

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

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

Ответственный редактор проф. **В. С. Груздев.**

1928 г.

(Год издания XXIV).

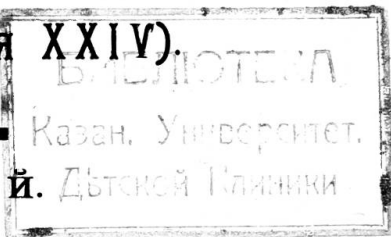
№ 5.

М

а

й.

Казан. Университет.
Детской Клиники



КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА

Главлит СССР № 668.

Заказ № 2237.

Тираж 3500 экз.

Типография „Красный Печатник“ Татполиграфа, Казань, Казанская, 9.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Первые русские эндокринологи.

Проф. Д. М. Российского (Москва).

XVII век можно считать веком важных научных открытий и исследований, имевших огромное значение для физиологии, анатомии и клиники и положивших начало изучению эндокринных желез. В этом знаменательном для науки веке, давшем в 1628 г. открытие Harvey'ем кровообращения, известный анатом Wharton делает в 1656 г. подробное описание щитовидной железы, с последующим затем столь же подробным описанием зубной железы, а Malpighi, в 1686 г., дает первые подробные указания относительно строения различных желез, определяя железы вообще, как замкнутые полости с выводными протоками.

В XVIII веке, в 1752 г., Winslow весьма подробно описывает надпочечные железы человека, правда, еще ранее (в 1563 г.) описанные известным анатомом эпохи Возрождения Eustachiem, а Theophile de Borden, в 1775 г., в своей работе „Analyse medicinal du sang“ указывает на то, что различные органы вырабатывают необходимые для организма специфические вещества, поступающие в кровь, причем это в особенности ясно по отношению к половым железам.

Начало научного обоснования учения о внутренней секреции нужно отнести к началу XIX века, когда, в 1806 г., Meckel'ем были сделаны крайне ценные сравнительно-анатомические исследования надпочечных желез, а Iohannes Müller, в 1830 г., на основании обширных сравнительно-анатомических исследований указал на щитовидную железу, надпочечники, зубную железу и селезенку, как на железы без выводных протоков, сецернирующие особые вещества, оказывающие пластическое влияние на организм. В 1849 г. Berthold на основании своих экспериментальных наблюдений над пересадкою половых желез у петухов приходит к выводу, что секрет половых желез влияет через кровь на весь организм, а Claude Bernard, в 1855 г., высказывает мысль, что железы наряду с внешними секретами вырабатывают и особые, специфически действующие „внутренние секреты“, и что „органами, вырабатывающими эти секреты, являются щитовидная железа, надпочечные железы, селезенка и лимфатические железы“.

В России до шестидесятих годов XIX столетия работ, относящихся к железам с внутренней секрецией, не встречается, и только в 1862 г. из Военно-Медицинской Академии в Петербурге вышла первая русская работа, имеющая непосредственное отношение к изучению внутренней секреции. Это была диссертация на степень доктора медицины Л. Галузинского „О значении надпочечных тел в животном организме“.

Эта первая русская экспериментальная работа о надпочечных железах была, несомненно, вызвана тем особенным интересом, который стал

проявляться в середине XIX столетия со стороны врачей и физиологов к этим загадочным органам, значение которых для организма, несмотря на произведенные в 1846 г. А. Ecker'ом подробные микроскопические исследования надпочечных желез у всех классов животных и сделанное в 1854 г. А. Koelliker'ом классическое описание гистологической структуры надпочечников, оставалось вплоть до 1855 г. совершенно неизвестным.

Замечательное сообщение Thomas'a Addison'a о бронзовой болезни, сделанное им в 1855 г., где Addison на основании патолого-анатомических данных выяснил тесную связь этой болезни с заболеванием надпочечников и, произведенные в 1858 г. знаменитым французским физиологом Brown-Séquard'ом опыты, показавшие, что двухстороннее удаление надпочечных желез вызывает смерть животных, доказали большое физиологическое значение и огромную важность надпочечников для нормальной жизнедеятельности организма.

В интересной для своего времени работе Л. Галузинского приведены опыты с экстирпацией и трансплантацией у мышей надпочечников, щитовидной железы и селезенки, а также наблюдения относительно влияния голодания на эти железы с последующим патолого-анатомическим исследованием последних. В 80-х годах прошлого столетия появились еще две русские работы, посвященные надпочечным железам, — С. И. Колбасенко „Строение и развитие надпочечных желез“ (диссертация на степень доктора медицины, Киев, 1884 г.) и А. Достоевского „Материалы для микроскопической анатомии надпочечных желез“ (докторская диссертация, СПб, 1884 г.).

Наравне с надпочечными железами в середине XIX века привлекли к себе внимание физиологов и клиницистов также мозговой придаток и щитовидная железа. Nurophysis cerebri, который Magendie еще в 1817 г. считал лимфатическим органом, собирающим лимфу мозга и направляющим ее в кровь, интересовал, между прочим, и русских ученых. В 1867 г. Перемежко дает первое точное описание его строения как у животных, так и у человека, а А. Достоевский в своей работе „К вопросу о микроскопическом строении мозгового придатка“, напечатанной в 1884 г. в „Военно-Медицинском Журнале“, дополняет микроскопическое строение гипофиза.

Еще большее внимание со стороны ученых привлекла к себе щитовидная железа. Первые опыты с удалением ее у животных произвел в 1834 г. Raynard. В следующем году Graves, а в 1840 г. Basedow дали довольно полное описание болезни, названной именем последнего. Наконец, в 1854 г. Schiff впервые подробно изучил на ряде животных последствия иссечения щитовидной железы, указав, что удаление последней влечет за собой тяжелое, часто даже смертельное заболевание. В 1883 г. обратили на себя общее внимание наблюдения швейцарских хирургов Kocher'a и Reverdin'a, указавших, что после операции удаления щитовидной железы по поводу зоба у людей наблюдается целый ряд болезненных явлений, обусловливаемых отсутствием этой железы, а в 1884 г. Schiff сообщил, что ему удалось надолго сохранить жизнь собак, лишенных щитовидной железы, путем пересадки им свежей щитовидной железы в полость брюшины.

Благодаря работам Schiff'a господствовавшая до того времени теория, по которой щитовидная железа является механическим регуля-

тором кровообращения в мозгу, была заменена другой, согласно которой щитовидная железа выделяет особое, крайне необходимое для жизни вещество, поддерживающее нормальную жизнедеятельность органов. Эта теория, в основе вполне правильная, была в 1887 г. поколеблена теорией Роговича, по которой щитовидная железа является органом, нейтрализующим токсины, образующиеся в организме при обмене веществ. В 1877 г. этот автор в своей экспериментальной работе „К физиологии щитовидной железы“ (Труды II Съезда Русских Врачей в Москве 1887 г.), выполненной им в Физиологическом Институте Киевского Университета (проф. С. И. Чирьев), доказал, что экстирпация щитовидной железы ведет к значительным гистологическим изменениям мозгового придатка и надпочечников. Эта работа, указывая на большое физиологическое значение мозгового придатка, в то же время подтверждала высказанное еще в 1839 г. J. Engel'em мнение о связи, существующей между мозговым придатком, щитовидной железой и половыми органами.

В том же 1887 г. другой русский автор, Дурдуфи, работавший в Институте Общей Патологии Московского Университета под руководством проф. А. Б. Фохта, в своей работе „По поводу учения о базедовой болезни“ также указал на существование известной зависимости в функциях мозгового придатка, щитовидной железы и половых желез, причем, по мнению Дурдуфи, базедова болезнь является следствием заболевания щитовидной железы, и в происхождении ее нужно искать влияния особого химического агента.

За работами Роговича и Дурдуфи последовал ряд других русских работ из области эндокринологии, но экспериментальные исследования Галузинского, Роговича и Дурдуфи и патолого-гистологические работы Колбасенко и Достоевского были первыми русскими работами по эндокринологии, положившими у нас начало изучению этой интереснейшей области современной медицины.

К технике изготовления всего желудочно-кишечного канала в сухом виде.

Профессора Н. Г. Стадницкого.

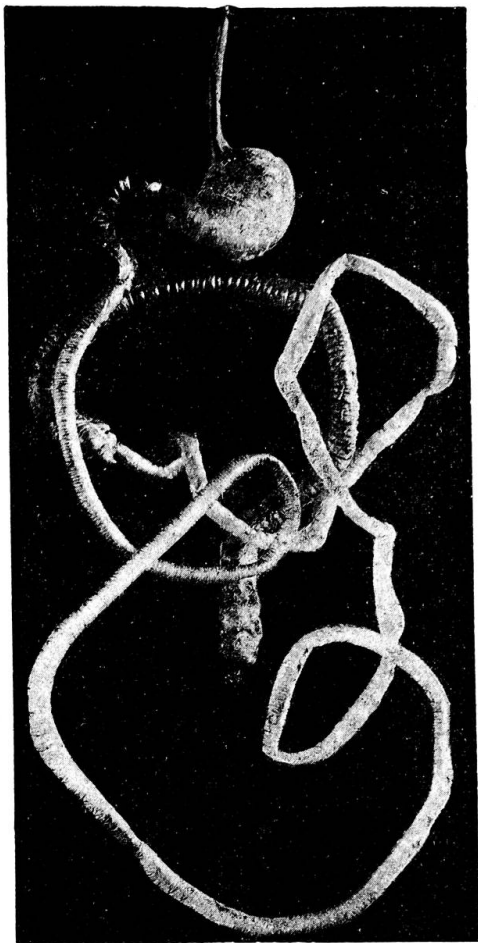
(С рис.).

Среди разнообразных анатомических музейных препаратов весь желудочно-кишечный канал в сухом виде встречается редко, хотя такие препараты крайне демонстративны и поучительны, почему и желательны для учебных и основных анатомических музеев. В виду этого я и считаю нелишним, принимая также во внимание отсутствие в известной мне литературе описания техники изготовления подобных препаратов, поделиться своим опытом и сообщить о способе их изготовления. При этом прилагаю фотографический снимок одного из таких препаратов кишечника взрослого человека—моей работы.

Способ изготовления следующий: необходимо пользоваться свежим трупом, который вскрывается обычным образом, причем все внутренности вынимаются целиком вместе с языком, а также органами малого таза и промежностью. После этого весь желудочно-кишечный канал с пищеводом и прямой кишкой осторожно и тщательно отпрепаровывается от прилегающих органов и мягких частей; брыжжейка кишек также осторожно отпрепаровывается. Затем, соединив пищевод с водопроводным краном, тщательно промывают препарат в течение нескольких часов под умеренным давлением, пока вода не будет совершенно чистой. После такой промывки препарат кладется на 3—5 часов в 2% раствор формалина, и, по выжатии из него по ходу желудочно-кишечного канала сверху вниз стекающей жидкости, излишняя влажность удаляется гигроскопической ватой или хорошо смятой фильтровальной бумагой в течение около 2—3 часов при температуре 13—14° по R (при более высокой t° может наступить частичное и неравномерное высыхание). Далее препарат кладут на нескольких сдвинутых в длину чистых столах,—в противном случае к стенкам его легко прилипают мелкие частицы грязи,—и медленно, под умеренным давлением наполняют его до средней степени растяжения воздухом, удобнее всего при помощи велосипедного насоса. Лучше при этом крепко завязать начальную часть пищевода, а канюлю вставлять, для наполнения воздухом, в прямую кишку. Баугиниева заслонка, не пропускающая, как известно, жидкости обратно в подвздошную кишку, хорошо пропускает воздух. Наполненный воздухом желудочно-кишечный канал подвешивается при помощи тесьмы в обычной для сухих препаратов деревянной рамке, причем ему придается, по возможности, обычное для него положение.

В дальнейшем препарат приходится дополнительно надувать по несколько раз в день воздухом, причем, так как стенки его, в зависимости от их толщины, неравномерно высыхая, несколько спадаются,—необходимо эти участки увлажнять из пульверизатора. Пока весь препарат, таким образом, не высохнет, лучше anus не завязывать, а зажимать его пинцетом Р é а n'a. Как правило, следует избегать быстрого и под слишком сильным давлением наполнения препарата воздухом,—дабы избежать возможности разрыва его стенок. Если незначительный разрыв все же произойдет, то, захватив края его пинцетом, надо наложить на отверстие лигатуру и продолжать накачивание воздуха. При трещинах и истончении стенок, стенка препарата покрывается коллодием.

Изготовленный таким образом препарат подлежит затем окончательному высушиванию, с каковой целью его следует 1—2 раза в день пульверизировать скипидаром при t° не выше 14° по R, внимательно следя за процессом высыхания. В случае, если и после этого будет иметь место сморщивание или спадение препарата, необходимо спавшиеся или неравномерно высыхающие отделы пищевода, желудка или кишечника увлажнять повторно водой из пульверизатора и вновь докачивать в них воздух, повторяя это, пока не наступит окончательное равномерное высыхание. Обыкновенно такая процедура продолжается около 5—7 дней. Окончательно высохший препарат пульверизируется, для предохранения от порчи молью, нижеследующим общепринятым составом:



Rp. Naphtalini
Camphorae aa 10,0.
Bensini 225,0.
Ol. terebenthini 360,0.
MDS.

При этом сначала надо растворить в бензине нафталин, затем камфору и добавить скипидар. Смесь обязательно надо профильтровать.

В заключение весь желудочно-кишечный канал покрывается, также из пульверизатора, картинным светлым лаком, смешанным в равных частях со скипидаром. При таком,—как видим, очень кропотливом—способе изготовления подобных препаратов, последние вполне удаются, представляются светлыми и местами почти прозрачными, с хорошо выраженными, без искусственной ин'екции, сосудами кишечника. Хранятся они подвешенными в рамке.

Таким же образом изготавливаются препараты желудочно-кишечного тракта и животных, представляющие большой интерес в сравнительно-анатомическом отношении.

К вопросу о применении гистамина в диагностике и терапии желудочных заболеваний.

Д-ра П. Н. Осипова.

(С 11 кривыми).

С тех пор, как появился тонкий зонд Einhorn'a, техника исследования функции желудочных желез стала быстро совершенствоваться, и многие экспериментальные работы по изучению секреторной и двигательной способности желудка, казавшиеся еще недавно доступными лишь физиологическим лабораториям, нашли место и в клинике.

Не входя в критику и оценку многочисленных методов исследования функциональной способности желудка с помощью длительного зондирования, предложенного впервые Ehrenreich'ом в 1913 году и усовершенствованного в дальнейшем Rehfuß'ом, Bennett'ом, Горшковым и др., укажем лишь, что для этой цели одни авторы в своих работах прибегали к естественным возбудителям, другие—к химическим.

Применение естественных возбудителей, с классическим завтраком Boas-Ewald'a во главе, основано на принципе „quid natura faciat“, какового придерживается большинство русских исследователей. Отсутствие до сего времени единого пробного завтрака для фракционного способа исследования желудка объясняется тем, что каждый исследователь старается выбрать такой раздражитель, который, будучи естественным для слизистой желудка, являлся бы наилучшим сокогонным средством; при этом некоторые авторы (Яновский, Кириченко, Штейнберг и Спектор и др.), придавая особенно важное значение аппетиту в ходе желудочной секреции, предлагали при выборе того или иного раздражителя считаться и с привычными вкусовыми потребностями исследуемых субъектов (селедочный завтрак, предложенный проф. Яновским для украинского населения, и др.).

В последнее время, однако, в связи с развитием лабораторной техники, все более и более начинает чувствоваться, что не только возбудители желудочной секреции должны обладать хорошими сокогонными свойствами, но и сецернируемый клетками секрет должен быть чистым, без посторонних примесей, затемняющих истинную картину сока. Нужда в получении чистого желудочного сока особенно сказывается при изучении некоторых форм ахилий и гастритов, когда никакие нам известные естественные раздражители (завтрак Boas-Ewald'a, обед Leube, аппетитный завтрак Kurschmann'a, Probetée Strauss'a, экстракт Liebig'a, бульон, селедка, различные соки и др.) не в состоянии вызвать желудочной секреции. Правда, применение алкогольного завтрака Ehrmann'a,

Leschke и др., в особенности же коффеиновая проба Katsch'a дают нам в некоторых случаях возможность разбираться в вопросах диагностики функциональных и органических ахилий, но далеко не в достаточной степени.

Считая освещение указанного крупного отдела патологии желудка весьма важным, мы и решили, по предложению проф. М. Н. Чебоксарова, заняться изучением поведения секреторных желез желудка при действии на них химического раздражителя—гистамина, который по силе своего действия, согласно наблюдениям многих зарубежных авторов, превосходит все известные до сего времени возбудители желудочной секреции.

Прежде, однако, чем перейти к изложению результатов наших наблюдений над действием гистамина на железистый аппарат желудка, мы позволим себе вкратце остановиться на некоторых химических и фармакологических свойствах данного вещества.

Гистамин, имеющий вполне определенную химическую структуру (β -имидазолилэтиламин), получается из гистидина (β -имидазоламинопропионовой кислоты) путем отщепления карбоксильной группы. Он хорошо растворяется в горячей воде, но не растворяется в эфире, а также в гнилостойкой среде. По наблюдениям целого ряда авторов (Popielski, Keeton, Koch и Luckard, Rothlin и Gundlach, Suda и др.), будучи введен под кожу, он вызывает обильное отделение желудочного сока. Избирательное действие его на желудочные железы при парентеральном введении было доказано опытами на собаках. В этих опытах совершенно изолированный от нервов желудок отвечал на инъекцию гистамина сильным выделением сока; даже пересаженный в грудную железу лоскут желудка реагировал на подкожную инъекцию гистамина секрецией сока (Suda). Исследования на людях (Lim, Matheson и Ammon, Lim, Matheson и Schlapp в Америке, Carnot, Koskowski и Libert во Франции, Kalk в Германии) вполне подтвердили наблюдения физиологов, доказав вместе с тем безвредность и пригодность гистамина для изучения функции желудочных желез.

Ценность этого вещества особенно сказывается при изучении ахилий (Dobson, Stuber и Nathanson, Katsch и Kalk), когда никакими другими возбудителями нам не удастся вызвать выделения соляной кислоты, и только гистамин позволяет судить об остаточной функции железистого аппарата желудка при его функциональных и органических поражениях.

Желая проверить сообщения зарубежных авторов, а если возможно, и дополнить их, мы тоже поставили ряд опытов на клиническом материале, причем, по высказанным выше соображениям, намеренно выбрали преимущественно ахиликов (вернее—анацидиков). Вместе с тем, поскольку вопрос о действии гистамина на желудочную секрецию в русской литературе совершенно не освещен, мы произвели попутные наблюдения и над другими больными, а также и здоровыми субъектами.

Всего нами было обследовано 58 лиц, среди которых 1) с *ulcus ventriculi* было 5, 2) с *ulcus duodeni*—1, 3) с *gastritis acid*a—3, 4) с *gastritis subacid*a—3, 5) с *gastritis anacid*a—10, 6) с *colitis chr.*—2, 7) с *cholecystitis chr.*—3, 8) с *tbc pulmonum*—2, 9) с *morbus sprue*—1, 10) с *sclerosis disseminata*—1, 11) с *lues hepatis*—1, 12) с *asthma bronchiale*—1, 13) с *appendicitis chronica*—2, 14) с *anaemia perniciosa*—2, 15) с *pneu-*

monia crouposa—1, 16) с carcinoma ventriculi—7, 17) с carcinoma pancreatis—1, 18) с carcinoma hepatis—1, 19) с carcinoma prostatae et ventriculi—1, 20) с carcinoma vesicae felleae—1, 21) с achylia gastrica—6, 22) здоровых—3. Из них на Liebig'овский экстракт не реагировали отделением свободной HCl 38 больных, в том числе 10 с gastritis anacida, 6 с achylia gastrica, 2 с anaemia perniciosa, 2 с tbc pulmonum, 1 с pneumonia crouposa, 10 с карциномой разных органов, 2 с appendicitis chr., 2 с colitis chronica и 3 с cholecystitis chronica.

Единообразной методики исследования желудка гистамином нет. Мы при своих опытах придерживались следующих правил: у каждого больного мы предварительно производили однократное или многократное (в зависимости от показаний) фракционное исследование желудочного сока с помощью обычного пробного завтрака, принятого в нашей клинике (Liebig'овский экстракт), после чего на следующий день ставили пробу с гистамином; в некоторых случаях исследование с гистамином проделывалось в тот же день, но после того, как мы убеждались в прекращении действия завтрака. Мы умышленно остановились при своих исследованиях на экстракте Liebig'a, дабы выяснить, какой процент заболеваний сходит при нашей обычной диагностике за achylia gastrica без применения сильных возбудителей. Как правило, больным с вечера рекомендовалось ничего не есть; при явлениях застоя накануне им делали тщательное промывание желудка, а на следующий день натощак вводили тонкий зонд Einhorn'a и, только убедившись повторными выкачиваями в полном опорожнении желудка, вводили 1 куб. сант. водного раствора гистамина (1:1000) под кожу нижней трети плеча, а затем через каждые 15 минут выкачивали до отказа желудочное содержимое. Над каждой порцией последнего проделывались обычные клинические исследования,—отмечались цвет, запах, осадок, количество сока, содержание свободной HCl, пепсина по Метту и хлора по Volhard'y (последний определялся преимущественно у анацидиков).

В нашем распоряжении был гистамин в растворе фирмы Bayer'a, в небольших ампулах в 1,2 куб. см., и эргамин Wellcome'a в таблетках по 1 mgr, которые очень быстро растворяются в горячей воде. Разницы в действии указанных препаратов мы не видели, но гистамин Bayer'a более удобен для опытов, и после его впрыскиваний не бывает того жжения, на которое жаловались больные после инъекций эргамина.

Как второстепенную частную реакцию организма на введение гистамина, нужно отметить часто наблюдаемое покраснение лица, шеи, верхнего отдела туловища и иногда предплечий; на другие части тела краснота распространяется реже, хотя в одном случае бронхиальной астмы мы наблюдали даже резкое покраснение всего тела,—кроме стоп и отчасти голеней,—длившееся 45 минут. На месте инъекции часто бывает эритема характера крапивницы, которая держится недолго. Кровяное давление после введения гистамина обычно падает, пульс бывает учащен, вместе с тем исследуемые пациенты отмечают пульсацию в голове, сердцебиение, головные боли, ощущение жара и т. п., но все эти явления длятся обычно недолго (20—30 мин.), достигая своего максимума через 5—10 мин. после впрыскивания.

Некоторые авторы, работавшие с гистамином, отмечают после него приступы тошноты и рвоты, объясняя эти явления действием гистамина

на желудочную мускулатуру; мы при своих исследованиях, однако, ничего подобного не видели; напротив, в одном случае язвы желудка с упорной рвотой введение гистамина вызвало прекращение рвоты через 3 минуты после инъекции, причем одновременно совершенно затихли и боли в желудке, ранее не дававшие больному покоя.

Во избежание сильных реактивных явлений Carnot и Koskowski рекомендуют делать инъекции гистамина в наружную часть бедра, а Katsch и Kalk—в предплечье, причем последние авторы советуют при резких вторичных явлениях с угрожающими симптомами накладывать эластический бинт на верхнюю часть руки и путем кратковременных расслаблений его умерять поступление гистамина в общий круг кровообращения. Имея в виду этот совет Katsch'a и Kalk'a, мы подкожные выпрыскивания гистамина делали всегда в нижнюю треть плеча, оставляя верхний отдел его свободным для наложения эластического жгута; впрочем прибегать к последнему нам ни разу не пришлось. Надо заметить, что Teschen-dorf, применив в двух своих случаях наложение бинта, хотя и видел действительно быстрое исчезновение общей реакции (головных болей, красноты лица и др.), но в ущерб постановке гистаминовой пробы: он не получил ожидаемых изменений со стороны желудочной секреции. Таким образом наложение бинта имеет, наряду с хорошими сторонами, и отрицательные.

Внутривенных вливаний гистамина мы избегали, так как, с одной стороны, по наблюдениям Н. Hashimoto при таком способе введения гистамин обнаруживает сильную ядовитость, а с другой—наблюдения некоторых авторов (Delhougne) показывают что при внутривенном введении гистамина не вызывает секреции сока; равным образом его действие не обнаруживается и при употреблении per os.

Дозировка гистамина точно не установлена: одни авторы (Katsch и Kalk) считают дозу в 0,5 mgr. достаточной во избежание сильных реактивных явлений, другие пользуются дозой в 1 mgr. (Carnot, Koskowski и Libert) и даже большей, доходя до 1,5 mgr. (Delhougne) и 3—4 mgr. (Stuber и Nathanson). Мы при своих исследованиях пользовались обыкновенно дозой в 1 mgr., так как наблюдения показали нам, что инъекция 1 mgr. гистамина вызывает иногда появление свободной соляной кислоты там, где доза в 0,5 mgr. показывает полную ахилию.

Быть может, различной дозировкой гистамина объясняется тот факт, что введение одновременно с ним атропина или пилокарпина по одним авторам изменяет секрецию сока, по другим—нет. Так, Delhougne, вводя одновременно с гистамином под кожу до 1,5 mgr. атропина и до 1 mgr. пилокарпина, не видел ни разу изменения в секреции желудочного сока. Напротив, Strauss и Steinitz при одновременном введении 0,5 mgr. гистамина и 1 mgr. атропина наблюдали повышение кислотности и ясное уменьшение количества сока; точно также при введении 0,5 mgr. гистамина и 1 mgr. пилокарпина подкожно они заметили уменьшение кислотности и сильное увеличение количества сока.

Мы тоже поставили несколько опытов с атропином (5 опытов), морфием (3) и адреналином (1), но заметных изменений, по которым можно было бы судить о влиянии их на ход секреции после инъекции 1 mgr. гистамина, уловить не могли. Gilbert, Benard и Bouttier, ставившие опыты на птицах, кошках и собаках, тоже пришли к выводу, что

инъекции атропина, морфия и адреналина не меняют действия гистамина на железистый аппарат желудка.

Насколько правильны выводы Strauss'a и Steinitz'a и др. относительно действия атропина и пилокарпина, мы не можем судить, без тщательной проверки на большем материале, но невольно, повторяем, приходит мысль, не является ли причиной противоположных выводов различных авторов разница в дозах. Быть может, доза в 0,5 мгр. гистамина, которую пользовались Strauss и Steinitz, Katsch и Kalk, не служит максимальной для желудочных желез, и есть еще „запасная энергия клеток“, на которую можно воздействовать теми или иными ваго- и симпатикотропными веществами. Если вспомнить старые опыты Molnar'a, Зеленого и Савича с парентеральным введением Liebig'овского экстракта, или опыты Edkins'a с желудочным секретинном, по которым атропин не задерживает секреции желудочного сока при введении даже указанных химических возбудителей, то становится еще более непонятным, каким образом при наисильнейшем возбудителе желудочных желез — гистамине атропин и пилокарпин могут изменять секрецию.

