ин-та—доц. И. Г. Ликович; Старший научный консультант—проф. Н. А. Вигдорчик, Зав. Отдел.—И. Г. Фридлянд).

Из опыта профессионально-гигиенической работы по внедрению женского труда в промышленность

И. Г. Фридлянд.

И. Введение.

Основная задача построения социалистического общества—„уничтожение всех видов эксплуатации человека человеком“—требует в качестве одной из важнейших своих предпосылок такой перестройки социальных отношений, которая обеспечивала бы полное равноправие женщины. Достижение же такого действительного (экономического и социального), а не формального равенства возможно лишь, как это неоднократно отмечалось В. И. Лениным¹⁾, путем втягивания женщины в „общественно-производительный труд“, благодаря чему она будет вырвана из „домашнего рабства“ и освобождена от „подчинения оупляющего и принуждающего—вечной и исключительной обстановки кухни, детской“...

Осуществляя эти марксистско-ленинские установки в области женского труда Советская власть широко вовлекает женщин в производство.

Создавшиеся за годы первой пятилетки исключительно благоприятные экономические предпосылки для широкого применения женского труда привели к громадному росту женской рабочей силы во всем нашем народном хозяйстве. И если в 1929 г. в промышленности, по данным Наркомтруда СССР²⁾, насчитывалось 827,6 тысяч, работниц, то в 1932 г. их было уже 1700 тысяч. Широкое вовлечение женщин в производство сопровождалось и увеличением, хотя иногда и недостаточным, удельного веса женского труда на квалифицированных работах. Так, в сельско-хозяйственном машиностроении процент женщин-слесарей поднялся с 0,9 в 1926 г. до 20,2 в 1931 г., среди агрономов—с 9,1 до 14; среди высшего технического персонала—с 3,1 до 7,4.

Само собой разумеется, что приобщение такого большого количества женщин к „общественно-производительному труду“ было возможно лишь благодаря интенсивному развертыванию мероприятий по бытовому обслуживанию работниц и специальной работе по подготовке кадров. Количество ясельных мест в СССР возросло с 71,6 тысячи в 1930 г. до 171,5 тысячи в 1931 г. по городу и с 35,8 тысячи до 128,4 тысячи по селу. Число детей, охваченных дошкольными учреждениями в 1931 г., составляло 1894,3 тысячи против 1694,2 тысячи, намеченных по плану. Удельный вес женщин, напр., в индустриальных техникумах повысился с 9,5% в 1928 г. до 18,8 в 1930 году.

¹⁾ Т. XXV, изд. 2-е, стр. 64.

²⁾ Статья А. Медведева в „Изв. ЦИК“ от 30/XII-32 г.

Эти исключительные достижения в области применения женского труда в социалистическом строительстве, которые мы лишены возможности сколько-нибудь полно отразить, приобретают особый интерес и значение в сопоставлении с соответственными данными в капиталистических странах.

И там, в капиталистических условиях, имел, а иногда еще и имеет место рост применения труда женщин. При чем особенно характерно, что в то время как за 1926—30 г. абсолютная численность рабочих кадров, напр. в Германской промышленности, сократилась в результате кризиса на 2,5%, численность работниц возросла на 3,7%¹⁾. В Англии соответственные цифры равны 1,4 и 5,0%¹⁾. В САСШ этот процесс выявился еще ярче. Все кадры, занятые в промышленности в 1930 году, составляли 98,8% от соответственной величины для 1920 г., количество же работающих женщин — за этот период времени — даже увеличилось на 16%. Характерным для применения женского труда в странах капитализма является почти исключительное его использование на неквалифицированных или малоквалифицированных работах. Не подлежит сомнению, что рост применения женского труда в капиталистических государствах в годы жесточайшего кризиса объясняется особой выгодностью его эксплуатации, как более дешевого, сравнительно с более квалифицированным мужским трудом. Однако кризис капитализма зашел так далеко, что все чаще вовлечение женщин не оказывается достаточно рентабельным, чтобы спасти от необходимости сокращать применение не только мужского, но и женского труда. Буржуазное государство узаконяет массовые увольнения женщин, проводя это нередко под флагом „охраны“ женского труда и лицемерных забот о „семейном очаге“. Эта „охрана“ здоровья трудящейся женщины сочетается, как известно, с широким наступлением предпринимателей на зарплату и по линии социального страхования от безработицы, по болезни и, что особенно важно, на законодательство по охране материнства и младенчества там, где таковое законодательство имелось. Подобные мероприятия по „охране“ женского труда при исключительной безработице — с одной стороны, и отмеченное стремление предпринимателей получить дешевую рабочую силу — с другой, представляют по видимому наиболее существенные основания возникшего своеобразного женского движения в капиталистических странах. Это движение, получившее за последние годы известность, благодаря лозунгу „открытых дверей“ (open-Door) для женщин во все без исключения области деятельности, где занят мужчина, потребовало отмены всех специальных мер по охране женского труда²⁾.

Этот пример наиболее наглядно показывает, насколько действительно диаметрально противоположным является положение женщины в условиях социалистического строительства сравнительно с тем, что имеет место в капиталистических условиях. У нас — перспектива дальнейшего развития творческих сил трудящихся женщин, при быстром изживании их культурной отсталости, в капиталистических условиях — беспросветное домашнее рабство при безжалостной эксплуатации.

¹⁾ Данные доклада Г. Н. Серебренникова на конфер. по женск. труду при НКТ РСФСР в январе 1933 г.

²⁾ См., напр., у L ü d e r s ' a „Wahrheit und Irrtum in der „Open-Door“-Bewegung“. По реф. в Zbl. f. ges. Hyg. 1931, B. 26, H. 1.

Однако, если внедрение женского труда не является для нас уже проблемой в силу своей решенности, то вопрос об отдельных профессиях и работах, с разбираемой точки зрения, несомненно должен возникать. Как правильно было отмечено тов. Медведевым в упомянутой его статье в „Известиях ЦИК“, вовлечение женщин в производство „нередко проводится без точного учета тех отраслей, в которых на женский труд имеется особый спрос, где он лучше прививается“. Имевшиеся среди ряда практических работников и в некоторых наших научно-исследовательских Институтах неправильные, буржуазно-либеральные, установки, сводившиеся к „охране женщин от труда“, сменились в отдельных случаях— в последние годы—стремлением направить женщин на все без исключения виды производственной деятельности, без учета особенностей женского организма. Так, кое-где были сделаны, напр., попытки допустить женщин в профессию сталевара, без изменений производственного процесса, на работу с некоторыми ядовитыми веществами, особое влияние которых на женский организм не вызывает сомнений и т. д. Едва ли нужно останавливаться на том, что такое чисто механическое уравнение женщин с мужчинами во всех видах труда совершенно нецелесообразно и не нужно. Полноценность участия женщины в социалистическом строительстве несколько не умаляется от того, если—в интересах охраны материнства—на некоторых, незначительных по количеству, работах женский труд не будет применяться впредь до проведения соответственно необходимых изменений условий труда. Одно из важнейших условий победы, выдвинутых тов. Сталиным,—правильная расстановка рабочей силы, является таким образом, и существеннейшей предпосылкой рационального использования женского труда. Все организации и в частности научно-исследовательские институты, работающие в области труда, обязаны помочь разрешению этой важной, хозяйственной и политической задачи. Детальный, тщательный анализ каждой профессии с точки зрения целесообразности использования в ней труда женщин, является основой всей этой работы. Бывшее в январе 1933 года совещание при Наркомтруде РСФСР показало, что во всем Союзе разнервута, в подобном разрезе, громадная работа, давшая уже много ценных указаний о возможности широкого применения женского труда даже в таких отраслях промышленности, как каменноугольная, металлургическая и пр. Ленинградский институт по изучению профессиональных заболеваний в течение 1932—33 г. также провел довольно большую работу по этому вопросу—в области судостроения, бумажной промышленности, электросварки и автотранспорта¹⁾. Задачей настоящей статьи и является краткое изложение методики и результатов этой работы.

2. Методика работы.

Прежде всего мы еще раз должны подчеркнуть, что работа может касаться лишь определенной конкретной профессии, намечаемой социаль-

¹⁾ Более подробное ознакомление с приводимыми в дальнейшем данными можно получить в работах Института (И. Г. Фридлянда, С. З. Костюковой, Н. Ф. Окуневой, М. А. Ковнацкого и др.), имеющих выйти в ближайшее время отдельным изданием.

ным заказом заводских или каких-либо иных организаций. При этом надо совершенно отчетливо различать две фазы работы: 1) изучение возможностей внедрения женского труда и 2) мероприятия, обеспечивающие закрепление женщин в профессии, признанной пригодной для внедрения.

А. Изучение возможностей внедрения женского труда.

Это решение базируется на более или менее подробном анализе разбираемой профессии, при чем этот анализ производится прежде всего, подчеркиваем, с *профессионально-гигиенической* точки зрения. Всякий иной подход (напр. с экономической стороны), до решения с указанной точки зрения, нам представляется нецелесообразной затратой сил и средств. Из чего же складывается этот профессионально-гигиенический анализ? Само собой разумеется, что прежде всего из оценки *санитарно-гигиенической* характеристики разбираемой профессии. При этом, конечно, мы не должны ограничиваться рассмотрением санитарной характеристики в узком понимании, т. е. только с точки зрения самого производственного процесса и окружающей рабочего среды, но нашему анализу, в случае надобности, должны подвергнуться и материалы о реакциях организма на воздействие тех или иных моментов работы. Что в санитарной характеристике должно привлекать наше внимание при наличии отдельных неблагоприятных элементов? Все ли возможные вредные моменты должны быть приняты во внимание в одинаковой степени при разборе соответственных условий труда? Несомненно, нет.

Те элементы работы, которые могут *одинаково* неблагоприятно повлиять на работницу, как и на рабочего, выделять нецелесообразно и принципиально недопустимо. Так, напр. шум, представляющий вообще в котельном цехе весьма важную профессиональную вредность, для целей, разбираемых в данной работе, не принимался во внимание. Возможность развития профессиональной глухоты у работницы, под влиянием этого шума, не угрожала бы ей, *сравнительно с мужчиной*, работающим в аналогичных условиях, никакими добавочными опасностями. Вместе с тем, мы, конечно, никоим образом не можем игнорировать те неблагоприятные моменты работы, воздействие которых действительно может поставить женщину в худшие условия, чем мужчину, вследствие *специфического* влияния на женский организм.

При современном уровне наших знаний это влияние может быть учтено почти исключительно с точки зрения угрозы воспроизводительной функции женщины, однако теоретически, во всяком случае, не могут быть исключены и другие возможности *специфических* реакций женского организма на воздействие того или иного вредного момента ¹⁾.

В практических же целях такими профессиональными вредностями, особое значение которых мы не можем игнорировать, являются:

1. Значительное мышечное напряжение.

¹⁾ Так, наприм., по данным нашего Института (неопубликованная еще работа Г. Д. Гринберга) проявления повышенной кровоточивости под влиянием бензола (носовые кровотечения) встречаются значительно чаще у женщин, сравнительно с мужчинами.

2. Значительное напряжение нижних конечностей.
3. Неправильное положение тела.
4. Значительное сотрясение.
5. Давление на область живота.
6. Некоторые виды травматизма (напр. падение с высоты).
7. Специфически действующие яды (напр. свинец).

Разумеется, что, при анализе какой-нибудь работы с точки зрения разобранных моментов, последним нужно придавать значение лишь в том случае, если они играют существенную роль в санитарной характеристике профессии. Комбинация нескольких неблагоприятных моментов заставляет быть особенно осторожными в своем решении.

Выделение указанных семи вредностей не должно быть понято таким образом, что мы игнорируем вообще все прочие элементы санитарной характеристики, а также и те бытовые условия, с которыми сопряжено пребывание в данной профессии. Однако, не забывая о взаимосвязанности всех этих моментов, в практических целях мы не считаем целесообразным затрачивать время и средства на анализ тех материалов, которые не могут иметь в *данном случае* самостоятельного значения. Самые благоприятные общесанитарные условия работы, при наличии *существенно-представленных* хотя бы некоторых из указанных семи неблагоприятных моментов, едва ли дадут право на безоговорочное допущение женщин в соответственную профессию. И обратно — отсутствие или незначительность этих вредностей в санитарной характеристике, даже на неблагоприятном общесанитарном фоне, позволит решить вопрос положительно, считая устранение соответственных неполадков одинаково необходимым для мужчин и женщин.

Как выше уже было отмечено, наша оценка профессий с санитарно-гигиенической точки зрения должна основываться не только на анализе производственного процесса и окружающей рабочей среды, но и на данных о соответственных реакциях организма. О последних мы можем судить не только по специальным клинико-физиологическим наблюдениям, но и по доступным материалам из области санитарной статистики труда.

В отношении женщин, для разбираемой цели мы обычно не можем рассчитывать на достаточно статистически-доброкачественный материал. С интересующей нас точки зрения, мы занимаемся как раз теми профессиями, в которых женский труд или совсем не применяется, или применяется в незначительной степени. Поэтому иногда можно воспользоваться материалами о какой-нибудь родственной профессии, в которой женщины уже представлены в значительном количестве. Нередко могут быть, при подобной работе, полезны данные о смертности, инвалидности, заболеваемости мужчин в разбираемой профессии. Напр., наличие большого количества грыж и „люмбаго“ при зафиксированном общем мышечном напряжении в санитарной характеристике работы конечно должно быть учтено при решении вопроса о целесообразности допущения женщин в соответственную профессию. Выявление указанных выше „некоторых видов травматизма“ должно базироваться, по возможности, не только на наблюдениях за условиями работы, но и на изучении фактического травматизма, хотя бы для мужчин, в разбираемой профессии и т. д.

Чаще всего однако мы должны пользоваться данными индивидуального наблюдения над отдельными — малочисленными представительницами анализируемой работы. И нужно подчеркнуть, что в ряде случаев подобные

наблюдения могут быть весьма результативными. Так, если мы узнаем, что в разбираемой профессии имеются хотя бы 1—2 женщины, уже работающие несколько лет без ущерба для своего здоровья, то в числе прочих моментов, склоняющих нас к положительному решению вопроса о применении женского труда на данной работе, это наблюдение может иметь также известное значение. И наоборот, мы конечно не вправе пренебречь указаниями, характеризующими отрицательное влияние разбираемой профессии на отдельных работниц. Не являясь вообще сторонниками индивидуально-клинических наблюдений, связанных с возможностью случайности, в данном случае мы не можем — по указанным соображениям — игнорировать их известное значение.

Для решения вопроса о *возможности* допущения женщин в конкретную профессию анализ санитарно-гигиенической характеристики является наиболее существенным компонентом. В некоторых случаях, однако, целесообразно этот анализ дополнить рассмотрением некоторых так называемых производственно-экономических показателей. Каково же значение подобным данным в разбираемой *стадии работы*? Нам представляется, что в данном случае эти показатели могут иметь значение некоторых подсобных материалов к санитарно-гигиенической оценке профессии в тех случаях, когда в анализируемой профессии применяется или применялся женский труд. По некоторым производственно-экономическим данным мы несомненно можем получить известное представление о степени освоения женщинами разбираемой профессии. Особенно ценные в этом отношении сведения могут быть получены при анализе данных: 1) о текучести, 2) о квалификации женщин, 3) производительности труда, 4) их производственно-общественной активности.

Малый отсев женщин, а также наличие в разбираемой профессии даже немногих работниц высокой квалификации, дающих высокую производительность труда, женщин-бригадиров и рационализаторов, премированных ударниц и пр., несомненно будет указывать на то, что женщина может освоить данную работу.

И, наконец в числе моментов, из которых слагается наше представление о профессии с разбираемой точки зрения, нужно отметить известное значение „мнения сведущих лиц“ — административно-технического персонала и рабочих. Особенно ценно и здесь может быть мнение положительного характера. К отзывам инженеров, мастеров и пр. о непригодности женщин к какой-либо профессии, как практика показывает, необходимо нередко относиться с большой осторожностью. Известная косность и „традиции“ играют иногда, при высказывании отрицательного мнения, большую роль, чем фактическое положение дела.

Таким образом, наш анализ слагается в основном из данных санитарно-гигиенических, производственно-экономических и только что отмеченных субъективных показателей.

На основании этого анализа мы подходим к самой ответственной части работы — к практическому решению вопроса о применимости женского труда в разбираемой профессии.

При этом возможны следующие 3 основных ответа:

1. Женский труд допустим безусловно.

2. Женский труд может быть допущен при определенных условиях и
3. Женский труд не может быть допущен в данной технико—производственной обстановке.

Порядок этих ответов определяет и последовательность наших возможных решений. Т. е., прежде всего мы должны остановиться на возможности первого ответа, который, очевидно, мы можем дать во всех тех случаях, когда нет никаких препятствий к применению труда женщин на данной работе уже в настоящее время, при имеющихся технико производственных условиях.

Если же в санитарной характеристике профессии имеются еще неблагоприятные моменты, препятствующие безусловному внедрению женского труда, необходимо проанализировать те условия, при которых возможно допустить женщин на данную работу. При этом применимость женского труда может быть обусловлена:

- а) изменением общих условий работы в данной профессии в результате соответственных гигиенических или рационализаторских мероприятий,
- б) проведением специальных мер по охране женского труда,
- в) организацией медицинского подбора женской рабочей силы и
- г) проведением динамических наблюдений над женщинами, допускаемыми в профессию в виде опыта.

Особенно актуальной представляется разработка специальных гигиенических или рационализаторских мероприятий в целях *преодоления* соответственных профессиональных вредностей. При этом, должны быть учтены самые разнообразные возможности оздоровления условий работы или такой ее организации, которые обеспечивали бы широкое применение труда женщин в данной профессии. Назовем только некоторые из мероприятий этой категории: механизация переноски и перевозки тяжестей, герметизация производственного процесса, связанного с попаданием в воздух какого-нибудь ядовитого (особенно для женщины) вещества, рационализация рабочего места и т. д.

Если в силу каких-либо причин—подобное изменение общих условий труда невозможно, то, как показывает практика, женский труд иногда может быть допущен при проведении некоторых специальных мер по охране женского труда. В ряде случаев эти меры уже предусмотрены нашим законодательством, как напр. регламентация допустимого для переноски и перевозки груза, в отдельных же случаях необходимы специальные конкретные указания, нередко весьма своеобразные. К числу условий этой категории могут быть отнесены, напр., предоставление женщинам особой спецодежды (мужской) при работах, связанных с опасностью травматизма, обязательное включение в бригаду одного или двух мужчин для выполнения более тяжелых работ и т. п.

Если из условий работы нельзя пока—в силу каких-либо причин—устранить отдельные неблагоприятные моменты, то в некоторых случаях целесообразно, путем предварительного осмотра, подобрать состав работниц, неспособных воздействию известной вредности.

Так, напр., интересной работой Гос. Научного Института Охраны Труда¹⁾ (теперь ВЦИОЭОУ) установлено, что для женщин с нормальной ante flexio uteri

¹⁾ „Женский труд“. Труды и материалы Гос. научног ин-та Охраны труда, под ред. проф. С. И. Каплуна.

можно считать допустимым подъем груза до 20 кг. Между тем у лиц с отклонениями в этом отношении (напр. *retroversio-flexio uteri mobilis*) гистерограф регистрировал значительные отклонения в положении матки уже при грузе в 10 кг, Своевременное отстранение женщин с соответственными отклонениями от подобной вредной — только для них — работы представляется нам совершенно целесообразной мерой.

Само собой разумеется, что включение той или иной профессии в число подлежащих такому обязательному медосмотру должно основываться на достаточно веских профпатологических соображениях. И конечно, недопущение „больной“ женщины в соответственную профессию может базироваться лишь на абсолютных противопоказаниях, учитывающих только специфическое влияние отдельных неблагоприятных моментов на женский организм.

В некоторых случаях, как выше отмечено, женский труд может быть допущен в виде опыта. Это решение мы вынуждены принимать во всех сомнительных случаях. Необходимость организации при этом особо тщательного наблюдения за работницами (небольшой группой) очевидна. Нужно отметить, что, в связи с введением у нас на производстве многих новых химических веществ, часто мало изученных в токсикологическом отношении, подобное временное решение может иметь место сравнительно нередко.

И наконец, иногда мы вынуждены признать, что женский труд не допустим при данных технико-производственных условиях (без коренных изменений производственного процесса).

Разумеется, что наша оценка конкретной профессии с точки зрения возможности применения женского труда не может быть стабильной. Изменения технологического процесса, проведение оздоровительных мероприятий, изменения уровня наших профпатологических знаний — все это может менять, и при том радикально, наше решение. Но возможности этого решения повидимому полностью укладываются в рамках тех ответов по разбираемому вопросу, которые только что были нами освещены.

Б. Мероприятия по закреплению женского труда в профессии

Положительное разрешение вопроса, хотя бы и условное, о возможности допущения женщин в разбираемую профессию обязывает перейти ко второй стадии работы, имеющей целью обеспечить достаточно благоприятные условия для применения женского труда. Практическому включению женщин в число работающих должен предшествовать ряд весьма существенных мероприятий. Из числа последних наиболее важным по своему значению, несомненно, является все то, что направлено к подготовке бытового обслуживания женщин (ясли, очаги, снабжение и пр.). И если выше мы отмечали, что, при анализе вопроса о возможности допущения женщин в профессию, мы должны обращать исключительное внимание на технико-производственные элементы работы, то в настоящей стадии, когда имеется в виду закрепить женский труд, роль бытовых условий неизмеримо велика.

Очень важным элементом подготовительной фазы разбираемой работы является своевременная *подготовка женских кадров*. Нужно отметить, что эта подготовка, в большинстве случаев, несомненно, должна требовать несколько больших усилий и внимания сравнительно с соответственной

работой среди мужчин, имеющих чаще, чем женщины, некоторый производственный опыт. Недостаточное понимание этих особенностей в деле производственного обучения женщин несомненно приводит иногда к выпуску недостаточно квалифицированных работниц на производство, их слабому освоению профессии, а следовательно и к ошибочному выводу „о нецелесообразности применения женского труда на данной работе“.

В тех случаях, когда это указано, в подготовительную работу должны войти проведение гигиенических и рационализаторских мероприятий или организация предварительного медосмотра.

Таким образом, подготовка бытового обслуживания и кадров, проведение необходимых гигиенических и рационализаторских мероприятий на производстве и организация в некоторых случаях предварительного медосмотра должны обязательно предшествовать практическому включению женщин в число работающих. Такая подготовительная работа действительно обеспечит благоприятные условия для освоения женщиной намеченной профессии. И, наконец, применение женского труда на такой работе должно в течение известного времени сопровождаться проверкой его производственной эффективности и гигиенической целесообразности. Опыт должен нам показать рациональность или нерациональность направления женщин в ту или иную профессию.

В. О применении методики.

Разобранная нами схема является результатом практической работы Института в нескольких отраслях промышленности. Часто мы не располагали всеми нужными материалами, а иногда многое из указанного и не было даже фактически нужно. Единственно, без чего мы никогда не можем обойтись при анализе—это без данных санитарной характеристики профессии. В практических целях—только составленная санхарактеристика работы нередко дает *достаточно* материала для решения о возможности применения женского труда. Во всех же сколько-нибудь сомнительных случаях приходится обращаться ко всем прочим доступным источникам, которые выше были отмечены.

3. Некоторые данные об эффективности применения женского труда.

Пользуясь приведенной методикой, Ленинградский институт по изучению профессиональных заболеваний убедился, что имеется ряд квалифицированных профессий, вполне доступных для женщины и в которых женский труд не применялся или применялся в незначительной степени. Так, напр., из проанализированных тщательным образом 25 профессий бумпромышленности все эти работы, иногда при некоторых условиях, оказались подходящими для применения женского труда. Из 30 просмотренных специфических профессий судостроения в 14 случаях было также признано возможным внедрить женский труд после проведения некоторых простых мероприятий. В ряде случаев, когда расстановка женской рабочей силы представлялась целесообразной, Институт имел возможность убедиться в меньшей производительности и экономической эффективности женского труда сравнительно с мужским. Не имея возможности

останавливаться на всех имеющихся материалах, приведем лишь некоторые, наиболее любопытные, данные.

А. Заболеваемость

Анализируя самые разнообразнейшие профессии с интересующей нас точки зрения, мы обратили внимание, что в ряде случаев, вопреки существующему мнению, заболеваемость женщин не превышает соответствующих данных для мужчин, а нередко дает даже более низкие цифры. Так, по судостроительному заводу им. Марти оказалось, что рабочие и работницы из профессии болтореза пропустили по болезни с 1/1 по 1/VI 32 г. (число дней на 100 человек каждого пола):

мужчины	1083,2
женщины	1033,4

Т. е. женщины-болторезы давали даже меньшую заболеваемость, чем мужчины из этой профессии. Сравнение соответствующих цифр для вагоновожатых (без родов и аборт) также показало, что женщины дают не худшие показатели, чем мужчины. По полученным нами сведениям из Ленграмвая за 1932 г., число пропущенных дней по болезни среди работавших в указанной профессии равнялось (на 100 человек каждого пола):

мужчины	2881,0
женщины	1933,0

Любопытно, что нередко женщины дают меньше невыходов по болезни на работу, чем мужчины, даже при включении в число пропущенных дней и потерянного рабочего времени из-за специфических для них причин (роды и пр.). Так, напр., для одних и тех же работ, на которых были представлены лица обоего пола на Ленинградской писчебумажной фабрике им. Горького, оказалось, что из-за болезней, включая роды, было пропущено (в %/о к отработанным чел. дням):

	1931 г.	1932 г. (I-я пол.)
Женщинами	6,6	5,0
Мужчинами	7,1	5,6

Наоборот, там, где женщина оказывается на неподходящей для нее работе, мы обычно встречаем сравнительно высокие показатели заболеваемости. Так, на упомянутой уже фабрике им. Горького Институтом была обнаружена „специфически женская“ профессия браконосок—чрезвычайно несложная работа, заключающаяся в уборке помещения и бумажных машин от бумбрака, с последующей переноской и подачей его к бегунам. В санитарной характеристике этой профессии должны быть отмечены значительное физическое напряжение, неправильное положение тела и давление на область живота. И в 1931 и в I-м полугодии 1932 г. браконоски давали заболеваемость, превышавшую среднюю для женщин всех обследованных профессий. Среднее число пропущенных дней в месяце по болезни равнялось (на 100 работниц):

	1931 г.	1932 г.
Браконоски	206,25	106,6
Средняя д/всех профессий . . .	107,9	98,1

Сравнительно нередко для женщин оказывается неподходящей только определенная разновидность той или иной профессии. Так, напр., Институт высказался за допущение, в порядке опыта, женщин в качестве шоферов на легковые автомашины и грузовые небольшого тоннажа, дав отрицательное заключение по поводу грузовиков с грузоподъемностью выше 1½ тонн. Это решение основывалось на данных об интенсивности сотрясения при езде на различных автомашинах, степени применяемого физического напряжения, а также и на той патологии, которая была обнаружена у женщин шоферов при разных типах автомашин. Так, наприм., воспалительные процессы в области женской половой сферы были обнаружены:

Среди работавших на грузовых машинах в 11,9% случаев.	
„ „ на легковых „ „	0,0

Уже приведенные примеры, число которых можно было бы продолжить, показывают, что внедрение женского труда, рационально проводимое, ни в коей мере не может являться этиологическим моментом повышения заболеваемости. Последнее лишь нередко является результатом нерационального распределения рабочей силы вообще, а женщин-работниц, в частности.

Отмеченные благоприятные данные о заболеваемости в ряде случаев сочетались и с вполне благополучными показателями технико-экономического порядка, что показывало на освоение женщинами иногда совершенно новых для них профессий.

Б. Производственно-экономические показатели.

Текучесть и прогулы. При правильной расстановке рабочей силы мы вправе ожидать и уменьшения текучности; и действительно, сравнивая соответственные показатели для мужчин и женщин в одних и тех же профессиях, мы на фабрике им. Горького обнаружили, что среди работниц имела место меньшая текучесть, чем среди рабочих. Так, напр., в бумажном отделе во 2-м квартале 1932 г. — на каждые 100 человек — коэффициенты текучности равнялись 5,3 — для мужчин и 3,7 — для женщин. В отношении текучности электросварщиц, сравнительно с электросварщиками, были получены следующие данные (на заводе „Электросила“ за только что указанный промежуток времени).

мужчины	2,96%
женщины	0,75%

В отношении труддисциплины женщины, по сравнению с мужчинами, дают также лучшие показатели. При изучении числа прогулов в 3-м квартале 1932 г. для упомянутых категорий рабочих на ф-ке им. Горького выявилось следующее (в ‰ по отношению к средн. списочному составу рабочих каждой группы):

	Прогулы	
	по уваж. причинам	по неуваж. причинам
Мужчины	1,5	3,3
Женщины	1,2	2,4

Т. е. наибольшая разница—в пользу женщин—отмечается в отношении прогулов по неуважительным причинам. Для тех же профессий, где женский труд применяется нерационально, мы обнаружили иные данные. Так, напр., уже выше выделенные—в этом отношении—браконоски бумажной фабрики дали наивысший процент взысканий среди прочих профессий: во 2-м квартале 1932 г. на представительниц этой профессии были наложены взыскания в 5,2% случаев при средней соответственной цифре в 2,1%. Текучесть и прогулы по неуважительным причинам на данной работе были весьма значительны, превышая по частоте средние величины.

Производительность труда. Вопрос о непосредственной производительности женского труда по сравнению с мужским—на одних и тех же работах—представляет наибольший интерес и имеет решающее значение в данном случае. Имеющиеся в распоряжении Института материалы также представляются достаточно показательными. Сравнивая в этом отношении разметчиков и разметчиц судостроительного завода им. Марти, отнесенных по квалификации к 3-му разряду, выяснилось, что и в IV квартале 1931 г. и в 1-м квартале 1932 г., средний часовой заработок женщин был даже несколько выше, чем у мужчин. Так, для мужчин—по кварталам—соответственные цифры выражались в 90 и 104,3 коп., а для женщин—108,6 и 110,9 копеек.

На пилебумажной фабрике мы имели возможность сравнивать производительность мужских и женских бригад в одной и той же профессии бобинщика с февраля по июнь 1932 г. Принимая производительность мужчин в каждом месяце за 100, мы получили для бригад, состоящих из работниц, нижеследующие проценты выполнения в течение указанного периода времени: 98,0—106,6—102,0—97,0—97,0. Т. о., производительность труда бобинщиц в общем была не ниже, чем у бобинщиков. Проводя хронометражные наблюдения над рабочими и работницами этой профессии, при одинаковой квалификации, мы обнаруживали и одинаковую среднюю выработку в час у мужчины и женщины (540 кг.). В отношении же брака у рабочего оказались даже худшие показатели, чем у работницы. В пределах равной продолжительности рабочего времени процент брака у мужчины равнялся 0,90, а у женщины 0,31%.

При сравнении производительности труда сдельщиков электросварщиков, поскольку об этом можно судить по зарплате, получаемой за перевыполнение норм, женщины давали высокие показатели. Так в 1933 г. получили сверх тарифных ставок (в % к зарплате по тарифу):

	Январь	Февраль
Мужчины	24,8	21,8
Женщины	32,8	24,7

Женщины—шоферы давали меньшую аварийность, чем мужчины. Так, на 100 шофферов в 1932 г. было аварий:

	Мужчины	Женщины
По автобазе связи	38,6	10,0
Гараж Ленкомтранс № 1	23,5	10,0

Таким образом производственно-экономические показатели, указывают несомненно, на высокую эффективность женского труда.

В ы в о д ы.

Не имея возможности более подробно останавливаться на всех имеющих в нашем Институте материалах по разбираемому вопросу, все же нужно признать и приведенные данные достаточно убедительными. Там, где женский труд используется правильно, на подходящем месте, там мы видим и высокую производительность труда и высокое качество работы без вреда для здоровья вообще и для материнских функций в частности. Таким образом, как уже было отмечено, наша работа по внедрению женского труда фактически является частью той громадной работы, которую мы ведем по линии рационального распределения всей, в том числе и мужской, рабочей силы. В отношении женщин важность этой правильной расстановки только особенно ярко оттеняется.

В заключение несколько слов о задачах в области внедрения женского труда на ближайшее время. Помимо закрепления втянутых в производство женщин, основной задачей, несомненно, должно явиться поднятие их технической квалификации. Несмотря на выявленную ценность, женский труд до самого последнего времени преимущественно используется на неквалифицированных и малоквалифицированных работах. Между тем, закрепление женщины на квалифицированных работах имеет огромное значение в силу следующих причин, совершенно правильно зафиксированных в основном докладе на совещании при НКГ РСФСР по женскому труду: „Во 1-х, оно отвечает важнейшей потребности народного хозяйства в квалифицированных кадрах; во 2-х, приобщение к квалифицированному труду и к определенной профессии прочнее закрепляет женщину на производстве вообще; в 3-х, участие на квалифицированных работах создает наиболее благоприятные санитарно-гигиенические условия для применения женского труда, в виду того, что оно связано с меньшим физическим напряжением и в 4-х, изжитие квалификационного неравенства женщины и мужчины является необходимой предпосылкой осуществления подлинного равенства мужчины и женщины вообще“.

Успешное разрешение поставленных задач требует мобилизации широкой советской общественности вокруг этой важнейшей работы. При этом особенно большую роль должен сыграть женский рабочий актив, который должен быть застрельщиком в деле внедрения женского труда. И наконец, научно-исследовательские Институты, как гигиенические так и технико-экономические, не должны ослаблять свое внимание к этому вопросу.

Наша успехи в прошлом являются залогом выполнения поставленных задач в области женского труда и в ближайшем будущем.

Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Из терапевтической клиники Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани и из клиники лечебного питания Ин-та общественного питания. (Директор проф. Р. И. Лепская)

Бессолевая диета в лечении гиперацидных гастритов и язв желудка.

Асс. Э. Р. Могилевский, В. Л. Рапиговец, аспирант Д. Е. Потехин, И. Е. Медведева.

Безуспешность лечения hyperaciditas дала повод Во а s'у говорить, что „до сих пор не существует ни диететического, ни физического, ни медикаментозного лечения, способного длительно понизить кислотность“. Не менее скептически звучат слова Bergmann'a, который, перечисляя бесконечное количество методов лечения ulcus'a и с иронией отмечая равную „эффективность“ этих бесчисленных способов, заканчивает эту главу восклицанием: *difficile est sat: iam non scribere* (трудно не написать сатиру). Подавляющее большинство диететических и других методов лечения (диеты Leube, Lenhartz'a, Яродского, Boas'a, Strauss'a, Coleman'a, Smithies'a, Kalk'a и др., лечение маслом по Conheim'у, массивными дозами висмута, недавно предложение лечить слизью и ряд других) направлены только на больной орган без учета тех сложных процессов, которые разыгрываются по ту сторону слизистой желудка. Между тем, уже накопилось достаточно много экспериментальных и клинических фактов, которые вскрыли ряд связей, взаимодействий, существующих между желудком и другими органами и системами.

Эти экстрагастральные факторы, роль которых в физиологии и патологии желудка особенно выявлены работами последних 10-15 лет, послужили толчком к появлению новых теорий патогенеза и новых методов лечения ulcus'a и hyperaciditas. Эти методы, не устраняя и не умаляя значения местного лечения самого желудка, все же переносят центр тяжести терапевтического воздействия на внутреннюю перестройку (*Umstimmung*) всего организма. Иллюстрацией подобного подхода к лечению ulcus'a и hyperaciditas является рентгенотерапия, протеинотерапия, органотерапия (инсулин и препараты гипофиза), массивное ошелачивание, направленное на изменение кислотно-щелочного равновесия и те диеты, которые имеют целью воздействие на желудок путем изменения обмена веществ. К числу последних относится бессолевая диета.

Указания на желательность ограничения соли имеются в большинстве предложенных диет, но это ограничение базируется только на сокогонном действии NaCl, а вовсе не имеет в виду оказать какое-нибудь влияние на хлорный обмен; в этих диетах ограничение соли является не стержневой идеей, а лишь одним из второстепенных лечебных факторов. В бесхлорной же диете, ограничение соли как раз является основной руководящей идеей. Она представляет собою попытку понизить секрецию, кис-

лотность и воспалительные явления путем воздействия на экстрагастральные факторы. Экспериментальные и клинические наблюдения показали, что секреция желудка подавляется не только при процессах, прямо поражающих железистую паренхиму желудка, но и при тех заболеваниях и экспериментах, которые создают хлорный дефицит в организме и этим затрудняют мобилизацию хлора из тканей и крови в разгаре секреторной работы желудка.

С другой стороны, бессолевая диета, согласно данным Noorden'a, действует обезвоживающим образом на ткани, особенно находящиеся в состоянии воспалительного набухания и отечности, а обеднение тканей солью приводит к относительному перевесу кальция. Все эти свойства ахлорной диеты должны создать предпосылки для благоприятного течения и ослабления воспалительных изменений слизистой желудка, являющихся причиной ее повышенной возбудительности, чувствительности и рефлекторно возникающих изменений секреторной и двигательной работы желудка. Подобное антифлогистическое действие ахлорной диеты отмечено не только при заболеваниях желудка, но и при воспалительных заболеваниях кожи, легких, суставов и других органов.

Мысль о лечении повышенной кислотности ахлорной диетой не нова. „Этот вопрос неоднократно поднимался, но снова снимался с порядка дня“ (Katsch). Так, еще в 1886 г. Gahn показал, что, при свободной от NaCl пище, желудок постепенно перестает отделять HCl. Enriquez и Ambard (1910 г.) отмечают хорошее влияние на кислотность строго проведенной бессолевой диеты; то же наблюдал и Richarz (1912 г.) Noorden и Salomon (1920 г.) указывают, что слабое ограничение соли в диете не дает стойкого понижения кислотности и только при строгой бессолевой диете, проведенной в течение 2-3 недель, кислотность уменьшается довольно значительно. Хотя при обратном переходе на менее строгое ограничение соли кислотность быстро начинает нарастать, она не во всех случаях доходит до прежних величин, и до восстановления исходной кислотности должно пройти несколько недель. Katsch (1932 г.), комбинируя строжайшую бессолевую диету с откачиванием желудочного содержимого, наблюдал сильное влияние такого обесхлоривания не только на секрецию, но и на хлориды крови и кислотно-щелочное равновесие. Согласно данным Katsch'a, суперсекреция исчезает при этом так, как ни при какой другой диете.

Однако, мнение о столь благоприятном влиянии ахлорной диеты на секрецию и кислотность разделяется далеко не всеми. Rosetann (1911), вызвав у собак понижение кислотности и даже прекращение отделения желудочного сока только после удаления 20% запасного хлора, приходит к заключению, что „бедной солью диетой нельзя добиться сколь-нибудь значительного обесхлоривания организма“. Leo, в первый период после перехода на строгую бессолевую диету, наблюдал даже подъем кислотности, хотя в дальнейшем все же наступило понижение. Тем не менее он не считает бессолевую диету подходящей при лечении hyperaciditas. Morawitz и Strauss также не придавали бессолевой диете большого практического значения, хотя последний в своих новейших работах уже считает ее вполне пригодной и полезной при целом ряде заболеваний желудка.

Langhans и Sommer (1930 г.) приходят к выводу, что навряд ли возможно удалить хлор из организма бессолевой диеты. Но эти выводы из кратковременных опытов (одни сутки) не доказательны для оценки результатов длительного применения бессолевой диеты. Eimer (1930 г.) считает, что бессолевая диета, проводимая в виде Rohkost, не только не уменьшает, но в большинстве случаев даже повышает кислотность. Однако он и сам объясняет подобные результаты давно установленным (Bickel, Лепорский, Gehlen и др.) сокогонным действием сырых овощей и фруктов. Содержание и выводы работы Eimer'a не соответствуют ее названию (Kochsalzarme Ernährung und Magensaftsecretion); они не приложимы к бессолевой диете в собственном смысле этого слова, ибо последняя и Rohkost—это 2 далеко не равнозначущие понятия.

Отсутствие единодушия в вопросе о действии бессолевой диеты на гиперацидиков и ulcus, сравнительная простота и доступность этого метода и стремление подойти к лечению этих состояний путем воздействия на экстрагастральные факторы оправдывают предпринятую нашей клиникой, совместно с клиникой лечебного питания, попытку изучения влияния бессолевой диеты на гиперацидиков и больных с язвой желудка и 12-ти перстной кишки.

При построении диеты мы, главным образом, стремились создать максимально обессоленный режим: остальные свойства диеты были подчинены этой руководящей установке. С другой стороны, мы учитывали ее доступность, легкость приготовления и возможность проведения при амбулаторном лечении.

Диета в основном состояла из круп и мучных продуктов, вареных и протертых овощей и сухих фруктов; два раза в шестидневку давалось рубленое мясо. За время наблюдения б-ные не получали медикаментов.

Лечение начиналось со строгой бессолевой диеты—диета № 1 с содержанием соли от 0,8 до 1,5 в суточном рационе (строгая форма по Strauss'y). Через 2-3 недели назначалась вторая ступень—диета № 2—с содержанием соли около 3,5, причем в целях упрощения проведения диета мало перестраивалась, но на руки давалось 2,0 соли (главным образом, для подсаливания супов, которые плохо переносились). На этой ступени больные оставались 2-3 недели, затем, после выписки из клиники, они переводились на 3-ю ступень. Наибольшие затруднения при проведении бессолевой диеты создает хлеб, т. к. количество содержащейся в нем соли обычно варьирует в широких пределах. Поэтому, для тщательного проведения бессолевого режима и строгого учета солевого баланса, мы давали хлеб, выпекаемый без соли. За единичными исключениями б-ные хорошо переносили диету № 1. Те же больные, которые привыкли к большим количествам соли и в начале плохо переносили эту ступень диеты, в дальнейшем тоже привыкли к ней и, подобно другим, переносили ее без особых неприятных ощущений и при полном сохранении хорошего аппетита. Хуже всего переносились супы, что заставило нас чаще давать фруктовые супы. Вкусовые качества пищи являются самым большим препятствием на пути длительного проведения строгой бессолевой диеты. Отсутствие искусственных солевых смесей, предложенных для сдабривания пищи и замены соли, компенсировалось нами соответствующей кулинарной обработкой (запеканки из круп и картофеля, пудинги из хлеба и круп, сдабривание сахаром и грубосортной поваренной, а в отдельных случаях, где это хорошо переносилось, даже корицей). Подобные отклонения, обычно не принятые в лечении данных заболеваний, допускались нами только потому, что все внимание было акцентировано на бессолевом компоненте этой диеты. Katsch (в работе, опубликованной, когда наши наблюдения уже подходили к концу) также указывает, что „вопросы механической обработки пищи и выбор отдельных продуктов, с точки зрения их слабого сокогонного действия не в такой степени должны обращать на себя внимание, как это до сих пор принято в обычных методах лечения ulcus'a“.

Методика исследования: исследовалось жел. сод. фракционным методом по К а zsch'у и Кalk'у с определением HCl, общ. кислотн. и хлоридов; исследованы хлориды крови и мочи. После предварительного исследования (3-4 дня) и установления солевого баланса при обычной диете, б-ные переводились на диету № 1. Ежедневно измерялся диурез, количество выпитой жидкости и определялось количество хлоридов, выведенных с мочей за сутки. Проводился систематический контроль за весом б-ных. Перед переводом на диету № 2, после диеты № 1, а в ряд случаев и на протяжении той или другой диеты повторно исследовались хлорид крови и желудочное содержимое. Ряд больных прослежен после выписки из клиники.

Всего под нашим наблюдением было около 40 б-ных, из них 28 удалось исследовать несколько раз и держать под наблюдением более продолжительные сроки. Преобладали мужчины, б. ч. рабочие химических и механических производств. Из 28 длительно прослеженных—13 с кислотным гастритом, 15—с язвой желудка (диагноз каждого случая подкреплён исследованием по Бергу или рельефа желудка). Длительность заболевания от 5 до 15 лет. Большая часть язвенных б-ных проделала в прошлом систематические курсы лечения, как в клинике, так и в диетстоловых, часть лечилась и на курортах, 2 оперированы (у одного из них установлен *ulc. peptic. jejuni*). До лечения у б-ных обеих групп наблюдалась резкая гиперсекреция и значительно повышенная кислотность как натощак, так и после пробного завтрака. Тип кривых в части случаев на поминал Klettertyp и другие разновидности гиперацидных и гиперсекреторных кривых, приближаясь к описанным Rehfuß'sом „persistent hyperacidity“ или ко 2-й группе по Katsch'у и Kalk'у (крутой и высокий подъём, быстрое достижение максимума, длительная секреция). Опорознение в большей части случаев ускоренное.

После перехода на строгую диету № 1 начинается быстрое падение количества выделяемой с мочей NaCl. Если до назначения диеты количество NaCl, выделяемой за сутки, колебалось от 10,0 до 22,0 (в среднем 15,0), то уже в первый день ахлорной диеты оно падало до 7,0—6,0 и ниже, а в ближайшие 4-5 дней доходило до 1,0—1,5 в сутки, т. е. равнялось или очень незначительно превышало количество вводимой с диетой соли. Путем подобной гипохлорурии организм ограничивает расходование своих хлорных запасов, необходимых для обеспечения наиболее жизненно-важных участков хлорного обмена. Но, так как до установления солевого баланса на принудительно низком уровне выведение соли в течение нескольких дней превышает ее поступление, организм успевает потерять известное количество соли из своих запасов. Эти потери обнаружены нами абсолютно у всех больных, причем в отдельных случаях они довольно значительны (до 20,0).

Одновременно с гипохлорурией устанавливается резко положительный диурез. Отношение количества мочи к количеству выпитой за сутки жидкости доходило до 200% и выше, колеблясь в среднем в пределах 160-180%. Уже вскоре после перевода на диету № 1 начиналось надевание веса, которое, по мере проведения диеты, либо нарастало, либо оставалось на определенном уровне, ниже которого вес уже дальше не падал. Падение веса доходило в отдельных случаях до 2 и даже 3 к-ло (в среднем 1,5 к-ло). После перехода на менее строгую диету № 2 количество NaCl, выделяемое с мочей, в течение нескольких дней (в среднем 5-6) продолжает оставаться на низких цифрах. Солевой баланс в течение этих дней положительный и в организме ежедневно задерживает-

ся 1,5—2,0 соли. Эта задержка соли и устанавливающееся в этом периоде заметное уменьшение диуреза делают понятным и тот подъем веса, который отмечается в большей части случаев. Этот подъем веса после перехода на диету № 2 вполне компенсирует начальное падение веса, которое не должно смущать при проведении данной диеты. Колебания веса лишь отражают колебания в водно-солевом балансе; на субъективных ощущениях б-ных это ничем отрицательным не сказывалось.

Отмеченные выше изменения со стороны диуреза, веса и хлоровыделения, доказывая несомненное обезвоживающее действие строгой ахлорной диеты, заставляют в то же время думать и о некотором влиянии на хлорный обмен. Последнее предположение получает подтверждение в изучении хлоридов крови.

После диеты № 1 мы могли констатировать уменьшение хлоридов крови во всех случаях. Правда, в отдельных случаях это снижение было весьма незначительным, но это наблюдалось как раз там, где и остальные показатели мало изменялись. В большинстве же случаев хлориды крови давали заметное снижение, хотя они все же не спускались ниже нормального уровня. В отдельных, особенно демонстративных случаях, где они до лечения были сильно повышены, наблюдалось уменьшение на 140 mg. ‰. В группе язвенных б-ных разница между хлоридами крови до и через 2-3 недели после диеты № 1 колебалась от 44 до 137 mg. ‰, давая в среднем уменьшение на 64,5 mg. ‰, в группе hyperaciditas от 50 до 150 mg. ‰, в среднем 73,5 m ‰. Это снижение хлоридов крови, хотя не столь резкое, но все же закономерное, обнаружилось известную устойчивость и после перехода на менее строгую диету № 2. Так, в обеих группах, больше чем в 1/2 случаев, хлориды крови сгавались на пониженном уровне, достигнутом после строгой диеты, в части случаев они даже еще больше снизились, а в нескольких случаях они, хотя и повысились, но все же не дошли до исходных величин.

Изменение хлоридов мочи и крови не могли не отразиться на количестве хлора, доставляемого желудку. И действительно, вычисляя в каждом случае валовое количество хлора в содержимом желудка натощак и в Nachsecretion (желудочное содержимое, добываемое в течение приблизительно часа после исчезновения пробного завтрака), мы могли убедиться, что, несмотря на неизменность или лишь незначительное понижение ‰ хлоридов, общее количество хлора в содержимом желудка определенно уменьшалось. В содержимом желудка натощак, в группе ulcus'ных б-ных уменьшение наблюдалось в 69% случаев, а в группе hyperaciditas— даже в 76%; это уменьшение колебалось от 0,48 до 2,0. После диеты № 2 валовое количество хлора несколько увеличилось, но оно все же в подавляющем большинстве случаев было меньше, чем до лечения. Сходные результаты дали и валовые количества хлора в Nachsecretion, при чем и здесь наиболее выраженным и стойким это изменение было в группе hyperaciditas, где стойкое уменьшение наблюдалось в 85% всех случаев.

Таким образом, резкое и достаточно длительное (в указанных выше сроках) ограничение подвоза соли, проводимое в виде строгой бессолевой диеты, не проходит бесследно для организма и сопровождается у большей части гиперацидных и ulcus'ных б-ных определенными сдвигами в водно-солевом хозяйстве организма, т. е. оказывает несомненное влияние на экстрагастральные факторы секреции.

Как же отразились на состоянии и функциональной деятельности желудка отмеченные выше изменения обмена соли и воды?

Наиболее общепринятым, нередко главным критерием, применяемым для оценки результатов какого-нибудь метода лечения *ulcus'a* и гиперацидного гастрита, является величина кислотности до и после данного метода лечения. Крайняя изменчивость и непостоянство этого показателя, происходящие от того, что кислотность отражает не только секреторную, но и двигательную работу желудка и ряд других его функций (отделение слизи, экскреторную функцию), объясняют ту пестроту и разноречивость, которые существуют в литературе по поводу любого метода лечения, изучаемого только путем сравнения величины кислотности. Мы приводим ниже данные об изменении величины кислотности только как один из моментов, иллюстрирующих влияние бессолевой диеты на организм, считая, что другие критерии, в частности изменения количества сока натощак и в *Nachsecretion* имеют для оценки действия данной диеты не менее существенное значение, чем величина кислотности. Мы знаем, что гиперсекреция сама по себе, даже и без сочетания с *hyperaciditas*, а тем более в комбинации с ней, как у наших б-ных, является источником целого ряда мучительных субъективных жалоб. Эти симптомы исчезают не столько от лечения *hyperaciditas*, сколько от устранения гиперсекреции. Прекрасным примером, иллюстрирующим это положение, является „гастроэнтеростомия, как болезнь“. Мучительные жалобы наблюдаются у этих б-ных при нормальной и даже пониженной кислотности и исчезают только после того, как операция дегастроэнтеростомии устраняет первоисточник этих жалоб—резкую гиперсекрецию, с другой стороны, гиперсекреция натощак и после исчезновения пробного завтрака, иначе говоря, гиперсекреция на пустой желудок, судя по работам *Büchner'a* (из школы *Aschoffa*) и *Silbermann'a*, играет немаловажную роль в патогенезе так наз. „пептического гастрита“ и даже настоящей *ulcus peritum*.

Вот почему особый интерес приобретают результаты влияния бессолевой диеты на секрецию. Количество сока, добытого натощак, во всех случаях, за исключением 4-х, обнаружило после диеты № 1 отчетливо выраженную тенденцию к уменьшению. Это уменьшение только в единичных случаях было незначительным, в большинстве же случаев, особенно там, где до лечения была резко выраженная гиперсекреция, количество сока натощак уменьшилось значительно (на 65—110—210 к. с.). Особенно разительным это уменьшение было в одном случае *ulcus'a*, где количество сока натощак с 720 к. с. снизилось до 140 к. с. и стойко удержалось на достигнутом уровне и после диеты № 2. В одном из случаев, не давших понижения, речь шла о стенозе *pylorus* на почве *ulcus'a*, где нарастающие затруднения эвакуации служили прямым показанием к операции. В другом случае после диеты № 2 все же получилось снижение. Тенденция к сохранению уменьшенного количества сока натощак осталась в большей части случаев (в 69 % у гиперацидиков и в 60% у *ulcus'ных* б-ных) после менее строгой диеты № 2, причем в одних случаях наблюдалось даже дальнейшее уменьшение, в других сохранился уровень, достигнутый после диеты № 1, и, наконец, в части случаев, хотя и наблюдалось увеличение по сравнению с периодом строгой диеты, количество сока все же было ниже исходных величин.

„Последовательная секреция“ (Nachsecretion), в отличие от жел. сод. после пробного завтрака, является по мнению Katsch'a почти чистым желудочным соком и играет большую роль в оценке расстройств желудочно-го химизма. Уже самые количества сока в Nachsecretion у наших 6-ных (100—295 в среднем 150 к. с.) так же, как большие количества сока натощак, свидетельствовали о резкой гиперсекреции. И тем не менее, в группе ulcus'ных 6-ных уменьшение после диеты № 1 наблюдалось в 50%, а у гиперацидиков—даже в 85% всех случаев. Это уменьшение стойко сохранялось в подавляющем большинстве случаев и после диеты № 2, а в ряде случаев при этом наблюдалось даже еще большее снижение количества сока.

Итак, бессолевая диета, проводимая тщательно, систематически и при том достаточно длительно, вызывает, согласно нашим данным, уменьшение количества сока, как натощак, так и в последовательной секреции в большей части наших случаев. Учитывая уже вкратце отмеченную нами роль гиперсекреции в клинике желудочных заболеваний, мы думаем, что даже в том случае, если действие этой диеты сказывалось бы только на уменьшении гиперсекреции и мало отражалось бы на величине кислотности, она заслуживала бы большого внимания в деле лечения ulcus'a и гиперацидных гастритов.

Но действие бессолевой диеты не остается без влияния и на кислотность. Так, максимальная кислотность натощак дала (после диеты № 1) в ulcus'ной группе снижение (на 32—68) в половине, а в гиперацидной— в 61% всех случаев. Подобное же снижение после диеты № 1 наблюдалось и со стороны максимальной кислотности, достигнутой после пробного завтрака (Kurgengipfel), давшей в группе ulcus'a уменьшение в 55%, а в группе hyperaciditas в 61% случаев. После диеты № 2 уменьшение кислотности, по сравнению с исходными величинами, осталось в группе ulcus'a в 50%, а в группе hyperaciditas—в 75% исследованных случаев. В части случаев повышенная кислотность осталась без изменения, а в некоторых—даже несколько увеличилась, но анализ этих случаев обнаружил ряд осложняющих моментов, делавших понятным подобные результаты (ulc. perit. jejuni с перигастритом, стеноз pylori и др.). Мы видим, что и в таком изменчивом и зависящем от многих факторов критерии, каким является величина кислотности, все же обнаруживается благоприятная в терапевтическом отношении склонность к снижению, которая сохранилась и после перевода на менее строгую диету. Повидимому, и значительно менее резкое, чем в опытах Roseman'a, обесхлоривание, создаваемое строгой и длительной бессолевой диетой, может давать вполне достаточное для терапевтических целей воздействие на секрецию и кислотность. То, что благоприятное влияние на гиперсекрецию и кислотность наблюдается не во всех случаях, не умаляет в наших глазах ценности данного метода, так как упорство объективных показателей не всегда влекло за собою и сохранение субъективных жалоб; с другой стороны, бессолевая диета не является панацеей, призванной совершенно вытеснить и заменить другие методы.

Со стороны двигательной деятельности желудка мы не могли обнаружить столь отчетливых изменений, которые давали бы нам основание делать какие-нибудь определенные выводы.

Что касается рентгенологических данных, то в трех случаях (из них у одного врача) мы наблюдали исчезновение ниши. Рентгеновское изображение глубины ниши зависит не только от глубины проникновения язвы в толщу стенки желудка, но в значительной степени (особенно свежих случаях) обуславливается перипульцерозным гастритом и воспалительной отечностью и набуханием краев язвы, создающими впечатление большей глубины. Но даже и при учете этих обстоятельств приходится признать, что диета, которая способна настолько уменьшить воспалительные изменения слизистой, чтобы вызвать исчезновение ниши на рентгеновском снимке, должна считаться достаточно эффективной. Наряду с исчезновением ниши мы в нескольких случаях наблюдали после лечения более нормальный, по сравнению с первым исследованием, рельеф слизистой желудка.

Если подойти к оценке терапевтического действия бессолевой диеты с точки зрения ее влияния на субъективные жалобы больных, то можно видеть, что границы ее эффективности значительно шире тех, которые диктуются объективными показателями. Хороший терапевтический эффект отмечался не только в тех случаях, где уменьшение гиперсекреции кислотности и изменение рентгеновской картины давали для этого улучшения объективные критерии, но и в ряде таких случаев, где, судя по объективным показателям, такого результата, казалось, нельзя было ждать. Улучшение отдельных симптомов шло неодинаково в обеих группах. Наиболее быстрый и стойкий успех давали гастритики. Уже через 4-5 дней у них исчезало чувство давления и тяжести, затем изжога и другие диспептические явления; позже всего исчезали боли. У 4-х больных все симптомы исчезли через 5-6 дней, у остальных — через 11-20 дней. В 10-й группе диспептические явления исчезали медленнее и боли держались дольше (14-30), а в двух случаях остались и после лечения. Насколько действителен эффект лечения в отношении всех показателей, — мы в данный момент еще не можем окончательно сказать. Единственное, что можно отметить уже сейчас, это то, что улучшение субъективных жалоб, несомненно, сохраняется в течение длительного времени, особенно в тех случаях, где и в дальнейшем соблюдалась некоторая осторожность в отношении соли. Это наблюдалось даже в тех случаях, где снова восстанавливалась прежняя кислотность.

Каков же механизм действия ахлорной диеты? Истолкование наших данных с точки зрения чисто местного прямого действия ахлорной диеты на желудок кажется нам неправдоподобным, ибо ни состав диеты, ни ее кулинарная обработка, сами по себе не в состоянии объяснить подобный механизм изменения секреции. Но все изменения со стороны желудка становятся понятнее, если рассматривать их как местное отображение изменившихся под влиянием диеты экстрагастральных факторов, в частности, как следствие тех сдвигов в водно-солевом хозяйстве организма, которые, как мы видели, возникают при строгом и длительном ограничении соли.

* Наблюдения над колебаниями хлоридов крови, мочи и желудочного содержимого и, в особенности, сопоставление этих колебаний с изменениями со стороны секреторной работы желудка демонстрирует тесную связь, которая существует между секретцией желудка и хлорным обменом. Они вскрывают тот механизм, при помощи которого, главным образом, обеспе-

печивается то или иное воздействие ахлорной диеты на желудок. В тех случаях, где ахлорной диетой удавалось вызвать наиболее заметные сдвиги в водно-солевом обмене, мы имели и наиболее отчетливые изменения со стороны желудка. Эти изменения сказывались либо в уменьшении количества сока натошак и в Nachsecretion, либо в уменьшении кислотности натошак и после пробного завтрака, либо в том и другом. Наоборот, там, где хлориды крови стойко держались на высоких цифрах, давая только ничтожные снижения и быстро возвращаясь к исходным величинам и даже повышаясь, мы или не наблюдали уменьшения гиперсекреции и гиперацидитас или, если это снижение и наблюдалось, оно было слабо выражено и не стойко.

Подобные вариации различной устойчивости хлоридов крови и кислотности по отношению к бессолевому режиму оправдывают мысль о различном патогенезе повышенной кислотности и о существовании так назыв. „первичной“ hyperaciditas, являющейся результатом первично повышенной функции желез желудка и „вторичной“ hyperaciditas, где первопричина расстройств—не в желудке, а в крови (L a n a s z e s k); с этой точки зрения, именно в последней группе можно ждать наибольший эффект от бессолевой диеты.

Но, независимо от патогенеза гиперсекреции и hyperaciditas, столь часто сопровождающих ulcus и гиперацидный гастрит, можно представить себе несколько возможностей, обеспечивающих столь благоприятный терапевтический эффект. Эффективность бессолевой диеты, повидимому, зависит от ее обезвоживающего действия, от уменьшения хлорных запасов организма и от противовоспалительных свойств диеты (Noorden), уменьшающих реактивность железистой паренхимы желудка.

Отмеченными возможностями, конечно, не исчерпывается вся сложность и многочисленность процессов, разыгрывающихся в организме под влиянием бессолевой диеты и все пути ее воздействия на гастрит и ulcus. Однако, наши данные и данные литературы позволяют нам считать, что именно по указанным выше основным направлениям, главным образом, и обеспечивается воздействие бессолевой диеты, как на самый больной орган, так и на экстрагастральные факторы, которые в одних случаях направляют развитие местного процесса, в других же сами являются первопричиной болезни.

Терапевтическая клиника с отделением профпатологии Казанского государственного медицинского института (Директор проф. З. И. Малкин).

К клинике пеллагры.

М. А. Нимцовицкая и В. С. Зарбева.