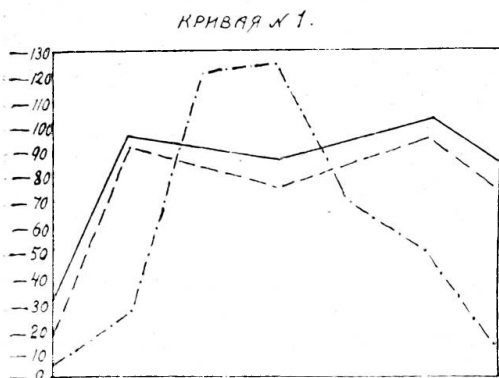
После этого краткого обзора вопроса о влиянии гистамина на секреторную функцию желудочных желез перейдем к рассмотрению полученных нами результатов.

Действие гистамина у здоровых людей обычно наступает через 5—10 мин. и достигает своего максимума через 30—45 мин., когда отмечаются наибольшая секреция желудочного сока и наибольшая кислотность. Почти как правило, отделение свободной соляной кислоты у здоровых идет параллельно с секрецией сока. При наличии normoaciditas (экстр. Liebig'a) гистамин вызывает отделение свободной HCl, в среднем до 60—70. Сокоотделение длится до 1½—2 часов, количество извлекаемого за это время желудочного сока составляет от 150 до 200 к. с. Получаемый после инъекции гистамина сок абсолютно прозрачен, лишь слегка опалесцирует; переваривающая сила его всегда выше, чем при обычном пробном завтраке (до 14 мм. по Метту при 24-часовом пребывании в термостате); количество отделяемой слизи незначительно, почему для химических и цитологических исследований сок этот особенно пригоден. Кривую при normoaciditas можно грубо охарактеризовать как „schnellende Kurve I“ Strauss'a и Steinitz'a, имеющую крутой подъем с одной вершиной и довольно быстрое падение до 0.

Что касается действия гистамина на больной желудок, то вывести какие-либо определенные кривые секреции сока, характерные для различных болезненных форм, невозможно. Правда, с некоторой натяжкой можно говорить о кривой HCl „типа плато“ (Rompe) при язве желудка или о лестничной (зубчатой) форме при ulcus duodeni, но считать их абсолютно патогномичными для указанных заболеваний все же нельзя.

Из 5 случаев язвы желудка в 3 мы действительно получили (см. кривую № 1) кривые, несколько похожие на тип плато (Rompe), но остальные две скорее приближались к schnellende Kurve I Strauss'a и Steinitz'a. Во всех этих случаях наблюдалась обильная секреция желудочного сока, достигавшая максимума через 30—45 мин., а кривая HCl обычно не шла параллельно уменьшению секреции сока. Кривые количества извлеченного сока и HCl были во всех 5 случаях выше нормы.

В одном случае язвы желудка (натошак кислотность $\frac{44}{60}$, количество сока—50 куб. см.) при исследовании Liebig'овским экстрактом мы получили максимальную кислотность в IV порции (свободной HCl—104, общая кислотность—120); после инъекции 0,5 мгр. эргаминна же максимальная кислотность была в III порции (через 45'): свободной HCl—137 (0,5 %), общая кислотность—147; количество извлеченного за 1 час желудочного сока составляло 337 куб. с. После IV порции была сделана дополнительная инъекция 0,5 мгр. эргаминна. Опыт этот был поставлен с целью выяснить, как реагируют после проделанной только что



сложной работы желудочные клетки, которые и без того находятся в состоянии „патологического раздражения и патологической слабости“ (по Зимницкому),—не наступит ли торпора на почве утомления их при повторном раздражении гистамином. Опыт дал следующие результаты:

	За 1-ый час			За 2-ой час		
	Своб. HCl	Общ. кисл.	Колич. сока	Своб. HCl	Общ. кисл.	Колич. сока
Через 15 мин. . . .	110	124	107	120	130	70
„ 30 „	128	139	96	140	150	76
„ 45 „	137	147	76	115	129	67
„ 60 „	115	127	58	85	102	45
Сумма . . .	490	537	337	460	511	258

Переваривающая сила по Метту—8—10 мм.

Как показывает таблица, торпора здесь не наступило, но кривая HCl приняла более лабильную форму: она вновь дала подъем вверх, достигнув асимпты через 30', и затем круто спустилась вниз. Количество сока, извлеченного за 1-ый час, составляло 337 куб. см., за 2-ой—258; суммарная кислотность за 1-ый час— $\frac{490}{537}$, а за 2-ой— $\frac{460}{511}$. Отсюда видно, что,

хотя железистые клетки желудка в приведенном случае язвы и реагировали на повторное раздражение гистамином повышением концентрации водородных ионов, но повысить отделение сока они оказались не в состоянии; вместе с тем и способность к концентрации ионов быстро упала.

Опытов с повторным введением больших доз гистаминна мы не ставили во избежании сильных реактивных явлений, но и по приведенному сейчас случаю можно говорить о некотором утомлении железистых клеток желудка при чрезмерной работе под действием гистаминна.

Над этим же пациентом был поставлен и опыт с атропином, спустя 10 дней после первого исследования гистамином. Втечение указанного

срока больной получил 20 впрыскиваний 1‰ раствора сернокислого атропина, по 0,5 куб. см., 2 раза в день. За 1½ часа до исследования, при пустом желудке, ему было введено подкожно 0,5 mgr. атропина, после чего была сделана инъекция 0,75 mgr. гистамина с одновременным введением 1 куб. см. 1‰ атропина. Исследование дало следующие результаты:

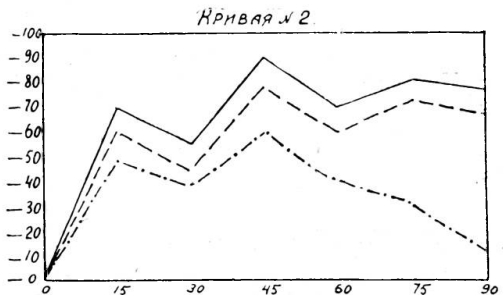
	Своб. HCl	Общ. кисл.	Колич. сока	Переварив. по Метт у.
Через 15 мин.	120	127	78	8,5 мм.
„ 30 „	142	149	97	8,75 „
„ 45 „	147	153	76	9,0 „
„ 60 „	127	136	50	7,75 „
„ 75 „	108	115	15	—
„ 90 „	114	130	11	8,5 „
„ 105 „	В виду забрасывания желчи дальнейшее исследование не производилось.			

Из приведенной таблицы видно, что после инъекции 0,75 mgr. гистамина даже после длительной атропинизации и при одновременном введении большой дозы атропина резкого изменения в секреции желудочного сока не произошло.

Здесь уместно еще упомянуть об интересном факте, на который мы натолкнулись во время наших исследований и который оставляем пока без объяснения: в 3 случаях язвы желудка мы видели полное прекращение у больных самостоятельных болей в течение 3—5 дней, а в одном случае после двухкратного введения по 0,5 mgr. гистамина с промежутками в 7 дней больной в течение даже целого месяца не жаловался на боли (дальнейшая судьба его неизвестна), тогда как раньше всякий глоток пищи вызывал у него сильнейшие боли и приступы тошноты. Объясняется ли такое явление местным влиянием гистамина на желудок, или оно есть результат общего действия,—трудно сказать. С таким же фактом мы встретились в одном случае гиперацидного гастрита, где больной пришел на 6-ой день после инъекции гистамина с заявлением, что он „чувствует себя перерожденным и может кушать все без болей“. Видели мы также субъективное и даже объективное улучшение после повторных инъекций гистамина и в целом ряде случаев ахилии, о чем будет речь ниже.

В одном случае язвы 12-перстной кишки мы имели „climbing type“ Rehfuß's'a, но такую же лестничную кривую мы получили и в одном случае люэтического цирроза печени (см. кривую № 2). Отличие заключалось лишь в большем количестве сока при *ulcus duodeni*; кислотность в обоих случаях была высокая. Таким образом считать лестничную кривую патномоничной только для *ulcus duodeni* не приходится (согласно наблюдениям Миркина, Могилевского и Рабиновича такую кривую можно наблюдать при исследовании алкогольным завтраком Leschke в 80 ‰).

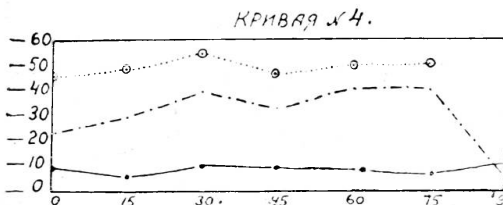
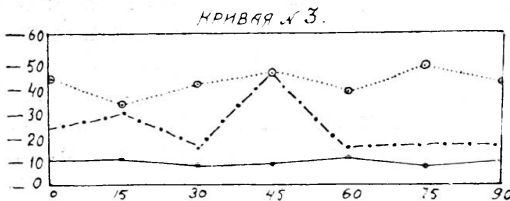
Случаев гиперацидного гастрита в нашем распоряжении было 3. Вывести какую-либо определенную кривую для этого рода болезней же-



лудка невозможно. Кислотность здесь доходила до $\frac{104 (0,37\%)}{112}$, количество извлеченного сока колебалось от 150 до 213 куб. см., действие гистамина длилось в среднем 1 ч. 30 мин.; кривая имела во всех 3 случаях лишь один под'ем через 30--45 мин.

Еще более разнотипные кривые были нами получены при субацидных гастритах. Наряду с кислотностью, доходившей, после инъекции 1 mgr. гистамина, до 60—80, мы имели случаи, где количество свободной HCl было не выше 12—15; общее количество извлекаемого сока во всех этих случаях (3) не поднималось выше 90, действие гистамина длилось от 1 до 2 часов, переваривающая сила по Метту была ниже, чем при *normoaciditas*.

Особенного внимания заслуживает в нашем материале случай *morbus Sprue*. Как известно, это заболевание, сопровождающееся атрофией слизистой всего пищеварительного тракта, неизбежно ведет к полной ахилии желудка. В нашем случае желудочные клетки еще в состоянии были выделять, реагируя на Liebig'овский экстракт, до 20 свободной HCl (0,07%) во II порции. Исследование, произведенное с тем же завтраком за 7 месяцев перед тем, показывало максимальную кислотность в IV порции (88) (действие завтрака длилось $2\frac{1}{2}$ часа), тогда как при последнем исследовании в IV порции свободной HCl совершенно не было. На инъекцию 0,5 mgr. гистамина больной реагировал отделением свободной HCl в течение 1 ч. 15 мин. с максимальной кислотностью во II порции (30); количество сока было весьма незначительно. При следующем исследовании мы ввели 1 mgr. гистамина дробно по 0,5 с промежутком в $\frac{1}{2}$ часа. При этом мы получили резкий под'ем кривой HCl с 20 во II порции до 60 в III, но количество сока было также незначительно: в течение 1 ч. 30 мин. выкачано лишь 16 куб. см. его. Переваривающая сила сока по Метту была довольно высокая: 6,5 мм. во II порции и 9,5 мм.—в III.



Описанный случай представляет интерес в том отношении, что здесь выделение свободной HCl и секреция сока не соответствовали друг другу. Если мы, впрочем, в данном случае имели очень слабое отделение сока при довольно высокой кислотности, то в ряде других случаев, напротив, при низких процентах свободной HCl или даже при полном отсутствии ее наблюдалась обильная водянистая секреция—*hydrorrhoea* (см. кривые № 3 и № 4).

В качестве примера приведем два случая полных ахий (один случай доброкачественной ахилии—кривая № 3 и один случай рака поджелудочной железы—кривая № 4), где после инъекции гистамина не было отделения ни свободной соляной кислоты, ни пепсина, но еще имелась обильная секреция чистого водянистого сока. Количество извле-

ченного сока равнялось здесь 115 куб. см. в первом случае и 238—во втором, причем сокоотделение продолжалось $1\frac{1}{2}$ —2 часа.

Факт этот был подмечен уже и ранее многими авторами. Katsch и Kalk рассматривают гидроррею, как примитивную функцию желудочных желез, выделяя ее в особую группу ахилий. Некоторые авторы (Bouttier) придают ей особое дифференциально-диагностическое значение, считая ее характерной для рака желудка. Однако наши наблюдения не подтвердили этого положения: из 11 случаев рака различных органов мы только в одном, приведенном выше, случае рака поджелудочной железы видели типичную гидроррею; с другой стороны подобную же картину дал и вышеприведенный случай первичной ахилии.

Указанный факт представляет, нам кажется, большой интерес с физиологической точки зрения. Heilmeyer в своих опытах с наперстянкой тоже наблюдал, что в некоторых случаях концентрация HCl быстро падала, а секреция сока еще продолжалась в достаточно обильном количестве. На основании этого он делает вывод, который идет в разрез с Павловской теорией, гласящей, что обкладочные клетки желудочных желез вырабатывают HCl всегда одной и той же концентрации, и что процентные колебания в ту или другую сторону объясняются лишь скоростью сокоотделения и нейтрализацией слизи, — чем быстрее отделение сока, тем менее успевает он нейтрализоваться слизью и тем, следовательно, выше бывает концентрация HCl; обратное наблюдается при медленном отделении сока. Такое предположение, сделанное Павловым на основании физиологических опытов на собаках, повидимому, не соответствует тому, что мы наблюдаем при постановке клинических опытов над больным желудком.

(Окончание в след. №).



К клинике нанизма.

Е. Гинзбурга, В. Аркушенко и Н. Кузнецовой.

(С 4 рис.).

Растройство корреляции эндокринной системы влечет за собою нарушение равновесия в организме, проявляющееся теми или иными аномалиями последнего. К числу таких аномалий относится, между прочим, нанизм или карликовый рост, происхождение которого работами последних лет ставится в несомненную зависимость от недостаточности эндокринных желез.

Еще первые исследования гипотиреозидии Brissaud и Herthog'a привели этих авторов к выводу о зависимости остановки роста от недостаточности щитовидной железы. Apert, подчеркивая связь половых желез с щитовидной железой, считает также недостаточность последней причиной инфантилизма. Souques и Stephen-Chauvet приписывают происхождение инфантилизма изменениям как в щитовидной железе, так и в гипофизе, — изменениям, вызывающим прекращение развития и функциональной деятельности половых желез. По мнению Lerbullet инфантилизм может быть следствием первичного поражения гипофиза, а щитовидная железа или поражается вторично, или остается неизменной. Данные вскрытий карликов в случаях Hueter'a, Benda и Hutchinson'a отмечают факт разрушения у них большей части передней доли гипофиза; факт этот привел Aschner'a, в связи с его собственными опытами над молодыми животными, к заключению, что выпадение функции передней доли гипофиза влечет за собой карликовый рост.

Говоря об инфантилизме, не следует забывать все многообразие его форм и видов. Anton классифицирует их следующим образом:

I. Общий инфантилизм:

а) инфантилизм с микседемой и кретинизмом, б) монголизм, в) инфантилизм вследствие отсутствия или малых размеров половых органов, г) инфантилизм с первичным заболеванием других желез, особенно надпочечников, зубной и поджелудочной желез, д) дистрофический инфантилизм на почве: 1) аплазии сосудов, 2) первичных заболеваний мозга, 3) наследственного lues'a, 4) наследственного алкоголизма или каких-либо отравлений (ртуть, свинец), 5) приобретенных в раннем детстве пороков сердца, tbc, хлороза и т. д., 6) плохих бытовых условий.

II. Частичный инфантилизм:

а) инфантилизм, состоящий в малых размерах половых органов, б) инфантилизм с недостаточностью сердечно-сосудистой системы, в) инфантильный голос и инфантильное состояние голосового аппарата, г) отсутствие роста волос, д) чистый психический инфантилизм.

Классификация Т. Brugsch'a и A. Schnittenhelm'a построена почти по такой же системе. Peritz, вводя понятия „formaler Infantilismus“ и „materieller Infantilismus“, считает формой первого—гипофизарный карликовый рост, а формой второго—дисгенитализм или евнухондизм, причем к обоим формам присоединяется психический инфантилизм. Дистирсогенный нанизм является, по этому автору, переходной формой между инфантилизмом и микседемой. Удачное определение различных видов нанизма с их этиологическими моментами в смысле поражения эндокринных желез мы находим в приводимой ниже классификации проф. Д. М. Росейского¹⁾:

Таблица различных типов карликового роста.

Т и п ы.	Отличительные особенности.	Этиология в смысле поражения эндокринных желез.
1) Nanismus primordialis.	Дети при рождении значительно меньше нормы и остаются на всю жизнь гораздо меньших размеров, чем нормальные люди того же возраста, хотя и достигают известной законченности в своем развитии: эпифизарные хрящи у них окостеневают, и они обыкновенно, достигая половой зрелости, не обнаруживают резких отклонений в половой сфере.	Недостаточная деятельность ряда эндокринных желез с вероятным преобладанием понижения деятельности мозгового придатка.
2) Nanismus infantilis, близкий к инфантилизму типа Loraing'a.	У детей, при рождении имеющих нормальные размеры, дальнейший рост происходит слишком медленно и прекращается преждевременно, несмотря на то, что эпифизарные швы часто не зарастают; физически эти субъекты хорошо развиты, пропорционально сложены и не обнаруживают умственной отсталости: нередко у них отмечается понижение половых функций.	К понижению деятельности мозгового придатка присоединяется понижение деятельности половых желез.
3) Nanismus myxoedematosus, соответствующий инфантилизму типа Brissaud.	Отношение размеров головы к размерам тела гораздо более, чем в норме, скелет мало развит, короткая, толстая шея, замедленное окостенение эпифизарных хрящей, замедленная смена или отсутствие смены зубов; круглое, одутловатое, лишенное растительности лицо, редкие брови и ресницы; подкожная клетчатка сильно развита повсюду и маскирует рельефы костей и мышц; на лобке и под мышками растительности нет; голос детский; щитовидная железа атрофирована; значительное понижение психического развития.	Преобладание недостаточной деятельности щитовидной железы.

¹⁾ Рус. Журн. Антропологии, 1924, том XII, вып. 1 и 2.

Т и п ы	Отличительные особенности.	Этиология в смысле поражения эндокринных желез.
4) Nanismus cretinicus.	Широкий, глубоко запавший корень носа, как выражение ранней остановки роста основания черепа; соотношение частей тела нарушено: при относительно длинном туловище очень короткие ноги; резкая задержка полового аппарата и умственного развития; растройства в области органов чувств (главным образом слухота).	Понижение деятельности щитовидной и половых желез.
5) Nanismus chondro-dystrophicus s. mikromelia.	Несоответствие между короткими конечностями и длиной головы и туловища при отсутствии прочих дефектов сложения и интеллекта.	Различные зародышевые растройства с возможной недостаточностью секреции мозгового придатка.
6) Subnanismus, куда могут быть отнесены различные виды значительно по сравнению с нормою уменьшения роста.		Смотря по преобладанию растройства функции той или другой из эндокринных желез, можно различать subnanismus гипофизарный, половой, тиреогенный, супраренальный и панкреатический.

Приведя эту классификацию, сообщим несколько наблюдавшихся нами случаев нанизма и субнанизма, интересных в том отношении, что они относятся к различным видам эндокринных поражений.

Случай I (рис. 1). Б. З., 19 лет, из крестьян Нижегородской губ., поступил с жалобами на малый рост, резко выраженное недоразвитие всего организма, особенно полового аппарата. Отец и мать больного живы, мать больна истеро-неврастенией. Дед и бабушка со стороны отца умерли в глубокой старости, ничем не болели. Братья отца обладали очень высоким ростом, отец же плохо развивался, и рост его до 22-летнего возраста был значительно ниже среднего. Со стороны матери — бабушка и дядя скончались от тбс легких, другой дядя — алкоголик. Лues, душевные заболевания и злокачественные новообразования в роду не отмечаются. У матери больного было 5 детей, из которых 2 скончались от детских инфекционных болезней, сестра 9 лет — от менингита, 2 — живы до сих пор. Выкидышей и мертворожденных у матери не было. Больной, бывший у матери первым ребенком, родился в срок, нормальных размеров (8½ ф. весом), вскормлен грудью матери, до 4 лет рос здоровым, нормальным ребенком, с 4-летнего же возраста родители стали замечать отсталость его в росте и в общем развитии. 6-ти лет он перенес корь без осложнений, на 7-м году — острое кишечное заболевание, после которого у него периодически стали появляться длительные поносы. С 8 лет начал посещать школу, где почти не отставал в успехах от своих сверстников.

Больной своим ростом напоминает 9-летнего мальчика. Скелет и суставы не изменены. Кожа и слизистые нормально окрашены. Подкожно-жировой и мышечный слой развиты нормально. На голове — редкие волосы темно-русого цвета. В подмышечных ямках и на лобке растительности совершенно нет. Отмечается некоторая

скошенность левой половины лица и несколько покатый лоб с выступающими надбровными дугами. Уши среднего размера, мочки приращены к щекам. Грудная клетка цилиндрической формы, с хорошо развитыми грудными железами; соски выступают из околососкового кружка. Живот не выдается вперед. Половые органы

находятся почти в рудиментарном состоянии: penis по величине соответствует таковому двухлетнего возраста, яички—величиной с вишневую косточку. Тазовые кости несколько широки. Рост—139 см., вес 41,5 кило (вместо—165,5 см. и 58,0 кило по таблице Quetelet). Окружность головы—53 см., передне-задний размер—18,5 см., поперечный размер (между темяными буграми)—17 см., ширина плеч—32 см., рост в сидячем положении—72 см., окружность грудной клетки—70 см., при глубоком вздохе—75 см., при выдохе—68 см. Длина плеча—31,5 см., предплечья—22,5 см., кисти—16,5 см. Длина бедра—46 см., голени—36 см., ступни—23½ см. Index Lennhoff'a 51,100

$\frac{51,100}{77} = 66 \frac{18}{77}$. Динамометрия:

правая рука 17 кило, левая рука—15 кило. Со стороны органов пищеварения—аппетит хороший, изредка бывают сильные изжоги через 1—1½ часа после еды, стул с наклоном к поносам, язык не обложен, влажен, зубы хорошие, пальпация в области желудочно-кишечного тракта болевых точек не обнаруживает; при исследовании желудочного сока обнаружено: свободной HCl—56, общая кислотность—74, под микроскопом—единичные

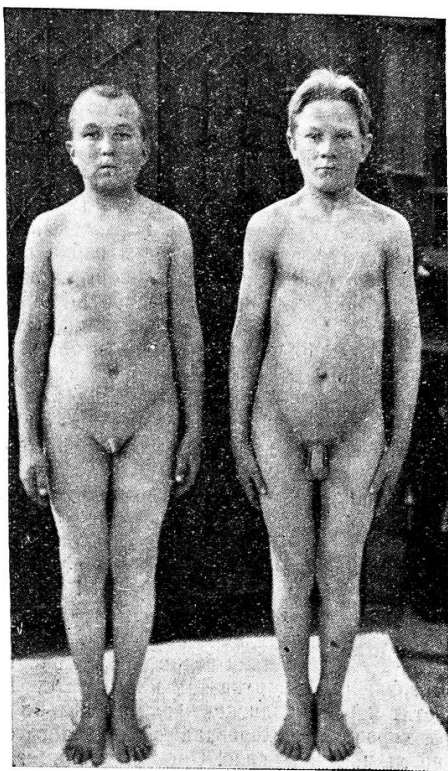


Рис. 1.

крахмальные зерна и дрожжевые грибки. Исследование испражнений ничего патологического не обнаружило. Органы дыхания: кашля, знобов, ночных потов нет, при перкуссии и аускультации никаких отклонений от нормы не найдено. Органы кровообращения: сердцебиений, одышки, болей—нет, границы сердца в пределах нормы, тоны сердца чисты, сосуды мягки и эластичны, пульс 84 в 1 мин, хорошего наполнения и напряжения, кровяное давление по Короткову 101—76. Исследование крови: Hb—66%, эритроцитов—3,500,000, лейкоцитов—6,600; лейкоцитарная формула: нейтрофилов сегмент.—58%, палочков.—6%, лимфоцитов больших и малых—31%, эозинофилов—3%, переходных форм и мононуклеаров—2%. Реакция крови по Wassermann'y дала отрицательный результат. Са по Clark'y—14,1 mgr. в 100 куб. см. крови, K—74,3 mgr., Na—191,1 mgr. '). Реакция Lütge-Mergz'a для определения гормонов в кровяной сыворотке с гипофизом дала положительный результат (три плюса), со щитовидной железой—также 3 плюса, с парашитовидными железами—2 плюса, с яичками—минус. Мочеполовые органы: мочеиспускание нормально, цвет мочи соломенно-желтый, уд. вес—1,014, реакция—кислая, белка, сахара, индикана, уробилина, желчных и кровяных пигментов нет, под микроскопом найдены кристаллы щавелевокислой извести; половые органы чрезвычайно малы, половой жизнью больной не живет. Рентгенограмма (С. Р. Френкель) турецкого седла никаких патологических изменений

¹⁾ Исследования эти производились д-ром И. Н. Казаковым, за что приносим ему нашу благодарность.

не обнаружила. Нервно-психическая сфера (проф. М. П. Молчанов): головных болей нет, сон хороший, черепные нервы нормальны, сухожильные рефлексы вызываются, ясно выраженный красный дермографизм, по своей психике больной достаточно развит, живо реагирует на окружающие явления, работает с отцом, весьма тяготеет своей физической недоразвитостью. Зрение нормально, со стороны органов слуха незначительное помутнение барабанных перепонок, воздушно-костный проход нормален. Испытание вегетативной нервной системы на ваготонию с солянокислым пилокарпином (0,01) дало нерезкое покраснение лица и туловища, сильное (+ +) потоотделение, слюны 140 к. с в час, тошноты и рвоты, а равно изменений пульса не было. Исследование с атропином (0,001) дало учащение пульса с 76 до 101 и сильную сухость во рту, державшуюся 3 часа. Исследование на симпатикотонию с адреналином дало отрицательный результат. В общем у больного была установлена ваготония 2-й степени.

Случай 11 (рис. 1). Д. Б., 19 лет, из крестьян Калужской губ., поступил по поводу задержки в росте и резкого недоразвития половых органов. Отец и мать больного живы и здоровы, дед и бабка как со стороны отца, так и матери также были нормально развитыми здоровыми людьми. Люб, душевные болезни, злокачественные образования, какие-либо пороки развития в роду не отмечаются. В семье больного было 7 человек детей, в живых осталось 4, остальные умерли в раннем детстве. Больной родился в срок, вторым по счету ребенком, нормальной величины и веса, вскормлен грудью матери. Уже в грудном возрасте он производил впечатление хилого ребенка. С 5 лет для окружающих стала заметна отсталость его в росте и развитии всего организма. 7-ми лет он перенес корь. На 9-м году стал учиться в школе, где с трудом одолел лишь 2 класса, сильно отставая в успехах от своих сверстников.