Пеллагра—широко распространенное заболевание в Италии, Испании, Португалии, странах Балканского полуострова, Румынии (в последней ежегодно заболев юг около 50 000 человек), Персии, Индии, Египте и за последние 20 лет в Америке. О размерах распространения пеллагры в С. А. С. Ш. можно судить по данным официальных отчетов С. А. С. Ш. „Annual report of the Surgeon general of the Public Health Service of the United States“. В отчете за 1930 г. указано, что пеллагра дала за последние несколько лет значительный рост; по статистике отдела здравоохранения смертность от П. в 1924 г. равнялась 2,5 случая на 100 тысяч населения, дальше цифра смертности равномерно повышалась, в 1928 г. она достигла 5,7 и в 1929 г. она равнялась 5,5 случая на 100.000 населения. Так как были обработаны данные смертности 45 штатов с населением в 115—118 миллионов, те абсолютные цифры смертности от П. приобретают внушительные размеры: в 1927 г.—5843, 1928 г.—6661, в 1929 г.—6501 чел. Эти цифры представляют особо большой интерес, если учесть, что в 1924 г. число смертельных случаев от П. равнялось 2900, в 1914 г.—1550, в 1912 г.—674, 1910 г.—368¹⁾.

Таковы показатели смертности от П. в С. А. С. Ш. Цифры заболеваемости, конечно, во много раз превосходят смертность, общее количество больных П. считают для Америки более 50.000 в год. П. отмечена в Австрии, Венгрии, Франции и отдельные случаи ее описаны в Германии и Англии.

В России П впервые была описана в Бессарабии в 1884 г. Мартенъ новым и в 1887 г. Холмским, позже она была обнаружена в Херсонской губ. В 1888 г. Гауделин описал заболевания пеллагрой в Грузии, вновь она была там отмечена в 1919 г., а весной 1929 г. было обнаружено значительное распространение ее в западной части Грузии. Описана П. также в Абхазии, Армении. В 1929 г. заболевания пеллагрой отмечены в Бирзульском районе АМССР, в Либашевском районе УССР. Большинство авторов указывали, что заболеваемость отмечена в районах, где преобладает питание кукурузой.

В последнее время спорадические случаи пеллагры обнаружены в различных местах Союза, в частности в Казани мы имели возможность наблюдать несколько случаев пеллагры.

Так как заболевания П., хотя и редки, но все же встречаются в разных частях СССР, а клиническая картина ее врачам, за редким исключением, мало известна, мы сочли нужным поделиться нашими наблюдениями по клинике пеллагры.

¹⁾ Последние три цифры заимствованы из работы Натадзе (Гиг. и эпид., № 2—3. 1931 г.).

Симптомокомплекс пеллагры характеризуется изменениями со стороны кожи, пищеварительного тракта и центральной нервной системы.

У всех больных ¹⁾, бывших у нас под наблюдением, были резко выраженные явления со стороны желудочно-кишечного тракта. Все жаловались на отсутствие аппетита, боли в животе (подложкой и около пупка), поносы до 10—15 раз в день, у двоих больных был кровавый понос. Некоторые отмечали сильное слюнотечение, нарушение вкуса и чувство жжения во рту. При объективном исследовании наблюдались разрыхление десен и явления глоссита. Слизистая полости рта и язык ярко красные, в нескольких случаях отмечены афты и язвочки на слизистой щек и языке. Реже встречался гладкий, атрофичный язык. При исследовании желудочного сока обнаружена полная ахилия.

Несмотря на то, что явления со стороны пищеварительного тракта обычно предшествуют поражению кожи, пеллагра чаще всего диагностируется только тогда, когда появляются изменения со стороны кожи. Последние проявляются в виде эритем кирпично-красного цвета, которые располагаются на открытых, обычно симметричных частях тела — на тыльной стороне рук, затылке, лице, реже на тыльной стороне ног. Только у двух наших больных были отмечены тяжелые поражения кожи, предплечья и кистей с резко выраженной отечностью и экссудативными явлениями, пузыри имели серозно-гнойное содержимое и местами на коже были большие эрозии.

Чаще всего кожа в области пораженного эритематозного участка начинала шелушиться, становилась плотной, шершавой и резко пигментированной. В других случаях больные уже поступали с пигментированной шершавой кожей, гл. обр., на тыльной стороне кисти, иногда в виде пеллагрозных манжеток и на лице — на висках, у углов губ. На местах поражения кожи часто ощущается жжение, но это, сравнительно, мало беспокоит больных, гораздо более тягостны бывают ощущения в области нижних конечностей. На боли невралгического характера, чувство холода, слабость в ногах жаловались почти все наши больные. „Ноги, как будто не мои“, „ноги отнимаются, не могу ходить“.

Со стороны нервной системы мы наблюдали картину „пеллагрозной неврастении“ — повышенную раздражительность, смену настроений, бессоницу; ослабление памяти. Большинство больных, однако, поражали своей апатичностью, которая исчезала тогда, когда болезненные явления начинали проходить. Изменения со стороны психики наблюдались только у двух больных.

Классическая триада пеллагры „дерматит, диаррея и деменция“ (мы имеем ввиду выраженную форму деменции), нами была отмечена только в одном случае, два „д“ — диаррея и дерматит — наблюдались во всех случаях.

У одной больной отмечена нерезко выраженная симпатикотония. Повторно ставившаяся у нескольких больных проба с адреналином дала непостоянный результат.

Сердечно-сосудистая система. В большинстве случаев отмечены нормальные или даже несколько уменьшенные размеры сердца, тоны сердца глухо-

¹⁾ Часть больных была прислана проф. Олесовым из Кожно-венерической клиники Мединститута, который диагностировал у них пеллагру.

ваты. Пульс ритмичный, малый, слабого напряжения. Часто наблюдалась гипотония. Отек подкожной клетчатки отмечен только у части больных. В двух случаях комбинации пеллагры с циррозом печени отмечены отеки на ногах и асцит. Наблюдавшиеся у некоторых б-ных отеки на ногах, повидимому, не сердечного происхождения, а близки к безбелковым отекам, наблюдающимся у б-ных с тяжелыми поносами при резко пониженном питании.

Со стороны легких только у одного б-ного отмечен фибрознопродуктивный туберкулез, без ВК. Температура у этого больного давала вечернее повышение до 38,6°. Высокую температуру мы наблюдали еще у нескольких больных, что вероятно объясняется тем, что мы тут имели дело не с хронической, а с подострой формой пеллагры.

Печень и селезенку не удалось прощупать ни в одном случае. Со стороны половых органов—у женщин отмечена аменорея.

В моче ничего патологического не обнаружено (кроме следов пивдикана в некоторых случаях). РН мочи от 6,7 до 7,0.

При исследовании крови отмечена авмия умеренной степени, с несколько пониженным цветовым показателем. Количество ретикулоцитов колебалось от 2—10 на тысячу, т. е., наряду с случаями, где отмечена вялая регенерация, наблюдались и случаи с повышенной регенерацией красной крови. Количество лейкоцитов равнялось от 4 000 до 13.000. в некоторых случаях отмечен сдвиг влево. Реакция оседания эритроцитов 8—14 мм. в час по Панченкову, ускорение оседания наблюдалось в исследованных случаях и остропротекавших.

Исследование глутатиона (д-р М а к а р о в а) показало резкое понижение окислительно-ферментативных процессов у пеллагриков. Исследование крови на содержание мочевины и кальция, предпринятое только у небольшой части б-ных, дало нормальные цифры. Д-р М а м и ш, определявший количественное содержание сахара, обнаружил гипергликемию у б-ных пеллагрой.

Интересные данные получены при исследовании крови на органолипазы, которое обнаружило у пеллагриков присутствие в крови панкреатической и надпочечниковой липазы.

Этиология и патогенез пеллагры до сих пор еще не выяснены. С начала XIX века до почти недавнего времени заболевание П. ставили в связь с маисовым питанием, причем одни рассматривали П. как хроническую интоксикацию, развившуюся на почве отравления токсическими продуктами, образовавшимися в маисе под влиянием некоторых плесневых грибов, которые часто встречаются на испорченной кукурузе, другие же указывали, что тут играет роль одностороннее питание маисом. Так как все чаще и чаще описываются случаи пеллагры в местностях, где маис не употребляется, этиологическая роль маисового питания в происхождении П. колебалась.

Ряд исследователей придерживается того мнения, что П. представляет собой последствие определенных дефектов питания—теория неполноценности растительных белков;—эта теория очень близка к маисовой теории одностороннего питания. В последнее время много сторонников нашла себе авитаминозная теория, ее последователи считают, что причиной пеллагры является отсутствие соответствующего витамина в пище, маис беден им, но если этот витамин отсутствует во всякой иной диете, последняя

также может явиться причиной пеллагры. Описаны случаи пеллагры у богатых людей, б-ных раком и язвой желудка при ограничении питания. Но сложный симптомокомплекс пеллагры делает сомнительным его зависимость от дефицита одного витамина.

Много последователей имеет инфекционная теория, причем, в качестве возбудителей пеллагры, указывалось большое количество микроорганизмов. В пользу инфекционной теории высказалась особая комиссия, работавшая в С.А.С.Ш. по изучению пеллагры, и ряд американских исследователей. Но экспериментальные работы пока говорят против инфекционной теории. Не получили признания аутоокислительная теория (предполагающая, что заболевание П. зависит от токсических продуктов, возникающих в кишечнике) и фотодинамическая теория (считающая, что в организме больных П. вырабатываются вещества, способные sensibilizировать кожу к солнечным лучам).

Как видно из вышеизложенного, до сих пор еще существует много неясного в этиологии пеллагры. Хотя роль витаминов (по Ундергиллу П. есть результат дефицита нескольких витаминов и недостаточного питания) в патогенезе П. весьма вероятно, но вряд ли только эти факторы играют решающую роль. Интересно мнение Ундергилла, подчеркивающего значение алкоголизма, психического состояния и бытовых условий на развитие П. На алкоголизм, как момент, предрасполагающий к развитию П., указывают многие авторы.

Мы считаем, что, кроме экзогенных факторов (дефекты питания, алкоголизм), в патогенезе П. безусловно играют большую роль и эндогенные факторы—состояние эндокринных желез и перенесенные заболевания. Чем объяснить, что, при одинаковом питании и при одинаковых бытовых условиях, заболевают не все члены семьи? Объяснение этого факта только различными иммуно-биологическими свойствами организма недостаточно. В наших случаях алкоголизм, как одна из возможных предрасполагающих причин, отмечен в $\frac{1}{3}$ случаев, (один из наших б-ных даже в начале заболевания находился на излечении в психиатрической клинике по поводу запойного пьянства, он за последний год тратил все свои деньги на водку), но зато большинство б-ных пеллагрой раньше страдали малярией. На то, что малярийная инфекция благоприятствует развитию пеллагры, указывает ряд румынских авторов, Джапаридзе (Абхазия).

Для выяснения заинтересованности эндокринных желез в происхождении П. мы, по предложению проф. Малкина, исследовали кровь пеллагриков на присутствие в ней органо-липаз, в частности, надпочечниковой и панкреатической.

Согласно исследованиям Роп'а, Чебоксарова, Малкина и других было установлено, что при заболевании печени, поджелудочной железы, надпочечников, в крови появляется липолитический фермент соответствующего органа и что, пользуясь избирательным отношением различных липаз к ядам, имеется возможность обнаружить в сыворотке присутствие той или иной органо-липазы. Причины появления их в крови окончательно не выяснены. Согласно мнению некоторых исследователей, источником их происхождения являются процессы аутолиза, возникающие в пораженном патологическим процессом органе.

Результаты исследования показали, что у большинства б-ных в крови обнаружена панкреатическая липаза, у одного панкреатическая и надпо-

чечниковая липаза и у двоих только надпочечниковая липаза. Печеночная липаза не обнаружена ни разу. Эти исследования, как и вся клиническая картина пеллагры (сходство некоторых симптомов П. с Аддисоновой болезнью, гипергликемия), заставляет нас думать о заинтересованности эндокринной системы в патогенезе пеллагры. К сожалению, мы не имели возможности определить у б-ных основной обмен для суждения о функции щитовидной железы, ибо имеющееся в литературе указание на повышенные основного обмена П. (Hamilton, цитировано по Karczaga'у), нам кажется, нуждается в проверке. Большинство наших больных не производили впечатления б-ных с гиперфункцией железы и основной обмен, высчитанный у них по формуле Read'a, оказался пониженным. Данные исследования глутатиона, показавшие понижение окислительных процессов у пеллагриков, совпадают с этим. Для сопоставления интересны данные Verzag'a и др., которые считают, что явления гипотиреоза и падение общего обмена особенно характерны для авитаминоза с недостатком витамина В₁ (опыты на крысах).

О заинтересованности эндокринного аппарата, гл. обр., надпочечников, пишут Коцовский, Roaf, Karczaga и другие. Karczaga считает, что П.—это токсикоз, вызываемый разными токсинами, дающими одинаковую клиническую картину—заболевание хромоаффиновой системы, с участием при этом эндокринного аппарата и вегетативной нервной системы в первую очередь.

На возможность внутрисекреторных расстройств (Innersekretorische Störungen) указал Enright, который описал паротиты у ряда больных пеллагрой. В одном из наших случаев, наблюдавшемся раньше д-ром Курциной, отмечен паротит.

За последние годы накопилась большая литература, указывающая на связь эндокринного аппарата и витаминов. Шмидт в своем докладе, посвященном памяти Опеля, говорит: „Работа нервной и эндокринной систем часто находится в зависимости не только от большего или меньшего содержания белка или другого пищевого вещества, но также и от добавочных факторов питания“ т. е. витаминов. Kollat, на основании своих экспериментальных работ, пришел к выводу, что в этиологии авитаминозов у человека и животных, наряду с недостатком витаминов, большую роль играют конституция, предрасположение, предшествовавшее питание и ряд др. факторов, которые раньше мало учитывались, как-то: токсические продукты обмена (при пеллагре—мелкового), инкреты внутрисекреторных желез, для которых витамины могут играть роль исходных веществ.

Нужно предполагать, что, если факторы питания влияют на функцию эндокринных желез, то и состояние их до болезни должно играть роль в развитии и течении авитаминозных заболеваний.

В одном из наших случаев, где исход был неблагоприятный, на аутопсии отмечена аномалия одного надпочечника; щитовидная и поджелудочная железы резко уменьшены.

В заключение необходимо отметить, что, несмотря на обилие блестящих исследовательских работ по изучению пеллагры, патогенез ее далеко неясен и потребуется, вероятно, не мало дополнительных работ для его выяснения. Мы полагаем, что дальнейшее изучение П. должно идти не только по линии изучения экзогенных факторов (питание, алкоголизм),

но и эндокринной формулы, что обещает большие перспективы в смысле лечения.

Что касается лечения наших б-ных, то мы давали всем пивные дрожжи, соляную кислоту и назначали диету для ахиликов. Очень быстро исчезали кожные явления, но поносы трудно поддавались лечению. Нескольким б-ных получали панкреатин без большого успеха. Для повышения окислительных процессов б-ным вводилась глюкоза—некоторым вводится гипертонический раствор глюкозы внутривенно, другим подкожно изотонический, что оставило хорошее впечатление. В случаях, хронически протекавших, результаты лечения вполне удовлетворительные. Больные выписывались с незначительными кожными явлениями и оформленным стулом. Через три м-ца после выписки две б-ных показали, состояние их удовлетворительное.

Из желудочно-кишечного отделения Ростовской н/Д пролетарской больницы.
(Зав. Л. М. Лихт).

К симптоматологии сифилиса печени.

Л. М. Лихт.

В симптоматологическом комплексе, очерчивающем контуры люэтического поражения печени, асциту уделяется как-то мало внимания; одни авторы считают его весьма редким симптомом, а, следовательно, и не заслуживающим большого внимания; другие даже и не упоминают о нем вовсе. Так, например, Нейман считает асцит редким явлением при гуммозном гепатите; по мнению Руднева асцит при люэсе печени большей частью отсутствует; на своем материале Grenet пришлось наблюдать асцит лишь в поздних стадиях сифилиса печени и очень редко этот симптом был в начале болезни. На нашем материале 1927 года, охватывающем одиннадцать случаев гуммозного поражения печени, не удалось ни разу отметить накопления асцитической жидкости. Наряду с этим, поражают цифры Gerhardt'a, который отмечает наличие асцита в 52⁰/₀, Stokes'a—30⁰/₀ и Виноградова, наблюдавшего асцит в 27⁰/₀. Julien также считает асцит одним из самых частых явлений не только при интерстициальном сифилитическом гепатите, но и при гуммозном. Чем объяснить такое кажущееся на первый взгляд расхождение мнений? Лучший ответ на этот вопрос дает проф. Ф. О. Гаусман в своей исчерпывающей работе о сифилисе печени. „Если одни авторы асцит находят реже, другие чаще, одни авторы видят более резко выраженный, другие менее резко выраженный асцит, то такие разногласия весьма понятны. Во-первых, в зависимости от материала, один врач видит сифилис печени в более раннем периоде, а другой—в более позднем периоде или даже ante mortem, или на секционном столе. Помимо этого, появление и не-появление асцита зависит от целого ряда привходящих моментов, как кон-дициональных, так и конституциональных, а потому один автор видит одного рода материал, а другой—другого рода. И, наконец, один исследо-ватель находит асцит там, где другой его не находит. А между тем, пра-

вильная трактовка имеет большой как теоретический, так, главным образом, практический интерес. Изолированное накопление асцитической жидкости, без других сопутствующих проявлений люэса, может отвлекать и несомненно часто отвлекает мысль исследователя на неправильный путь. Повторные пункции, с которых, обычно, в таких случаях начинают, не всегда проясняют диагностический профиль данного заболевания. Судьба же больного стоит в прямой зависимости не столько от правильного, сколько от во-времени поставленного диагноза: весь вопрос сводится к тому, чтобы быстрым применением специфическ. терапии не допустить к развитию в паренхиме печени стойкой рубцовой ткани, так как, чем больше фиброзно-склеротические процессы будут преобладать над грануляционно-клеточными, тем меньшего успеха можно ожидать от применения специфической терапии и наоборот. Необходимо всякий раз тщательно искать других проявлений висцерального сифилиса, особенно педантично производить серологическую реакцию и чаще, чем до сих пор, прибегать к пробной специфической терапии, которая в свежих случаях производит эффект, поистине граничащий порой с чудом.

Появление асцита при люэсе печени обуславливается затрудненным кровообращением или в системе воротной вены, или же в системе печеночной вены; в некоторых случаях асцит обуславливается так называемой „двойной блокадой“—портально-венозной и печеночно-венозной систем (Гаусман). Затрудненное кровообращение как в той, так и в другой из вышеупомянутых систем может явиться результатом тромбозов, эндофлебитов, вызывающих облитерацию сосудов; или же сосуды механически сдавливаются специфическими инфильтратами, либо склерозирующими процессами интерстициальной ткани. Особенно способствуют накоплению асцитической жидкости гуммозные процессы в области воротной вены. В большинстве случаев асцит не является ранним симптомом (Grenet, Пунин); лишь изредка он является для больного первым проявлением болезни. Темп накопления транссудативной жидкости бывает различен: асцит может развиваться, медленно прогрессируя, достигая значительных размеров лишь в виде исключения (Нейман, Шлезингер); объем асцита нередко колеблется, то увеличиваясь, то самопроизвольно уменьшаясь, вплоть до длительного его исчезновения (Виноградов); то накопление транссудата идет кресcendo, достигая в короткий срок громадных размеров. Это бывает тогда, когда гумма, расположенная на нижней поверхности печени, протекает первое время „в полномшем с митоматологическом молчании“; достигнув в короткий срок воротной вены, она сдавливает ее, что в свою очередь вызывает портальную гипертензию и энергичную транссудацию.

Асцитическая жидкость по всем своим признакам обладает свойствами транссудата: патологическая формула обнаруживает наличие небольшого количества лимфоцитов и мононуклеаров. При положительной серологической реакции в крови она также дает положительный ответ. Описан случай, где асцит был молочно-белым. К чисто транссудативному асциту легко может присоединиться специфический перитонит; в таких случаях транссудат теряет свои характерные свойства: проба Rivalt'a становится положительной, повышаются удельн. вес и количество белка, нарастает количество лейкоцитов.

Появлению асцита способствуют не одни только механические факторы, обуславливающие портальный застой; в пользу этого говорят следующие обстоятельства: описан случай, где, при наличии полной закупорки ворот-

ной вены, асцита тем не менее не было; далее, наряду с накоплением асцитической жидкости, мы при люэсе печени имеем порой паличие отеков ног и лица. Этот факт дал повод французским клиницистам выделить „печеночную отечность“ (Hapot), которая, в отличие от отечности при поражениях почек, характеризуется тем, что моча этих больных не содержит белка.

Причину этих явлений надо искать в водном обмене, который при болезнях печени нередко также нарушается. В пользу этого говорят последние достижения патологической физиологии. Точные представления роли печени, как регулятора водяного обмена, основываются на работах Labson'a и Roc'a, Mauthera и Pick'a, а также на анатомических исследованиях Areg'a и Simonds'a, которые обнаружили в печеночной вене собак мощные мышечные выпячивания, способные играть роль клапанов или заслонов. Большой ряд наблюдений доказывает несомненное участие этих заслонов в водяном обмене. В случае закрытия этих заслонов, поток воды, поступающий из кишечника, направляется в ткани, где известная часть жидкости задерживается (Зюков).

Нарушение водного баланса организма ставят в связь с интоксикацией, обусловленной патологической функцией печени, и с извращением азотистого обмена. Так, установлено, что, при нормальной функциональной деятельности печени, большая часть азотистых шлаков выделяется с мочей в виде мочевины, составляющей 85% всего выделяющегося азота; остальные же продукты азотистого обмена выделяются в виде аммиака (3%), аминокислот (3,5%), мочевой кислоты и креатинина. Из отношения выделяющейся мочевины к выделению аммиака и аминокислот можно судить о степени достаточности печеночной функции. При нарушении последней извращается также отношение мочевины к остальным азотистым шлакам (проф. Э. Кастанаян). Конечный же продукт азотистого обмена — мочевина стимулирует в известной степени и водный обмен, способствуя удалению воды из организма.

Следует также отметить, что печень гормональным путем регулирует выделительную работу почек, чем также в немалой степени влияет и на водный обмен. Наконец, необходимо также упомянуть о системе H—OH, равновесие которой в известной степени поддерживается нормальной функциональной деятельностью печени. При нарушении внутрипеченочного обмена происходит, как известно, сдвиг в кислотно-щелочном равновесии в сторону ацидоза, что в свою очередь не может не отразиться и на водном хозяйстве организма.

Нарушение водного баланса и распределение воды в организме при сифилисе печени стоит также в тесной зависимости от поражения того или другого отдела сосудистого ложа, к которому сифилитическая инфекция обладает особым тропизмом. Эндартерит и эндофлебит располагают также и к большей порозности сосудистой стенки. Чаще всего поражается воротная вена, которая по Simonds'у вообще предрасположена к склерозирующим процессам. Эти изменения идут или параллельно с изменениями в печени, или независимо от них; далее печеночная вена также может быть местом сифилитического процесса; в процесс вовлекается и нижняя полая вена. Кроме поражения больших сосудов, имеющих отношение к печени, все кровеносное русло служит ареной, где разыгрываются специфические дегенеративные изменения.

Увеличенную проницаемость сосудистых стенок ставят также в связь с поражением их ретикуло-эндотелиального аппарата. Изменения общего баланса воды в организме под влиянием обменной функции р.-э.с. можно считать установленными опытами Сакеля и Доната.

Так или иначе надо полагать, что в патогенезе как изолированного асцита, так и возможных других территориальных отеков при люэсе печени принимает участие не один только определенный фактор, а целый комплекс сплетающихся кондициональных и конституциональных факторов, создающий столь причудливые, порой загадочные, формы гепатолуэса.

Описание двух случаев, которые мы ниже приводим, представляют, вероятно, некоторый интерес для тех, кто близко интересуется проблемой висцерального сифилиса и его „центральной фигурой“—сифилисом печени.

Случай № 1.— Больная К., 18 лет, девушка, поступила 16/IX 32 г. вечером в Хирургическое отделение с диагнозом—эхинококк печени. Основные жалобы: считает себя больной несколько месяцев; постепенно стал увеличиваться живот; появились затрудненное дыхание, одышка и сердцебиение. Никаких болей в животе не испытывала. В постель слегла за 5 дней до поступления в больницу. Объект: больная хорошего питания, кожа и видимые слизистые оболочки несколько анемичны. Легкие—нормальные; тоны сердца—чистые; живот равномерно увеличен; асцитическая жидкость на 4 пальца над пупком; печень прощупать не удается; отеков на нижних конечностях не отмечается. 17/IX в помещении больничной лаборатории, во время получения крови из указательного пальца случился шок: резкая анемия, падение сердечной деятельности с витевидным пульсом и обморочное состояние. На носилках доставлена обратно в Хирургическое отделение. На консилиуме была высказана возможность кровотечения на почве внематочной беременности. Операция под местной анестезией. Выпущено большое количество асцитической жидкости. Печень увеличена и уплотнена; желудок, 12-типерстная кишка, почки, селезенка, кишечник и половые органы—нормальны. В 7 час. вечера летальный исход. На секции обнаружен тимус 10 x 6. Размеры печени 32 x 21 x 8; ткань печени очень плотна, на разрезе имеет красно-бурую с сероватым оттенком поверхность. При гистологическом исследовании печени отмечено: разрастание соединительной ткани как между, так и внутри долек. Соединительная ткань инфильтрирована большим количеством мелких и крупных клеток, которые местами образуют скопления. Отмечается гибель печеночной паренхимы; кое-где видны новообразованные путем регенерации печеночной клетки. Анаомический диагноз: Status thymico-lymphaticus, врожденный сифилис, кремневая печень.

Кроме изолированного асцита на почве люэтического поражения печени, этот случай представляет большой интерес по тому шоку, который заставил подумать о внутреннем кровотечении и подвергнуть больную оперативному вмешательству. Частота случаев подобного рода внезапной смерти среди носителей status thymico-lymphaticus, уже давно обратили на себя внимание. Это—„Thymustod“, смерть при наличии thymus persistens. Причиной смерти служат разнообразные, порой не адекватные условия, как-то: легкие травмы, небольшие операции, не тяжелая инфекция, душевное волнение, обильная еда, погружение в воду и т. д. Надо полагать, что смерть наступает от остановки сердца на почве острого расстройства кровообращения по типу „внутреннего кровотечения“ (проф. М. В. Черноруцкий).

Примечание: уже после смерти больной удалось узнать от отца, что он был болен люэсом в молодости, причем лечения не проводил.

Случай № 2. Больная В., 22 лет, 22 апреля 1933 г. переведена из Хирургического отделения, куда она была направлена амбулаторным врачом для удаления асцитической жидкости. Больной себя считает с первых чисел марта сего года, когда впервые стала отмечать у себя увеличение живота; одновременно с этим появилась тяжесть под ложечкой и одышка. Увеличение живота развилось очень быстро „чуть-ли не с каждым днем и с каждым часом“, и дало повод окружающим заподозрить беременность. Замужем 1 год; самопроизвольный выкидыш без видимой для больной причины. Люэс отрицает. Отец много пил. Объект: кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски; легкие и сердце нормальны. Живот резко увеличен: асцитическая жидкость с горизонталь-

ным уровнем на 4 пальца над пупком; жидкость совершенно свободная. Гутчинсоновские зубы и периостит левой голени. Реакция Вассермана отрицательная. Анализ мочи, общий анализ крови и анализ желудочного сока не дали отклонений от нормы. При рентгеноскопии сердца отмечена быстрая пульсация левого желудочка.

Наличие гутчинсоновских зубов и периостита левой большеберцовой кости сразу навести мысль на правильный путь; больной была назначена пробная специфическая терапия, которая дала поразительный результат: уровень асцитической жидкости быстро стал спадасть и к 10 мая асцит совершенно исчез, после чего удалось определить увеличенную, примерно, на 2 пальца печень, болезненную при пальпации; параллельно исчезновению асцитической жидкости значительно возросло и суточное количество мочи, достигая периодами до $4\frac{1}{2}$ литров в сутки. 15 мая больная была выписана на патронажное лечение; через день больной введено внутривенно 0,3 неосальварсана, после чего, примерно, через 2—3 дня появились отеки на лице. Трижды произведенное исследование мочи не обнаружало ничего патологического. 20 числа больная повторно поступила в больницу; в день поступления суточное количество мочи равнялось 1.500 куб. см. После небольшого перерыва специфическая терапия была продлена дальше, но на этот раз без сальварсана. Отечность лица быстро исчезла, а суточное количество мочи снова возросло до 4.500 куб. см. Моча при повторном лабораторном исследовании все время оказывалась нормальной. В дальнейшем применялась также и сальварсановая терапия, но дробными дозами.

Чем объяснить эту отечность лица в периоде уже исчезновения асцита, отечность, которая появилась после вливания неосальварсана, продержалась всего 3 дня и исчезла при выведении большого количества мочи? Мы думаем, что это можно объяснить Герксгеймеровской реакцией под влиянием такого гепатотропного вещества, каким является сальварсан. Феномен этот выражается в отечности и гиперемии сифилитических очагов под влиянием специфической терапии. Наступление этой реакции могло произвести временную заминку в налажившемся уже выведении воды из организма. Дальнейшее течение дает право допустить правильность этого предположения.

Вопрос в диагностикой сифилиса печени долгое время обстоял, да и сейчас еще продолжает оставаться неблагоприятным. Первым обратил на это внимание американец Mac Grae, который на 27.000 больных нашел диагностику сифилиса печени в 56 случаях, или в 0,2%; патолого-анатомическая статистика того же материала обнаружила сифилис печени в 47 случаях из 3.300 вскрытий, или в 1,5%. По этим данным один распознанный в клинике случай приходится на 6 нераспознанных. Подобные же, примерно, результаты дают и некоторые другие статистики. Tallquist на огромном материале 1922 года дает один случай сифилиса печени, правильно диагностированный в клинике, на 3 случая, распознанные, на секционном столе. Ободрающе действуют цифры Виноградова, который на основании московского клинического материала, дает 1 случай, распознанный в клинике, на 2 распознанных патолого-анатомически. К сожалению, такие статистические данные, как 1:3 и 1:2 еще не стали достоянием широких врачебных масс, а являются пока что лишь уделом хорошо оборудованных клиник, возглавляемых высококвалифицированной силой. Этот факт является лишним доказательством того, что симптоматология сифилиса печени и его диагностика подлежат еще как дальнейшей разработке, так, главным образом, широкой популяризации.

К вопросу о распространении бруцеллеза в г. Свердловске¹⁾.

(Из Эпидемического отдела Свердловского сан.-бак. ин-та. Научный руководитель ин-та проф. В. М. Здравосмыслов).

Д-р Б. Е. Несговеров

До 1930 г. Уральская область считалась свободной от заболеваний бруцеллезом. В 1931 г. впервые был обнаружен эндемический очаг мальтийской лихорадки в Брединском районе в совхозе „Овцевод“. Передатчиками инфекции были овцы, перевезенные в этот совхоз с Северного Кавказа. В 1932 г. выявлены еще эндемические очаги в Кизильском, Звериноголовском и Курганском районах. Этими данными и ограничивались наши сведения о бруцеллезе в Уральской области.

С целью выяснения распространения бруцеллеза в г. Свердловске, произведен было ряд обследований учреждений и предприятий, на которых служащие и рабочие, по роду своей профессии, имеют контакт с крупным и мелким рогатым скотом. Были обследованы научно-исследовательский ветеринарный институт (УНИВИ), городская бойня, колбасный завод, молочные фермы Исток и УМС. Обследование производилось путем реакции Райта и реакции Бюрнэ и частично реакцией связывания комплемента.

Результаты обследования УНИВИ представлены на таблице № 1.

Табл. № 1. УНИВИ.

Профессия	К-во обл.	Из них пол. реагир.	В % полож. реагир.
Врач.	9	6	66,6
Лаборант.	7	5	71,4
Санит.	5	4	80,0
Итого:	21	15	71,4

Заболееваемость среди работников УНИВИ надо отнести к лабораторным заражениям. Все эти лица имели в течение нескольких лет самый тесный контакт с инфицированным материалом; они вскрывали зараженных животных, исследовали абортированные плоды, ставили р. агглютинации, готовили антиген. (Недавно в Москве был случай заражения лабораторного работника от случайно проглоченной сыворотки во время постановки р. агглютинации). Интересно отметить, что из 9 врачей 6 дали полож. р. Райта, Бюрнэ и связан. комплемента. Остальные 3 случая, реагирующие отрицательно, относятся: 1—к врачу с 33-летн. стажем, у которого уже возможно исчезновение этих реакций, во 2-м случае имели только слабо положительную реакцию Бюрнэ, а в 3-м случае, повидимому, имеется врожденный иммунитет—эта женщина-врач работает в течение 4-х лет по бруцеллезу, за несколько месяцев до исследования наглоталась при работе живой культуры (музейной) и не

¹⁾ Доложено на научной конференции Института 29. IV. 33 г.

заболела, все три реакции у нее отрицательны. Никаких субъективных жалоб у нее тоже нет.

Результаты обследования бойни приведены в табл. № 2. Из этих данных видно, что наиболее пораженными являются боевский, кишечный и рубежный цеха; рабочие этих цехов имеют наиболее тесный контакт с животными. Необходимо отметить, что через бойню проходит как крупный рогатый скот, так и мелкий.

Таблица № 2.

Цех	К-во	Из них по- лож. реак- рующих	0/0% полож. реагирующ.
Боевский	25	7	28
Рубежный	6	1	16,6
Кишечный	15	3	20
Кожносоловч. и салотопен.	17	3	17,6
Гольевой	14	1	7,1
Скотобаза	5	0	0
Предубойный	2	0	0
Столовая	8	0	0
Хозчасть	18	0	0
Итого:	110	16	14,5

Результаты obsл. колбасного зав-
видны из т. № 3.

Цех	Кол. obsл.	Кол. пол. р.
Обвалоч.	3	1
Разборочн.	3	1
Котлов.	5	1
Машиный	17	5
Столовая	7	0
Итого:	34	8

Ввиду небольшого количества рабочих колбасного завода в каждом цехе 0/0% положит. реагирования по цехам не выведен, общий же составляет 23,5%.

Обследование молочных ферм видно из табл. № 4 и 5.

Наибольшая заболеваемость отмечается, кроме ветперсонала, среди доярок и среди лиц ухаживающего за скотом персонала.

Таблица № 4. Молочная ферма
Исток.

Занятие	К-во obsл.	Из них по- лож. реак- рующих	0/0% полож. реак.
Ветперс.	8	2	25
Доярка	24	3	12
Скотн.	40	1	2,5
Хозчасть	18	0	0
	90	6	6,6

Таблица № 5.
Мол. фермы УМС.

Занятие	К-во obsл.	Кол. пол. реакт.
Доярка	15	3
Ветперс.	2	1
Скотн.	5	0
Посудн.	3	1
Чернор.	5	0
	30	5 (16,6%)

Из этих данных видно, что в Свердловске имеется целый ряд бруцеллезных очагов. Очаги эти, повидимому, существуют очень давно, но о существовании их до сих пор не было известно. А priori уже можно сказать, что такие же очаги имеются и в других городах и селениях Уральской области в соответствующих учреждениях и предприятиях.

По полу все эти лица, положительно реагирующие на бруцеллез, распределяются следующим образом: мужчин—10, женщин—19, по стажу: до 1 года—9 чел., 2 года—6 случ., 3 года—2 случая, 4 года—2 случая, 5 лет—1 случ., 10 лет—5 случаев, 20 лет—2 случая, 30 лет и выше—2 случая. В 50% у них имеются субъективные жалобы, из них главным образом—головные боли, ревматизм, ознобы, у женщин неправильные мenses. В остальных 50% никаких жалоб нет.

Для наиболее полного представления о распространении бруцеллеза в Свердловске необходимо привести результат исследования посылаемых врачами сывороток специально на реакцию Райта. Из 83-х присланных таким образом сывороток в 21,6% получили положительный результат (одновременно у этих лиц с положител. р. Райта диагноз подтвержден и реакц. Бюрнэ). Кроме этого, выявлено несколько случаев заболеваний бруцеллезом по сывороткам, присланным на реакцию Видаля и Вейль-Феликса из 1-й горбольницы. В анамнезе этих больных имеется употребление брынзы, сырого молока и т. д.; во многих случаях заражение произошло во время командировок в неблагополучные по бруцеллезу совхозы и колхозы, а также были случаи лабораторного заражения. Исследование производилось путем реакции Райта. Реакция Райта ставилась по стандартному методу. В качестве диагностикума применялись убитые 0,5% формалином культуры. Реакция ставилась в объеме 1 к. с. с 500 миллионами бактериальных тел в каждой пробирке. Реакция учитывалась через 20—24 часа. Результаты приведены в таблице № 6.

Таблица № 6. Реакция Райта.

Разв.	1—50	1—100	1—200	1—400	1—800	1—1600
Число случ.	24	27	13	7	1	7

Характер агглютинации в большинстве случаев мелко-хлопчатый. Что касается титра, то наблюдается следующее: в острых случаях заболевания наблюдается высокий агглютинационный титр, в хронических случаях реакция выпадает или титр падает до 1:50. Интересно отметить, что, при обследовании бойни, УНИВИ, колбасного цеха, у лиц с большим производственным стажем в 10, 15 и 30 лет при резко выраженной р. Бюрнэ и реакции связан. комплемента—реакция Райта наблюдается положительная в очень низких разведениях. Это совпадает и с литературными данными, согласно которым в затяжных и хронических случаях р. Райта выпадает или ее титр низко падает. На нашем материале в 45% случаев низкого титра р. Райта наблюдались при резко положительных реакц. Бюрнэ и связан. комплемента.

В случаях брюшного тифа и сыпного часто наблюдается положительная реакция Райта, как групповая, титр ее в этих случаях не высокий,

а динамика нарастания титра р. Вейль-Феликса или Видаля исключают заболевания бруцеллезом.

Другой реакцией, которой мы пользовались при диагностике бруцеллеза, это—предложенная в 1922 г. Бюрнэ аллергическая интрадермальная проба с мелитином.

Мелитин представляет из себя фильтрат месячной культуры *Misc. melitens.* в бульоне, выдержанный при температуре термостата в течение 3—4 недель.

Вводится он по 0,1 в нижнюю треть левой ладонной поверхности предплечья. На правой руке для контроля вводится тоже по 0,1 бульона. В положительных случаях через 6—8 ч. на месте введения мелитина появляются болезненность, отек и краснота, через 20—24 часа явления усиливаются и через этот срок учитывается окончательный результат. Покраснение и инфильтрат измеряются в сантиметрах. Приблизительная схема учета такова: 1 см. диаметра покраснения—реакция сомнит., 2 см. диам.—реакц. сл. положительная, 3 см. диаметр.—р. положит., 4 см. и выше диаметр.—реакция резко положит.

На нашем материале мы получили следующие материалы:

Таблица № 7. Р. Бюрнэ.

Диаметр и инфильтрат покраснения в сант.	Число случ.
2 × 2	6
2 × 3	17
2 × 4	6
3 × 3	3
3 × 4	20
4 × 4	2
4 × 5	2
4 × 6	2

Реакция эта по Бюрнэ специфична для бруцеллезн. б-х и пригодна для ретро-спективной диагностики.

Для выяснения специфичности и диагностической ценности при бруцеллезе, р. Бюрнэ была проверена у 24 сыпнотифозных больных, у 34-х брюшнотифозных, у 22-х человек, переболевших туляремией и у 51 человека больных туберкулезом в разных стадиях болезни; во всех случаях получили отрицательный результат.

Сопоставляя данные р. Райта и р. Бюрнэ получили след. данные:

Таблица № 8.

Р + В +	Р - В -	Р + В -	Р - В +
39	151	24	18
81,5%		10,3%	7,7%

Из этих данных видно, что 81,5% имеет полное совпадение р. Райта и р. Бюрнэ. Этот % должен еще повыситься, если мы р. Райта в разведении 1—50, при отрицательной реакции Бюрнэ, будем считать за отрицательную; тогда % увеличится до 86,6 и тогда Р + В - будет 5,1%, а р. Бюрнэ получается в 1½ раза чаще, чем р. Райта.

Резюмируя наше сообщение, мы делаем след. выводы:

1. В Свердловске имеется целый ряд бруцеллезных очагов и наблюдаются спорадические случаи.

2. Необходимо еще дальнейшее наблюдение в отношении р. Райта и Р. Бюрнэ.

3. Р. Бюрнэ строго специфична и получается в $1\frac{1}{2}$ раза чаще, чем р. Райта.

4. По аналогии с очагами в Свердловске надо предполагать о наличии таких же очагов и в других городах и селен. Уральской области.

5. Необходимы дальнейшие обследования на бруцеллез в Уральской области и его изучение.

К вопросу о реакции связывания комплемента при бруцеллезе ¹⁾,

О. И. Швалякова.

(Из Эпид. отд. Свердловского бактер. ин-та. Научн. руководитель Ин-та проф. В. М. Здравосмыслов).

Реакция связывания комплемента давно рекомендуется многими исследователями для диагностики бруцеллезных заболеваний. Так, Porre, Rettger, White, Zeller, Karsten, Lentz и др. считают, что одновременное применение реакции агглютинации и реакции связывания комплемента является наиболее верным способом для обнаружения Банговской инфекции. Те же авторы указывают, что в некоторых случаях реакция связывания комплемента превосходит реакцию агглютинации.

Наши исследования, в целях обнаружения комплемента связывающих веществ в крови больных бруцеллезом, велись параллельно двум реакциям: реакции Райта и внутрикожной реакции Бюрнэ, т. е. применение этих трех реакций, мы считаем, является еще более надежным способом для выявления бруцеллезных заболеваний, которые, кроме острой клинически ясно выраженной формы, имеют еще форму скрытую, затяжную. В качестве антигенов мы брали, как предлагают некоторые авторы, эмульсию 3-суточной культуры микробов Банга из 3 штаммов, эмульсию 3-суточной культуры микрококка *Melitensis* также из 3-х штаммов. Для получения эмульсии данные микробы были омыты физиологическим раствором и прогреты в течение получаса при 60° . В качестве третьего антигена мы взяли мелитин, служащий нам для реакции Бюрнэ и представляющий собой фильтрат бульонной культуры микрококка *Melitensis*, выдержанной в течение месяца в термостате и убитой прибавлением $\frac{1}{4}\%$ карболовой кислоты. Таким образом, для реакции связывания комплемента мы брали 3 антигена. Реакции связывания комплемента при бруцеллезе мы производили подобно реакции Вассермана при сифилисе. При определении рабочей дозы антигена, мы брали половину последней задерживающей дозы. Доза комплемента бралась двойная или полторная. Гемолитическая сыворотка—в тройном титре. Испытуемая сыворотка бралась в количестве 0,1 см.³ и разводилась физиологич. раств. в 5 раз. Антиген применялся в количестве 0,5 см.³, комплемент по титру—также в количестве 0,5 см.³. Гемолитическая сыворотка добавлялась после часа стояния в термостате

¹⁾ Доложено на научной конференции Института 29. IV. 33 г.

при 37° в количестве 1 к. с. Опыты велись с активной сывороткой. Учет реакции производился сразу после термостата и через 24 часа, причем особой разницы, что наблюдали некоторые исследователи, мы не заметили.

Исследования наши можно разделить на 2 части, а именно: к первой части мы относим исследования сывороток тех лиц, заболевшие которыми в этот момент заставляет предполагать острую форму бруцеллеза и которые были присланы к нам специально для исследования на бруцеллез. К моменту исследования они имели повышенную температуру в течение уже продолжительного времени, жалобы на ломоту, бессонницу и т. д. Обычно первоначальный диагноз их был различен: бр. тиф, туберкулез, малярия, хронический сепсис и друг. При исследовании их сывороток, в случаях имеющегося бруцеллеза, мы получили полную задержку гемолиза со всеми тремя антигенами, в то время как и другие две реакции Райта и Бюрне были также резко положительны. Надо сказать, что реакция Райта большей частью была положительна в высоких разведениях ¹⁾.

Ко второй части мы относим обследование обслуживающего персонала местных учреждений, как УНИВИ, молочные фермы, горбойни и колбасный завод. Здесь мы имеем дело со здоровыми людьми, иногда при опросе жалующимися на ревматические боли.

При обследовании местной УНИВИ мы также имеем значительное количество сывороток, вызывающих полную или частичную задержку гемолиза. Кроме положительной реакции связывания комплемента, мы имели у них также положительные реакции Райта и Бюрне. Наличие трех положительных реакций позволяет допустить заболевание бруцеллезом в скрытой форме, особенно, если учесть их работу с животными, большими бруцеллезом. Реакцию Райта у них мы наблюдали в разведениях несколько более низких, чем у лиц в острый период заболевания бруцеллезом.

Исследование сывороток персонала горбойни, молочных ферм и колбасного завода показало, что некоторые их сыворотки также вызывают полную или частичную задержку гемолиза, реакция Райта у них положительная в разведениях еще более низких, чем у ветработников. Антигены наши дают в большинстве случаев одинаковые результаты.

В большинстве случаев реакция связывания комплемента вполне совпадает с реакциями Райта и Бюрне, но в известном проценте мы наблюдали и расхождение с одной из них или даже с двумя.

Сывороток, с которыми нам удалось произвести все три реакции, было всего 90. Из них в 67 случаях (25 положительных и 42 отрицательных) т. е. в 74,4% мы наблюдали полное совпадение всех трех реакций. В 11 случаях или 12,2% мы имели отрицательную реакцию связывания комплемента и реакцию Бюрне при положительной реакции Райта. В 6 случаях или 6,6% мы имели отрицательные реакции связывания комплемента и Райта при положительной реакции Бюрне. В 3-х случаях или 3,3%, мы имели отрицательную реакцию связывания ком-

¹⁾ Приложенные к статье две таблицы по техническим условиям не могли быть помещены. Ред.

племената при положительных реакциях Райта и Бюрнэ. Также в 3-х случаях или 3,3% имелась положительная реакция связывания комплемента и Райта при отрицательной реакции Бюрнэ. Надо отметить, что положительной реакции связывания комплемента, при отрицательных двух остальных, мы ни разу не имели. Если же реакции связывания комплемента рассматривались относительно одной из двух других реакций, то наибольший процент совпадения дает комбинация с реакцией Бюрнэ (86,6%) тогда как с реакцией Райта дает меньший (84,3). Кроме описанных 90 случаев, где нам удалось произвести все три реакции у нас еще имеется 18 случаев, где нам не удалось произвести реакции Бюрнэ. Имеется только реакция связывания комплемента и реакция Райта. Здесь мы имеем только один случай расхождения, а именно при реакции Райта положительной в разведении 1/400, мы имеем отрицательную реакцию связывания комплемента.

Резюмируя все сказанное, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1. Реакция связывания комплемента при брупеллезе является не менее ценной реакцией, чем реакция Райта и Бюрнэ.
2. Реакция связывания комплемента при брупеллезе особенно резко бывает выражена в периоде клинически выраженного брупеллеза.
3. Расхождение с реакциями Райта и Бюрнэ встречается в случаях скрытого брупеллеза.
4. В комбинации с реакцией Бюрнэ дает больше совпадений, чем в комбинации с реакцией Райта.
5. Антигены, которыми мы пользовались для данной реакции, работают специфически и вполне дружно.

Бешенство и паралич Ландри.

Проф. В. Н. Русских (Смоленск).

За последние годы все чаще стали проводить обобщения между клинически различно протекающими болезнями, вызываемыми фильтрующимся и ультрамикроскопичным вирусом. Так и Schükri и Spatz указывают на сходство патолого-анатомической картины между бешенством и острым эпидемическим энцефалитом, которое является настолько большим, что без знания анамнеза и клинического течения, нельзя узнать, о каком заболевании идет речь. При этом, некоторые авторы (Porsche и Benedek) считают, что телеца Негри есть только продукты дегенеративного процесса в нервных клетках, а не истинный возбудитель бешенства. Отрицательные результаты в отношении находок телец Негри при лиссе получили Maas, Abba и Bornmann, Lentz, I. Koch, Goldberg и другие. Оба заболевания имеют склонность тяжело поражать substantia nigra и область tuber cinereum с вегетативными центрами. Узелки Babes по авторам не являются характерными для лиссы. С другой стороны по Klafeldу эпидемический энцефалит, также как и другие, относящиеся в эту группу заболевания, может протекать в чисто дегенеративной форме. Pette и Spatz установили связь между бешенством, эпидемическим энцефалитом, полиомиелитом и болезнью Вогна

у лошадей как в эпидемиологическом, так и в морфологическом отношениях. Только герпетический энцефалит должен быть, повидимому, выделен анатомически из этой группы болезней. Однако, и здесь распространение идет по лимфатическим путям или вдоль нерва. Петте, прививая герпетический вирус в роговлицу кролика, получил прогрессирующее воспаление тройничного нерва, которое привело к заболеванию Варолиева моста. При эпидемическом энцефалите и болезни Борна часто распространение идет от слизистой носоглотки. Также установлено, что, при бешенстве, вирус проникает в центральную нервную систему через периферический нерв или лимфатическими путями.

Представляет большой интерес существование форм бешенства с типичным параличом Ландри, т. е. подобного рода процессы могут развиваться, повидимому, от различных токсических причин. Это еще больше расширяет рассматриваемую группу заболеваний и позволяет сделать дальнейшие обобщения.

С тех пор, как Ландри описал свою форму заболевания (1858 г.) как острый, восходящий, смертельно протекающий, не атрофический паралич, найдено много переходных форм, и в настоящее время можно говорить только о синдроме. При изучении литературы о параличе Ландри обращает внимание полиморфизм анатомических изменений от сравнительно незначительных нарушений ткани до тяжелых воспалительных и дегенеративных процессов. Повидимому, быстрого развития заболевания и раннее распространение его восходящего течения на бульбарные центры часто не позволяют развиваться глубоким, доступным для регистрации микроскопом изменениям. Это касается случаев Westphal'a, Kussmaul'a, Prince, Steven'a, Gnullain'a и Froisier и др.

Сюда относится также наблюдавшийся нами случай паралича Ландри с быстрым течением.

Б.ная Агни-ева, 16 лет, поступила в клинику нервных болезней 21 ноября 1922 года. За полтора месяца до поступления в клинику у больной был жар до 40° в течение нескольких дней. После падения температуры больная почувствовала легкие боли в ногах, больше во время ходьбы, продолжавшиеся с неделю. 15 дней назад сильная головная боль повторилась, проявляясь в виде приступов. На 3-й день головных болей развились небольшие боли и слабость в ногах, которые чувствовались только при движениях. Слабость стала увеличиваться, обнаружившись сперва в стопах, а затем в коленях. Больная могла еще стоять в это время на коленях, но скоро ослабели бедра. 6 дней назад, когда ноги были уже парализованы, стали слабеть руки, причем также сперва ослабели сперва кисти, а затем уже вся рука. Сидеть больная могла удовлетворительно, но откинувшись несколько назад. Спустя два дня после наступления слабости в ногах, появилось расстройство жевания и глотания сперва жидкой пищи, а немного позднее также и твердой. Вместе с тем на день позднее появились невнятная речь и недостаточно плотное смыкание рта. Рот оставался полуоткрытым; кусок пищи постоянно попадал между зубами и щекой. Особенных болей больная не чувствовала. Со времени паралича ног развились запоры, но мочеиспускание было нормальное.

Больная поступила в клинику уже в состоянии резких параличей. Движения в ногах возможны в крайне ограниченном объеме, в виде очень небольшого сгибания и разгибания в бедрах и голених. Движения в руках резко ограничены, поднимание рук невозможно. Движения в локтевом суставе и кисти совершаются лучше, но с ничтожной силой. Пассивные движения все возможны, тонус повышен. Ясных атрофий мышц нет. Электровозбудимость: n. peroneus—Ф. Т. 55, К.З.С.—2,2, А.З.С. 4,0; m. tibialis ant.—Ф. Т.—, К.З.С. 5,0, А.З.С. 5,0, сокращения вяловаты. Давление на нервы резко болезненно. В отношении болевой чувствительности отмечается резкая гиперестезия на ногах и руках, особенно на периферии конечностей. Тактильная чувствительность глубоко расстроена: на конечностях,

на стопах, голенах и периферических отделах рук полная анестезия, на центральных участках конечностей есть только повышение чувствительности. Мышечно-суставное чувство ослаблено. Со стороны черепных нервов имеется почти полный двусторонний паралич лицевого нерва, неполное смыкание век раскрытый рот, губы совершенно остаются без движения. Мягкое небо вяло поднимается, паретично. Глотание резко затруднено. Пульс 104. Язык при высовывании дрожит. Другие черепные нервы в порядке. Дыхание резко затруднено, преимущественно вследствие недостаточной работы грудных мышц. Сухожильные рефлексы—ахилловы, коленные, biceps и triceps отсутствуют. Патологических рефлексов нет.

Б-ная умерла через 3 дня после поступления в клинику. В последний день жизни развились частые эпилептические припадки. Они состояли в судорогах во всем теле с потерей сознания; при этом лицо бледнело и синело, оставаясь без движения вследствие параличей, только сжимались челюсти, открытые глаза вакатывались кверху и появлялась изо рта обильная пена. Руки и ноги были вытнуты и напряжены; не было обычных судорог в конечностях, т. е. параличи к этому времени были уже сильные. Последние припадки следовали друг за другом через полчаса. Еще за два часа до смерти, в промежутках между припадками, больная отвечала на вопросы и была в сознании.

В церебро-спинальной жидкости найдены единичные лейкоциты в поле зрения; при бактериологическом исследовании на сахарном агаре, бульоне и кровяной сыворотке материал оказался стерильным.

Анатомическое исследование нервной системы. Периферические нервы представляют явления значительного распада нервных волокон, однако, этот процесс не выражен резко, но имеет умеренный характер. Миэлиновая оболочка, при окраске по *Magshiv* отдельных сегментах волокон распадается на ряд зернистых шаров, которые, однако, захватывают ограниченные участки нервов. Степень развития этого распада весьма различна; многие волокна совершенно не дают его, а в других он только намечается в виде отдельных небольших капелек. Осевые цилиндры, при окраске по *Вельшовскому*, обнаруживают местами утолщение и фрагментацию нейрофибрилл. На немногих участках эти разрастания достигают значительной силы. Сосуды периферических нервов представляют умеренную инфильтрацию.

Со стороны спинного мозга все явления слабее выражены, чем в периферических нервах. Клетки передних рогов довольно хорошо сохранены. Изменения здесь выражаются только в мелкозернистости нислевских глыбок, местами слабо заметных. Глиозная ткань почти не обнаруживает реакции. В периваскулярных пространствах сосудов передних рогов наблюдаются умеренные инфильтраты.

Такие же изменения обнаружены в двигательных ядрах черепных нервов, выражающиеся в умеренном исчезании нислевской зернистости и небольшой нейронофагии.

В остальных отделах головного мозга всюду найдено резкое расширение сосудов с периваскулярными кровоизлияниями. Особенно резко это выступает в продолговатом мозгу на дне ромбовидной ямки, в стриальной системе и в области серого бугра, где расширение сосудов и кровоизлияние достигает больших размеров. Также под корой мозга в различных отделах отмечены подобные явления с умеренной инфильтрацией сосудов. Оболочки мозга гиперемированы, но мало участвуют в воспалительном процессе.

Так, образом, у больной, после лихорадочного периода, продолжавшегося несколько дней и сопровождавшегося сильными головными болями, развились сперва легкие боли и слабость в ногах, которые позднее перешли в параличи, принявшие восходящее течение и закончившиеся нарушением деятельности черепных нервов и эпилептическими припадками.

Этот случай быстро протекшего восходящего паралича должен быть отнесен к типу параличей *Ландри*. Он представляет полиневритическую форму, однако, с участием передних рогов спинного мозга, двигательных бульбарных ядер и поражением лицевой, дыхательной и глотательной мускулатуры. Выступают преимущественно альтернативные изменения со стороны периферической нервной системы. Особенно обращает внимание развитие общих эпилептических припадков при ясном сознании в промежутках между припадками. Можно допустить здесь поражение не столь

во всего головного мозга в целом, сколько особенное нарушение вегетативных центров стволовой части, в области подкорковых ганглий и серого бугра.

Именно Albi видит причины быстрого исхода при незначительных анатомических изменениях в параличе вазомоторных центров. Несомненно, кроме особой токсичности развивающейся в организме ноксы, индивидуальные свойства организма должны здесь играть большую роль. По мнению Смирнова, внезапно наступает, под гиперинфекционным и гипертоксическим влиянием, шокоподобное состояние нервных элементов, поднимающееся быстро вверх по цереброспинальной оси и парализующее дыхательные центры, причем морфологическая структура нервной ткани может остаться существенно неизменной.

Кроме полиневритической формы паралича Ландри, уже давно описаны полимиелитическая и миелитическая формы, причем вполне доказательные изменения со стороны передних рогов или диффузное и диссеминированное распространение по спинному мозгу установлены многочисленными авторами. Часто такие быстро идущие процессы присоединяются к какому-нибудь заболеванию, как, например, в случае Hitz'a к воспалению легких, в случае Marinesco и Stinger'a к оспе, в случае Klett'a к заболеванию почек. Но, в большом числе случаев указать источник заражения совершенно не представляется возможным. К полимиелитическим формам может быть отнесен следующий быстро протекавший случай восходящего паралича.

Б-ной Юх-нов Г., 22 года, поступил в клинику 15 февраля 1928 г. Заболел 9 дней назад внезапно. Появились озноб, кашель, насморк, боли при глотании, задержка стула и слабость в конечностях. До заболевания 6-ной был крепким человеком и руководил спортивными упражнениями.

Status praesens. Пульс 88 в одну минуту, t° —37,2, дыхание 22. Насморк, язык влажный, в зеве краснота, миндалины не увеличены, лимфатические железы нормальные, печень нормальна, селезенка не прощупывается. В легких сухие хрипы. Тоны сердца чисты. Со стороны нервной системы вялый паралич обеих ног, движения совершенно невозможны. Левая рука двигается вяло и находится в состоянии пареза. В правой руке движения нормальны, но силы ослаблены. Черепные нервы не нарушены. Чувствительность болевая, тактильная и термическая, повидимому, сохранена. Большой живо реагирует на уколы. Сухожильные рефлексы отсутствуют в парализованных конечностях. Патологических рефлексов нет. Ригидности затылка и симптома Кернига не обнаружено. Тазовые органы расстроены, длительные запоры и сильное растяжение мочевого пузыря. Психика заторможена, просит спасти его. Внимание сосредоточивается с трудом. На вопросы отвечает при повторных предложениях, нужна настойчивость для получения ответов. Большой делает целесообразные поступки, сбрасывает правой рукой со стола скатерть, ругается, скрежетает зубами, временно теряет сознание. 20 февраля пульс 96, дыхание 40, неравномерное, t° колеблется от 37,6 до 38,8. 22 февраля больной умер при явлениях нарастающего паралича, имевшего склонность к восходящему течению с постепенным поражением продолговатого мозга, дыхательной, сердечной и вазомоторной деятельности и глубоким нарушением функции головного мозга.

Диагноз анатомический—острый полимиелит, дегенерация миокарда, индурация печени, селезенки и почек, гиперплазия миндалин, катаральный бронхит.

Гистологическое исследование нервной системы обнаружило глубокие изменения в спинном мозгу воспалительного и дегенеративного характера. Мягкая мозговая оболочка и спинной мозг отечны и резко гиперемированы и содержат обширные инфильтраты круглоклеточного и эпителиоидного типа. Эти инфильтраты довольно равномерны на всех высотах спинного мозга. Растянутые сосуды местами дают периваскулярные кровоизлияния. Особенно инфильтраты сильны в сосудах, направляющихся к передним рогам и в самой ткани передних рогов, но также и сосуды,

идущие с периферии вблизи задних рогов в глубину серого вещества, обладают значительными инфильтратами. В различных участках передних рогов наблюдаются узелки, состоящие из лимфоцитов и эпителиоидных элементов. Глиозная ткань обнаруживает сильную пролиферацию своих элементов. Периадвентициальные пространства расширены и наполнены нежно-волоконистыми, фиброзными сгустками. Особенно эти периваскулярные расширения около передней комиссуры достигают значительных размеров. Клетки передних рогов подверглись глубокой дегенерации, они малы, едва заметны при сильном увеличении микроскопа, бледны, полностью лишены нисловеской зернистости и почти все же имеют ядер и содержат вакуолизированную протоплазму. Их нейрофибрилярный аппарат почти полностью разрушен. Значительная часть клеток совершенно исчезла. Эти остатки клеток слабо видны среди густого инфильтрата окружающей отеочной ткани. В задних рогах также отмечаются дегенеративные клетки, но их выпадение не является столь полным. Миэлиновые волокна в сером веществе спинного мозга испытывают больше изменения.

В верхних отделах центральной нервной системы отмечаются менее бурные явления, однако по всей стволовой части мозга, в подкорковых ганглиях, области серого булва и коре мозга обнаруживается резкое расширение сосудов. Местами встречаются периваскулярные кровоизлияния и инфильтраты. Со стороны ганглиозных клеток наблюдаются значительные изменения с набуханием тела клетки, распылением хроматинного вещества, смещением ядер, изменением формы клеток и явлениями нейронофагии. Такие же изменения в диффузном виде встречены также в коре мозга.

В описанном случае с двухнедельным течением восходящего паралича процесс носит определенный полиомиелитический характер. Представляет интерес эта внезапность и быстрота развития полиомиелита у до того совершенно здорового взрослого человека и особая токсичность именно по отношению к передним рогам. Исследование показывает, что фактически инфильтрация вступила в спинной мозг через все его сосуды, т. е. встречены богатые инфильтраты в периваскулярных пространствах как в области *art. spin. ant.*, так и сосудов задних корешков и в оболочках мозга. Инфекция со всех сторон стремится к серому веществу спинного мозга, особенно поражая, однако, только клетки передних рогов. Быстрота течения заболевания в таких случаях может быть различна, достигая 12-ти часов, как это было в случае Prince, закончившемся летально. Вопрос о причинах поражения передних рогов до сих пор остается мало выясненным. Едва ли это можно объяснить сосудистыми или лимфатическим распространением инфекции. Наш случай показывает, что в острых начальных стадиях почти все сосуды одинаково захвачены бурным процессом и задний рог в сущности находится в таких же условиях, как и передний рог. Частое начало полиомиелитов с корешковых болей также указывает, что инфекция может раньше поражать область вхождения заднего корешка. Можно также сомневаться, что поражение передних рогов зависит от характера инфекции, т. е. полиомиелит, миелит и энцефалит могут быть вызываемы одной и той же инфекцией. Так образом, вопрос, когда же именно эта инфекция поразит передние рога, остается открытым. Очевидно надо искать причину этого в каких-то сопутствующих воспалению факторах. Может быть здесь имеют значение какие-нибудь развивающиеся особые вегетативные изменения и нарушения внутриклеточного обмена, связанные с более глубокими патологическими процессами во всем организме в целом. Считают, что не столько сама инфекция, сколько продукты бактериальных токсинов могут являться причиной восходящих параличей. Kaldeweg говорит, что эти заболевания не производят впечатления настоящих воспали-

ний, но представляют чистый процесс распада серой субстанции, вызванной токсическими веществами неизвестного рода, и что, как реакция на этот процесс распада, выступают прогрессивные изменения в глие и инфильтраты круглых и плазматических клеток меняющейся силы.

По клиническим данным, в настоящий момент паралич Ландри может вызываться различными токсическими веществами. Протекая в виде полиневрита, полиомиелита, диффузного или рассеянного миелиита, в восходящем направлении, он может развиваться при целом ряде заболеваний—гриппе, оспе, скарлатине, тифе, кори, стафилококковой и стрептококковой инфекции, малярии и т. п. Также эндогенные яды могут играть большую роль в появлении восходящего паралича, сюда относятся часто гастро-интестинальные дистрофии и энтеро-токсические невриты, при которых наблюдаются нарушения обмена с образованием ядовитых промежуточных продуктов при распаде прежде всего гетерогенного питательного белка (Grünwald). Kett описал паралич Ландри при анурии в течении поражения почек. Günther, Bostroem, Grünwald описали восходящий паралич при острой токсической гематопорфирии. Характер и быстрота заболевания в значительной мере зависят от реакции организма. Наблюдаются различные конституциональные аномалии, status tymico—lymphaticus (Schweiger, Bostroem, Staehelin), лабильность нервной системы, различные гетеротопии и аномалии со стороны мозга, в нашем случае—двуядерные клеточные элементы в спинном мозгу. Подобного рода состояния с одной стороны могут указывать на малочувствительность организма, а с другой,—обнаруживать недостаточные защитные реакции. Альтернативный характер изменений в нашем первом случае и значительно выраженный процесс инфильтрации, пролиферации и отека тканей во втором случае указывают на неодинаковую реакцию со стороны организма, а также на различный характер токсинов. Это еще раз указывает на то, что паралич Ландри является только синдромом, под которым протекают различные заболевания. Однако, в обоих случаях мы видим чрезмерную токсичность яда и недостаточную способность организма к выработке защитных приспособлений. Дегенеративные явления настолько быстро и резко развиваются, что это говорит о большом сродстве токсинов к нервной ткани. Эту тенденцию интоксикационного процесса локализоваться в нервной ткани объясняют ее богатством липоидными веществами. По Fränkel'ю и Dimitz'ю липоидные вещества, вследствие своей легко реагирующей молекулярной функции и своей высокой оксидационной возможности, имеют исключительное влияние на энергетическую работу клеток. Т. к. токсические антигены при параличе Ландри обладают высоким сродством к липоидным веществам, то легко случается нарушение ферментативно обусловленного равновесия, при этом лабильные связи распадаются и отдельные липоидные ферменты становятся гистохимически доказательными (Obersteiner, Marinesco). Отсюда частое несоответствие в тяжести клинических симптомов и слабая выраженность гистологических находок при многих, быстро протекающих случаях паралича Ландри. Анатомические изменения еще не успевают наступить, в то время как функция клеток является глубоко пострадавшей.

По адсорбционному учению (Безредка, Marie, Löwe) наступающее усиление действия яда через образование токсин-липидов ведет

к трофическому нарушению клеточного равновесия, выпадению липоидов из липоид-протеиновой мозаики клеток, последствием чего является их дисфункция. По Grünewald'у, связанные с картиной паралича Ландри болезненные явления рассматриваются под общим названием сенсбилизирования организма для токсинов эндогенной, экзогенной или бактериальной природы. Так образом, это заболевание относится к аллергическим реакциям. Различные аномалии обмена, которые могут быть аутохтонными, или вызванными экзогенной токсикой, служат источником для отравления организма. К таким эндотоксическим процессам, между прочим, относится гематопорфирия, которая ведет к целому ряду кишечных симптомов, явлений со стороны кожи и нервной системы, и нередко сопровождается параличом Ландри, описанным при ней несколькими авторами.

Подобно тому, как Пфейфер соединил в большую иммуно-биологическую группу токсикозы от продуктов распада белковых тел при определенных условиях организма (эклампсия, эпилепсия, кататония), — процессы, протекающие под картиной паралича Ландри, могут быть объяснены аллергическим, гиперанафилактическим состоянием, при котором цитотоксические феномены анафилаксии рассматриваются как коллоидо-эластические реакции с изменением степени дисперсности в клеточной плазме (Грюневальд).

При богатстве мозга липоидами, которые имеют особенное отношение к нитоксикационным процессам, нервная система особенно часто подвергается воздействию эндогенной и экзогенной токсикой, причем моторные проводники и центры оказываются чаще наиболее ранимыми. Действие яда при параличе Ландри сравнивают с влиянием дифтерийного токсина, т. к. оба производят паралитическое действие и согласуются в выборе липоида, предпочитая фосфорно-и азот-содержащие фосфатиды холестериновой группы.

Под картиной заболевания Ландри протекают довольно часто также восходящие параличи при антирабических прививках. Remlinger к 1927 году собрал в мировой литературе 329 случаев параличей при прививках. Установлено, что чаще всего они наступают между 10 и 20-м днями со времени начала прививок. По Пельцеру в 29% заболеваний параличи протекали по типу параличей Ландри, в 57% в форме дорзо-люмбального менинго-миелита и в 12% в виде невритов, чаще лицевого нерва; очень редкие формы имеют характер чисто психический (Тумской). При этом параличи Ландри дают смертность до 30%, а дорзо-люмбальные миелиты до 5%. В отличие от параличей при бешенстве послепрививочные параличи отличаются внезапным и более ранним началом и отсутствием расстройств со стороны психики (Тумской). Часть этих послепрививочных параличей может быть отнесена к паралитической форме бешенства, но в большинстве случаев, по мнению автора, параличи развиваются под влиянием особых моментов и не имеют непосредственного отношения к заражению. Однако, вопрос о природе и характере токсинов, вызывающих параличи, остается не разрешенным. Параличи при антирабических прививках развиваются часто у лиц, которые не были искусаны бешеными животными. Быстрота течения и восходящий тип этих параличей указывает на то, что в их основе лежат те же условия возникновения, которые мы встречаем и при других па-

раличах Ландри. При послеинфекционных и послевакцинальных энцефалитах, поражающих преимущественно серую ткань мозга, Петте считает, что возбудителем является не вирус данной болезни, но возникающий на его почве другой, неизвестный еще вирус, образованием которого реагирует аллергически измененный организм на экзогенный фактор.

Первоначальным местом воздействия яда, повидимому, во всех случаях является периферический нерв. Распространение инфекции вдоль нерва доказано в настоящее время с большой определенностью. Гипотеза с корешковым неврите, как первичном месте процесса, поддерживается многими авторами. Нет достаточных данных отрицать *myelitis ex neuritide ascendente*. Наш случай восходящего полиомиелита указывает на то, что корешковые боли и анатомически констатируемые инфильтраты в сосудах задних корешков представляют обычное явление при острых формах.

Вместе с тем клинические наблюдения указывают на ряд вегетативных явлений при этих заболеваниях (*Fleischmann, Schweigers, Vostroem*). Тесная связь через *rami communicantes* столбов симпатических ганглий со спинным мозгом дает достаточную возможность для перехода воспалительного процесса на эти образования. Вегетативная сфера при параличе Ландри постоянно страдает, ее изменения при этом заболевании указаны многими авторами (Грюневальд, Смирнов). Тяжелые эпилептические припадки, которыми закончился описанный нами случай, указывают на большие нарушения в этой сфере. Случай Грюневальда начался с кишечных колик, спазмов различной локализации в гладкой мускулатуре и секреторных аномалий с истечением слюны и слез.

На глубокие изменения в подкорковых ганглиях на дне 3-го желудочка и в области других вегетативных центров при бешенстве уже давно обращено внимание, и в настоящее время они достаточно хорошо обследованы.

В изученном нами случае бешенства эти изменения весьма ярко выступают.

Б-ной Ч-ин П., 43 лет, поступил в Смол. псих б-цу 20 мая 1932 года. Перед этим б-ной был искусан бешеным волком, по поводу чего получал прививки. Точное количество прививок и время укуса установить не удалось.

Status praesens. На лице и руках имеются следы бывших укусов. Сознание ясно, дает довольно правильные ответы, много говорит отрывочными фразами: „черного человека уберите отсюда“. Умеренное двигательное возбуждение. Тяжелое состояние тревоги, страха и давления в груди. Просит есть, жалуется на сильную жажду. Когда принесли пищу, с ужасом отвернулся от нее. Пульс учащен, обильное выделение слюны. К вечеру 21 мая стал сильно метаться, просил убить его. Умер в 7 часов вечера при явлениях паралича сердца.

Исследование спинного и головного мозга обнаружило целый ряд характерных изменений. В передних рогах спинного мозга найдены неправильной формы клетки с тигролизом и смещением ядер к периферии. Способ Бельшовского дал ясно выраженные фрагментацию и утолщение нейрофибрилярного аппарата. Некоторые клетки глубоко дегенерированы и содержат вакуоли. В волокнах отмечается распад миэлиновой оболочки. Глиозная ткань участвует в процессе значительной пролиферацией глиозных клеток. Местами встречено образование узелков и нейронофагия. Сосуды оболочек и спинного мозга расширены, местами периваскулярные кровоизлияния. Инфильтративные явления умеренные.

В субаральной части и подкорковых ганглиях обнаружены также значительные расширения сосудов. Местами кровоизлияния, которые особенно сильны в подэндимиальном слое ромбовидной ямки и вокруг Сильвиева водопровода. Инфиль-

традия круглоклеточными элементами сильно выражена в продолговатом мозгу, Варолиевом мосту и подкорковых ганглиях. Можно отметить резкую инфильтрацию расширенного сосуда, подходящего к *n. ambiguus*. В *subst. nigra* и субталамической области отмечаются разрастания глиозных элементов и образование узелков *В а в е с*, которые разбросаны здесь в большом количестве.

Многие ганглиозные клетки в различных местах стволовой части и подкорковых ганглиях, особенно клетки *substantia nigra*, подверглись нейронофагии и значительному изменению структуры. Клетки Люисова тела атрофичны и сильно пигментированы, замечены также нарушения в зубчатом ядре и клетках *П у р к я н ь е*. В продолговатом мозгу, несколько кзади от внутреннего края нижней стелы, отмечаются группы клеток с тяжелыми дегенеративными явлениями и нейронофагами. Среди них наблюдается развитие узелков *В а в е с*.

Tuber cinereum особенно обращает на себя внимание тяжелыми изменениями клеток и сильной сосудистой реакцией. Резко выступает обилие капилляров и разрастание глиозной ткани на дне серого бугра. В стенках третьего желудочка имеется расширение сосудов с обширными кровоизлияниями. Клетки *n. paraventricularis*, а также и другие ядра этой области испытывают глубокие изменения, часто до полного распада клеток. Область коры мозга, Аммониева рога и подкоркового белого вещества имеет выраженную сосудистую реакцию инфильтративно-геморрагического характера с значительным изменением ганглиозных элементов.

Тельца *Не гр* и удалось отметить в различных клетках спяного мозга и стволовой части.

Со стороны железистого аппарата обнаружено: пигментная атрофия клеток печени, некротические и дегенеративные явления в области поджелудочной железы, жировая инфильтрация в коре надпочечников и значительные изменения в клетках медулярного слоя.

Так образом, в приведенном случае бешенства обращают на себя внимание тяжелые дегенеративные изменения клеток во всей центральной нервной системе, особенно в области вегетативных центров и в симпатических ганглиях, сопровождающиеся резкой сосудистой реакцией с обширными кровоизлияниями в подэпендимарном слое третьего и четвертого желудочков. Инфильтративные явления отступают на задний план.

В связи с этим стоят те тяжелые клинические симптомы, которые наблюдались у больного в виде резких вегетативных расстройств.

Стремясь перейти к оценке трех вышеописанных случаев, следует указать, прежде всего, на большую интоксикационность быстро протекших процессов. В первом случае типичного паралича *Л а н д р и* в форме полиневрита с восходящим течением обнаружены сравнительно малые дегенеративные явления, не соответствующие тяжести клинической картины. Распространяясь кверху по оси мозга, процесс захватил черепные нервы и проник в полушария головного мозга, где вызвал сильную сосудистую реакцию частично инфильтративного и токсикационного характера. Резкое расширение периваскулярных пространств и кровоизлияния в них в продолговатом мозгу и в подкорковых ганглиях говорят о тяжелом интоксикационном процессе с глубоким поражением вегетативных центров. Это, вероятно, привело, при общем раздражении всего мозга, к непрерывным эпилептическим припадкам и смертельному исходу.

Второй случай касается полимиелита также с быстрым восходящим течением, но с более резкими воспалительными явлениями, отеком тканей спинного мозга и глубокими перерождением клеток передних рогов. Случай закончился параличом сосудистого и дыхательного центров. Также как и в первом случае, мозговому процессу предшествовало инфекционное заболевание.

Третий случай представляет бешенство в его бульбарной форме с типичным развитием, быстрым течением и захватом вегетативных центров

продолговатого мозга и стволовой части мозга. Интоксикационные явления здесь крайне велики и, преимущественно, направлены к поражению важных жизненных центров. Одновременно тяжело страдают как блуждающий нерв, так и симпатические узлы, найденные в тяжелом дегенеративном состоянии. Клиническая картина заболевания вполне подтверждается наблюдаемыми гистологическими изменениями. Тяжелое состояние тревоги, страх, давление в груди, гиперальгезия, слюноотделение, выделение пота, приступы судорог, нарушение сердечной и дыхательной деятельности легко объясняются глубоким поражением ваго-симпатической системы. Возбудимость этого аппарата, доведенного до крайней степени, ведет к резко выраженным судорогам глотательных и дыхательных мышц, приходящих в сокращение при первом прикосновении к жидкости, при малейшем шуме, при легком движении воздуха. Тяжелые изменения в симпатических ганглиях при бешенстве найдены Кашиной и Могильницким. В нашем случае они достигали большой степени и осложнялись глубоким нарушением железистого аппарата, причем поджелудочная железа с островками Лангерханса и надпочечники обнаруживали резкие изменения. Ряд прежних исследователей (Криницкий, Златовер, Четвериков, Н. Кроль, Schükri и Spatz и др.) подтвердили изменения со стороны коры и стволовой части мозга. Всеми отмечается что *substantia nigra*, область серого бугра и центральное серое вещество моста и продолговатого мозга особенно тяжело страдают. Н. Кроль относит наблюдаемые при лиссе расширения зрачков с живой реакцией, выступление глазных яблок, повышение выделения слюны и клейкого пота, гусиную кожу, дрожание всего тела, тахикардию, инвертированный феномен Ашнера к особой возбудимости вегетативной нервной системы, преимущественно, к симпатикотонии и говорит о сложных сензитивных и психовегетативных моторных рефлексах, имеющих склонность к резкому повышению при этом заболевании. Эти вегетативные нарушения с приступами судорог и психосензорной гиперестезией являются характерными для картины бешенства. Они имеют достаточно оснований в перерождении вегетативного аппарата и вполне объясняют то тяжелое состояние тревоги, тоски и желания скорейшей смерти, которые испытывают больные.

Преимущественная локализация изменений при бешенстве в *subst. nigra*, в области третьего и четвертого желудочков, а также в субталамической области позволили Schükri и Spatz'у указать на сходство этих изменений с таковыми при эпидемическом энцефалите и болезни Борна.

Этот взгляд был поддержан позднее Петте (1929 г.), который делит инфекционные заболевания нервной системы на две большие группы с преимущественным поражением белого и серого вещества. В последнюю группу он относит эпидемический энцефалит, полимиэлит, бешенство и болезнь Борна.

Häuptli, Hassin и Marinesco говорят о поразительном созвучии и сходстве в воспалительных и дегенеративных изменениях при эпидемическом энцефалите и болезни Heine-Medin'a, которые отличаются только локализацией процесса. Маринеско описал мезэнцефалитическую форму болезни, при которой сильно выступает родство с эпидемическим энцефалитом. Гольдштейн сообщил о бульбарной форме Н.-М.

болезни. Harbitz и Scheel указали на сильное поражение среднего мозга при полиомиелите и изменение substantia nigra. Tobler напел также здесь инфильтраты в области водопровода и переднего двухолмия.

Подводя итог этим исследованиям, Seifried и Spatz (1930) указывают, что воспалительный процесс при Н.-М. болезни, эпидемическом энцефалите, лиссе и болезни Борна распространяется в области ромбовидной ямки на серое подэпендимарное вещество и покрывку с subst. reticularis, в области среднего мозга на subst. nigra и серое вещество Сильвиева водопровода и в области промежуточного мозга предпочитает вентрикулярные части hypothalamus, tuber cinereum и infundibulum, которые граничат с базальной цистерной. Также медиальные части зрительного бугра и хвостатого тела часто поражаются.

Этот характер распределения воспалительных явлений позволяет думать о том, что токса распространяется из ликвора, несмотря на отсутствие и слабую выраженность менингеальных явлений при этих заболеваниях. Распространение через соковые пути нервов, которые связаны с субарахноидальным пространством, доказано для лиессы Schaffer'ом, для Н.-М. болезни Flexner'ом и Wiesner'ом, для болезни Борна Zwink'ом. При последней болезни распространение допускается со слизистой носа по обонятельным нервам.

Если мы обратимся к болезни Ландри, относительно которой указывается различная этиология, то легко установить, что ей свойственны в большинстве случаев те же признаки, которые только что перечислены — часто более резкие изменения серой субстанции при сравнительно слабой реакции промежуточной ткани, распространение процесса вдоль периферических нервов и цереброспинального канала и захват важных вегетативных центров в продолговатом, среднем и промежуточном мозгу.

Таким образом, все эти заболевания, по характеру и распространению воспалительного процесса, должны быть отнесены к одной большой группе полиоэнцефалитов с ультравидимым, фильтрующимся и глицериноустойчивым, хотя может быть и разнородным, вирусом со специфической реакцией в виде телец Негри при бешенстве, телец Loest'a при болезни Борна и своеобразной глиозной пролиферации в виде узелков Babes и других подобных образований.

Клиническая ценность фуксина-сулемовой реакции Такаата-Ара при исследовании спинномозговой жидкости.

А. Н. Зимин (г. Горький).

Известно, какое большое, иногда решающее, значение имеют данные исследования спинномозговой жидкости в распознавании невропсихических заболеваний. Отсюда понятен интерес ко всякого рода исканиям в области биохимического и пр. изучения спинномозговой жидкости. В течение самого последнего времени предложен ряд новых реакций и некоторые из них оказались весьма ценными и приобрели полное право гражданства.

Новейшая фуксина-сулемовая реакция, предложенная в 1926 году двумя авторами — Маки Таката и Киоши Ара (Maki Takata

и Kiyoschi Aга) очень проста по технике выполнения, вполне доступна по стойкости и дешевизне реактивов, эффектна, легко читается и, по утверждению авторов, специфична: в распознавании заболеваний нервной системы поздн. формами люэса может заменить RW, а также пригодна для распознавания менингитических заболеваний. Эти особенности RTA делают ее весьма заманчивой, и вскоре, после опубликования ее авторами, появился ряд проверочных работ. При изучении вышедших работ, приходится отметить расхождение авторов в ее оценке, как диагностического метода.

В нашей лаборатории эту реакцию мы изучали на материале 227 случаев спинномозговой жидкости, полученной при различных заболеваниях.

Где было можно, вместе с RTA ставились и основные реакции (RW, Lange, глобулиновые, цитоз, белок). RW и в некоторых случаях реакции из группы прочих производились ассистентом Нейро-биохимического отделения д-р. Вейланд В. И. и Тарнопольской М. Э., за что выражаю им свою искреннюю признательность.

Необходимые реактивы. Растворы: 10% Natri Carbonici (Na_2CO_3); 0,5% Hydr. bichlor. corros. Merck'a и 0,02% Fuchsin-brillant (основн., не кислый). Растворы готовятся на воде двойной перегонки.

Техника реакции. 1. Ex tempore готовится рабочий реактив путем смешивания в равных количествах 0,5% раствора сулемы и 0,02% фуксина; взбалтывается.

2. К 1 куб. сант. спинномозговой жидкости прибавляется 1 капля 10% Na_2CO_3 ; взбалтывается.

3. К этой смеси (жидкость и сода) прибавляется 0,3 куб. сант. рабочего реактива (т. е. смеси фуксина-сулем.).

4. Порядок приливания реактивов сохраняется в точности, как указано.

5. Результаты реакции читаются:

а) через $\frac{1}{2}$ —1—2 минуты; б) через 15 мин.; в) через 30 мин. и г) через 24 часа.

В нормальных случаях жидкость сейчас же, при прибавлении фуксина-сулемовой смеси, принимает сине-фиолетовую окраску и в течение 24 часов (по нашим наблюдениям нередко значительно больше) остается прозрачной, сине-фиолетовой.

В патологических случаях жидкость дает 2 типа изменений: а) 1 тип, названный авторами „металюэтический“. Жидкость принимает сине-фиолетовый цвет, но быстро происходит помутнение ее, с последующим выпадением сине-фиолетового осадка в виде хлопьев разной величины: от мелко распыленной порошкообразной мути до ясных крупных хлопьев. Осадок постепенно оседает компактной массой на дно, а жидкость над ним просветляется, становится совершенно прозрачной как вода или с небольшим фиолетовым или чуть розоватым оттенком. Интенсивность 1-го типа реакции отмечается количеством плюсов, в зависимости от быстроты, величины образовавшегося осадка и быстроты и степени просветления жидкости над ним. Немедленное помутнение сине-фиолетовой жидкости с быстрым (через 2—3—6 мин.) формированием сине-фиолетового осадка, с быстрым просветлением жидкости над ним обозначается, как тип I+++ („металюэтический“—по авторам). При формировании осадка через 30 мин.—как I+ и через 24 часа I(+). Промежуточное между I+++ и I+, как I++. б) Второй патологический тип характеризуется тем, что жидкость остается прозрачной, осадка не выпадает и окрашивается в розовый цвет или красноватый, вплоть до ярко-красного. Это—тип менингитический, встречается лишь при менингитах и обозначается, как тип II.

Большинством авторов, начиная с первых, ставивших ее, — Mü n z e r'a, Богородинского, — найден еще особый тип реакции—смешанный или комбинированный тип, когда, наряду с выпадением осадка жидкость сохраняет различные оттенки красного цвета. Нами этот тип наблюдался в большинстве

случаев менингитов. Михеев и Даркшевич обозначили этот тип соответствующим количеством плюсов I типа и соответствующим количеством плюсов II типа (смотря по интенсивности красного компонента). Нам думается, достаточно обозначить этот тип II (обозначение менингитического красного типа реакции), с прибавлением соответствующего количества плюсов (смотря по скорости выпадения осадка). Степени покраснения плюсами (по Михееву и Даркшевичу) мы не обозначали.

Некоторые практические замечания, вытекающие из опыта на нашем материале. 1. При приготовлении фуксина-сулемовой смеси, части смеси в основном должен сохранять цвет фуксина. При заметном изменении цвета, прозрачности (потемнение и пр.) необходимо готовить новую смесь, обратив внимание на чистоту посуды, свежесть воды и т. п.

2. В крайнем случае, можно обходиться растворами на aq. destil.

3. При малых количествах пунктата, реакцию можно производить с меньшими дозами, конечно при соответствующем сокращении и каждого из ингредиентов реакции (на то же указывают Фоканов, Фридман, Михеев и Даркшевич): а) 0,5 куб. сан. спинно-мозговой жидкости + 1 капля 5% раствора Na_2CO_3 + 0,15 куб. с. фуксин-сулемы; б) 0,25 куб. сант. сп. мозг. жидкости + 1 капля 2,5% раствора Na_2CO_3 и 0,15 куб. см. смеси (но уже 0,01% фуксина и 0,25% сулемы). Отмеряем обычно градуированной пипеткой, непременно отдельной для каждого реактива.

4. Реакция читается значительно точней и легче в маленьких пробирках (1:10 сант) или, в крайнем случае, в центрифужных пробирках.

5. Результат реакции весьма зависит от степени чистоты всей посуды, разумеется и точности дозирования, что достигается легко.

6. Различные цветные нюансы в обоих типах реакции могут зависеть от совсем точной дозировки отдельных ингредиентов реакции. Так, при увеличении (значительное укрупнение капли или при 2-х каплях Na_2CO_3), цвет получается с белесовато-мутноватым оттенком; при увеличении смеси фукс.-сулемы, получается более насыщенная нюансировка, с синевато-вишневым оттенками и т. п. Вместе с этим, оговариваясь, мы не можем отрицать предположения Гумской-Рифтиной, что различные цветовые нюансы могут зависеть и от особенностей сп. мозг. жидкости.

7. Реактивы лучше менять через 2 недели. Раствором фуксина можно пользоваться дольше, особенно основным 0,2% раствором, из которого на 2—3 недели готсвится 0,02%.

8. В некоторых случаях (при мути или при плохо заметной на глаз седиментации) желательное пользование агглютиноскопом.

9. В сомнительных случаях, как и при всякой реакции, необходимы повторные исследования.

10. RTA дает идентичные результаты и на 2—3 день после пункции (то же и у Цисс, Михеева и Даркшевича, Мюнцера, Фоканова, Богородинского). В отдельных случаях, когда жидкость держалась на холоду, оставаясь прозрачной, мы идентичные результаты получали и с жидкостью на 5 день.

По вопросу о сущности реакции мнения различных авторов расходятся и механизм реакции остается неясным.

Такага-Ара назвали свою реакцию химической коллоидной реакцией, полагая, что в основе ее лежат сложные коллоидно-химические отношения. По их мнению, тот или иной тип реакции зависит от взаимоотношений между коллоидом реактива и разными фракциями белка жидкости. В нормальной жидкости, при нормальном содержании белка, сулема под влиянием соды дает коллоидный раствор окиси ртути ($\text{HgO}-\text{Sol.}$), которая хорошо адсорбирует частицы фуксина и таким образом вызывает сине-фиолетовое окрашивание жидкости. Увеличение глобулинов с одновременным увеличением альбуминов, наблюдаемое при воспалительных процессах в оболочках, ведет к повышенной устойчивости коллоидов (альбумины, как коллоиды мелкой дисперсности, являются как бы защитным коллоидом). Связывания фуксина путем адсорбции тогда не происходит и жидкость остается первоначального фуксинно-красного или розового цвета. В противоположность этому, при заболеланиях повдним люэсом нервной системы, при увеличении глобулинов, про-

исходит понижение коллоидной устойчивости. Глобулины, как коллоид грубо-дисперсный, обуславливают осаждение приходящего в соприкосновение с ними коллоидного раствора HgO—Sol.

В дальнейшем, из исследований Jakobstal и Joel, Röhrs и Kohl—Egger видно, что типы RTA не зависят от соотношений разных фракций белков. Рёр и Коль-Еггер не считают RTA коллоидной. Их исследования и исследования Knigge показывают, что характер реакции TA может меняться, в зависимости от различной щелочности ликвора. При подкислении ликвора, получается превращение „металюэтического“ типа реакции в менингитический. С другой стороны, менингитический тип исчезал при излишке щелочи. Незначительное подкисление нормальной сп. мозг. жидкости дает менингитический тип. Такие же указания имеем у Цисс. Quartl отмечает, что, путем изменения ¹⁰ ликвора, также можно превратить один тип реакции в другой. Fiedler отмечает, что в его случаях, в общем менингеальный тип идет с преобладанием альбуминов, а так называемый металюэтический тип — с преобладанием глобулинов; при повышении обоих фракций или глобулинов, как будто наблюдался комбинированный тип, но тут же добавляет, что не все случаи RTA укладываются в рамки этого положения и приводит случай coma diabet. (без увеличения белка), давший тип II. Этот случай RTA Fiedler склонен объяснить как последствие ацидоза спинномозговой жидкости; другие случаи объясняет концентрацией H-ионов.

Фридман, Богорodinский, не отрицая коллоидности реакции, придают значение концентрации H-ионов, содержанию солей, сахара. На нашем материале мы не всегда могли отметить зависимость типа RTA от содержания белка в ликворе. Мы имеем случаи с незначительным количеством белка, давшие тип II и, наоборот. Мы склоняемся к мысли, что, помимо, разные факторы оказывают влияние на ход реакции. Здесь играет роль совокупность всей физико-химической структуры спинномозговой жидкости, с ее различными фракциями белка, концентрацией водородных ионов, степенью щелочности, температурой и проч. Для более точного выяснения сущности и механизма этой реакции необходимы дальнейшие специальные исследования.

Разбирая наши случаи, рассмотрим результаты реакции TA при сифилитических заболеваниях нервной системы. Сравнивая реакцию TA с другими, преимущественно оттеняем RW и Lange. Остальные для упрощения объединяем в одну группу.

При прогрессивном параличе RTA на нашем материале дает вполне хорошие результаты и оказалась даже более чувствительной, чем RW ¹⁾. Здесь RTA с RW не совпала в двух случаях, причем, в обоих—RTA положительная, RW—отрицательная. По частоте и характеру выпадений (количество плюсов при RTA и характер кривых по Lange), RTA при прогрессивном параличе идет почти совершенно рядом с p. Lange. Не совпала она с реакцией Lange в 2-х случаях, из которых в одном (par. progress. incip.) RTA—отрицательная, при нетипичной паралитической кривой по Ланге. В другом—RTA дала I+, а реакция Ланге и все прочие — отрицательные. С группой „прочих реакций“ RTA дает при прогр. параличе идентичные результаты. В 2-х случаях (они вошли в общее число — 94% положительных RTA) RTA дала не типичный „металюэтический“ тип и не типичный менингитический, а комбинированный, т. е., наряду с красным окрашиванием, получилась резкая седиментация с быстрым (через 8—10 минут) и совершенным просветлением жидкости над осадком. Поэтому мы и обозначаем эти 2 случая как тип II с тремя крестами. Комбинированный тип RTA у нас и у других авторов нередко встречается и при других заболеваниях. Об этом—ниже, а сейчас лишь упомянем, что в общих случаях клини-

¹⁾ Имеющиеся в статье таблицы не помещены по техническим условиям. Ред.

чески была бесспорная картина прогрессивного паралича, с наличием менингеальных симптомов. Значит, в данных случаях смешанный тип RTA счастливо подтверждает клинические данные, ибо здесь мы имеем и менингитическое выпадение RTA (красный компонент в жидкости) и „металлоидический“ (осадок).

В случаях *tabes'a* RTA у нас дала меньшее количество положительных выпадений, чем при прогрессивном параличе.

Из 14 случаев *tabes'a* оказалось:

положительная	отрицательная	не ставилась
RTA 8 раз (57,14 ⁰ /о);	6 раз (42,86 ⁰ /о);	—
р. Lange 6 раз (42,86 ⁰ /о);	4 „ (28,57 ⁰ /о);	4 (28,57 ⁰ /о)
R. W. 6 раз (42,86 ⁰ /о);	7 „ (50 ⁰ /о);	1 (7,14 ⁰ /о).

Но известно, что при *табесе* все реакции значительно реже бывают положительными, чем при прогрессивном параличе. RTA, как видно, также не делает исключения и, сравнительно с RW и реакцией Lange, не уступает им. При этом, как и при прогрессивном параличе, количественно и качественно она идет почти параллельно с р. Lange и опять-таки несколько чувствительней RW, тем более, если не пренебречь одним случаем, давшим ясную опалесценцию при RTA (р. Nonne-Arelt'a=положит.; р. Ланге дала какое-то выпадение). Хочется отгнать 1 случай прогр. паралича, где клинический диагноз вне сомнения и RTA=положительная при отрицательных всех остальных реакций. Группа „прочих реакций“ идет почти одинаково с RTA.

В наших случаях с заболеваниями ранними формами сифилиса нервной системы, *lues latens, congenita*—RTA оказалась также довольно показательной. Из 35 случаев с этими формами оказалось:

положительная	отрицательная	не ставилась
RTA 11 раз (31,43 ⁰ /о);	24 раза (68,37 ⁰ /о);	—
RW 11 „ (31,43 ⁰ /о);	22 „ (62,86 ⁰ /о);	2 р. (5,71 ⁰ /о);
Ланге 13 „ (37,14 ⁰ /о);	11 „ (31,43 ⁰ /о);	11 р. (31,43 ⁰ /о);
„Прочие“ 13 „ (37,14 ⁰ /о);	19 „ (54,28 ⁰ /о);	3 р. (8,58 ⁰ /о).

Давая высокий процент совпадений с RW (88⁰/о), в этой группе заболеваний RTA отстает от р. Lange и прочих реакций, но, в отношении поведения здесь р. Lange, необходимо отметить, что во многих случаях положительных выпадений получились не типичные люэтические кривые (абортивная кривая прогр. паралича); характер прогр. паралича в 2-х случаях; табетическая кривая в 2-х случаях; не типичн. менингитическ. в 2-х случ.; люэтический зубец в 2 случ.; не типичная люэтическая. 1 случай. Но тем не менее р. Lange здесь часто была единственной положительной из всех остальных реакций, при часто положительной RW в крови. В 1 случае RTA оказалась отрицательной, если не считать опалесценции, при ясно положительных RW, Lange, „прочих“ и положительной RW в крови.

Fiedler отмечает, что в его одном случае *табеса* и 1 случае *lues cerebrosppinalis* RTA оказалась отрицательной, при положительных всех остальных реакциях. Röhrl и Kohl-Egger в случаях *par. progr. incip.* и *lues congenita* указывают на отрицательную RTA при резко положи-

тельной RW. Но такие отдельные случаи бывают и с другими реакциями. Их можно найти и в нашем материале. В подобных случаях для проверки необходимо делать повторные анализы, чего, к сожалению, в данном случае мы сделать не могли.

RTA более чувствительна, чем RW. Но какой ответ RTA дает при рассматривании вопроса об ее специфичности? Может ли она заменить RW? Этот вопрос наиболее существенный, так как, при простоте RTA и при большом количестве положительных выпадений в сифилитических ликворах в случае ее специфичности, RTA имела бы громаднейшую клиническую ценность. На основании своего и литературного материала мы должны определенно ответить: что RTA не может заменить RW и, конечно, RTA не специфична, ибо она часто дает положительные результаты и при не сифилитических заболеваниях. В нашем материале из 128 несифилитических случаев RTA оказалась положительной в 28 сл., т. е. в 21,9%. Если даже из этой цифры исключить число случаев, где положительное выпадение RTA может быть от примеси в жидкости крови и оставить лишь случаи, давшие чистый металюэтический тип I и тогда число положительных результатов RTA, при неспецифических заболеваниях, у нас будет 13, т. е. 10,15%. В то же время RW во всех 122 случаях, где она ставилась совместно с RTA, была всегда отрицательной. У других авторов, в среднем, мы имеем такой же процент положительных выпадений RTA при не сифилитических заболеваниях. У самих авторов RTA тоже получился большой процент положительных результатов при сифилитических заболеваниях нервной системы (95%). Но анализ их случаев показывает, что в общем их результаты вовсе не противоречат нашим выводам о неспецифичности RTA. Все дело в том, что Takata и Aга среди объектов с люэтической этиологией имели исключительно случаи позднего сифилиса нервной системы, а в не сифилитических случаях, в большинстве, были заболевания функционального характера и психозы.

Takata и Aга имели 146 случаев, из коих *paralys. progressiva*—37, *tubo-paralysis*—2, *paralys. juvenilis*—1, *encephalit. epid.*—1, не специфические неврозы и психозы—102 и *meningitis tbc*—3. В случаях сифилиса положительная реакция у них получалась в 38 случаях, т. е. 95%. И единственный случай органического заболевания нервной системы (без менингита) у них дал положительный результат. Как мы видели, случаи позднего нервного люэса у нас и у громадного большинства авторов также дали большой процент положительных выпадений, особенно при прогрессивном параличе.

Если теперь проследить случаи органических заболеваний, давших положительную RTA, то вывести какую-либо закономерность на основании диагнозов, количества белка и пр. не удастся.

Весьма интересным и существенно важным моментом является факт, что в нашем материале все положительные результаты RTA падают на органические заболевания нервной системы. При функциональных заболеваниях, а равно и при психопатиях и психозах, RTA у нас оставалась неизменно отрицательной (при отрицательных всех других реакций). В литературе по этому вопросу мы также находим, в большинстве случаев, подтверждающие данные (Цис, Соловьев и Азарх, Фоканов и др.). Правда, встречаются и исключения. Но они не часты. Fiedler отме-

чает положительную RTA (при отрицательных всех остальных) в одном случае невращения (II тип). Смешанный тип RTA получился в 1 случае функционального заболевания из 22 у Тумской и Рифтиной. В большом материале Э. Блюма мы находим тип I+ при шизофрении в 2-х случаях из 71 и тип I(+), в 1-ом из 34 сл. хронического алкоголизма. Но все 21 функц. заболеваний в случаях Э. Блюма — отрицательные. Несколько случаев положительных выпадений RTA при психозах отмечает Грабов. У Карнаш и Кинга слабо положительное выпадение дали алкогольный психоз, шизофр. и маниакально-депрессивный психоз. У них же в 14 из 31 сл. шизофрении RTA дала облачность. У Мейера 12 случаев психозов дали отрицательный результат. Но из 21 случая психопатических состояний RTA в 4-х дала тип I+ и в одном дала тип I(+); в одном случае из 7 (хрон. алкоголизма) дала тип I+. Что касается поведения RTA при менингитах, то, у нас и у других авторов RTA в большинстве случаев получается положительной, с характерным для менингита красным компонентом. Но чистый менингитический тип II (по авторам), с прозрачной, ярко-красной жидкостью получается далеко не всегда. Мы исследовали 33 случая менингитов разной этиологии, считая резидуальн. менингиты и менингизмы. При этом RTA получилась положительная в 100% и во всех случаях с красным компонентом, кроме одного случая менингизма и одного повторного с менингитом. Но в большинстве наших случаев (24 сл.) красный компонент был наряду с выпадением красного осадка, т. е. получался комбинированный тип. Совершенно чистый менингитический тип II — по авторам реакции мы имели лишь в 5 случаях и в 2-х чистый тип II был запятым: в одном получилось легкое помутнение жидкости, в другом неяркий красный компонент. У Мюнцера имеется ряд случаев менингитов, давших тип II с помутнением. У Фидлера, при клинически ясных менингитах, RTA дала лишь слабое красноватое окрашивание. И у многих других авторов мы встречаем не мало случаев менингитов, давших не чистый тип II и комбинированный тип. При менингитах комбинированный тип очень часто встречается у нас; у Цис — 50%; Богородинский — 50% и т. д. Интересно, что такой же комбинированный тип RTA встречается не только в менингитических случаях, но и в случаях других разных органических заболеваний. Книжке, Богородинский, Николь, — впервые отметившие комбинированный тип RTA, получили его при разных органических заболеваниях нервной системы, а позднее и многие др. авторы. В нашем материале таких случаев мы имеем 20, из которых в 14 случаях клинически отмечались менингеальные явления; в 3-х в пунктате была примесь крови. Следовательно, в наших случаях смешанный тип часто отвечает клинической картине, как бы характеризует паренхиматозно-оболочечные поражения. Подобные случаи имеются также у Мюнцера, Тумской-Рифтиной, Богородинского. С другой стороны, описаны случаи комбинированного типа при паркинсонизме (Николь), пахименингитах (Михеев, Даркшевич), при спин. сухотке и гематомиэлии (Тумская-Рифтина), при рассеянном склерозе, туморе, столбняке (Цис). Сюда же относятся наши случаи: 2 тумора и 1 комбин. склероз, где какой-либо связи с другими реакциями найти нельзя. Правда, во всех этих 3-х случаях увеличено количество белка, но, ведь, при такой же картине сп.-мозг. жидкости не всегда у нас был

смешанный тип. Затем у нас, как мы видели, комбинированный тип получился превалирующим при менингитах. В этих случаях дать объяснение смешанному типу — затруднительно. Примесь крови по нашим данным также не всегда дает комбинированный тип. У Богородинского пунктат с примесью крови дал II тип, у Фидлера — I, II и смешанный тип. Отсюда становится ясным, что комбинированный тип РТА часто, но не всегда соответствует клинической картине комбинированного оболочечно-паренхиматозного поражения. Грабов и друг. этот тип не считают характерным для какого-либо поражения.

Оценивая значение РТА при распознавании менингитов, мы должны определенно отметить, что при менингитах РТА дает значительное количество положительных результатов с красным компонентом типа II или смешанного. Это целиком подтверждает наш материал и материал других авторов. Но здесь с типом II реакции ТА происходит то же, что и с типом I. Тип II опорачивается тем, что он встречается и в случаях других заболеваний нервной системы, без поражения оболочек. Правда, в нашем и литературном материале их немного меньше, чем металюэтич. тип I встречается при нелюэтических заболеваниях. Но игнорировать эти случаи не приходится.

Ряд авторов находят тип II при опухолях (Михеев и Даркшевич, Мейер, Фоканов и др.), *coma diabet*, боковом амиографическом склерозе, компрессии спинного мозга, уремии и спинно-мозгов. сифилисе. Но повторяем, что число этих случаев все же не велико и нужно принять во внимание, что многие авторы не указывают, была ли в их случаях заинтересованность оболочек (клинически).

Учитывая сказанное, нужно заключать, что красный компонент при РТА в большинстве случаев свидетельствует о заинтересованности в процессе мозговых оболочек, в смысле воспалительного процесса в них.

В нашем материале при менингитах РТА в общем идет параллельно с другими и, по степени выпадения, ближе всего в реакции *Langé*; хотя в смысле точности регистрации (характерность кривых) реакция *Langé* идет значительно впереди реакции ТА. Вообще же, в отношении оценки реакции ТА, как реакции, характеризующей степень поражения, с определенностью высказаться пока затрудняемся, так как количество повторных анализов у нас недостаточно. Но из нашего небольшого материала на этот счет все же можно заключить, что чего-либо характерного реакция ТА, повидимому, не дает. Во всяком случае уступает здесь реакции *Langé*.

На значении реакции ТА в леченных случаях, например, в случаях позднего люэса нервной системы, леченных малярией, более подробно останавливаются Михеев и Даркшевич, приводя литературные данные. Своего материала по этому вопросу мы имеем мало. Но, видимо, здесь реакция ТА от других реакций ничем не отличается (Мейер, Зимин), может быть даже становится отрицательной ранее других реакций, в частности *RW* (Михеев и Даркшевич).

Выводы. 1. Реакция ТА является показателем органических заболеваний нервной системы.

2. Она не специфична и не может заменить *RW*, однако нельзя игнорировать факта, что реакция ТА из числа органических заболеваний

положительной (тип I)—чаще бывает при люэтических заболеваниях и очень характерна для прогрессивного паралича.

3. Наличие красного компонента, независимо от наличия или отсутствия явлений седиментации, в большинстве случаев говорит за участие мозговых оболочек в патологическом процессе.

4. РТА технически очень проста, быстра по выполнению, эффективна и доступна по дешевизне реактивов.

5. По числу и характеру выпадений ближе стоит к кол. реакции Lange.

6. Реакция ТА—ценна, как хорошая, ориентировочная реакция. В совокупности с другими реакциями может служить хорошей подмогой в распознавании органических, в частности с люэтической этиологией, и обособленных заболеваний нервной системы.

8. Значение ее несколько уменьшается непоказательностью результатов реакции ТА в случаях примеси к пунктагу крови, что практически встречается нередко.

В заключение приношу искреннюю благодарность А. Е. Кулькову за сделанные указания и просмотр работы.

Из клиники туберкулеза Днепропетровского мединститута. (Директор проф. Б. А. Залкинд.)

Клинико-экспериментальные наблюдения по вопросу о лечении хлоркальцином сульфатом магнезии ($MgSO_4$).

Ассист. клин. Р. А. Булгач (Днепропетровск).

Под хлоркальциномами в литературе принято понимать не новообразования, а инфильтраты и некрозы, которые имеют место при неудачных вливаниях хлорида кальция ($CaCl_2$), т. е. когда растворы хлорида кальция попадают не в вену, а в подкожную клетчатку. На это осложнение указывают Сердииков, Гольдберг, Чекалов, Кузнецов, Козлова и Ляхович, Дитель и друг. Клинические хлоркальциномы проявляются резкой болью в области инъекции, гиперемией и разлитой припухлостью. Далее, в зависимости от количества, от концентрации растворов хлорида кальция, попавшего под кожу, и сопротивляемости ткани, инфильтраты, под влиянием компресса и массажа, рассасываются, либо спустя 2—3 дня припухлость концентрируется, образуется демаркационный валик круглой формы, внутри которого ткань омертвевает. Омертвевший участок через 2—3 недели отторгается, после чего дефект заживает рубцом. В общем длительность течения хлоркальцином равна 4—5 неделям, в течение которых больные испытывают болезненность, особенно резкую в первые дни. Описан в литературе случай, где указанное осложнение протекало с вовлечением в процесс *p. mediani*, что удлинено срок выздоровления до полугода (Тиска и Шнейдерман, Тамарин).

Таким образом, мы видим, что хлоркальциномы являются далеко не безразличным осложнением для больного и могут иметь место в руках

даже опытных врачей, например, при плохо выраженных, либо склеротических венах. Если увязать данные два положения с широким применением хлорида кальция в медицине, а особенно при различного характера кровотечениях, то напрашивается вывод о том, что вопрос о профилактике и лечении хлоркальцином имеет большое практическое значение. Данный вопрос приобретает особую актуальность в связи с возможностью газовой войны, когда придется широко пользоваться интравенными вливаниями хлорида кальция в связи с отеками легких на почве отравления группой удущающих „ОВ“.

По вопросу о лечении хлоркальцином имеются в литературе указания. Так, напр., Ч у к а н о в рекомендует массаж локтевого сгиба при попадании слабых растворов (1—2%) и орошение области инъекции физиологическим раствором—при попадании под кожу более концентрированных растворов (5—10%) хлорида кальция (CaCl₂). Аналогичный метод лечения рекомендует также Д и т е л ь. Как первый, так и второй методы являются не надежными, так как хлорид кальция все же остается в подкожной клетчатке, хотя и в более слабой концентрации, как это имеет место во 2-м случае. К тому же, из литературы известно, что даже 1% растворы хлорида кальция уже способны вызвать некроз тканей. К у з н е ц о в предлагает при указанном осложнении орошать область предполагаемой хлоркальциномы 25% раствором сульфата натрия (Na₂SO₄), что даст возможность разрушить молекулу хлорида кальция, находящуюся в подкожной клетчатке. От взаимодействия указанных двух препаратов образуются 2NaCl и CaSO₄, которые являются индифферентными для тканей. Указанное предложение вполне заслуженно получило свое отражение в литературе. Так, К о з л о в а и Л я х о в и ч применили этот метод лечения на больных с хорошими результатами. Пробелами в работах К у з н е ц о в а, К о з л о в о й и Л я х о в и ч является отсутствие экспериментальных наблюдений в отношении указанной терапии хлоркальцином. Учитывая актуальность данного вопроса, нами в 1928 году поставлена экспериментальная работа на животных (собаки и кролики), целью которой было изучение ряда вопросов, связанных с образованием и лечением хлоркальцином сульфатом натрия по методу К у з н е ц о в а. (Вопросы ТВС, № 10, 1929 г.). Изучая протоколы эксперимента продолженной работы видно, что эффект от применения сульфата натрия получен в некоторых случаях только частичный. Последнее обстоятельство побудило нас искать более надежного препарата и метода лечения хлоркальцином, принимая во внимание актуальность данного вопроса.

Настоящее сообщение имеет целью поделиться на страницах печати клинико-экспериментальными наблюдениями по вопросу о лечении хлоркальцином сульфатом магнезии, предложенном нами (Р. Бу л г а ч) в 1931 г. При химическом взаимодействии хлорида кальция и сульфата магнезии образуется два новых соединения—хлорид магния и сульфат кальция, из которых каждый в отдельности является индифферентным для тканей в смысле их раздражения и разрушения.

Реакция идет по формуле: $CaCl_2 + MgSO_4 = MgCl_2 + CaSO_4$.

In vitro реакция начинается при комнатной температуре спустя 3—5 минут и заканчивается через 15—20 минут, давая на дне пробирки и на ее стенках осадок плохо растворимого сульфата кальция. При подогревании же пробирки до 37,5—38,5°, на дне пробирки сразу вынадеет большой осадок и реакция заканчивается в течение первых 2—3 минут.

В отношении фармакологического действия сульфата и хлорида магния нужно отметить, что дозы от 0,5 до 1 гр. на кило животного веса оказывают свое действие на центральную нервную систему, вызывая длительный наркоз, а при больших дозах—смерть от остановки дыхания. На сосуды соли магния оказывают расширяющее действие (цит. по К р а в к о в у).

Применяя Са-терапию при кровоизлияниях и других видах кровотечений, мы имеем обычно взволнованных больных, у которых возбуждение резко возрастает в связи с неудачным вливанием хлорида кальция, при-

нимая во внимание резкую боль при попадании указанного препарата в подкожную клетчатку. Применяя в подобных случаях сульфат магнeзии, мы достигаем, кроме разрушения молекулы хлорида кальция, являющейся пагубной для живой ткани, местное обезболивание участка инъекции, а также небольшое общее угнетение центральной нервной системы, что может до некоторой степени способствовать остановке кровотечения (понижение кровяного давления). К тому же доказано, что соли магнeзии расширяют сосуды, что ведет также к понижению кровяного давления— фактору, способствующему в ряде случаев остановке кровотечения.

Для изучения специфичности сульфата магнeзии при лечении хлоркальцином, после пробы *in vitro*, были произведены эксперименты на животных. Объектами наших наблюдений были кролики. Манипулировали мы 10% раствором хлорида кальция и 10% раствором сульфата магнeзии в подогретом виде до 37°. Операционное поле выбиралось, обмывалось водой и спиртом. Инъекции производились подкожно стерильными иглами и шприцами. Во всех случаях после инъекции сульфата магнeзии к области инъекции прикладывалась грелка на 10 минут в связи с тем, что реакция идет быстрее при подогревании, как это было проверено нами *in vitro*. Всего произведено 24 инъекции, из них 5 контрольных и 19 лечебных по схеме, прилагаемой ниже.

№№ попор.	Вес кроликов	Количество введенных под кожу растворов	Результаты	Примечание
1	1100 гр.	0,5 раст. CaCl ₂	Некроз 2×2 см.	Контр. опыт
2	"	0,5 " " +2,0 раст. MgSO ₄	Никак. откл. от нор.	Лечеб. опыт
3	"	0,5 " " +2,0 " "	" " " "	" " "
4	1300 "	1,5 " (30%) раст. CaCl ₂ "	Некроз 1×2 см.	Контр. опыт
5	1300 "	2,0 " " " " "	Некроз 2×2 см.	" " "
6	1300 "	0,5 " CaCl ₂ +2,0 рас. MgSO ₄	Никак. откл. от нор.	Лечеб. опыт
7	1200 "	0,5 " " " " "	Некроз 2×2 см.	Контр. опыт
8	1200 "	0,5 " " +2,0 " MgSO ₄	Никак. откл. от нор.	Лечеб. опыт
9	1200 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
10	1000 "	0,5 " " " " "	Некроз 2×2 см.	Контр. опыт
11	1000 "	0,5 " " " " "	Никак. откл. от нор.	Лечеб. опыт
12	1000 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
13	950 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
14	950 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
15	950 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
16	1200 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
17	1200 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
18	1200 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
19	1100 "	0,5 " " " " "	" " " "	" " "
20	1100 "	0,5 " " " " (через 5 мин.)	" " " "	" " "
21	1100 "	0,5 " " " " (через 10 мин.)	" " " "	" " "
22	1200 "	0,5 " " " " (через 10 мин.)	" " " "	" " "
23	1200 "	0,5 " " " " (через 15 мин.)	" " " "	" " "
24	1200 "	0,5 " " " " (через 15 мин.)	Некроз 1×1 см.	" " "
		(через 20 мин.)		

Сравнивая экспериментальные данные, полученные от применения сульфата магнeзии и сульфата натрия (см. нашу работу—вопросы ТВС за 1929 г.) видно, что сульфат магнeзии является более надежным и действительным при лечении хлоркальцином. Так, например, на 7 лечебных

опытов применения сульфата натрия нами получен полный терапевтический эффект в 5-ти случаях, между тем как применение сульфата магнезии непосредственно после введения под кожу хлорида кальция во всех 13-ти случаях дало полный терапевтический эффект. Далее, применение сульфата натрия не непосредственно, а через различные промежутки времени после введения хлорида кальция, нами получен некроз уже через 5 минут в то время, как применение сульфата магнезии через 5—10—15 минут, после введения под кожу раствора хлорида кальция инфилтратов и некрозов за собой не повлекло. Сульфат магнезии имеет большее преимущество перед сульфатом натрия в отношении местного обезболивания в области предполагаемой хлоркальциномы и общего действия на центральную нервную систему, чего мы не наблюдаем, применяя сульфат натрия, о чем излагалось выше.

Убедившись, путем экспериментов на животных, в специфичности сульфата магнезии при лечении хлоркальцином, мы продолжили наши наблюдения на клиническом материале. За последний год представилось возможным применить излагаемый метод лечения в 15-ти случаях. Во всех случаях больные, при вливаниях хлорида кальция, заявляли о жгучих болях в области укола, что являлось безусловным признаком попадания под кожу раствора хлорида кальция. В момент заявления больных о болях шприц снимался с иглы, раствор хлорида кальция выливался и в шприц набирался подогретый 10% раствор сульфата магнезии, которым в количестве 3—4 куб. с. орошалась равномерно область предполагаемой хлоркальциномы через ту же иглу. После введения под кожу сульфата магнезии прикладывалась грелка на 10—15 минут, как это практиковалось при экспериментах на животных. После инъекции сульфата магнезии боль тотчас же проходила, инфилтраты и некрозы в последующие дни не имели места ни в одном из 15-ти проведенных случаев. Для демонстрации приводим выдержки из двух историй болезней.

1) Большой В-ра, 26 лет.

22/IX 32 г. по поводу обильного легочного кровотечения был применен 10% раствор хлорида кальция внутривенно. Во время вливания, на 5 кубике больной почувствовал резкую боль в области инъекции. После введения еще 0,5 куб. см. раствора хлорида кальция боль значительно усилилась. Вливание прекращено. Игла не извлекалась, в шприц набран 10% раствор сульфата магнезии и введен в количестве 3 куб. см. под кожу в область предполагаемой хлоркальциномы. После введения последнего раствора—грелка на 10 минут. Боль вскоре исчезла, инфилтрат в последующие дни не появился.

2) Большой В-р, 27 лет.

3/XI 32 г. у больного обильное кровохарканье. Внутреннее употребление хлорида кальция безуспешное, что побудило применить Са-терапию внутривенно. 4/XI во время вливания больной заявил о резкой болезненности в области инъекции, одновременно развилась припухлость, что явилось ясным доказательством введения под кожу раствора хлорида кальция. Тотчас же применена Mg-терапия по методике, указанной выше. Боль тотчас же исчезла, в последующие дни в области инъекции отклонения от нормы не отмечалось. Остальные 13 случаев аналогичны приведенным.

На основании клинико-экспериментальных и литературных данных можно сделать выводы следующего порядка:

1) Вопрос о лечении хлоркальцином нужно считать актуальным в связи с эффективностью Са-терапии, особенно при кровотечениях различной

этиологии и локализации, возможностью указанного осложнения при интравенозных вливаниях и отсутствием надежных методов лечения.

2) Сульфат магнезии является специфическим средством при лечении хлоркальцином, предотвращая появление длительных, болезненных инфильтратов и некрозов.

3) Применение сульфата магнезии через 15 минут дает еще полный терапевтический эффект, а применение указанного препарата через 20 минут дает только частичный эффект.

4) Сульфат магнезии имеет преимущество перед сульфатом натрия, как в смысле специфичности препарата, так и в отношении местного обезболивания области предполагаемой хлоркальциномы, а также общего действия на центральную нервную систему.

5) Учитывая специфичность препарата, его местное обезболивающее свойство, общее благоприятное действие на нервную систему, простоту методики лечения, его действительность в первые 15—20 минут, все это дает нам полное основание рекомендовать указанный препарат и методу для широкого практического применения.

Кожно-венерологическая клиника Каз. государственного медицинского института.

Опыт лечения метиловым антигеном Négre u Boquet туберкулезных пораженных кожи.

Проф. И. И. Олесов.

В дерматологии группа туберкулезных заболеваний кожи обширна и клинически чрезвычайно разнообразна. В настоящее время хорошо известно, что *lupus vulgaris*, *erythema indur.* В а z i n, *lichen scrophulosorum*, *tuberculosis verrucosa cutis*, *scrophuloderma*, *lupus miliaris disseminatus* есть только морфологические разновидности одного и того же туберкулезного процесса в коже. Работа Коха показала, что причиной болезни могут быть не только бактерии, но и продукты их жизнедеятельности—токсины. Последнее дало основание Darier к так наз. истинным туберкулезным поражениям кожи присоединить большую группу дерматозов, известных под названием токситуберкулидов, где при обычных методах исследования возбудителей *tbc* не обнаруживают.

Работы последних лет из лаборатории Calmette'a дали много нового в смысле понимания патогенеза туберкулидов. Особенно большой интерес представляют работы Valtis о фильтрующем *tbc* вирусе и работы Löwenstein'a с его методикой выделения *tbc* бактерий из крови туберкулезных больных. Достижения в области изучения биологии туберкулезной палочки и патологии туберкулеза вносят много нового в вопросы изучения туберкулезных поражений кожи. Видимо, ряд дерматозов (как, напр., *granuloma annulare*, красная волчанка и др.), этиология которых до последнего времени остается дискутабельной, в ближайшее время будут отнесены в группу туберкулезных поражений кожи. Этим круг туберкулезных заболеваний кожи еще более расширится. Последнее обяза-

зает нас со всей остротой ставить вопрос о борьбе с этими заболеваниями. В процессе долголетней и упорной борьбы с туберкулезом выработался ряд методик, но применение их требует большого опыта, терпения и умения варьировать ими. Поэтому, естественно, что на каждый новый метод, который облегчает положение врача и больного, смотрят с большой надеждой. Был момент, когда, казалось, что, применяя хемотерапию (в частности препараты золота), мы сумеем добиться больших успехов. Был момент, когда полагали, что диета, известная под именем диеты SHG (Зауербрух, Германсдерфер и Герзон)—прочная опора в борьбе с туберкулезом и т. д. К сожалению, все эти надежды не оправдались. Совершенно очевидно, что каждый случай туберкулезного поражения необходимо индивидуализировать и назначать лечение в зависимости от формы, локализации, размеров очага поражения, в зависимости от возраста, социального положения и общего состояния здоровья. Это не только не уменьшает нашей обязанности научиться пользоваться уже известными методами, но заставляет нас искать новые методы, которые облегчали бы положение врача при выборе методики лечения. В последние годы, особенно во Франции, широкую известность получил метод лечения *метиловым экстрактом* Négre и Voquet. Преимущество метода, как указывается в литературе, заключается в следующем: 1) метод безвреден; 2) вызывает улучшение общего самочувствия; 3) вес больных повышается и, наконец, 4) метод дает весьма большой процент излечения. Эти указания дали нам основание заняться изучением этого метода.

Исследования Voquet и Négre были произведены в лаборатории Calmette'a и показали, что метиловый экстракт бактерий Коха, предварительно обезжиренных апетонем, вызывает обратное развитие туберкулеза, экспериментально вызванного у лабораторных животных (Pr. Med., 1925 г., октябрь). Этот ободряющий результат позволил ряду авторов заняться изучением действия этого антигена на различные клинические формы туберкулеза у человека. 3-х летние наблюдения дали положительные результаты. В №№ Pr. Med за 28 и 29 г.г. приведены сводные статьи, иллюстрирующие благоприятное действие метилового антигена.

Для примера приведу краткие выдержки из указанных статей.