Внешний вид больного напоминает 11—12-летнего мальчика. Скелет и мускулатура развиты нормально. Волосы, светло-русого цвета, растут лишь на голове, на *mons Veneris* и в подмышечных ямках растительности нет. Рост—140 см., вес—46 кило. Окружность головы—54 см., передне-задний диаметр—19,1 см., поперечный диаметр (между темяными буграми)—18,4 см. Рост в сидячем положении 74 см., окружность грудной клетки—72 см., при глубоком вздохе—79 см., при выдохе 70 см. Ширина плеч—33,6 см., длина плеча—32 см., предплечья—24 см., кисти—17,6 см. Длина бедра—48,1 см., голени—36,2 см., ступни—24 см. Динамометрия: правая рука—18 кило, левая 16 кило. Т° 36,5°. Органы пищеварения: аппетит хороший, диспептических явлений нет, стул нормален, язык не обложен, зубы хорошие, исследование желудочного сока и испражнений никаких отклонений от нормы не обнаружило. Органы дыхания: кашля, одышки не отмечается, при перкуссии и аускультации никаких патологических изменений не найдено, рентгеноскопия легких дала нормальную картину. Органы кровообращения: при беге сердцебиения, одышки нет, границы сердца в пределах нормы, тоны сердца чисты, сосуды эластичны, пульс 78 в 1 мин, хорошего наполнения, кровяное давление по Короткову 94—68. Исследование крови: Hb—72%, эритроцитов—4,100,000, лейкоцитов—5,800, лейкоцитарная формула: нейтрофилов—62%, лимфоцитов больших и малых—30%, эозинофилов—4%, переходных форм и мононуклеаров—4%. Реакция крови по *Wassermann* отрицательна. Са в 100 куб. сант. крови определено 13,6 mgr., Ка—76 mgr., Na—156 mgr. *Lütge-Merz*овская реакция с гипофизом и семенными железами дала отрицательный результат, со щитовидной железой—положительный (+ + +), с паращитовидными железами—следы. Мочеполовая система: мочеиспускание не затруднено, моча соломенно-желтого цвета, уд. вес—1,019, реакция—слабо-кислая, белка, сахара, уробилина, индикана, кровяных пигментов не найдено, под микроскопом—единичные ураты. Отмечается отсутствие растительности на лобке. *Penis* по размеру напоминает таковой у 9—10-летнего мальчика. Яички величиной с средний грецкий орех, находятся в мошонке. *Libido* отсутствует. Оанизмом не занимался. Рентгенограмма (С. Р. Френкель) черепа отмечает некоторое уплощение турецкого седла. Нервно-психическая сфера: самочувствие удовлетворительное, головных болей нет, сухожильные рефлексы вызываются, глоточный рефлекс отсутствует, выражен красный дермографизм, позвоночник не болезнен; при беседах с больным выясняется значительная отсталость для его возраста в смысле интеллекта, способности и память ослаблены. Со стороны органов зрения и слуха отклонений не отмечается. При исследовании вегетативной нервной системы испытание на ваготонию с пилокарпином дало 1 плюс, с атропином—также 1 плюс, на симпатикотонию с адреналином—минус, в общем обнаружена ваготония 1-й степени.

Случай III (рис. 2). М. К., 18 лет, крестьянка, поступила с жалобами на остановку в росте, общее недоразвитие, задержку умственного развития. Отец жив и здоров, мать умерла 50-ти лет от сыпного тифа. Lues, злокачественные новообразования, душевные болезни, какие-либо конституциональные аномалии в роду как со стороны отца, так и со стороны матери не отмечаются. В семье больной было 10 человек детей, из которых 5 остались в живых, остальные умерли в раннем

детстве. Больная—третий по счету ребенок, родилась в срок, вскормлена грудью матери. Уже с первых лет ее жизни родные обратили внимание на чрезвычайно медленный рост ее и весьма слабое умственное развитие (первые слова научилась произносить лишь на 4-м году), а также развивающуюся дисгармонию между длиной туловища и конечностями, значительно укороченными. Из заболеваний перенесла золотуху пяти лет и корь на 7-м году. В школе больная не могла заниматься, несмотря на все усилия родных и учительницы, благодаря полному неусваиванию преподаваемых предметов. Ни читать, ни писать она не научилась.

При осмотре больной бросается в глаза непропорционально-длинное туловище с короткими ногами, при общем малом росте. Череп сравнительно большой и неуклюжий, лицо широкое, с запавшим корнем носа, лоб низок, губы толстые, язык большой. Зубы расположены неправильно. На верхней части груди—толстые складки, благодаря сплюснутости подмышечной клетчатки. Живот свисает. Кости конечностей массивны. Кожа бледная и утолщена. Волосы скудно растут на голове, отсутствуют в подмышечных ямках, покрывают *mons Veneris*. Рост 135,7 см., вес 42,3 кило (вместо 156,3 см. и 49 кило в норме по таблице Quetelet). Окружность головы—55,3 см., передне-задний диаметр—21 см., поперечный диаметр—18,6 см. Рост в сидячем положении—76,4 см. Ширина плеч—33,4 см., окружность грудной клетки—68 см., при вдохе—74 см., при выдохе—65 см. Длина плеча 30 см., предплечья—20 см., кисти—15,8 см. Длина бедра—38,2 см., голени—30 см., ступни—20,2 см.

Динамометрия: правая рука 16 кило, левая—13 кило. Щитовидная железа прощупывается. Т° 36,4°. Органы пищеварения: аппетит удовлетворительный, диспептических явлений нет, стул самостоятельный, при исследовании желудочного сока и испражнений патологических изменений не обнаружено. Органы дыхания: сухой кашель, особенно утром, при постукивании грудной клетки перкуторный звук не изменен, при аускультации—везикулярное дыхание с единичными сухими хрипами, рассеянными вдоль нижнего края левой лопатки. Органы кровообращения: сердцебиений и одышки нет, границы сердца нормальны, тоны его чисты, сосуды мягки, пульс 70 в 1 м., синхроничный, среднего наполнения, кровяное давление по Короткову 110—87. Исследование крови: Hb—71%, эритроцитов—4,010.000, лейкоцитов—5200; лейкоцитарная формула: нейтрофилов—65%, лимфоцитов больших и малых—27%, эозинофилов—3%, переходных форм и мононуклеаров—5%. Реакция крови по Wassermann давала отрицательный результат. Свертываемость крови: начало—4'5", конец—5'20". Са в 100 куб. сант. крови—14,24 mgr., К—80 mgr., Na—140,7 mgr., остаточного азота (по способу Аселя)—38,2 mgr., мочевой кислоты (по способу Folin'a)—3,4 mgr. Lütge-Mergz'овская реакция с гипофизом давала отрицательный результат, со щитовидной железой—положительный (+ + +), с парашитовидными железами—слабо-положительный (+ +), с яичниками—следы (+). Мочеполовые органы: мочеиспускание нормально, цвет мочи соломенно-желтый, уд. вес—1,021, моча мутная, содержит следы белка (менее 0,03%), сахара, индикана, уробилина, кровяных пигментов не содержит, под микроскопом много оксалатов и аморфных уратов. Гинекологическое исследование (проф. Эберли): наружные половые части развиты почти соответственно возрасту, матка несколько мала, придатки прощупываются, менeses нормальны. Рентгенограмма (С. Р. Френкель): эпифизарные линии открыты, процесс окостенения в костях конечностей не закончен, форма турецкого

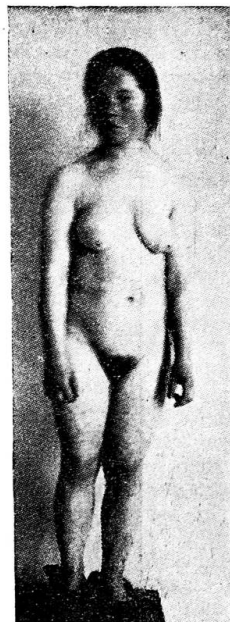


Рис. 2.

седла отклонений от нормы не представляет. Первно-психическая сфера: частые головные боли, черепные нервы нормальны, сухожильные рефлексы вызываются, выражен красный дермографизм, настроение духа часто подавленное, апатичное, больная не разговорчива, проявляет значительную отсталость в смысле ее интеллекта. Со стороны органов зрения отклонений нет, отмечается понижение слуха без стойких изменений в области внутреннего уха. Исследование вегетативной нервной системы на ваготонию с пилокарпином дало $+$ —, с атропином — минус, на симпатикотонию с адренином $+$ —, в общем имеются симптомы раздражимости обеих систем.

Случай IV (рис. 3). А. Е., крестьянин, 17 лет, поступил с жалобами на значительную отсталость в росте по сравнению со сверстниками и общую слабость. Родители больного живы и здоровы, отцу и матери больного по 53 года. Наследственность со стороны отца: дед умер от неизвестной причины 50-ти лет, бабка



Рис. 3.

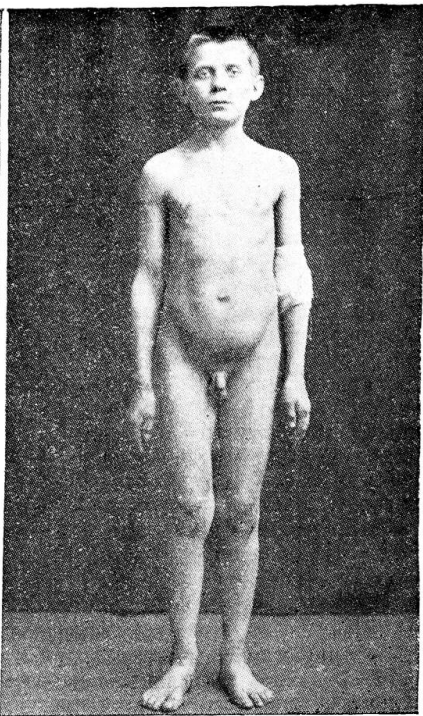


Рис. 4.

умерла 60 ти лет от невыясненного желудочно-кишечного заболевания. Наследственность со стороны матери: дед жив, 71 года, бабка умерла 62-х лет. В семье родителей больного было всего 10 человек детей, трое из них умерло в раннем детстве, остальные, в том числе и больной, остались в живых. Братья и сестры больного нормального роста, здоровы. Lues'a, т.е. злокачественных опухолей и душевных болезней в роду не отмечается. Больной по счету родился 8-м, родился в срок, кормился грудью матери, но развивался очень медленно, — до второго года жизни, напр., зубы у него совершенно не показывались, и только в конце второго года начали прорезываться резцы, коренные же зубы появились в конце третьего года. Ходить больной начал на втором году жизни. Рахита и золотухи не отмечалось. В умственном отношении он от своих сверстников не отставал, учиться начал 7-ми лет, учился хорошо. Из детских заболеваний перенес только на 3-м году жизни корь в легкой форме.

По росту и по общему виду больной больше походит на 10-летнего ребенка, чем на 17-летнего юношу. Голос детский, телосложение его вполне пропорционально, строение нежное, хрупкое; скелет и суставы не изменены. Кожа нормальна, отеков нет. Подкожно-жировой слой развит слабо. На лобке и в подмышковых ямках никакой растительности нет. Мышцы развиты слабо. Динамометрия: правая

рука 22, левая 21 кл. Лимфатические железы не увеличены. Щитовидная железа при ощупывании особых отклонений не представляет. Т⁰ в пределах 36,4—36,8°. Рост 139 с., вес 33,1 кл. Окружность головы 52 с., передн.-задн. разм.—17, наибольший поперечный размер—16,5, вертикальный обхват головы—34,1 сант., расстояние между сосцевидными отростками—15 сант., высота головы—12,5 сант., высота лба—5,5 с., длина лица—10 с., наибольшая ширина лица—12,3 сант., длина носа—4,5 с., ширина его—3 с., длина уха—5,5 с., ширина его—2,5 с. Ширина плеч—29,4 с., длина туловища—46,5 с., наибольший поперечный размер грудной клетки—19,4 с., передне-задний размер—15 с., окружность грудной клетки—66,8 сант., при глубоком вздохе—70,2, при выдохе—64,2, длина грудины—17 сант., расстояние от мочевиного отростка до лонного соединения—27 сант., расстояние между гребнями подвздошных костей—22 с., между вертелами бедер—29,8. Длина плеча—27,9 с., длина предплечья—20 с., длина кисти—14 с., длина среднего пальца—7,2 с., длина бедра—37,2 с., длина голени—35 с., длина ступни—20,3 с. Органы пищеварения: язык влажный, не обложен, зубы очень малы размером, всего зубов 25; в частности, в верхней челюсти 10 зубов—2 резца, 2 клыка и 6 коренных, из них 4 малых моляра и 2 больших; в нижней челюсти 12 зубов: 4 резца, 4 клыка, 4 коренных, по 2 малых моляра; между резцами в верхней челюсти большие промежутки, остальные зубы тесно соприкасаются друг с другом, промежутков между ними нет. Аппетит средний, изредка бывает тошнота; отрыжки, изжоги и рвоты нет. Подложечная область безболезненна. Границы желудка нормальны. Слабит ежедневно без болей. При исследовании желудочного сока получены вполне нормальные данные. В каловых массах найдены яйца аскарид, крахмальные зерна, жировые капли и соединительнотканые волокна. Печень и селезенка не прощупываются, границы их нормальны. Органы дыхания: насморка, одышки и кашля нет, перкуссия и аускультация легких дают нормальные данные. Органы кровообращения: сердцебиений нет, пульс 70 уд. в 1 мин., артерии мягки, границы сердца нормальны, сердечные тоны чисты. Исследование крови: гемоглобина—75%, эритроцитов—4,400,000, лейкоцитов—5,600; лейкоцитарная формула: нейтрофилов—66%, лимфоцитов больших и малых—26^{1/2}%, переходных форм и мононуклеаров—5^{1/2}%, эозинофилов—2%. Кровяное давление по Riva-Rossi 95—89 мм. Hg. Мочеполовые органы: мочеиспускание не учащено, безболезненно; моча соломенно-желтого цвета, уд. веса 1017, кислой реакции, белка, сахара, индикана, уробилина, желчных и кровяных пигментов не содержит; в осадке под микроскопом клетки наружных мочевыводящих путей, кристаллы фосфорнокислого кальция и немного уратов. Половые органы: отмечается отсутствие растительности на лобке, penis очень мал размером, яички находятся в мошонке, значительно уменьшены по сравнению с нормой. Libido отсутствует. Поллюций и эрекции нет. Онанизмом не занимается. Половых сношений не было. Roentgen'овское исследование (Н. М. Кудрявцева) черепа больного обнаруживает уплощение турецкого седла, внутренние органы и костный скелет отклонений от нормы не представляют. Число ядер окостенения соответствует 12-летнему возрасту. Нервная система и психика: сон хороший, головных болей нет, черепные нервы нормальны, анестезий и парестезий нет, рефлексы живые, имеется красный дермографизм; в умственном развитии пациент от своих сверстников не отстает, память и способности хорошие, со стороны органов слуха и зрения никаких отклонений от нормы не отмечается. Испытание на ваготонию с пилокарпином дало слабо-положительный результат (+), тоже и с атропином, испытание на симпатикотонию с адреналином дало отрицательный результат.

Случай V (рис. 4). Больной Н. Е., крестьянин, 17 лет, поступил с жалобами на общую слабость, головные боли, сердцебиение, одышку и значительную по сравнению с сверстниками отсталость в росте. Родители больного живы и пользуются хорошим здоровьем: отцу 46 лет, матери—40. Оба деда, как с отцовской, так и с материнской стороны, страдали алкоголизмом. Дядя со стороны матери умер от тbc. Lues'a и душевных болезней в роду не отмечается. Всего в семье было трое детей; остальные живы, здоровы и вполне нормального роста и развития. Большой по счету родился вторым, в срок, кормился грудью матери, ходить начал на втором году. Рахита и золотухи не было. 6-ти лет перенес корь, 10-ти лет—суставной ревматизм. 14-ти лет—дизентерию, часто страдал ангинами. До 10 лет развивался нормально, был здоровым, крепким ребенком, а с 10 лет родители стали замечать значительную отсталость больного в росте по сравнению с сверстниками, с 14 же лет замечена полная остановка роста. Грамоте обучался 2 года, учение

давалось с трудом; читает плохо, по складам, пишет неграмотно. Занимается крестьянством, не пьет и не курит.

При осмотре обращает на себя внимание общий вид и рост больного, приближающийся к росту 11—12-летнего мальчика. Туловище и конечности больного развиты пропорционально. Рост 141,1 см., вес 2 пуда 13 ф. Длина рук 60,4 см., окружность плеч—28,9, окружность груди—75,0, живота—62,0, поперечник плеч—32,2, поперечник таза—23,0. Грудная клетка цилиндрической формы, астенического типа. Спина несколько кифотическая, лопатки расходятся. Окружность головы—52,9 см., поперечный диаметр ее—15,5, продольный—18,1, высота лица—12,0, длина носа—5,4, ширина—3,2, ширина лица—12,9. Нос прямой, с приподнятыми крыльями, уши большие, несколько оттопыренные, мочки к щекам не приращены, на левом ухе дарвиновский бугорок, мягкие части лица развиты нормально, губы полные, рот средний, зубы большие, посажены редко, правильные, небо широкое и низкое, кожа толстая, но вялая, мускулатура средняя. Динамометрия: правая рука 25 кило, левая 20 кило. Подкожно-жировой слой развит слабо. Окраска кожи бледна, слизистые также бледны. Растительность на лице, в подмышечной области и на mons Veneris отсутствует. Лимфатические подчелюстные железы прощупываются, несколько больше нормы. Щитовидная железа несколько уменьшена в своих размерах. Температура тела 36,6°—36,8°. Органы дыхания: сухой кашель, иногда с мокротой, надключичные и подключичные пространства незначительно приглушение звука над и под ключицей справа и там же жестковатое дыхание и удлиненный выдох. При исследовании х-лучами установлены незначительное затемнение обеих верхушек и увеличение бронхиальных желез. При исследовании мокроты в палочек в ней не обнаружено. Органы кровообращения: сердцебиение и одышка при поднятии на лестницу, пульс 60, правильный, артерии мягкие, границы сердца: верхняя на III ребре, правая на 1/2 см. вправо от правого края грудины, левая по сосковой линии; при выслушивании у верхушки отмечается небольшой систолический шумок. Исследование крови: гемоглобина—72% по Sahli, эритроцитов—4.500.000, лейкоцитов—7.000, лейкоцитарная формула: нейтрофилов—70%, лимфоцитов больших и малых—24%, переходных форм и мононуклеаров—5% и эозинофилов—1%. Реакция Wassermann'a дает отрицательный результат. Органы пищеварения: кариозных зубов нет, иногда изжога, стул ежедневный, нормально, глистоз не отмечается, живот не вздут, безболезнен, печень выступает на 1 см. из-под реберного края. Селезенка не увеличена. Мочеполовые органы: мочеиспускание безболезненно, не учащено, реакция мочи кислая, уд. в. 1,015, белка, сахара, индикана, уробилина, желчных и кровяных пигментов в моче нет, в осадке при микроскопическом исследовании единичные лейкоциты и эпителий мочевыводящих путей. Наружные половые органы: растительность на лобке совершенно отсутствует, penis недоразвит, яички несколько больше волошского ореха, нормальной консистенции, правое меньше левого. Libido отсутствует. Поллюций и эрекций не появлялось. Онанизмом не занимается. Половых сношений не было. Нервная система: сон хороший, иногда больной во сне разговаривает; головные боли, головокружение; зрачковый рефлекс живой, на аккомодацию неустойчивый, глоточный очень слабо выражен, коленный выражен. Имеется слабо выраженный красный дермографизм. Анестезий и парестезий нет. Настроение духа вялое, апатичное. В интеллектуальном отношении развитие больного соответствует 8—10-летнему возрасту. Со стороны органов зрения и слуха отклонений от нормы нет. Рентгенографическое исследование (Н. М. Кудрявцева) обнаружило незаключившийся процесс окостенения в костях как верхних, так и нижних конечностей; очертания турецкого седла не представляли заметных отклонений от нормы; полость его имела нормальные размеры. Испытание на ваготонию с пилокарпином и атропином, на симпатикотонию с адреналином давали следующие результаты: испытание с пилокарпином—+, с атропином—также+, с адреналином +.

Первые два из приведенных случаев нанизма могут быть отнесены ко II типу таблицы проф. Российского—Nanismus infantilis (типа Logain'a). В первом из них, при весьма значительном уменьшении роста (139 см. для 19 лет), имела место гармоничная пропорциональность между отдельными сегментами тела с отсутствием задержки в интеллектуальном развитии. Характерною также была здесь атрофия половых органов.

с отсутствием вторичных половых признаков. Реакция Lütge-Merz'a для определения гормонов в крови дала в этом случае отрицательный результат на семенные железы и положительный—на гипофиз и щитовидную железу, что в известной степени также подтверждает связь между указанными растройствами развития организма и поражением этих эндокринных желез. В другом случае, несмотря на известную законченность в развитии отдельных частей тела, мы имели малый рост (140 см. в 19 лет) наряду с недоразвитостью полового аппарата. Уплотнение турецкого седла по рентгенограмме и отрицательный результат Lütge-Merz'овской реакции на гипофиз с некоторой вероятностью устанавливают в этом случае факт преобладающего понижения деятельности мозгового придатка. Третий случай приближается к IV типу таблицы—Nanismus cretinicus, за что говорит резко выраженная дисгармония между длиной туловища и длиной конечностей при росте в 135,7 см., а равно сильная задержка в умственном развитии и понижение слуха: следует отметить еще здесь положительную реакцию Lütge-Merz'a на щитовидную железу и на яичники. Все эти случаи интересны также несколько пониженным содержанием *Ca* в крови. Наконец, последние два случая, приближаясь по своей конституции к типу инфантиликов Logain'a, должны быть отнесены к VI типу таблицы—Subnanismus: значительное уменьшение семенных желез с ясно выраженной гипофункцией их, полное отсутствие эрекций, поллюций и *libido* у 17-летних юношей—дают нам право считать их случаями полового субнанизма. У одного из этих больных возможно предполагать и нарушение деятельности гипофиза—благодаря открытой по рентгенограмме деформации турецкого седла.

Хирургия и НОТ¹⁾.

Ассистента И. Л. Цимхеса.

(С 2 рис.).

Задачами научной организации труда, как прикладной науки, являются изучение методов наибольшей рационализации работы в различных отраслях и поднятие производительности труда при одновременном оберегании сил и здоровья трудящихся. Таким образом объектом работы НОТ является с одной стороны усовершенствование, механизация производства, а с другой—рациональное использование живой силы; в то же время НОТ стремится сберечь рабочего, сохранить его интерес к работе и сократить общее время труда. Здесь, как мы видим, сталкиваются элементы мертвой и живой энергии. Последнее обстоятельство связывает НОТ с научными достижениями медицины и больше всего с физиологией. На такую тесную связь указывают акад. В. М. Бехтерев, проф. D'ig и инж. И. М. Бурдянский. Медицинские знания в области профилактики и патологии профессиональных болезней дают богатейший материал для выводов относительно рациональной постановки труда рабочего в целях сохранения его здоровья. Но, если НОТ во многих вопросах основывается на достижениях медицины, то обратно—медико-санитарное дело почти не ведется по принципам рационализации труда.

„Система Taylor'a,—говорит акад. В. М. Бехтерев,—представляя большой шаг вперед в смысле увеличения производительности труда, однако, не дает точного ответа на вопрос, как отражается интенсификация труда на самом трудящемся и на его здоровье“. Поэтому целью науки о труде и рефлексологии труда должно быть, по мнению Бехтерева, не интенсификация труда, а целесообразное использование сил рабочего во время работы.

Промышленник - капиталист стремится поднять производительность, не считаясь с амортизацией живой рабочей силы. При социалистическом хозяйстве дело рационализации труда ведется так, что при этом учитываются вредность работы и методы устранения ее. В капиталистических странах, где лечебно-профилактическая сеть учреждений сосредоточена преимущественно в частных и благотворительных кругах, где сталкиваются интересы,—иногда противоположные,—правительства и отдельных групп населения (частью практикующих врачей, рабочих и др.), проведение принципов рационализации медицинского дела становится почти невозможным. Принцип же единой советской медицины, с централизацией медико-санитарного дела, создает достаточную базу для успеш-

¹⁾ Доложено 4/I 1928 г. в Хирургической секции Общества Врачей при Казанском Университете и 15/XII 1927 г. в Институте НОТ.

ного проведения в жизнь методов рациональной организации труда медработников. Для советской медицины, которая ставит себе задачей, помимо лечебного дела, строительство здоровой жизни и охрану здоровья всего населения, вопросы организации медицинского труда становятся еще более актуальными. Большую роль в выполнении этих задач может и должен сыграть опыт НОТ путем изучения недостатков существующих форм организации медицинского дела и анализа отдельных его моментов. От рациональной постановки медицинского дела, как лечебного, так и профилактического, зависят уменьшение страданий больных при исследовании и лечении их, сокращение прогулов по болезни и более быстрое восстановление здоровья рабочих (сокращение времени производства операций, уменьшение вдыханий паров хлороформа, сокращение койко-дней больного, уничтожение очередей в амбулаториях и пр.).

В настоящем сообщении я намерен коснуться лишь вопроса рациональной организации хирургической работы и целесообразного использования сил хирурга и его помощников во время операции. Как и при изучении промышленного производства, методы и приемы наиболее рациональной постановки и ведения хирургической работы будут следующие: 1) изучение психогаммы хирурга, 2) изучение движений и места всех участников хирургической операции в связи с разделением труда между ними и 3) усовершенствование производственного процесса операции на основах охраны труда хирурга (борьба с утомляемостью и профвредностью хирургической работы).

И в дореволюционное время организационные вопросы в хирургии не оставались без внимания, но работы по этим вопросам носили случайный характер. О достижениях в этой области, напр., почти не упоминается в трудах по оперативной хирургии. В руководствах Bier, Braun, Kümmel'я, Pels-Leusden'a, проф. Дьяконова и Рейна имеются указания только относительно рационального способа держания скальпеля в руках (как писчего пера—при препаровании на значительной глубине, как смычка скрипки—при необходимости сильного надавливания на лезвие и т. д.), держания пинцетов, техники завязывания узлов при наложении швов и т. п. Были также попытки механизации наложения швов путем применения швейных машин (Hürtl, Petz, Sukor), замены ипприцев для проведения местной анестезии pneumatic-injector'ами (Farr), замены помощников для расширения ран, особенно брюшной полости, самодержащимися зеркалами и т. д.