L. Négre, A. Voquet и J. Valtis (Pr. Med., 1928 г., № 42) приводят следующие данные:

- 1) Thiago d'Almeida et Albino Santos опубликовали 20 наблюдений, где антиген оказал весьма хорошее действие на обратное развитие туберкулеза легких, кожи и брюшины.
- 2) Léon Bernard, L. Baron et Valtis указали на хорошие результаты лечения метиловым антигеном туберкулезных аденитов.
- 3) Henri Saboche на конгрессе отоларингологов сообщил о благоприятном действии метилового антигена на туберкулез гортани.
- 4) L. Guinard, Armand Delille, Kavats, Ferens и др. отметили, что лечение метиловым антигеном, помимо влияния на обратное развитие туберкулезных очагов, вызывает улучшение общего состояния, улучшает аппетит, способствует поднятию веса тела и прекращает или значительно уменьшает ночные обильные поты. В этой же работе приведены выписки из историй болезни различных авторов, свидетельствующие, что лечение метиловым антигеном дало хороший результат в случаях туберкулеза яичек, кишек, брюшины, мочеполовых органов, костей и легких. В Pr. Med. 1926 г. и 1927 г. приведены наблюдения, свидетельствующие, что метиловый антиген оказывает весьма хорошее действие на

обратное развитие туберкулеза кожи и слизистых. Известный дерматолог Lorta и Jacob пишет, что он наблюдал случаи кожного туберкулеза и туберкулеза слизистых, когда лечение метиловым антигеном дало великолепный результат. Bideman приводит случай язвенного туберкулезного процесса ноги 18-летней давности, не поддававшегося никакой терапии и зарубцевавшегося после курса лечения метиловым антигеном; он же приводит случай язвенной волчанки 8-летней давности, не поддававшейся терапии и полностью излеченной метиловым антигеном в течение 2-месячного курса лечения.

Число наблюдений, где метиловый антиген оказал благотворное действие на лечение туберкулезного процесса, не исчерпывается вышеприведенными примерами; их значительно больше.

Техника приготовления антигена.

Метиловый антиген готовится в Париже в институте Пастера. Он бывает 2-х видов: разведенный (1:10, и концентрированный).

Шестинедельные культуры человеческого или бычьего туберкулеза на глицериновом бульоне стерилизуются нагреванием 30 м. при 120°, затем промываются через фильтр дистиллированной водой и высушиваются в термостате. Высушенные бактерии обрабатываются ацетоном (1 см³ ацетона на 0,01 бацилл) в течение 24 часов, затем вновь высушиваются и, наконец, экстрагируются 99° метиловым алкоголем (1 см³ спирта на 0,01 бацилл). Смесь оставляется на 10—12 дней при t° 37°—38°. Жидкость, отделенная от бацилл, и является *туберкулезным антигеном*.

Техника лечения.

L. Nègre, A. Voquet et J. Valtis. (Pr. Med., 1928, № 42) рекомендуют следующую методику лечения. Инъекции делаются 2 раза в неделю под кожу в разгибательную поверхность бедра. Лечение туберкулеза кожи и хирургического туберкулеза они рекомендуют начинать с $\frac{1}{4}$ куб. с. разведенного раствора; если нет температурной реакции, то через 3—4 дня вводится $\frac{1}{2}$ куб. с. этого же раствора. Эта доза повторяется 5—6 раз, следующая доза и последующие за ней увеличиваются на $\frac{1}{4}$ куб. с., причем каждая новая доза повторяется 5—6 раз. Если инъекция вызывает повышение t° (даже на 0,5°), то доза последующей инъекции должна быть уменьшена на $\frac{1}{4}$ куб. с. Когда больной получил 5—6 инъекций в 1 куб. с. разведенного антигена, то вводится $\frac{1}{4}$ куб. с. чистого антигена. При отсутствии t° реакции эта доза повторяется 5—6 раз и затем вновь увеличивается на $\frac{1}{4}$ куб. с. Каждая новая доза повторяется 5—6 раз. Максимальная разовая доза—1 куб. с. чистого антигена.

В случаях с активными туберкулезными явлениями, когда больные чрезвычайно чувствительны к антигену, авторы рекомендуют начинать лечение с 0,1 куб. с. разведенного антигена и увеличивать разовые дозы по 0,1, причем каждую дозу необходимо повторять 5—6 раз, а в некоторых случаях даже и 8 раз, в зависимости от t° реакции.

Упомянутые выше авторы отмечают, что при *осторожном и правильном* лечении метиловый антиген всегда оказывает благоприятное действие на обратное развитие туберкулезного поражения, причем в иных случаях благоприятный результат виден в первые же недели лечения, в других он обнаруживается значительно позже. В некоторых случаях, когда местные явления остаются без резких изменений, общее состояние всегда резко улучшается, улучшается аппетит, вес поднимается. Курс лечения обычно продолжается 3 месяца, после чего рекомендуется перерыв. Даже в тех случаях, когда проявления болезни исчезли в течение одного курса, рекомендуется проделать 2-й курс. Отмечены случаи, когда после повторного курса, проведенного после перерыва, явления, оставшиеся стационарными, быстро развились обратно.

Все авторы сходятся на том, что осторожно проведенное лечение метиловым антигеном не представляет никакой опасности для туберкулезных больных.

Наши наблюдения.

Антиген. При испытании этого метода лечения мы пользовались метиловым антигеном Négre и Voquet, приготовленным в институте Пастера в Париже и любезно предоставленным в наше распоряжение д-ром А. И. Тугуновой (Институт контроля сыворот. и вакцин НКЗ).

Техника лечения. Лечение начинали с 0,25 к. с. разведенного метилового антигена. В случаях, когда 1^о реакции не было, дозу увеличивали до 0,5 к. с., которую, в зависимости от 1^о, очаговой и местной реакций, или постепенно увеличивали, доводя до 1 куб. с. не разведенного антигена или доводя до той дозы, которая вызывала реакцию и возвращались к предыдущей дозе, более или менее продолжительное время, в зависимости от реакции, останавливаясь на ней. Инъекции делали 2 раза в неделю внутримышечно, подкожно и интрадермально.

У нас под наблюдением было 27 больных, леченных метиловым антигеном. По результатам лечения больных можно разделить на четыре группы.

Первая группа.—Лечение было безрезультатным, в эту группу входили следующие заболевания: 1 сл. Lupus pernio, 3 сл. Psoriasis vulgaris, 1 сл. Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées. Этиология этих заболеваний неизвестна. При тщательном клиническом, бактериологическом и гистологическом исследовании у наших больных никаких указаний на туберкулез обнаружено не было. Лечение было проведено с целью изучения действия антигена на кожные заболевания не туберкулезного происхождения.

При лечении мы придерживались в основном методики, указанной выше, но при лечении этой группы больных, в виду того, что инъекции не вызывали никакой реакции, мы лечение значительно интенсифицировали, сокращая промежутки между отдельными инъекциями и увеличивая дозы. Несмотря на это, реакций ни общих, ни очаговых, ни местных не наблюдали ни в одном случае.

Для примера приведем наблюдение.

Больная Б., 53 лет, живет в деревне, занимается домашним хозяйством; больна 15 лет. Клинический диагноз—Lupus pernio.

Клиническое обследование: рентгеноскопией обнаружено: железы hilus'a резко выражены, много в них мелких петрификатов. Диафрагма мало подвижна. Серд без особых отклонений от нормы. Аорта диффузно расширена.

Со стороны других внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Лабораторные исследования: рВ—отрицат.; реакция Безредка—отрицат.; р. P i g u e t—в разведениях 5%—10%—20% с туберкулином Коха отриц. Муж был болен сифилисом, умер от прогрессивного паралича.

Лечение. Было сделано 15 инъекций: I 0,25 к. с. разв. ант.; II и III—по 0,5 к. с. разв. ант.; IV—0,75 к. с. разв. ант.; V и VI—1 к. с. разв. ант.; VII—0,25 к. с. неразв. ант.; VIII и IX—0,5 к. с. неразв. ант.; X и XI—1,0 к. с. неразв. ант. Последующие инъекции XII, XIII, XIV и XV были сделаны интрадермально и в глубину очага поражения. Больная находилась в стационаре клиники и реакций ни местной, ни общей, ни очаговой не наблюдалось ни разу.

Вывод. Во всех случаях, внесенных в первую группу, несмотря на интенсивное лечение, реакций не было, изменений со стороны кожных поражений также не было, общее состояние больных во время лечения оставалось удовлетворительным (жалоб не было). Больные этой группы находились под наблюдением до 5 мес.

Вторая группа случаев,—лечение вызвало резкую реакцию как общую, так и очаговую, в результате чего я принужден был лечение прекратить. Сюда входят 3 случая 1. vulgaris и 2 сл. 1. erythematodes.

При клиническом обследовании этих больных во всех случаях были обнаружены в той или иной степени выраженные активные явления туберкулеза легких и свежие высыпные элементы на коже.

Пример 1. Больной А., крестьянин, 36 лет. 1. vulgaris. Очаги поражения разбросаны на поверхности всей кожи туловища и нижних конечностей. 1½ м. т. назад очаги туберкулезного поражения появились на слизистой гортани. Со стороны внутренних органов обнаружено: тbc легких (В II).

Лабораторные исследования: рВ—отр.; р. Pirquet—отр.; реакция Безредка—отр.

Лечение. Было сделано 8 инъекций. В I и II инъекции по 0,05 к. с. разв. ант. реакции не было; III и IV—0,15 к. с. разв. ант.—резкая т° реакция; V и VI—0,15 к. с. разв. ант.—резкое ухудшение общего состояния; VII и VIII инъекции через 10 дней в дозе 0,1 разв. ант., с промежутком в 7 дней. Резкая температурная и очаговая реакции, начался распад очагов, начали появляться новые очаги на коже туловища. Лечение антигеном было оставлено, перешли на рыбий жир и мышьяк. Через 14 дней реакция стихла. В дальнейшем состояние больного стало улучшаться.

Пример 2. Больная К., 27 лет, домашняя хозяйка, клинический диагноз 1. erythematodes. Очаги поражения на лице (вид бабочки Hebra). Шейные железы увеличены. Со стороны легких тbc (В I).

Лабораторные исследования: рВ—отр.; р. Pirquet—с туберкулином Коха в развед. 5—10—20%—положительна; реакция Безредка—положительна.

Лечение. I, II и III инъекции в дозе 0,15 к. с. разв. ант. вызвали температурную реакцию; IV—0,15 разв. ант. дал температурную реакцию (38,3°) и очаговую реакцию (зуд, краснота); V—0,15 разв. ант. через 7 дней—дала вновь резкую температурную и очаговую реакции, VI инъекция—0,15 через 10 дней разв. ант. дала вновь резкую температурную реакцию, очаговую и появился новый очаг красной волчанки на коже лба. Лечение было оставлено.

Вывод. Во всех случаях, включенных в эту группу, несмотря на весьма осторожное введение антигена, мы наблюдали бурную реакцию со стороны как всего организма, так и очагов поражения кожи. Эти наблюдения показывают, что при остро протекающих формах туберкулезных поражений лечение метиловым антигеном необходимо проводить весьма осторожно: начинать с минимальных доз, удлинить промежутки между инъекциями.

Касаясь красной волчанки, приходится констатировать, что наши случаи безусловно связаны с туберкулезом. Вопрос об этиологии красной волчанки до настоящего времени остается дискуссионным, туберкулезная теория оспаривается. Наши наблюдения наглядно показывают, что исключить туберкулез нельзя, хотя бы как один из этиологических факторов.

Третья группа. Наблюдения касаются 14 случаев (10—красн. волчанка и 4—1. vulgaris). Лечение антигеном дало определенный эффект. Наружного лечения не применяли. Правда, за курс мы добились не полного излечения, а только значительного улучшения, но и сами больные результатом остались довольны, т. к. до этого они испробовали различные методы лечения и подобного результата ни разу не получали.

Пример 1. Больной К., 32 лет, болен 16 лет, крестьянин. Клинический диагноз 1. vulgaris. Поражение локализуется на лице, занимает крылья носа, верхнюю губу и левую часть щеки, начиная от ушной раковины до подбородка.

Лабораторные исследования: рВ—отр.; реакция Безредка резко положительна, р. Pirquet с туберкулином Коха в разв. 5—10—20% резко положительна.

Было сделано 20 инъекций антигена по схеме, изложенной выше. Инъекции антигена вызвали очаговую реакцию (зуд, краснота). Общее состояние не наруша-

лось; два раза температура поднималась до 37,5. Самочувствие больного все время оставалось хорошим. Вес прибывал.

Под влиянием лечения антигеном в течение 2½ мес. наступило резкое улучшение как со стороны кожных явлений, так и в самочувствии больного. Бугорки стали плоские, бледнее, а некоторые рассосались, оставив поверхностные рубчики.

Пример 2. Больной, С., 34-х лет, рабочий, болен 7 лет. Много лечился и безуспешно. Клинический диагноз *I. erythematodes discoides*. Поражение занимает обе щеки и спинку носа. Картина поражения типична. Инфильтрат весьма мощный.

При исследовании внутренних органов указаний на тбс нет, следы от бывшей в детстве скрофулодермы; шейные железы увеличены.

Лабораторные исследования: рВ—отр., р. Pirquet с туберкулином Коха в разведениях 5—10—20% положительна; реакция Безредки—положительна.

В течение 3-х мес. сделано 26 инъекций соответственно приведенной выше схеме. При последних инъекциях антиген вводился интрадермально и в инфильтрат очагов поражения. Резкое улучшение.

Выводы. В результате лечения этой группы больных отмечается следующее:

а) в связи с лечением общее состояние больных значительно улучшилось;

б) вес поднялся;

в) очаговая реакция наблюдалась часто: обычно через полчаса после инъекции больные отмечали на месте очагов поражения „сильный“ зуд, затем наступало покраснение и увеличивалась отечность. Зуд держался в среднем 2—3 часа, покраснение от 24 до 72 часов;

г) в 2-х случаях *I. erythematodes* реакция Pirquet, в результате лечения, из положительной перешла в отрицательную;

д) во всех случаях поражения кожи изменились: инфильтрат стал значительно меньше, при *I. e.* количество чешуек резко уменьшилось, в центре поражения отчетливо выявилась рубцевидная атрофия.

Четвертая группа. Сюда входит одно наблюдение. В результате лечения — полное исчезновение очагов кожного поражения.

Большая К., 24 лет, больна около 2-х лет. На лице 5 очагов величиною от 10 до 20-копеечной серебряной монеты. Клинических явлений туберкулеза в легких не обнаружено. В детстве скрофулодерма—имеются рубцы.

Лабораторные исследования: рВ—отр.; реакция Безредка положительна; р. Pirquet с туберкулином Коха в развед. 5—10—20% положительна.

Лечение. Было сделано 27 инъекций по методике, изложенной выше. В результате отмечено:

а) общее самочувствие больной резко улучшилось;

б) вес прибывал;

в) температурной реакции выше 37,4 не было;

г) после инъекции, почти как правило, была очаговая реакция (зуд, покраснение);

д) в результате лечения на месте очагов поражения инфильтрат развился обратно, оставив поверхностный след в виде рубцевидной атрофии.

Заключение. Ряд объективных причин не дал возможности закончить работу и сделать определенные выводы. Поэтому цель настоящей статьи—ознакомить товарищей врачей с методикой лечения метиловым антигеном и пробудить интерес к дальнейшим наблюдениям.

При небольшой настойчивости антиген может быть приготовлен в наших лабораториях. Первые наблюдения благоприятны. Кажущийся дефект—продолжительность лечения компенсируется результатом. Комбинируя этот метод с лечением по Финзену или угольной кислотой, можно значительно сократить сроки излечения и получить лучший эффект в косметическом отношении.

Из хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

Новые приборы для переливания крови, местной анестезии и других медицинских и технических целей.

(С 2 рис.)

Прив.-доц. И. Л. Цимхес и д-р И. Т. Палкин-Милославский.

С каждым годом растет интерес к вопросу о переливании крови и местному обезболиванию. Благодаря колоссальным успехам, достигнутым медициной в этих областях, мы имеем возможность пользоваться этими методами в хирургической практике. Однако, большим тормозом для широкого применения этих методов до сих пор является сложность технических приемов, требующих специальных знаний. Аппаратура, употребляемая в настоящее время для переливания крови и местной анестезии, не вполне соответствует требуемым задачам, усложняет технику производства переливания крови и местной анестезии, а также удлиняет время их производства.

Настоящую статью мы посвящаем вопросу усовершенствования техники производства переливания крови и местной анестезии, что, надеемся, будет способствовать большей их доступности.

Объединение в настоящей статье двух совершенно разнородных, казалось бы на первый взгляд, проблем—переливания крови и местной анестезии, вызвано технической общностью их, основанной на введении жидкостей (крови, новокаина) в различные ткани человеческого организма. В дальнейшем мы будем разбирать вопрос усовершенствования аппаратуры главным образом по отношению к переливанию крови, так как методика его предъявляет более серьезные требования. Эта же аппаратура может в значительной мере быть пригодной и для местной анестезии или вообще для беспрерывного, подкожного и внутривенно-внутриклеточного введения жидкостей в любом количестве в человеческий организм, а также и для удаления жидкостей из человеческого организма.

К аппаратуре для переливания крови в настоящее время предъявляются следующие требования:

1. Травма у дающего и получающего кровь должна быть минимальна.
2. Количество переливаемой крови не должно зависеть от спадения вен и должна существовать возможность точного измерения этого количества крови.
3. Возможность производства биологической пробы.
4. Аппаратура не должна содержать клапанов и кранов, которые могут способствовать травме и свертыванию крови.
5. Приборы должны давать возможность переливать любое количество крови за один раз.
6. Кровеносная система донора все время должна оставаться изолированной от кровеносной системы реципиента.

7. Возможность регулирования скорости тока крови и обеспечения равномерного поступления ее в вену больного, во избежание перегрузки сердца.

8. Отсутствие соприкосновения крови с воздухом.

9. Возможность обходиться без помощи других лиц при процессе переливания крови.

10. Прибор не должен нуждаться ни в каком специальном приготовлении, кроме стерилизации путем простого кипячения.

11. Дешевизна и возможная простота обращения с аппаратом в целом.

В настоящий момент не существует идеального аппарата для переливания крови, который бы удовлетворял всем выше перечисленным требованиям, и, отчасти вследствие этого, не может иметь широкого распространения прямой метод переливания крови. Естественно, что мысль об упрощении и облегчении техники переливания крови не оставляет хирургов и различные предложения в этом направлении, сколько-нибудь приближающие нас к идеалу, заслуживают внимания. Все до настоящего времени предложенные аппараты для переливания крови разбиваются на две основные группы:

1. Аппараты, включающие в свою систему для целей переливания крови шприцы разной емкости.

2. Аппараты, совершенно обходящиеся без шприцев (Бек).

В настоящей статье мы предлагаем приборы, при помощи которых, в соединении с любым шприцем, возможно производить переливание крови.

Вначале один из авторов этой статьи д-р И. Т. Палкин-Милославский сконструировал прибор по типу насоса с двумя металлическими клапанами (см. рис. 1). Прибор присоединяется к любому шприцу любой емкости и состоит из небольшого металлического цилиндра Т-образной формы с тремя наконечниками и отверстиями: один, проксимальный, соединяется с кончиком шприца Record'a (а при вставлении добавочной канюли и со шприцем Luer'a), другой наконечник, дистальный, через насаженную на него иглу, вводится в вену реципиента, и третий, боковой, перпендикулярный, к первым двум, соединяется резиновой трубкой с иглой, вводимой простой пункцией в вены донора. Для целей местной анестезии на дистальный наконечник одевается игла для анестезии, а на перпендикулярный—резиновая трубка, сообщающаяся с сосудом, содержащим раствор новокаина. Клапаны располагаются в дистальной и боковой частях прибора и открываются поочередно под влиянием насасывающего и нагнетающего действия шприца только в одном направлении, чем исключается возможность ошибочного введения крови и жидкостей в обратном направлении.

Данный прибор значительно упрощает технику, сокращает время переливания и стерилизуется простым кипячением. Если же к тому употребить двухграммовый рекордовский шприц, как это рекомендует Coster в своем приборе, то возможно обходиться без промывания прибора солевым раствором после каждого наполнения шприца и уменьшается поверхность и время соприкосновения крови с посторонними предметами. Недочетом этого прибора можно было бы считать наличие клапанов внутри прибора, которые не исключают возможности травмирования крови и могут служить поводом для свертывания крови и закупорки

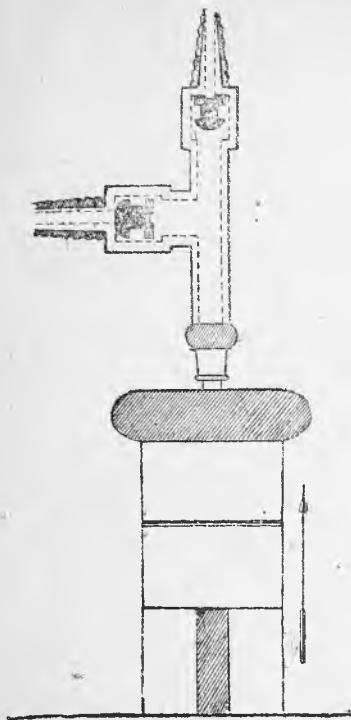


Рис. 1.

прибора или заноса тромбов в кровеносную систему. Клапаны отличаются малыми размерами и наличием вырезов в них, благодаря чему получаются каналы для беспрепятственного прохождения крови без значительных ее разрушений. Данный прибор безусловно является в высокой степени удовлетворяющим целям местной анестезии, для введения и выведения из полостей человеческого организма жидкостей (аспит).

Следующий прибор, сконструированный авторами, построен на принципе каналов и представляет собой значительно упрощенный и видоизмененный аппарат Цанка (Zank) (см. рис. 2) Он состоит из 2-х металлических частей: наружного круглого футляра с тремя отверстиями по ребру и двумя крышками сверху и снизу. Одно—дистальное отверстие с наконечником и другое—на расстоянии 90° по окружности футляра также с наконечником—служат для соединения через резиновые трубки с иглами с донором и реципиентом. В проксимальной части этого футляра имеется узкая продолговатая щель, внутри которой видно отверстие внутренней пробки, куда ввинчивается приемник

для шприца. Внутри этого футляра находится хорошо пригнанная металлическая пробка с двумя каналами: один сквозной, другой канал отводится от первого под углом 45°. Движениями шприца в пределах 45° по горизонтальной плоскости прибор, благодаря передвижению внутренней пробки, поочередно соединяется через боковой канал с донором, а через дистальный—с реципиентом.

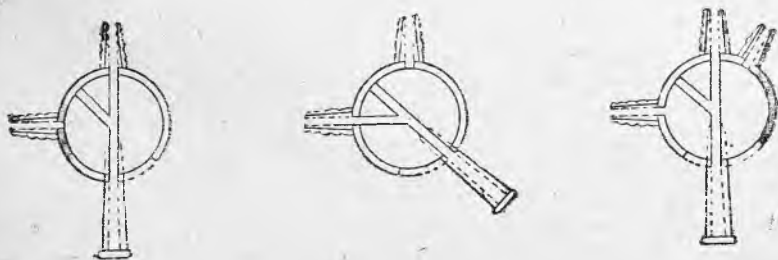


Рис. 2.

Данный прибор для переливания крови неоднократно испытывался нами, а также Центральным Московским и Ленинградским институтами для переливания крови и во всех случаях процесс переливания крови

проходил вполне гладко, без каких-либо осложнений, о чем имеются отзывы вышеуказанных Институты.

Существует опасение, что при работе со шприцами не исключается возможность задержки процесса переливания крови из-за отсутствия промывной системы (затирается поршень шприцем).

В предлагаемом нами приборе малая длина каналов и их прямолинейность дают быстрое продвижение крови и исключают возможность свертывания ее в приборе. Что же касается самих шприцев, то, в виду легкой возможности смены их во время переливания крови без нарушения процесса переливания и без разделения системы прибора с донором и реципиентом, мы также не видим моментов для задержки и нарушения процесса переливания крови из-за отсутствия промывной системы. Однако, при желании, возможно легко к этому прибору присоединить промывную систему путем устройства дополнительного отверстия с наконечником по окружности футляра прибора (см рис. 2—крайняя фигура справа).

Третий прибор для переливания крови, предложенный д-ром И. Т. Палкиным-Милославским, представляет небольшое металлическое тело крестообразной формы с тремя каналами, поочередно соединяющимися с четвертым отверстием, которое непосредственно связано со шприцем. Движение токов жидкостей (кровь) регулируется в нужном направлении дужкой прибора, имеющей движение спереди и назад. При положении дужки в сторону оператора—со шприцем соединяется левый боковой канал, допустим, соединенный с донором, при вертикальном положении дужки—шприц соединяется с правым боковым каналом (промывная система) и, при наклонении дужки вперед,—шприц соединяется с выпускным каналом, т. е. с иглой реципиента. Дужка приводится в движение большим пальцем левой руки.

На практике предлагаемые приборы показали, что они вполне удовлетворяют требованиям, предъявляемым к аппаратам для переливания крови, включающим в свою систему шприцы, а—также для целей местной анестезии. Благодаря своей портативности, малой длине и прямолинейности каналов, описанные приборы для переливания крови значительно уменьшают возможность травматизации элементов крови. Эти приборы дают возможность производить биологическую пробу. Все время работы приборы находятся в руках хирурга, чем устраняется возможность охлаждения крови в самом приборе. Кровеносная система донора, в течение всего времени переливания крови, изолирована от кровеносной системы реципиента, чем устраняется опасность осложнений в виде воздушной эмболии. Есть возможность регулирования скорости тока крови и равномерного поступления ее в вену больного. Известен весь период времени процесса переливания крови, а также, сколько взято крови у донора и перелито реципиенту, при чем количество переливаемой крови может быть не ограничено. Простота обращения с приборами и доступная в любых условиях стерилизация их делают возможным применение этих приборов широкой врачебной массой в любой участковой и боевой обстановке.

Следует также отметить большое преимущество предлагаемых приборов при применении их для целей местного обезболевания.

Местная анестезия при помощи вышеописанных приборов производится следующим образом: прибор (любой из трех модификаций) одевается

на шприц любой емкости, на дистальный наконечник прибора одевается игла для пункции, на боковой—резиновая трубка, соединенная со стеклянным сосудом с новокаином (подобно бобровскому аппарату), или же конец резиновой трубки спускается в мензурку с раствором новокаина. Во время анестезии хирург ставит сосуд или мензурку с новокаином возле себя на столике и, проверив всю систему и выпустив воздух, вводит иглу, насаженную на прибор со шприцем, в зависимости от потребности, на различную глубину в ткани. Во все время производства анестезии регулируется количество вводимого новокаина, благодаря непрерывному наполнению и опорожнению шприца. Хирург во все время работы с этими приборами в состоянии контролировать давление и скорость продвижения анестезирующей жидкости в человеческие ткани. При этом сохраняется непрерывность подачи тока и не требуется посторонняя помощь при производстве местной анестезии. Операционная сестра освобождается от участия в производстве анестезии, что особенно важно в участковой и боевой обстановке, где остро ощущается недостаток помощников.

Применение этих приборов распространяется не только для целей переливания крови и местной инъекционной анестезии. С одинаковым успехом они могут быть использованы для: 1) введения любых жидкостей в различные ткани и кровеносные сосуды человеческого организма, 2) для выведения жидкостей и крови из полостей (асцит) и кровеносных сосудов (венопункция), 3) в бактериологической практике для массового разливания сывороток и вакцин, 4) в ветеринарной практике при массовых прививках животным и 5) для технических целей в промышленных предприятиях.

Рекомендуемые нами приборы, благодаря простоте устройства и своим небольшим размерам, требуют для своего изготовления небольшого количества материала, что дает возможность готовить их из обрезков металла (утильсырья). Массовое изготовление приборов удешевит их стоимость и освободит нас от импорта дорого стоящей аппаратуры для переливания крови, местной анестезии и других целей.

Предлагая вниманию врачебной массы описанные выше приборы, авторы будут вполне удовлетворены, если массовое испытание приборов покажет, что их скромное предложение может принести некоторую пользу.

Из Ливенской районной больницы (г. Ливны ЦЧО).

Эхинококк подковообразной почки.

П. С. Баженов.

Эхинококк почки—редкое заболевание. Кероциан в своей монографии об эхинококке почки мог привести только 86 случаев эхинококка почки и охолопочечной клетчатки, найденных им в русской литературе за 46 лет до конца 1928 года.

Крупнейшие урологи располагают очень немногими случаями эхинококка почки. Так, напр., проф. С. П. Федоров на 900 почечных опера-

ций встретился с эхинококком всего два раза. Israel на 2000 почечных операций не имел вовсе ни одного случая эхинококка почки—единственное, как он говорит, почечное заболевание, которое он не видел.

Подковообразная почка тоже редко встречается в хирургической практике. Тут мы имеем такие цифры: у С. П. Федорова подковообразная почка встретилась 1 раз на 127 почечных операций; по Botez п. почка (п. почка—подковообразная почка) попадает 1 раз на 143 почечных операции, по Iudd, Braasch, Scholl—1 раз на 142 операции и по Marion—1 раз на 250 операций. На вскрытиях п. почка встречается реже—1 раз на 750 вскрытий (отсюда видно, что п. почка заболевает чаще, чем обыкновенная нормально сформированная и расположенная почка).

Принимая в соображение как редкость почечной локализации эхинококка, так и редкость п. почки, уже а priori можно утверждать, что э. п. п. (эхинококк подковообразной почки) является чрезвычайной редкостью. Это и подтверждается литературными данными. Legueu (зас. Парижской медицинской академии 18.III 1924 г.) говорит, что ему пришлось оперировать 10 раз по поводу заболеваний п. почки: в 5 случаях по поводу туберкулеза, в 3 случ. по поводу камня, в 1 случае по поводу гидронефроза и в 1 случае по поводу эхинококка. Eisenbraht, Phifer и Culver на 152 собранных ими из литературы случаев различных, по разным поводам, операций на п. почке указывают на 1 случай геминефректомии п. почки, пораженной эхинококком. Waltmann и Pristley из клиники Mayo указывают, что за время 1909—1931 г. прошло 68 случаев п. почки, а эхинококка не было ни разу.

Можно таким образом утверждать, что интересующее нас заболевание действительно является большой редкостью.

В 1932 году мне пришлось оперировать э. п. п.

Привожу описание этого случая.

5/VIII 1932 года в Ливенскую районную больницу поступила крестьянка Анисимова Мария, 37 лет (№ приемн. журнала 2198), с жалобами на опухоль в левой половине живота. Опухоль большая заметила осенью 1931 года и сначала она больную не беспокоила.

С весны 1932 г. появились постоянные, усиливающиеся от движения боли, заставившие больную обратиться к врачу. Врач сказал, что это—опухоль селезенки и посоветовал обратиться к хирургу. Расстройств мочеиспускания и крови в моче больная не замечала. Внутренн. болезнями не хворала. Месячные всегда в порядке. Рожала пять раз, последние роды 2 года назад. За последнее время больная похудела и у нее появился упадок сил.

Status praesens. Больная оч. малого роста (142 см.), бледна. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет. Бросается в глаза опухоль, занимающая левую $\frac{1}{2}$ живота. Верхний конец опухоли уходит в левое подреберье и не доступен ощупыванию. Нижний край опухоли находится на уровне гребешка подвздошной кости. Сзади опухоль доходит до поясничных мышц, а спереди заходит за среднюю линию пальца на 2. При перкуссии опухоль дает тупой звук. Опухоль неподвижна и не смещается при дыхании. Консистенция опухоли не одинакова: в поясничной области она тугоэластичная, ровная, а спереди—плотная, бугристая. При ощупывании опухоли умеренные боли. Матка запрокинута кзади, подвижна, с опухолью не связана. Моча нормальна. После массирования в течение 5 минут опухоли в моче белка не оказалось. После раздувания воздухом толстых кишек—по передней стороне и по нижнему краю опухоли появилась раздутая кишка. При дистоскопии: мочевой пузырь нормален; из отверстия правого мочеточника периодически выбрасывается сильная струя мочи, из отверстия левого мочеточника не выделяется ни-

чего. Был поставлен диагноз новообразования почки. 10/VIII 1932 года под эфирным наркозом была сделана операция.

Разрез поперечный, пачат тотчас над пупком и закончен под XII ребром. По разрезе мышечного слоя было обнаружено, что опухоль—зобришинная, но на передней поверхности ее—столь плотные сращения, что необходимо вскрыть брюшную полость. К поперечному разрезу был прибавлен тогда разрез по средней линии, обходящий слева пупок и спускающийся до середины расстояния между пупком и лобком. Когда рана была затем раздвинута, то получился хороший доступ к опухоли и было обнаружено следующее. Верхний край опухоли расслаивает брыжейку поперечной ободочной кишки. По передней поверхности опухоли проходят корень брыжейки тонкой кишки (близко от правого края опухоли) и нисходящая ободочная кишка (у левого края опухоли). Нижний конец опухоли свободен, правый край нависает на позвоночник. На передней стороне опухоли между корнем брыжейки тонкой кишки и нисходящей ободочной кишкой, на пространстве, величиной в ладонь, брюшина чрезвычайно утолщена и мозолисто-плотна. Было приступлено к выделению опухоли. Задняя поверхность и верхний конец опухоли были выделены без труда тупым путем. Вышеуомянутое мозолистое утолщение было обведено ножом со всех сторон, причем с одной стороны разрез пришелся близко от корня брыжейки тонкой кишки, а с другой, у самого края нисходящей ободочной кишки. Был опять найден слой, в котором опухоль хорошо выделялась тупым путем, и таким образом был выделен нижний полюс и внутренний край опухоли, где опухоль прилегала к аорте и где были обнаружены 3 тонких сосуда, которые были перевязаны катгуттом. После этого опухоль стала подвижной и свободной всюду, кроме нижневнутреннего полюса. Оттягивая опухоль кверху и влево и продолжая отслаивать брюшину, было обнаружено, что опухоль переходит в мощный перешеек подковообразной почки, переходящий над аортой и полой веной на правую сторону. Перешеек очень легко выделился из подбрюшной клетчатки и тогда стали видными протекающие по передней стороне перешейка и уходящие вниз мочеточники. В перешеек никаких сосудов не входит. Опухывание показывает, что правое бедро подковообразной почки гипертрофировано. Левый мочеточник как можно ниже отрезан, а затем перешеек подковообразной почки перерезан двумя клинообразно сходящимися, проведенными с передней и задней сторон перешейка, разрезами. Из поверхностней разреза—умеренное кровотечение, остановившееся после наложения катгуттовых швов, приводящих в соприкосновение поверхности разреза. Паризетальная брюшина, которая прикрывала опухоль и которой теперь оказалась большой излишек, снята швами. Брюшная рана зашита и в подбрюшинное пространство со стороны поясницы заведен 1 резиновый дренаж и 2 марлевых полоски.

Послеоперационный период протек без особенностей; моча выделялась сразу после операции в достаточном количестве. 3/IX 1932 г. больная выписалась здоровой с хорошим послеоперационным рубцом. Удаленная опухоль была демонстрирована на заседании Ливенской научной медицинской ассоциации 5/XII 1932 г.

Препарат представляет собой продолговато-круглую туго напряженную кисту размером $22 \times 10 \times 14$ см. На нижнезаднем участке препарата—почечная ткань, представляющая остаток не разрушенной паразитом левой половины п. почки и $1/2$ перешейка ее. Этот остаток имеет размеры в длину 5 см., в толщину 3,5 см. и в ширину 4,5 см. Одним концом он постепенно переходит в кисту, а другой конец свободен и ограничен двумя клинообразно сходящимися, плоскостными разрезами, обнаруживающими корковую часть почечной паренхимы. Из передней стороны оставшейся в препарате части подковообразной почки выходит мочеточник (кусочек в 7 см.). Мочеточник выходит из сдавленной кистой лоханочки, атрофированной до щели ничтожных размеров. Наружная поверхность кисты шероховата и на ней заметны отдельные клочки соединительной ткани; только на участке передней поверхности кисты, величиной в ладонь, поверхность гладкая, блестящая, состоит из утолщенной в этом месте и мозолисто-плотной брюшины. По вскрытии препарата (кисты) вылилась находившаяся под очень большим давлением прозрачная и бесцветная, как вода, жидкость.

На внутренней поверхности кисты перламутрово-белая, легко смещающаяся и ложающаяся в складки хитиновая оболочка эхинококка, толщиной в $1\frac{1}{2}$ —2 мм. Толщина стенки самой кисты от 1 мм. (на задней верхней части) до $1\frac{1}{2}$ см. (на передней, покрытой вышеописанным утолщением, части).

Что касается этиологии и патогенеза э. п. п., то здесь нет ничего специфического. Все, что вообще известно про этиологию эхинококка, приложимо к п. почке. Можно только прибавить, что если п. почка особенно предрасположена к камням и гидронефрозу (наиболее встречающиеся болезни ее), то этого нельзя сказать про эхинококк: нет никаких предрасполагающих условий для его развития в п. почке, и это хорошо подтверждается исключительной редкостью эхинококка в ней.

Распознавание эхинококка даже обыкновенной почки, судя по литературным данным, весьма трудно. Боголюбов в 1904 году собрал 116 случаев оперативно леченного эхинококка почки и оказалось, что диагноз до операции был поставлен только в 10 случаях; да и то из этих 10 случаев в 3-х было отхождение эхинококковых пузырей с мочей и испражнениями. Керониан в упомянутой монографии из 600 собранных из литературы случаев эхинококка почки указывает только 34 верных диагноза закрытого эхинококка почки. Правда, эти цифры были получены на материале, в который вошло много случаев из сравнительно отдаленного прошлого, когда не было еще современных методов исследования почек. В настоящее время, кроме разработанной методики исследования почек, в наших руках имеется доступный и хороший метод для распознавания эхинококка—интрадермальная проба Cassoni, про которую имеются самые благоприятные отзывы в литературе и которая, по данным некоторых авторов, дает более 90% положительных результатов.

Благодаря всему этому вышеупомянутые цифры уже не приложимы к современности; и за последние годы в хирургической литературе появляются подряд сообщения об эхинококке почки, правильно распознанном до операции.

Однако, все же остаются условия, делающие распознавание эхинококка трудным. Эти условия заключаются в большой редкости этого заболевания и не характерной симптоматологии его. Благодаря редкости болезни часто забывают, при наличии того или иного заболевания почки, о возможности эхинококка в ней, не делают специальных исследований, и таким образом возможный во многих случаях диагноз упускается.

Симптоматология эхинококка почки, как уже сказано, не характерна.

Если благодаря этому диагноз эхинококка обыкновенной почки является трудным и правильно ставится редко, то распознать э. п. п., разумеется, еще труднее; тут присоединяются еще трудности диагноза самой п. почки. Благодаря этому п. почка до сих пор еще редко распознается до операции и ее наличие является обыкновенно сюрпризом при операциях. Так, по Eisendraht, Phifer, Culver из 152 подвергнутых операции случаев п. п., лишь в 27 случаях был до операции правильно поставлен диагноз п. почки. Jacob приводит еще более неблагоприятные данные: из 108 операций на п. почке правильный диагноз был поставлен только в 12 случаях.

Вышеупомянутый сюрприз, когда при операции наталкиваются на п. почку, не относится, как известно, к числу приятных. А еще более неприятным становится он, когда и на операции п. почка не распознается и операция продолжается. В этом отношении характерен случай, бывший с таким авторитетным урологом, как Magion. На заседании французского урологического общества 20/II 1928 г. он сообщил следующий случай: пытаясь удалить пораженную калькулезным пионефрозом почку путем подкапсулярной нефрэктомии, Magion, при выделении нижнего полюса

почки, получил ощущение, что разорвалось какое-то сращение. Началось кровотечение, и оказалось, что был разорван перешеек п. почки. Кровотечение было остановлено наложением зажима à demeure на оставшуюся часть перешейка. На опасность операций на нераспознанной п. почке указывает и M. Zondek. Он говорит, что из 52 случаев геминефректомии на нераспознанной п. почке 8 кончились смертью.

Своевременное распознавание п. почки является таким образом важным и надо сказать, что, благодаря современным способам исследования, оно является возможным.

Вот известные в настоящее время диагностические признаки, по которым определяется п. почка:

- 1) При благоприятных условиях может быть прощупан перешеек п. почки (Israel).
- 2) По американским авторам больные с п. почкой не могут сильно разогнуть поясничную часть позвоночника.
- 3) Подозрение на п. почку должно возникнуть, если имеется необъяснимая гипертрофия сердца или если ниже опухоли кровяное давление понижено и пульс застывает.

- 4) Главные и решающие признаки п. почки получаются при рентгеновском исследовании.

На контрастной рентгенограмме тени почек располагаются или параллельно друг другу или даже конвергируют нижними полюсами к позвоночнику (Zondek).

- 5) При камнях в п. почке тени от камней расположены близко к позвоночнику (Israel).

- 6) При рентгенографии с введенными в мочеточники импрегнированными катетерами тени от последних располагаются ближе к средней линии, чем в норме; тоже и лоханки (при пиелографии), а чашечки идут в направлении спереди назад, и иногда даже расположены ближе к средней линии, чем лоханки (Magion).

- 7) При пиелографии, или, скорее, при пиелоскопии: а) лоханка видна на передней стороне опущенной неподвижной почки; б) чашечки не видны, так как они скрыты за лоханкой; в) при рассматривании больного в профиль видна впереди позвоночника тень от лоханки, а если сделать снимок, то появляется и тень от чашечки (Legu).

Таким образом, в наше время, при наличии хорошего оборудования и инструментария и при умении в совершенстве владеть методами исследования, можно распознать наличие п. почки и нет ничего удивительного в том, что в последние годы авторы описывают по несколько случаев подряд до операции верно распознанной п. почки.

Теперь мне остается сказать про лечение э. п. п.

В этом вопросе придется сопоставить установленные на сегодняшний день положения об эхинококках вообще (и почки в частности) с теми физиологическими и хирургическими особенностями, которые представляет собой п. почка

Лечение эхинококка в настоящее время является хирургическим и может быть либо консервативно-оперативным, либо радикальным.

Консервативные методы в приложении к э. п. п., пожалуй, не будут иметь ничего специфического. Подойти к паразиту, удалить его по тому или иному способу и так или иначе обработать образовавшуюся в органе полость—все это не представит чего-либо особенного. При такой консервативной операции можно окончить ее благополучно и не заметить самого наличия п. почки, т. к. при этом не требуется обнажать орган со всех сторон и незачем его особенно вывихивать в рану; иными словами, может случиться такой факт, что хирург сделает операцию на п. почке, а останется в уверенности, что перед ним была обыкновенная почка. Не исключена, следовательно, возможность попадания хотя бы и единичных подобных случаев в статистику эхинококка обыкновенной почки. И тогда пришлось бы признать, что эхинококк встречается в п. почке чаще, чем это следует из литературных данных.

Радикальное оперативное лечение э. п. п. будет состоять в удалении части органа и, в случае поражения большей части половины его, в удалении последней, т. е. в геминефректомии п. почки. Здесь еще раз следует подчеркнуть важность своевременного, хотя бы во время операции, распознавания наличия п. почки; в виду того, что п. почка не так уж редко (см. выше) попадает на операциях, для хирурга было бы желательно иметь сформулированными признаки, по которым можно в процессе самой операции во время заподозреть, а затем и установить наличие п. почки.

Ботэ в своей работе приводит следующие такие признаки.

1) Почечную лоханку находят в ненормальном положении—внизу и спереди.

2) Мочеточник обнаруживается более или менее высоко, он выходит из передней стенки лоханки и спускается по передней стороне почки.

3) Имеется много ненормально расположенных сосудов.

4) Все расположено и ниже, и ближе к средней линии, чем в случае нормальной почки.

5) Почка больше закрыта задней брюшиной, по причине своего более срединного положения.

6) Испытывают абсолютную невозможность высвободить нижний полюс почки.

Если удаление обыкновенной почки допустимо только при наличии другой, достаточной в функциональном отношении, почки, то и геминефректомия п. почки может быть произведена только при уверенности, что остающаяся половина будет достаточной для организма и имеет свое собственное независимое кровообращение и *собственный здоровый мочеточник* (Теск).

Просторный доступ при этой операции—на этом согласно настаивают все авторы—безусловно необходим не только для успешного производства нужных действий, но и для своевременного распознавания всех особенностей данной п. почки. Хорошо должны быть видны перешеек, оба мочеточника, сосуды. П. почка, как и всякая аномалия, чрезвычайно варьирует в своих особенностях; из них некоторые не популярны, а хирургическое значение имеют большое. Так, напр., перешеек п. почки может лежать не перед аортой и веной, а позади них и даже между ними; мочеточники могут впадать в самый перешеек и расстояние между ними бывает различное; расположение сосудов может быть самым причудливым и в перешеек может впадать сосуд столь значительного калибра, что от него зависит кровоснабжение какой-либо половины и т. д. При возможности все видеть во время операции—все эти особенности будут учтены и тогда геминефректомия пораженной тем или иным процессом п. почки опасных затруднений не представит.

Закрывать рану оставшейся части п. почки после геминефректомии на ней нужно особенно тщательно, чтобы избежать пропитывания мочей рыхлой подбрюшинной клетчатки; это пропитывание в случае п. почки, как это легко понятно, распространяется на обе стороны туловища. Отсюда же следует, что тем большее внимание надо обратить и на дренаж раны.

Из Акушерско-гинекологической клиники 1-го ЛМИ (Завед. К. К. Скробанский).

Фибромиомы матки и беременность.

Я. С. Кленецкий.

В настоящее время не подлежит сомнению, что при фибромиоме матки: 1) беременность и роды встречаются далеко не редко; 2) громаднейшее большинство беременностей благополучно доходит до конца; роды и послеродовый период протекают без осложнений.

Последнее положение само собой обуславливает и терапию: наличие фибромиомы при беременности само по себе не показывает оперативного вмешательства. Последнее показано во время беременности только при наличии осложнений (перекручивание ножки субсерозного узла, некроз миомы, рождение ее во время беременности во влагалище и т. д.). Отдельно стоят показания к операции при настойчивом желании больной прервать свою беременность путем искусственного аборта. В таких случаях мы считаем показанной радикальную операцию, которая менее опасна, нежели выскабливание матки, пораженной фибромиомой. Во время родов операция показана, если узел, в силу своей локализации, представляет непреодолимое препятствие для прохождения плода через родовые пути. В послеродовом периоде, если имеется гангрена и инфекция, что чаще всего бывает при субмукозном узле, также показана радикальная операция. Последняя применяется и после родов, если обнаружена субмукозная миома на широком основании. Опасность инфекции гораздо страшнее и реальнее, если оставить такую миоматозную матку. Радикальные же операции у беременных и рожениц дают такие же результаты, как и операции в не беременном состоянии (Albrecht).

Оперировать по поводу фибромиомы во время родов приходится редко: так, Pinard из 32 тыс. беременных оперировал двух—оба раза лапаротомия, Schauta из 55 тыс.—также 2, путем лапаротомии. Объясняется это тем, что первикальные миомы, могущие представить наибольшие препятствия для родов, встречаются редко (на 100 миом—первикальных 5). Кроме того известна их способность во время беременности и особенно при родах ретрагироваться кверху.

К причинам, почему редко приходится оперировать при родах, осложненных фибромиомой, относится также и размягчение (отечность) миоматозных узлов. Отечность эта иногда настолько размягчает опухоль, что делает возможным прохождение плода даже при локализации опухоли в малом тазу.

Мы наблюдали следующие 4 случая:

1) Первый случай, относится к роженице 30 лет. В анамнезе ничего особенного, кроме разве того, что никогда не обращалась к гинекологу и никогда не была исследована. Трижды рожала. Беременности, роды и послеродовые периоды протекали без осложнений. Гинекологических заболеваний не было. Настоящие роды срочные; беременность протекала без осложнений. Воды отошли вместе с первыми схватками. Через 11 часов после начала родовой деятельности была исследована per vaginam и обнаружено, что большая, с головку новорожденного, опухоль выполняла почти все вла-

галище. За доном определялся истонченный край зева (открытие полное) и головка, подвижная над входом в таз. Сзади, край зева переходил в опухоль, верхний полюс которой был не достижим. В виду явного препятствия для прохождения плода через нормальные пути—приступлено к операции. Влагалище открыто зеркалами; капсула в области нижнего полюса опухоли надсечена и частью тупым, частью острым путем опухоль выделена из капсулы на довольно значительной периферии. Дальнейшее вылушение было оставлено, как вследствие технических затруднений, так и в виду возможности поранить брюшину и кишечник. Предпринята лапаротомия. Произведено классическое кесарское сечение; извлечен живой плод, женского пола, весом 3570 gr. и длиной 52 см. Затем типично произведена полная экстирпация матки. Послеоперационное течение осложнилось пнеймонией и частичным расхождением операционной раны.

На препарате видно, что опухоль, величиной с головку новорожденного, исходила из толщи задней губы шейки, расслоив и вытянув последнюю таким образом, что часть шейки пошла на образование передней, часть на образование задней стенки капсулы. Опухоль в области надсводовой части шейки, действительно, очень близко подходила к брюшине, и, при вылушении, ее снизу брюшина легко могла быть вскрыта. Гистологическое исследование показало типичную миому с небольшим содержанием соединительной ткани. Много мелкокалиберных сосудов, слегка расширенные лимфатические щели.

2) Во втором случае, при наличии 4-х месячной беременности, родился во влагалище миоматозный узел, величиной с мужской кулак. Узел исходил из задней губы шейки. Опухоль была удалена снизу, а беременная матка экстирпирована per abdomen. Больная выздоровела.

Мы должны указать, что, хотя Бриндо и проводит 60% доношенных беременностей после различного вида энуклеаций, все же большинство авторов (Albrecht, Küstner, Troell) и др. считают аборт после энуклеаций более частым явлением, особенно при удалении цервикальных узлов. Если прибавить сюда опасность инфекции при консервативной операции, то, по нашему мнению, почти во всех случаях, где приходится удалять цервикальный узел в ранние месяцы беременности вместе с узлом нужно удалять и беременную матку, что и было сделано в этом случае.

В остальных двух случаях имелись подслизистые фибромиомы, осложнившие течение послеродового периода.

3) Случай 3-й. Роженица 31 г., беременность 10, роды 3. Предыдущие роды и аборт без осложнений. Настоящие беременность, роды и послеродовой период без осложнений. Послед с тремя добавочными долями отошел самостоятельно через 45 мин. после рождения плода. Дефектов послеродовой ткани нет. С 1 дня после родов высокая т°. Ознобы. На 7 день, при температуре 39,9, родился фиброматозный узел, с голову новорожденного, с некротизирующей поверхностью. Больная очень ослабела и в день рождения миомы количество гемоглобина было 35%, эритроцитов 2300000. На 13-й день отошел еще кусок некротизирующей фибромиомы, после чего температура стала спадать. Больная, спустя долгое время, выписалась в удовлетворительном состоянии. При выписке определена небольшая матка, нормальной консистенции, подвижная, с гладкой поверхностью. Придатки нормальны, своды свободны.

4) Случай 4-й касается роженицы 34 лет. В анамнезе 2 род в и 2 искусственных аборта, без осложнений. Настоящие роды срочные, нормальные. Послед отошел самостоятельно через 15 мин. после рождения плода; дефектов послеродовой ткани не отмечено. После родов ознобы. На 48-й день родилась некротизирующаяся фибромиома, размером 11×6 см., после чего температура сразу пала и больная выписалась в удовлетворительном состоянии на 66 день. При выписке—матка несколько больше нормы, подвижная, с гладкой поверхностью. Придатки нормальны, своды свободны.

Благоприятным исходом последних двух случаев мы отнюдь не желаем проповедывать консерватизм в подобных случаях. Мы уже говорили, что считаем показанной радикальную операцию в послеродовом периоде при

наличия субмукозных узлов. Обе эти больные не были оперированы только потому, что, до рождения миом, наличие последних не было диагностировано; после же рождения—1-ая больная была настолько слаба и анемична, что мы не решались на операцию, у 2-й же температура сразу спала и больная начала выздоравливать. Нам кажется, что чрезвычайно тяжелый пуэрперий, долгое время державший больных на краю гибели, говорит за радикализм в подобных случаях.

На основании нашего материала по миомам и описанных случаев, а также на основании изучения литературы по данному вопросу, мы приходим к следующим выводам:

1) Фибромиомы матки и беременность—явление нередкое, но, в громадном большинстве случаев, беременность при этом благополучно доходит до конца, завершаясь нормальными родами с нормальным послеродовым периодом.

2) Оперировать по поводу фибромиомы при беременности и родах приходится редко, только при наличии особых показаний (осложнений). Субмукозные узлы в послеродовом периоде показывают радикальную операцию.

Из клиники болезней носа, горла и ушей Казанского госинститута для усовершенствования врачей.

(Директор проф. В. К. Трутнев.

О риносклероме¹⁾

Д-р К. Г. Борщев.

С тех пор, как венский дерматолог Гебра (в 1870 г.) впервые описал риносклерому, вопрос об этом заболевании многократно освещался в литературе. Однако, и до сего времени риносклерома не потеряла интереса, так как заболевание это сравнительно редкое, весьма еще недостаточно изученное и, в то же время, характеризующееся тяжелыми, а подчас и печальными последствиями для больного. Далеко еще не изучен весьма важный вопрос о нахождении очаговых мест склеромы. Обширная статистика д-ра Кордаковой, насчитывающая в СССР с 1911 по 1926 год—278 человек больных склеромой, все же не точна и дает цифру меньшую, чем в действительности (не учтены случаи Фельдмана, Александрова по Гомелю, частично—Зиновьева и Резникова по Сибири). Полнота и точность статистики склеромы страдает, главным образом, от недостаточного знакомства практических врачей с этим, сравнительно не частым, заболеванием и от трудности диагностики его (особенно при отсутствии лабораторий), в виду чего не мало склеромных больных проходят под диагнозом туберкулеза и *lues'a*.

Верное представление о частоте склеромы и ее распространении, несомненно, может дать только точная статистика, а поэтому необходимо регистрировать каждый новый случай риносклеромы с обращением осо-

¹⁾ Доложено в рино-ларинго-отоларингической секции научно-мед. ассоц. 20 мая 1932 г.

бого внимания на его клиническую картину. В силу указанных соображений мы приводим ниже случай риносклеромы, наблюдавшийся нами в ушной клинике Казан. госинститута для усовершенствования врачей. Интерес случая заключается в том, что риносклерома была обнаружена у жителя, благополучного до сих пор по этой болезни, г. Яранска, Горьк. края, но уроженца бывш. Валуйского у Воронежской губ. (ныне ЦЧО), переселившегося сюда с родины в период гражданской войны.

Описанию наблюдаемого нами случая риносклеромы мы предположим краткую характеристику этого страдания.

По мнению большинства авторов риносклерома—инфекционное заболевание, вызываемое открытой в 1882 году Frisch'em палочкой. Подтверждением этого служит факт эпидемического распространения склеромы из постоянных ее очагов, в места, ранее свободные от этого заболевания. Из богатого статистического материала Neumaпn'a, Волковича и др. видно, что главными и постоянными очагами склеромы являются: Австро-Венгрия, Галиция и западные и юго-западные области СССР—Белоруссия, Украина и часть ЦЧО. Отсюда, в период империалистической и гражданской войн, громадная волна беженцев и переселенцев, рассеиваясь по различным уголкам обширного Советского Союза, занесла с собой склерому в местности, ранее не знавшие ее (случай Никифорова в Туркестане, проф. Комендантова в Саратове и наш случай в Яранске, бывш. Вятской губ.). В подтверждение своего воззрения, сторонники инфекционного происхождения склеромы ссылаются на некоторых исследователей, экспериментально получивших это заболевание у животных путем прививок им культуры палочек Frisch'a (опыты Степанова, Павловского, Жукова).

Однако, некоторые авторы, в том числе и проф. Бурак, считают еще далеко невыясненным вопрос о заразительности склеромы, о способах и путях ее передачи, об инкубационном периоде и т. под. и прямую контактиозность склеромы—недоказанной. Вместе с тем проф. Бурак считает неоспоримым значение бактерий Frisch'a в генезе склеромы, в изменении химических свойств секрета слизистой верхних дыхательных путей при этой болезни, а поэтому поиски средств, могущих изменить характер среды для бактерий, с целью создания наиболее неблагоприятных для них жизненных условий, являются рациональными в деле профилактики и терапии склеромы.

Склерома—хроническое, длящееся годами, прогрессирующее заболевание, поражающее нос, глотку, гортань, трахею, бронхи, губы, а иногда и десны. Нос поражается процессом чаще. Начальная стадия склеромы, обычно не обращающая на себя особого внимания больного, напоминает своим течением атрофический ринит; слизистая носа бледновато-розовата, суховата и покрыта быстро засыхающими корками, издающими специфический неприятный, приторно-кислый запах. Уже при этой форме риносклеромы часто может быть доказан специфический характер процесса путем нахождения в слизи бактерий Frisch'a. Через известное продолжительное время существования атрофического процесса, на слизистой оболочке носа появляются типичные склеромные инфильтраты с гладкой и напряженной поверхностью, могущие тоже существовать долгие годы, медленно превращаясь в рубцовую ткань. В дальнейшем, в виду сильного развития в инфильтратах соединительной ткани, рубцева-

ния и сморщивания, нос приобретает хрящевую консистенцию, ходы его суживаются до исчезновения в глубине просвета; у больных появляется затруднение, а затем и прекращение носового дыхания. При поражении процессом зева и носоглотки, помимо затруднения дыхания, наблюдается изменение тембра голоса. Весьма характерным для болезни является вид небных дужек; вследствие подтягивания инфильтратом мягкого неба и язычка кверху, небные дужки образуют острый угол, напоминающий „готический стиль“. В связи с прогрессирующим ростом инфильтратов и рубцового стягивания, мягкое небо все больше и больше приближается к задней стенке глотки, носоглоточное отверстие все более суживается и, наконец, полностью облитерируется. При поражении склеромным процессом гортани, инфильтраты, обычно располагающиеся под голосовыми связками, увеличиваясь, сливаются в своей общей массе голосовые связки и тем суживают просвет гортани. Гораздо реже встречается поражение склеромой трахеи, где обычно образуются мягкие, легко кровоточащие инфильтраты. Эти инфильтраты, увеличиваясь в объеме, нередко закрывают просвет трахеи, вызывая у больного асфиксию.

По своему микроскопическому строению риносклерома является гранулемой. Постоянным признаком, подтверждающим гистологический диагноз ее, являются гигантские клетки Mikulicz'a, гиалиновые шары и соединительно-тканые тяжи. Правда, в начальных стадиях склеромы не всегда можно найти указанную гистологическую картину.

Перейдем к истории болезни нашего больного.

Б-ной В., украинке, 29 лет, милиционер г. Яранска, Горьковского края, уроженец бывшей Воронежской губ., Валуйского уезда, дер. Погромец поступил в клинику 9 мая 1932 г., с жалобами на затрудненное дыхание, хриплый голос и зловонный запах из носа. Начало своей болезни относит к ранней весне 1928 г. когда он, стоя на посту, в холодную ночь под дождем, сильно прозяб, после чего у него был жар, охрип голос. Вскоре к этому присоединились: затруднение носового дыхания, насморк и утолщение наружной поверхности носа в области перехода хрящевой его части в костную. Лечился сначала у ларинголога, затем у венеролога, несмотря на то, что исследование крови на RW (по словам больного) дало отрицательный результат. После принятого курса антилюэтического лечения, состояние больного не только не улучшилось, а наоборот—ухудшилось: нос стал еще более хриплым, увеличилось затруднение носового дыхания, из носа появился гнилостный запах, больной начал ощущать затруднение и ротового дыхания, особенно при ходьбе. Последующее лечение больного в тубдиспансере, а затем в кожно-венерической б-це, также не дало улучшения его болезни. Никакой боли в горле вообще и при глотании, в частности, больной никогда не замечал. Больной женат с 1927 г., имеет двоих здоровых детей, жена тоже здорова. В детстве рос вообще здоровым ребенком, только с 15-тилетнего возраста, до начала описываемого заболевания, страдал часто повторяющимся насморком. В 1930 г. перенес воспаление легких. Наследственность N.

Больной среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания, кожа и видимые слизистые нормальные. Подчелюстные лимфатические железы слегка увеличены. Со стороны внутренних органов грудной и брюшной полости особых отклонений от N нет. Нос по наружной своей поверхности, в области перехода хрящевой части в костную, имеет покрытое лоснящейся кожей, равномерное с обеих сторон, округлое, инфильтрированное утолщение, величиной в голубино яйцо. Наружные носовые отверстия слегка расширены. Верхняя и нижняя губы свободны от процесса. Носовые ходы заполнены засохшими корками. По направлению в глубь носовые ходы воронкообразно суживаются и в глубине просвет их совершенно исчезает. Язык и десны без особых изменений, язычок и мягкое небо заметно притянуты к задней стенке глотки. Небные дужки с язычком образуют подобие острого угла, отчетливо выделяющегося при

фонации. Задняя риноскопия: хоаны, особенно правая, сужены, окружающей их инфильтрированной тканью, местами рубцующейся; обе хоаны равномерно заполнены гноем. Гортань: надгортанник значительно увеличен, отечен, гипертрофирован. В передней комиссуре от надгортанника отходит над просветом гортани соскообразное утолщение около 1 см длиной, бледноватое, имеющее следы рубцового процесса. Справа истинная и ложная голосовые связки слились в общей инфильтрированной массе. Слева истинная голосовая связка бледноватая, едва выделяется из общей картины. В подсвязочном пространстве, в трахее видны бугорки серовато-красноватого цвета, обилие корок. Со стороны ушей отклонений от нормы нет.

10/V 32 года, после местной анестезии гортани 10%-ным раствором кокаина, из передней комиссуры конхотомом взят соскообразный выступ для патолого-анатомического исследования. Из носа, носоглотки и гортани взяты мазки для бактериологического исследования. Гистологическое и бактериологическое исследования подтвердили в нашем случае предполагаемый нами диагноз—риносклеромы.

Вопрос о лечении склеромы до настоящего времени не имеет окончательного разрешения. Много средств предложено различными авторами для этого, однако радикального метода лечения склеромы до сих пор нет. Противосифилитическое ртутно-сальварсанное лечение, применяемое неоднократно, не давало никакого улучшения, но подчас вызывало даже ухудшение процесса. Инъекции Фуллеровского раствора, фибролизина, карболовой кислоты, препаратов висмута, сурьмы—тоже не дали надежного и стойкого эффекта. Хирургическое удаление пораженных мест, многократно применяемое, тоже не разрешило в положительном смысле вопроса. Кроме указанных способов лечения склеромы, необходимо отметить рентгено-терапию, радио-терапию и вакцино-терапию. Проф. Комендантов считает вакцино-терапию лучшим методом лечения склеромы. Различные хирургические манипуляции, и в частности бронхоскопия, как считает проф. Комендантов, производят своего рода ауто-вакцинацию.

Что касается лечения нашего больного, то произведенное ему удаление из гортани разрощенного склеромяного инфильтрата дало известное облегчение: дыхание улучшилось, одышка при ходьбе исчезла.

Больной выписался из клиники с некоторым субъективным улучшением своей болезни.

Л и т е р а т у р а 1. Волкович. Риносклерома. Диссертация, 1888 г. 2. Степанов. Диссертация „Склерома“, 1893 г. 3. Жуков. Диссертация „Склерома“ 1909 г. 4. Кордатов. „О распространении склеромы в СССР“. Журн. ушн., нос. и горл. болезней, 1927 г., №№ 1—2. 5. Проф. Комендантов, „К вопросу о риносклероме“. Вест. РЛО, 1926 г. № 4—5. 6. Калина. „Материалы к учению о патологии и клинике риносклеромы“. Одесса, 1928 г. 7. Пучковский. „Современное распространение склеромы“. Журн. Рус. отоларингология, 1928 г., № 3. 8. Фельдман. „К эпидемиологии склеромы“. Труды 11 съезда ОЛР, изд. 1927 г. 9. Никифоров. Основы патологической анатомии. 10. Зинovieв и Резников. „Риносклерома и ее распространение в Сибири“. Рус. отоларингология, 1929 г., № 2.

Из глазного отделения Нежинской хирург. больницы.

Операция Denig'a и показания для ее применения.

И. Н. Золотницкий.

По последней переписи в нашей стране имеется около 235.000 слепых, из которых в 21% (50.000) слепота развилась на почве трахомы. Слепота получается от осложнения трахомы паннусом, т. е. от хронического воспаления ткани роговицы, носящего грануляционный характер с образованием сосудов. В норме, как известно, роговица сосудов не имеет—и это обстоятельство имеет как свои положительные, так и отрицательные стороны. Положительные—это то, что, благодаря отсутствию сосудов, получается полная прозрачность роговицы, а отрицательные—что, благодаря отсутствию сосудов, язвы роговицы, особенно центральные, очень часто ведут к прободению ее, т. к. нет сосудов и следовательно притока защитных сил.

Pannus может получиться от многих причин: при заворотах, при трихиазисе и т. д. Этих случаев мы сейчас касаться не будем, ибо эти причины удаляются оперативным путем—как операция Snellen'a, Рапаса'a, Сапежко и т. п. Мы остановимся на тех случаях паннуса, когда нет ни трихиаза, ни заворота, ни зерен, когда при законченном процессе, при излеченной слизистой—периодически появляются инфильтраты, паннусы. Часть таких паннусов и инфильтратов очень хорошо поддается консервативному лечению, но зато другая часть не поддается никакому консервативному лечению и тут выступает уже на сцену хирургическое лечение их.

До последнего времени существовало убеждение, что conjunctiva palpebrarum это одно, а conjunctiva bulbi—совершенно другое и что процесс совершающийся в конъюнктиве век не имеет отношения к конъюнктиве bulbi, а образование pannus'ов происходит per contiguitatem, благодаря трению роговицы с пораженной конъюнктивой. Но исследования последних лет показали, что процесс, происходящий в конъюнктиве век, так и в конъюнктиве bulbi,—один и что не исключена возможность образования pannus'a per contiguitatem, но главным образом оно идет per continuitatem, т. е. что патолого-анатомич. изменения в конъюнктиве bulbi ничем не отличаются от трахоматозн. процесса в роговице, причем сосуды, к-ые при паннусе покрывают роговицу, идут с конъюнктивы bulbi, переходят через линию и идут по роговице. Вполне понятно, что для того, чтобы избежать проникновения сосудов на роговицу—их надо какнибудь удалить до их перехода на роговицу. В таком направлении офтальмологическая мысль и работала все время. Первые попытки такого рода относятся к отдаленным временам, ибо еще арабы пробовали лечить такие паннусы хирургическим путем, а именно: они специальными зубчиками захватывали каждый такой сосуд и перерезали конъюнктиву вокруг него. В общем получился прототип перитомии. Следующим этапом была перитомия, которая получила особенное распространение и еще кое-где употребляется и ныне. Заключается перитомия в том, что, после анестезии кокаином, подрезается конъюнктива у лимбуса, как при энуклеации—или кругом всего limbus'a, или только половина. Эффект

правда получался, но кратковременный, ибо через некоторое время сосуды снова заходили на роговицу. Следующий этап—это периектомия, которая была введена Вэкманом (Wεκmаnn) в 90-х годах прошлого столетия. Заключается она в 2-х моментах: 1-ый момент это периектомия, а 2-ой подрезанная конъюнктива bulbi иссекается лоскутом шириной в 4—6 м/м или на всем протяжении, или частично. Операция Вэкмана дает очень хороший эффект и с большим успехом практикуется и ныне и употребляется как при паннуссах трахоматозных, так и скрофулезных. На IX международном офтальмологич. конгрессе Вэкман сообщил о проделанных операциях с хорошими результатами и, действительно, надо сознаться, что эффект получается очень хороший и, как выше было упомянуто,—эта операция применяется с большим успехом и сейчас. Эффект получается вследствие того, что мы на большем или меньшем пространстве делаем перерыв для сосудов, вследствие чего сосуды на роговице почти пропадают и роговица очищается.

Мы знаем, что каждая операция, получившая права гражданства, т. е. всеми признанная и одобренная, не остается на этом пути и ее стараются расширить, углубить, сделать более радикальной. То же и здесь. Следующим этапом явилась операция Денига (Denig), предложенная им в 1910 г. Эта операция включает в себе первые две—т. е. периектомию и периектомию, но на место иссеченной конъюнктивы прилагается кусок слизистой с губы. Техника операции вкратце такова: полная анестезия 3% cocaine'ом, отсепаровка конъюнктивы bulbi, начиная от лимба, затем иссечение куска конъюнктивы bulbi шириной в 4—6 м/м, опять таки кругом или на половину. Тщательное удаление на месте иссеченной конъюнктивы как подслизистой, так и эписклеральной ткани. Затем из губы, которая предварительно обмыта борной к-той или физиологическим раствором и анестезирована, иссекается кусок слизистой, который очищается от подслизистой ткани и тщательно и аккуратно укладывается на месте иссеченной ткани. Швы Дениг советует накладывать т. о., чтобы подальше захватить как конъюнктиву bulbi, так и трансплантат. Если больной беспокойный и плохо управляет своим глазом, то берем глаз на уздечковый шов Эльшнига, т. е. подводим иглу с ниткой под musculus rectus superior. Швов накладывается 7. Биноккулярная повязка. Левенштейн (Löwenstein) советует, когда грозит опасность укорочения свода или даже образования symblepharon—не иссекать конъюнктивы, а, отсепаровав ее, отодвинуть от лимба и пересадить на ее место трансплантат. Чтоб не травмировать трансплантат—Фазакас (Fasakas) рекомендует не укреплять его швами, а оставлять небольшие мостики конъюнктивы между лимбом и отсепарованной конъюнктивой и под эти мостики подводить трансплантат. После его приживания мостики перерезаются. С аналогичной же целью Цыкуленко рекомендует перекидные швы. Дениг рекомендует класть лоскут т. о., чтобы он не переходил через limbus. Менде (Mende) же рекомендует брать лоскут так, чтоб он переходил через лимбус на роговицу. Наше мнение, как на основании того, что мы видели в клиниках, также и своего личного опыта, таково, что лоскут класть через лимб—на роговицу не следует, ибо он начинает расти и получается pseudo-pterigium. Операция Денига сейчас чрезвычайно распространена и известна, но нельзя не указать, что приоритет ее принадлежит нашему

соотечественнику Сапезко, который еще в 1892 г. защитил диссертацию — „Клинические материалы к вопросу о пересадке слизистой“, причем он делал это еще более радикально, т. е. пересаживал весь свод. Эффект от операции получается в громадном большинстве случаев очень хороший, начинается просветление роговицы, исчезновение сосудов, уничтожение субъективных ощущений и т. д. Кершман из Белостока сообщает о произведенных за время с середины 1921 г. до июня 1926 г. — 185 пересадках с пересадкой слизистой при паннусе и из них только один случай был с неудачным исходом, причем это все были случаи тяжелого трахоматозного pannus'a, не поддающиеся излечению обычными средствами. Показаниями для применения своей операции Дениг считает те случаи паннуса, к-ые продолжают и после излечения слизистой, Причину успеха он видит в том, что 1) пересаженный лоскут играет роль барьера, 2) роговица получает питание из здоровой слизистой ткани, 3) лоскут вызывает гиперемию, а благотворная роль гиперемии нам известна. Недаром проф. Филатов предлагает лечить зернистую трахому повторными выжимками без медикаментозного лечения, полагая, что успех тут будет благодаря благотворной роли гиперемии.

Оборотная сторона операции Дениг'a заключается в том, что лоскут, приживая, получает розоватый цвет и получается, что роговица окружена розоватым ободком, что косметически очень некрасиво и описаны случаи, когда больные через некоторое время приходили и просили „снять обратно“. Затем, если был излишек ткани, то этот лоскут получается в виде „колбаски“, а если он переходил через лимбо образуется потом pseudopterygium.

Но, если операция Дениг'a хороша при трахоме, при той болезни, при к-ой у нас есть и много других способов лечения, то при ожогах глаза, как химических, так и термических — эта операция является единственной и никакой другой ее заменить нельзя, а результаты ее очень хороши. Мы знаем, какое большое количество слепых имеется у нас от ожогов серной кислотой, от ожогов нашатырем, известью и т. д. До последнего времени они считались как бы неизлечимыми и вся наша консервативная терапия сводилась к тому, что мы были „благородными свидетелями“, как погибал глаз.

Все указания авторов сводились к оказанию скорой помощи, т. е. промыть глаз водой для уменьшения концентрации, затем применить взвесь magnes. ustae, парафин и т. д., но что делать дальше — на 2-ой — 3-ий день — об этом никто ничего не говорил, да и нечего было говорить. Казалось бы, что, если предлагается метод для лечения глаз после химических ожогов, дающий хороший эффект в то время, когда другого нет способа, то мы должны были бы ухватиться за этот способ, но... оказалось не так. Первое сообщение Дениг'a о пересадке слизистой при ожогах глаза относится к 1912 г. и понадобилось около 20 лет, пока эта операция получила права гражданства. В нашей литературе на сегодняшний день есть по этому вопросу всего четыре сообщения, говорящие о хороших результатах. В особенности страшны ожоги нашатырем, где, судя по экспериментам Зигриста (Siegrist), через несколько минут после ожога нашатырем уже можно доказать реакцией Nestler'a присутствие аммиака в жидкости передней камеры. Затем, при ожогах нашатырем бывает, что некроз начинается на 7—8—10 день,

когда уже трудно помочь, между тем во время произведенная операция Denig'a дает очень хороший результат. Понадобился промежуток почти в 20 лет, чтобы операция Denig'a получила права гражданства и при ожогах глаза. Только из-за нашей консервативности, из-за боязни оперировать на воспаленном глазу с некротизированной тканью можно объяснить этот большой промежуток времени, но кто попробовал применять эту операцию при ожогах, тот станет ярым приверженцем этого способа. Напр., показателен мой случай, когда с повреждением роговицы и некротизированной conjunctiv'ой на единственном глазу — с $v. \frac{1}{\infty}$ (после ожога нашатырем) — после операции Denig'a единственный глаз спасен и $v. = 0,3$.

Операция Denig'a показана: 1) при ожогах, при к-ых мы имеем дело с тяжелыми обширными поражениями слизистой, даже без участия роговицы; 2) при ожогах, при к-ых роговица хотя-бы в малейшей степени участвует в процессе.

Противопоказанием для этой операции служит некроз склеры.

Заканчивая наше сообщение — мы должны сказать, что на сегодняшний день операция Денига является одной из наиболее эффективных операций при паннусе. Но если еще можно говорить и спорить, делать-ли при трахоматозном паннусе операцию Денига или нет, то при химических ожогах глаз — выбора нет — операция Денига в таких случаях является единственным способом лечения, к-ый может спасти глаз и чем раньше в таких случаях применять, тем больше шансов на успех.

Клиническое значение препаратов угля.

Проф. Д. М. Российский (Москва).

Применение препаратов угля в медицине получило в настоящее время значительное распространение.

Уголь, в особенности активированный, обладает способностью поглощать в значительном количестве ферменты и антиферменты и высокой способностью адсорбировать газообразные, парообразные и растворенные вещества. Способность эта является следствием сильно развитой удельной поверхности и соответствующего характера пористости угля, благоприятствующего капиллярной конденсации.

Еще в 1900 г. А. Fraenkel рекомендовал обеспложенный костный уголь вместо иодформа для лечения туберкулеза суставов и костей, применяя уголь в форме порошка, марли и 10-процентной эмульсии в глицерине. По мнению Fraenkel'я, терапевтическое действие угольного порошка заключается в его фиброзно-пластическом действии на ткани.

По наблюдениям О. Muska уголь является прекрасным средством при гнойно-инфекционных процессах, резко уменьшая эти процессы и вызывая быстрое эпидермизирование.

Как показали наблюдения E. Falk'a и A. Sticker'a, уголь, в особенности растительный, обладает способностью поглощать в значительном количестве ферменты и антиферменты и переносить их действие на различные белковые растворы.

На основании этих наблюдений был предложен препарат, приготовленный из растительного угля и стерилизованного трипсинового раствора, названный карбензимом. При назначении его внутрь получались хорошие результаты при метеоризме после лапаротомий, при различных кишечных заболеваниях, при язве желудка и нарушениях секреторной функции желудка.

Карбензим получил также применение в виде присыпок при плохо гранулирующих гнойных ранах, при эрозиях влагалища и плохо гранулирующих fistулах. Инъекции карбензима при хирургическом туберкулезе (туберкулез костей, хрящей, мягких частей и серозные выпоты туберкулезного характера) также дали хорошие результаты.

Наконец, опыты на собаках показали, что инъекции карбензима вызывают уменьшение и даже полное исчезновение саркоматозных опухолей. Falk и Sticker наблюдали от применения инъекций карбензима у людей, страдающих саркоматозными опухолями, не поддающимися оперативному вмешательству, значительное уменьшение объема опухолей, причем было отмечено, что карбензим на саркоматозные новообразования оказывает более сильное действие, чем на опухоли эпителиального характера.

Большое значение имеют препараты угля при различных желудочно-кишечных заболеваниях, сопровождающихся метеоризмом, и при различных сердечных заболеваниях, главным образом при грудной жабе, как средства, резко уменьшающие метеоризм и вследствие этого способствующие уменьшению высокого стояния диафрагмы.

В 1930 г. Meisk'ом выпущен под названием Carbin-Merck коллоидный препарат угля в виде черной жидкости, состоящей из взвеси очень мелкого, высококачественного угля в растворе коллоидов и в смеси с 0,5%-ным хлористым кальцием, предлагавшийся для внутренних инъекций при туберкулезе легких.

Препараты угля уже давно получили применение при отравлениях грибами, а также растительными и минеральными ядами.

Особенное внимание на терапевтическую ценность угля при различных интоксикациях было обращено после империалистической войны, когда были обнаружены прекрасные адсорбирующие свойства угля по отношению к различным химическим отравляющим веществам.

При резко кислой реакции желудочного содержимого адсорбция углем токсических веществ протекает весьма вяло, для устранения чего вводится уголь в

смеси с 1% раствором Na bicarbonici. В некоторых случаях, например, при отравлении ии стрихнином, хинином, фенолом и другими веществами, введенный как прогивоядие уголь начинает, спустя некоторое время, отдавать обратно захваченные им вещества. Для избежания этого явления целесообразно через 2—2½ часа после приема угля давать 35% раствор Na sulfurici. Этот раствор, с одной стороны извлекает остатки яда, которые не успели еще всосаться, и способствует углю захватывать их, с другой стороны, действуя как слабительное, удаляет уголь с ядом из организма.

Для получения полной адсорбции рекомендуется сначала промыть желудок 15% смесью угля с водой, затем ввести в желудок 15 г угля с 200 г 1% раствора двууглекислого натра, после чего через 2—2½ часа дать 100—150 г 30% раствора глауберовой соли.

Как показывают наблюдения Е. А. Лейбензона, произведенные над 1000 случаями отравлений различными ядами (50 различных фармакологических групп) на станции Одесской скорой медицинской помощи, при применении в качестве адсорбирующего средства угля процент смертности не превышал 20%—2½%, в то время как в тех случаях, где уголь не применялся, процент смертности достигал 100%—98%.

Облакая громадной адсорбирующей способностью и не вступая в химические взаимоотношения ни с какими веществами, уголь является ценным препаратом при различного рода инфекционных заболеваниях, прекрасно адсорбирующим бактерий.

В настоящее время в СССР вырабатывается химико-фармацевтическим производством „Гален“ в Москве активированный уголь 1), который вполне может заменить заграничные препараты угля и ввиду своей высокой активности должен найти себе широкое применение как в клиниках и больницах СССР, так и в повседневной поликлинической практике.

Литература. 1) Muck. „München. med. Woch.“, 1910, № 6.—2) Falk u Sticker. „München. med. Woch.“, 1910, № 6.—3) Rotky. „Therap. Monatshefte“, 1910, № 10.—4) Verth. „München. med. Woch.“, 1910, № 7.—5) Кац Г. „Paris Medical“ № 32, 1928.—6) Лейбензон Е. А. „Врачебное дело“ № 3, 1929 г.

Симптомы матовости и западения глаза при легочном туберкулезе.

И. Л. Тамарин (Днепропетровск — туберкулезное отделение 1-го единого диспансера).

Старые авторы (Яновский, Корнет) отмечали живые, фосфорические, блестящие глаза, как симптом легочного туберкулеза. Часто эти живые, светящиеся и даже иногда брызжущие искрами глаза сменяются особым оттенком, как-бы легкой подернутостью вуалью, с матовостью склер и роговицы, с одно-временным западением глазного яблока (enophthalmus). Четко и ясно этот симптом выявляется у тяжелых туберкулезных больных, когда появляются несколько выцветшие радужки, так сказать, „пустые глаза“, глядящие далеко из-под лба.

Весь этот синдром можно легко объяснить интоксикацией, влекущей за собой изменение нервнo-трофических функций склер, роговицы, радужки и глазного яблока в целом.

1) Активизированный уголь „карболен“ выпускается фабрикой в трех модификациях:

1) в форме порошка—принимать от ½ до 1-ой чайной ложки 3 раза в день после еды или в смеси с другими лекарственными веществами по указанию и рецепту врача,

2) в форме крупинок (грануль)—принимать по одной чайной ложке три раза в день после еды.

3) в форме таблеток—принимать по 1-ой таблетке три раза в день после еды.

Из ста больных с открытым тбк мной был выявлен симптом матовости у 52 лиц. У этой группы больных: у 48 был понижен в некоторых случаях, а у 37 лиц отсутствовал конъюнктивальный рефлекс, а у 31 больного - корнеальный. Для контроля просмотрена группа в 400 диспансерных пациентов, причем матовость выявлена лишь у 13 больных, понижение рефлексов наблюдалось несколько чаще.

Изменение чувствительности склер и роговицы не совпадало с реакцией глазного рефлекса, в силу чего можно думать, что понижение реактивной способности склер и роговицы не нервно-истерического происхождения.

Частоту этого симптома у чахоточных можно объяснить так:—туберкулез—заболевание всего организма. Туберкулезные токсины находят всегда пути взаимопроникновения и взаимодействия на все органы человеческого тела, но особенно доступным и легким является путь к глазу и к коже (туберкулиды), так как легкое, глаз и кожа развиваются из одного листка.

Токсины туберкулезных бацилл нарушают трофические функции глазного яблока; интоксикация этого органа находит себе выражение в матовости, в потере живости, в слабом ответе глаз на окружающие раздражители, в замедленном восприятии, в потере жировой подушки глазного яблока.

Симптом этот динамичен, он нарастает с прогрессированием болезни и ухудшением состояния больного. В некоторых случаях тяжелого легочного туберкулеза, когда еще физические симптомы недостаточно выражены, а рентгенограмма дает разнообразные формы обсеменения, нами отмечен симптом матовости и западения. Таким образом, он может быть полезен и ценным при объективном исследовании больного.

Искать ответа в глазах на диагностические трудности не ново. Проф. Чиж в свое время отмечал особый оттенок глаз у эпилептиков. Для того, чтобы изложить и описать все нюансы симптома матовости, надо быть большим художником слова.

Из Акуш.-гинекол. отд. Рылской нарбольницы. ЦЧО ¹⁾.

Случай доношенной вторичной абдоминальной беременности в стадии мутификации.

А. И. Петченко.

В последнее время участились сообщения о случаях внематочной беременности поздних сроков. Реже описываются случаи доношенной внематочной беременности, составляющие около 2% всех внематочных беременностей. Еще реже встречается доношенная внематочная беременность без разрыва плодместилища, составляющая по Розенблату 0,23%.

Случаи доношенной внематочной беременности, помимо своей редкости, представляют чрезвычайно много интереса как по разнообразию клинической картины, так и по своим патолого-анатомическим особенностям, способам роста плодного яйца и дальнейшей судьбе плода. Поэтому позволю себе привести описание нашего случая:

Больная — кр-ка М. К., 44 лет, поступила в отделение с жалобами на боли и опухоль внизу живота (ист. бол. № 431, 9/XI 1931 года). Больна 3-ий год. Перед началом заболевания месячные приостановились и больная считала себя беременной, хотя до этого времени не беременела 10 лет. На 7-ой неделе после задержки месячных у больной был обморок, который в течение месяца повторялся 4 раза. С 5-го месяца стала ощущать движение плода. Участковый врач определил половину беременности. Движение плода ясно ощущалось до 9 мес., по истечении которых начались схватки, как перед родами. Схватки, вначале учащаясь, вскоре прекратились, роды не наступили, и больная перестала ощущать движение плода. Живот стал уменьшаться и через 3 мес. образовался в животе плотный болезненный „ком“, из-за которого больная почти год пролежала в постели.

¹⁾ Доложено в Рылск. научн. ассоциации врачей 20/XII 31 г.

В течение 3 недель после „схваток“ шли кровянистые выделения, через месяц после этого установились правильные, но болезненные месячные.

Замужем—18 лет, рожала 6 раз, выкидышей не было. Последние роды—13 лет тому назад. Кроме настоящего заболевания, гинекологических и послеродовых заболеваний не было. Стул, мочеиспускание—норма. При объективном обследовании найдено: всю нижнюю часть живота занимает плотная, исходящая из таза опухоль, достигающая до уровня на 2 см. выше пупка; опухоль мало подвижна, мало болезненна, поверхность слегка бугриста. Влагалищная часть шейки цилиндрическая с поперечным зевом. Маточное тело не контурируется и переходит непосредственно в указанную опухоль. Диагноз колебался между фибромиомой матки и внематочной беременностью. 11/XI 31 г. под спинномозговой анестезией произведена операция. Срединым разрезом от лобка до уровня на 2 см. выше пупка вскрыта брюшная полость. Обнаружена опухоль величиной больше головы взрослого, вся передняя поверхность которой покрыта приросшим к ней салником. После резекции в четырех местах салника опухоль удалось приподнять, причем по задней своей поверхности она оказалась спаянной с сигмовидной кишкой, а передне-нижний ее сегмент был срощен с задним листком широкой связки. Опухоль постепенно удалось вылущить, при этом обнаружилось, что она вплотную сидит на матке, сдвинутой в правую сторону.

С большим трудом опухоль отделена от матки; при отделении часть левой трубы осталась при матке, фимбриальный же конец трубы остался при опухоли. Ввиду того, что матка оказалась на большей части своей поверхности лишенной брюшинного покрова, ткань ее рвалась под пулевыми щипцами, яичники кистозно перерождены,—произведена дополнительно надвлагалищная ампутация матки с придатками, после чего ложе опухоли удалось заперитонизировать; брюшная полость зашита наглухо. Гладкое послеоперационное течение. Выписалась на 12-й день после операции. При осмотре через 5 мес.—здоровая работоспособна.

Удаленная опухоль имела вид овоида, разм. 24×20 см. При разрезе опухоли, из плотного фиброзного мешка излилось около одной столовой ложки соломенного цвета жидкости. В полости мешка, оказавшегося плодместилищем, обнаружен плод женского пола, хорошо сохранившийся, в состоянии мумификации. Плод как бы спрессован по длиннику: головки в резкой флексии, конечности прижаты к грудной клетке и деформированы, позвоночник в резком кифозе. Длина плода около 50 см., окружность головки—30 см., diam. occ.-front.—10, diam. birag.—8 см., вес плода с капсулой—1975 грм., без капсулы—1775 грм., ногти выступают за макоть пальцев. Плацента величиной с блюдечко, сплюснута, лежит с внутренней стороны плодместилища в левой его половине; имеется плевистое прикрепление пуповины. Плодместилище представляет собой кожистую, плотную, соединительно-тканную оболочку, толщ. в 2—4 мм., тесно прилегающую к плоду; передняя поверхность плодместилища, покрыта мощными пластинами приросшего салника. По левой боковой поверхности оболочка имеет утолщение стенки на месте прикрепления плаценты; соответственно маргинальному краю плаценты, но снаружи плодместилища прикрепляется фимбриальный конец левой трубы, вся же остальная часть трубы, протяжением около 4-х сант., сохранилась на препарате матки, конец рубцово-изменен. Правая труба нормальна, оба яичника кистозно перерождены, левый кроме того, уплощен и атрофичен вследствие сдавления опухолью.

При *микроскопическом исследовании* органов и оболочек плода (прозектором одесской облбольницы Н. А. Бузны) обнаружено следующее: печень—ткань ее некротизирована, ядра совершенно не красятся, протоплазма клеток представляет из себя глыбчатые и зернистые, неравномерно окрашенные массы, среди которых располагается значительное количество пигмента.

Местами в дольках печени наблюдаются более светлые, почти прозрачные участки, в которых клетки подверглись расплавлению и частичному всасыванию. Распознать ткань печени довольно легко благодаря ясно сохранившимся контурам долек и расположению перипортальных пространств. Ядра желчных протоков, сосудистых стенок и соединительной ткани, также некротизированы и не воспринимают окраски.

В легких явления те же: ядра совершенно некротизированы, контуры клеток, как альвеолярного, так и бронхиального эпителия отчетливо видны. Эпителий

альвеол высокий, кубический, протоплазма его мелкозерниста, в состоянии распада. Просветы альвеол невелики. Количество междольковой и перибронхиальной ткани значительно превышает норму.

Оболочки плода — совершенно некротизированы, бесструктурны. Среди некротизированной ткани значительное количество обызвествленных мелких участков. Кнаружи от оболочек располагается плотная соединительно-тканная капсула, частью из фиброзной, частью же из совершенно гиалинизированной ткани.

Среди пучков соединительной ткани, преимущественно вокруг сосудов, располагаются мелкие очажки воспалительного инфильтрата. Там же — многочисленные, мелкие очажки с отложением извести.

Данный случай является, надо думать, вторичной брюшинной доношенной беременностью: развивающееся близ ампулы в левой трубе плодное яйцо скоро (обмороки с 7-ой недели) вышло через место разрыва у свободного края трубы, где имеются рубцовые изменения, и с ненарушенным амнионом и хорионом получило возможность дальнейшего развития (3-ий вариант разрыва трубы по Джайлсу) главным образом потому, что послед, не теряя связи с трубой, пришел в соприкосновение с арр. ерiрloisae сигмы, кроме того к краю плаценты подошел сальник, мощные тяжи которого видны близ места расположения плаценты. Таким образом, плацента получила хорошее питание из 3 источников: через ат. tubaria из трубы, из новообразованных сосудов арр. ерiрloisae сигмы и значительных сосудов сальника. Плодные оболочки покрылись воспалительной пленкой, из которой впоследствии развилась плотная фиброзная капсула плода.

Опорой для этого неустойчивого плодоместилища явилась матка снизу, кишечник с боков и сальник сверху, покрывший плодное яйцо как бы фартуком. Погибший, вследствие не оказания оперативной помощи, плод сохранялся в брюшной полости около 3 лет, как видно из анамнеза. По достижении нормального срока родов у больной появились схватки, т. е. так наз. „ложные роды“; результатом этих сокращений матки было выделение из нее децидуальной оболочки, чем и объясняется „послеродовое кровотечение у больной“. Признаки доношенности плода явствуют как из анамнеза, так и из разм. длины плода, величины его головки и общего вида. Малый вес объясняется процессом мунификации и обезживания. Сохранность плода зависела от хорошей защиты против инфекций прекрасно сформировавшимся плодоместилищем, в развитии которого преобладающую роль сыграл, повидимому, сальник (Vogt), а также долгое постельное пребывание больной после срока родов (около одного года).

Особых деформаций плода не найдено, хотя Винкель находит их в 50%. Имеется плевистое прикрепление пуповины (по Винкелю в $\frac{1}{3}$ случаев).

К собранным Розенблатом по 1924 год 295 случаям вторичной доношенной внематочной беременности за последние годы прибавляется еще ряд случаев (Покровский, Благовещенский, Благодаров, Ласточкин, проф. Марков, Нудина, у иностранных авторов случаи Luskert's, Pahl's, Geissersödera и др.). К числу их относится и наш случай).

Из Хирургической клиники Днепропетровского института усовершенствования врачей и II Раб. больницы. Директор клиники проф. В. П. Недоходов, главный врач Е. В. Сенеш.

„К вопросу об обширных резекциях тонких кишек“.

Д-р М. И. Островский.

Имея два случая обширной резекции тонких кишек, мы считаем необходимым осветить данные случаи на страницах печати.

Дело в том, что вопрос о широкой резекции кишек недостаточно освещается в печати, и мы вполне согласны с д-ром Кимбаровским, который, приводя свои 2 случая обширных резекций тонких кишек, считает необходимым, чтобы

каждый случай обширной резекции был отмечен в медицинской печати (Нов-хир. арх., 1931 г., т XXII, кн. 4).

Случай I. Б-ной Г., 42 л., по, профессии грузчик, поступил 8/IX 1932 г. в 9 ч. утра в клинику с жалобами на резкие боли в животе, особенно нижней части. Настоящее заболевание началось в 5 ч. утра резкими болями во всей нижней части живота, с отсутствием рвоты. Б-ному дома были поставлены 2 клизмы, но стула не было и газы не отходили, после чего, в срочном порядке, он был направлен в б-цу. При поступлении б-ного было обнаружено следующее: б-ной очень беспокойный, из-за сильных болей в животе ежеминутно меняет положение. Пульс—84 хорош. наполнения. Язык влажен, живот сильно напряжен, особенно в нижней его части. Наблюдается умеренное вздутие всего живота, при перкуссии—тимпанит по всему животу. Газы не отходят—диагностирована острая непроходимость и б-ному предложена операция, на которую он согласился.

8/IV—в 10 ч. утра под общим эфирным наркозом операция. (Д-р Островский). Разрез по средин. линии между пупком и лобком. По вскрытии брюшной полости из нее вылилось небольшое количество жидкости светло-коричневого цвета. Часть тонких кишек и слепая сильно раздуты. Разрез продолжен выше пупка на 3 см. Раздутые тонкие кишки темно-коричневого цвета. Обнаружен заворот тонких кишек вокруг брыжейки. Кишки немедленно распутаны, но цвет их не изменился, брыжейка покрыта кровоизлияниями и в некоторых местах видны затромбозированные сосуды. Обнаружена полная гангрена тонкой кишки на протяжении свыше 3-х метр. Оставшийся участок здоровых кишек несколько больше гангренного.

Верхний конец гангренного кишки начинается на 10 см. ниже *plica duodeno-jejunalis*. Произведена резекция тонкой кишки на протяжении 318 см. с наложением анастомоза—конец в конце. Послойный глухой шов брюшной раны. Ближайшее послеоперационное течение никаких явлений со стороны брюшины не дало. 10/IV у б-ного обнаружена послеоперационная пневмония. Произведена аутогемотерапия—впрыснуто 8 кб. см. крови. 13/IV во время сильного кашлевого толчка произошло расхождение в верхней части раны (*evertedatio*). Того же числа под м. анестезией рана зашита в 2 этажа.

14/IV—снова аутогемотерапия, впрыснуто 10 кб. см. крови.

15/IV—самочувствие удовлетворительное. Самостоятельный стул. В обоих легких влажные мелкопузырчатые хрипы.

18/IV—Снова ауто-гемотерапия—впрыснуто 10 кб. см. крови.

19/IV—Кашель стал несколько меньше. Явления пневмонии начали проходить.

20/IV—Расхождение швов в нижнем отделе раны. Вторичный 2-хэтажный шов на нижнюю часть раны.

21/IV—Самочувствие удовлетворительное. Самостоятельный стул.

25/IV—Сняты швы в верхн. части раны. Заживление полное.

30/IV—Сняты швы в нижнем отделе. Полное заживление. Самочувствие б-ного хорошее. Аппетит хороший. Стул самостоятельный.

6/V—В хорошем состоянии б-ной выписан из б-цы.

Случай II. Случай оперирован проф. Недождлебовым в клинике проф. Кудинцова.

Б-ной Н. поступил в клинику 10/XI 1929 г. с ясной картиной непроходимости суточной давности. Под эфирным наркозом—лапаротомия

Обнаружен *volvulus* всего тонкого кишечника с далеко зашедшими изменениями кишечной стенки и брыжейки. После резекции всего гангренного участка кишки, возле соесит оставался участок здоровой кишки, достаточный только для того, чтобы произвести закрытие путем кисетного шва и инвагинации ее наглухо. Кроме того, осталась начальная часть *jejuni* 10—12 см. длины, которую удалось довести до *col. transversum*, с которой она и была соединена.

Послеоперационный период протекал сравнительно удовлетворительно, при обильных внутривенных вливаниях глюкозы и физиологического раствора подк-жу. С 10-го дня у б-ного начались упорные поносы, которые удалось купировать соответствующей безжирной диетой. Б-ной однако стал худеть и температура без, наличия каких-бы то-ни было осложнений со стороны раны живота. При исследовании у б-ного обнаружены были явления двухстороннего специфического процесса в об. легких. При явлениях истощения и ремитирую-

щей сперва температуре, а затем постоянной, высокой б-ной скончался через 2 месяца после операции.

При вскрытии обнаружено, что в брюшн. полости целиком отсутствуют явления перитонита, хорошее состояние анастомоза и бросающееся в глаза резкое удлинение начальной части duodeni, В обоих легких рассеянный туберкулезный процесс.

Переходя к вопросу относительно обширных резекций тонких кишек, нужно сказать, что длина тонкого кишечника не является величиной постоянной и колеблется по Моппсу (4,27 м. до 10,31 мет.), а по другим авторам—3,38—7,6 м. По данным Тривса средняя длина тонких кишек в возрасте 20—25 л.—6,75 метра при этом замечались также колебания от 9,5 м.—4,5 м. Возможно, что такая амплитуда колебаний зависит от целого ряда физиологических факторов, при чем, по некоторым данным; род пищи до некоторой степени влияет на длину тонких кишек. Определение длины кишечника играет большую роль, т. к. при обширных резекциях играет главную роль не длина резецированного участка, а длина оставшегося. Дейк опубликовал случай Веннега, который удалил 540 см. кишки, при чем, большая, хорошо оправившаяся после операции. травмы, все же потом погибла от истощения, от поносов. При резекциях больших участков кишек (2/3 длины,) вызывается резкое расстройство усвоения азота, которое сопровождается непрерывными поносами. По данным других авторов, как в случаях Майдля, Эйзельсберга, при оставшейся небольшой длине кишечника переваренная пища в тонких кишках, из-за укорочения длины ее, раздражает слизистую толстых кишек, а последняя реагирует усилением перистальтики, что и вызывает сильные поносы.

Некоторые авторы на основании экспериментов на собаках, указывают, что удаление половины кишечника или несколько больше, проходит без отрицательных явлений для жизни. Если же удалят 80% кишки и больше, то наступают расстройства, ведущие к смерти животного. Трзебицкий и Монари указывают, что при опытах на животных, удаление 7/8 длины не вызывает уменьшения в весе, а при удалении больше указанной длины, если животные и остаются в живых, то они теряют 1/3 своего веса, который не восстанавливается.

Опыты Стасова указывают, что процесс пищеварения, при удалении обширных участков кишки несколько удлиняется и что удаление 164 см. ileum удлиняет пищеварение на 2 часа.

На основании исследований отдельных авторов можно сказать, что при удалении больших участков кишки, процесс всасывания жиров уменьшается, но степень расщепления белка остается неизменной. Исходя из этого, нужно сделать вывод, что давать большое количество жиров нерационально, т. к. это мешает влиянию пищеварительных соков на протеины. Углеводов необходимо давать побольше, т. к. они сберегают белки от сгорания.

Длина резецированного участка кишек, по данным некоторых русских авторов, была следующая:

А в т о р ы	Длина резец. участ.
Никитин	594 см.
Кимбаровский	463
Цейдлер	318 см.
Покотило	270 "
Деканский	220 "

Так. обр. наш 1-й случай, как и случай Цейдлера, стоит на 3-м месте—318 см. Несмотря на перенесенную два раза нашим больным частичную энтерэктомию, случай закончился благополучно и б-ной выписан. в прекрасном состоянии

Надо думать, что оставшийся участок кишки значительно больше удаленного, этим объясняется отсутствие тех осложнений, которые бываю при оставшихся небольших участках кишки.

В случае II интересно то, что б-ной погиб, главным образом. от обострившагося процесса в легких, и главное, то, что отмечено удлинение начальной асти duodeni, что отмечается и другими авторами.

Не делая никаких выводов, мы считаем все же необходимым высказать желание, чтобы все случаи обширных резекций кишек освещались в мед. печати. Кроме того, кафедрам оператив. хирургии и топографической анатомии необходимо проработать вопрос о выработке определенных законов, на основании которых мы могли бы заранее определять длину кишечника, а с другой стороны и пределы резекций кишек, учитывая ряд конституциональных особенностей.

Случай сквозного ранения перикарда без повреждения сердца.

Ю. Б. Багров,

заведующий хирург. отделением Златоустовской городской больницы имени Октябрьской революции.

14 июня 1933 года в хирургич. отделение доставлена 6-ая Як - ва, 32 л., получившая час назад колотое ранение левой стороны груди финским ножом (ист. бол. № 7489).

Больная в тяжелом состоянии. Дыхание частое, поверхностное, резкая бледность покровов с синюшным оттенком. Пульс част, слабого наполнения, почти невидимый. Выражение лица страдальческое. Снята повязка, наложенная врачом скорой помощи. Повязка промокла не сильно. В 7-ом межреберьи по ходу его по передней аксиллярной линии—рана длиной в 3 сантиметра. В ране небольшой кусок выпавшего сальника.

Диагностировано ранение, проникающее в полость плевры и в брюшную полость, внутреннее кровотечение, операция. Местная анестезия 1/4% раствором нов каина. Косой разрез через левую прямую мышцу. В свободной брюшной полости довольно большое количество крови. Часть ее собрана для обратного переливания.

У свободного края левой доли печени—сквозное ее ранение длиной ок. 4-х сантиметров. Печень отодвинута книзу и вправо. Обнаружено ранение диафрагмы—в эту рану втянута фундальная часть желудка и большой сальник. После резекции выпавшего участка сальника желудок и сальник вытянуты из раны диафрагмы.



Рис. 1.

Ранение диафрагмы в ее сухожильном отделе—длиной в 6 сантиметров зияет, края раны сильно кровоточат, направление ее—сзади и снизу—кпереди и кнаружи. Сердечная сумка широко вскрыта, хорошо видно сердце, поворачивающееся при сокращениях. На сердечных стенках повреждений не обнаружено. После тщательной инфильтрации диафрагмы раствором новокаина наложены узловатые швы. Они захватывают и ткань сердечной сорочки, и все слои диафрагмы, а дальше кнаружи также участок рассеченной плевры.

Когда рана диафрагмы была зашита, к ней подшит тот участок печени, где имелась сквозная рана ее. Операционная рана зашита послойно, выпускник в клетчатку. Освежены края раны грудной стенки. Межреберные сосуды не по-

вреждены. Через рану при дыхательных движениях в полость плевры с шумом входит воздух. Рана зашита. Обратное переливание собранной из брюшной полости крови. Длительность операции 30 минут.

В первую неделю наблюдались явления левостороннего плеврита с сухим кашлем, притуплением перкуторного тона.

Обычные лечебные мероприятия. Наркотики, банки, инъекции камфорного масла и эфира, вливания 5% раствора глюкозы.

С третьего дня пульс все время удовлетворит. наполнения, аритмии нет.

25/VI. Температура нормальна. Изредка сухой кашель. Хрипов в легких нет, притупления перкут. тона не отмечено. Границы сердца не расширены.

Грануляционная поверхность на том участке операционной раны, где был выпускник. В остальных отделах рана зажила. Рана грудной стенки зажила первичным натяжением.

29/VI. Состояние хорошее. Выписывается с небольшой гранулирующей поверхностью на средине операц. раны.

Данные рентгеноскопич. исследования, произведенного рентгенологом гор-больницы д-ром Соколовым. „Место ранения находится на уровне купола диафрагмы на 4—4,5 сантиметра кнаружи от сердечной верхушки. Границы сердца не расширены. Диафрагма в левой ее половине экскурсирует незначительно“.

12/VII. Больная чувствует себя хорошо. Отмечает только быструю утомляемость.

В приведенном случае представляет интерес ход раневого канала, пересекающий плевральную полость без ранения легкого и полость перикарда—без повреждения сердца. По литературным данным изолированное ранение сердечной сорочки встречается редко. В описанных случаях повреждений околосерд. сумки холодным оружием раны перикарды были не велики, оружие не глубоко проникало в полость сумки. И в нашем случае, несмотря на широкое ранение нижней стенки сумки, нож прошел только в самом нижнем отделе полости. По видимому, он обращен был лезвием книзу и спинкой своей отодвинул верхушку сердца. Следует думать, что отсутствие повреждения сердца может объясняться и совпадением момента ранения с моментом сердечной систолы. Не исключается возможность рефлекторного сокращения сердца в момент ранения ткани перикарда.

Из Изоляционного отделения Бердичевской акушерско-гинекологической больницы (глав. врач. б-цы Р. М. Либерберг).

Пуэрперальные воспаления кисты *urachus'a*

Р. М. Либерберг.

2. IX 1931 года в изоляционное отделение больницы была доставлена селянка-колхозница М. Ч., 25 лет, из дальнего района с затискою врача о том, что направляется больная с параметритом и пупочным свищем. Больная рожала 2 раза, последний раз год тому назад. С тех пор не менструирует. Через весьма короткое время после родов (точно не помнит) у нее через пупок стал выходить гной. Abortов и кровотечений не было. Со стороны стула и мочеиспускания уклонений от нормы нет, временами лишь бывает учащенное мочеиспускание.

При наружном осмотре в области пупка обнаружен свищ, из которого при надавливании выделяется много гноя. При введении зонда последний легко входит на 6—7 см. Бимануальное исследование: матка плотна, находится в ретропозиции. Над мочевым пузырем внутренними пальцами прощупывается мягкая опухоль, из которой при этом выделяется через пупок гной в довольно большом количестве. Т° 36,5—38,9, при катетеризации выделяется чистая моча. Матка небольшая, хорошо прощупывается; придатки матки также хорошо прощупываются и отклонений от нормы не представляют. Было установлено, что осумкованный гнойник находится впереди от матки над мочевым пузырем и представляет собой нагноившуюся кисту урахуса с пупочной фистулой. После

соответствующей подготовки под хлороформным наркозом, по желобоватому зонду, был сделан разрез от пупка вниз на 5—6 см. и вскрыт гнойник. Палец при исследовании гнойника попадает в большую полость у передней брюшной стенки над мочевым пузырем. Из раны выделилось большое количество гноя.

Дальнейшее лечение тампонами с риванолом. Выздоровление только через 3 месяца, когда рана совершенно закрылась. Все это время исследования мочи давали один результат: уд. вес 1026, 4—5 лейкоцитов в поле зрения, большое количество оксалатов и незначительное количество клеток плоского эпителия. Гнойник, находившийся над мочевым пузырем, никакого сообщения с полостью его не имел. Т⁰ постепенно падала и к моменту уменьшения количества гноя пала до нормы.

Кисты урахуса располагаются обыкновенно по средней линии экстраперитонеально. Аналогичные 2 случая описаны А. Целикером в 1928 году в сербоязычном журнале и реферированы в 1930 году в Zentralbl. für Gynaekologie. В одном случае автор произвел полное удаление опухоли, в другом—разрез через пупок. Киста урахуса обычно бывает округлой формы, эластической консистенции. При бимануальном исследовании она прощупывается высоко над передним сводом и мочевым пузырем, причем сам свод несколько не изменен. При гнойных фистулах урахуса моча нормальна. Цистоскопия дает неизмененную слизистую мочевого пузыря. Иногда возможно точкообразное соединение с кистой урахуса, из которой в пузырь проходит каплями гной (случай Целикера). Терапия нагноившейся кисты урахуса—тщательное удаление кисты через разрез брюшной стенки. В случаях гнойного пупочного свища, когда удаление кисты невозможно в виду опасности инфекции брюшины, следует по желобоватому зонду вскрыть весь канал от пупка до кисты и лечить по правилам лечения гнойных ран. Так было сделано в случае Целикера и в нашем случае. Это привело нас к благоприятному результату, каким мы считаем здесь заживление вторичным натяжением.

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из Патолого-физиологического отделения Ин-та им. К. Г. Боль.
(Зав. отделением проф. Н. Н. Сиротинин).

Аллергические воспаления.

А. А. Адо.

Сравнительно не так давно учение о воспалительной реакции обогатилось понятием „аллергического воспаления“ (von Pirquet 1907—08 гг.). Однако, последующее экспериментальное и клиническое изучение этих воспалительных форм настолько углубило наше представление о патогенезе каждой воспалительной реакции, что его с полным правом можно назвать этапом в новой истории воспаления. С незапамятных времен врачу было известно многообразие форм развития и течения воспаления. Построение этих многочисленных модификаций воспаления в большинстве случаев оставалось неясным. В своей практике каждый врач встречается с формами чрезвычайно бурно развивающихся воспалений. *Notae verae inflammationis* представлены в этих случаях особенно ярко. Поражения ткани заканчиваются ее некрозом. Этот один признак уже указывает на быстроту развития этой формы воспаления. Но темп его формирования может быть зарегистрирован и при изучении других предшествующих некрозу воспалительных признаков. Характерной чертой развития обычной кожной пробы у аллергика является появление в течение первого получаса, буквально „на глазах“ наблюдающего, гиперемии, отечности по периферии укола и даже инфильтрата в месте инъекции. Сутки являются максимальным сроком развития всех признаков аллергического воспаления.

Несмотря на это, такая воспалительная реакция может развиваться в ответ на совершенно безобидное воздействие на ткань—легкая царапина, введение физиологического раствора и т. д.—факторов, обычно не обладающих свойствами вульгарных воспалительных агентов. Более того, врачу известны случаи, когда воспаление начинает вдруг чрезвычайно быстро развиваться даже вовсе без видимого участия экзогенного воспалительного агента—аллергическая крапивница. Эндогенный характер предполагаемого воспалительного агента в этих случаях также трудно определить. Ниже мы узнаем, что в некоторых случаях им приходится считать все ткани организма. Эти формы воспаления сильно осложняют различные терапевтические мероприятия врача и часто путают клиническую картину известных ему заболеваний. С другой стороны, врач встречается с такими формами воспалительных реакций, когда введение в ткань воспалительных агентов высокой степени токсичности почти не сопровождается появлением воспалительных признаков. В одних случаях эти состояния, можно связать с состоянием иммунитета (дифтерия), в других—попавший в организм вредоносный фактор может повести к смерти целого организма, все же оставляя ткань без всякой видимой реакции. В свете известных, укрепленных в патологии работами Мечникова, представлений о сущности воспалений, как о борьбе организма с вредоносным агентом, эти и многочисленные подобные факты казались мало объяснимыми. „Защитная“ воспалительная реакция в гиперреактивном организме может оказаться губительным для него процессом и явиться в ряде случаев лишь следствием чисто эндогенных, наследственных свойств протоплазмы его тканей—аллергическая конституция. Поэтому, естественно, получение клиникой экспериментально разработанных гипотез, позволяющих, хотя бы несколько систематизировать не связанные между собою ранее факты в виде учения об аллергическом воспалении. Von Pirquet назвал аллергическими все виды отклонений от классического хода развития воспалений. Однако, наиболее новым и существенным в его учении является введение в патогенез воспалительной реакции определяю-

щего состояния реактивности тканей целого организма для развития тех или иных его форм. Аллергическое воспаление возникает в тканях животного, в большинстве изученных экспериментально случаев, после одного или нескольких введений аллергена—вещества, которое может при этом и не обладать свойствами вульгарного воспалительного агента. Как уже указывалось, известны случаи, где вообще не удается выделить какого-либо аллергена в патогенезе развивающегося аллергического воспаления. В настоящее время наиболее популярной классификацией воспаления, в свете учения об его аллергической разновидности, является классификация Рессле (Rössle).

Мы уже указали, что картина аллергического воспаления выражает обычное вульгарное воспаление, но в сильно увеличенной (усиленной) форме своего проявления и в ускоренном развитии воспалительных признаков. Желая подчеркнуть характер этих взаимоотношений аллергического воспаления с вульгарным, Рессле предложил называть эти формы его „гиперэргическими“ в отличие от „нормэргических“ воспалительных реакций в несенсибилизированной ткани. В патогенезе гиперэргических воспалений Рессле видит, одновременно, выражение повышенной активности (раздражения) элементов мезенхимы воспаленной ткани (гистиоцитарно-фиброцитарные элементы RES „в широком смысле“ по Aschoff'у). Однако, экспериментальные обоснования этой части характеристики гиперэргических воспалений недостаточно убедительны (см. ниже).

Рессле различает два типа гиперэргического воспаления: 1) интерцеллюлярное, экссудативное—феномен Arthū's'a, кожные сывороточные реакции, кожные пробы на аллергены из пыльцы цветов и прочее, 2) клеточные—реакция v. Piquet и аналогичные ей пробы при хронических инфекциях и инвазиях. Возможность подобного деления в настоящее время может быть подвергнута сомнению, т.к. между типичными клеточными и экссудативными формами аллергических воспалений существуют все виды переходов. Обычная реакция на туберкулин на коже регистрируется чаще всего как сосудистое экссудативное воспаление.

Следуя представлениям Рессле можно за то предположить существование других форм течения аллергического воспаления, показывающих картину ослабленной вульгарной воспалительной реакции. Так, Kuczynski и Wolf описали воспаление у мышей от *Streptococc. viridans* после предварительного заражения их гемолитическим стрептококком. Обычное гнойное стрептококковое воспаление сменяется в этом случае на ослабленную реакцию, выражающуюся в небольшом скоплении в месте инъекции клеток гистиоцитарного типа. К таким „гипоэргическим“ воспалениям можно отнести также ослабленно протекающую туберкулиновую пробу в организме, находящемся в состоянии отрицательной анергии в смысле Науека, Hübbschman'a и др. Существует представление о гипоэргии, как выражении состояния иммунитета. Нордман и Дитрих наблюдали, что перитонит от заражения *B. coli* у кролика нормального протекает более бурно, чем у кролика, предварительно сенсибилизированного вакциной *B. coli*. Нормальный кролик гибнет втрое скорее вакцинированного. Эти взаимоотношения наиболее ясны в случаях ярко выраженного гуморального иммунитета, напр. антитоксического иммунитета при дифтерии, скарлатине и т. д. Приобретение организмом антител препятствует развитию у него в тканях (кожа) воспаления. После введения в них антигена—аллергена—Schick—и Dick—стригательные пробы у иммунных к дифтерии и скарлатине людей. Но это—другой тип реакции, связанный с иммунитетом и имеющий нечто общее с состоянием гипоэргии, описанной выше. Своеобразное понимание гипоэргии дано Sahli, Hirschfeld'ом и др. Они рассматривали состояние резко ослабленных реакций Schick'a и Dick'a у детей, при одновременном отсутствии у них в крови дифтеритического антитоксина, и определили его как „иммунологическую незрелость“ клеток ребенка, не способных на данном этапе его развития реагировать на дифтеритический токсин воспалительной реакцией. В чем заключается сущность гипоэргических состояний организма—остается, вообще говоря, в настоящее время еще совершенно темным.

Недавно Рессле предложил новую номенклатуру аллергических состояний, распространяемую им и на аллергические воспаления. Он предложил назвать все виды измененной тканевой реактивности „патэргиями“, различая среди них собственную или специфическую аллергию и аллергию не специфическую. Применительно к аллергическим воспалениям „неспецифически аллергическими“

формами следует считать воспаления типа идиосинкразии или, в известной степени, клеточные воспаления—туберкулиновая реакция. Он относит к ним и „параал. ергии“ Мор о и К е л л е р а—реакции гиперреактивной ткани на гетерогенный аллерген (напр., появление положительной реакции П и р к э у детей после прививки оспы). Эти изменения названий ничего, впрочем, не приносят нового в темный вопрос о сущности разбираемых здесь явлений. Следует заметить, кстати, что понятие не специфической аллергии было введено еще Р и ш е (Richet).

Кроме описанных взаимоотношений с патогенезом вульгарной воспалительной реакции, изучение аллергических воспалений имеет громадное значение в вопросах о так наз. общем патогенезе патологического процесса, в выяснении общих закономерностей патологического. Они являются теми формами пато-процессов, где взаимопроникновение целого и части оказываются особенно ярко представленными в их патогенезе. Весь ход последующего изложения будет иллюстрацией этого основного положения.

Наконец, учению об аллергических воспалениях мы обязаны пересмотром многих представлений о патогенезе различных заболеваний. Со времени F r i e d b e r g e r'a в патогенезе острых экссудативных воспалений с преобладанием сосудистой реакции над реакцией мезенхимальной пытались найти участие аллергического фактора. Такие формы воспалений, как ревматический артрит (Weintraud, Klinge), острый гломеруло-нефрит (Volhard, Letterer), пневмония и др. рассматриваются в настоящее время, как воспаление аллергической природы. Обзор развития фактов и гипотез в учении об аллергическом воспалении необходимо начать двумя историческими справками.

В 1903 году A r t h u s (A р т ю с) вводил под кожу кролика по 3—5 к. см. лошадиной сыворотки (свежей или нагретой до 56°С) на протяжении 6-ти дней между инъекциями. Первая инъекция вызывала лишь легкую отечность в месте укола и введенная сыворотка резорбировалась в течение нескольких часов. Со времени 3—4 инъекций, вводимая сыворотка оставляла в месте инъекции гиперемии, массивный отек и инфильтрат, не проходящий в течение 2—3 суток. Следующие инъекции вызывали кровоизлияние и, наконец, некроз—наиболее характерный признак для внешней картины аллергического воспаления. Реакция оказалась специфичной для того вида сыворотки, которым кролик был сенсибилизирован при первых инъекциях. Эти факты позволили A р т ю с у приписать анафилактическую природу наблюдаемому им явлению. Позднее Н и к о л ь (Nicolle) показал, что феномен A р т ю с а можно получить при внутривенных или внутрибрюшинной подготовке животного: через 6 дней после последней из 7—8 таких инъекций лошадиной сыворотки, подкожное введение ее вызывает некротическое воспаление в месте этого введения. Аналогичный результат был получен им при ежедневном введении кролику по 1 к. см. сыворотки: на 16—35-ю инъекцию у животного появлялось некротическое воспаление. Наконец, Н и к о л о у удалось получить пассивную передачу свойства отвечать аллергическим воспалениям животному через введение сыворотки в количестве 50—60 см. в брюшную полость от сенсибилизированного кролика. Уже первая подкожная инъекция специфической сыворотки такому животному (кролику) вызывала типичную аллергическую воспалительную реакцию. На основании этого Н и к о л ь заключил, что „le phenomene d., Arthus este fonction d'un anticorps special et specifique (ou de plusieurs anticorps)... а в патологгии установился взгляд на феномен, как на своеобразное проявление „местной анафилаксии“.

В то же время (1907) П и р к э описал реакцию на скарифицированную кожу у туберкулезного больного после нанесения на место скарификации капли „старого туберкулина“ К о х а. В случаях положительного исхода реакции легкая травматическая гиперемия (от скарификации) сменяется через 24 часа (иногда через 6—12 час.) картиной бурного воспаления: пораженный участок кожи отекает, инфильтрирован и, в редких случаях, в центре некротичен. Клиническое значение реакции П и р к э сразу привлекло к ней громадное количество исследований, посвященных различным сторонам ее специального патогенеза. Она была получена при подкожном, внутривенном, подкожном (втирание в кожу) способами введения туберкулина: способ скарификаций видоизменялся, далее она была получена на конъюнктиве и других слизистых оболочках. Достаточно убедительных фактов для ее анафилактической (в стро-

том смысле) природы нет. По Bessaу против ее анафилактического характера говорит следующее: 1) невозможность ее пассивной передачи у человека и экспериментальных животных (также путем парабриза); 2) отсутствие истинно антигенных свойств у туберкулина; 3) отсутствие общих признаков при туберкулиновом отравлении, напоминающих признаки типического анафилактического шока; 4) отсутствие десенсибилизации после одной туберкулиновой пробы к последующим; 5) несколько своеобразный характер воспалительной реакции, отличающий ее, в некоторых случаях, от феномена Артюса (продуктивная реакция соединительной ткани в виде эпителиодных и гигантских клеток—„туберкулоцитов“). Часть отличий, выделенных Bessaу, применима, однако, и к феномену Артюса (отношение к десенсибилизации и к общим проявлениям анафилактического шока), что даже сближает патогенез этих двух форм аллергических воспалений.

Реакция в иммунологическом смысле не специфична. Зараженный туберкулезом организм может ответить аналогичной реакцией при введении в кожу гомоли гетерогенного белка, альбумоз, бактериальных токсинов No bel и Ros eb luth, Mattes, Ents и др.) и даже таких индифферентных веществ, как физиологический раствор (No bel).

По Дёрру туберкулиновая реакция занимает промежуточное положение между истинной анафилаксией и идиосинক্রазией. Аналогично туберкулиновой пробе в настоящее время известно много кожных воспалительных реакций, получаемых на человеческом или животном организме, зараженном различными инфекциями. Существующие маллеиновая, лютеиновая пробы, проба на трихофитию и споротрихоз, а также эхинококковая кожная реакция, не представляют существенных отличий от течения типической реакции Пиркэ или ее многочисленных модификаций.

В сравнительно недавнее время, главным образом американскими исследователями изучены реакции кожи и слизистых оболочек у лиц, страдающих различными видами идиосинক্রазии (сенная лихорадка, бронхиальная астма, крапивница и т. д.).

В качестве аллергена исследовались многочисленные животные и растительные белки в виде волос, частичек эпидермиса, кожи животных, пыльцы различных злаков и цветов и проч. Течение этих реакций также сильно напоминает картины развития типической туберкулиновой реакции, имея, однако, и особенности в деталях своего специального патогенеза. (Эти реакции могут получаться уже при первом введении аллергена и состояние клеточной гиперреактивности приобретает в этих случаях организм в процессе его эволюции. Специфичность их еще менее выражена и ткань обычно способна реагировать на целую группу подобных аллергенов).

Размеры настоящей статьи не позволяют останавливаться на описании отдельных многочисленных форм аллергических воспалений, развивающихся на фоне соответственно подготовленного организма. Они будут цитироваться, поэтому, лишь постольку, поскольку это необходимо для освещения отдельных сторон общего патогенеза аллергического воспаления.