На XVIII Съезде Русских Хирургов в 1926 г. д-р Хесин подчеркнул, что до последнего времени оперативная работа хирурга рассматривалась исключительно под углом зрения интересов больного. Психотехническая характеристика хирурга строилась на основании эмпирических данных. В настоящее время имеются сообщения докторов Рузер и Альтшуллер относительно зависимости эмоциональных переживаний хирурга от операции, а сообщение д-ра Флейшера выявляет связь между работой хирурга и плохим санитарно-гигиеническим состоянием операционной, перегрузкой оперативной работой и присутствием студентов. С точки зрения д-ра Флейшера все указанные условия ведут к сильному переутомлению и преждевременному изнашиванию организма хирурга в виде нарушения процессов теплообмена и значительного расстройства сердечно-сосудистой системы.

Изучение трудового процесса хирурга вплотную подходит к вопросу о подборе работников. В каждом случае необходимо устанавливать, насколько данный индивидуум пригоден для хирургической работы. В вопросе о подборе соответствующих той или другой профессии лиц много было сделано Münsterberg'ом, который исследовал экспериментально трудовые процессы вожатых электрического трамвая и телефонисток и, благодаря отбору вожатых, добился в одном из американских городов уменьшения числа несчастных случаев на трамвае почти наполовину.

Обычно, когда перед молодежью встает вопрос о выборе рода деятельности, она еще очень мало знает о себе, о своих силах и способностях. Выбор профессии во многих случаях зависит от случайных условий, от простого интереса к тому или другому предмету, от учителя или окружающей обстановки. Наше внимание зачастую привлекают внешние моменты работы, подчас без представления о сущности данной профессии и требований, предъявляемых ею к качествам индивида. В качестве примера Münsterberg приводит мальчика, мечтающего быть моряком; какой-нибудь природный недостаток, напр., дальтонизм, который при другой профессии был бы совершенно незаметен, здесь делает его непригодным работником. Если такие лица вступают на работу, к которой они по своим психофизическим данным не приспособлены, то они со своей работой не справляются и самой жизнью бывают сдвинуты с нее. Такую армию неудачников мы встречаем и среди врачей. Годы войны, когда медикам предоставлялись льготы по военной службе, побуждали многих идти на медфак без всякого призвания к медицинскому делу. В результате одни не кончили медфака, другие кончили, но не работают по своей специальности, а часть занимается врачебной деятельностью без всякого влечения к ней. Социальная психология считает, что такие лица были бы пригодны к другой работе и здесь могли бы проявить себя, как дельные работники. Münsterberg находит, что „рабочий, который совершенно никуда не годится на одной фабрике, за одной машиной, может быть полезным работником на соседней фабрике, занятой другим каким-нибудь производством“.

Следовательно, научные основы для изучения вопроса о выборе профессии слагаются из анализа требований, предъявляемых различными профессиями. Соответственно этим требованиям и выясняется, насколько данный индивидуум подходит для той и другой работы. В области медико-санитарного дела вопрос о психологической характеристике врача разрабатывался Баумгартеном и д-ром Юровской, зубного врача — д-ром Верлоцким и среднего медперсонала — д-ром Fritz'em Giese. В истекшем году психограмма хирурга была предложена Marbet на Конгрессе по психотехнике в Париже. В 1926 году д-р Заркевич на Съезде русских хирургов привел ряд наблюдений по установлению психотехнического профиля хирурга; он занимался хронометражем оперативной работы и психотехническими наблюдениями над хирургами при 200 операциях, причем учитывал отдельные этапы операций, отмечал задержки и осложнения во время работы. Процентное отношение хирургической работы к задержкам, индекс, и служил Заркевичу для определения техники хирурга в данный момент. Определение этого индекса через известные промежутки времени дает возможность судить о способностях данного хирурга к усвоению техники. На одном из последних хирур-

тических съездов в Одессе было отмечено, что в вопросе об ошибках в хирургии среди других причин играет роль и личность хирурга, в смысле соответствия его роду деятельности. Д-р М. Б. Юкельсон находит, что можно до некоторой степени уменьшить ошибки в хирургии, если профилактически предотвращать ошибки в выборе профессии: для этого необходимо создать, по его мнению, специальные психофизические исследования врачей, готовящихся к хирургической деятельности.

Работа хирурга соединяет в себе в известном равновесии работу умственную и физическую. Хирург не может прекратить операции по своему желанию для отдыха,—так же, как и современный рабочий у сложной машины не в состоянии остановить ее действие по своему желанию для отдыха. Но труд хирурга требует, в отличие от труда рабочего, колоссального умственного напряжения. К хирургу предъявляются требования в смысле известной интенсивности волевого импульса, быстроты умственной реакции и физической энергии. Хирург должен обладать способностью напряжения внимания при постоянном самообладании. „Никакая другая профессия,—говорит проф. Дитерихс,—не требует такой быстрой решимости, такого почти мгновенного созидания нового плана действия, такого деятельного спокойствия, как хирургия. Ведь от находчивости оператора, его знания и умения, его способности к незамедлительному творчеству зависит часто такое бесценное сокровище, как жизнь человека“. Трудность работы хирурга усугубляется тем, что материалом для нее является живой человеческий организм. Очень часто к хирургу обращается за помощью совершенно здоровый человек с какой-нибудь незначительной доброкачественной опухолью, невинным заболеванием, или косметическим недостатком какого-нибудь органа. И тут от ножа хирурга, от его „легкой руки“ зависит иногда жизнь человека. Проф. Дитерихс обращает внимание на моральную ответственность хирурга. Он требует, чтобы „необычайно трудные моменты операции были проделаны так величественно-спокойно и так размеренно-методично, чтобы присутствующие на операции врачи-нехирурги не поняли бы полностью всей головокружительной опасности, всего изумительного мужества и присутствия духа“ хирурга...

С точки зрения НОТ хирургическая работа должна быть построена на принципе массового производства, принципе периодической или непрерывной ленты. Для пояснения этого принципа я приведу работу на автомобильном заводе Ford'a, где рабочий сидит у своего рабочего места, а обрабатываемые детали автомобиля движутся мимо него по непрерывной ленте (конвейер). Каждый рабочий имеет дело с определенной только деталью операции и успевает ее выполнить в кратчайшее время, пока мимо него движутся те или другие части автомобиля. Именно благодаря этому Ford и успевает выпускать в день свыше 8000 автомобилей. По этому же принципу в Америке д-р Crile производит ежедневно свыше 25 операций зоба в течение 6 часов. Он оперирует в палатах, и лифт переносит его из одного этажа в другой для следующей операции. Возле лифта его ждет человек со свежей переменной стерильной одежды. Три пары ассистентов в разных палатах готовят все необходимое для операции,—анестезируют и проводят первые моменты операции (разрез кожи с platysma myoides и перевязку подкожных сосудов). Но такая однообразная работа ассистентов неминуемо должна отразиться на волевом импульсе этих врачей в смысле его понижения. Такие же условия в нашей русской

действительности существуют для врачей, оторванных от культурных центров и выполняющих однообразную работу. Опыт предоставления им через известные промежутки времени командировок в институты для усовершенствования показал, что такие командировки значительно активизируют их работу. Проблема усовершенствования, составляя предмет постоянных стремлений и надежд врача, его порывов к творчеству и прогрессу, несомненно повышает его волевой импульс. Хирург нуждается в таких условиях работы, при которых он имел бы достаточно разнообразный хирургический материал, мог бы применять новые методы операций и видеть результаты своей работы. Моменты продолжительных однообразных действий при фордизации необходимо устранить путем замены этой части работы ассистентов врачей работой менее квалифицированного медицинского персонала. На основе этих требований, предъявляемых хирургу, возможно выработать методы психотехнического установления пригодности работника к хирургическому делу.

Хирург в своей практической работе стремится, на основе последних достижений науки, восстановить здоровье больного организма. Такая практическая деятельность невольно сталкивается с вопросами целесообразного использования сил хирурга и его помощников во время производства операций. Здесь необходимо сочетать экономию времени, средств и сил с тем, чтобы, при возможном максимуме производительности, не наносился какой-либо вред организму. „Кто представляет себе громадные потери времени и денег от непроизводительных движений,—говорит Guilbert,—тот может отдать себе отчет, какую великую задачу разрешает научное исследование движений“. Для достижения этой цели G. рекомендует „изучить движения при известной работе и свести их по возможности к наименее утомительным, но наиболее производительным элементам“, то-есть уменьшить длину движений, сблизив начальную и конечную точки их. Самым вредным для всякой работы является „ненужное утомление“, вызываемое неправильным движением рабочего, недостаточными промежутками отдыха, нерациональной обстановкой работы. Путем внимательного наблюдения за движениями рабочего и точного учета времени, расходуемого на тот или иной производственный процесс, при устранении лишних движений, можно добиться рационализации работы. Кладка кирпича в системе Táylor'a изменена была таким образом, чтобы ноша не превышала 40 килограммов; кирпичи и цемент должны складываться подручным на уровне руки каменщика,—так, чтобы последний лишь производил кладку. Д-р Шумков наблюдал, что неопытные рабочие вначале производят совершенно ненужные усилия для выполнения движений, тогда как через неделю, после ежедневного повторения таких движений, эти недостатки сглаживаются, и самые движения приобретают плавный характер. По мере того, как рабочий привыкает производить те или другие движения, последние выходят из его сознания и становятся автоматическими, рефлекторными и менее утомляющими. Всякая работа и должна быть организована таким образом, чтобы элементы автоматических движений и высокого напряжения чередовались, причем значительно сокращается утомляемость и повышается продуктивность работы. По наблюдениям д-ра Поповой путем хронометража можно выработать экономные способы производства некоторых типичных моментов, входящих в состав обычных хирургических операций. Часть движений при этих

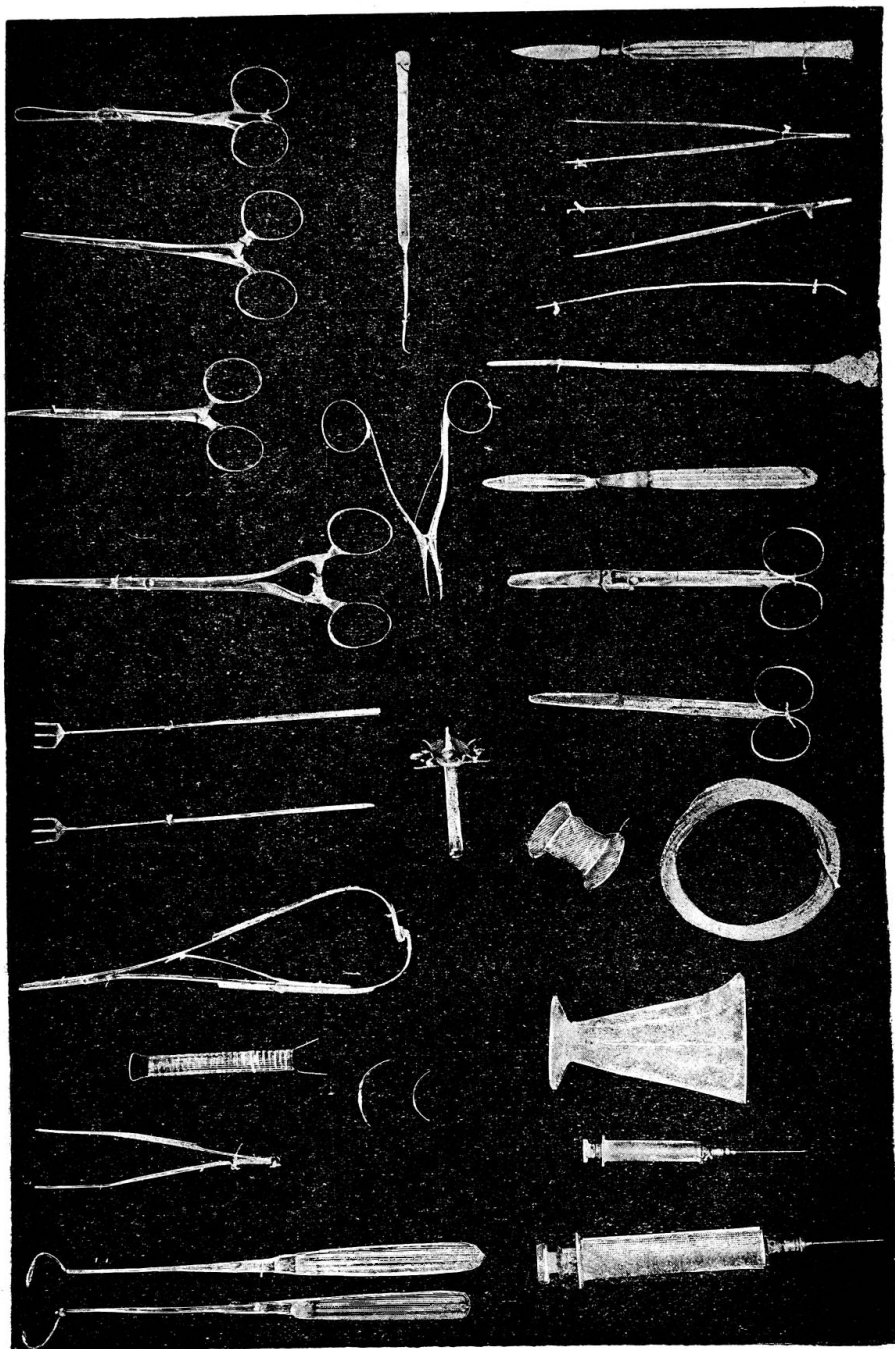
способах переводится в автоматические, и понижается таким образом утомляемость хирурга. Такими моментами во время операции являются перевязка захваченных сосудов, наложение швов и др. манипуляции, которые хирурги выполняют часто совершенно бессознательно.

Изучение автоматических моментов в хирургических операциях могло бы дать повышение работоспособности хирурга. Каждая хирургическая школа, как и отдельные хирурги, имеет свои собственные навыки, при помощи которых и достигается известная быстрота в сочетании с точностью работы. Но какие-либо общие указания и технические правила для уничтожения лишних движений, рационализации производства операций попадаются в печати очень редко. В интересах наименьшего загрязнения ран проф. В. Л. Боголюбов в своем руководстве по общей хирургии указывает, что инструменты и компрессы для вытирания крови должен брать со стола сам оператор, дабы они не проходили через несколько рук. Д-р К. В. Волков рекомендует заняться изучением „координации движений оперирующего“ и „координации телодвижений всего рабочего коллектива операционной“. Для этого он считает необходимыми 1) стандартизацию элементарных приемов хирургической техники, 2) изучение физического действия разделяющих ткани инструментов (теория действия ножа, ножниц, долота, распатора, пилы, острой ложки, кусачек и пр.), 3) ознакомление с учением о сопротивлении обрабатываемого нами материала (общее и специальное учение о механических и физических свойствах нормальных и патологических тканей человеческого тела), 4) изучение конструкции хирургического инструментария и аппаратуры и оценку его материально-технической годности и конструктивной рациональности и целесообразности и 5) изучение ремонта и точки инструментов. „Быстрота производства операций,—по мнению проф. В. А. Оппеля,—находится в зависимости от систематичности, определенности и точности движений. Если каждое движение инструментом достигает определенной цели, если оно точно соответствует цели производства, то всякая операция идет быстро: она иначе и идти не может. Если для достижения намеченной цели потребуется не одно, а двадцать одно движение, то, понятно, операция затягивается“...

Я пытался изучить, с целью возможной рационализации, работу операционной сестры. Главная обязанность последней во время операции заключается в быстрой подаче инструментов, перевязочного материала и медикаментов—так, чтобы не задерживать хирурга во время операции. Для этого ей необходимо знать: 1) название инструментов, 2) какие инструменты нужны и для какой операции и 3) как рационально разместить инструменты, перевязочный материал и медикаменты вокруг себя, чтобы достигнуть быстроты и точности работы. Для рационального размещения инструментов на столике сестра должна сообразоваться со степенью необходимости каждого инструмента, временем его использования (в начале или в конце операции) и скоростью подачи. Мною была составлена таблица инструментов, употребляемых при 20 наиболее типичных операциях, причем оказалось, что 16% из них употребляются при всех 20 операциях и 11%—больше, чем в половине их. Если произвести разделение операции на основные моменты: 1) разделение тканей, 2) манипуляции над очагом заболевания и 3) зашивание тканей, то окажется, что 100% и свыше 50% использованности инструментов будет относиться к разде-

лению и зашиванию тканей, то-есть, к первому и третьему моментам всякой операции. Правда, моменты использования того или другого инстру-

Рис. 1. Трахеотомия.



мента можно установить лишь довольно грубо, так как часто, напр., скальпель бывает нужен не только в начале операции, но и в конце и в середине ее, иглодержатель с иглой—и при работе над очагом заболевания, и при разделении тканей.

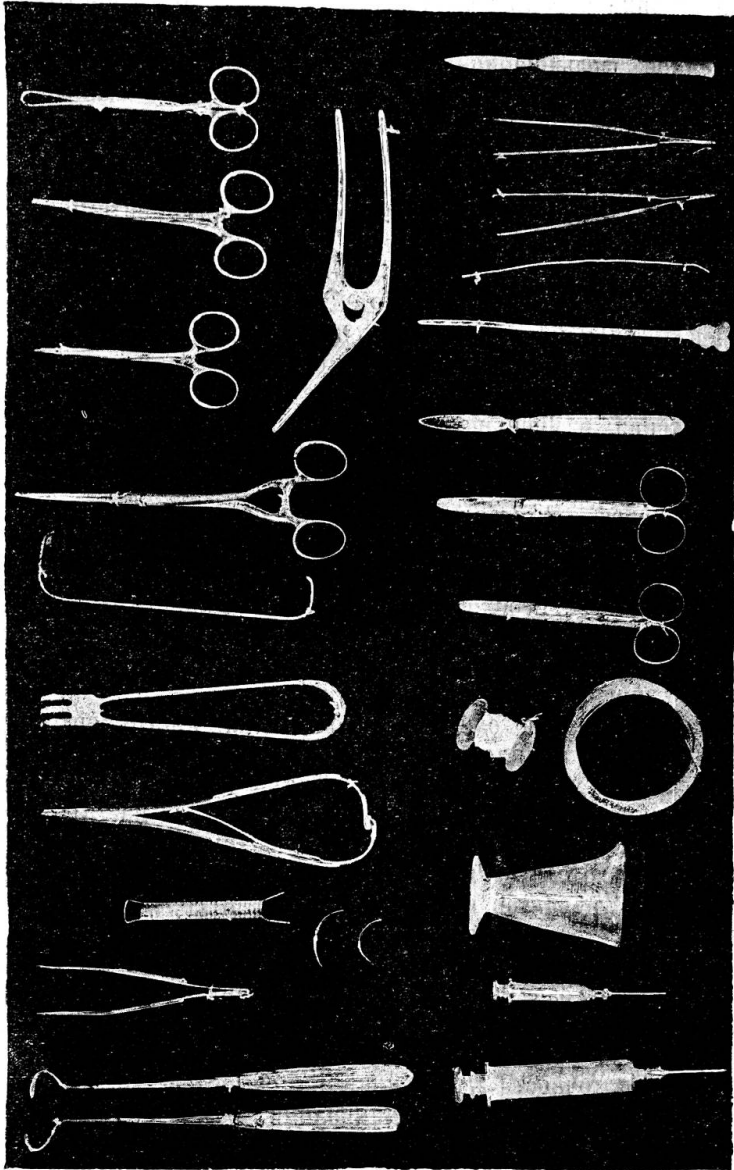


Рис. 2. Аппендэктомия.

Очевидно, можно добиться большей скорости и точности получения инструментов со столика, если каждый инструмент будет иметь постоянное место, каковое место определяется моментом и частотой необходимости в инструменте по ходу операции; при этом однородные инструменты должны

группироваться. Фактически, однако, размещение инструментов на столике производится неодинаково разными сестрами, причем инструменты даже типичных операций не имеют постоянного места, и часто инструменты, редко нужные в данной операции, лежат перед самыми глазами. Мне кажется необходимым, в целях уменьшения движений, размещение инструментов на столике по определенному плану. Для этого инструментальный стол делится на три равные части параллельно его длиннику: ближайшая к операционной фельдшернице или сестре треть его служит для размещения инструментов, служащих для разделения тканей и местного обезболивания, а также для лигатурного и перевязочного материала. В более отдаленной трети стола размещаются зажимы для белья, кровоостанавливающие зажимы, крючки и предметы для зашивания тканей. Наконец, средняя полоса занимается исключительно инструментами, служащими для работы над очагом заболевания. Таким образом фельдшерница при наборе инструментов к операции должна автоматически разложить наиболее употребительные инструменты в ближайшей и дальней третях стола, а в средней трети поместить специальные инструменты для данной операции. Этим путем у нее вырабатывается автоматизм при размещении инструментов для операции и при подаче их хирургу, уничтожаются лишние движения, и уменьшается утомляемость фельдшерницы. Расположение инструментов справа налево, или слева направо, зависит от места нахождения хирурга и источника света. F. Berthold, операционная фельдшерница проф. Bier'a, рекомендует ставить справа от хирурга маленький инструментальный столик, придвигаемый к хирургу для выбора им самим необходимых инструментов; на этом столике должны быть размещены инструменты, необходимые только для данного момента операции, по тому же принципу. Инструментальный столик для хирурга при чревосечениях лучше устанавливать над ногами больного, но неслишком высоко, чтобы локоть хирурга не задевал за столик.

Предлагаемый мною способ расположения инструментов дает возможность хирургу и ассистентам иметь перед собой необходимые инструменты для данного момента операции. Такие условия облегчают работу сестры. Постоянное место для каждого инструмента на столике хирурга уменьшает напряжение его внимания и превращает часть его движений в автоматические. Необходимо, затем, отметить, что подобное системное расположение инструментов на столике имеет и большое педагогическое значение,—новые работники обучаются правильным, целесообразным движениям, впоследствии превращающимся в автоматические. В настоящее время Наркомздрав РСФСР производит стандартизацию инструментов, получивших одобрение широкой массы хирургов. Нормализация инструментов значительно упростит организацию операции.

Быстроты и точности получения инструментов во время операции, конечно, еще недостаточно для организации рациональной оперативной работы. Необходимо разложить операцию на ее элементы и изучить движения всех участников операции. Д-ра Рузер и Альтшуллер указывают, что на утомление хирурга влияют обстоятельства, связанные с плохой организацией самой операции (плохо подготовлен больной, плохая подача и недостаток инструментов, тупые инструменты, шум в операционной и др.). Вопрос о том, как лучше оперировать,—стоя или сидя,—как хирург и ассистенты должны быть расположены по отношению к больному, где

должна поместиться операционная сестра со столиками и биксами,—все эти вопросы, требующие рассмотрения с точки зрения рационализации хирургической работы и борьбы с лишней утомляемостью хирурга. Нет никакой необходимости к утомлению от операции“,—говорит проф. В. А. Опель,—присоединять утомление от стояния. С 1918 года проф. Опель по возможности оперирует сидя, и даже ассистенты его тоже сидят.

Заканчивая этим настоящее сообщение, позволю себе высказать следующие положения:

1) Несмотря на существующую практическую связь между научной организацией труда и медициной, для рационализации медико-санитарного дела до сих пор не сделано почти ничего.

2) Рациональная организация медицинского труда на основе научных достижений уменьшит страдания больных при исследовании и лечении их и сократит прогулы рабочего по болезни.

3) Советская медицина, централизующая медико-санитарное дело, имеет достаточную базу для успешной рационализации медицинского труда.

4) Путем изучения и критики существующих форм организации медицинского дела и путем анализа отдельных моментов медицинской работы НОТ сможет указать пути рационализации медико-санитарного дела вообще и хирургического в частности.

5) Необходимо тщательное изучение психо-технических особенностей хирурга и его движений при производстве им операций.

6) Хирург, являясь работником умственного и физического труда, должен обладать огромным напряжением внимания при постоянном самообладании и известной физической энергией.

7) Изучение движений путем разложения операции на ее элементы устранит в дальнейшем лишние, ненужные движения участников операции и введет рационализацию в ее производство.

8) Рациональное чередование работы автоматической и требующей напряжения уменьшит утомляемость хирурга.

9) Быстрота и точность подачи инструментов операционной сестрой (resp. фельдшерией) зависит в значительной мере от рационального размещения их на инструментальном столе; для этого каждый инструмент должен иметь постоянное место на последнем при всех операциях, соответственно с моментом и частотой необходимости в нем по ходу операции и с группировкой инструментов по их однородности.

10) Рационализация хирургической работы необходима также и с педагогической точки зрения.

11) Разнообразие хирургического материала, возможность применить новые методы и проследить до конца результаты работы, также хорошие гигиенические условия, материальное и правовое положение—отражаются на интенсивности работы хирурга.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Baumgarten. Психотехника. Берлин. 1922.—Бехтерев. Личность и труд. Москва. 1922.—Бурдянский. Каз. Мед. Журн., 1925, № 4.—Верлоцкий. Одонт. и Стомат., 1924. №№ 3—6.—Вернон. Промышленная усталость и производительность труда.—Волков. Нов. Хир., 1926, № 4.—Guilbert. Изучение движений. 1924,—Giese. Zeit. f. die ges. Neur. u. Psych., 1924. Bd. LXXXVIII.—Дитерихс. Душа хирурга. Ленинград. 1925.—Dürig. Das Taylorsystem und die Medicin. Leipzig. 1922.—Потейко. Труд и его организация. 1925.—Сукор. Zentr. f. Chir., 1926, № 10.—Münsterberg. Прикладная психология. Москва. 1922.—Он же. Психология и экономическая жизнь. Москва. 1924.—Оппель. Организация и работа в хирургическом отделении. Ленинград. 1926.—Попова. Тр. XVIII С'езда Рус. Хир. 1926.—Рузер и Альтшуллер. Ibid.—Farr. Practical local anesthesia. London. 1923.—Флейшер. Нов. Хир., 1927, № 8.—Хесин. Тр. XVIII С'езда Рус. Хир. 1926.

Редкий случай энтерокистомы.

М. В. Елкина,

старшего ассистента Акушерской клиники Гос. Института для усовершенствования врачей в Ленинграде.

30 IV 1925 г. в заведываемое мною гинекологическое отделение больницы имени Мечникова поступила больная А. А., 27 лет, с жалобами на быстрый рост опухоли в животе и на затрудненное дыхание. Больная—финка, плохо говорит по-русски, почему подробный анамнез собрать было невозможно.

А.—выше среднего роста, пониженного питания. Кожа и слизистые оболочки у ней бледноваты. Менструирует с 19-ти лет, по 3 дня, через 4 недели, без болей. На 21-м году, т. е. 6 лет тому назад, месячные прекратились, и с этого времени больная стала замечать, что у нее увеличивается живот. Год тому назад в уездной больнице больной пункцией живота была выпущена жидкость. Больная—незамужняя, но половой жизнью жила.