Следя схеме Дёрра можно выделить среди описанных форм аллергических воспалений три основные группы: 1) реакции анафилактического типа:

- а) феномен Артюса;
- б) кожные реакции при сывороточной болезни.
- 2) Реакции типа идиосинক্রазии и
- 3) Реакции промежуточного типа—туберкулиновая и сходная с ней—бактериально-токсические пробы. Приводимая классификация является патогенетической и подробно будет рассмотрена ниже, в главе о патогенезе аллергических воспалений.

Объединяющей чертой патогенеза всех этих форм является необходимость наличия врожденной или приобретенной гиперреактивности тканей организма, прежде чем он ответит на введение аллергена воспалительной реакцией. В чем заключается сущность этой гиперреактивности—еще определенно неизвестно; существующие предположения будут изложены ниже.

Вторым объединяющим их свойством можно считать характер построения и развития отдельных воспалительных признаков или формирование картины аллергического воспаления.

Картина аллергических воспалений.

Патологическая морфология и физиология аллергических воспалений имеет мало специфически отличного от воспалений вульгарных. Как в случаях обычных воспалений здесь встречаются формы редуцированные, где отдельные классические признаки воспалений оказываются выпавшими. Аллергическая крапивница представляет пример экссудативного, серозного аллергического воспаления. Реакция Пиркэ и ее аналоги могут быть отнесены к продуктивным типам этих воспалений. Замечательно, что в неосложненных вульгарных воспалениях случаях аллергического воспаления не принимает типа гнойного абсцесса, но даже в самых бурных и резких формах своего течения вслед за инфильтратом развивается некроз.

Типичное анафилактическое воспаление— феномен Артюса— может быть получено на кролике, морской свинке. На крысе и собаке Герлях (Gerlach) получил лишь инфильтрат, не доходящий до некроза. Мышь не восприимчива к этой реакции. У человека (дети) Макай производил ежедневные инъекции лошадиной сыворотки под кожу и получал инфильтраты, проходившие через 12 часов и снова „воспалившиеся“ через 24 часа. В некоторых случаях образование этого воспаления сопровождалось сильным отеком руки и общим состоянием, напоминающим шок. Аналогичные опыты были поставлены Герляхом на самом себе, а также Bouche и Hustin'ом; последние одновременно исследовали время сохранения состояния сенсибилизации и наблюдали возможность получить воспаление с отеком при реинъекции антигена в сенсибилизированную ткань через 1—2 года после сенсибилизации. Некротическое воспаление у человека описано Pirquet и Schick'ом, Lucos и Gray и Hegler'ом. Последний сообщает об образовании одновременно кожной язвы.

Известна, возможность получения гиперергического воспаления также на других органах; оно получено на почке кролика после сенсибилизации его несколькими инъекциями лошадиной сыворотки или яичного белка в виде инфильтративно-геморрагического воспаления. Оно получено также на легком сенсибилизированного кролика в виде некротических участков, с резко инфильтрированной периферией, после реинъекции антигена в легкие или лишь при вдыхании животным его капелек. Это уже говорит о возможности существования аллергического типа воспаления легкого и в человеческой патологии. Введение в слизистую желудочно-кишечного тракта антигена сенсибилизированному животному удавалось получать у него язвы. Резкий инфильтрат моноцитарного характера описан в яичках сенсибилизированной свинки после реинъекции в них специфического белка. В человеческой патологии представляет интерес трактовка ревматических артритов, как разновидности гиперергического воспаления в сенсибилизированном к гемолитическому стрептококку или к другому бактериальному (или животному белку), организме. Еще Фридбергер получал у сенсибилизированных кроликов артрит после введения в сустав специфической сыворотки-антигена. Тоже получил и Клинге одновременно указавший на присутствие в сердце таких „ревматических“ кроликов воспалительных очагов типа ревматических узелков.

Альперн и Утевская получали артрит у кроликов, сенсибилизированных смазыванием зева культурами микробов (стрептококки), полученных с миндалин ревматиков и получающих разрешающую инъекцию в сустав фильтрата культур этих бактерий.

Сведения о морфологических изменениях аллергически воспаленной ткани получены, впервые, еще от самого Артюса. Артюс нашел, что первые подкожные инъекции сенсибилизированным животным белка не сопровождаются морфологическими изменениями в месте укола, кроме легкой отечности, проходящей со времени резорбции сыворотки в течение нескольких часов. Последующие инъекции сопровождаются набуханием волокон (коллагеновых) в соединительной ткани, сдавливающих капилляры и этим способствующих развитию стаза. Далее развивается гиперемия, сопровождающаяся массовой эмиграцией лейкоцитов, кровоизлияниями, и, наконец, некроз, начинающийся со стенок капилляров и венул воспаленного участка. Ко времени разветвления этих специфических признаков, пораженный участок резко ограничивается от нормальной ткани зоной пролиферации гистиоцитарных элементов кожи и подкожной клетчатки. Следуя уже этим указаниям Артюса можно, ради удобства изло-

жения, выделить следующие фазы в развитии картины аллергического воспаления

- 1) Фаза сенсibilизации—отсутствие внешних (макроскопических) изменений в пораженной ткани,
- 2) отечно конгестивная,
- 3) инфильтративно-геморрагическая или продуктивная,
- 4) некротическая фаза.

Эти отдельные, сменяющие друг друга фазы, в развитии типического феномена Артюса, показывают одновременно и все возможные вариации в проявлении известных в настоящее время форм гиперергических воспалений.

Поэтому анализ анатомо-физиологической картины феномена Артюса оказывается уже достаточным для освещения этой части общего патогенеза аллергических воспалений. Для группы клеточных (по Рессле) форм воспаления, фаза инфильтративно-геморрагическая может быть названа продуктивно-геморрагической фазой. Некоторые детали ее патогенеза будут изложены ниже.

Первая фаза — сенсibilизация —, согласно Arthus, Gerlach, Fischer—Waselsy Максимоу и др. не представляет ничего отличного в соединительной ткани сенсibilизированной кожи кролика. v. Möllendorff указывает, однако, на морфологическое изменение в элементах активной мезенхимы сенсibilизированных свинок и кроликов, описывая, таким образом, „эмбриональную стадию“ развития аллергического воспаления. Сенсibilизированный фиброцит (блуждающая клетка в покое, полибласт) по Меллендорфу оказывается более резко контурированным, часто имеет вытянутую в одном направлении форму. Протоплазма бедна вакуолями, ядро различной величины и формы. Часто амитотически делятся. Одновременно он наблюдал формы фиброцитов, имеющих в своей цитоплазме резко ограниченные пузырьки, выдающиеся в ее поверхность и как бы опоражнивающие свое содержимое в окружающую среду. Эту форму он также считает характерной для сенсibilизированного фиброцита. Интересно, что эти изменения им обнаружены как в месте инъекций, так и во всей соединительной ткани (подкожная клетчатка, сальник и др.) сенсibilизированного животного (кролики и свинки).

Однако, большинство морфологов (Максимов, Fischer-Wasels и друг.) не считают описанные изменения специфическими, учитывая крайнее разнообразие форм полибластов нормальной соединительной ткани.

Состояние сенсibilизации оказывает, по данным некоторых исследователей, влияние на возбудимость вазомоторов капилляров и прекапиллярных сосудов. Так, Ацег нашел, что натирание скинлом уха сенсibilизированного кролика (через 3 часа после предварительного введения большого количества сывротки в брюшную полость) вызывает мощную гиперемию, заканчивающуюся некрозом пораженного участка ткани. Он связывает наблюдаемое им явление с повышенной проницаемостью сосудов уха для антигена, более бурно реагирующих, чем в норме, расширением на обработку уха скинлом. С другой стороны, Танненберг (Tannenberг) указывал, что развитие кантаридинового пузыря на коже сенсibilизированного кролика протекает менее интенсивно, чем на кролике нормальном. Он объяснил это явление повышением тонуса артериол, связанным с повышенной возбудимостью их симпатических конструкторов. Nordman и Dietrich, изучая кровообращение на брыжжейке у сенсibilизированного кролика, заметили, что реакция ее сосудов на адреналин протекает менее интенсивно и остается в течение меньшего промежутка времени, чем на брыжжейке нормального кролика. На артериолах она сменяется далее периодом их ритмического сокращения и расширения. Нордман полагает, что состояние сенсibilизации вызывает понижение тонуса, возбудимости симпатических конструкторов сосудов.

Имеются указания о состоянии возбудимости дилататоров сосудов. Guth и Stähe, описывают случаи туберкулиновой аллергии—повышенную возбудимость капиллярных дилататоров к парасимпатикотропным ядам. Сталь, пользуясь методом Göggh—Neshta (внутрикожное введение яда), получал у туберкулезного аллергика более резкую гиперемию (с кровоизлияниями) от введения кофеина, чем у нормального субъекта. Однако, заключения приведенных исследователей сделаны на основании фармакодинамических проб и это делает их недостаточно убедительными. Симпатикотропность адреналина отно-

сительна. Вульгарный воспалительный агент способен повысить возбудимость парасимпатических дилататоров к адреналину. Это показано опытами Ricker'a и Regedauz'a на абриноном воспалении конъюнктивы кролика. Воспаленные капилляры в этом случае реагируют расширением на вкапывание адреналина в конъюнктиву. Получается извращенная реакция на адреналин сосудов воспаленной ткани Ricker'a. Если к этому добавить, что слишком малые (на коже кошки) или слишком большие (на языке лягушки) дозы адреналина могут оказывать сосудорасширяющее действие на нормальные капилляры, то становится понятным, что на основании вышеприведенных фармакодинамических проб, сделать какое-либо заключение о характере извращений в тоне вазомоторов сенсibilизированного организма, весьма трудно.

Следующую фазу развития феномена Артюса характеризует появление первых признаков классического воспаления — гиперемия и отек, сопровождающиеся впоследствии образованием инфильтрата. Некоторые формы аллергических воспалений типа *Urticaria allergica* ограничиваются лишь развитием этих признаков. Такого типа воспалениями отвечает кожа аллергия к внутри или подкожному введению аллергенов с пылью различных злаков и цветов или с волос и кожи животных в случае присутствия у них повышенной чувствительности, к которому-нибудь из них.

Гиперемия носит характер активной, потом быстро появляются признаки застоя в венах и капиллярах с микроскопической картиной стаза. Одновременно в ткани увеличивается количество полиморфноядерных лейкоцитов, особенно эозинофилов (*V. Möllendorf*) и элементов гистиоцитарного типа. Сосудистая реакция, в случае гиперергического воспаления, изучалась Fröhlich'ом в условиях опыта Конгейма на брюшке лягушки (наблюдение кровообращения на прозрачных тканях животного под микроскопом). Фрелих наблюдал, что кровообращение в брюшке сенсibilизированной лягушки, после соприкосновения ее с каплей специфической сыворотки, очень быстро останавливается и ризвивается картина стаза, сопровождающаяся массовой эмиграцией лейкоцитов. Одновременно наблюдается сокращение приводящих артериол. В некоторых случаях наблюдается кровоизлияние. В новейшее время Гордиенко повторил опыты Фрелиха, которые ему не были известны. Подтвердив полностью данные Фрелиха, Гордиенко указывает, что необходимым условием развития аллергического воспаления у лягушки оказывается ее содержание во время сенсibilизации при температуре не ниже 20.

Опыты Фрелиха проделал в текущем году также Letterer, взяв в качестве объекта, кроме брюшкей, также клубочки почки лягушки, которые он наблюдал в специальном капиллярском. Нанесение антиген в виде высушенной сыворотки на почку сенсibilизированной лягушки (на 1-й день сенсibil.) вызывало моментальный стаз в чуждой сети. Последующее восстановление кровообращения наступало через несколько минут и протекало по 2-м типам: 1) оно начиналось с пульсирующих движений крови в чуждой сети. Он объясняет это явление как неполное и периодическое сокращение *Vasae afferentes*, создающее различное сопротивление току крови. 2) Ему предшествовала стадия „запустевания капилляров“ — во время стаза отдельные эритроциты и их группы выходят из сосуда в баумановскую капсулу, однако, вследствие сокращения *V. afferentes* им на смену не успевают еще поступать новые. Автор оценивает свои наблюдения как материал в пользу аллергической природы некоторых форм острого гломерулонефрита. Представление об аллергической форме острого гломерулонефрита развивалось еще Volhard'ом подтверждающие его точку зрения гистологические исследования произведенные на человеческой почке Kuczynski и Gosquet. В противоположность Volhard'у, придающему главнейшее значение в патогенезе анафилактического гломерулонефрита спазму *V. afferentes* Letterer, на основании своих наблюдений на почке лягушки, считает весь сосудистый аппарат чуждой сети клубочка участником в построении нефритической воспалительной реакции. Исследования Letterera естественно не раскрывают всей картины острого гломерулонефрита, т. к. им не изучены другие признаки воспаления: отек, эмиграция и т. д., но они интересны как первый опыт непосредственного наблюдения в почке первых стадий сосудистой реакции воспалительного типа. Сосудистая реакция изучалась далее на брюшкей кролика Нордманом и Дитрихом (Nord-

man и Dietrich) при развитии у него гиперергического воспаления от вакцины — *B. coli*. Развивающаяся гиперемия сопровождалась у них моментальной потерей способности капилляра реагировать сужением на адреналин. Эта потеря сократительной способности, при воздействии возбуждающего констрикторы агента, способствует, по их объяснению, развитию стаза. Более крупные артериолы реагируют в течение короткого времени сужением, сменяющимся ритмическими сокращениями. Извращенной реакцией на адреналин в смысле Риккера они не получили. Описанные изменения в реактивной способности сосудов аллергически воспаленной брыжжейки эти исследователи считают специфическими для гиперергического воспаления.

С другой стороны, введением адреналина Гут (Guth) мог „погасить“ развивающуюся реакцию Пиркэ, что несколько противоречит заключением Нордмана о пониженной чувствительности аллергически воспаленных сосудов к адреналину. Следует заметить, что все эти свойства сосудов в гиперергически воспаленных тканях вряд ли можно признать специфическими только для этой формы воспаления. Еще исследование Левена и Дитлера (Loewen и Dittler), Кравкова и друг, произведенные с вульгарным воспалением, показали, что чувствительность к адреналину в сосудах воспаленной ткани оказывается пониженной. Ритмические сокращения от адреналина наблюдаются на вырезанных полосках нормальных сосудов (Коу—Сов). Наконец, предварительное введение адреналина понижает развитие всякой вульгарной воспалительной гиперемии (Тренделенбург). Развитие отека связывается, как в случае каждого воспаления, с увеличением проницаемости расширенных капилляров воспаленного участка и повышением кровяного (фильтрационного) давления в системе приводящих артериол. По Риккеру это расширение определяется повышением тонуса капиллярных дилататоров парасимпатического типа. Приведенные исследования Гута и Сталь говорят о возможности существования этой закономерности. Не исключена возможность и токсического действия продуктов тканевого обмена на сосудистую стенку, как увеличивающую ее проницаемость для воды и белков агента. С отеком связывается и повышенная набухаемость волскон соединительной ткани, отмечаемая в аллергически воспаленном очаге. Специфические особенности в развитии аллергически воспалительного отека можно считать лишь быстроту его появления. Резюмируя формы реакции сосудисто-капиллярной системы в развитии аллергических воспалений следует признать отсутствие здесь какой-либо специфической закономерности, отличавшей бы ее от уже известных форм развития и течения вульгарной воспалительной гиперемии и отека. Специфическим можно отметить, как это уже неоднократно подчеркивалось, лишь темп и размер наблюдаемых сосудисто-капиллярных реакций. Третья—инфильтративно-продуктивная стадия—является по Рессле определяющей для клеточного типа воспалений. Она дает картину туберкулоидной ткани, характеризующей продуктивные формы аллергических воспалений. Как уже указывалось, присутствие туберкулоидной структуры не обязательно для каждой туберкулоидной реакции, что ограничивает специфичность этой характеристики Рессле. Для анафилактических воспалений третья фаза описана Arthus'ом и Breton'ом следующим образом:

“Экссудат, богатый лейкоцитами, образует слой, резко разделяющий *Stratum corneum* и прозрачную зону кожи (*Stratum lucidum*). Клетки герминативного слоя увеличены в объеме и у основания их встречаются вакуоли. В верхних слоях эпидермы встречаются эритроциты и лейкоциты, расположенные между клетками этого слоя. Кожа заполнена экссудатом, избыток которого сжимает сосуды и раздвигает ткань. Сосуды совершенно заполнены кровяными клетками. Вокруг некоторых из них заметны широкие поля кровоизлияний, переходящие в более глубокие слои подкожной клетчатки. Соединительнотканьные волокна более не различимы, вместо них появляются гемогенные массы, сохранившие особенности окраски этих волокон, жировые клетки теряют свои очертания и содержащийся в них жир представляется в виде расплывчатых пятен. Клетки железистых пузырьков выпадают в просвет железы. Кровоизлияния простираются даже до поверхности мышечных слоев. Пораженная ткань резко отграничена от нормальной“...

Подробное описание клеточных форм этого стадия приводится у Geigle-h'a и v. Möllendorff'a. В соединительной ткани различаются зоны:

а) свободная от клеток, центральная зона воспалительного очага, б) отдельные фиброциты, переходные формы, гистиоциты и лимфоциты, а также эозинофилы, в) зоны преимущественно эозинофильного типа (наиболее периферически расположенные).... В гистиоцитах нередко встречаются картины amitotического деления. В местах, где мало гистиоцитов, встречаются в большом количестве круглые клетки (Rundzellen) средней величины, с овальным или бобовидным ядром. Среди эозинофилов встречаются клетки нормального типа, с двулапчатым ядром и резко очерченной зернистостью. Большинство их, однако изменены и представляют полиморфно типа ядро, своеобразную мембраноподобную периферию протоплазмы, различной величины эозинофильные зернышки в весьма небольшом количестве. Эти формы не дают оксидазной реакции. В дальнейшем появляются дегенеративные формы этих лейкоцитов с полным отсутствием зернистости, распадающимся ядром и вакуолизированной протоплазмой.

Для клеточных форм аллергических воспалений направление цитометаплазии активной соединительной ткани определяется построением туберкулоидной ткани — эпителиоидных и гигантских клеток. Причину описанных изменений в цитологической картине Мёллендорф видит в воздействии измененного состава среды на активные элементы мезенхимы (полибласты).

Кровоизлияния, также характеризующие третий этап в развитии аллергического воспаления, образуются по Герляху двояко. С одной стороны, их образование способствует расстройству кровообращения. Ишемия от сокращения артериол на периферии воспаленного очага способствует некоторому падению тканевого давления и облегчает выхождение эритроцитов в ткань. Кровоизлияние является следствием, одновременно разрушением сосудистой стенки капилляра, которая оказывается часто некротизированной. Последняя некротическая фаза в развитии аллергического воспаления развивается по Gerlach'у, Nordman'у и друг. вследствие ишемии воспаленного участка ткани от сужения приводящих артериол — Нордман. Некроз коагуляционно-гидрофобного типа развивается в центре воспаленного участка ткани. Ему предшествуют своеобразные „пергаментовидные“ состояния поверхности кожи этого участка ткани. Кожа теряет эластичность и кровоснабжение и представляется в виде сухой и плотной пленки на поверхности воспаленного очага. Герлях объясняет этот процесс резкой водоотдачей клеток *corium'a* в более глуболежащие тканевые слои и придает ему известное значение в патогенезе отека окружающих некротический участок тканей. Некроз начинается с сосудистых стенок, которые вначале гиалинизируются. Одновременно развивается тромбоз. Некротический участок становится резко ограниченным от нормальной ткани барьером грануляционной ткани. Центральная его часть совершенно лишена клеточных элементов (Möllendorf).

В более глуболежащих слоях кожи и подкожной клетчатки некротический процесс захватывает лишь отдельные небольшие участки ткани (определяемые, возможно, особенностями их кровоснабжения). Эти участки точно также резко отграничены от нормальной ткани соединительнотканной капсулой. В направлении от периферии к центру ткань этой капсулы делается богаче клеточными элементами (фибро-гистиоциты), показывающими картины интенсивной пролиферации. Встречаются гигантские клетки. Одновременно увеличено количество полиморфно-ядерных лейкоцитов. Самый центр такого „узелка“ оказывается некротическим. Эти узелки сохраняются значительно дольше, чем периферически расположенная некротическая поверхность. Струп на поверхности воспаленной ткани обычно отпадает в течение 10—15 дней, не оставляя никаких следов рубцеобразования. Микроскопически полное *restitutio ad integrum* наступает через месяц.

Этим заканчивается развитие картины классического аллергического воспаления. Описанные четыре этапа его развития показывают, что ни одну из закономерностей в их течении и развитии нельзя признать как специфическую только для данного вида воспалений. Можно указать лишь на образование туберкулоидной ткани в третьей и, определяющей некротический процесс четвертой фазе характерные для некоторых форм аллергических воспалений черты. Но некроз встречается и в случаях вульгарного воспаления, а туберкулоидная ткань может развиваться в ответ на „не специфические“ раздражители. Таким образом, в части формального генеза аллергическое воспаление прихо-

дится считать характерным лишь темп и размеры реактивных явлений, развивающихся после введения аллергена. Специфической закономерностью развития аллергических воспалений является, поэтому, не этот этап формирования воспалительных признаков, а период образования воспалительного агента, т. е. та фаза, которая менее всего характеризуется морфологическими изменениями ткани, но связывается с тончайшими изменениями внутритканевого обмена.

Прежде чем перейти к рассмотрению патогенеза аллергических воспалений, мы остановимся еще на одной форме некротического воспаления, известной, как феномен Шварцмана (Schwartzman), описанный сравнительно недавно (1927—1933 гг.). Анафилактическая природа этого воспаления отрицается Шварцманом, однако детали его патогенеза имеют близкое отношение к патогенезу классических аллергических воспалений и позволяют в некоторых частях разобраться в его особенностях. Шварцман нашел, что введение в кожу кролику (живота или спины) 0,1 к. см. фильтрата шестидневной культуры *B. typh. abdom.*, выдержанного в течение не менее 2-х недель, делают ее способной через 24 часа отвечать на внутривенное введение этого же фильтрата (0,2 к. см. pro kilo) резким, геморрагически—некротическим воспалением. Реакция может сопровождаться смертью животного, что говорит о резко токсических свойствах попадающего в кровь вещества. Несколькими раньше, Сенарелли (Senarelli) описал смертельную реакцию у кролика на внутривенное введение культуры *proteus vulgaris* или др. мало вирулентных бактерий, произведенное через сутки после введения ему не смертельной дозы холерного вибриона. Реакция сопровождается резким геморрагическим воспалением внутренних органов и брюшины. Грация и Линц (Gratia и Linz) исследовали эту реакцию при последующем введении фильтрата холерного вибриона и нашли воспалительные изменения в почках, кишках и брюшине, тождественные с типичным феноменом Шварцмана на коже. Они понимают свои опыты, как выражение генерализированного феномена Шварцмана. Сам Шварцман считает необходимым условием появления описанного им воспаления местную подготовку ткани введению соответствующего бактериального фильтрата. Наоборот, вторая инъекция должна быть обязательно внутривенной. Введение больших доз того же бактериального фильтрата в место первоначального введения (кожу) не вызывает никакой реакции. Вызывающий воспалительный «токсический агент» образуется в крови в результате какого-то взаимодействия ее с фильтратом. Он способен вызвать некротическое воспаление лишь в том участке ткани, который «подготовлен» соответствующим введением бактериального фильтрата. Не все бактерии способны вызывать феномен Шварцмана. Он получен с бактериями группы *coli-typhus*, *B. Shiga-Krusse*, *v. cholerae*, пневмо—и менингококком. Его не дают небактерийные белки—сыворожка молока, яичный белок и т. д. Его не дают бактерии дифтерии и стафилококки.

Токсический агент бактериального фильтрата, согласно Шварцману, относится к группе экзо-токсинов (по Грация—эндотоксины), термостабилен (выдерживает нагревание до 100 С), не диализуется через полупроницаемую перепонку (коллоид). Его появление в фильтрате не стоит ни в какой связи с разрушением живой бактерии или проницаемостью его через ее протоплазму. Так, растворение бактериофагом не активного стафилококка не освобождает из него активного агента. С другой стороны, бактериофаговое растворение *B. coli commun.* не прекращает и не усиливает их активных свойств.

Токсические свойства фильтрата сохраняются в течение 4-х мес. и дольше (Шварцман).

Феномен относительно не специфичен: среди видов бактерий, способных его вызвать самостоятельно, можно пользоваться в качестве «подготавливающего» ткань агента фильтратом одного (напр. *v. coli commun.*), а «вызывающего» воспаление фактора,—фильтратом другого вида бактерии (напр. менингококк). Однако его никогда не получишь, подготавливая или вызывая феномен одним из не активных видов бактерий (напр., стафилококк). Изъясвление можно получить у кролика и свинки независимо от пола, но лучше у молодых животных. Крысы и мыши к нему не чувствительны.

Впрыскивая подготовительную дозу фильтрата «активных» бактерий в кожу, яички, легкое и даже опухолевую ткань (липосаркома свинки), удается, при последующем внутривенном введении, получить в этих органах геморрагически—некротическое воспаление, напоминающее типичный феномен Шварцмана.

Определяющее значение имеет время между подготовляющей и вызывающей воспалением инъекцией (6 час. минимальный, 24—оптимальный и 48—максимальный срок между инъекциями). Если животное перенесло одно воспаление типа Шварцмана, то это не делает его нечувствительным к возможности получения у него последующих (после соответствующей подготовительной внутритканевой инъекции). Однако по Бю рнэ (Bugnet) введение небольшой дозы фильтрата в место первой инъекции предотвращает развитие феномена после его внутривенного введения. Факт внутрисосудистого образования воспалительного агента из фильтрата послужил поводом исследования взаимоотношений токсических свойств фильтрата к гомо-и гетерологическим фильтрату сывороткам.

Одновременно исследовалась способность этих сывороток готовить ткань к внутривенному введению фильтрата, а также вызывать в подготовленной фильтратом ткани воспаление при их внутривенном введении. В качестве антисыворотки употреблялись агглютинирующие или преципитирующие сыворотки к активным видам бактерий или их белков. Подготовляющими свойствами обладают: антиминогококковая сыворотка, антипневмококковая сыворотка, нормальная сыворотка кролика, концентрированная антифолзная сыворотка лошади. Вызывать феномен могла только последняя. Далее исследовались преципитаты и сыворотки после их отделения, полученные из соединения антилошадиной сыворотки кролика, античеловеческой сыворотки кролика с соответствующими антигенами: подготовляющими ткань свойствами ни преципитат, ни сыворотка, которая над ним находится, не обладают. Вызывающими свойствами обладают только преципитаты. Однако, попытки найти какое-либо соотношение между титром преципитирующей сыворотки и активностью их вызывающего феномена Шварцмана действия не дали положительных результатов. Одновременное внутривенное введение гомологических антисывороток с фильтратом „активных“ бактерий нейтрализует его токсическое действие — феномен Шварцмана не развивается. С другой стороны, прибавление гетерологической иммун-сыворотки к фильтрату усиливает его действие и делает его более устойчивым к нейтрализующему действию гомологической иммунсыворотки. Это усиливающее действие гетерологических иммунсывороток Шварцмана объясняется присутствием особых вспомогательных антител. Более того, такая сыворотка способна реактивировать нейтрализованной антисывороткой фильтрат. Свойства реактивирующих антител: не специфичность, термоябильность, отсутствие связи с комплементарными свойствами сыворотки (исследовался параллельно титр комплемента и реактивирующих антител).

Делались многочисленные попытки ввести в патогенез феномена Шварцмана „неспецифический“ фактор. Пытались заменить „подготовляющую“ инъекцию фильтрата введением веществ, увеличивающих проницаемость сосудов (гистамин, нитроглицерин и др.) или веществ, блокирующих элементы RES (туш, агар, гумми, инфузорная земля, желатина, 4% кремневая кислота и проч.). Однако, они не увенчались успехом. Согласно Debaucher, Tzotakis and Falchetti таким действием будто бы обладает парафиновое масло. Как вызывающий фактор удалось применить лишь агар-агар. Попутно отметим, что общая блокада животного тушью не отражается на развитии феномена Шварцмана. Интересны взаимоотношения феномена Шварцмана с анафилактическими реакциями, изученные Gratia и Linz'ем. Животные, не чувствительные или менее чувствительные к анафилактическим реакциям (крысы, мыши) не чувствительны и к феномену Шварцмана. Феномен Шварцмана десенсибилизирует свинку и кролика к общему анафилактическому шоку. В некоторых случаях эта десенсибилизация, частичная—ослабленный шок. Обратное—популярный анафилактический шок не десенсибилизирует животного к развитию феномена Шварцмана. Феномен Шварцмана и феномен Артюса могут быть одновременно получены на одном животном. Они не десенсибилизируют животное один против другого. Они напоминают один другой по типу тканевой реакции—некротическое воспаление. Согласно Шварцману, против анафилактической природы наблюдаемого им явления говорят следующие факты, отличающие его от типического аллергического воспаления—феномен Артюса:

1) невозможность получить его феномен с классическим анафилактическим—лошадиной сывороткой и другими не бактериальными белками. Возможность получения лишь с избранными бактериальными белками;

- 2) относительная неспецифичность феномена;
- 3) невозможность его пассивной передачи;
- 4) короткий инкубационный период (24 часа) и быстрое исчезание сенсibilизации (48 час.).

Он представляет, что воздействие первой, подготавливающей инъекции заключается в каких-то функциональных изменениях внутри-тканевого обмена (местно), делающих данный участок ткани легко повреждаемым. В повреждаемом участке токсически воспалительный агент, образующийся из бактериального фильтрата в крови и являющийся возможным результатом его взаимодействия с ее белками, вызывает бурно протекающее некротическое воспаление. Gratia и Linz высказываются за анафилактическую природу феномена Шварцмана на основании вышеизложенных взаимоотношений с анафилактическими реакциями. Они указывают, между прочим, на известное допущение Ришэ о существовании не специфической анафилаксии и относят феномен к разряду этого типа реакции. Клиническое значение наблюдений Шварцмана, несмотря на то, что его феномен экспериментально не получен у человека, чрезвычайно велико.

Природу острых случаев экссудативных воспалений—пневмония, колиты, энтериты и проч.—пытались видеть раньше в реакциях, аналогичных феномену Артюса или его модификаций. Феномен Шварцмана указывает еще на один возможный путь развития острого сосудисто-некротического воспаления, путь, возможности осуществления которого в той или иной степени почти всегда даны в организме—носителе множества бактериальных видов, отравляющих его продуктами своего обмена. Эти продукты, вполне возможно, составляют действующее начало активного фильтрата Шварцмана. Случай остро развивающихся геморрагических воспалений при геморрагических септицемиях точно также напоминают закономерности Шварцмановского феномена. Случаи шоков при вакцинотерапии, оцениваемых часто, как анафилактические, точно также возможно рассматривать как выражение феномена Шварцмана.

Патогенез аллергических воспалений.

Наиболее существенной и специфической особенностью патогенеза аллергического воспаления является процесс „образования воспалительного агента“. В этиологии вульгарного воспаления „вызывающим фактором“ принято считать всякое вещество или существо, попадающее которого в ткань сопровождается развитием классических признаков вульг. восп. Это понимание является естественным, условным. В цепи последовательно развивающихся изменений в сосудах, паренхиме и активной мезенхиме, воспаленной ткани, каждый предшествующий во времени комплекс процессов оказывается „вызывающим“ агентом для последующего. Воспалительный агент оказывается лишь „этиологическим фактором первого порядка“, вызывающим перичное разрушение паренхимы воспаленного органа и раздражающим его вазомоторный аппарат. Лишь некоторые воспалительные агенты обладают сами по себе одновременно раздражающим действием на активные элементы соединительной ткани (положительная химиотаксия фагоцитов Мечникова). В большинстве случаев воспалений в организме теплокровного, высокоорганизованного животного, определяющая воспалительный процесс реакция соединительной ткани, вызывается „этиологическими факторами 2-го и N-ого порядка“, возникающими в процесс его патогенеза. Отсюда становится понятным, что изучение процесса „формирования воспалительного агента“ в патогенезе аллергических воспалений, где условия возникновения и развития различных его форм много сложнее и разнообразнее, не может быть рассматриваемо как выделение какого-либо специфического вещества, появлению которого обязано развитие аллергического воспаления. Этот процесс есть целый и главнейший этап в развитии аллергических воспалений, выражающий закономерности взаимодействия гиперреактивной ткани с аллергеном, закономерности, переводящий гиперреактивную ткань в ткань воспаленную. Он начинается с момента приобретения тканью этой гиперреактивности и кончается с началом первых признаков воспаления. Изучение механизма, управляющего этими процессами, и составляет содержание главы о патогенезе аллергических воспалений. Поэтому, этот этап, хотя и включает вопросы „этиологического фактора“ для аллергического воспаления, но отнюдь не огра-

ничивается только его определением. Для анафилактических воспалений этиологическим фактором может быть смело назван аллерген. Аллергеном в этом случае могут быть лишь белковые вещества, обладающие свойствами истинных полноценных антигенов. Они вызывают в ткани состояние гиперреактивности и они же переводят гиперреактивную ткань в ткань воспаленную (феномен Артюса). В случае воспалений промежуточного (клеточного по Рёсле) типа или типа идиосинкразии, ткань может быть обязана приобретением гиперреактивности веществу, отличному от вызывающего воспалительный процесс агента (заражение туберкулезом организма и реакция на туберкулин или на пептон, физ. раствор). Наконец, это состояние гиперреактивности может явиться наследственно приобретенным свойством ткани—аллергическая конституция. В этих случаях вещества, способные вызвать воспалительную реакцию, могут быть весьма разнообразной природы. Они могут быть веществами типа „гаптена“ Ляндштейнера или „остаточного антигена“ Цинсера (туберкулин, маллеин и др.). Они могут быть веществами, химическая природа которых до сих пор точно неизвестна и которые действуют в ничтожнейших дозах (экстракты из пыльцы цветов, с волос и эпидермиса животных). Они могут быть, наконец, такими сравнительно индифферентными веществами, как физиологический раствор или дистиллированная вода. При таком разнообразии факторов, способных вызвать на гиперреактивной ткани воспаление одинаковой картины, трудно решить, которому из них следует приписать название этиологического. Особенными эти взаимоотношения оказываются тогда, когда состояние гиперреактивности приобретено организмом без участия аллергена, вызвавшего в ткани воспалительную реакцию гиперергического типа. В этих случаях уже состояние гиперреактивности является определяющим развитие феномена условием. Таким образом, „определяющим агентом“ в разворачивании аллергического воспаления является его патогенез. В случаях одних форм аллергических воспалений удается выделить вещество—аллерген, введение которого в организм вызывает в его тканях состояние гиперреактивности, в других—период приобретения организмом этого состояния теряется в эволюционном пути того или иного вида животного. Поэтому, этиология аллергических воспалений теснейшим образом переплетается с анализом его патогенеза. На основании изложенного является возможным выделить в патогенезе каждого аллергического воспаления следующие три этапа:

- 1) Приобретение тканью состояния гиперреактивности,
- 2) реакция гиперреактивной ткани с аллергеном—формирование воспалительного агента;
- 3) развитие картины аллергического воспаления.

Последняя фаза ради удобства изложения описана в начале.

Для анафилактических воспалений первый этап связывался исследователями с образованием в организме антител (Nicolle). Развитие воспаления рассматривалось как следствие реакции этого антитела с аллергеном в ткани. Как уже указывалось, представление о феномене Артюса как о местной анафилаксии сложилось под влиянием взгляда самого Артюса на природу наблюдаемого им явления и с другой стороны—вследствие открытия Николем факта его пассивной передачи. Согласно Артюсу, за анафилактическую природу феномена говорит следующее: 1) не токсическая при первой инъекции для кролика лошадиная сыворотка делается при последующих инъекциях токсичной. 2) Реакция специфична к белку, употребленному при первой инъекции. Кроме сыворотки, аллергеном для получения феномена Артюса может являться молоко (Артюс). Гринев получал его с яичным белком, Опи (Orie) с кристаллическим яичным альбумином. Некоторые особенности отличают анафилаксию Артюса от закономерности типического анафилактического шока у морской свинки. Определяющим условием наступления типического анафилактического шока у свинки является строго определенный промежуток времени между сенсibilизирующей инъекцией антигена и реинъекцией. Инъекция антигена в периоде сенсibilизации десенсibilизирует животное. В случае феномена Артюса требуется 5—6 инъекций на протяжении 4—5 дней одна от другой, причем, по мере увеличения числа инъекций, симптомы феномена нарастают. Более того, известно, что Николь получил его при ежедневном введении сыворотки. Отсутствие десенсibilизации и антианафилаксии отмечено Артюсом для кролика и в случае анафилактического шока.

Симптомы его могут быть получены при внутривенном введении сыворотки после неоднократной предварительной сенсибилизации животного. Ктотх, Moss и Braun наблюдали, что внутривенные или внутривенные инъекции сыворотки не могут предотвратить развитие воспалений при подкожном введении ее сенсибилизированному кролику. Впоследствии Amberg и Ктотх сообщили о возможности уменьшения признаков воспаления после предварительной десенсибилизации животного внутривенной инъекцией специфической сыворотки. Десенсибилизацию наблюдал Гринев для яичного белка, тогда как Опи — лишь в случае кристаллического альбумина. Сыворотка по Опи не давала десенсибилизации. В новейшее время Gratia и Linz изучили этот вопрос и нашли, что одна реакция Артюса не десенсибилизирует животное к появлению новой. Одновременно они изучили взаимоотношения феномена Артюса с развитием анафилактического шока. Они нашли, что развитие аллергического воспаления препятствует появлению шока и признаки его (на кролике) проявляются лишь (и то в некоторых случаях) в падении кровяного давления. Они говорят о частичных десенсибилизациях. Обратное, подострый анафилактический шок в их опытах способен десенсибилизировать кролика или свинку к возможности получения у них феномена Артюса. Однако и здесь эта десенсибилизация в некоторых опытах была частичной и быстро проходящей. Реакция Артюса у них появлялась до шока в виде геморрагического воспаления, после шока — в виде гиперемии и отека. Через 4 ежедневных инъекции сыворотки можно было уже вновь получить у животного геморрагическое воспаление. Типичная анафилактическая природа феномена Артюса оспаривается Опи и другими. Опи наблюдал появление гиперергического воспаления ткани нормального животного после однократного введения под кожу преципитирующей сыворотки и ее антигена или прямо преципитата, полученного им *in vitro*. Опи рассматривает феномен Артюса как воспаление вследствие образования грубодисперсного преципитата ткани, сенсибилизация которой для этого совершенно не обязательна. Далее, Опи пытался найти параллелизм между содержанием в крови преципитина и степенью развития феномена Артюса после подкожного введения антигена. В начале степень подкожной реакции соответствовала титру преципитина крови, впоследствии преципитины исчезали, а реакция получалась с меньшей интенсивностью. В подтверждение своих взглядов на феномен Артюса, как реакцию на преципитат, Опи приводил морфологические данные существования в аллергическом воспаленной ткани зернышек этого преципитата. Исследования Герляха отвергают их существование. Взаимоотношения феномена Артюса с преципитинами изучались также Longeore'ом на крысах. Сенсибилизация этих животных, как известно, не вызывает у них гиперергического воспаления (хотя Герлях получал его ослабленные признаки), но сопровождается нарастанием преципитинов в крови. Longeore заключает, что анафилактические антитела не имеют ничего общего с преципитинами. В свете современных „унитарных“ представлений о природе антител (Bordet, Zinsser'a) вопрос о взаимоотношениях анафилактических антител с другими не представляется существенным.

Приведенные факты показывают, что в патогенезе анафилактических воспалений участвует antigen-autikörperreaktion. Однако, они показывают также, что наличие одной реакции антигена с антителом (в крови или в тканях) недостаточно для того, чтобы определить наступление в ткани аллергического воспаления. Для клеточного типа воспаления форма и степень участия этой реакции в развитии воспалений представляется еще более темными. Попытки Wassermann'a, Wolf-Eisner'a, Sahli и др. объяснить реакцию Пирке, как следствие реакции антигена с антителом (образование в результате этой реакции токсических веществ в роде „туберкулопирин“ по Sahli, apotoxin'a Pirquet и др.) и многочисленные антитуберкулины, найденные в крови туберкулезного организма (Pickert, Bartarelli, Datta и др.) теряют свое значение после открытия факта возможной относительной неспецифичности этого типа аллергических воспалений. Таким же образом ограничивается значение открытия Iadasson'a в сыворотке туберкулезного больного веществ, усиливающих или ослабляющих действие туберкулина. Наконец, для аллергических воспалений типа идиосинкразий участие антител совершенно не доказано. Поэтому, внимание исследователя было обращено также на свойства гиперреактивной ткани, в которой может протекать описанная реакция анти-

гена с антителом. Для анафилактической реакции антигена с антителом известны опыты, показывающие характер реакции гладкомышечной ткани на течение в ней этого биологического процесса. Это опыты Dale, Schults, Desplauques и других с изолированной маткой морской свинки. После прибавления к промывной жидкости аллергена (сыворотки) сенсибилизированная матка тонически сокращается и это сокращение впоследствии сменяется парезом. При анафилактическом шоке известно, что в различных участках слизистой и серозной оболочках брюшной полости наблюдаются гиперемия и кровоизлияние, послужившее поводом Цинссеру рассматривать шок как выражение общего воспаления организма. Применительно к местным процессам аллергического воспаления, состоянием гиперреактивности ткани пытались рассматривать (Rössle, Klinge и др.), как выражение раздражения ее, главным образом, соединительнотканых элементов, в свете Мечниковского учения об определяющем их значении в патогенезе всякой воспалительной реакции. В своем последнем обзоре об аллергиях Рёссле сопоставил характер реакции гиперреактивной гладко-мышечной ткани и сосудисто-мезенхимального комплекса на введение аллергена. И в той и в другой ткани он различает фазу раздражения (контрактура гладкой мышцы и конгестивно-инфильтративная стадия развития воспаления) и сменяющую ее фазу угнетения (расслабление мышцы и некротический процесс в воспаленной ткани). Естественно, такое сопоставление упрощает и схематизирует оба явления. Не говоря уже о том, что обе „фазы“ протекают в рассматриваемых им случаях совершенно различно во времени, они оказываются выражением совершенно различных закономерностей. В воспаленной ткани мы имеем ряд последовательно вызывающих друг друга процессов, первым из которых является реакция аллергена с гиперреактивной клеткой и последним—некроз. В мышцах реакция антигена с антителом сопровождается появлением какого-то возбуждающего ее агента и на этом процесс оканчивается. Интерес этих рассуждений, однако, заключается в том, что подчеркивается определяющее значение свойств ткани, в которой протекает анафилактическая реакция. Одновременно это объединяет явление аллергических воспалений с признаками общей анафилаксии. В известной степени интенсивность воспалительной реакции отвечает соединительная ткань и в случае анафилактического шока, как это указал Цинссер. Местная реакция—аллергическое воспаление—определяется местной концентрацией антигена в том или ином участке, соответственно подготовленной ткани.

Рёссле изучал гистологически процессы поглощения антигена (куриные эритроциты) в нормальной, сенсибилизированной и аллергически воспаленной ткани морской свинки. Он наблюдал, что поглощение эритроцитов в сенсибилизированной ткани протекает замедленно относительно нормальной и что эритроциты подвергаются сначала более интенсивному фагоцитарному разрушению в месте инъекции. Этот факт является единственным, на основании которого Рёссле заключил, что сенсибилизация и аллергическое воспаление сопровождаются раздражением элементов соединительной ткани и активацией фагоцитоза. По Siegmund'y, Oeller'y, Domack'y парентеральное введение антигена сопровождается повышением поглотительной способности ретикуло-эндотелиальной системы для витальных красок. Тоже по Sender'o и Male для туши. Известно, что в различное время реакции элементов ретикуло-эндотелиальной системы на аллерген возможно получить усиление или угнетение ее поглотительной способности. Оно будет различно в период сенсибилизации и в момент реакции антигенов с гиперреактивной тканью при реинъекции. Н. Н. Сиротинин показал, что состояние анафилактического шока сопровождается резким угнетением поглотительной способности ретикуло-эндотелиальной системы. Николаев и Тихомиров указали, что сенсибилизация сопровождается ускорением, а состояние шока при инъекции—замедлением поглощения краски congo-rot из кровяного русла. Дальнейшее развитие представлений Рёссле является в работах Клинге. Этот исследователь исходил в своих заключениях от обратного. Он пытался подавить развитие феномена Артюса, угнетая деятельность активных элементов соединительной ткани сенсибилизированного животного. В качестве средства угнетения он воспользовался введением в организм сенсибилизированного животного коллоидальных веществ, в надежде вызвать „блокаду“ элементов ретикуло-эндотелиальной системы, и спленэктомией. Спленэктомия в его опы-

тах не оказывала влияния на развитие феномена Артюса. Блокада RES внутривенным введением туши или трипановой сини вызывала в некоторых его опытах задержку развития феномена, но лишь в случае, если она производилась не более как за 48 час. до сенсibilизации. При введении краски во время сенсibilизации никакого влияния не наблюдается. При введении за 10 дней до сенсibilизации наблюдается обратный эффект—воспаление протекает более бурно. Туш ни при каких способах введения не оказывала влияния на развитие феномена. Заметно задерживающее развитие этого аллергического воспаления под влиянием краски трипановой сини Кли н г е получил лишь при подкожном введении ее в месте этого введения. Остальные участки кожи сенсibilизированного животного продолжали отвечать на подкожное введение специфической сыворотки типичным гиперергическим воспалением. Аналогичные опыты М о л л е н д о р ф а однако не дали положительного результата даже в месте инъекции. Ф р е й н д наблюдал, что блокада трипановой синью и спленэктомия у зараженной туберкулезом свинки на 3 недели задерживают у нее развитие кожной туберкулиновой пробы. На основании своих опытов Кли н г е сделал заключение, что в патогенезе аллергического воспаления определяющая роль принадлежит известному состоянию раздражения активных элементов ретикуло-эндотелиальной системы, угнетая которую с помощью нагружения коллоидальной краски удается подавить развитие воспаления. Возможно, однако, и другое объяснение экспериментов Кли н г е. Существующее представление о блокаде, как об угнетении клеточной деятельности построено, на морфологическом наблюдении прекращения поглотительной способности элементов ретикуло-эндотелиальной системы при загрузке их протоплазмы поглощаемым веществом. В настоящее время, однако, хорошо известно, что регистрируемая морфологическая блокада вовсе не означает одновременного угнетения клеточной функции. Загружение ретикуло-эндотелиальной системы одним веществом может активировать ее поглотительную способность к другому. Но Siegmund'y, Domack'y, Oeller'y введение туши усиливает фагоцитарную способность RES к бактериям. В других случаях, загрузка протоплазмы RES одним веществом, по меньшей мере, не влияет на поглотительную ее способность к другому. Наконец, вероятно, что различные фазы поглотительного процесса различно отражаются на „активности“ фагоцитирующей клетки. С этой точки зрения опыты Кли н г е можно с одинаковым успехом понять и как выражение задерживающего влияния активацией сбединтельно-тканых элементов на развитие аллергического воспаления.

Известны попытки повлиять на течение аллергического воспаления при помощи других агентов. Так, Schmidt и Weidinger наблюдали возобновление воспалительных признаков в старом туберкулиновом очаге типа Mantoux после облучения его ультрафиолетовыми лучами. С другой стороны, существуют указания о десенсibilизирующем действии ультрафиолетовых лучей на организм к развитию у него туберкулиновой реакции. Kollí наблюдал, что раздражение кожи препятствует развитию в ней туберкулиновой реакции. Замедление кровообращения и отек способствуют развитию реакции Пирке (повышение проницаемости капилляров), тогда как усиление кровообращения препятствует ее формированию. Для анафилактического воспаления влияние проницаемости капилляров, как уже указывалось, изучено Ауэром: улучшение кровообращения (ксилоловая гиперемия) способствует его развитию и позволяет получить некротическое воспаление при внутривенной реинъекции белка.

Своеобразную модификацию типичного феномена Артюса получил Шварцман. Сенсibilизируя кролика всего лишь одной инъекцией сыворотки, он через 7 дней вводил ему внутривожно 0,25 см своего фильтрата 6-тидневной культуры какого-либо из активных видов бактерий (см. выше), а через 24 часа реинъецировал специфическую сыворотку внутривенно и получил в месте внутривожного введения бактериального фильтрата резкое, геморагически-некротическое воспаление. Это своеобразное ускорение в развитии явления, напоминающего феномен Артюса и феномен Шварцмана, удалось получить Шварцману при пассивной сенсibilизации животного. Через 24 часа после введения в кожу бактериального фильтрата вводится в кровь раздельно, сначала антиген (сыворотка человека), потом антитело (античеловеческая лошадиная сыворотка)—не обратно; получается некроз в месте инъек-

ции фильтрата. Желая подчеркнуть участие в развитии этого феномена (и других феноменов Шварцмана—см. выше) третьего агента, в данном случае бактериального фильтрата (кроме антигена—сыворотки и организма) Gratia и Linz предложили назвать его проявление геморрагической гетероаллергией организма.

В начале способность вызвать возобновление старой туберкулиновой пробы приписывали лишь туберкулину, впоследствии—феномен был получен с сывороткой (Nobel и Rosenbluth), молоком (Abel) и другими агентами.

В последующей работе Шварцман получил аналогичную кожную реакцию после вызывания реакции антигена с антителом из антибактериальной сыворотки и бактерий в ткани, обработанной его бактериальным фильтратом (не имеющим никакого отношения к виду бактерий и ее антисыворотки). Шварцман отрицает анафилактическую природу и этих явлений, основываясь, главным образом, на скорости развития всего процесса и объясняет все явление как следствие уже описанной „повреждаемости“ ткани, обработанной фильтратом, в которой реакция антигена с антителом вызывает некротическое воспаление. В качестве антигена могут явиться как бактерии, так и животные белки.

В последнее время Falchetti и Carlinfanti описали активацию воспалительной картины BEG—очага у сенсibilизированной свинки после реинъекции анафилактогена. Эту реакцию они рассматривают как модификацию феномена Артуа. Последовательность ее получения и взаимоотношения сенсibilизирующего животного белка с белком бактериальным в его патогенезе, напоминает описанное Шварцманом. Однако, феномен не развивается так быстро и требует более длительного срока сенсibilизации (13—14 дней).

Резюмируя приведенные гипотезы и факты, иллюстрирующие закономерности патогенеза аллергических воспалений, возможно выделить две группы процессов, определяющих их наступление и развитие. Это реакция антигена—аллергена—с антителом и ее последствия и свойства гиперреактивной ткани, свойства той почвы, где эта реакция течет. Группа аллергических воспалений представляет собой цепь переходов от определяющего влияние на их патогенез аллергена и его реакции с специфическим противотелом до почти полной потери его значения в среде, наследственно гиперреактивной ткани конституционального аллергика. Сущность тканевой гиперреактивности определяется возможным изменением обмена в элементах, главным образом, активной мезенхимы, выражающее, повидимому, сменяющие друг друга фазы состояния раздражения и угнетения клеточной деятельности. Отравленная бактериальным фильтратом ткань представляет особенно удобную почву для развития воспаления и позволяет его получить при внутривенной инъекции аллергена. Это можно думать, связывается с воздействием фильтрата на сосудистую стенку, повышающую ее проницаемость для токсического фактора,—разведенного в крови антигена или продуктов его реакции с белками ее. Ткань, сенсibilизированная лишь введением сывороточного белка в состоянии ответить некротическим воспалением на внутривенное введение аллергена лишь в случае искусственного повышения его концентраций в ней путем усиления ее кровоснабжения. Достаточная концентрация антигена создается в ткани, обычно, путем подкожного введения разрешающей инъекции соответствующего антигена. Для групп аллергических воспалений типа идосинкразии состояние гиперреактивности приобретает ткань без участия экзогенных влияний и сущность его можно полагать связанной с особенностями белка ее протоплазмы, приобретенными ей в процессе эволюции. Характер взаимодействия аллергена с этой тканью точно не определены.

В заключение еще несколько слов о значении рассмотренной группы патологических процессов для практического врача. В настоящее время диагностика и даже терапия таких заболеваний, как бронхиальная астма успешно преводится с помощью получения на коже у больных аллергических воспалений с соответственными аллергенами. Число известных таких веществ, как уже указывалось, растет с каждым годом. Особенности патогенеза геморрагических гетероаллергий существенно изменяет также наши представления о патогенезе „перифокальных“ воспалений, а также вскрывает некоторые закономерности взаимодействия нескольких инфекций в человеческом организме. В свете описанных работ Шварцмана выработка иммунитета (связано с антигенами) какой нибудь инфекции (b. coli, пневмонии) в туберкулезном организме может

повлечь. при повторном заражении этой инфекцией организма, к быстрому развитию гангренозного воспаления в сравнительно безобидном туберкулезном очаге. Gratia и Linz получали некротическую форму осенней пустулы, если в привитой организм (свинка) ввести Шварцмановский фильтрат. Вопросы гетероаллергических воспалений должны подвергнуться самому широкому клиническому анализу.

Библиография и рецензии.

М. П. Кончаловский — *Клиника внутренних болезней*. Часть общая, Г. М. И. 1933. 275 стр.

Новое руководство по клинике внутренних болезней представляет собою коллективный труд проф. М. П. Кончаловского и его сотрудников и является по существу введением в изучение внутренних болезней, отражая установки школы М. П. Кончаловского.

Мы переживаем в клинике эпоху переоценки ценностей как в отношении основ нашего медицинского мышления, так и в отношении тех новых заданий, которые должны быть выполнены клиникой в период социалистического строительства и в частности строительства советского здравоохранения. То и другое нашло в руководстве проф. М. П. Кончаловского достаточное отражение, почему книга эта заслуживает особенно о внимания терапевта, вся практическая работа которого в качестве своем зависит прежде всего от правильных установок его мышления.

Этим установкам посвящено „Введение в клинику внутренних болезней“ М. П. Кончаловский и первая глава — „Клиническое исследование больного как метод социально-клинического изучения организма“ (А. М. Касаткин).

Старые руководства и клинические лекции по внутренним болезням, как известно, останавливались, главным образом, на отдельных фактах клиники, ограничиваясь преимущественно описанием нозологических форм и не поднимаясь на высоту теоретического обобщения нашей дисциплины; авторы нового руководства прежде всего дают начинающему изучать медицину врачу — методологические установки своего клинического мышления. Совершенно правильно подчеркивается основная ошибка прежних клиницистов — тенденция рассматривать человека только как зоологический тип, даже тогда, когда речь идет об организме, как об едином психофизиологическом целом, и игнорировании человека как специфической категории, подчиненной не только биологическим, но одно — временно и неразрывно с этим и социальным закономерностям.

Отсюда вытекает необходимость внимательно оценивать значение среды при изучении этио-патогенеза заболеваний, их динамику, установку социального прогноза и определения *социальной* профилактики и терапии заболеваний.

В отношении объекта клиники — больного человека — даются современные установки не только морфологического или функционального анализа, но той теснейшей и неразрывной связи между функцией и анатомическим субстратом, которые лежат в основе функциональной патологии. На место отдельных, оторванных друг от друга нозологических единиц, часто совершенно абстрактно описываемых в старых учебниках, выдвигается представление о синдромах болезни, как результате синтетического понимания анатомических и функциональных патологических фактов с учетом *ранних* и еще обратимых стадий заболевания, и, главным образом, исходя не из анатомической органопатологии, а из идеи целостности организма. В общей части еще не видно насколько общепринятая идея целостности организма распространяется автором и на целостность патофизиологического процесса внутри данного органа; об этом можно будет судить только по специальной части руководства.

Останавливаясь подробно на достижениях инструментального и лабораторного исследования и на необходимости тщательного изучения этими именно методами функциональных отклонений организма, особенно в ранних стадиях болезни, руководство во многих местах дает установку о взаимоотношениях между клиническим — у постели больного — и лабораторным его исследованием и ставит лабораторный анализ на его место, как метод только подчиненный синтезу и

в распознавании болезни и в лечении ее. Эту установку руководства надо особенно приветствовать, так как молодые поколения врачей, а за ними и больные, в результате упрощенного понимания лабораторного анализа, или, например, рентгеновского, исследования нередко идут по пути механистических представлений, заменяя живого человека мертвым протоколом этих исследований и таким образом часто далеко отходят от правильного понимания самого существа заболевания.

Эти основные установки в руководстве по клинике внутренних болезней несомненно правильны, они представляют большую ценность, являясь для студента-медика и врача-терапевта стимулом для выработки определенного медицинского мышления, основанного на синтезе теории и практики медицины и неразрывно связанного с современными теоретическими предпосылками нашей науки.

Если от этих общих и бесспорных установок перейти к фактическому материалу руководства, то особенно важно изучить, насколько авторам удалось отразить свои установки в методике исследования и лечения больных в клинике, т. е. проделать бо́льшую и трудную задачу синтеза новой теории и старой клинической практики.

В этом отношении не совсем удачно составлена первая глава, где речь идет о методике клинического исследования больного, т. е. об основной предпосылке правильного поведения терапевта. Если исходить из основных установок руководства, выраженных в лозунге—ближе к больному человеку, автор этой главы недостаточно останавливается на методике изучения жалоб больного. Здесь совершенно недостаточно отражена вся важность глубокого изучения того, что является *внутренней* картиной болезни и чем так пренебрегают часто терапевты, заменяя эту кропотливую работу регистрацией жалоб и создавая анкету из истории болезни вместо живого изображения динамики заболевания. Неверно в этой части книги и то, что больные с неустойчивой нервной-психической системой подлежат изучению не только терапевта, но и невропатолога или психиатра, составляя обширную группу неврозов. Автор в самом начале рискует, что молодой врач на этом основании огромную группу ранних заболеваний внутренних органов, выражающихся, при поверхностном наблюдении, как неврозы, отошлет к невропатологу и будет попрежнему говорить о неврастении, когда дело идет, например, о начальной гипертонии или о нарушениях обмена, эндокринном расстройстве (дистиреоз) или о неврозе желудка, когда на самом деле имеется латентная форма язвы или холецистопатии или о переутомлении, когда речь идет о начальной азотемии и т. д. Ведь по меньшей мере вегетативная нервная система, если только практически оторвать ее целиком от центральной нервной системы, как органа психики, принадлежит во всяком случае терапевту, а потому изучать ее отклонения на клинических больных, а не отсылать их к невропатологу, должен врач, воспитанный на современных установках нового руководства клиники внутренних болезней. Изучение же субъективной, или как я предпочитаю называть—*внутренней* картины болезни, основано на тщательном, методически собранном анамнезе больного, который составляет весьма значительную часть всего социально-клинического изучения организма. Между тем на этом очень мало останавливается автор первой главы руководства. Далее, в методике изучения *status praesens* совершенно опущена оценка врачом *общего состояния больного*, осмотра его. Это тем более неожиданно, что целиком противоречит основной общей концепции руководства о целостности патологического процесса и реакции на него организма, в сумме дающих клиническую картину болезни. Врачи, как известно, нередко увлекаясь функциональной диагностикой, не останавливаются на анализе *общего* впечатления, получаемого при первой встрече с больным, т. е. недооценивают именно то, что часто давало возможность старым врачам правильно распознавать болезни на основании даже мелких синдромов, эмпирически создавая синтетический диагноз. Надо подвести научное обоснование под этот метод, но отбрасывать его не следует и это не соответствует принятым руководством установкам.

Есть ряд погрешностей, и в системе изложения этой основной главы руководства. Почему-то, например, пальпация рассматривается после перкуссии и аускультации, тогда когда методически и естественно она следует за осмотром больных. Между прочим, говоря о пальпации, автор не упоминает вовсе о классической методике *Образцова-Гаусмана*, о которой так мало, к сожалению,

нию, знают советские терапевты и о которой всегда говорят иностранные авторы в своих руководствах. В главе об аускультации подробно излагается дифференциальный диагноз пороков сердца, которому, наверно, будет посвящена отдельная глава в специальной части; но зато здесь очень кстати излагается оригинальная теория механизма сердечных тонов в связи с общей динамикой кровообращения. Глава о термометрии слишком уже сжата; нет здесь, например, даже дифференциального распознавания кризиса от коллапса, что особенно необходимо подчеркнуть начинающему терапевту. Эти недочеты, разумеется, ни в какой мере не снижают ценности первой главы руководства, отличающейся свежестью и оригинальностью в изложении основ клинического мышления. Надо, однако, пожелать, чтобы во втором издании руководства эти недочеты были исправлены.

Вторая глава посвящена методике и клиническому значению лабораторных исследований. Автор (прив. доц. П о с п е л о в) исходит из правильных предположений о подчиненной роли лаборатории, но все же очень «еще не прочно стоит на этих позициях». Данные лаборатории—говорит он «не всегда являются решающими»; это тем более неожиданно, что через пять строчек имеется более категорическое утверждение, что «почти ни одно лабораторное исследование, за очень редкими исключениями, не имеет абсолютного значения». Очень кстати в главе об исследовании мочи приведена схема М а р т и н э о механизмах нарушения углеводного обмена и гликозурии. Это удачно демонстрирует вред упрощенного понимания лабораторных анализов в клинике. Отдел, посвященный функциональному исследованию желудка, не совсем отвечает установкам нового руководства. М. П. К о н ч а л о в с к и й, как пример целостности функции органа, правильно приводит ошибочность изучения секреции желудка отдельно от двигательной функции его (стр. 17), а на 127 стран. руководства мы находим описание метода З и м н и ц к о г о, одним из кардинальных недостатков которого является именно то, что он изолированно изучает только секрецию желудка; кстати этот метод встретил такие существенные возражения, что имеет в настоящее время только разве историческое значение и едва ли он должен излагаться в руководствах для студентов. Не совсем правильно также предложение в каждой порции желудочного содержимого исследовать пепсин; это как известно, имеет значение только при пониженной кислотности или при отсутствии свободной HCl.