Наружное исследование: живот громадных размеров, повсюду равномерно выпяченный; окружность его равна 105 см., расстояние от лона до мечевидного отростка—54 см.; при ощупывании стенки его повсюду представляются равномерно напряженными, и повсюду определяется отчетливая флюктуация; перкуссия живота везде дает тупой звук за исключением задних его отделов, по бокам от позвоночника, где имеется тимпанит; при боковом положении больной смещения перкуторных тонов почти не отмечается.

Бимануальное исследование показало, что шейка матки оттеснена к лону, тело матки не определяется, внутренними пальцами через задний свод ощупывается нижний сегмент эластической опухоли, с неровной, бугристой поверхностью, распространяющейся вправо и влево; флюктуация с верхних частей опухоли в нижний отрезок ее, прощупываемый в заднем своде, не передается.

Предположительный диагноз—пролиферирующая киста яичника. 3/V консультация с терапевтом. Пульс—120, слабого напряжения; верхняя граница сердца по нижнему краю III ребра (сердце оттеснено вверх), правая граница—по *lin. sternalis sin.*, левая заходит за сосковую линию; систолический шум на верхушке и у основания. На верхушках легких небольшой выдох, сзади и слева внизу небольшое количество влажных хрипов (повидимому, застойного характера). Моча без особых отклонений. Реакция оседания эритроцитов 30 минут.

4/V операция под смешанным хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по средней линии от лона до пупка, увеличенный впоследствии на 2 пальца выше пупка. Вскрыты кожа и апоневроз. Брюшины, как таковой, не оказалось,—предположено, что она тесно спаяна с кистой. Сделав по опухоли надраз предполагаемой брюшины и отделив ее на некотором расстоянии от стенки кисты, я выпустил троакаром из кисты около 7—8 литров слегка голубоватой, опалесцирующей жидкости, после чего уменьшенная в объеме киста без труда была выделена по всей ее периферии от прилежащих к ней тканей. Ножки кисты нигде не обнаружены, только слева, на палец от разреза и пальца на 2—3 ниже пупка, в том пласте, который был принят за брюшину, со стороны брюшной стенки подходила питающая кисту сосуды. Это место перевязано. По выделении кисты оказалось, что брюшинная полость нигде не вскрыта. Опухоль, лежавшая между брюшной стенкой и брюшиной, располагалась симметрично, отделив брюшину на одинаковое расстояние как вправо, так и влево. Под утолщенной, резко гиперемизированной, отслоенной от брюшной стенки брюшиной наглад видны были движения кишечных петель и желудка, а рукой ощущивались все брюшные органы. Через ту же брюшину в полости малого таза определялась небольшая матка, а позади ее—эластической консистенции образование значительной величины, напоминавшее сактосальпинкс. В толще брюшной стенки слева от разреза, на расстоянии 3—4 попе-

речных пальцев книзу от пупка, находилась опухоль величиной с небольшое куриное яйцо. При выделении ее из подлежащих тканей опухоль эта вскрылась, и из нее вытекла густая гноевидная жидкость. В виду того, что часть последней попала в бывшееместилище кисты, я, во избежание инфекции брюшины, не решился вскрыть брюшную полость для удаления придатковой опухоли. Во вмещающую кисту полость, в целях профилактики возможной ее инфекции попавшим гноем, влило 100 кб. см. эфиру, затем избыток кожи и апоневроза был резецирован вместе с пупком от лона до мечевидного отростка, и апоневроз шит катgutовым непрерывным швом, поверх которого шиты шелковыми узловатыми швами края разошедшихся прямых мышц, без вскрытия их влагалищ. На кожу наложены серфины. Через верхний и нижний углы раны в полость введены стеклянные дренажи, и наложена брюшная повязка с большим количеством ваты. После того больная была переведена в положение для влагалищного удаления придаткового образования, и сделана задняя кольпотомия. Позади матки, справа и слева, оказались сплошь запаивающие двухсторонние тубоовариальные кисты. По выделении опухолей из спаек и удалении их оказалось, что при этом была вскрыта полость, где располагалась удаленная через брюшной разрез большая киста, полость же живота, отграниченная от полости малого таза складками между кишечными петлями, оказалась не вскрытой. Через заднее кольпотомическое отверстие в полость, где была большая киста, выведен стеклянный дренаж, и отверстие заднего свода зашито с боков. Влагалище затампонировано. По окончании операции дренаж из нижнего угла раны, как потерявший уже свое значение в виду введения дренажа через влагалище, был удален. В полости удаленной большой кисты оказалось еще около 4 литров жидкости.

В послеоперационном периоде не обнаружилось никаких явлений со стороны кишечника и брюшины. В течение первых 6 дней были, правда, повышения t° , зависевшие от незначительного экссудативного процесса у придатковых культией, но закрытие громадной полости между брюшной стенкой и брюшиной произошло совершенно гладко. 28/V, т. е. на 24-й день после операции, больная выписалась в хорошем состоянии, значительно поправившейся в смысле упитанности, без наличия экссудатов в малом тазу.

Описываемая нами киста располагалась, как оказалось при операции, в брюшной стенке, между мускулатурой и брюшиной и занимала срединное положение, т. е. распространение ее в стороны от белой линии было одинаково. Подобное положение могут занимать или кисты urachus'a, или же одна из редчайших форм энтерокистом.

В 1862 году известный анатом Luschka, на основании подробного изучения строения urachus'a, найдя во многих случаях просвет последнего незакрытым и дающим самой разнообразной формы выпячивания, высказал предположение, что из этих мелких выпячиваний зародышевого мочевого протока могут развиваться более крупные кисты, прилегающие к передней брюшной стенке. Вскоре после этого в печати были описаны кисты, которые авторы считали исходящими из мочевого протока (Hoffman, Heinecke, Roser, Wolff, Schatz). Все эти случаи в 1883 г. были подвергнуты строгой критике Wutz'em, хотя последний и присоединился к мнению Luschka о возможности образования в urachus'e больших кист, представляющих хирургический интерес. В 1886 г. Lawson-Tait'ом было описано 12 случаев оперированных им кист urachus'a. Впоследствии, в 1906 г., английский автор Weiser опубликовал сводную статистику кист urachus'a в количестве 86 случаев (Ann. of surgery, 1906, octob.). Из русских авторов один случай описан проф. Ф. К. Вебером в „Хирургическом Архиве Вельяминова“ за 1911 г., кн. 5.

Не имея намерения исчерпывающим образом приводить всю литературу по кистам urachus'a, ибо это не входит в мою задачу, я остановлюсь вкратце на характерных признаках этих опухолей. Величина

кист *urachus*'а колеблется от голубиного яйца до головы новорожденного. Располагаются они между пупком и верхушкой мочевого пузыря. Содержимое их бывает различное: серозное, серозно-кровянистое, коллоидное и гнойное; в случаях, где кисты развились из нижнего отдела *urachus*'а и сообщались с пузырем, содержимое это имело характер более или менее измененной мочи. Кисты *urachus*'а связаны с верхушкой мочевого пузыря остатком пузырного конца *urachus*'а. Микроскопическое строение: внутренняя поверхность выстлана полиморфным многослойным эпителием, напоминающим собой эпителий мочевого пузыря, затем следуют *membrana basilaris* и наружный волокнисто-мышечный слой. Бывают кисты *urachus*'а, отпнуровавшиеся от мочевого протока; в таких случаях их диагноз может быть установлен только на основании микроскопического исследования.

Энтерокистомы представляют из себя также зародышевые опухоли, исходным пунктом для которых является т. наз. *ductus omphalo-mesentericus*. Происхождение этих опухолей следующее: нормально уже вначале 2-го месяца у зародыша *ductus omphalo-mesentericus* облитерируется на всем своем протяжении; в редких случаях канал его облитерируется не по всему протяжении, в протоке остается полость, слизистая оболочка которой продолжает выделять секрет; секрет этот, растягивая полость, и дает начало образованию кистовидных опухолей, носящих название энтерокистом.

По заключению F. Colmers'a (Arch. für klin. Chirurgie, 1906, Bd. 79) в зависимости от того, в какой части проток отпнуровывается, кисты его могут быть расположены: 1) в брюшной стенке между мускулатурой и брюшиной, 2) на выпуклости кишки субсерозно и 3) при атипическом прохождении протока — интрамезентериально.

W. Schildhaus (Virchow's Arch. für path. Anatomie, 1923, Bd. 244) дает следующую схему всех уродств, происходящих из желточного протока: I. Желточный проток остается открытым на всем своем протяжении, — фистула желточного протока. II. Остается внутренний кишечный конец его, — дивертикул Мескел'я. III. Остается средний отрезок желточного хода, — энтерокистомы; последние могут оставаться в соединении: а) с кишечником и пупком, б) с одной кишкой и в) с одним пупком. IV. Остается наружный пупочный конец желточного хода, — пупочные полипы: а) с центральным каналом и б) с пролябирующей наружу слизистой. V. Кисты в брюшной стенке, выстланные слизистой кишки.

Пятая группа есть наиболее редкая форма энтерокистом. Энтерокистом этой группы в литературе описано всего 6 случаев; привожу их краткое описание:

1) Случай Colmers'a. В пупочной области брюшной стенки имелась опухоль величиной с куриное яйцо, состоявшая из одной большой и двух маленьких кист. Содержимое кист — густая желтоватая жидкость с бесцветными слизеподобными массами. Большая киста была лишь местами выстлана эпителием в то время, как стенка маленьких кист была сплошь покрыта высоким цилиндрическим эпителием.

2) Случай Zunwinkler'a. В брюшной стенке 7-летнего ребенка была найдена круглая киста с вишневую косточку, голубоватого цвета, выстланная цилиндрическим эпителием, кишечными ворсинками и либеркюновыми железами. Кнаружи в два слоя располагалась мускулатура.

3) Случай Roser'a. Из пупочного отверстия вытекала слизистая, водянистая жидкость. В вытекающей жидкости находится цилиндрический эпителий. При

рассечении каллозного соединительнотканного участка, удаленного при операции, обнаружена слизистая полость. Под микроскопом обнаружены либеркюновы железы и кишечные ворсины.

4) Случай Dubs'a. Опухоль величиной с голубиное яйцо, располагавшаяся у пупка, между мышцами и брюшиной, с желтоватым, мутным, слизистым содержанием. Тонкая стенка опухоли была выстлана атрофичной мукозой, напоминавшей слизистую кишки.

5) Случай v. W y s's'a. При вскрытии обнаружена, несколько сбоку от пупка, киста величиной с боб, расположенная между мускулатурой и брюшиной, наполненная желтой студенистой слизью, содержащей большое количество гомогенных блестящих шаров с концентричной слоистостью и, кроме того, клетки мерцательного эпителия. Стенка кисты состояла из плотной соединительной ткани и покрыта была этим же эпителием. По мнению Schildhans'a этот случай неправильно отнесен к описываемой форме.

6) Случай Schaad'a. Ниже пупка имелась опухоль величиной с детскую головку, туго-эластической консистенции, хорошо отграниченная, относительно подвижная. При вскрытии была найдена киста величиной с яблоко, которая через маленькое отверстие соединялась с другой кистой. Содержимое большой кисты было шоколадного цвета, мутное, с холестеарином, детритом и жировыми каплями; такое же содержимое было и в меньшей кисте. Стенка большой кисты оказалась покрытой высоким цилиндрическим эпителием, в маленькой же кисте эпителий отсутствовал.

В русской литературе нам удалось найти только сообщение Блюменталя, из Госпитальной Хирургической клиники Московского Университета, опубликованное в „Новом Хирургическом Архиве“ за 1923 г., № 9. Автор описывает свой случай энтерокистомы величиной с кулак, располагавшейся за брюшиной в илеоцекальной области; внутренняя поверхность кисты была выстлана цилиндрическим эпителием, причем в некоторых местах имелись и железы. Блюменталь отмечает, что в литературе описано всего 41 случай энтерокистом; из этого числа в 20 случ. имелись опухоли в области типического отхождения желточно-кишечного протока, выше илеоцекальной заслонки, в 15 случаях энтерокистомы располагались интермезентериально, в 3 случаях они локализовались внебрюшинно и в 4—в предбрюшинной клетчатке, в области пупка, т. е. как и в нашем случае.

На основании всего сказанного описываемый нами случай мы должны дифференцировать между кистами urachus'a и энтерокистомами, располагающимися в брюшной стенке между брюшиной и мышцами. Содержимое кист не представляет чего-либо характерного как для тех, так и для других опухолей, почему натура опухоли может быть выяснена только путем микроскопического исследования ее стенок, причем характерным для энтерокистом является присутствие на внутренней поверхности цилиндрического эпителия и желез. Как видно из описания случаев, железы, однако, могут и отсутствовать, а типичный высокий цилиндрический эпителий кишечника может деформироваться в низкий и в больших опухолях может покрывать стенку лишь частично, или даже вовсе отсутствовать.

Стенка кисты в нашем случае состояла из соединительной ткани, в которой местами сохранились пучки гладких мышечных волокон. Внутренняя поверхность местами была выстлана низким цилиндрическим или высоким кубическим эпителием. Исследование гноевидного содержимого маленькой опухоли брюшной стенки под микроскопом обнаружило наличие детрита и жировых капель. К сожалению препарат этой маленькой опухоли был затерян, и стенка ее не могла быть исследована.

Расположение опухоли в нашем случае и данные микроскопического исследования дают нам право диагностировать в этом случае энтерокистому V группы по схеме Schildhans'a. По колоссальным размерам опухоли наш случай представляется единственным в литературе.

Описанный случай представляет больший интерес для хирурга, чем для гинеколога. Но и для гинекологов подобные опухоли представляются небезынтересными хотя бы уже потому, что они могут быть смешаны с кистами яичника. Как кисты uterinus'a, так и энтерокистомы описываемой формы с полным правом могут быть отнесены к хирургии пограничных с гинекологией областей, с каковой гинекологу необходимо иметь знакомство.

К вопросу об изменении высоты свода стопы под влиянием ее функциональной нагрузки в течение одного нормального рабочего дня.

Ст. ассистента Н. Д. Киптенно.

С целью выяснения вопроса о колебании высоты свода стопы в течение одного рабочего дня под влиянием функциональной нагрузки, мною были произведены измерения у 70 чел. различных профессий. Для исследования были выбраны дни со средней, как бы нормальной нагрузкой. Исследования производились стопометром проф. Фридланда по его методу (Вест. Хир. и Погр. Обл, 1926, кн. 17-18), т. е. производилось измерение длины стопы (от верхушки большого пальца до конца пятки) и высоты ее (вертикали от *os naviculare* на тыле стопы до полу), после чего высчитывалось процентное отношение высоты к длине стопы. Все 70 человек были измерены мною сначала утром, между 8 и 9 часами, потом вторично по окончании дневной работы, около 5 часов вечера. Измеряемый устанавливался босыми ногами на доску стопометра при прямом угле между стопой и голенью. Возрастной, половой, профессиональный и национальный состав исследованных виден из следующей таблицы:

ТАБЛИЦА I.

Возраст.	Пол.	Число наблюдений.	Профессия									Национальность		
			Домашние хоз.	Сестры милосердия.	Санитары.	Саложники.	Столяры.	Слесари.	Канцеляристы.	Учащиеся.	Прочие.	Русские.	Татары.	Евреи.
20—30 лет .	М.	12	—	—	—	1	2	5	2	2	—	10	1	1
	Ж.	16	7	2	3	—	—	—	—	4	—	16	—	—
31—40 лет .	М.	13	—	—	—	3	—	2	6	—	2	11	1	1
	Ж.	12	8	1	3	—	—	—	—	—	—	12	—	—
51—65 лет .	М.	6	—	—	—	1	1	1	2	—	1	6	—	—
	Ж.	11	11	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—
ВСЕГО . .	М.	31	—	—	—	5	3	8	10	2	3	27	2	2
	Ж.	39	26	3	6	—	—	—	—	4	—	39	—	—

Таким образом измерению подвергались 31 мужчина и 39 женщин в возрасте от 20 до 65 лет, различных профессий, причем 26, т. е. относительное большинство их, составляли домашние хозяйки. Русских среди них было 66, евреев—2, татар—2. Что касается процентных отношений высоты стопы к длине ее до и после работы, то они получились такие:

ТАБЛИЦА II.

Возраст.	Пол.	Число наблюд.	Какая нога.	Утреннее измерение.			Вечернее измерение.			Разн. между утр. и веч. выс. стопы в %.		
				Длина в стопе.	Высота в стопе.	% отношение высоты к длине.	Длина в стопе.	Высота в стопе.	% отношение высоты к длине.	Для каждой ноги в отдельности.	Для обеих ног.	Для обоих полов.
20 — 30 лет.	М.	19	П.	25,62	7,28	28,40	25,57	7,52	29,41	+1,01	+0,62	+0,65
			Л.	25,66	7,27	28,33	25,60	7,31	28,56	+0,23		
	Ж.	16	П.	23,35	6,72	28,77	23,26	6,88	29,53	+0,76	+0,68	
			Л.	23,36	6,75	28,89	23,29	6,87	29,49	+0,60		
31 — 40 лет.	М.	13	П.	25,56	6,85	26,80	25,58	6,81	26,62	—0,18	—0,44	—0,65
			Л.	25,75	6,82	26,49	25,89	6,68	25,80	—0,69		
	Ж.	12	П.	24,87	6,25	25,13	24,95	6,07	24,33	—0,80	—0,90	
			Л.	24,79	6,31	25,33	24,87	6,05	24,32	—1,01		
51 — 65 лет.	М.	6	П.	25,52	6,92	27,11	25,55	6,90	27,01	—0,10	—0,08	—0,21
			Л.	25,30	6,95	27,47	25,35	6,95	27,41	—0,07		
	Ж.	11	П.	24,31	6,60	27,11	24,43	6,53	26,72	—0,39	—0,34	
			Л.	24,27	6,39	26,32	24,36	6,34	26,02	—0,30		

По данным этой таблицы оказывается, что в возрасте от 20 до 30 лет оба пола дают для обеих ног повышение высоты свода стопы в среднем на 0,65%; в возрасте 31—40 лет у обоих полов наблюдается понижение свода стопы на 0,65%; в возрасте от 51 до 65 лет у обоих полов имеется опять-таки понижение свода стопы на 0,21%.

Для выяснения зависимости колебаний высоты свода стопы в продолжении рабочего дня и состояния ее упругих сил, которые характеризуются исходными утренними цифрами высоты стопы отдохнувшей за ночь стопы, приводим нижеследующую таблицу III.

Таким образом, пока стопа имеет свод нормальной высоты, т. е., по Фридланду, от 33% до 29%, функциональная нагрузка в течение рабочего дня дает значительное повышение свода ее. В начальных ста-

днях плоской стопы (29—27%) состояние свода стопы утром и вечером близко к равновесию. У лиц же, страдающих значительно выраженным плоскостопием, та же работа ведет к понижению свода стопы.

На основании изложенного мы приходим к выводам, которые вполне совпадают с выводами, полученными при аналогичных исследо-

ТАБЛИЦА III.

Абсолютный индекс по Фридланду в ‰.	Разница между утренней и вечерней высотой свода стопы в ‰:							
	Пол.	Какая нога.	Число наблюдений.	Индекс в среднем утром в ‰.	Индекс в среднем вечером в ‰.	Для каж- дой стопы отдельно в ‰.	Для обеих ног.	Для обоих полов.
33—31 (повышенный свод)	М.	П.	2	31,17	32,34	+1,17	+0,02	+1,34
		Л.	1	31,04	31,92	+0,88		
	Ж.	П.	2	31,21	32,57	+1,36	+1,66	
		Л.	1	31,05	33,02	+1,97		
31—29 (нормальный свод)	М.	П.	6	29,85	30,79	+0,94	+0,85	+1,05
		Л.	6	30,32	31,07	+0,75		
	Ж.	П.	8	29,73	30,89	+1,16	+1,24	
		Л.	10	29,97	31,29	+1,32		
29—27 (пониженный свод)	М.	П.	10	28,01	28,14	+0,13	+0,18	+0,09
		Л.	11	28,05	28,29	+0,24		
	Ж.	П.	17	27,76	27,72	—0,04	—0,09	
		Л.	18	27,91	27,76	—0,15		
27—25 (плоская стопа) . .	М.	П.	10	25,64	24,56	—1,08	—1,05	—0,83
		Л.	12	25,69	24,67	—1,02		
	Ж.	П.	11	25,89	25,18	—0,71	—0,62	
		Л.	9	25,88	25,35	—0,53		
25—23 (резк. плоскостопие)	М.	П.	2	24,23	24,00	—0,23	—0,12	—0,09
		Л.	1	23,64	23,64	±0		
	Ж.	П.	1	24,13	24,11	—0,02	—0,06	
		Л.	2	24,70	24,60	—0,10		

ваниях в нашей же клинике д-рами Августиновым и Алексеевой-Козьминой над учащимися Медтехникума и прикомандированными к Институту врачами (Ортопедия и Травматология, 1927, кн. I), а именно: 1) процентное отношение высоты свода стопы к ее длине на протяжении

рабочего дня есть величина непостоянная; 2) лица молодого возраста (от 20 до 30 лет) дают к вечеру повышение свода стопы, лица же старше 30 лет дают к вечеру, наоборот, уплощение стопы; 3) реакция упругих сил стопы на одну и ту же нагрузку различна в зависимости от физиологического состояния этих упругих сил, а именно, пока свод стопы держится в пределах нормы или близко к ней,—упругие силы стопы воспринимают эту нагрузку, как тонизирующий фактор, и отвечают повышением свода стопы; если же свод стопы уже до нагрузки опущен ниже нормы, т. е. упругие силы стопы нарушены, то та же самая нагрузка оказывается чрезмерной и ведет к дальнейшему понижению свода стопы; при этом резко-плоскостопные субъекты дают меньшее функциональное уплощение свода, чем лица с начальными формами плоскостопия, что, вероятно, объясняется большим приближением сумочно-связочного аппарата резко-плоскостопных к пределу упругости; 4) наши данные подтверждают индекс, данный проф. Фридландом для разграничения нормальной и плоской стопы, и в то же время показывают, что 5) среди нашего материала количество лиц, имеющих нормальную высоту стопы, меньше, чем лиц плоскостопных: из 70 человек было 28, т. е. 40%, с нормальной стопой и 42, т. е. 60%, с пониженной и плоской стопой.

Об исследовании белой крови в послеродовом периоде.

Мл. ассистента А. П. Николаева.

Qui bene diagnoscit, bene curat.

Диагноз и прогноз — это два момента, определяющие с одной стороны все дальнейшее поведение врача или лечебного учреждения по отношению к больному, а с другой — отношение и степень доверия этого последнего к врачу. Поэтому каждый диагностический и прогностический метод, особенно в столь темной еще области послеродовых заболеваний, должен использоваться, тщательно проверяться и, в случае установления его хотя бы относительной ценности, присоединяться к прежним, обычным нашим методам диагностики и прогностики. В особенности следует это сказать относительно методов простых, технически доступных каждому врачу и лечебному учреждению. К таким именно методам с полным правом можно отнести определение т. наз. лейкоцитарной формулы или дифференциальный счет лейкоцитов по Schilling'у.

Техника исследования здесь крайне проста. Уколом скальпеля или иглы Frank'a берется на предметное стекло 1-2 капли крови и покровным или предметным же, с шлифованным краем, стеклом равномерно размазывается — одним движением стекла от одного края до другого. Затем следуют фиксация мазка метиловым спиртом в течение 3 минут и окраска краской Giemsa в течение минут 25, после чего препарат готов для исследования. Передвигая его на предметном столике микроскопа особым образом (от нижнего края к верхнему, затем 2-3 поля зрения вправо и снова к нижнему краю, здесь опять 2-3 поля зрения вправо и снова вверх и т. д.) насчитывают 200 лейкоцитов разных форм, отмечая палочками или точками на листе бумаги, под соответственными названиями, сколько раз встретилась та или иная форма. Затем производится подсчет и вычисление процентных отношений.

Приводим краткую характеристику встречающихся при исследовании и интересующих нас форм.

1) *Эозинофилы*. Величина — 2 диаметра эритроцита; протоплазма светлая, прозрачная, нежно-голубая с грубоватыми, сильно преломляющими свет круглыми зернышками, которые жадно поглощают эозин и представляются кирпично-красными.

2) *Нейтрофилы*. Величина — $1\frac{1}{2}$ — 2 эритроцита. В зависимости от конфигурации их ядер Schilling делит их на 4 группы, начиная с наиболее молодых, незрелых форм: а) *миелоциты*, — протоплазма их слабо-базофильная, нежная зернистость, ядро круглое, овальное или бобовидное, красится слабо; в норме отсутствуют; б) *юные формы* или *метамиелоциты*, — протоплазма нейтрофильная, чаще слегка розова-

тая с хорошо выраженной зернистостью, ядро сочное, довольно светлое, колбасовидной или бобовидной формы, но с более глубоким вырезом, чем у миелоцита; в норме отсутствуют; в) *палочкоядерные нейтрофилы*, или не успевшие развиться в более зрелую форму метамиелоциты, — протоплазма розоватая или почти бесцветная, с ясной зернистостью, ядро темное, бесструктурное, причудливой формы (вытянутое, изогнутое, скрученное, с перетяжками и широкими мостиками, но не сегментированное); г) *сегментноядерные нейтрофилы*, — протоплазма светлая, прозрачная, нежно-розовая, с хорошо красящимися зернами нежного красновато-фиолетового цвета, ядро состоит из нескольких отрезков или сегментов, которые могут быть связаны друг с другом тонкими, нитевидными мостиками, хорошо, равномерно красится.

3) *Лимфоциты*. Величина 1-1½ эритроцита, темное сплошное ядро занимает почти всю клетку; протоплазма в виде узкой каймы, слегка голубоватого цвета; клетка напоминает чернильную кляксу с ровными краями.

4) *Мононуклеары* (моноциты) и *переходные формы*. Величина 2-3 эритроцита; протоплазма серовато-голубая или серо-фиолетовая, пояс ее относительно широк (в отличие от расплывшихся во время приготовления мазка лимфоцитов); ядро объемистое, неуклюжее, как бы губчатое, довольно светлое, почковидное или овальное. Переходные формы отмечаются лапчатым, полиморфным ядром.

Нормальная картина белой крови у здорового человека по Schilling'у такова (табл. I):

I.

Эозинофилы (Э)	Миелоциты (М)	Юные (Ю)	Палочко- ядерные (П)	Сегментно- ядерные (С)	Лимфо- циты (Л)	Моно- циты (Мо)
3	—	—	4	63	23	6

Увеличение количества незрелых форм, т. е. палочкоядерных, а тем более появление юных форм и миелоцитов, — дает т. наз. отклонение картины крови влево (в сторону юных элементов) и показывает наличие в организме причины, вызывающей поспешную, беспорядочную продукцию новых, неспособных к борьбе элементов крови, а также, по большей части, усиленный расход, распад и исчезновение зрелых, способных к борьбе форм — сегментноядерных нейтрофилов и лимфоцитов. Эозинофилы при серьезных заболеваниях исчезают, что всегда оглашает прогноз; наоборот, появление их вновь с несомненностью указывает на улучшение в ходе болезни, даже при прочих равных условиях.

Чем сильнее вредящая причина resp. инфекция, и чем дольше она действует в организме, тем больше, резче выражено количественно и качественно отклонение или сдвиг влево.

В одних случаях токсины только раздражают гомопоэтические органы, и тогда мы будем иметь появление в крови молодых форм, с нормальным, приблизительно, содержанием палочковидных и сегментированных элементов; в других случаях токсины, отравляя гомопоэтические органы, тормозят созревание в последних нормальных элементов, и в крови, кроме

юных форм, появляются в большом количестве палочкоядерные нейтрофилы. Может случиться, что раздражение пойдет настолько далеко, что кровеобразующий аппарат начнет выбрасывать все более ранние стадии лейкоцитов: миелоциты, промиелоциты и пр. Наконец, токсины могут обусловить настолько сильное отравление, что продукция каких бы то ни было лейкоцитов совершенно прекращается; тогда после ряда картин с значительным отклонением мы можем получить формулу почти без молодых форм, которые уже не продуцируются, но с сравнительно большим количеством палочкоядерных элементов, не успевших преобразоваться в зрелые нейтрофилы, которые в то же время бывают сильно уменьшены в числе—так же, как и лимфоциты. Иначе говоря, приход прекращается, и расходуются запасы. Подобный случай представлен в следующей таблице (табл. II):

II.

Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания
—	—	10	23	59	5,5	1,5	Pyosalpinx, вскрывшийся в брюшную полость. Peritonitis.
—	—	9	36	48	3	—	Exitus.

Здесь вторая формула не обнаруживает дальнейшего сдвига, несмотря на быстро развивавшийся перитонит, но показывает остановку работы гэмopoэтических органов: прекратилась продукция юных форм, накаплиются палочкоядерные, остановившиеся на пути своего развития в сегментноядерные, резко упало количество последних, совершенно израсходованы и больше не продуцируются лимфоциты.

При суждении о силе пуэрперальной инфекции по картине крови и при установке диагноза и прогноза необходимо помнить, что помимо инфекции тяжелые анемии также могут давать резкий сдвиг юного, т. е. регенеративного типа, в противоположность только что рассмотренному дегенеративному сдвигу. В пример приведу больную (табл III), у которой *sub partu*, вследствие большой потери крови, наблюдались угрожающие явления тяжелой анемии:

III.

	Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания
2-ой день р.р.	—	2	7	15	40	28	8	«Помолодение» крови.
7-ой день р.р.	—	—	4	17	55	24	6	Приближение к норме

Необходимо также исключить всякое другое общее заболевание, особенно с наличием нагноения, что всегда дает резкий сдвиг. У одной нашей больной, при полном отсутствии явлений со стороны половой сферы, мы получили на 4-ый день р. р. приводимую ниже картину крови (табл. IV), которая заставила нас доискиваться причинного заболевания, причем на 6-ой день выяснилось заболевание экссудативным плевритом:

IV.

	Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания
4-ый день р. р.	—	—	7	23	45	23	2	Pleuritis exsudativa in puerperio.

Нагноение в швах после чревосечений обнаруживается по картине крови нередко раньше, чем повязка промокнет или будет снята (табл. V):

V.

	Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания
6-ой день р. о.	1	—	2	16	74	8	3	Post ovariectomiam нагноение в швах.
14-ый день р. о.	1	—	2	15	60	9	12	T° пала, улучшение.

Нагноения с иной локализацией также весьма рано еще, до появления объективных признаков, отклоняют обычную пuerперальную картину крови влево. Примером могут служить наши случаи гнойного мастита и пиелита (табл. VI):

VI.

	Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания.
Б-ая Л.	2	—	—	23	37	34	4	Гнойный мастит.
Б-ая Г.	—	—	4	22	50	17	7	Пиелит sub partu.

Интересный случай смешанной инфекции и влияния ее на картину крови представляет также нижеследующий случай (табл. VII):

VII.

	Эоз.	Мизл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания.
3 день р. р. 7/II	—	—	1	7	48	35	6	Рнеumonia group.
9/II	—	—	2	16	49	32	1	Эндометрит.
11/II	—	—	5	14	48	29	3	Мастит гнойный.
27/II	1,5	—	—	18	54	32	1,5	Выздоровление.

В общем надо думать, что кровь, в частности белая кровь с ее полчищами наших защитников—лейкоцитов и лимфоцитов, является необычайно тонким реактивом на малейшую инфекцию, даже при самом начале последней, когда она еще ничем другим абсолютно себя не проявляет. „Изменения крови не образуются постепенно в ходе заболевания, но имеются в достаточно высокой степени уже при самом начале его“,— говорит Sommer. В качестве примеров приведем картины белой крови у здоровых, повидимому, женщин Г. и П. с затянувшимися, однако, родами (табл. VIII).

VIII.

	Эоз.	Мизл.	Юн.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания.
Б-ая Г.	1	—	1	11	81	6	—	} Резкий сдвиг без всяких кли- нич. симпт.
Б-ая П.	—	—	2	22	63	11	2	

В обоих приведенных случаях в послеродовом периоде развился гнойный эндометрит.

Другой пример: исследуя кровь при нормально протекавшем пурперии с отсутствием каких бы то ни было осложнений, на 3-й день р. р. мы нашли (табл. IX):

IX.

	Эоз.	Мизл.	Юн.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания.
3 день р. р. . .	1	—	1	18	70	10	2	„Эндометритная“ картина.

С 5-го дня у этой родильницы наблюдались повышение t^0 до 39^0 и ясный эндометрит. Эта последняя болезнь вообще всегда дает сильный сдвиг,—в зависимости от тяжести течения с появлением юных форм или

без них. Следующая таблица (табл. X) дает примеры „эндометритных“ картин крови в послеродовом периоде:

X.

	Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания.
Б-ая Н.	1	—	—	26	51	20	3	Легкий эндометрит.
Б-ая М.	—	—	1	15	66	16	3	Более тяжелая форма.
Б-ая Н. 6 д. р. р. . .	1	—	1	26	49	19	6	Форма средней тяжести.
„ „ 13 д. р. р. . .	0.5	—	1	13	61	25	4	Улучшение.
Б-ая Н ² ... 3 д. р. р. .	—	—	1	4	65	27	2	Puerperium normale.
„ „ 6 д. р. р. . .	—	—	1	8	41	18	2	Ухудшение.
„ „ 8 д. р. р. . .	—	—	2	17	65	16	1	Резкий эндометрит.

Здесь же следует указать и подчеркнуть, что пуэрперий уже сам по себе, в совершенно нормальных случаях, дает, как показывают наблюдения F u s s'a, S o m m e r'a и наши, порядочный сдвиг палочкового типа, и в суждении о сдвиге в патологических случаях нужно исходить не из типической формулы Schilling'a, но из средних для нормального пуэрперия цифр. На основании 20 наших вполне нормальных случаев мы можем дать такую формулу крови для нормального пуэрперия на 4—5-й день после родов (табл. XI):

XI.

Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
2	—	—	10	62	23	4

Как правило, следует отметить при этом отсутствие юных форм и присутствие эозинофилов (отсутствие последних наблюдалось лишь в 3 случаях, что составляет 15%). Количество палочкоядерных колеблется от 5 до 15 и лишь в одном случае было 24. Сегментоядерные дают крайние цифры 54 и 90. Всегда наблюдается небольшая общая нейтрофилия,—в среднем 74. В 8 наших случаях имелась лимфопения (от 9 до 18), в остальных случаях—нормальное содержание лимфоцитов. Мононуклеары дают незначительные колебания, при средней цифре 4.

При послеродовых заболеваниях, особенно с продукцией где-либо в организме гноя (эндометрит, мастит) или, тем более, с поступлением инфекции в брюшину и кровь, мы получаем значительный сдвиг сравнительно с этим пуэрпериально-физиологическим сдвигом, не говоря уже о типической формуле Schilling'a. Некоторые формулы, иллюстрирующие сказанное, были приведены выше.

Встретившиеся в нашем материале 25 случаев эндометрита дают возможность вывести следующую среднюю формулу крови для послеродового эндометрита (табл. XII):

XII.

Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
0,6	—	1,2	18	58,5	17	3

Здесь мы видим появление юных форм, палочковый сдвиг, уменьшение количества зрелых (сегментированных) форм и в то же время нейтрофилию ($\text{Э} + \text{Ю} + \text{П} + \text{С} = 78,3$) за счет незрелых, негодных для борьбы форм вместе с уменьшением числа лимфоцитов и эозинофилов. Последние в 9 наших случаях, т. е. в 36%, вовсе отсутствовали; юные же формы имелись в громадном большинстве случаев (19 сл. = 76%).

Параметрит (у нас 5 случаев) дает значительно менее резкий и нехарактерный сдвиг (табл. XIII):

XIII.

Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
1	—	0,7	7,7	61,2	20,9	5,7

Юные формы здесь имелись в 3 сл., эозинофилы в 4, нейтрофилия не превышала нормы ($\text{Э} + \text{Ю} + \text{П} + \text{С} = 70,6$).

Сказанное сейчас относится, однако, лишь к случаям параметрита с отсутствием нагноения; появление последнего резко меняет картину, придавая ей нередко грозный вид, как можно видеть из следующего случая левостороннего параметрита, осложнившего puerperium p. abortum (табл. XIV):

XIV.

	Эоз.	Миэл	Юн.	Палочк	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	П р и м е ч а н и я
1) 20 I . .	—	—	2	9	74	10	4	Параметрит.
2) 25 I . .	—	1	7	16	48	20	8	Абсцесс в параметрии.
3) 26 I . .	—	—	5,5	31	57,5	4	1,5	Операция.
4) 29 I . .	0,5	—	0,5	3,5	77	17	1,5	Улучшение.
5) 3 II . .	0,5	—	—	4,5	85	9,5	1	Дальнейшее улучшение при общем
6) 7 II . .	—	1	7	23	64	3,5	0,5	тяжел., почти безнад. состоянии.
7) 11 II . .	0,5	4	5,5	15	70	3	—	Снова абсцесс.
8) 20 II . .	1	—	1	11	67	19	1	Вторая операция.
9) 27 II . .	1	—	2	16	49	29	3	Безнадежное состояние.
10) 28 III .	1	—	—	6	70	20	3,5	Улучшение.
								»
								Выздоровление.

Из формул, приведенных в этой таблице, видно, во-первых, как кровь резко и тонко реагирует на появление и исчезновение гноя в организме, а во-вторых, — как по картине ее можно ставить оправдывающийся

благоприятный прогноз, несмотря и вопреки клинически кажущемуся безнадёжному положению больной. Формула № 7, правда, дает довольно страшную, на первый взгляд, картину, но чисто-регенеративный характер ее и наличие эозинофилов заставили нас отнести этот резкий сдвиг за счет развившейся у больной анемии. Обращает на себя внимание большое сходство формул №№ 2 и 6 при аналогии патологических моментов (абсцесс в параметрии); вторая формула дает, однако, более тяжелую картину (резкая лимфопения, бедный мононуклеоз) в соответствии с значительным ухудшением общего состояния больной.

Другой случай (табл. XV) заболевания левосторонним параметритом после родов также интересен в том отношении, что здесь, несмотря на крайне тяжелое клиническое течение болезни, заставлявшее ставить *prognosis pessima*, на основании картин крови мы держались все время хорошего прогноза и оказались правы.

XV.

	Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Примечания
20/II . . .	3	—	—	6	42	27	11	Легкий параметрит.
27/II . . .	—	—	1,5	6,5	77	10	5	Резкое ухудшение, тяжелое общее состояние.
28/II . . .	1,5	—	0,5	12,5	66	17	2	Абсцесс, операция.
6/IV . . .	5	—	—	7	57	25	5	Выздоровление.

Вообще часто картина крови идет в разрез с клиническими и бактериологическими данными, и опыт показывает, что следует больше доверять первой. „Часто,—говорит Sommer,—на пластинках (при пробе Ruge-Philipp'a) выросли бесчисленные колонии бактерий; картина же крови обнаруживала лишь легкий сдвиг, и больные выздоравливали. В других случаях выросли за двое-трое суток лишь единичные колонии, тяжелая картина крови показывала, однако, что имеется дело с тяжелой инфекцией,—и печальный конец оправдывал прогноз“...

На нашем материале, впрочем, в большинстве случаев, исследованных и по Schilling'u, и по Ruge-Philipp'u, наблюдалось полное совпадение тяжести картин крови и бактериологической; лишь в 3 случаях (из 18 проведенных по Ruge-Philipp'u), несмотря на угрожающую бактериологическую картину, лейкоцитарная формула представляла данные для совершенно благоприятного прогноза, и последний во всех случаях оправдывался.

Можно ли указать границу сдвига, до которой возможен благоприятный прогноз? Sommer, как высший предел в этом смысле, дает такие цифры (табл. XVI):

XVI.

Эоз.	Миэл.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
0	—	11,5	21,5	50,5	12,5	4

Принимать эту границу надо, однако, как нам кажется, с большой осторожностью, внимательно вчитываясь в формулу и сопоставляя цифры для каждой формы, ибо мы видели, с одной стороны, хорошие исходы и при более значительных сдвигах, а с другой—exitus от перитонита при картине крови, далеко как будто не достигшей указанного предела (см. табл. II).

Следует упомянуть еще о так наз. индексе сдвига, под которым Schilling разумеет отношение суммы патологических и незрелых лейкоцитов к нормальным, т. е. $\frac{M+Ю+П}{С}$. В норме, по Schilling'у, этот

индекс равен $\frac{1}{15}$. Чем сильнее сдвиг (качественно и количественно), тем больше индекс приближается к единице, и тем хуже прогноз. В нормальном послеродовом периоде индекс, как и вся формула, отличается от типического и равен в среднем $\frac{1}{7}$; при эндометрите он еще выше— $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$, а при тяжких инфекциях еще больше приближается к 1, как то видно из следующей таблицы (табл. XVII):

XVII.

	Эоз.	Мизл.	Юв.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.	Индекс.	Примечания
Б-ая Е. . .	—	—	9	30	58	3	—	$\frac{39}{58} > \frac{1}{2}$	Exitus.
Б-ая Ш. . .	—	2	8	21	35	24	2	$\frac{31}{35} < 1$	Exitus.

Резюмируя все приведенное выше, мы должны признать следующее: 1) определение лейкоцитарной формулы по Schilling'у представляет собою простой и доступный метод как для клинициста, так и для практика; 2) лейкоцитарная формула нередко служит первым по времени и единственным показателем опасности, угрожающей организму; 3) для практического врача она может в значительной мере заменить громоздкое и недоступное бактериологическое исследование; 4) метод делает в некоторых случаях возможным дифференциальный диагноз и правильный ранний прогноз; 5) повторные исследования белой крови представляют ряд как бы фотографических снимков или зеркальных отражений реактивной способности организма в его борьбе с вредящей причиной и дают возможность своевременно заметить и учесть те или другие осложнения раньше их клинического проявления; 6) изучение лейкоцитарной формулы должно войти в обиход каждого врача, как весьма ценное дополнение к его диагностическим и прогностическим методам.

В заключение считаю своим приятным долгом принести глубокую благодарность заведующему лабораторией Киевского Клинического Института проф. М. Г. Беняш у и его ассистенту д-ру Р. И. Фельдману за их постоянную и неизменно-любезную помощь в техническом проведении настоящей работы.

Цитологические исследования выделений при женской гоноррее *)

Ассистента Б. С. Тарло.

Все чаще приходят к убеждению, что реакция организма на возбудителя инфекции строго-специфична, и что каждый пиогенный микроб вызывает на борьбу с инфекцией определенные клеточные элементы ткани, так что нередко клеточный состав экссудата, т. е. преобладание в нем тех или иных форм клеток, может быть типичным для той или иной причины воспаления. На основании этого цитологическое исследование экссудата может оказаться ценным и важным с диагностической точки зрения. Особенно большое значение могли бы иметь такие специфические цитологические картины по отношению к гоноррее, в особенности женской: известно, как ненадежно бывает иногда бактериоскопическое исследование белей на гонококки, исчезновение которых из секрета влагалища зачастую еще не доказывает действительного выздоровления больной.

В виду этого немало уже исследований было посвящено изучению морфологического состава гноя при гоноррее, причем авторы пытались выяснить значение отдельных лейкоцитарных форм, встречающихся в гонорройных выделениях, а также выяснить генез этих элементов гноя, — гематогенного они, или гистиогенного происхождения. Особое внимание авторов привлекали находимые в гонорройном секрете эозинофилы, которым приписывали важное диагностическое и прогностическое значение. Правда, полного единообразия в мнениях авторов о значении эозинофилов в гонорройном гное не существует, но, повидимому, можно считать довольно хорошо установленным, что эозинофилия эта является признаком хронической гонорреи (Schuh, Финкельштейн и др.). Кроме того, большинство исследователей наличие значительного количества эозинофилов принимает за благоприятный прогностический признак. В особенности отмечают стойкую эозинофилию при осложнениях гонорреи, представляющихся в виде замкнутых очагов, какие, напр., бывают при бартолините, парауретрите и гнойном сальпинго-оофорите, — осложнениях, не ведущих к сильному истощению организма.

Если в вопросе о наличии эозинофилии в гонорройном гное имеются все же некоторые определенные данные, то по вопросу об эозинофилии в крови при этих же процессах и о параллелизме между эозинофилами крови и гноя наблюдается полнейшее разногласие: в то время, как одни

*) Доложено на I Поволжском Съезде по борьбе с венерическими заболеваниями.

авторы (Pezzoli, Seifert, Bettmann, Wolff, Georgi, Karl Meyer, Schuh) находят ясный параллелизм между появлением эозинофилов в гною и в крови, другие, как Posner и Lewin, Зеленов, Lohnstein и Hirschfeld, Ira Wille, придерживаются противоположного мнения; третьи, наконец, как Vorbach и Овчинников, хотя и находят здесь известный параллелизм, но все же не склонны считать это явление закономерным.

Еще менее разобран в литературе вопрос о наличии, значения и происхождении в гонорройном секрете тучных клеток. Большинство авторов (Gaszmann, Joseph и Polano, Ira Wille) не считает тучные клетки патогномическими в смысле реакции организма на гонококковую инфекцию, так как, по их наблюдениям, эти элементы не являются постоянными составными частями гонорройного гноя. Другие наблюдатели могли подметить, что тучные клетки, повидимому, нередко являются сопутствующими элементами при выраженной эозинофилии гноя, и находили известный параллелизм между тучными клетками и эозинофилами, — при наличии последних в гонорройном секрете одновременно наблюдалось и увеличение числа первых, а также, наоборот, при отсутствии эозинофилов и тучные клетки не обнаруживались (Lohnstein и Hirschfeld). Третьи, наконец, как Schuh, находили полный параллелизм между кровью и секретом в отношении тучных клеток.

Расходятся мнения и в отношении вопроса о генезе тучных клеток: одни исследователи, как Lohnstein и Hirschfeld, Ladassohn, в последнее время Максимов, считают клетки эти элементами гистиогенного происхождения, другие находят полный параллелизм между кровью и секретом в отношении этих клеток и высказываются за гэматогенное происхождение их в гное.

Вопросы о характере цитологической картины гноя при гоноррее в различных ее стадиях и о происхождении клеточных элементов его являются также далеко еще не выясненным, и тем более, что почти все цитодиагностические исследования гонорройного гноя касались преимущественно количественного состояния лейкоцитов, в то время, как процентному, а главное — точному качественному определению лейкоцитов, в особенности нейтрофильных, уделялось мало внимания. Этот пробел отчасти пополняет работа Kraus'a, который, распределяя гнойные элементы по формуле Arneeth'a, проводил параллельные исследования крови и, сравнивая качественный состав гноя с лейкоцитарной формулой крови, пытался, таким образом, выводить суждение о генезе элементов гноя.

В виду скудости имеющегося по этому крайне интересному вопросу материала, в особенности по отношению к женской гоноррее, — мы предприняли цитологические исследования гнойных выделений при женской гоноррее с параллельными исследованиями формулы крови. Исследования свои мы производили отчасти на больных клиники, отчасти, пользуясь любезностью д-ров Голосовкера и Батунина, на больных Венерологической больницы и Венерологического диспансера Татнаркомздрава. По многим гэматологическим вопросам мы консультировали с проф. Н. К. Горяевым, которому считаем своим приятным долгом выразить свою глубокую благодарность за ценные советы и указания при просмотре препаратов.

Как известно, метод Arneeth'a с разделением нейтрофилов на 5 классов и 18 разрядов, хотя и имеет известный академический интерес,

но для клинических целей является слишком сложным и, как думает Schilling, практически вряд-ли полезным. С другой стороны метод Schilling'a, упростившего формулу Arneth'a, теоретические принципы которого при этом полностью сохраняются, мы считали для своих исследований недостаточным. Вследствие этого мы избрали средний метод, расширив таблицу Schilling'a и сократив разряды формулы Arneth'a. Именно, мы разделили нейтрофилов и эозинофилов на рубрики, положив в основу деления количество ядерных сегментов, содержащихся в лейкоцитах,—на 2-ядерные (resp. 2-сегментные), 3-ядерные и т. д.

При своих исследованиях мы пользовались преимущественно методом приготовления сухих мазков из выделений рукава, цервикального канала и уретры, а при поражении бартолиновых желез и парауретральных ходов—также и из выделений этих отделов. Часть препаратов для специальных исследований обрабатывалась по методу влажных мазков со специальным фиксажем по Lehnossek'y и окраской, ориентировочные мазки красились по Gram'y. Препараты для детальных исследований красились по Giemsa с некоторым видоизменением, с целью лучшей дифференцировки эозинофилов, а также по методу May-Grünwald, который позволял нам выявлять и тучные клетки. В мазках из крови мы сосчитывали не менее 200 элементов, а из гноя—не менее 1000,—цифра, которую Naegeli считает вполне достаточной для точных вычислений как для эозинофилов, так и для тучных клеток, которые встречаются довольно редко. Чтобы избежать опасности счета одного лейкоцита несколько раз, нами были приняты специальные предосторожности. Кроме того, мы обычно просматривали по возможности весь мазок как из крови, так и из гноя.

По указанной методике нами было подвергнуто исследованию 30 больных женщин с явной гонорреей, которых можно разделить на 3 группы: к первой относятся 9 больных с острой гонорреей, ко второй—19 с хроническим процессом, к третьей—2 с осложнениями гонорреи. При этих исследованиях нам прежде всего удалось подтвердить уже известное положение, что в острых случаях имеется более высокая нейтрофилия в гное, чем в хронических; в последних, напротив, число лимфоцитов если не превалирует над числом нейтрофилов, то во всяком случае бывает довольно значительно. Далее, при сравнении клеточных картин крови с такими же картинами гноя во всех наших острых случаях в гное замечался значительный сдвиг в пользу нейтрофилов,—в то время, как содержание нейтрофилов в крови не выходило из пределов нормы, варьируя от 45% до 65%, в гное оно было от 76% до 96%, что определенно указывало на значительный нейтрофильный лейкоцитоз.

Что касается остальных клеточных элементов, то содержание лимфоцитов в выделениях равнялось большею частью 3%—8%, и только в одном случае реинфекции мы имели 18% лимфоцитов; моноциты в общем держались на тех же цифрах, как и в нормальной крови; эозинофилы и тучные клетки встречались лишь в незначительном проценте. Таким образом для острых случаев гонорреи характерным является почти электрическое накопление преимущественно нейтрофильных клеток.

При сравнении качественного состава отдельных видов клеточных элементов в крови и в гное по упрощенному нами принципу Arneth'a, мы получили весьма интересные результаты. При разделении нейтрофилов

на рубрики (по количеству сегментов или ядер) можно было видеть, что как в крови, так и в гное почти точно сохраняется та же клеточная картина, хотя в последнем наблюдается чаще некоторый сдвиг клеточной картины вправо в сравнении с той же картиной крови. Этот сдвиг, повидимому, является вполне целесообразным, так как накопление в острых случаях преимущественно наиболее зрелых, способных к фагоцитозу клеток служит надежным оружием организма в борьбе с инфекцией. Подтверждением этой мысли служат данные, которые были получены нами при изучении вопроса относительно того, к какому разряду преимущественно принадлежат нейтрофилы с включенными в них гонококками.

Оказывается, что преимущественно—это нейтрофилы с двумя или, еще чаще, с тремя сегментами (ядрами), т. е. обладающие наибольшей способностью к фагоцитозу. Гонококковых включений в нейтрофилах с одним и пятью ядрами мы почти не наблюдали, что считаем характерным с указанной точки зрения (см. таблицу I). Эта тождественность нейтрофильных клеточных картин крови и гноя еще раз подтверждает господствующее в настоящее время мнение, что все нейтрофилы гонорройного гноя имеют гэматогенное происхождение.

Т А Б Л И Ц А I.

Качественная клеточная картина нейтрофилов с включением гонококков.

С Л У Ч А И	1 яд.	2 с.	3 с.	4 с.	5 с.	Общее число
Больн. С.		48	52			100
Больн. Ак.		34	66			100
Больн. К.		69	31			100
Больн. Т.		63	18	19		100
Больн. А.		39	55	7		100

Интересно было бы, далее, установить, как отразятся на качественной картине гноя те или иные отклонения в лейкоцитарной формуле крови, т. е. сдвиг ее вправо или влево. Из девяти больных с острой гонорреей у пяти нам удалось обнаружить сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, и такой же сдвиг, как в зеркале, отразился и в картине гноя. Из 21 больной с хронической гонорреей такое явление мы наблюдали только один раз, что лишний раз подтверждает гэматогенное происхождение нейтрофилов при острой гоноррее (см. таблицу II).

Хотя мы в хронических стадиях гонорреи тоже наблюдали тождественность при сравнении качественных клеточных картин крови и гноя, но уже не с такой закономерностью, как при острой гоноррее. Да это и понятно, так как многоядерные лейкоциты легко и быстро гибнут в гное, и к ним начинают примешиваться, впоследствии почти совершенно их заменяя, одноядерные формы блуждающих клеток.

По вопросу о происхождении одноядерных элементов и в частности лимфоцитов, которым в новейшее время (Никифоров и Абрикосов) приписывается гистиогенное происхождение, мы на основании наших наблюдений определенно высказаться не можем и хотели бы здесь только отметить, что, в согласии с наблюдениями Rappenheim'a и Максимова, мы находили в этих элементах включенные в них частицы погибших клеток, а также,—что особенно интересно,—и гонококков.

Относительно эозинофильной картины гноя наши наблюдения совпадают с данными большинства авторов: в начальных стадиях острой гонорреи мы как в крови, так и в выделениях или совсем не находили эозинофилов, или же находили их там в ничтожном количестве; по мере же того, как гонорройный процесс затягивался, эозинофилия часто повышалась. Самые высокие цифры мы нашли у больной с хроническим процессом, тянувшимся три месяца, которая дала в крови 5 % эозинофилов, а в гное уретры—14,5 %.