При изложении методики исследования испражнений совсем не упоминается бродильная проба с трубочкой S t r a s s b u r g e r'a, доступная каждому врачу и значительно более практичная, чем определение аммиака и органических кислот в кале.

Достаточно четко для начинающего изложена техника клинического исследования крови (прив. доц. X. X. В л а д о с).

Третья глава, посвященная рентгенодиагностике заболеваний внутренних органов (прив. доц. А. Е. У с п е н с к и й), занимает в руководстве видное место по своему содержанию и по объему и написано не плохо. К сожалению, рисунки даже для искушенного в этом деле терапевта носят характер ребусов и не легких для разгадки. Кстати надо покончить с этим браком полиграфического дела так, как мы заканчиваем его в других отделах советской индустрии; это относится не только к рисункам в тексте, но даже и к таблицам на вкладках в книге. Ведь за качество медицинской книги ответствен не только автор, но и издательство.

Четвертая глава посвящена основам общей терапии (прив. доц. Н. К. М ю л л е р). Она вводит читателя в круг представлений о неспецифической терапии в самом широком смысле этого слова. В этой главе очень сжато, почти конспективно, говорится о целом ряде терапевтических методов и относительно подробнее о немногих. Опущены, однако, такие методы, как кровопускание и переливание крови, которые все более и более завоевывают себе место в клинике внутренних болезней и должны бы получить отражение в современном руководстве. Необходимость уложить все терапевтические методы в небольшое число печатных листов—привело к тому, что эта исключительной важности глава руководства написана не только конспективно, но и очень абстрактно, оторвано от практики: так, органотерапии посвящены две странички, сюда же включено все лечение эндокринными препаратами. Это совершенно не соответствует значению органотерапии. Больше места отведено диетотерапии. Правильно обращается внимание на роль минерального состава пищи—основных и кислых ее

валентностей,—правильно устанавливается функционально-динамический принцип и объявляется борьба стандартной диетой, составленной по локалистическому признаку (диета для гастрита, колита, печеночного заболевания и т. д.), очень распространенному у нас в стране, особенно в диетических столовых, и в значительной мере, ведущему к упрощению важнейшего фактора лечения—питания.

Говоря о психо-терапии, автор заявляет, что в настоящее время она является одним из важных терапевтических методов и подчеркивает, что психо-терапевтически можно влиять на весь организм во всем многообразии его физиологических и патологических процессов, но этим заявлением и ограничивается вся психотерапия в руководстве. Лучше вовсе не говорить о значении психотерапии при лечении внутренних болезней, чем уложить все поведение врача в шесть печатных строк заявления о его важности. Это находится в резком противоречии с основными современными и совершенно правильными методологическими установками всего руководства. Надо начинать работу по подведению научного базиса под этот наиболее ответственный метод лечения, широко, но бессознательно практикуемый каждым терапевтом.

Последняя—*пятая* глава книги посвящена показаниям к операциям при внутренних болезнях (М. П. Кончаловский). Она суммирует современные взаимоотношения терапевта и хирурга у постели больного. Для начинающего изучать клинику внутренних болезней нелегко будет усвоить и критически отнестись к изложению этой обширной области пограничных заболеваний; может быть, уже после проработки специальной, части читатель глубже освоит богатое содержание этой главы.

Указанные недочеты не снижают большой ценности нового руководства по внутренним болезням, и если не везде перестройка материала целиком отвечает большим задачам, которые поставили себе авторы, то руководство М. П. Кончаловского, являясь оригинальным и новым по замыслу, несомненно, поможет врачу и студенту овладеть современными подходами к больному внутренними болезнями и научит его искать те ранние формы, когда лечение дает врачу наибольшее удовлетворение, а больному максимальные шансы на выздоровление.

В этом большая заслуга М. П. Кончаловского и его школы.

Остается только пожелать, чтобы книга эта помогла молодому врачу практически осуществить прекрасный лозунг А ш а р а, выбранный автором эпиграфом для нового руководства. *Science d'abord, art ensuite, jugement toujours*—сначала знание—потом искусство, всегда мышление.

Проф. Р. Л у р и я.
(Москва).

Рефераты.

а) Невропатология и психиатрия.

Г и л я р о в с к и й, говоря о „*форме, содержания и течения в психозе*“ (Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. I, вып. 8, 1932) доказывает на ряде случаев, что классовая сущность личности с особенной яркостью выявляется в психозе и до известной степени определяет форму и содержание психоза. Специально по отношению к шизофрении Г. отмечает значительную роль в структуре психоза расстройства социального „я“, существенного вообще для шизофрении.

Ив. Галант (Ленинград).

В ы г о т с к и й („*К проблеме психологии шизофрении*“). Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. I, вып. 8, 1932) видит ближайшую причину нарушения мышления при шизофрении в прекращении контакта с внешним миром, что означает одновременно и прекращение того специфического социального контакта с самим собой, который лежит в основе нормального функционирования личности. Все остальные симптомы шизофренического расщепления могут с известной долей вероятности быть выведены из этого основного нарушения. По мнению Выготского это есть гипотеза, в пользу признания которой говорят данные экспериментального исследования, рассмотренные в свете генетической психологии.

Ив. Галант.

Г и л я р о в с к и й старается внести ясность в запутанном вопросе „*о структуре и сущности т. наз. экзогенных и симптоматических шизофрений*“ (Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. II, вып. 1, 1933 г.). В сущности Г. ставит знак равенства между „*шизофренической реакцией*“, экзогенной шизофренией“ и шизофренией как таковой в противовес Бумке, рассматривающего шизофрению, как одну из форм экзогенных реакций. В конце работы Г. дает схему различных этапов в развитии шизофрении и соответствующих форм реакции. Кроме того Г. различает „*шизофреноподобные реакции*“.

Ив. Галант.

М о л о х о в („*Об истерическом развитии личности*“). Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. I, вып. 12, 1932 г.) говорит о психопатических развитиях, подчеркивая в противоположность старым взглядам на психопатию, первенствующее значение внешних, экзогенных моментов в развитии психопатии. Нет такого предрасположения, которое фатальным образом приводило бы к истерии. Истерическое развитие по своему генезу прежде всего психогенно, травматогенно. Травмирование должно быть достаточно частым и длительным для того, чтобы истерические реакции стали привычными и главное, чтобы создались новые, не существовавшие до этого качества личности. Подобно истерическому, возможны параноическое, псевдологическое, психастеническое, гомосексуальное развитие и т. д. У Молохова довольно удачный марксистский подход к проблеме психопатии, который однако требует дальнейшего более углубленного развития.

Ив. Галант.

С т е б л о в дает „*Критику классификаций эпилептических форм*“ (Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. II, вып. 1). Современные классификации нас удовлетворить не могут, но при настоящем состоянии наших знаний нет возможности дать новую научную классификацию эпилептических форм. Пока что С., несколько не занимая позицию агностицизма, предлагает заняться: собиранием и осмыслением относящихся к данной главе патологии фактов, с тем, чтобы подготовить условия для построения рациональной классификации.

Ив. Галант.

Г а л а н т (Galant, Ueber Simulation des Stotterns. Monatsschrift f. Psychiatrie Bd. 8. N. 1) отрицает возможность симуляции заикания и доказывает, что встречаются лишь социоаффективные дисфатки (заики, которые при случае аггравируют социоаффективную свою дисфазию (заикание). Социоаффективные дисфатки могут с другой стороны диссимулировать весьма удачно свое заикание. Социоаффективные дисфатки, которые в то же время обычно являются психопатами, тяжелыми невропатами и психоневротиками подлежат освобождению от военной службы.

Ив. Галант.

Ф р а н к е (Franke, Ueber Pellagra in Irrenanstalten. Psychiatrisch-Neurol. Wochenschrift, № 38, 1933) определяет пеллагру, как преимущественно психиатри-

чески-неврологическое заболевание, встречающееся в Германии гл. обр. в психиатрических б-цах. В большом количестве пеллагра распространялась в Германии после войны в связи с кризисом и снижением жизненного уровня и питания населения. Терапия и профилактика пеллагры заключаются в улучшении питания: полноценный биологический белок (молоко, мясо, печень), свежие овощи, дрожжи. Большие затруднения встречает лечение, когда б-ые, вследствие гастроэнтерита, не в состоянии использовать в достаточной степени пищу или при неукротимой рвоте. В тяжелых случаях рекомендуются повторные переливания крови.

Ив. Галант.

Магенау (Magenau. Eigenblutbehandlung der Schizophrenie. Psych.-Neurol. W. № 38, 1933) указывает на небезопасность применения аутогемотерапии, которая теперь в большой моде. Бывают случаи с грозными анафилактическими явлениями. Что касается специально психозов, то в легких случаях рекомендуется медикаментозная и парентеральная белковая терапия, в более тяжелых случаях следует применять пирифер и сапровитан. В безнадежных же случаях можно пробовать и аутогемотерапию.

Ив. Галант.

б) Хирургия.

Рентгенологическое исследование контуров хрящей суставов и менисков производил D-r Karl Bückart (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 3) при помощи „Uroselectan В“—35% водный раствор Uroselectan'a. Автор в 30 случ. заполнения суставов упомянутым контрастным веществом при различных заболеваниях получал ясную картину от 1—3 к. см. раствора. Впрыскивание производилось прямо в суставную щель. После 20—30 движений в суставе производился снимок.

И. Цимхес.

Против дренажа. Prof. D. Kulenkampf (Zentralbl. f. Chir. 1933, № 38) делится своим опытом ограничения дренирования полостей и ран. При операциях на головном и спинном мозгу, при строгом соблюдении асептики, необходимо стремиться наглухо зашивать твердую мозговую оболочку, а если это невозможно, то кожную рану. Для остановки кровотечения следует прибегать к помощи мышечных лоскутов, Vivocoll, Tabotamp и др. и только в крайнем случае прибегать к дренажу на 24 часа. Нередко вместо дренажа вводится марлевая полоска. При абсцессах мозга автор уже много лет не прибегает к дренажу, после вскрытия рана заполняется мазью. Осложненные гнойные раны черепа лучше покрывать маевой повязкой. Против сильного пролапса мозга лучше производить пункцию спинномозгового канала.

Раны после струмектомии дренируются на 24 часа. При ранах шеи, подмышечной и паховой областей надо для лимфоотделения вводить дренаж.

Брюшная полость, даже при перитонитах, закрывается наглухо. Только ограниченные нарывы (аппендикулярные, поддиафрагмальные) дренируются 24 часа. Нарывы Дугласова пространства дренируются через влагалище 1—2 дня и больше. После холецистектомии—на культю, после пиелотомии, уретро-и цистотомии—на месте швов оставляется на 5—6 дней тампон. При операциях на прямой кишке, геморрое вводится в прямую кишку, толщиной с указательный палец, дренаж до первого отправления кишечника.

При септических и гнойных ранах лучше большие разрезы, чем дренаж или тампон. Так, где последние применяются, то не больше, как на 1—2 дня.

И. Цимхес.

Об операциях по поводу паховой грыжи. Prof. D r ü n e r (Zentralblatt f. Chir. 1933, № 36) присоединяется к мнению, что не следует при восстановлении пахового канала сшивать мышцы с пуартовой связкой, так как это ведет к атрофии мышц и образованию рубцов. Автор защищает предложение H a s k e n b r u c h'a, а у нас в Союзе К и м б а р о в с к о г о, заключающееся в избегании сшивания мышц и в наложении швов на апоневроз m. obliq. ext. и пуартову связку.

И. Цимхес.

Происхождение дрожания гидатид при эхинококках пытаются объяснить E s m. K o n d o l e o n и E. D r a g o n a s (Zentralblatt f. Chir. 1933. № 36) разностью удельного веса содержимого кист. Этот феномен зависит от вязкости содержимого, его напряжения и толщины и эластичности стенок кисты. Авторы экспе-

риментальным путем убедились, что тонкостенные кисты, наполненные чистой водой, почти не передают дрожания, но, если к содержимому прибавить сахар, то дрожание становится ясным. При уменьшении напряжения кисты ослабляется передача дрожания. При толстостенных фиброзных объёмистых кистах дрожание не обнаруживается.

И Цимхес.

Обезболивание при френикоэкзерезе G. V. Lobmaуer (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 30) произвел 125 операций френикоэкзереза при следующей анестезии: Впрыскиваются 8—10 смм. 2% раствора новокаина с адреналином в верхний угол треугольника, образованного m. sternocleidomastoid., v. jugularis externa и ключицей. Инфильтрация производится перпендикулярно вниз по направлению к ключице и в глубину.

И. Цимхес.

Камфорный фенол как профилактическое средство при асептических операциях. D-г Karl Urban (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 35) произвел свыше 8000 асептических операций в течение 8 лет, где, перед закрытием кожной раны, вливал подкожно 10—20 капель камфорного фенола. Ни в одном случае автор не наблюдал побочных местных или общих осложнений; наоборот сложилось впечатление, что камфорный фенол способствует первичному заживлению ран и сокращает частоту выгнаиваний лигатур. Пропись камфорного фенола; Camphor. japon. 60,0, Acid. carbol. cristall. 30,0, Alcohol absol. 10,0.

И. Цимхес.

Паравертебральные инъекции при панкреатитах. D-г Hans L. Popper (Zentralbl. f. Chir. 1933, № 35) предлагает для диагностических, а иногда и терапевтических целей производить паравертебральные инъекции новокаина (D 8—10 слева). Автору удавалось паравертебральными инъекциями прекратить или уменьшить болевую чувствительность при острых панкреатитах и ими пользоваться как распознавательным признаком при дифференциации с другими заболеваниями.

И. Цимхес.

Объяснение менисков в коленных суставах. D-г P. Müller (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 35) наблюдал объяснение менисков в 10% случаев с одновременным существованием у б-ных arthritis deformans. Причину развития объяснения менисков автор находит в конституциональных факторах, на что указывает и одновременное наличие arthritis deformans. Травма может служить predisponирующим фактором для развития объяснения менисков.

И. Цимхес.

О границах безопасности и технике спинномозговой анестезии. Sh. F. Fagan и W. D. Wightman (Anesth. a. Analg., 1933 12) на 250000 случаев применения спинномозгов. анестезии по сводной статистике нашли 40 смертельных исходов, зависящих от обезболевания. Преимущество спинномозговой анестезии — в постоянном расслаблении мускулатуры, хорошем тоне кишечной трубки, не наблюдаются расстройства дыхания и поражения почек и печени. У диабетиков спинномозговая анестезия не оказывает влияния на внутресекреторную функцию организма. Авторы считают, что всякий б-ной, который переносит люмбальную пункцию, в состоянии благополучно перенести спинномозговую анестезию.

И. Цимхес.

О тетанических явлениях при эфирном наркозе. W. N. Кетр (Anesth. a. Analg. 1933, 12) считает, что усиленное дыхание при эфирно-кислородном наркозе ведет к алкалозу крови. Этим автор объясняет склонность к тетаническим явлениям при и после наркоза.

И. Цимхес.

с) Гинекология.

О лечении пурперального сепсиса местной внутритканевой вакцинацией. Spirito (Zbl. f. Gyn., 1933, № 33) считает хорошим лечебным методом — повторные инъекции, каждые 3 дня, глубоко в паренхиму влагалищной части $\frac{1}{3}$ куб. сант. polyvalентной вакцины (стрептококков 1 миллиард, стафилококков и гонококков по 500 миллионов и кишечн. палочек 300 милл. в 1 куб. сант.). Инъекции нужно продолжать до тех пор, пока они перестанут вызывать реакцию.

П. Маненков.

Искусственно вызванный рост человеческой матки. Clauberg (Zbl. f. Gyn., 1933, № 34) в одном случае, при наличии преждевременного климактерия и очень небольшой матки в результате перенесенной операции двустороннего удаления придатков матки, применил б-ной в течение 18 дней 160,000 ME. прогноп'а (десятькратный фолликулярный гормон) и получил быстрый рост матки. Изменения матки до и после лечения были подтверждены метросальпингографией.

П. Маненков.

Кровяная сыворотка беременных для вскармливания недоносков. Siegh-
sh u n d (Zbl. f. Gyn., 1933, № 3) применял сыворотку беременных при вскармли-
вании недоносков с хорошими результатами. С 1-го или 2-го дня после родов
давалась порциями перед кормлением грудью или в смеси с молоком свежая сы-
воротка крови, получаемой ежедневно из вены здоровой, свободной от сифилиса,
беременной женщины — 10 дунных мес. Дети получали в день 10—20 куб сант.
этой сыворотки, сохранявшейся на холоду и перед употреблением подогретой.

П. Маненков.

„Хинин-гипофизинный курс“ в терапии лихорадочных абортос. H a b b e
(Zbl. f. Gyn., 1933, № 2) с успехом применил в случаях лихорадочного аборта
медикаментозно выжидательный метод лечения, опубликованный в 1932 г. S c h t ö-
d e r'ом и C l a u b e r g'ом—1,0 хинина в течение 2 часов (по 0,25 гр. через 1/2 часа)
и ампулу гипофизина внутримышечно перед вторым приемом хинина.

П. Маненков.

Впечатления о V Всеукраинском съезде хирургов

(15—18 сентября 1933 г., Харьков).

Проф. С. М. Эйбер (Харьков).

Уже с самых первых моментов работы съезда видны были четкая организо-
ванность, продуманная программа заседаний и проведенное с большим удовлет-
ворением заполненное время для членов его. Открытие съезда, как и дальней-
шая его работа происходили в Д. ме Красной армии, поражающем своей под-
кующей простотой, строгим стилем и обширностью светлых помещений.
Проф. Ш а м о в (Харьков), открывая съезд—результат коллективного творчест-
ва хирургов, отметил его как праздник научно-исследовательской мысли у нас
в Союзе, в то время как за рубежом самодовлет жуткая депрессия „Серп и
Молот“—харьковский завод прислал на съезд своих рабочих делегатов, демон-
стрировавших тесную смычку науки и труда.

Нарком Здравоохран. УССР К а н т о р о в и ч обратил внимание на развернув-
шуюся лечебно-профилактическую сеть, укрупнение мед.-сан. организации: от-
крытые 45 научно исследовательских институтов, 10 мевузов, 35 мед. техни-
кумов. Этот количественный рывок необходим для качественной продукции,
для укрепления производственной базы. Многочисленные приверженцы предст-
авителей различных организаций содержали в себе полную уверенность в про-
ведении борьбы за снижение туберкулеза, за приближение мед. помощи непо-
средственно к самому производству. Среди членов съезда—Н. Н. Петров, А. В.
П о л о н о в (Ленинград), А. М. Кефер (Одесса), С. Р. Миротворцев (Са-
ратов), Я. О. Гальперн (Днепропетровск), В. Н. Ш а м о в, А. В. М е л ь н и к о в
(Харьков).

Первый программный вопрос—лечение язвы желудка—был подробно и ярко ос-
вещен проф. Г а л ь п е р н о м (Днепропетровск). Для лечения язвы желудка известны
многие лечебные факторы, однако консервативное и оперативное лечение являются
доминирующими и как бы отдельными звеньями в общей цепи практических
мероприятий. И если консервативное лечение оказывается не на должной
ожидаемой высоте, то тогда необходимо оперировать, помня при этом, что
послеоперационный период это тот же консервативный метод лечения, как
коррекция к уничтожению гестр. ослаблению оставшихся симптомов. Выяснить
патогенез язвы ж. по силе в емя точно и определенно еще не удалось. Однако, один
из ричинных факторов—влияние желудочного сока—безусловно доказан.

Поэтому консервативное и оперативное лечение не является причинным,
а рецидив в 10—25% не заставляет себя долго ждать. Оперативное лечение
даст до 15% при Г. Э и до 90% при резекции—стойкое излечение на ближай-
ший отрезок времени (1—5 лет). Если удастся выявить преобладание общих
факторов язвы, передающихся по наследству, язва в подрастающем возрасте, то
операции—ГЭА и резекция—не показаны, если имеются ограниченный круг по-
казаний. После резекции смертность 5—% (Габерер), общая цифра от
8 до 15% (Финстерер). После ГЭ смертность от 4-х до 10%.

Вообще же резецировать надо 1) при под зрении на рак, 2) повторных кровотечениях, 3) незаживающей язве после произведений раньше операции; методика самой резекции всегда будет зависеть от опыта и техники хирурга. Поэтому в будущем успешность оперативного лечения всецело должна базироваться на разработанной четкой биотехнике и проводимом умелом обоснованном послеоперационном периоде.

В пилорической части желудка, 12-перстной кишке поврежденная слизистая оболочка (эрозия) подвергается переваривающему действию желудочного сока, а потому здесь особенно показана резекция. Однако, если язвенное разрушение дошло до головки поджелудочной железы, то резекция не показана. В ее методике не надо накладывать жомы, чтобы не нарушить питания кровеносных сосудов. Оперировать надо под местной анестезией, широко резецируя, чтобы убрать язву, всячески избегая могущего при изгибе высокого стояния диафрагмы, как причины ателектаза легкого, массивного коллапса легких—этого грозного осложнения, из которого нет выхода (проф. Бельц, Харьков).

В целях улучшения кровоснабжения желудка и питания его анемичной стенки—из-за спазма на почве раздражения вегетативной нервной системы,—предложено (С. Малиновский -Золотоноша) швывание сальника или лоскута брюшины на месте язвы. В этиологии последней необходимо учесть наследственно-конституциональные факторы, а также прижизненное сампереваривание. Антагонизма в вопросе лечения между терапевтами и хирургами не должно быть; последние, приглашая на помощь рентгенолога, совместно ставят показания для операции. Каллезную, пенетрирующую, угрожающую повторными кровотечениями или перфорацией, рубующуюся или зарубцевавшуюся с нарушением эвакуации желудка язву надо оперировать (проф. Богославский, Сталино).

Рекомендуется катгутовый однорядный узловый шов по Бирю, при прободных язвах—резекция, дающая меньшую смертность, чем ГЭ (проф. Кляров, Сумы).

Хотя язву желудка и 12-перстной кишки либо широко оперируют, либо применяют консервативный метод (диета, протеин, физио-курорт—терапия), однако Rb—терапия является эффективной, доступной, целесообразной.

Rb лечебный эффект имеет многообразное действие на весь организм 1) всасывание продуктов распада, изменение концентрации ионов; 2) влияние на нервную систему—антиспастически непосредственно и рефлекторно; 3) на секрецию желудочных желез—косвенно и непосредственно; 4) на деструктивно измененную ткань—разрушение лимфоцитов, разрастание соединительной ткани.

Поэтому Rb—терапия приводит а) к уменьшению и даже полному исчезновению болей, б) резко улучшенному субъективному состоянию, в) исчезновению диспептических явлений д) понижению кислотности, е) уничтожению спазмов, усиленной двигательной функции желудка, ф) частому исчезновению ниш. Rb—терапия подлежат все случаи язвы желудка и 12-перстной кишки, за исключением случаев, требующих оперативного вмешательства, а также при наличии острых инфекций и открытых форм туб. Наблюдения и имеющийся опыт у сотрудников Всеукраинского рентген-института подчеркивают наилучшие результаты в Rb—лечении язв в их раннем периоде существования (д-ра Ольховская, Зорина, Харьков).

Вторичная инфекция является этиологическим моментом для перфорации гастродуоденальных язв; поэтому паллиативное вмешательство, в частности ГЭ при перфорации дает такие же осложнения, как и при язве хронической. Разработанная четкая биотехника хирурга, отсутствие интоксикации, шока предъявляют все показания для резекции и, только при развеннувшейся картине перитонита, надо перейти на зашивание или тампонаду перфорированного отверстия. В целях наилучшего восстановления двигательной и секреторной деятельности желудка, резекция последнего по способу Бильрот I наиболее физиологична, а потому и показана.

Второй программный вопрос—„Воспалительные заболевания ручной кисти“—был освещен десятию докладами. Ему было уделено огромное внимание, так как он для всех трудящихся имеет исключительно важное значение, и вместе с тем он мало популярен среди рабочих, которые несвоевременно обращаются за врачебной помощью, часто пользуясь самопомощью, лиш-

ной всякой научной обоснованности. Поэтому медсанцехи, пункты, заводская амбулатория обязаны быть ведущими в профилактике этого вопроса; надо широко развить личную гигиенику и сан. просвет. работу, надо наблюдать всех рабочих индивидуально в пакете. Как часто мелкая травма либо просматривается, либо ей не уделяется должное внимание, а ведь она играет далеко не последнюю роль в этиологии воспалительных процессов кисти. Надо, чтобы больные освобождались от работы на 2—3—5 дней, создавая кисти максимум покоя; надо, чтобы больного вел персонально один врач (единный метод лечения), чтобы не создать многосложных и разнообразных осложнений, заставляющих заживление раны и нарушающих трудоспособность рабочего. Врач обязан внимательно, бережно, нежно относиться к воспаленным тканям, и, в случае генерализации процесса, — отправить больного в стационар. В вопросах лечения наиболее показаны ранние разрезы в сочетании с биометодами, как автовакцины, фильтраты по Безредка, гиперемия по Биру. При травмах кисти и пальцев необходимо широко производить *débridement* с первичным швом, придав ей пассивное физиологическое положение. Ранние активные движения, не частые перевязки являются методами борьбы с наступающей контрактурой (Мещанинов, Харьков).

Д-р Зайцев (Харьков), исходя из особенностей анатомического строения кисти, классифицирует ее островоспалительные процессы по анатомическим признакам: пальцы — А. Ладонная поверхность. 1. Панариций кожный. 2. Подкожный. 3. Сухожильный. 4. Надкожный. 5. Костный (остеомиелит). 6. Сустаной. В. Тыльная поверхность: 1. Паронихия. 2. Панариций подногтевой. 3. Подкожный. 4. Фурункул спинки пальца. 5. Карбункул. С. Воспаление всего пальца пандактилит. *Кисть*: А. Ладонная поверхн сть. 1. Кожный нарыв. 2. Нагноившаяся мозоль. 3. Абсцессы, — флегмона подкожная и под апоневрозом. 4. Флегмонозный тендовагинит. В. Тыльная поверхность: 1. Кожный абсцесс. 2. Фурункул. 3. Карбункул. 4. Флегмона. Указанная классификация дает возможность в каждом отдельном случае применить индивидуальное лечение.

Д-р Максимов (Иваново-Вознесенск) сообщает результаты обследования 252 случаев подкожного панариция ладонной поверхности.

Оказалась, что никакая другая форма не дает столько осложнений и не вызывает столь многообразных методов лечения, как названная форма. Эта последняя обладает свойством одинаково радовать врача и больного за полный успех при правильном лечении и вместе с тем может создать тяжелые последствия за примененную влажную термотерапию. Использованный метод Клаппа с его изменениями, вытекающими из полученного навыка, создал определенный комплекс условий: 1. Популярность ранней операции и ее успех зависит от качества обезболивания и широты его применения. 2. Необходимо обезкровление — жгут на плечо. 3. Операция состоит: а) в удалении всей кожной покрывки над гнойником, работая ножницами, б) в высепании подкожного жира, с) первичная экстирпация некроза — образование конусообразной ямки. Такая методика вытекает из анатомических свойств пальца на ладонной поверхности, препятствует образованию гнойных затеков, исключает какие-либо контрпертуры. 4. Протирание полости спиртом; последующая повязка из гипертонического раствора NaCl представляют заключительную фазу мероприятий.

В послеоперационном периоде отмечается: безгнойное и быстрое заживление и уменьшение раневой полости при отсутствии гнойных затеков. При обследовании через 2—6—12 недель установлено полное отсутствие рубцующегося процесса при наличии функциональной деятельности пальца. Операция Клаппа в определенной методике у пешно разрешает проблему лечения панариция, каковому, в виду его распространенности и влияния во многих процессах, необходимо придать характер социального зла.

Д-р Чарутин по собранной анкете установил, что воспаление кисти и пальцев у хирургов бывает очень часто, причем особое предрасположение не выявлено. Среди этиологических моментов имеют значение: уколы, бытовые условия. Чаще всего повреждаются 1—2 пальцы левой кисти, выявляя все клинические формы, давая в огромнейшем % случаев благоприятный исход.

При наличии контрактур после лечения воспаления кисти, так как все ее ткани принимают в этом осложнении участие, рекомендуется рано начинать теплые ванны и гимнастику (д-р Нововенко, Харьков). Физические методы ле-

чения — грязями, глиной, иовтофорезом, электротерапия, диатермия (д-р Маслов, Чернигов) Rb-терапия дает также большую эффективность, уменьшая отечность, красноту, продолжительность лечения, вызывая падение температуры, ослабляя боли.

Программная тема — „Промышленный травматизм“ — исчерпывающе была изложена доцентом Афанасьевым (Сталино).

В горной и металлургической промышленности из-за высокого коэффициента поражаемости и большей частоты повреждения костей и суставов, особое место занимает травматизм благодаря специфичности оборудования, несовершенства конструкции и недостаточности организации труда. Чаще всего наблюдаются нарушения целостности кости, при чем поражаются таз, позвонки, наиболее сохраняемые при бытовой травме, причем распознавание в условиях руднично-заводских мед. учреждений поставлено далеко несовершено — 4% неправильных диагнозов по сводке Радио-Рентген-Института Донецкого филиала, что ведет к неправильному лечению и неудовлетворительному методу. От этого потеря трудоспособности по горной промышленности исчисляется в 35 дней, а по металлургической — в 25, в то время, как общая потеря от травмы не превышает 15—16 дней. Инсультами для костной травмы являются: 1) машинная травма, 2) транспортные средства, 3) обвалы, 4) падение рабочих, при чем локализация и типы переломов зависят от выполняемой работы и от производственной практики. Чаще всего травмируется нижний отдел ног, рук, а затем позвоночник и коти таза. Необходимо бороться с травматизмом путем: 1) рациональной организации работ, 2) наблюдения правил техники безопасности, 3) повышения тех. сан. грамотности рабочих, 4) механизации производства, 5) широкого оказания помощи первой помощи, 6) ликвидации обезлички. Эффективность лечения травм может повыситься от организации непрерывной связи медпунктов, поликлиник, стационара и от улучшения квалификации медперсонала.

В горной промышленности часто травмируется позвоночник из-за своего специфического анатомического строения (гибкий ствол с буферным действием). Замечено, что сильные травмы дают малое повреждение и наоборот, а не прямые переломы происходят от больших тяжестей (обвалы, прикатие вагонеткой, клетью). Выбор метода лечения (вправление, консервативный, операции) зависит от а) характера, б) типа, в) локализации перелома (д-р Приходько, Харьков).

Необходимо отметить, что ламинэктомия часто дает отрицательный результат (параличи, уросепсис) (д-р Рабинович, Сталино).

При повреждениях черепа — три фактора: 1) увеличение мозга за счет отека или гематомы, 2) избытие спинно-мозговой жидкости, 3) повышение кровяного давления производят давление на продолговатый мозг — компрессия. Поэтому для разрыва порочного круга необходимы: а) повторные пункции, б) введение гипертонических растворов и 3) даже декомпрессия. Последняя не показана при отеке продолговатого мозга (проф. Недохлебов, Днепрпетровск).

„Ортопедический день“ был использован изложением дистрофических процессов в костях и суставах (проф. Ситенко, д-р Лемберг, Харьков). Остеодистрофия — з болевание костей: 1) не связанное одной этиологией, 2) возникающее при нарушениях остеобластической функции мезенхимы в результате общей неполноценности организма, где эндогенные факторы (инфекция, травма) нарушают регенерационные и резорбтивные процессы. Разрушается костная ткань путем заикновения перфорирующих канальцев при одновременной фиброзной перестройке костного мозга. Возникают фиброзные узлы типа гигантоклеточной опухоли. Тогда, при генерализации процесса выявляются: 1) гиперкальциемия; 2) мышечная слабость вместе с искри лениями и патологическими переломами дистрофичных костей. Rb — грамма дает точную дифференциацию и типическую картину (можно смешать с саркомой). В свете эндокринологии необходимо помнить про инкреторную деятельность эпителиальных телец, а потому, кроме Rb — терапии, показано их удаление.

Общественное внимание съезда привлекли доклады проф. Трегубова и д-ра Куценек (Харьков) об использовании остаточной трудоспособности у инвалидов и ТК — больных: 1. Необходимо вести работу в этом направлении, ибо она имеет первостепенное государственно-экономическое значение. 2. Надо широко вводить профилактику с целью минимального снижения трудоспособности,

используя инвалидов в сфере их наиболее полезной деятельности. 3. Долгое пребывание больных должно быть занято выполнением какого-либо трудового процесса, подходящего для каждого отдельного случая. 4. Для больных с костным ТБК необходим правильный выбор профессии, ибо часто род занятий, требующих напряжения, может вызвать рецидив и обострение заглохшего процесса. 5. После перенесенного детского паралича, костного ТБК преимущественно показана работа по садоводству, огородничеству, пчеловодству. 6. Поэтому, для правильного разрешения указанного вопроса надо выяснять производство, тесное общение рабочего с материалом его, положение тела, соответствующее участие нервно-мышечно-суставного аппарата и наконец противопоказания.

Внепрограммный доклад на тему: „Военно-полевая хирургия в подготовке врачебных кадров“ из Харькова. Воен. Окр. госпиталя был сделан доцентом Миловановым.

Для оборонной работы необходимы знания по ВПХ, отличающейся от хирургии мирного времени специфичностью боевых поражений, этапным характером хирургической помощи, зависимостью от оперативной обстановки, массовостью объектов хирург. обслуживания. До изучения ВПХ показано усвоение основ военных знаний, военно-санитарной тактики. Поэтому, вакационная линия должна иметь хирургов двух профилей: 1—для обслуживания войск в пунктах мед. помощи и 2—для полноценной хирургической работы на фронте. Полевой хирург обязан знать основы этапного лечения. Преподавание ВПХ должно проводиться в клинических институтах с приобретением навыков в первичной обработке ран, штандартных методов массового лечения и индивидуальных случаев (ампутации, столбняк, гангрена, переливание крови, переломы).

На съезде присутствовало 754 делегата, среди которых были представители Ленинграда, Тифлиса, Асхабада, Новосибирска, Ялты и много других отдаленных городов необъятного Союза. Интересно отметить, что со стажем до 5 лет присутствовало 126, до 20 лет—243, свыше—117. Так велико увлечение творческой мыслью в хирургии!

Устроенная выставка привлекла внимание съезда. На ней были показаны результаты работ огромного числа институтов, клиник, больниц в оформлении схемами, таблицами, рисунками, препаратами.

В особенности интересен был новосконструированный операционный стол по Штилле и прочая обстановка, полностью и всецело изготовленная из советских материалов руками рабочих Харьковского протезного завода. Выставленная электро-и Рb-аппаратура из Киев., Зиновьевск., Харьков. институтов свидетельствует об исключительных успехах в этих областях. Такова огромнейшая реконструкция советской врачебной техники!

Хирургические клиники и больницы выставили ряд патолого-анатомических препаратов. Институт травматологии и ортопедии показал свое техническое оборудование и художественно изобразил ряд искривлений на слепках, муляжах, выставил остроумно и впрямую придуманную многообразную аппаратуру.

Организация съезда в административно-хозяйственном и бытовом отношении была безукоризненна. Следующий съезд с программными темами: кишечная непроходимость, повреждения черепа, сельский травматизм—назначен на осень 1935 г.

Проф. А. А. Кронтовский.

15 августа на курорте в Бердянске после перенесенного желудочно-кишечного заболевания неожиданно скончался проф. А. А. Кронтовский. В его лице из рядов советских патологов ушел выдающийся ученый со своим особым научным направлением.

Научную деятельность А. А. Кронтовский начал после окончания Киевского университета в 1910 г. под руководством крупного патолога проф. В. К. Линдемана. Последний является учеником проф. Фохта. В лаборатории Линдемана культивировался преимущественно макроэксперимент, круг его

научных интересов сосредоточивался, главным образом, на патологии почек. Но А. А. Кронтовский в первых же своих работах определился как представитель иного экспериментального направления.

Первые исследования А. А. Кронтовского были посвящены вопросу об отношении аутолиза к жировой и липоидной метаморфозе. Позднее эта работа была продолжена совместно с Полевым на тканевых культурах. К началу научной деятельности А. А. Кронтовского относится как раз появление первых работ Harrison'a, Burrows'a и Carrel'я о тканевых культурах. Этот новый биологический метод сразу же привлек к себе внимание А. А. Кронтовского и он, совместно с П. И. Полевым, принялся энергично его разрабатывать. В результате этих работ в 191 г. появилась обширная монография Кронтовского и Полева „Метод тканевых культур“. Тогда это была во всей мировой литературе первая попытка собрать и систематически рассмотреть весь накопившийся научный материал по тканевым культурам. Кроме того в ней были сообщены свои собственные исследования, а также впервые была описана методика тканевых культур, основанная на богатом личном опыте обоих авторов. Эта книга является теперь библиографической редкостью.

К первым же годам научной деятельности Кронтовского относятся его работы по сравнительной и экспериментальной патологии опухолей. После нескольких лет работы над спонтанными опухолями мышей и собак и над первичными опухолями мышей и крыс Кронтовским была выпущена в 1916 г. книга „Материалы к сравнительной и экспериментальной патологии опухолей“, которая до сих пор у нас в русской онкологической литературе остается единственной полной сводкой по данному вопросу. В этой книге, среди другого богатого материала, была описана редкая опухоль аксалотля-хромотофома. Уже тогда, на основании изучения экспериментальных опухолей, Кронтовский пришел к определенному взгляду на природу и характер опухолевой клетки. Этот взгляд, как будет показано ниже, получил дальнейшую разработку и подтверждение в исследованиях с тканевыми культурами.

Этими работами, можно сказать, заканчивается первый период научной деятельности Кронтовского. За это время определилось его научное лицо как патолога. Научные интересы Кронтовского сосредоточились, главным образом, на изучении различных сторон проявлений и расстройств клеточной жизнедеятельности, включая сюда и различные формы патологического роста клеток и тканей. В эти же годы состоялась первая научная командировка Кронтовского за границу (в Англию).

Неблагоприятные внешние обстоятельства для жизни и работы в Киеве в 1918—21 г.г. несколько понизили интенсивность научной деятельности Кронтовского. К этому времени относится начало собирания и писания книги— „Наследственность и конституция“, вышедшей в Харькове в 1925 г. Начиная с 1922—23 г., с установлением более или менее нормальных условий для работы, начинается второй в высокой степени плодотворный период научной деятельности Кронтовского. К этому времени относится применение к изучению жизнедеятельности тканевых культур методов микрохимического и физико-химического исследования. Нужно считать крупнейшей заслугой Кронтовского тщательную разработку вопросов динамики клеточной жизни в искусственных условиях с помощью этих методов. Особенно подробно был изучен углеводный обмен в культурах из различных тканей, в том числе раковых и саркоматозных. Эти работы привели Кронтовского к выводу, что всякая тканевая культура представляет из себя в сущности систему регенерирующей клеток, усиленный рост которых всегда идет „за счет энергетического процесса с увеличением расщепления углеводов при относительной недостаточности дыхания“. Такой тип обмена веществ растущих *in vitro* нормальных тканей сходен в общем с обменом саркоматозной и раковой ткани. На основании этого Кронтовский считает, что „физиологическим прообразом раковой клетки в отношении ее химической динамики, вопреки теории Warburg'a, является не эмбриональная клетка, а скорее регенерирующая клетка. Раковая клетка—как бы зафиксированная „мутацией“ регенерирующая клетка (в определенной фазе регенерации); в дальнейшем регенерирующие клетки становятся более дифференцированными, устанавливаются тканевые корреляции, соответствующее кровоснабжение, опять восстанавливается обычная химическая дина-

мика, раковые же клетки (вследствие, гл. обр., порчи внутреннего тормозящего механизма и неподчинен я их нормальным внешним регулирующим влияниям) и в дальнейшем стойко удерживают способность жить в значительной мере за счет брожения, чем нормальные ткани пользуются, повидимому, лишь временно, при усиленном (активированном) росте, „при процессах регенеративного характера (в известной фазе), при заживлении ран, при воспалении и т. д.“ (Химическая динамика регенерирующих и бластоматозных тканей. Врач. дело, (№ 20, 1929).

Помимо этих работ, Кронтовскому принадлежат многочисленные исследования по влиянию на тканевые культуры рентгеновских и радиевых лучей, гормонов, различных токсинов и т. д. Изучение этих влияний шло опять в разрез обнаружения изменений в биодинамике растущих клеток (рост, обмен веществ)

Чрезвычайно многочисленны работы учеников Кронтовского (Радзиевская, Грах, Яцимирская, Бронштейн, Магат, Лазарев, Савицкая, Коломиец, А. Вылегжанин и им др.) посвященные различным вопросам биохимизма и физико-химических изменений растущих нормальных и опухольных тканей, изменениям функционального состояния соседств после действия лучей рентгена, иммунитета к перевивочным опухолям и т. д. Особо следует отметить работы по изучению некоторых вирусов с помощью метода тканевых культур (сыпного тифа, полиомиелита и др.). Наконец, п. сф. Кронтовскому принадлежит обширная монография о тканевых культурах под заглавием „Explantation und deren Ergebnisse für die normale und pathologische Physiologie“, напечатанная в 25 томе Ergebnisse der Physiologie, 1928 г.

Признание научных заслуг Кронтовского недавно нашло свое отражение в избрании его вице-председателем Международного цитологического конгресса, который состоялся в конце августа этого года в Лондоне. Всего за несколько дней до отъезда на этот конгресс и постигла Кронтовского смерть.

В течение многих лет Кронтовский заведывал Биологическим отделением Киевского микробиологического и рентгеновского институтов, а за последние годы он стоял во главе Киевского филиала Украинского Эндокринологического института. Во всех этих лабораториях, помимо интенсивной научной деятельности, была развернута обширная практическая работа по получению различных органопрепаратов (желудочного сока, инсулина, пролана), а также облученных препаратов (вигантола). В этих же институтах проводилась проверка и стандартизация всех этих препаратов.

Такова, в самом кратком описании, жизненная деятельность А. А. Кронтовского. Ко всему этому можно добавить, что Кронтовский всегда стоял на уровне современных достижений медицинской науки. Великолепно эрудированный, особенно в вопросах, в области которых он работал, Кронтовский вместе с тем обладал крупным критическим умом, позволявшим ему всегда чрезвычайно умело разбираться в огромной массе научной литературы. Очень ценным свойством Кронтовского было прекрасное овладение методом собственных исследований, большое умение и знание границ использования всякого другого метода. Кронтовскому принадлежит введение в методику тканевых культур и в технику экспериментальной онкологии чрезвычайно простых, эффективных и доступных всякому способов, которые, из-за своей несложности, могут быть использованы во всякой лаборатории. Лаборатории Кронтовского были широко открыты для всех желающих работать и обучаться методике тканевых культур. За последние годы периодически в них работали врачи из Москвы, Ростова н/Д., Казани, Саратова и других городов СССР. В лице ближайших ассистентов проф. Кронтовского — д-ров М. И. Яцимирской-Кронтовской, М. А. Магата и Е. П. Савицкой — всякий работающий встречал радужный прием и товарищескую помощь. Сбычно не хотелось и тяжело было покидать гостеприимные лаборатории Кронтовского.

Но неизмеримо тяжелее и до боли обидно чувствовать преждевременную утрату Алексея Антониновича!

Н. Вылегжанин (Казань).

Хроника.

147) За 10 месяцев 1933 г. Академией наук выпущено 149 названий книг и 37 периодических изданий общим объемом в 1.399 печатных листов.

В числе выпущенных книг и печатаемых изданий: сборник статей, посвященный памяти Карла Маркса, работы по проблемам Урало-Кузбасского комбината, труды Совета по изучению производительных сил СССР, труды физиологической лаборатории акад. им. И. П. Павлова и другие.

На днях выходит новая работа акад. И. П. Павлова по физиологии и патологии высшей нервной деятельности человека: „Проба физиологического понимания навязчивого невроза и паранойи“.

148) В Академии наук закрылась первая всесоюзная конференция по физико-химическому анализу.

Выступавшие на заключительном заседании почетный академик Каблуков и академик Н. С. Курнаков подвели итоги работ конференции.

Вынесено постановление о создании постоянного бюро для координирования работ отдельных научных организаций по физико-химическому анализу. Бюро будет организовано при Институте физико-химического анализа Академии наук.

149) Вице-президент Всеукраинской академии наук Палладин сделал в Тулузском университете обширный доклад о результатах исследований в области биохимии, произведенных за последние 5 лет им и его учениками в Украинском биохимическом институте. Доклад собрал высококвалифицированную аудиторию. Присутствовали почти все профессора Тулузского университета. Доклад имел исключительный успех благодаря большой научной ценности результатов исследования, из которых многие еще не были известны за границей.

150) Из Мадрида вернулся директор Ленинградского рентгенологического и радиологического института профессор Немецов, выезжавший туда на международный конгресс по борьбе с заболеваниями раком. Помимо проф. Немецова, в состав советской делегации входили профессоры Петров (Ленинград), Очкин (Москва), Хармандарьян (Харьков) и Зильберберг (Одесса).

В конгрессе принимали участие представители около 50 стран.

Следующий международный конгресс по борьбе с заболеваниями раком созывается в 1936 году в Италии.

151) В Харькове открылось Всеукраинское научно-эпидемиологическое совещание.

В повестке совещания—ряд докладов. Проф. Мельник выступит с докладом о бактериофаге, как средстве предупреждения дизентерии. Проф. Кандыба представит совещанию новые экспериментальные данные по вопросу вакцино-терапии и диагностики коклюша. Проф. Шаферштейн сделает доклад о профилактике и терапии летних детских кишечных заболеваний.

152) В Ленинград возвратилась из Абхазии научно-исследовательская экспедиция Института экспериментальной медицины.

Под руководством проф. И. А. Ремезова и Г. Д. Белонковского экспедиция обследовала физико-химические свойства минеральных источников в районе озера Рица и в долине р. Уатхары. В одном километре от озера Рица обнаружен исключительно ценный углекислый источник типа нарзан, содержащий наряду с хлоридами значительное количество брома и мышьяка.

Источник Уатхара дает щелочно-углекислую воду типа боржом.

ЦИК Абхазии постановил построить на озере Рица и в районе р. Уатхары санаторно-курортный комбинат—новую здравницу всесоюзного значения.

153) Прибывшая в Ленинград комиссия Госплана СССР приступила к уточнению пятилетнего плана Всесоюзного института экспериментальной медицины.

По постановлению Совнаркома институт развернул по всему Союзу широкую сеть своих научных учреждений. В состав института входят около ста лабораторий, клиник и вспомогательных учреждений.

В Сухуме организован субтропический филиал института, где, по указанию акад. И. П. Павлова, проводятся экспериментальные работы по изучению антропоидных обезьян.

154) Тифлиссский зоопарк значительно расширяется за счет вновь отведенной площади в 100 гектаров. Начаты работы по устройству одного из основных отделов нового парка—отдела кавказской фауны.

С сентября в зоопарке начинают работать зоологи—научные сотрудники завкавказского филиала Академии наук СССР. Под их руководством ставятся опыты по акклиматизации и гибридизации животных.

155) В Ленинграде началось строительство электромоторного завода, на котором вся работа (за исключением приемки) будет производиться слепыми.

Завод предполагается оборудовать так, чтобы слепой мог сам контролировать рабочие процессы.

156) В дни XVI годовщины Октября исполнилось десятилетие третьего единого диспансера Харькова, известного под именем 3-й рабочей поликлиники. Это—один из крупнейших в Союзе лечебных комбинатов, выросший после Октября в Краснозаводском районе столицы Украины. В этом районе, где сосредоточены крупнейшие предприятия, до революции была одна маленькая амбулатория, обслуживаемая двумя врачами. 3-й единый диспансер с обширной сетью лечебных учреждений и специальными медицинскими цехами на всех заводах района насчитывает 1.123 врачей, обслуживающих 100 тысяч рабочих и служащих. Годовой бюджет диспансера—3,5 млн. рублей.

С работой диспансера знакомилась многие виднейшие деятели Западной Европы, Америки, представители медицинского мира. Все они сходятся в восторженной оценке работы диспансера.

157) В Ленинграде для рабочей молодежи и школьников открыто несколько ночных санаториев. Большой санаторий открыт при Володарском профилактории. Два ночных санатория для школьников открыты в Выборгском районе—при 163-й и 146 трудовых школах.

158) По инициативе центрального заводского здравпункта 23 ноября на московском Электрокомбинате открывается пищевая санитарно-гигиеническая лаборатория. Лаборатория снабжена специальным оборудованием для исследования пищи, воды и воздуха.

159) Новый курорт будет организован вблизи Делижана (Армения) у речки Бдан-чай, на обоих берегах которой имеются источники углекисло-щелочной воды, сходной с боржомской.

160) В совхозах Одесской области „Красный Перекоп“ и „Шляховой“ приступили к работе два новых лечебных комбината, организуемых по типу заводских медико-санитарных цехов. В составе каждого комбината имеются больница, поликлиника с кабинетами всех специальностей, физиолого-гигиеническая лаборатория. Комбинат имеет медпункты на участках совхоза.

161) Первый ночной туберкулезный санаторий для колхозников открылся в селе Домоватом Черкасского района (Киевщина) при колхозе им. Ленина.

162) 56 новых зимних физкультурных баз открываются к зиме в Дальневосточном крае.

163) Двадцать второму геолого-разведочному отряду Таджикско-Памирской экспедиции удалось найти около 55 тонн оптического флюорита. Этот драгоценный минерал, в котором сильно нуждается оптическая промышленность, впервые найден в СССР в таком количестве.

164) В Архангельске пущен иодный завод, освоивший промышленную переработку беломорских водорослей, ежегодно выбрасываемых морем в колоссальном количестве на берег. Переработка водорослей на севере производится впервые.

165) Всеукраинский институт офтальмологии им. проф. Гиршмана изготовил в своей экспериментальной лаборатории три новых прибора и один хирургический инструмент, ранее в Союзе не изготовлявшиеся. Лабораторией изготовлены бинокулярная лупа, электрический офтальмоскоп, кросс-цилиндр и хирургический пинцет Элшинга.

166) Профессор Ленинградского физиотерапевтического института Н. Н. Калитин изобрел новый прибор—пигментометр для точного определения окраски человеческой кожи.

Физиотерапевтический институт приступил к изготовлению первой партии пигментометров.

167) Среди новейшей медицинской аппаратуры, которую Ленинградский горздравотдел отправил на всесоюзную выставку медицинских изобретений в Москве, значительный интерес представляет электролитический хронограф, сконструированный д-ром Парфеновым. Прибор советского изобретателя дает возможность измерять короткие отрезки времени с точностью до сотых долей секунды.

168) Электро-биологическая лаборатория Всесоюзного института растениеводства произвела интереснейшие опыты по насыщению обыкновенного картофеля растворами определенных лекарственных солей.

В результате этих работ удалось получить картофель-медикамент, который может быть применен с большим эффектом при лечении рахита. Картофель, после обработки солями, сохраняет свои основные вкусовые и питательные качества.

169) В результате продолжительных опытов проф. Рабиновичу удалось получить новый вид перевязочного материала из водорослей—так называемый альгалин. Посредством простой обработки водорослей сибирских водоемов получена вата, которая вдвое гигроскопичнее хлопковой. Производство альгалина может быть организовано без больших затрат на любой ватной фабрике. Предложение проф. Рабиновича Наркомздрав РСФСР признал ценным и передал его для реализации Аптекоуправлению. Уже в текущем году страна получит до 100 тонн ваты из водорослей.

170) Богатейшее месторождение висмута найдено в Ходжентском районе Таджикистана.

Прибывший в Ходжент акад. Ферсман заявил, что вновь обнаруженные висмутовые месторождения смогут ежегодно давать до 2 тыс. тонн висмута. Это избытком обеспечит потребности союзной промышленности в висмуте.

171) Президиум ВЦИК постановил присвоить звание заслуженных деятелей науки профессору 2-го Московского медицинского института А. А. Киселю и директору Института по изучению мозга им. Бехтерева проф. В. П. Осипову.

172) 17-го октября состоялось чествование профессора физиологии Казанского госуд. ветеринарного института К. Р. Викторова по случаю исполнившегося 30-летия его научной, педагогической и общественной деятельности. Редакция просит юбиляра принять ее поздравления.

173) Скончался профессор биологической химии 2-го Московского медицинского института академик В. С. Гулевиц.

174) Кубанский мед. и-т объявляет конкурс на замещение должности профессора топогр. анатомии с оперативной хирургией. Заявления до 1-го декабря—Краснодар, ул. Седина, № 4.

175) Средне-Азиатский мед. и-т (г. Ташкент) объявляет конкурс на должности: 1) профессора 2-й хир. клиники, 2) профессора урологической клиники и 3) доцента 2-ой хир. клиники. Заявления и материалы (в том числе удостоверение об учен. звании) направлять до 15-го ноября—Ташкент, больница им. Полторацкого, Зав. учебной частью мед. института.

Опечатка. В статье М. А. Нимцовицкой „Определение основного обмена по формуле R e a d'a“ (Каз. Мед. Ж. №№ 8—9, 1933),

стр. 657, строка 9—напечатано: 1) Осн. обмен = $(\Pi + \text{Ампл.}) - \text{III}$
надо читать: 1) Осн. обмен = $(\Pi + \text{Ампл.}) - \text{III}$

” ” ” 12—напечатано: 3) Осн. обмен = 0, $5(\Pi = 0,74 \text{ Ампл.}) - 72$
надо читать: 3) Осн. обмен = 0, $5(\Pi + 0,74 \text{ Ампл.}) - 72$

ВОХИМФАРМ ЗАВОД ФАРМАКОН В ЛЕНИНГРАДЕ

ПЕПТОН

В АМПУЛАХ для подкожного (внутримышечного) впрыскивания по 2,0 и 5,0. Для применения во всех случаях, где назначался ПЕПТОН ВИТТЕ.

РЕКОМЕНДУЕТСЯ: при летних детских поносах.

Доза до 1 года—0,5 см.³, 2-х лет—0,75 см.³, 3-х лет—1 куб. см. При колитах у взрослых в дозе 2—5 см.³

Также при бронхиальной астме и ревматизме.

Литература: проф. Лурия—Врачебное дело, 1924 г. №№ 14—16. Д-р Дидькин—Казанский медицинский журнал, 1929 г., № 12.

ТРЕБУЙТЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ СССР

ВОХИМФАРМ ЗАВОД ФАРМАКОН В ЛЕНИНГРАДЕ

ИЗГОТОВЛЯЕМЫЕ по методу проф. ТУШНОВА и при его постоянной консультации

ЛИЗАТЫ

ВЫПУСКАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ВИДАХ:

ТЕСТОЛИЗАТ

—из свежих семяников в каплях для приема внутрь по 30—40 капель 2—3 раза в день, и в ампулах для подкожного впрыскивания.

МИОЛИЗАТ

—из мышечной ткани рогатого скота в ампулах для подкожного впрыскивания и в каплях внутрь по 30 капель 3 раза в день.

ОВАРИОЛИЗАТ

—из свежих яичников животных в ампулах для подкожного впрыскивания.

ТРЕБУЙТЕ ВО ВСЕХ АПТЕКАХ СОЮЗА ССР.

ВОХИМФАРМ ВСЕСОЮЗНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.

Клинически проверенный Институтом Экспериментальной терапии и испытанный препарат ПО МЕТОДУ

ЛИПОЦЕРЕБРИН

д-ра ЛИФШИЦА

ПРИМЕНЯЕТСЯ при нервном утомлении, истощении и малокровии. В сочетании со СПЕРМИНОМ—Фармакон при половой неврастении. Отпускается в таблетках—внутри и в ампулах подкожно.

Москва, Мясницкая, Кривоколенный пер., 12.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Краевой медицинской ассоциации Татареспублики.

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

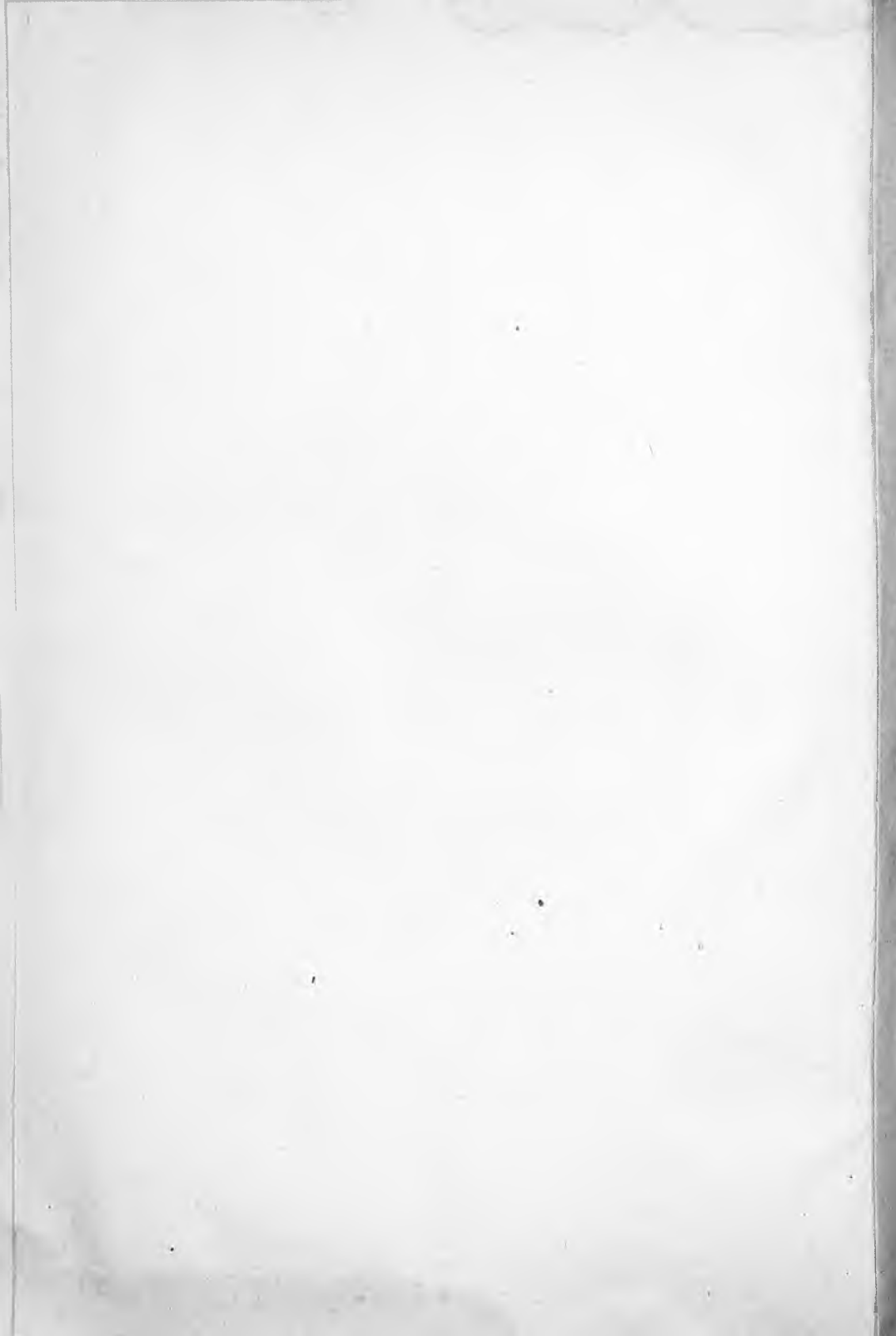
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель проф. В. Л. Боголюбов. Члены коллегии: проф. И. С. Алуп, доц. Э. Н. Блюмштейн (секретарь), проф. И. П. Васильев, проф. А. В. Вишневский, К. В. Волков, проф. Н. К. Горяев, доц. С. Б. Еналиев, Н. В. Инюшкин, проф. И. Ф. Козлов, С. М. Курбан-Галеев, проф. Е. М. Лепский, проф. М. И. Мастбаум (зам. пред.), проф. Ф. Г. Мухамедьяров, проф. И. Н. Олесов, доц. А. Я. Плещицер, проф. А. Г. Тергулов, проф. В. К. Трутнев, проф. С. М. Шварц, проф. В. А. Энгельгардт.

Том XXIX.

1933 г.

КАЗАНЬ.



Оглавление XXIX тома за 1933 г.

- Исторический пленум 5.
 К XIII-летию Татарской Социалистической Советской Республики 1—IV.
 Культура и кризис 17.
 Резолюция Московского общегородского партсовещания медработников по докладу Нар. Комиссара Здравоохранения т. Владимирского 190.

А.

- Абрамзон А. А.** (Надеждинск). Случай аллергической экземы 755
Агафонов А. М. (Эривань). Об упрощенной реакции Цондек-Ашгейма и ее практическом значении 105
Агафонов Ф. Д. и Зимницкий В. С. (Казань). Экспериментальное исследование о значении реакции Kottan'a для определения функции щитовидной железы 118
Айзенберг Ф. С. (Казань). Бронхоэктазии 523
Алексеев Е. С. и Басова Т. П. (Казань). Влияние некоторых фармакологических средств на количество циркулирующей крови у животных. 128
Альбов Н. А. (Севастополь). К методике учета эффективности массовой физиопрофилактики и ее отдаленных результатов 622

Б.