Т А Б Л И Ц А II.

Количественная и качественная картина крови и гнойных клеток при женской гоноррее.

СЛУЧАИ			Количествен. картина крови.							Качественная нейтрофильная картина крови и гнойн. клеток.						
			Общ. числ.	N	Ео	Ma	L	Мо	R	J.	St.	2seg	3 s.	4 s.	5 s.	6 s.
1	К.	Кровь	7500	59	3,5	0,5	30	3	4	1	3	64	28	4		
		Гной		93		0,6	3	2,4	1		4	66	23	5	1	1
2	С.	Кр.	6000	85	1	0,25	12	1,75				5	65	30		
		Гн.		91			7	2				20	45	35		
3	А.	Кр.	8400	58		0,8	41,2				7,2	38,8	37	17		
		Гн.		89		0,5	6	3,5			2	43	37,5	16,5	1	
4	Ат.	Кр.	5250	64	5	0,5	41			2	23	46	23	5	1	
		Гн.		8	14,5	0,5	82	3	2	1	15	42	34	4	4	

Что касается эозинофилии в случаях осложненной гонорреи, то ее как нельзя ярче характеризуют два демонстративных случая больных, одновременно находившихся на излечении в нашей клинике.

I. Больная Р. с диагнозом *periadnexitis bilateralis, urethritis et endocervicitis gonorrhoeica*. Гонококки — внеклеточно в рукаве, цервикальном канале и шейке. Больная пролежала один месяц, причем быстро стала поправляться: уже через 10 дней после поступления в клинику в истории ее болезни было отмечено «состояние удовлетворительное». Эозинофилия как в крови (13 %), так и в гное (8 %).

II. Больная А. с диагнозом *perimetritis et periadnexitis ac. c. metast. artic. genu dextri post partum*. Гонококки внутри и внеклеточно в уретре, в цервикальном канале и рукаве. Пролежала в тяжелом состоянии два месяца, процесс протекал вяло, больная очень истощена. Эозинофилия отсутствовала как в крови, так и в выделениях.

Возможно, что появление эозинофилии относится, как это утверждают некоторые авторы (Joseph и Rolano), к защитным приспособлениям организма, а отсутствие эозинофилии в нашем втором случае есть следствие реакции гоноксина, действующего угнетающим образом на кроветворный аппарат. Таким образом стойкую эозинофилию можно, повидному, рассматривать, как признак прогностически-благоприятный.

Для исследования вопроса о происхождении эозинофилии гноя мы пользовались тем же методом сравнения количественной и качественной картины, которым пользовались и при изучении нейтрофилов. Во всех наших случаях мы нашли, что там, где в секрете обнаружены были эозинофильные клетки, они имелись и в крови; обратные отношения мы находили не всегда,—в крови часто эозинофилы имелись, а в гное их не было. Особенно это относится к острым случаям в начале заболевания. Редко процент эозинофилов в гное был значительно выше, чем в крови. В хронической стадии мы имели два таких случая,—большую, у которой эозинофилов в крови содержалось 5%, а в уретре—14,5%, и большую с содержанием в крови 8% эозинофилов, в уретре—13%,—в острой же стадии—один случай, где на 7-ой день болезни кровь содержала 3,8% эозинофилов, секрет уретры—5%.

Сравнение качественных эозинофильных картин в крови и гное позволяет нам высказаться за гэматогенное происхождение эозинофилов, хотя мы и не исключаем вполне возможности образования их в самой воспалительной ткани, ибо все же полного параллелизма в отношении эозинофилии в крови и секрете мы не получили. Включений гонококков в эозинофилах мы ни разу не видали.

Тучные клетки из всего количества наших больных мы обнаружили, в выделениях, у 10, находившихся в различных стадиях болезни. Параллелизма между базофилами в крови и в гное мы подметить не могли. Надо полагать, что они для какой-нибудь определенной стадии гонорреи, как и вообще для нее, нехарактерны. Не могли мы подметить и наблюдения, сделанного Lohnstein'ом и Hirschfeld'ом, что тучные клетки были находимы систематически там, где имелось увеличенное количество эозинофилов в гное. Но все же мы можем присоединиться, к мнению авторов, как Sch u h и др., что тучные клетки в гонорройном секрете—гэматогенного происхождения, исходя из тех низких процентных отношений, в каких мы их находили как в крови, так и в гное.

Нам хотелось бы еще обратить внимание на некоторые детали, которые выявились в процессе нашей работы. Очень многие из нейтрофильных гнойных клеток, содержавших гонококки, окрашивались у нас значительно бледнее других клеток,—обстоятельство, которое толкуется по разному: одни авторы (Henke, B u m m) полагают, что гонококки сами стараются проникнуть в лейкоциты и их пожирают; K r a u s, напротив, усматривает в образовании вакуол доказательство повышенной деятельности (фагоцитарной resp. секреторной) этих нейтрофилов в борьбе против гонококков. Мы, пожалуй, согласны с последним толкованием, иначе как же объяснить тот факт, что гонококки преимущественно бывают включены нейтрофилах II и III разряда, т. е. наиболее зрелых и деятельных?

Если это так, то расположение гонококков в мазках вне или внутриклеточно скорее зависит, как это полагают Дробный, Подрез и др., от вирулентности гонококка, парализующего своими токсинами лей-

коциты. Надо поэтому думать, что расположение гонококков не зависит исключительно от способа добывания секрета, как это предполагают Рутштейн и др. Частое обнаружение гонококков одновременно в уретре, первикальном канале и вагине, несмотря на то, что из уретры гной был выдавлен, а из остальных отделов взят без выдавливания, подтверждает нашу мысль.

Заканчивая описание наших исследований, мы хотели бы сказать, что на свою работу мы смотрим, как на попытку накопления фактического материала в области такого важного вопроса, как цитодиагностика женской гонорреи. Имеется полное основание думать, что с дальнейшей разработкой этого вопроса удастся построить типичные формулы гноя для отдельных форм гонококковых заболеваний. Такие пиогаммы уже предложены для гонорреи проф. Алексеевым. Мы не имели возможности проверить данные последнего, но должны отметить, что некоторые наши формулы как будто не вполне совпадают с формулами Алексеева. Во всяком случае мы считали бы этот вопрос очень важным с клинической стороны и заслуживающим дальнейшего тщательного изучения.

Выводы:

1) Острые случаи гонорреи характеризуются элективным накоплением преимущественно нейтрофильных клеток.

2) При хронической гоноррее лимфоциты, если и не преобладают, то все же встречаются в большом проценте.

3) Гонококки бывают преимущественно включены в нейтрофилах с 2-мя, еще чаще с 3-мя сегментами, т. е. наиболее стойких.

4) У больных с отклонением картин крови от нормы обнаруживается аналогичное отклонение количества нейтрофилов и в гное.

5) Гонококки могут быть включенными также в мононуклеарах и больших лимфоцитах.

6) Эозинофилия гонорройного гноя имеет гематогенное происхождение, является характерной для хронической гонорреи и может быть использована в качестве вспомогательного диагностического признака; фагоцитарную способность по отношению к гонококкам эозинофилы, по видимому, не обладают.

7) Тучные клетки нехарактерны для гонорреи и имеют, по видимому, гематогенное происхождение.

8) Внутриклеточное или внеклеточное расположение гонококков обуславливается взаимоотношением стойкости лейкоцита и вирулентности микроба.

9) В виду важного клинического значения, которое может приобрести лейкоцитарная формула в гное при женской гоноррее, дальнейшие цитологические исследования при этой болезни необходимы.

К диагностике врожденного сифилиса у грудных детей¹⁾.

Д-ров П. Нанейшвили и Е. Вартазаровой.

Диагностика врожденного сифилиса, будучи весьма легкой в хорошо выраженных случаях, нередко, однако, может представлять довольно значительные трудности. Lesser думает, что в половине случаев врожденный сифилис на первом году жизни может ничем не проявляться. Описаны, далее, случаи, когда он проявлялся роковыми симптомами только по прошествии 2—3 десятков лет от рождения; таковы случаи Nobl'a и Remanowsk'ого, а также Schaffer'a и др. Кораблев указывает, что конгенитальный сифилис очень часто остается нераспознаваемым; причину этого нужно видеть отчасти в том, что многие из симптомов врожденного сифилиса, каковы увеличение селезенки, печени и кубитальных желез, расширение вен головы и пр., не являются патогномоничными, — они только возбуждают подозрение, но далеко не решают вопроса в положительном смысле, как часто не дает этого решения и реакция Wassermann'a. При таких условиях нужно приветствовать применяемое некоторыми педиатрами использование цереброспинальной пункции для диагностики врожденного сифилиса. Главной целью настоящей работы и является освещение значения исследования цереброспинальной жидкости при сифилисе у детей; предварительно, однако, мы считаем нужным остановиться на некоторых клинических симптомах врожденного сифилиса.

Обследованный нами материал может быть подразделен на 3 группы: в I группу входят 24 ребенка, у которых был установлен на основании положительной WaR; во II группу вошли 22 ребенка, у которых данное заболевание подозревалося на основании тех или иных клинических симптомов, нашедших подтверждение в патологических изменениях цереброспинальной жидкости, Wassermann'овская же реакция крови была отрицательна; наконец, к III группе относятся 32 ребенка, у которых WaR была отрицательной, а цереброспинальная жидкость не была исследована; для 7 детей этой группы мы, однако, считаем lues установленным на основании анамнеза.

Таким образом у нас имеется всего 53 случая, из коих в 24 lues был установлен положительной WaR крови, в остальных же 29 случаях — изменениями цереброспинальной жидкости и анамнезом, а также целым рядом клинических симптомов.

При выяснении частоты тех или иных симптомов, имевших место в наших случаях, мы использовали весь материал в 53 случая, для выяс-

¹⁾ Доложено 2/VI 1927 г. на заседании Грузинского Медицинского Общества

нения же частоты lues'a выделили из 53 детей 38 (17 детей из I группы, 16—из II и 5—из III). Эти случаи взяты исключительно из Консультации и приходятся на 584 детей, зарегистрированных с 1/VI до конца апреля текущего года, что дает 6,5%. По другим авторам частота конгенитального lues'a выражается в пределах от 2 до 4% (Neumann, Pfaundler и Гурвич). Хотя Pfaundler и полагает, что цифры выше 4% нуждаются в проверке, но нам думается, что эта проверка нисколько не уменьшит нашей цифры 6,5, а скорее повысит ее.

Клинические симптомы в наших случаях распределяются следующим образом: на 53 случая встретились

насморк	21 раз (39,6%),
специфическая сыпь	8 " (15%),
увеличенная селезенка	33 " (62,2%),
лакированные подошвы	14 " (26,4%),
высокое небо	2 " (3,7%),
paralysis Parrot	5 " (9,4%),
увеличенная печень	12 " (22,6%),
увеличенные локтевые железы	30 " (56,6%),
расширенные вены головы	24 " (45,2%),
paronychia	2 " (3,7%).

25 матерей имели 47 аборт, из коих 30 в первой половине беременности, а 17—во второй. Анамнез в 27 случаях положительный, в том числе 8 раз сифилис отмечался у матерей, зараженных этой болезнью от первых своих мужей; 7 из них вышли замуж после развода, и только одна—после смерти мужа; при этом все они так же, как и их мужья, представляли в ЗАГС свидетельство от врача в том, что они совершенно здоровы. Вообще, если, по соображениям евгеники, для вступления в брак необходимо требовать свидетельство врача о состоянии здоровья супругов, то превращение этого справедливого требования закона в простую формальность равносильно его полному аннулированию.

Относительно абортов считаем нужным отметить, что Finkelstein, Zappert и Fischl особенно подчеркивают то обстоятельство, что для сифилиса наиболее характерно прерывание беременности во второй ее половине; что же касается ранних абортов, то они, по словам этих авторов, не имеют связи с сифилисом плода, так как в плодах первых четырех месяцев сифилитическая инфекция никем не установлена. Fischl в „Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung“ утверждает, что аборты первой половины беременности в очень небольшой части случаев—„zum kleinsten Teil“—имеют связь с сифилитической инфекцией: они, как уверяют и гинекологи, по словам Fischl'я должны быть результатом тех или других болезней половых органов женщины. Но то обстоятельство, что из 47 прерываний беременности мы отметили только 17 раз преждевременные роды, 30 же раз имели дело с абортами, а также то, что в некоторых случаях у одной и той же матери, больной сифилисом, аборты чередовались с преждевременными родами, не говорит в пользу меньшего значения абортов для диагностики конгенитального сифилиса. За сифилитическое происхождение, во многих случаях, и ранних выкидышей говорят и многие старые авторы: Kassowitz, Heubner, Fournier, Hochsinger и др. Груздев в своем руководстве по акушерству считает сифилис одной из главных причин прерывания

беременности в обеих ее половинах. Возможно, что разница в оценке значения абортов у старых и новых немецких авторов объясняется тем, что в настоящее время и диагностика, и терапия сифилиса значительно продвинулись вперед, а это, конечно, не могло не отразиться на уменьшении количества абортов в первой половине беременности. На основании своих данных мы позволяем себе думать, что диагностика конгенитального сифилиса только выиграет, если каждый аборт, в какой бы стадии беременности он не происходил, считать подозрительным.

Кубитальные железы оказались у нас увеличенными в 56,6% случаев. Тогда как одни авторы (Hochsinger, Goldreich, Götzky и др.) считают увеличение их симптомом, характерным для сифилиса грудных детей, другие (Reiche, Fabris, Lust, Hutinel, Nobl, Remanowsky, Müller) не признают его патогномоничным для него. Grosser и Dessauer в 34% случаев сифилиса не прощупали кубитальных желез в то время, как в 42% случаев рахита последние оказались увеличенными. В наших случаях диагноз конгенитального lues'a, заподозренный иногда только на основании увеличения кубитальных желез, не раз, однако, подтверждался. Finkelstein отмечает, что этот симптом не является абсолютно-патогномоничным для lues'a, но часто является единственным симптомом, возбуждающим подозрение, нередко подтверждаемое последующими наблюдениями. Поэтому мы думаем, что диагностика конгенитального lues'a не только не выиграет, но проиграет, если увеличение кубитальных желез вычеркнуть из списка его симптомов.

Расширение вен головы Гурвич отмечает в 10% своих случаев, мы же находили в 45,2%. При этом считаем нужным отметить, что в указанные 45,2% входят только те случаи, когда расширение вен было достаточно хорошо выражено; но и в остальных случаях вены были настолько выражены, что, напр., взятие из них крови для WaR редко, когда нам не удавалось. Хотя этот симптом наблюдается и при рахите, но при сифилисе он проявляется раньше, в первые 3 месяца жизни грудных детей, когда рахит не так часто встречается. Отсюда следует, что и этому симптому нельзя приписать решающего значения, но совместно с другими он может помочь нам в диагностике lues'a.

Лакированные подошвы отмечены у нас 14 раз, в том числе 8 раз одновременно с другими сифилидами; в остальных 6 случаях этот симптом был слабо выражен, а другие проявления lues'a на коже и вовсе отсутствовали. „Ein leichtes glänzendes Zohlenerhythem“, которая, по словам Finkelstein'a, не всегда привлекает к себе со стороны врачей достаточно внимания, повидимому, является нередкой формой этого симптома.

Относительно частоты кожных сыпей при конгенитальном lues'e авторы дают разные цифры, начиная с 3,1% (Leredde) и до 90—96% (Glarka), мы же отметили эти сыпи в 15% наших случаев.

Из 21 случая насморка два раза имело место кровянистое отделяемое. В двух случаях, которые относились к месячным детям, причиной кровянистого насморка были дифтерийные палочки. Поэтому нам кажется ценным совет Lust'a—при кровянистом отделяемом из носа не забывать дифтерии; в указанных двух наших случаях дифтерии носа температура не была повышена, дети были очень слабы, так что подозрение на lues направлялось само собою, но после впрыскивания антидифтерийной сыворотки дети совершенно поправились.

Заканчивая обзор клинических симптомов прирожденного сифилиса в нашем материале, считаем нелишним несколько остановиться на весе сифилитических детей. По Finkelstein'у и Zappert'у вес и развитие последних могут быть вполне удовлетворительными, Neuberg же пишет: „Сифилитические новорожденные даже при вскармливании грудью хуже прибавляют в весе“. Вообще среди врачей распространен взгляд, что вес сифилитических детей должен быть меньше нормального. Нередко на консультациях приходится слышать такую фразу: „Трудно представить, чтобы такой прекрасный ребенок был люэтиком“... Посмотрим теперь, что дают наши цифры.

Данными относительно первоначального веса детей. Консультация не располагает, так как обычно детей приносят туда спустя несколько недель от рождения. Мы приводим наши наблюдения над прибавкой веса в течение первого месяца наблюдения:

прибавку больше 900,0	имели	12	детей,
от 600,0 до 900,0	„	15	„
„ 300,0 до 600,0	„	7	„
меньше 300,0	„	12	„

Мы видим, таким образом, что из 46 детей 27 дали прибавку больше 600,0, а 12 из них — больше 900,0, что даже превышает обычную прибавку веса. Поэтому, если в каком-нибудь случае тот или другой симптом дает возможность заподозрить лues, то хорошее развитие ребенка не может рассеять этого подозрения.

Теперь перейдем к вопросу о значении данных лабораторных исследований в диагностике лues'a. Тут, конечно, первым долгом должна быть упомянута реакция Wassermann'a. Хотя эта реакция, как известно, очень часто является прекрасным подспорьем при выяснении диагноза, но имеется большой % случаев, когда, при несомненном сифилисе у взрослых, реакция Wassermann'a оказывается отрицательной; при сифилисе же детей она еще чаще бывает отрицательной. По Абрамову при конгенитальном лues'e WaR только в 30—50% случаев положительна. По наблюдениям других авторов (Roleston) она часто бывает отрицательной в первые 6—8 недель внеутробной жизни, а потом становится положительной. В этом же возрасте иногда получается, при исследовании по Wassermann'у, неспецифическая положительная реакция, так что, если вообще для диагноза важно исследование ретроплацентарной крови по Wassermann'у, то не надо при этом упускать из виду и возможности неспецифической реакции.

На своем материале мы получили в 23 случаях положительную WaR, в том числе 18 раз в крови детей, в остальных же случаях она оказалась положительной в крови матери, отца, или же в liquor'e ребенка. Из 19 исследованных матерей 10 дали положительный результат. В одном случае WaR была отрицательной, когда ребенку было 4 месяца, при повторном же исследовании, через 8 недель, она оказалась положительной. Что касается WaR liquor'a детей, то на 13 исследований положительный результат получился у нас 7 раз (54,7%). 12 раз liquor был исследован параллельно с кровью, причем 4 раза положительные результаты совпали, а 3 раза liquor дал положительный результат, тогда как кровь — отрицательный. Другие авторы получили положительную WaR в liquor'a у грудных детей в 20% (Gutfeld и Meyer, Fesner, Kundratitz).

M-me Ménard из 14 исследованных случаев получила положительный результат в 6, что близко подходит к нашим данным.

В последнее время цереброспинальная жидкость, помимо реакции Wassermann'a, исследуется на глобулиновые реакции (Pandy, Nonne-Apelt), коллоидные (Mastix-Reaktion, Benjoin-Reaktion, Goldsol-Reaktion), на давление, на содержание клеток и белка и т. д.

Изменения цереброспинальной жидкости при сифилисе взрослых обнаруживаются в ранних стадиях болезни: целый ряд авторов (Dreyfuss, Generich, Kyrle, Гржебин и др.) находили изменения жидкости на втором году сифилитической инфекции (некоторые даже в 80%). Результаты исследования ее при сифилисе у детей можно найти у Gutfeld'a, Fesner'a, Kundratitz'a, Heschels'a и др. Breuer, который у детей старшего возраста патологические изменения жидкости нашел в 73,2% случаев, в жидкости грудных детей никаких изменений не находил. Kundratitz из 24 грудных детей обнаружил увеличение числа клеток у 7; впрочем он производил только счет клеток, исследовал WaR, Nonne и Pandy. Более систематично и полно производил свои исследования Heschels, почему его результаты мы и приводим ниже параллельно с нашими. M-me Ménard из 14 грудных сифилитических детей у 7 получила положительную Benjoin-colloidal-реакцию. У наших больных жидкость была исследована как в тех случаях (20), где lues был подтвержден положительною WaR, так и в случаях, где она не давала подтверждения, но lues подозревался на основании клинических данных (из 22 случаев 10 с положительным анамнезом). В обеих группах были исключительно - грудные дети; между прочим в I группу был включен один 2-месячный ребенок, у которого все реакции, кроме Wassermann-п'овской, дали положительный результат, lues же был подтвержден на вскрытии при исследовании печени.

Результаты наших исследований мы располагаем в 2 отдельных столбцах, так как с самого начала мы хотели изучить изменения жидкости прежде всего в случаях с несомненным сифилисом, чтобы по полученным результатам иметь возможность оценить эти изменения и в случаях подозрительных. Давление мы определяли манометром Henri Claude'a, количество клеток в жидкости — счетом в камере Nageotte'a, количество белка при помощи rachialbuminometr'a Sicard'a и Cantaloube'a, из глобулиновых реакций применяли pp. Pandy и Nonne-Apelt'a, а из коллоидных - Mastix-Reaktion и Benjoin-Reaktion. Останавливаться на методике последних мы здесь не будем, — ее можно найти в соответствующих руководствах. Скажем лишь несколько слов об оценке результатов некоторых исследований.

Вместе с Dreyfuss'ом считаем количество клеток в 1 куб. мм. более 5 повышенным, хотя многие авторы увеличенным признают лишь количество более 10 (Kundratitz, Fesner и др.). При серозных менингитах, закончившихся полным выздоровлением, мы нераз видели, что количество клеток падало ниже 5, — обычно до 2—3.

Что касается давления, то надо сказать, что большинство исследователей уделяет ему мало внимания, так как оно находится под влиянием многих моментов, как плач, учащенное дыхание и т. д. Между тем Dreyfuss отмечает, что в ранних стадиях болезни давление часто является единственным симптомом. Насколько позволяют наши наблюдения, мы

думаем, что влияние плача детей на давление может быть более или менее учтено,—после того, как мы выпускали из спинномозгового канала достаточное количество жидкости, давление больше не повышалось выше 5—10 см. даже при сильном крике ребенка. Поэтому нам думается, что, если мы из показания манометра вычтем 10, то получим приблизительно истинное давление. Безусловно, давление может также зависеть от положения иглы в цереброспинальном канале: всякий, кому приходилось делать люмбальную пункцию, знает, как часто стоит только повернуть иглу в ту или другую сторону, чтобы жидкость, вытекавшая раньше по каплям, потекла струей. Но это обстоятельство, т. е. положение иглы, может оказать влияние на давление лишь в смысле понижения его, но ни в каком случае не повышения. Таким образом, если мы из показания манометра вычтем 10, то найдем истинное давление в сантиметрах водяного столба, хотя возможно, что вследствие неудобного положения иглы мы не получаем полностью того давления, которое на самом деле имеется в цереброспинальном канале. С этими поправками мы считаем давление ниже 25 см. нормальным, в 25—35 см.—подозрительным, выше 35 см.—безусловно повышенным.

Приведем в ‰ ‰ наши положительные результаты в виде следующей таблички:

I группа		II группа.	Данные Heschele's ^a	
Давление	из 21 дет. 88,8‰	21 дет. — 76‰	до лечения	после лечения
Randy	» 19 » 78,8%	19 „ — 73,6‰	78‰	54‰
Nonne-Apelt	» 13 » 38,4‰	12 „ — 16,6‰	67‰	31‰
C-i ¹⁾	» 18 » 88,8‰	20 „ — 80,5‰	50‰	16‰
Увеличен. колич. белка » 18 »	50‰	17 „ — 41,2‰		
Mastix-Reaktion	» 19 » 84,2‰	17 „ — 70,5‰	Goldsol 70‰	31‰
Benjoin-Reaktion	» 16 » 81,25‰	15 „ — 66,6‰	WaR 13‰	8,3‰

Benjoin-Reaktion мы считали положительной, когда она выпадала субпозитивной в сифилитической зоне: иногда одновременно, как то отмечает и m-me Ménard, осадок получался и в менингитической зоне. Mastix-Reaktion считалась положительной при наличии ясного осадка или же мути,—если последняя была так выражена, что совершенно не пропускала света (Kaffka).

В первой группе 14 раз Benjoin-Reaktion была поставлена параллельно с Mastix-Reaktion, причем 8 раз результаты обеих совпали (60‰), в остальных же 6 случаях совпадения не получилось—3 раза при положительной Mastix-Reaktion Benjoin-Reaktion получилась отрицательной, а 3 раза было наоборот. Во второй группе из 15 параллельно поставленных реакций мы 14 раз получили одинаковые результаты (93,3‰), в одном же случае, где мастичная реакция дала положительный результат, Benjoin-Reaktion оказалась отрицательной.

¹⁾ Количество клеток в 1 куб. мм.

Отсюда видно, что у нас нет оснований какую-либо из этих реакций считать более чувствительной, но, так как иногда они дают разные результаты, желательно их ставить параллельно. Здесь мы должны подчеркнуть то обстоятельство, что как коллоидные реакции, так и другие, кроме Wassermann'овской, нельзя считать патогномоничными для lues'a, так как и другие болезни центральной нервной системы, и в первую очередь менингиты, могут дать какую-нибудь из упомянутых реакций. При всем том, если возможно исключить эти заболевания, как в наших случаях, то упомянутые реакции усиливают подозрение относительно lues'a, возникшее при клиническом исследовании. Поэтому мы вместе с другими авторами думаем, что возможно частое исследование цереброспинальной жидкости на все указанные реакции может оказать ценные услуги диагностике конгенитального lues'a,—тем более, что в нашем распоряжении пока нет такой реакции, которая выручала бы нас во всех случаях.

Из отдельных случаев нашего материала считаем нужным отметить один, где в liquor'e все реакции выпали отрицательными и только WaR liquor'a дала 4 плюса; кровь отца, матери и ребенка также дали отрицательный результат, хотя клинически у ребенка с I же месяца находили насморк, плотную печень, кубитальные железы величиною с горошину, а на VI месяце—увеличенную селезенку; в анамнезе у матери было мертворождение на IX месяце. Несмотря на это, WaR дала отрицательный результат, что вызвало негодование матери за яко бы зря причиненную боль ребенку (при получении крови); при таких условиях возбуждать разговор о цереброспинальной пункции мы сочли лишним и решили ждать. Когда ребенку исполнилось 7 месяцев, на одном из пальцев руки у него обнаружилась рагонущия. Этот новый симптом принудил мать привести ребенка на пункцию, а 4 плюса в liquor'e окончательно помпировали ее с нами; теперь она регулярно приносит ребенка в клинику для лечения. Считаем нужным отметить, что WaR в крови осталась здесь отрицательной.