- Бабинская Г. Г.** (Казань). Распространение рахита в связи с бытовыми условиями татарского ребенка 319
Багров Ю. Б. (Златоуст). Способ укрепления катетера à demeure 148
Багров Ю. Б. (Златоуст). Случай сквозного ранения перикарда без повреждения сердца 963
Баженов П. С. (г. Ливны, Ц. Ч. О.). Эхинококк подковособразной почки 940
Барунии И. (Ленинград). Комбинированная сеймотерапия при некоторых заболеваниях периферической нервной системы 424
Бекенев В. А. (Орел). Об условном обозначении хирургических операций 322
Бекетовский Н. Н. (Рыльск). К вопросу о значении так называемых скрофулезных заболеваний глаз 809
Бобровский Н. А. (Казань). Распространение озены в Татарской Республике 804
Боголепов С. В. (Нальчик). К оперативному лечению грыж пупочного канатика 718
Борщев К. Г. (Казань). О риносклероме 948
Борщев К. Г. (г. Миллерово). Наложение швов на небные дужки с целью остановки сильного миндалинкового кровотечения 346
Борщевский М. Л. (Одесса). Об абсцессах легкого 301
Брейтман М. Я. проф. (Ленинград). Новая морфологическая (цифровая) классификация конституциональных групп 91
Булгач Р. А. Ассист. клин. (Днепропетровск). Клинико-экспериментальные наблюдения по вопросу о лечении хлоркальцином сульфатом магнезии (MgSO₄) 926
Бурсановский В. А. (Мариуполь). Эмболия правого атриовентрикулярного отверстия 242
Буханов Я. Г. (Иркутск). Лечение женских болезней Садгородскими грядями 76

В.

- Вербов М. А.** (Ст. Кратово М.-Каз. ж. д.). Очерк работы научно-клинического санатория Цустраха им. Ленина 381
Войдинова О. М. (Казань). Очередные задачи врачей ОЗД и П. 757
Вольтер Б. А. проф., **Цветков И. И.** и **Байтерякова Р.** (Казань). Влияние воды Ижевского минерального источника на дуоденальную секрецию 72

IV

Г.

Гасуль Р. Я. проф. (Казань). О преподавании рентгенологии в медвузе на грани 2-й пятилетки	284
Гасуль Р. Я. проф. (Казань). Профилактика рака и противораковая борьба в ТР	870
Гельтцер Р. Р. проф. (Казань). О применении алкоголизированной взвеси <i>sp. pallida</i> для серодиагноза сифилиса	709
Герценберг Е. Я., Беньямович Е. Б., Левин А. М. (Москва). О гистологии здоровой на вид кожи при сифилисе	211
Гильман А. Г. (Ливадийский санаторий Цустрада). Торакопластика и беременность	115
Гликсберг Е. С. (Одесса). Эссенциальная тромбопения и спленэктомия	660
Голяев А. В. (Казань). К вопросу о поражении поджелудочной железы при приобретенном сифилисе	331
Гольдштейн М. И. и Цукерман С. С. (Казань). О длительном течении лимфогранулематоза при рентгенотерапии	61
Гордиенко А. Н. (Краснодар). О местной анафилактики у холоднокровных. Груздев В. С. проф. (Казань). Показания и противопоказания к искусственному выкидышу. Доклад в пленарном заседании Краевой научной медицинской ассоциации АТССР 14. V. 33	338
Грязнов (Москва). Больничное дело — на уровень задач, поставленных правительством и партией	550
Грязнов (Москва). Больничное дело — на уровень задач, поставленных правительством и партией	367
Гук В. В. (Одесса). О сроке лечения на грязевом курорте при болезнях суставов	66
Гурвич В. (Орша). К вопросу о замене бисмутовых солей белой глиной (<i>Bolus alba</i>)	582

Д.

Дмитриев А. И., Здобнов И. И., Порудоминский И. М. (Москва). Флавакридин при гонорройных артритях	309
---	-----

Е.

Еляшевич Л. И. (Казань). К казуистике травм шеи с обширным разрушением глотки и гортани	471
---	-----

З.

Заблоцкий М. Ф. (Архангельск). К вопросу о лечении мочекаменного мочекаменного диатеза	580
Золотницкий И. Н. (Нежин). Операция Depig'a и показания для ее применения	952
Зайцев А. А. (Ленинград). Факторы, способствующие развитию прогрессивного паралича	667
Зимин А. Н. (Горький). Клиническая ценность фуксина-сулемовой реакции Takata-Ag'a при исследовании спинно-мозговой жидкости	918

И.

Игошин В. А. (Курорт „Кульдур“ Биробиджанского района ДВК). Влияние Кульдурского минерального источника на хронические простатиты и сперматоцититы при ректальном его применении	81
Игошин В. А. (Курорт „Кульдур“ Биробиджанского района ДВК). Результаты лечения экзем на курорте „Кульдур“	85
Иванов В. Ф. (Москва). К вопросу о сигнализационной статистике на здравпунктах	25

К.

Кибяков А. В. (Казань). О гуморальном переносе возбуждения с одного нейрона на другой	457
Клеинцкий Я. С. (Ленинград). Фибромиомы матки и беременность	946
Клыков Н. А. (Барнаул). О лечении острого суставного ревматизма пиримидоном	584

Жондратьев Г. Г. и Катаев Я. Г. (Казань). Значение телосложения в патологической и лечении сифилиса	313
Коробков Л. <i>Malaria chronica largata</i>	56
Кочетов Б. П. (Саратов). К казуистике множественной первичной сифиломы	470
Кочетов Б. П. (Саратов). О негонорройных уретритах	427
Кочетов Б. П. (Саратов). Твердый шанкр уретры	345
Котман (Одесса). Методика лечения детей с костным тbc на курорте	438
Крамов Н. А. (Казань). Кавернозные формы легочного тbc и кумысолечение	409
Кузьмина-Кавецкая Н. А. (Москва). Влияние грязелечения на менструальную функцию	231

Л.

Лазарис Я. и Тимофеев Л. (Днепропетровск). О влиянии продуктов распада опухолевой ткани на развитие и рост трансплантированных опухолей	236
Лаззвский Ю. М. (Москва). О системной гиперплазии ретикуло-эндотелия бластоматозного типа (так наз. ретикуло-эндотелиоме)	134
Левин Я. М., Левин М. М. (Глинск, Новогеоргиевский район). Материалы к вопросу об отравлении спорыней	547
Левков А. И. (Пенза). К вопросу о моментах, способствующих возникновению послеоперационной пептической язвы тощей кишки	224
Лепская Р. И. проф. (Казань) О холецистопатиях	767
Лепская Р. И. проф. и Могилевский Э. Р. асс. (Казань). Экстраренальное накопление шлаков крови	399
Либберберг Р. М. (Бердичев). Пуэрперальное воспаление кисты <i>utriculus'a</i>	964
Лихт Л. М. (Ростов н/Д). Об одной профвредности в работе машинного формовщика	195
Лихт Л. М. (Ростов н/Дону). О симптоматологии сифилиса печени	897
Лурья Р. А. проф. (Москва). Об острых септических заболеваниях внутренних органов	640

М.

Магид М. И. (Киев). О мотивах обращения к подпольному аборту	696
Макаров Ю. В. и Хасанкаева Н. Х. (Казань). Роль яслей в профилактике детского тbc	507
Мамиш Р. М. (Казань). Наблюдения над изменением желудочной секреции под влиянием кумысолечения (по методу проф. С. С. Зимницкого)	529
Мамиш Р. М. и Тямина Г. С. (Казань). Дополнительные источники антирахиического витамина	453
Мастбаум М. И. проф. (Казань). Из поликлинической практики	296
Матусевич Я. З., Фрумина Л. М., Перегуд Е. А. (Ленинград) Из клинических наблюдений над отравлением окисью цинка	514
Меньшиков В. К. проф. (Казань). Профилактика детских летних поносов	775
Михайлов М. Ф. (Казань). К вопросу о содержании иода в питьевых водах Марийской области	713
Могилевский Э. Р., Рапиговец В. Л. аспирант, Потехин Д. Е., Медведова И. Е. (Казань). Бессолевая диета в лечении гиперацидных гастритов и язв желудка	883
Мордвинкин А. Н. и Рафалькес С. Б. (Москва). Антивирусная внутрикожная реакция, как диагностический и прогностический метод у после родовых (послеабортных) больных	703
Морозкин Н. И. (Смоленск). Значение картины крови при некоторых инфекционных заболеваниях	42
Мошин Р. И. (Казань). Колебания содержания сахара в крови при различных типах дыхания	342
Мурадян А. Д. (Эривань). Случай произвольных родов при полном поперечном разрушении спинного мозга	244

VI

H.

Немшилов С. Ф. (Казань). О кожной реакции с exantин'ом	449
Несговоров Б. Е. д-р. (Свердловск). К вопросу о распространении бруцеллеза в г. Свердловске	902
Несговоров Е. Е. (Свердловск). Эпидемия мальтийской лихорадки в Брединском районе Уральской области	290
Низязев В. В. (Сталинград н/В.). Лечение острого ревматизма внутривенными вливаниями дистиллированной воды	421
Николаев П. Н. проф. (Саратов). К патогенезу острых нефритов	32
Нимцовицкая М. А. (Казань). Заболеваемость и травматизм с утратой трудоспособности на предприятиях гор. Казани в 1932 г.	371
Нимцовицкая М. А. и Зарбева В. С. (Казань). К клинике пеллагры	392
Нимцовицкая М. А. (Казань). Определение основного обмена веществ по формуле $R\ e\ a\ d'a$	656

O.

Олесов И. Н. проф. (Казань). К вопросу о профессиональном сифилисе	779
Олесов И. Н. проф. (Казань). Опыт лечения метиловым антигеном Négge и Voquet туберкулезных поражений кожи	930
Олесов И. Н. проф. (Казань). Профилактика кожных и венерических заболеваний в детучреждениях ОЗД и П	761
Олесов И. Н. проф. и Белова Е. К. (Казань). Четвертая венерическая болезнь	671
Осипович В. М. (Елабуга). О лечении и профилактике ангина тимолом	469
Остроумов Б. А. (Семипалатинск). Обзор 70 операций по поводу эхинококка	727
Островский М. И. (Днепропетровск). К вопросу об обширных резекциях тонких кишек	960

П.

Павлонский Я. М. (Харьков). Опыт нефропексии при помощи лоскута на ножке из cutis subcutis	110
Палкин (Одесса). Парижская коммуна и медицинские работники	269
Папаев А. А. и Пучок А. И. (Астрахань). К вопросу о витальной зернистости эритроцитов при легочном туберкулезе	44
Петровых А. И. (Краснодар). Авитаминоз вследствие одностороннего неполноценного питания при хроническом колите	720
Петровский В. В. (Астрахань). О влиянии безусловного рефлекса на условный отрицательный рефлекс	570
Петровский В. В. (Астрахань). О влиянии внешнего торможения на развитие внутреннего при угасании условного рефлекса	233
Петченко А. И. (Рыльск Ц. Ч. О.). Случай доношенной вторичной абдоминальной беременности в стадии мумификации	958
Писаревский Н. Н. (Ростов). К методике собирания материала о материнской смертности	800
Подобанский В. К. (Рязань). Случай болезни Банга у человека	416
Полянцев А. А. (Казань). К клинике поддиафрагмальных нарывов	688
Покровский С. А. (Оренбург-Свердловск). О динамике морфологических изменений при сифилисе желудка	200
Поташник М. Б. (Казань). К вопросу об обезвреживании неосальварсана глюкозой	89
Поташник М. Б. (Свердловск). Об изменении кожи у льнопрядильщиц	678
Преображенский В. В. (Орел). Ширпотреб на службе профилактики слепоты	388
Преображенский В. Н. и Ланцберг М. Н. (Орел). Организация школьных занятий для слабо видящих	633
Пронин Д. (Казань). Спиноза и диалектический материализм	9
Пунин К. В. проф. (Смоленск). Сифилис и рак печени	48

P.

Резников А. Б. д-р (Москва). Профессиограмма тракториста-рулевого	351
Редионов В. Е. (Ардатов). Перекись водорода ($H_2 O_2$) как средство для местной анестезии	466

Розинский Ю. (Москва). Проблема организации умственного труда в свете психогигиены	843
Российский Д. М. проф. (Москва). Клиническое значение препаратов угля	956
Рубинштейн М. Я. (Днепропетровск). К профилактике послеродовых заболеваний аутогемотрансфузией	701
Рупасов Н. Ф. (Казань). Новокаиновый блок нервов при чешуйчатом лишае	227
Русских В. Н. проф. (Смоленск). Бешенство и паралич Ландрри	908

С.

Сафонов Г. И. (Одесса). Редкий случай детоубийства	824
Сидоров Н. Е. (Казань). О времени появления гормона передней доли гипофиза в эмбриональной жизни человека	813
Смирнов В. А. (Никольск-Уссурийский). Случай акромегалического гигантизма подростка	247
Смеродинцев Н. А. (Уфа). Еще о первичной половой дифтерии девочек	144
Соболев Л. Н. (Семипалатинск). Два случая образования искусственного влагалища	720
Согомонов (Нальчик). Клинический метод лечения малярии малыми дозами хинина	146
Соколин А. И. (Магнитогорск). О венеризме на новостройках	876
Соколов О. А. (Рудники, Иван.-Пром. обл.). Воспалительные опухоли альника	541
Соловьев В. С. (Воронеж). Об ileus'a во время беременности	327
Соловей М. Г. (Москва). К клинике fistula-gastro-jejuno-colica	206
Спиридонов А. Н. (Тула). К вопросу о времени операции при остром аппендиците	792
Степухович Д. М. (Балашов). К вопросу о лечении крупозной пневмонии	391

Т.

Тамарин И. Л. (Днепропетровск). Симптомы матовости и западания глаза при легочном туберкулезе	957
Тамбовцев Н. М. (Казань). К вопросу о некрофилии	783
Тумский В. А., Семенов З. С., Остапович Г. Д. (Воронеж). К вопросу о проводящих путях вегетативной нервной системы в продолговатом мозгу	97

Ф.

Фишер Г. М. (Одесса). Глазной профотбор портовых грузчиков	629
Фрейдлин С. (Ленинград). Очередные задачи здравпункта в борьбе с травматизмом	21
Фрейфельд Е. (Москва). Изменение нервной системы при свинцовом отравлении. Патогенез свинцовой колики	140
Френкель И. С. (Киев). Остеомиелиты верхней челюсти	681

Ц.

Цветков И. И. (Казань). Проф. Н. К. Горяев. К 30-летию юбилею научно-педагогическо-общественной деятельности	1
Цимхес И. Л. прив-доц. и Палкин-Милославский И. Т. д-р (Казань). Новые приборы для переливания крови, местной анестезии и других медицинских и технических целей	936

Ч.

Черников В. В. (Одесса). О трофических нарушениях костей при радикулитах и радикулоневритах	534
Чувьрин И. П. и Назаров Н. И. (Казань). О топографии п. phrenici и операциях на нем у туберкулезных больных	431

VIII

Ш.

Шамарина О. В. (Ленинград). Влияние невротомии на микрофлору хронических незаживающих язв	229
Шварц С. М. проф. (Казань). Кризис медицины и здравоохранения в Германии	174, 273.
Шевякова О. И. (Свердловск). К вопросу о реакции связывания комплектапри бруцеллезе	906
Шейман А. И. (Астрахань). К клинике цереброспинального люэса	143
Шилин Я. В. (Самара). К вопросу о лечении блефаритов раствором бриллиантовой зелени	723

Щ.

Щербацкий (Камышин). Наиболее дешевое и верное средство против bromidrosis pedum	248
--	-----

Э.

Эпштейн Т. Д. (Казань). Здравоохранение ТР в итоге первой пятилетки и его очередные задачи	613
Эпштейн Т. Д. проф. (Казань). О задачах врача в большевистском севе 1933 года	182
Эпштейн Т. Д. проф. (Казань). К 50-летию со дня смерти Карла Маркса	169

Ю.

Юфит Э. М. (Катта-Курган). Случай длительного пребывания инородного тела в орбите	821
---	-----

Я.

Явнель А. Ю. (Москва). Методы работы здравпункта в молочно-животноводческих совхозах	862
--	-----

Обзоры, рефераты, рецензии, сообщения и пр.

Обзоры и статьи.

Адо А. А. (Казань). Аллергические воспаления	966
Левинштейн (Москва). Отбор медицинских препаратов	156
Лепский Е. М. проф. (Казань). Авитаминозы. Современные успехи в их изучении и профилактике	473
Могилевский Э. Р. (Казань). О кишечной аутоинтоксикации	348
Панина А. И. (Ленинград). Бациллемия при туберкулезе	587
Русецкий И. И. проф. (Казань). Основные моменты в современном учении об эпилепсии	826
Российский Д. М. проф. (Москва). Гармин и его клиническое применение	149
Российский Д. М. проф. (Москва). Органотерапия при заболеваниях крови	730
Российский Д. М. проф. (Москва). Пролан и гравидан	152
Троцкий Н. А. (Камышлов). О так называемых гормонах сердца и кровообращения	250

Рефераты:

а) Внутренние болезни	159, 261, 355, 489, 745
б) Туберкулез	159, 745
в) Ушные, носовые, горловые болезни	261, 355, 489
г) Хирургические	355, 600, 745, 837, 997
е) Психиатрия и невропатология	489, 745, 837, 987
ф) Гинекология, акушерство	600, 745, 837, 989
г) Биохимия	745

Библиография и рецензии:	158, 256, 354, 483, 596, 743, 835, 983
Краевая научная медицинская ассоциация АТССР.	
Глазная секция	361, 604
Акушерско-гинекологическая секция	495, 750
Хирургическая секция	604
Соликамский научно-медицинский кружок за 1931-32 г.	502
Съезды и конференции.	
Пленум Московского О-ва физиологов, биохимиков, фармакологов и гистологов, посвященный проблеме белков (отч. <i>А. Баева</i>)	499
III научный областной съезд врачей Татарии (отч. <i>Т. Д. Эпштейна, Д. Е. Гольдштейна, И. И. Калинина и Н. И. Вылегжанина</i>)	736
Впечатления о 5-м Всеукраинском съезде хирургов. Проф. <i>С. М. Эйбера</i> .	990
Юбилей.	
Юбилей проф. <i>Н. К. Горяева, В. Катерова</i>	165
Некрологи.	
Ганс Мух. Проф. <i>М. И. Мастбаума</i>	163
Памяти проф. <i>Н. А. Геркена, Проф. Н. В. Соколова</i>	752
Проф. <i>А. А. Кронтовский, Н. Вылегжанина</i>	994
Хроника	164, 267, 363, 503, 609, 753, 840, 990
Письма в редакцию	166, 365
Вопросы и ответы	167, 366, 612
Обращение Краевой научной мед. ассоциации Татреспублики ТНКЗ ко всем медработникам и рабочим г. Казани и районов ТР	167
Открытое письмо товарищам-хирургам Татарской ресублики	613
Разные сообщения.	
Санаторий лечебного питания в г. Казани	612
Темы научных работ по борьбе против рака	755

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.

- Аборт искусственный, показания и противопоказания 550,— перфорация матки при нем 747,—подпольный, мотивы обращения к нему 693,—статистика их в Гамбурге и влияние на трудоспособность 610,— организация помощи в Татреспублике 498.
- Абсцесс легкого, лечение 162, 301, 601,—искусственный при септической инфиляции 264,—мозга оточенные 494,—поддиафрагмальные, клиника их 688.
- Авербах М. И., проф., присуждения звания заслуженного деятеля науки 999.
- Авитаминоз при колите 820,—условный 481,—изучение и профилактика (обзор) 473.
- Аврикулин—251.
- Автоматин 251.
- Агранулоцитоз, как вид сепсиса 643.
- Адреналин, влияние его на количество циркулирующей крови 131—внутрикардиальная инъекция при остановке дыхания 607.
- Аденотомия, осложнения после нее 360—неудачи 360.
- Adenolymphoiditis benigna, сл 267.
- Азотемия гипохлоремическая 399.
- Академия наук СССР, печатные издания в 1933 г. 997.
- Алкоголизация нервных стволов и сосудов при болях 599.
- Алкоголь, лечение им легочных нагноений 162.
- Аллергия при желчных заболеваниях 265.
- Альгалин, новый перевязочный материал 999.
- Амбивалентность невротическая 484,
- Амилнитрит, влияние его на количество циркулирующей крови 132.
- Аминокислоты, лечение ими анэмий 357.
- Ампутация матки надвлагалищная 839.
- Ангидриды аминокислот 500.
- Антиген метиловый Boquet и Négre, лечение туберкулеза кожи 930.
- Анэстезия местная инфильтрационная в акушерстве и гинекологии 497, — — кокаином 358, — — перекисью водорода 468, — — новые приборы для нее 936.
- Anabalin 252.
- Анафилаксия местная у холоднокровных 338.
- Ангины, лечение и профилактика тимолом 469.
- Angioxyl (ангиоксил) 252.
- Анэмия как авитаминоз 481,—лечение при микседеме 356,—лечение аминокислотами 357,—психические изменения при ней 490,—пернициозная, лечение аутолигом печени 493.
- Аппендицит острый, время операции при нем 792.
- Art. pulmonalis, сл. врожденного стеноза устья 503.
- Артриты гонорройные, флавакридин при них 309.
- Аспиранты, новые ставки им 364,—реорганизация работы с ними 841.
- Ассоциация научная медицинская АТССР, деятельность 361, 495, 604, 750.
- Асканазу, проф., награждение его премией за работы по раку 267.
- Астма, химиотерапевт. средства 157.
- Атлас рентгенограмм, брош. 159.
- Атропин, лечение им атрофии зрительного нерва 362, — — эпидемической икоты 493,
- Атрофия зрительного нерва, лечение атропином 361.
- Аутогемотерапия при шизофрении 988.
- Аутогемотрансфузия, как профилактика послеродовых заболеваний 701.
- Аутоинтоксикация кишечная 348, 492.

Б. В.

- Базы зимние физкультурные новые 998.
Bacillus abortus Bang'a 416.
 Батарчуков Р. А., назнач. приват-доцентом Каз. мед. ин-та 503.
 Бациллемия при туберкулезе 586, 746,—туберкулезная при не тbc инфекционных заболеваниях 745.
 Бациллоношение и мастоидиты 263.
 Бедро, сл. врожденного отсутствия 502.
 Белок, взгляды на строение и природу 500,—сольтватация его 501,—мицеллярное строение в организме 501,—промежуточный обмен 502,—параллелизм обмена у животных и растений 502,—иодированный, продукты расщепления 745.
 Бензин, отравление им нервной системы 738.
 Беременность, ileus при ней 327,—и сахарный диабет 603,—токсикозы ее и аборт 555,—и торакопластика 115,—и фибромиомы матки 946,—и эпилепсия 829,—абдоминальная вторичная в стадии мумификации 958,—вагматочная повторная 503,— обзор случаев 751,—в двойной матке, случай 495.
 Бешенство и паралич Ландри 908.
 Билирубин, функциональная проба печени с ним 493.
 Биофизика, организация отдела во Всесоюзном ин-те экспериментальн. медицины 267.
 ВК, бактерицидность мочи 266.
 Блефариты, лечение их бриллиантовой зеленью 723.
 Блок нервов новокаиновый при чешуйчатом лишае 227.
 Болезнь Банга, случаи у человека 416,—венерическая четвертая (синонимы: *Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta*, болезнь Nicolas-Favre, *Microadenitis inguinalis* и др.), терапия 671, — Schüller-Christian'a 749.
 Болезни детские, брош. 158,—женские, лечение Садгородскими грязями 76,—суставов, длительность лечения на грязевых курортах 66,—органов внешних чувств и показания к аборту 560,—хирургические и показания к аборту 560,—сосудов и аборт 558,—нервные, учебник 836.
 Боли седалищные, лечение 599,—хирургическая борьба с ними (алкоголизация) 599.
Bolus alba, замена им солей висмута 582.
 Больница в Челябинске, строительство 164,—в Петропавловске-на-Камчатке, постройка 365,—образцовая в Харькове, строительство 505, — — первая детская в Ленинграде 754.
 Больницы, организация их работы соответственно задачам, поставленным правительством и партией 367.
 Боровский Н. Ф., проф., смерть его 365.
 Бормашины, освоение производства в Самаре 609.
 Бром в гипофизе 492.
 Bromidrosis pedum, способ лечения 248.
 Бронхопневмонии, вакцинотерапия их 355.
 Бронхоэктазии 163, 523,—диагностика поликлиническая 298,—роль сифилиса в этиологии их 267.
 Бронхоскопия при нагноительных процессах в легком 261.
Brucella abortus 416,—*melitens* 416.
 Бруцеллез, распространение в г. Свердловске 902,—р. связывания комплемента при нем 906.

В. В.

- Vallery-Radot R., биограф Пастера, смерть его 506.
 Вакцина против брюшного тифа новая 165,—противомаларийная 364.
 Вакцинотерапия бронхопнеймоний 355.
 Варикоцеле, оперативное лечение 358.
 Венеризм на новостройках 877.
 Венесекция *v. jugularis externaе* 356.
 Викторова К. Р., проф., 30-летие его деятельности 999.

Висмут, замена его в терапии 157, — новое месторождение 999.

Витамины антирахитический, источники его 453.

Влагалище искусственное 720.

Вода дистиллированная, внутривенные вливания при ревматизме 421, — ижевского минерального источника, влияние на дуоденальную секрецию 72, — питьевые, иод в них 713.

Водоросли, производство альгалина из них 999.

Возбуждение, гуморальный перенос его с одного нейрона на другой 567.

Воспаления аллергические, обзор, 966, — пуэрперальное кисты uterus'a 964, — среднего уха в младенческом возрасте 359.

Волячек В. И., проф., награждение орденом Ленина 753.

Врачи выпуска 1933, план распределения 505, — и задачи их в севе 1933 г. 182, — ОЗД и П, задачи работы 757, — школьные, сокращение числа их в Америке 164, — ОЗД и П, курсы по подготовке в Казани 164.

Вскармливание ребенка грудного возраста 48.

ВУЗ медицинский новый в Ленинграде при бол-це им. Нечаева 364.

Выделение в пищеварительном канале, новые данные 356.

Выкидыш искусственный, показания и противопоказания 550, — — — прения по докл. проф. Груздева 563.

Выставка „Расы и империализм“, подготовка к открытию ее в Москве 364.

Г.

Гангрена газовая после инъекции лекарств. веществ 837.

Гармин, клиническое применение 149.

Гастриты, лечение бессолевой диетой 883.

Гауссманн, проф., приглашение его в Киссинген 610.

Гельминтозы у северных народов, борьба с ними 841.

Гемофилия, лечение оваринном 356.

Гематома печени у новорожденных 748.

Гематурия и аборт 559.

Генетика, применение лучистой энергии 485.

Гепатопатия беременных и патогенез эклампсии 839.

Геркен Н. А., проф., некролог 752, — смерть его 268.

Гессе, проф., 25-летие его научной деятельности 365.

Гигантизм акромегалический, случ. 246.

Гипергликемия послеоперационная 747.

Гиперплазия ретикуло-эндотелия 134.

Гипертиреозидизм, рентген и радиотерапия 266.

Гипофиз, время появления гормона передней доли 813, — и сон 492, — содержание брома в нем 492, — рентгенотерапия опухолей 486.

Гиповентиляция при эпилепсии 489.

Гипосульфит при лечении пеллагры 355.

Глаза, западения и матовость при туберкулезе 957, инфекция тушью при носовом и трахеальном дыхании 603, — лечение скрофулезных заболеваний 809.

Глотка, обширное разрушение 471, — стрептококковая инфекция 261.

Глюкоза, обезвреживание ею неосальварсана 89, — при почечных гипертензиях 161.

Гормон передней доли гипофиза, время появления 813, — сердца и кровообращения 250, — — — гистамин 253, — при грудной жабе 255, — шитовидной железы, получающ. при расщеплении иодированного белка 745.

Гортань, обширное разрушение 471.

Горький А. М., избране почетным членом Ин-та exper. медицины 268.

Горяев Н. К., юбилей его 1, 165, — письмо в редакцию 166, — сборник, посвященный ему 165.

Гравидан 152.

Грипп, вопросы лечения 608.

Группы конституциональные, новая классификация их проф. М. Я. Брейтмана 91.

Грузчики портовые, глазной профотбор их 629.

Грыжа паховая, операция 988, — пупочного канатика 718.

Грыжесечение, профилактика рецидивов 359.

Грязелечение, влияние на менструальную функцию 231, — клиника его, брош. 834.

Грязелечебница в Ташкенте, строительство 504.

Гудевич В. С., академик, смерть его 999.

Д. Д.

- Депрессии, медикаментозное лечение 837.
 Dermatitis seborrhoides, брош 354.
 Детоубийство, редкий случай 824.
 Диатез мочекислый, лечение 574.
 Диабет сахарный и беременность 603, — химиотерапевтические препараты 157.
 Диагностика в поликлинической практике 296.
 Дигален, влияние его на количество циркулирующей крови 132.
 Диспансер 3-й в Харькове, десятилетие его 998.
 Диспепсия алиментарная, лечение инъекциями молока 493.
 Дистрофия при авитаминозах 482.
 Дисэргия 474.
 Дифтерия половая первичная у девочек 144.
 Диета при дерматозах, брош. 258, — кетогенная при инфекции мочевых путей 493, — бессолевая, лечение гастритов и язв желудка 883.
 Дренажирование ран, возражения против него 988.
 Дрожание гидатид, происхождение 988.
 Дыхание, сахар крови при различных типах его 345.

Е.

- Ekzema infantum usw., брош. 354.
 Еналиев С. М., назнач. прив.-доц. Каз. мед. ин-та 503.
 Eutonon 251.
 Exanthin, кожная реакция с ним 449.

Ж.

- Жаба грудная, применение сердечных гормонов при ней 255.
 Желатина, нагрузка ею, как функциональная проба печени 265.
 Железы внутренней секреции и нервная система, брош. 483, — — и обмен веществ, брош. 484.
 Железа поджелудочная, оперативное лечение 746, — — повреждение при сифилисе 331, — щитовидная, опред. функции пом. р. Kottmann'a 118.
 Желудок, динамика морфологических изменений при сифилисе 200, — его секреция и кумысолечение 529, — резекция на высоте жел. кровотечения 605, — каскадный 486.
 Желчь, влияние тироксина на секрецию и химизм ее 492.
 Жидкость спинно-мозговая, исследование с помощью р. Takata-Aga 918.
 Жилин И. Н., назнач. прив.-доц. Каз. Мед. Ин-та 503.
 Жир омуля, белухи, нерпы, гренландского тюленя, как источник антирахитич. витамина 453.
 Журнал медиц. американский (The J. of the A. M. A.), динамика тиража 506, — новый „Культура Фронт“ на зырянском языке с мед. отделом 164.

З.

- Заболеемость на промпредприятиях г. Казани в 1932 г. 371.
 Заболевания грибковые 740, — послеродовые, профилактика их аутогемотрансфузией 701, — — антивирусная внутри-кожная реакция при них 703, — желчных путей, аллергические моменты 265, — — и печени, применение редьки 265.
 Заикание, симуляция его 987, — сущность его 750.
 Занос пузырный 553.
 Здравоохранение в ГР и задачи его 613, — в СССР, финансирование и развитие в 1933 г. 504, — в Германии, кризис его 174, 273, — в Московской области 165.
 Здравпункты в Московской области 365, — методы работы в молочно-животноводческих совхозах 863, — задачи по борьбе с травматизмом 22, — сигнализационная статистика на них 25.
 Зелень бриллиантовая, лечение ею блефаритов 723.
 Зоб токсический, рентген и радиотерапия его 266.
 Зоопарк в Тифлисе 997.
 Зубы, порча их при операции в верхней челюсти 359.

И. I. J.

- Jeřinek, проф., присуждение ему премии им. Барбье 363.
 Икота эпидемическая, лечение атропином 493.
 Иeus во время беременности 327.
 Институт Всесоюзный экспериментальной медицины, план работ 997,—глазной в Ленинграде, открытие филиала в Глазове 365,—Всесоюзный эксперим. медицины, организация 267,—медицинский в Ижевске 754,—медицинские, выпуск врачей в 1933 г. 841,—мозга, 15-летие его 506,—медицинские в национальных республиках 505,—переливания крови в Ленинграде, открытие филиала в Петрозаводске 505,—промышленной санитарии и социальной гигиены, открытие их в Ростове н/Д 365.—социал. здравоохранения и гигиены в Хабаровске, открытие 365,—трахоматозный в Казани, открытие филиала в г. Канаше 268,—химический Академии наук, строительство 610,—клинико-бактериол. ветеринарный в Свердловске 610,—эксперимент. медицины, филиал в Мурманске 164,—медицинский в Уфе 164.
 Инфекции раневые свежие и борьба с ними в военное время 600,—септическая, искусственный абсцесс при ней 24,—острая стрептококков. глотки 261.
 Иод, извлечение его из ваты 167,—лечение им tbc 265,—в питьевых водах 713,—пук завода в Архангельске 998.
 Jones R., смерть его 506.
 Иодипин при резорбции жира в кишечнике 486.
 Исследование амбулаторное, моменты диагностики при нем 296.
 Источник железисто-щелочный новый на Волге 609,—минеральный Ижевской, влияние на дуоденальную секрецию 72,—Кульдур, влияние на простаты и сперматоциститы 81,—минеральные новые (в Бобруйске, Горьковском крае и др.) 504,—новые в Абхазии 997.
 Истерия, физиологическое понимание 596.

К. С.

- Kallicrein (Padutin) 253.
 Кальций в крови при эпилепсии 833.
 Камни мочеџчников, консервативная терапия 838.
 Канал пищеварительный, новые данные о местах выделения впрыснутых в вену веществ 356.
 Канатик пупочный, грыжи его 718.
 Carnigen (Lacagnol) 253.
 Картофель, насыщение его лекарственными веществами 999.
 Катетер, укрепление à demeure 148.
 Кафедры свободные в мед. ин-тах 999.
 Кибяков А. В., назнач. прив.-доц. Каз. мед. ин-та 503.
 Кисель А. А., проф., заслужен. деятель науки 999.
 Кисть, сл. врожденного уродства (эктрокерия) 503,—ручная, лечение и классификация воспалительных заболеваний 991.
 Классификация конституциональных групп новая проф. Брейтмана 91.
 Клей кожный из сосновой смолы 600.
 Клиника внутренних болезней“, брош. 983.
 Клиника ото-рино-ларингологическая Пермского мед. ин-та, организация консультаций в районах 610.
 Коацерваты 501.
 Кодекс санитарный, проект 505.
 Кожа здоровая на вид при сифилисе, гистология ее 211,—изменения ее у лько-прядильщиц 678,—лечение туберкулеза ее 930.
 Колика свинцовая, патогенез 140.
 Колит хронический, авитаминоз при нем 820.
 Комбинаты лечебные в совхозах 998,—отдыха в Мичете 267.
 Комитет очковый Украинский, организация его 364.
 Конгресс междунар. по борьбе с раком 506,—возвращение советской делегации 997,—14 й Интернациональный по гидрологии, климатологии и медицинской геологии 610.
 Конференция по физико-химическому анализу 997.

- Коробков А. И.**, врач, смерть его 610.
- Кости**, трофические нарушения при радикулитах и радикулоневритах 534.
- Кофеин**, влияние его на количество циркулирующей крови 133.
- Кризис** медицины и здравоохранения в Германии 174, 273.
- „Кризис и культура“ (статья из литературной газеты) 17.
- Кровь**, болезни ее и показания к искусств. аборту 559,—витальная зернистость эритроцитов при tbc легких 44,—влияние на ее количество фармакологических средств (адреналин, амилнитрит, дигален, кофеин, ol. camphorae, морфий) 128,—группы ее при tbc 746,—и наружные признаки 600,—значение картины при некоторых инфекциях 42,—картина ее при шизофрении 490,—органотерапия при заболеваниях ее 730,—переливание ее 714,—при прогрессивном параличе 490,—при маточных кровотечениях 838,—методика переливания 496, 505,—новые приборы для переливания 936,—полевой набор для переливания 600,—сахар в ней при различных типах дыхания 342,—экстрауренальное накопление шлаков в ней 399.
- Кровоизлияния** при переломах 358.
- Кровотечения** маточные, переливания крови при них 838,—у старух 839,—и искусств. выкидыш 654,—из нижней полой вены, сл. 503.
- Кронтовский А. А.**, проф., некролог 994.
- Круглов А. Н.**, назнач. прив.-доц. Каз. мед. ин-та 503.
- Кружок** научный медицинский в Соликамске 502.
- „Культура и кризис“ (статья из литературной газеты) 17.
- Кумысолечение** и желудочная секреция 529.
- Курорты** грязевые, сроки лечения болезней суставов 66,—в Садгороде, лече-ние женских болезней 72,—„Кульдур“ лечение экзем 85,—лечение детско-го tbc 438,—новый в Армении (тип воды—боржом) 998,—Украины, дея-тельность 504.
- Кумысолечение** при кавернозных формах легочного tbc 409.

Л. Л.

- Лаборатория** науч.-иссл. по стальному протезированию 754,—санитарно-гигиени-ческая, открытие на Московском электрокомбинате 998.
- Lacarnol (Carnigen)** 253.
- Laryngocoele** 360.
- Левит**, проф., 25-летие его научной деятельности 365.
- Легкие**, абсцессы 162, 301,—лечение нетуберкулезных нагноений 601,—нагноение 261,—лечение нагноений бронхоскопией 261,——алкоголем 162.
- Лечебница** физиатрическая первая в Узбекистане, строительство 268.
- Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta**. см. болезнь венерическая 4-я 671.
- Лимфогрануломатоз** при рентгенотерапии 61.
- Листов**, В. А., врач, смерть его 164.
- Личность** в течении психоза 987,—историческое развитие 987.
- Лихорадка** мальтийская на Урале 290.
- Лишай** чешуйчатый, новокаиновый блок нервов при нем 227.
- Лопатка**, сл. саркомы у 17-летн. девицы 502.
- Лось** Л. И., назначение доцентом Каз. мед. ин-та 503.
- Лучи** митогенетические 840.
- Льнопрядильщицы**, изменения кожи у них 678.

М.

- Майер**, проф., посещение им Харькова 609.
- Малокровие** у беременных, лечение 357.
- Малярия**, вакцина против нее 364,—вред, причиняемый ею 841,—станции по борь-бе с ней 841,—заболеваемость ею 741,—картина крови при ней 42,—chronica larvata 56,—лечение малыми дозами хинына 146,—месячник борь-бы с ней 608, новые станции по борьбе с ней 610.
- Маляриотерапия** прогрессивного паралича 490.
- Мандрюк**, д-р, награждение орденом Красной звезды 753.
- Мастоидиты** и их зависимость от бациллоношения 263,—острый и субокципиталь-ный tbc 262.

- Матка, искусственный рост 989,—разрыв при родах по рубцу после кесарского сечения 495,—перфорация при аборте, лечение 747,—операция G i g o r i u при выпадениях 752,—беременная ретрофлектированная и аборт 554,—фибромиома ее и аборт 554.
- Маркс К., к 50-летию со дня смерти 169.
- Материализм диалектический и работы Спинозы 9.
- Медицина в Германии, кризис ее 174, 273.
- Медперсонал больниц, нормы нагрузки 363,—средний, повышение квалификации 497.
- Медработники и Парижская коммуна 269.
- Менингит, искусственное заражение животных и методы профилактики 364,—при заболеваниях среднего уха 359.
- Мениски суставов, обывательство их 989.
- Менструации, влияние грязелечения 231.
- Mechanicismus—vitalismus—mnemismus, брош. 354.
- Microadenitis inguinalis, см. болезнь венерическая 4-я, 671.
- Микроб Perez'a 805.
- Микседема, лечение анемии при ней 356.
- Миокард, обывательство у недоноска 748.
- Mitchel W., основ. рентгенологии в Англии, смерть его 506.
- Myol (Myostan) 253.
- Мнемизм, теория 354.
- Мозг, лечение послеоперационного проляпса 605.
- Мозг спинной, случ. родов произвольных при его полном поперечном разрушении 244.
- Мононуклеоз при Adenolymphoiditis benigna 267.
- Морфий, влияние его на количество циркулирующей крови 133.
- Мох торфяной в хирургии 600.
- Моча, бактерицидность против ВК 266.
- Муцин желудочный, лечение пептической язвы 492.
- М у х Г., некролог 163.

Н. Н.

- Нагноения послеоперационные, вторичный шов при них 839.
- Наркоз эфирный, тетанические явления при нем 989.
- Нарывы поддиафрагмальные, клиника их 688.
- Недоноски, вскармливание кровяной сывороткой 990.
- Невротомия, влияние на микрофлору хронических незаживающих язв 229.
- Некрофилия, сл. 783.
- Нервы, новокаиновый блок при чешуйчатом лишае 227.
- N. phrenicus и операции на нем у тbc больных 434.
- Невропатология хирургическая, брош. 256.
- Неосальварсан, обезвреживание его глюкозой 89.
- Нефропексия при помощи лоскута на ножке 110,—фасциальная 599.
- Нефриты и аборт 559,—острые, патогенез 32,—хирургическое лечение 358.
- Новокаин, случ. смерти при местном применении его 262.
- Новообразования орбиты 361, 362.
- Ноги, лечение потливости 248.

О.

- Обезболивание при френикоэктрезезах 989.
- Oberst A., проф., смерть его 610.
- Обмен веществ и питание, брош. 259,—основной, определение по формуле Read'a 656.
- Объективы иммерсионные, первый выпуск их в СССР 608.
- Обезьяны, приобитие их для сухумского питомника 608.
- Обозначение условное хирургических операций 322.
- Оборона противогазовая в Германии 164.
- О-во Московское физиологов, биохимиков, фармакологов и гистологов, Пленум в мае 1933 г. 499,—медицинское, научный кружок в Соликамске 502—, наркотизеров в Лондоне 333,—урологическое в Ленинграде, 25-летие его 267.

- Овариин, лечение им гемофилии 356.
 Озена, распространение в Татарской Республике 804.
 Окись цинка, клинические наблюдения над отравлением ею 514.
 ОI. сапrhoгае, влияние его на количество циркулирующей крови 133, — при
 крупозной пневмонии 391.
 Омнадин, применение в ото-ларингологии 360.
 Операции асептические, камфорный фенол при них 989, — Grigorigiu при вы-
 падениях матки 752, — Denig'a, показания к ней 952, — Blaskowicz'a
 604, — хирургические, условное обозначение их 322.
 Опухоли воспалительные сальника 541, — диагностика и терапия 485, — транс-
 плантированные, влияние на них продуктов распада тканей 236.
 Орбита глазная, случ. нахождения инородного тела 821, — своеобразное новооб-
 разование 361, 362.
 Организация умственного труда в свете психогигиены 843.
 Органотерапия тbc 265, — при заболеваниях крови 730.
 Органы внутренние, септические заболевания их 640.
 Ортопедия частная, брош. 595.
 О с и п о в В. П., проф., заслуж. деятель науки 999.
 Осквернение трупа 783.
 Остановка дыхания и сердца, деятельности, инъекции адреналина 607.
 Остеомиелиты верхней челюсти 681, — новые принципы лечения 838.
 Отверстие антриоventрикулярное, эмболия его, случай 242.
 Отряды глазные, работа их 361.
 Отеки, лечение 493.
 Оторрея послеоперативная 264.
 Отравление окисью цинка, клинич. наблюдения 514, — спорыньей 547, — свинцовое,
 изменение нервн. системы при ней 140.
 Очки, организация комитета очковой оптики на Украине 364.

П. Р.

- Padutin (Kallicroin) 253.
 П а л л а д и н, акад., доклад о работах в Тулузе 997.
 Палочка А в е р'я 805.
 Пальцы Гипократовы 236.
 Панкреатиты, инъекции новокаина при них 989.
 Paralysis agitans у алкоголиков 836.
 Паралич прогрессивный, маляриотерапия 490, — переливание крови при нем
 490, — факторы, способствующие развитию 667.
 Паралич Л а н д р и и бешенство 908.
 Пеллагра и авитаминоз 475, — клиника ее 892, — лечение гипосульфитом 355, —
 как психиатрич. заболевание 987.
 Переливание крови при маточных кровотечениях у беременных 838, — — — новые
 приборы 936.
 Перекись водорода как средство для местной анестезии 468.
 Переломы диафизов голени, лечение 838, — кровоизлияния при них 358.
 Перешивкин Н. С., проф., смерть его 365.
 Перикард, случай сквозного ранения 963.
 Перитонит, серотерапия его 357.
 Перизктомия при трахоме 503.
 Перфоратор вращающийся для вскрытия челюстной полости 359.
 Печень, функциональная проба нагрузкой желатиной 264, — — — с билирубином
 493.
 Пигментометр сист. проф. К а л и т и н а 998.
 Пинол, кожный клей 600.
 Пирамидон, лечение им остр. сустр. ревматизма 583, — завод для производства
 его 505.
 Пищевод, инородные тела в нем 261.
 Пиэлит и аборт 559.
 Пленум ЦК ВКП(б) в январе 1933 г. 5.
 Плетнев Д. Д., проф., 35-летие его деятельности 268.
 Пневмония крупозная, лечение хинином, OI. сапrhoгае и т. д. 391.
 Полипрагмазия 656.

- Помощь abortная в ТР, проект резолюции 498.
 Потливость ног, способ лечения 248.
 Полип фиброидный 360.
 Поносы летние детские, профилактика 775.
 Почки, глюкоза при гипертензиях их 161.
 Почка подковообразная, эхинококк ее 940.
 РН в слизистых верхних дыхательных путей 494.
 Препараты медицинские новые 156.
 Прививки противодифтерийные, сравнительное изучение 840.
 Приборы поляризационные, освоение изгот. призм в СССР 608.
 „Проба физиологического понимания симптомологии истерии“, брош. 596.
 Пролан 152.
 Prolan A и B 817.
 Проланс мозга послеоперационный, лечение 605.
 Простатиты, влияние воды Кульдурского мин. источника 81.
 Профредности в работе машинного формовщика 195.
 Профессиограмма тракториста-рулевого 852.
 Профилактика инфекционного менингита у животных 464,—кожных и венер. заболеваний в учреждениях ОЗД и П 761,—послеродовых заболеваний аутогемотрансфузией 701,—слепоты в быту 388.
 Профотбор глазной портовых грузчиков 629.
 Процесс в Любеке, утверждение приговора 610.
 Психотерапия врачебная 491.
 Психоанализ, лекции Фрейд а, брош. 487.
 Психоз, личность в течении его 987.
 Психология индивидуальная, брош. 257.
 Психология шизофрении 987.
 Психопатии, их клиника, брош. 743.
 Псевдо-уремия 399.
 Психиатрия, учебник 259.
 Пути желчные, хирургия их 838.
 Пути проводящие вегетативной нервной системы 97.
 Pfeiffer, E., проф., смерть его 506.
 Пятилетка вторая, новые производства фарм. препаратов 158.

Р.

- „Работа больших полушарий“, брош. 597.
 Работы курортологические в Татарии 504.
 Работники научные, предоставление им мест в медико-санит. учреждениях наравне с индустриальн. рабочими 363.
 Работоспособность и авитаминозы 483.
 Радий в лечении зоба и гипертиреозидизма 265.
 Радикулиты и радикуло-невриты, трофические нарушения костей при них 534.
 Разложение мертвых животных, опыты по предохранению от него 506.
 Разрыв промежности полный у новорожденной 751.
 Рак, борьба с ним в ТР 741,—и наследственность 840,—конгресс международно-по нему 840,—матки и аборт—555,—и эритродермия 748,—локализация 162,—разработка НКЗ планового изучения заболеваний 268,—печени и сифилис 48,—профилактика и борьба с ним в ТР 870,—темы работ по борьбе с ним 755,—смертность от него 840,—тоже в Германии 267,—экспериментальный, работы A s k a n a z y 267.
 Раны рубленные, первичная обработка их 358.
 Распад опухолевых тканей, влияние продуктов его 236.
 Рационализация лечебно-санит. дела 167.
 Рахит как авитаминоз 479,—распространение и бытовые условия 319.
 Раута у нефритиков 161.
 Реакция внутрикожная антивирусная у послеродовых больных 703,—кожная с exanthip'ом 449,—Kottman'a при определении функции щитовидной железы 118,—Цондек-Аштейма и ее практическое значение 105,—связывания компонента при бруцеллезе 906,—Takata-Ara при исследовании спинно-мозговой жидкости 918.

- Ревматизм, лечение внутривенными вливаниями дистиллированной воды 421,— организация детской секции при комитете по нему 609,— острый суставной, лечение пирамидоном 583,—септический 642.
- Редька черная, лечение ею при заболеваниях печени, желчн. путей и т. д. 265.
- Резекция п. praesacralis в гинекологии 839,—тонких кишек, сл. 960.
- Резолюция Московского парт-совещания по докладу НКЗдрава тов. Владимирского 190.
- Резонанс биологический 424.
- Рентгендиагностика положения плода и самоповорота 603,—тонких кишек 486.
- Рентгенкабинет передвижной 609.
- Рентгенология, преподавание ее в Медвузе 284.
- Рентгеноскопия хрящей суставов и менисков 988.
- Рентгенотерапия зоба и гипертиреозидизма 266,—и длительность течения лимфогрануломатоза 61.
- Ретикуло-эндотелиома (гиперплазия ретикуло-эндотелия) 134.
- Рефлекс безусловный, влияние его на условный отрицательный рефлекс 570,— мнимой смерти 749.
- Риносклерома, сл. 948.
- Родовспоможение в ТР 496.
- Роды произвольные при полном поперечном разрушении спинного мозга, случ. 244.
- Рожа ото-риногенная 359.
- Рождаемость в Англии 841.
- Розанов В. Н., проф., награждение орденом Ленина 753.

С. С.

- Саввин В. Н., проф., смерть его 365.
- Салирган (Salrgan) при эпилепсии 489.
- Сальник, воспалительные опухоли его 541.
- Самоубийства в САСШ 363.
- Санаторий лечебного питания в Казани 611,— ночные для школьников в Ленинграде 998,— туберкулезный ночной для колхозников 998,—научно-клинический им. В. И. Ленина (Цустраха № 1), работа его 381,—новые, строительство 609, 610.
- Саркома сердца, сл. 503.
- Сахар крови при различных типах дыхания 342.
- Свищи заднего прохода, лечение 838.
- Сейсмотерапия при заболеваниях периферической нервной системы 424.
- Секрция внутренняя, показания к иск. аборту при расстройствах ее 556,— дуоденальная, влияние воды Ижевского мин. источника 72,—желудка и кумысолечение 529.
- Секрет влагалищный новорожденных 602.
- Секция Акушерско-гинекологическая Науч. мед. ассоц. АТССР, план работы на 1933 г. 497,—избрание президиума 497,—детская при ревматическом комитете 609,—научных работников, 4-й пленум центрального совета 505,—десятилетие ее 608.
- Сепсис внутренних органов, терапия 640,—тромбофлебитический после ангины 745,—пуэрперальный, лечение 989.
- Сергозин, контрастный препарат 609.
- Сердце, гормоны его при грудной жабе 255,—пороки его и иск. аборт 558,—случай саркомы 503,—сл. срединного положения 503,—эпилепсия сердечная 830.
- Сеченов И. М., проф., биография 835.
- Симптом фистульный ложный 494.
- Синдром Градениго 263.
- Синустромбоз послеоперационный 263.
- Система нервная, болезни ее и показ. к аборту 559,—вегетативная при эпилепсии 833,—проводящие пути ее 97,—изменения при свинцовом отравлении 140,—отравление бензином 738,—периферическая и травма 358,—сейсмотерапия ее 424,—и внутренняя секреция брош. 486,—центральная, индивидуально-приобретенная деятельность, брош. 598.

- Сифилис желудка, морфологические изменения 200,—телосложение в патологии и терапии его 313,—кожи, гистология ее при здоровом внешнем виде 211,—лечени, симптоматология 897,—поражение rapsgas при нем 331,—и рак печени 48,—роль в этиологии бронхоэктазов 267,—профессиональный 779,—серодиагноз с применением алкоголизиров. взвеси *Sp. pallida* 709,—церебро-спинальный, клиника 143,— и эпилепсия 829.
- Сифилома первичная множественная 470.
- Скачка идей, брош. 474.
- Скрофулез глаз 809.
- Слабо-видящие, организация школьных занятий для них 633.
- Сластников А. И., врач, смерть его 164.
- Слепота, меры профилактики в быту 383.
- Слепые на работах на электромоторном заводе 998.
- Слизистые верхних дыхательных путей, концентрация водородных ионов 495.
- Словарь клин. терминологии, брош. 159.
- Смерть мнимая, рефлекс 749,—при местном применении новокаина 262.
- Смертность материнская, методика собириания материала 800.
- Смородина черная, средство против цынги 364.
- Совет научн. медиц. об-в при Наркомздраве 268.
- Советские Московское партийное и резолюция по докладу НКЗдрава тов. В л а д и м и р с к о г о 190,—научно-эпидемиологическое Всеукраинское 997.
- Соли висмута, замена их белой глиной (*Bolus alba*) 582.
- Solvochin* при крупозной пнеймонии 395.
- Сольватация белка 501.
- Сон и гипофиз 492.
- Спленэктомия при эссенциальной тромбопении 660.
- Сперматоциститы, влияние воды Кульдурского мин. источника 81.
- С п и н о з а и диалектический материализм (по поводу 300-летия со дня рождения) 9.
- Spig. pallida*, применение алкогол. взвеси ее для серодиагноза сифилиса 709.
- Спорынья, отравление ею 547.
- Станция кумьсная исследовательская, открытие возле Одессы 365,—магнитная при травматизации глаз, создание в Казани 361.
- Статистика сигнализационная на здравпунктах 25.
- Стигматизированные в Югославии 749.
- Стол операционный новосконструированный 994.
- Struma maligna*, рентгенотерапия 486.
- Сульфат магния, лечение хлоркальцином 926.
- Сфагн в хирургии 600.
- Съезд V Всеукраинский хирургов, программа 754,——отчет 990,—III научный врачей Татаии 503,——отчет 736,— 57-й немецких хирургов в Бердине 363,—2-й Поволжский в г. Горьком по борьбе с кожн. и венер. болезнями 268.
- Сыворотка кровяная, вскармливание недоносков 990.
- С ы з г а н о в А. Н., назнач. прив.-доц. Каз. мед. ин-та 503.

Т.

- Тело инородное в орбите 821,— — в пищеводе 261.
- Телосложение, роль его в патологии и терапии сифилиса 313.
- Темы научных работ по борьбе с раком 755.
- Техника лабораторная, медицинская 260.
- Терапия физико-диететическая, брош. 159.
- Тератома малого таза 498.
- Тимол как средство лечения и профилактика ангины 469.
- Тироксин, влияние его на химизм и секрецию желчи 492.
- Тиф брюшной, вакцина новая против него 165.
- Токсикозы беременности и аборт 555.
- Торакопластика и беременность 115.
- Торакотомия свободная при эхинококке легкого 606.
- Торможение внешнее, влияние его на развитие внутреннего при угасании условн. рефлекса 233.

- Тривма и периферическая нервн. система 358,—шеи 471.
 Травматизм на промпредприятиях г. Казани в 1932 г. 371,—на промышленных предприятиях Татарии 737,—задачи здравпунктов по борьбе с ним 22.
 Тракторист-рулевой, профессиограмма его 853,—промышленный 993.
 Трахома, борьба с ней в ТР 741,—механотерапия ее 381,—односторонняя 503,—поражение слезных канальцев при ней 362.
 Тромбоз первичный *bulb. jugul.* 261.
 Тромбоциты после спленэктомии 357.
 Тромбопения эссенциальная и спленэктомия 660.
 Трудотерапия душевно-больных 491.
 Трупы человеческие, использование крови для переливания 505.
 Туберкулез, асцит, леченный пнеймоперитонеумом 746,—легких и кровяные группы 741,—первичный миокарда 746,—бациллемия при нем 585,—верхушек, течение 159,—излечение пнеймотораксом 160,—распространение по лимф. путям 160,—бычий и человеческий 160,—кальметизация в медицинск. семьях 161,—гематогенный легких 181,—вылавливание больных 161,—гортани и аборт 558,—детский, роль яслей в профилактике его 507,—искривления трахеи при нем 350,—кожи, лечение метиловым антигеном *Boquet* и *Négre* 930,—легких, симптомы матовости и западения глаз при нем 957,—витальная зернистость эритроцитов при нем 44,—кавернозный, влияние кумысолечения 409,—милиарный, обнаруженный пункцией селезенки 355,—отличие от сепсиса 649,—операции на *p. phrenicus* при нем 434,—костный у детей, лечение на курорте 438,—смертность от него 267,—субокципитальный и острый мастоидит 262,—хемотерапия 157, 265,—легких, лечение иодом 265,— — органотерапия 265,— — лечение неспециф. жиров. веществами 266,—смертность от него 266.
 Труд умственный, проблема организации его 843,— в молочно-животнов. совхозах 862.

У .U.

- Уголь, клиническое значение препаратов его 956.
 Университет в Иесе, 375-летие его 610,—новый в Самарканде 505.
 Университеты вечерние кадров здравоохранения 505,— — — на Украине 841,—рабоче-колхозные санитарные в Средне-Волжском крае 505.
Uachus, случ. воспаления кисты его 954.
 Уретра, случ. твердого шанкра 345.
 Уретриты негонорройные 427,— — — осложнения при них 433.
Uroselectan при рентгеноскопии 988.
 Учреждения санаторные Татнаркомздрава 503.
 Ухо среднее, лечение хронич. гнойных воспалений 262.

Ф. F.

- Фактор кожный Н. 477.
 Федоров С. П., проф., награждение орденом *Ленина* 753,—40-летие его 506.
 Фенол камфорный как профилактич. средство при операциях 989.
 Ферменты протеолитические 501.
 Фибромиома матки и аборт 554,— — — и беременность 945.
 Физиология и патология высшей нервной деятельности, брош. 835.
 Физиопрофилактика массовая, учет результатов 622.
Fistula gastro-jejuno-colica 206.
 Флавакридин при гонорройных артритях 309.
 Флегмона газовая, литература 366.
 Флюорит оптический, обнаружение залежей 998.
Folia neuro-chirurgica, брош. 354.
 Формовщики, профвредности в работе 195.
 Формула *Rea d'a* для определения основного обмена 656.
 Фотохимия света 485.
 Френикоэкзерезы, обезболивание при них 989.

X.

- Хемотерапия tbc 265.
 Хинин, малые дозы при малярии 146,—при крупозной пневмонии 391.
 Хирургия военно-полевая 994,—связь работников ее в центре с периферическими 612.
 Хлоркальциномы, лечение сульфатом магния 926.
 Холестеатома 263.
 Холецистопатии 739, 766.
 Холецистит, диагностика поликлиническая 299.
 Холецистография быстрая 492.
 Хорион-эпителиома трубы первичная 751.
 Хронограф электролитический д-ра Парфенова 998.
 Хрусталик, инородные тела в нем 604.

Ц.

- Цитрулин, новая аминокислота 500.
 Цынга, средство против нее 364.

Ч.

- Челюсть верхняя, остеомиелиты ее 681,—переломы их как профессиональное заболевание 503.
 Чеснок, терапевтич. действие 157.
 Чествование деятелей советской медицины 753.

Ш.

- Шанкр твердый уретры, сл. 345.
 Шизофрения, психология ее 987,—сущность ее 987,—аутогемотерапия при ней 983,—терапия в начальной стадии 836.
 Школа для слабо видящих детей, организация в Казани 862.
 Шов вторичный при послеоперац. нагноениях 839,—на небных дужках 346,—шелковый при лапаротомиях 750.
 Шок при крапивнице, брош. 158.
 Шпагоглотатели и эзофагоскопия 494.

Э.

- Эвипан-натрий как наркотик 490.
 Эзофагоскопия и шпагоглотатели 494.
 Эквивалент ионохимический Линда 485.
 Экзема аллергическая 725,—лечение на курорте „Кульдур“ 85.
 Элампися, экспериментальное исследование 602,—послеродовая, профилактика 748.
 Экспедиция по изучению горной болезни 610.
 Эктрокерия (врожд. уродство кисти) 503.
 Эмбелия правого атрио-вентрикулярного отверстия, случ. 242.
 Эндокардиты септические 642.
 Энграммы, теория 354.
 Эпилепсия, гиповентиляция при ней 489,—терапия салирганом 489,—Donhi-de'ом 489, этиология, патогенез 489,—классификация форм 487,—плевральная 829,—современное учение о ней, обзор 826.
 Эритроциты, витальная зернистость при tbc легких 44.
 Эритродермия при раке 748.
 Эхинококк, обзор 70 операций 727,—легкого, свободн. торакотомия при нем 606,—почки 940.

Я.

- Язвы желудка, лечение 990,—лечение бессолевой диетой 883,—пептическая, лечение желудочным муцином 492,—тощей кишки послеоперационная 223.
 Язва сибирская, иммунитет после заболевания 611.
 Язвы хронические незаживающие, влияние невротомии на их микрофлору 229.
 Ясли детские в колхозах вновь открытые 504,—их роль в профилактике детского туберкулеза 507.