Кстати упомянем еще о другом случае, где у 2-месячного ребенка был заподозрен сифилис на основании клинических симптомов (пониженный вес—3400,0, сухой, хронического характера насморк, увеличенные и плотные печень и селезенка), но WaR крови была отрицательной, в цереброспинальной же жидкости обнаружено повышенное давление, положительный Pandy, Alb. 0,3, Mastix-Reaktion 6 7 III III I 0 0..., Benjoin-Reaktion—0110022210...¹⁾. Таким образом патологические изменения liquor'a оказались здесь достаточно выраженными. Больной погиб и был вскрыт. При микроскопическом исследовании печени обнаружились довольно резкие цирротические изменения с развитием соединительной ткани преимущественно вокруг сосудов; волокна соединительной ткани были хорошо видны также внутри долек на препаратах, окрашенных по Van-Gieson'u; около сосудов было хорошо заметно скопление мелкоклеточных элементов. Этот случай еще раз подчеркивает то большое значение, какое имеет исследование цереброспинальной жидкости в диагностике lues'a.

¹⁾ Mastix-Reaktion вместо обычно принятых кривых мы, как и Benjoin-Reaktion, выражаем в виде числового ряда, причем римскими цифрами от I до III обозначаем муть (III обозначает высшую степень помутнения), арабскими же цифрами, с 1 до 7,—различные степени осадка (7 обозначает полное выпадение).

Диагностическое значение изменений жидкости, между прочим, хорошо подтверждается еще тем обстоятельством, что они легко уступают антилюэтическому лечению. Приводим один характерный в этом отношении случай из нашего материала.

Жидкость до лечения.		После лечения.		
	4/X	24/X	20/I	28/I
Давление	31 см.	20 см.	55 см.	50 см.
Randy	+	+	+	+
N.-Arelt	+	+	—	—
C.-i.	13	9	6	2,9
Albumen	0,3	0,22	0,22	0,22
Mastix-R.	+(III III II 0 0)	+(II 4 II 1 00..)	—	—
Benjoin-R.	+	+(1000000110...)	—	—

Здесь мы видим, что количества клеток и белка постепенно падали, давление, правда, повышалось, р. Randy оставалось без изменения, р. Nonne-Arelt'a только первые 2 раза дала положительный результат, мастичная реакция при повторном исследовании лучше была выражена, но потом дала отрицательный результат, Benjoin-Reaktion 24/X положительная, в конце лечения—отрицательная. Если вообще считать симптом люэтическим, когда он уступает антилюэтическому лечению, то приведенные изменения цереброспинальной жидкости надо признать люэтическими.

Еще в одном случае мы имели возможность наблюдать провокационное влияние антилюэтического лечения, когда вначале лечения имели C.-i. 2, а в конце—80,8. Провокационное влияние хорошо известно, после работ Genereich'a, при сифилисе взрослых. Kundratitz упоминает в своей работе об одном ребенке, у которого до лечения было 38 клеток, а через 3 месяца после лечения—214; другой грудной ребенок имел до лечения 40 клеток, после же пройденного курса лечения салварсаном—2205. Этот автор отмечает также появление патологических изменений жидкости под влиянием лечения у тех детей, которые до лечения имели вполне нормальную жидкость.

Такая провокационная роль лечения имела место и у нас, в одном случае из II группы. В анамнезе здесь имеется несомненный lues у отца; до рождения ребенка его мать имела 3 аборта, а у самого ребенка была большая голова, напоминавшая caput natiforme, и расширенные вены; WaR—отрицательная. С провокационной целью ему были выпрыснуты 2 раза биохинол и 1 раз маленькая доза неосальварсана. WaR осталась отрицательной. Через 3 месяца она дала опять отрицательный результат, но в отношении других реакций мы имели: 8 клеток вместо 3,5, давление 55 см. вместо 18 см., наконец, положительную Benjoin-Reaktion вместо прежней отрицательной.

В другом случае той же группы, хотя все реакции были отрицательны, и только C.-i. равнялся 6, мы все же заподозрили lues; в анамнезе у матери было мертворождение на VIII месяце, у ребенка со II месяца появились увеличенные кубитальные железы. И действительно, когда, через

неделю после первой пункции, она была сделана вторично, — на этот раз давление оказалось равным 40 см., Ранду дала 2 плюса, Nonne-Apert'a — слабо-положительна, С. i. — 5,5, общее количество белка осталось в пределах нормы, WaR в liquor'a дала 3 плюса, хотя в крови она осталась отрицательной.

В остальных случаях II группы мы получили в жидкости отчетливые положительные результаты, которые, совместно с клиническими симптомами, достаточно освещали диагноз конгенитального lues'a. И тут, так же, как всегда при лабораторных исследованиях, отрицательный результат не имел решающего значения. Вообще только положительные результаты могут подтвердить диагноз, отрицательные же не исключают его.

Следует помнить, таким образом, что там, где по какому-либо симптому, или анамнестическим данным, можно подозревать у грудного ребенка lues, — никогда не надо забывать об исследовании цереброспинальной жидкости, каковое исследование может обнаружить целый ценный ряд данных во многих т. наз. бессимптомных или малосимптомных случаях. Только, так как реакции цереброспинальной жидкости не идут параллельно, то мы при конгенитальном lues'e, по нашим наблюдениям, не можем удовлетвориться 4 реакциями Nonne (pleocytosis, Nonne, WaR liquor'a и крови), как это считает достаточным для практических целей проф. Гржебин при сифилисе взрослых. Нам попадались случаи, где все эти 4 реакции давали отрицательный результат, а коллоидные реакции обнаруживали патологические изменения жидкости. Поэтому мы думаем, что одновременно с четырьмя реакциями Nonne при подозрении на конгенитальный сифилис желательнее производить и другие.

Кроме диагностического значения исследование цереброспинальной жидкости имеет и прогностическое значение, что для взрослых является достаточно доказанным, а для детей, вероятно, выяснится систематическими исследованиями жидкости. Наблюдения эти сделать тем легче, что произвести цереброспинальную пункцию у детей гораздо удобнее, чем взять кровь, что отмечает и m-me Ménard.

Известно, что лечение конгенитального lues'a, если даже оно проводится под контролем WaR, не всегда дает достаточно удовлетворительные результаты в отношении психического развития детей. Если, однако, к Wassermann'овскому контролю добавить контроль со стороны liquor'a, как то делал Heschel's, то надо думать, что результаты улучшатся, и понизится % психической отсталости, который, по наблюдениям Breuer'a, Pese и др., достаточно велик после лечения по методу Erich'a Müller'a. Если Dreifuss говорит, что дерматолог, которого интересует участь больного, должен после лечения обязательно исследовать цереброспинальную жидкость, то это требование Dreifuss'a, думается нам, тем более относится к педиатру, судьба пациента которого еще куется и который с меньшим страхом, чем у взрослых, может исследовать жидкость вначале и в конце каждого лечебного курса.

Из всего сказанного мы делаем следующие выводы:

1. Материал IV Тифлисской Консультации для грудных детей показывает, что распространение конгенитального lues'a среди грудных детей на Авлабаре ¹⁾ велико и выражается цифрой в 6,5%.

¹⁾ Район Тифлиса, обслуживаемый IV Консультацией.

2. Если Fournier справедливо требует не забывать о Lues'e при исследовании всякого больного, педиатр также должен всегда иметь эту болезнь в виду при исследовании здоровых детей в консультации.

3. В виду того, что диагностика конгенитального Lues'a подчас очень затруднительна, врач должен с особой осторожностью относиться ко всякому подозрительному симптому; только продолжительное наблюдение, иногда длящееся годами, позволяет ему прийти к тому или другому заключению.

4. Всякий раз, как какой-нибудь подозрительный случай (хотя бы по анамнезу) представляется бессимптомным, исследование цереброспинальной жидкости должно решить, действительно-ли это бессимптомный случай, или в нем только отсутствуют внешние симптомы.

5. Наш материал подтверждает, что исследование цереброспинальной жидкости может оказать ценные услуги диагностике врожденного сифилиса.

6. Само собой разумеется, что результаты исследования цереброспинальной жидкости должны оцениваться сообразно с клиническими данными.

7. Исследование цереброспинальной жидкости должно быть полным, чтобы не упустить какого-нибудь патологического изменения, ибо различные реакции не всегда идут параллельно.

8. Для большей доступности этого исследования желательно, чтобы там, где ставят War крови, брали и liquor для исследования.

9. Мы подчеркиваем то обстоятельство, что жидкость должна быть взята там же, где ее будут исследовать, ибо это очень важно для некоторых исследований (давление, счет клеток).

10. Пункция никакой опасностью ребенку не угрожает, и ее выполнение не требует специальной хирургической подготовки.

11. Желательно, чтобы лечение конгенитального Lues'a проводилось под контролем исследования цереброспинальной жидкости.

12. При выдаче свидетельств о здоровье для представления в ЗАГС врач должен обращать особенное внимание на сифилис; желательно, чтобы подобные свидетельства выдавала специальная комиссия, которая в подозрительных случаях должна производить соответствующие лабораторные исследования.

В заключение считаем своей приятной обязанностью выразить глубокую благодарность многоуважаемому профессору Владимиру Федоровичу Бургсдорфу, любезно принявшему на себя труд просмотреть нашу работу.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Иванова. Журн. по из. ран. дет. возр., 1925, № 2.—2) Hochsinger. Wien. med. W., 1926, № 10.—3) Levy u. Selter. Arch. für Kind., B. 75, H. 4.—4) Gutfeld u. G. Meyer. Ibid., B. 75, H. 4; B. 76, H. 1.—5) Koeppel. Ibid., B. 78, H. 2 з.—6) Fluser. Ibid., B. 77, H. 1/2.—7) Knauer. Ibid., B. 78, H. 1.—8) Heschels. Ibid., B. 77, H. 3.—9) Heschels. Mon. für Kind., B. 34, H. 3-6.—10) Fischl. Congenitale Lues und Reizung. Jahrb. für Kinderh., B. 61, H. 5/6.—11) Szir-

- mai. Ibid., B. 54, H. 5.—12) Bruk. Zeit. für Kind., B. 39, H. $\frac{2}{3}$.—
13) Orel. Ibid., B. 40, H. 4.—14) Schilling u. P. Hoffmann. Ibid.,
B. 38, H. 5.—15) Kundratitz. Jahrb. f. Kinderh., B. 51, H. $\frac{5}{6}$.—
16) Tüdös. Ibid., B. 58, H. $\frac{3}{4}$.—17) Tüdös. u. Riss. Ibid., B. 61,
H. $\frac{3}{4}$.—18) Pese. Ibid., B. 62, H. $\frac{1}{2}$.—19) Breuer. Deut. m. Woch.,
1921, № 43.—20) Gutfeld. Ibid.—21) Goldscheider u. Witt-
genstein. Ibid., 1924, № 16.—22) Dreifuss. Münch. m. Woch.,
1920, № 48.—23) Gennerich. Ibid., 1922, № 25.—24) Stimpke.
Ibid., 1922.—25) Nobl u. Remanowsky. Wien. kl. Woch., 1924,
№№ 13, 14.—26) Абрамов. Патогенные микроорганизмы. 1922.—
27) Cassel. Deut. m. Woch., 1922, № 31.—28) Гржебин. Каз. Мед-
Журн., 1926, № 12.—29) Zappert. Syphilis. Pfaundler u. Schlos-
smanns Handb. der Kindh., B. II, 1923.—30) Hutinel. Mal. des
enfants, t. II.—31) Филатов. Семiotика и диагностика детских болез-
ней.—32) Lesser. Berl. kl. Woch., 1921, № 24.—33) Lesser. Ibid.,
№ 35.—34) Blaschko. Ibid., 1921, № 41.—35) Lesser. Ibid.—
36) Lesser. Ibid., № 47.—37) Lesser. Deut. m. Woch., 1921,
№№ 2, 3.—38) Ménard. Le Nourisson, 1925, № 3.—39) Joseph.
Половые болезни. 1926.—40) Григорьев. Рук. по вен. болезням. Сара-
тов. 1923.—41) Kyrle. Сифилис. 1922.—42) Финкельштейн. Сб.
статей по вен. болезням. Вып. I. 1922.—43) Вольфсон. Там же.—
44) Дергачев. Педиатрия, IX, № 4.—45) Райц. Журн. по из. ран-
дг. возр., 1925, № 4-5.—46) Там же.—47) Schaffer. Presse med.,
1927, № 40.
-

К вопросу об этиологии и терапии alopecia areatae.

А. М. Козловый.

Относительно этиологии гнездой плешивости (alopecia areata) существует несколько теорий. Так, Leroi делит все случаи ее в этом отношении на три класса: к первому он относит облысение, развившееся у нервных субъектов на почве переутомления, сильных потрясений и травм, ко второму—случаи, где нельзя отыскать никаких ясных причин данной болезни, к третьему—случаи, где, несомненно, имеет место заражение.

Jordan, в 1925 г., отмечает, что иногда причиной появления облысения бывает нарушение функций эндокринной системы. Далее, в литературе описаны случаи, когда alopecia areata развивалась под влиянием травм и ранений, которые вели к нарушению функции чувствительного нерва, или к поражению нервных центров, причем выпадение волос происходило в той области, где разветвлялся этот нерв. Romberg описал случай гнездного облысения при одностороннем параличе лицевого нерва. Cooper и Told видели выпадение волос и ногтей после сотрясения мозга, а один раз—после сильного испуга, вызванного ударом молнии. Fredet сообщил случай, где 17-летняя девушка после сильного испуга, вследствие внезапной опасности, угрожавшей жизни, потеряла все волосы, вплоть до пушковых. В Progres médical сообщен случай, когда крестьянин 38 лет, совершенно здоровый, со здоровой наследственностью, потерял все волосы на бороде, голове, бровях на следующий день после того, как он видел, что его единственный сын, 8-летний мальчик, попал под ноги мула и покатился под откос к реке. В случае Pearce'a 27-летняя дама под влиянием горя в 2 месяца потеряла все волосы на голове, лице и половых частях. Michelson наблюдал случай, где у мужчины, провалившегося во время пожара через обуглившийся пол, через год после пожара выпали волосы. Strovers отметил выпадение волос у 10-летнего мальчика после перелома левой теменной кости. Bretschneider описывает случай, когда после взрыва у больного сначала наступило бессознательное состояние, затем потеря речи на 2 часа и вслед за этим, на следующий день, выпадение волос по всему телу.

Josefh, желая доказать справедливость мысли о невропатической этиологии гнездой плешивости, проделал ряд опытов на кроликах, именно, предполагая, что в происхождении alopecia areatae замешаны симпатические узлы, он экстирпировал 2-й шейный узел и в результате действительно получил гнездную плешивость. Другие авторы подтвердили его опыты. Behrend, однако, опровергает их предположение и приходит к заключению, что гнездная плешивость вызывается растройством

циркуляции кровообращения. если же в происхождении ее и участвует нервная система, то, по всей вероятности, вазомоторная.

Исследование в поляризационном свете показало, что волосы, выросшие после душевного волнения, представляют изменения в поперечном разрезе. Изменения эти объясняют тем, что при испуге происходит резкое сокращение *mm. erectores pili*, которые ущемляют луковицу и изменяют форму и рост волоса.

Уже из сказанного можно видеть, что, повидимому, *alopecia areata* в различных случаях имеет и различное происхождение. Подтверждает это и наш материал, в котором из 25 случаев, где *lues* мог быть исключен исследованием по *Wassermann'u*, а грибковое заражение—микроскопическим исследованием волос, в 4 возникновение гнездовой плешивости можно было поставить в связь с нервными потрясениями, в 3—с нарушениями функций эндокринной системы, в остальных же этиология болезни осталась невыясненной. Практически важно, что в этих случаях различной этиологии заболевания соответствовал и различный терапевтический эффект разных методов лечения.

Случай, где этиологическим моментом для развития алопеции было нервное потрясение,—следующие:

I. У 18-летней девушки после скоропостижной смерти горячо любимой матери в течение месяца развилось гнездное, неправильной формы облысение, державшееся, несмотря на применение всевозможных мазей, в течение 8 месяцев. Большая была подвергнута местному освещению кварцевой лампой *Bach'a* с расстояния в 50 сант., причем каждый участок, каковых было 4, освещался по 2—3 мин. Сеансы освещения повторялись через день, причем длительность их возрастала. После 1-го сеанса, на следующий день, в подвергавшихся освещению местах наблюдалась нежно-розовая эритема. После 2-го сеанса гладкие, до того лоснившиеся, облысевшие участки покрылись нежным беловатым пушком, а после 4-го сеанса покрывавшие их волоски достигли 1/2-сант. в длину. К концу курса в 16 сеансов все облысевшие участки покрылись одноцветными волосами.

II. У 30-летней женщины, в связи с семейным тяжелым нервным потрясением, в течение ночи развилось неправильной формы облысение—спереди величиной с игральную карту, сзади и сбоку—в половину ее. В течение 2 лет никакое раздражающее лечение мазями не дало результатов, после чего было испробовано освещение кварцевой лампой. Первый курс этого лечения, в 16 сеансов исключительно-местного освещения, повторявшихся через день, дал незначительный рост волос по периферии облысевших участков, центр же их остался лоснящимся. Через 6 недель назначено повторное лечение, при котором местное освещение комбинировалось с общим; кроме того, в свободные от освещения дни производилась местная дарсонвизация волосистой части головы по 3—4 минуты. Через 4 месяца после первого сеанса волосы покрыли все участки, а через 8 месяцев по всей голове они отросли до плеч.

III. Облысение у 14-летнего мальчика развилось после сильного потрясения, а именно, он видел, как его товарищ, 12 лет, утонул, провалившись под лед, при переходе через реку. Волосы выпали в течение 3 дней. В течение 5 месяцев плешивость не поддавалась лечению мазями, местное же лечение кварцевой лампой в 16 сеансов, повторявшихся через день, ликвидировало ее.

IV. 8-летняя девочка во время возки навоза была застигнута грозой в поле. Оглушительный удар грома и падение молнии в нескольких шагах от телеги испугали лошадь, которая понесла телегу к глубокой реке, телега перевернулась и, к счастью, вывалила ребенка у самого берега реки. Как девочка добралась до дому,—она не помнит, но через несколько недель густые косы ее вылезли, и череп стал голым, лоснящимся; выпали также ресницы и брови. 2-летнее лечение девочки мазями не дало никакого эффекта. Не дало результата и применявшееся в течение 2 лет с большими перерывами лечение кварцевой лампой. Надо отметить, что первоначально после освещения у девочки появлялись, было, во время 2-месячного перерыва, пушковые волосы на облысевших местах, а в темной области выросла

золотистого цвета прядь на подобие запорожского чуба, длиной в 11—12 см., но при повторении курса после третьего же сеанса местной д'арсонвализации все волосы опять выпали.

В трех наших случаях, где развитие облысения можно было поставить в связь с расстройством функций эндокринной системы, имело место резкое поредение волос в лобно-теменной области у молодых субъектов попутно с импотенцией и понижением libido. Лечение в этих случаях состояло в применении душей Charcot, промежностных душей, впрывиваний спермокрина и кварцевого освещения, причем дало положительный результат после 2 курсов с 6-недельною паузою.

Что касается, наконец, остальных 18 случаев, где нельзя было установить никаких причин развития alopeciae areatae, то во всех их для излечения достаточно было однократного или двухкратного применения освещения кварцевой лампой, иногда в комбинации с д'арсонвализацией.

Гемато-энцефалический барьер и значение его для проникновения различных веществ в область центральной нервной системы.

(Литературный обзор).

Ассистента Акушерско-Гинекологической клиники Казанского Гос. Института для усов. врачей

В. Д. Чернояровой.

В 1921 году Штерн и Готье¹⁾ установили, что между кровью с одной стороны и цереброспинальной жидкостью и нервными элементами головного и спинного мозга—с другой существует барьер, который они назвали *гемато-энцефалическим*. В чем состоит его сущность, каков механизм его работы и даже где он располагается,—в точности неизвестно; но факт его существования несомненен, так как многие вещества, циркулирующие в крови, даже в значительном количестве, никогда не появляются в области центральной нервной системы и в цереброспинальной жидкости. Их действие не проявляется в мозгу не потому, что они этим действием не обладают, а потому, что существует преграда для их проникновения в мозговую ткань, и в обычных условиях они задерживаются на границе между кровью и средой мозга.

Однако не все вещества, введенные в общий круг кровообращения, задерживаются ГЭБ²⁾,—бромистый натр, напр., будучи впрыснут в кровь животному, производит уменьшение живости и возбуждения его, а иногда даже—оцепенение и неподвижность. При этом бром обнаруживается в цереброспинальной жидкости и в веществе мозга. Напротив, иодистый натр при внутривенном, внутрибрюшинном и подкожном введении не вызывает нервных симптомов у животных и не обнаруживается ни в цереброспинальной жидкости, ни в мозговой ткани. Действием, одинаковым с бромистым Na, обладают также серноцианистый Na, салициловый Na, пикриновокислый Na, морфий, стрихнин, кураре, атропин, сантонин, желчь и желчные соли, некоторые красящие вещества; веществами, не проходящими через ГЭБ, кроме иодистого Na, являются железоцианистый Na и различные антитела.

Было, далее, установлено, что действие какого-либо вещества обнаруживается клиническими симптомами лишь в том случае, когда это вещество находится в цереброспинальной жидкости и в мозговой ткани; если же животное после впрыскивания данного вещества остается нормальным, то ни в цереброспинальной жидкости³⁾, ни в нервной ткани вещества этого не обнаруживается.

Существует при этом тесный параллелизм между проникновением какого-либо вещества из крови в цереброспинальную жидкость и его присутствием в нервной ткани. Такой же параллелизм обнаруживается между эффектом, производимым на нервную ткань впрыскиванием токсической субстанции в общий круг кровообращения, и между проникновением этой субстанции в цереброспинальную жидкость.

¹⁾ Archives internationales de physiologie, 1922, vol. XVII, fasc. 4.

²⁾ ГЭБ—гемато-энцефалический барьер (сокращение составительницы обзора).

³⁾ Говоря о цереброспинальной жидкости, авторы имеют в виду все жидкости, наполняющие подпаутинное пространство и полости мозговых желудочков, а также околососудистые и окологлеточные пространства.

Каждое вещество, введенное непосредственно в цереброспинальную жидкость, или проникшее в нее через кровь, отыскивается в нервной ткани. Присутствие его в цереброспинальной жидкости служит, повидимому, необходимым условием его действия на нервные элементы цереброспинальной дуги. Разница в чувствительности различных животных по отношению к некоторым веществам может быть объяснена различной сопротивляемостью ГЭБ к проникновению этих веществ из крови в цереброспинальную жидкость.

Таким образом ГЭБ защищает нервные элементы от некоторых веществ, циркулирующих в крови в данный момент, но не защищает от других веществ, находящихся или непосредственно введенных в цереброспинальную жидкость. Последняя составляет как бы питательную среду нервных элементов цереброспинальной дуги.

Теми же авторами ¹⁾ изучалась диффузия различных веществ при помощи проявления первичных нервных симптомов, а также скорость проникновения в кровь веществ, введенных в желудочки мозга и в подпаутинное пространство. Опыты производились с железосодержащим Na, пикриновым Na, лимоннокислым Na, хлористым железом (FeCl₃) и др. Из этих опытов авторы могли сделать следующие выводы: 1) Каждое вещество, находящееся в данный момент или введенное в цереброспинальную жидкость желудочков мозга, переходит в цереброспинальную жидкость подпаутинного пространства. 2) Проникновение какого-либо вещества, находящегося в субарахноидальной жидкости, в жидкость желудочков мозга непостоянно и происходит только тогда, когда давление в подпаутинном пространстве превосходит известную степень. 3) Вещества, введенные в жидкость желудочков, обнаруживаются в глубине нервной ткани. 4) Вещества, введенные в подпаутинное пространство, обнаруживаются в нервной ткани тогда, когда их можно открыть также в жидкости желудочков, и в этих случаях проникновение их в мозговую ткань представляет ту же картину, как и при введении их в желудочки мозга. 5) Диффузия или ток цереброспинальной жидкости происходит, повидимому, в следующем направлении: желудочки → подпаутинное пространство → кровь. 6) По отношению к нервной ткани жидкость желудочков представляет жидкость выносящую, жидкость подпаутинного пространства—выносящую. 7) Самый верный способ достигнуть нервных элементов—это непосредственное введение данного вещества в систему желудочков.

Целым рядом опытов, опубликованных в 1927 г., Штерн и Рапопорт ²⁾ показали, что элективное действие ГЭБ не объясняется просто химической или физико-химической природой вводимых в кровь веществ. Ни попытки Mestrezat, Lehmann'a и Meesmann'a ³⁾ применить для объяснения этого феномена принципа равновесия Donnan'a, ни исследования Krebs'a и Wittgenstein'a ⁴⁾, яко бы показывающие, что прохождение различных веществ через ГЭБ регулируется электрическим зарядом этих веществ (поэтому, по мнению указанных авторов, при всех других одинаковых условиях только анионы проходят из крови в цереброспинальную жидкость, тогда как ни один катион не попадает туда) не были подтверждены опытами Штерн и Рапопорта. Опыты этих авторов заставили их придти к заключению, что некоторые щелочные красящие вещества так же, как другие катионы (напр., алколоиды), переходят барьер, некоторые же кислые красящие вещества так же, как другие анионы, задерживаются им. Избирательное действие барьера при этом обнаруживается только в направлении из крови в цереброспинальную жидкость и совершенно отсутствует в обратном направлении.

Но ГЭБ не является абсолютно непроницаемым даже для тех веществ, которые при обычных условиях не проходят через него. Под влиянием некоторых физических манипуляций или при введении в кровь некоторых лекарственных веществ он может сделаться проходимым для них. Fevre de Arrie и Millet ⁵⁾ показали, что легкий удар по голове кролика может вызвать травму, достаточную для того, чтобы сделать возможным прохождение в мозг введенного в кровь герпе-

¹⁾ Штерн и Готье. Archives internationales de physiologie, 1923, vol. XX, fasc. 4.

²⁾ Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, 1927, № 22.

³⁾ Цит. по Штерн и Рапопорт.

⁴⁾ Тоже.

⁵⁾ Comptes rendus, 1926, t. 94, № 11.

тического вируса, который при обычных условиях не может преодолеть сопротивления ГЭБ. Тот же результат можно получить выпрыскиванием в спинномозговой канал дистиллированной воды, гипертонических растворов или чужеродного белка, напр., сыворотки лошади (Heyden, Silberstein и др.¹⁾).

Подобными же агентами-модификаторами могут быть некоторые лекарственные вещества. Fevre de Arrie и Millet проделали целую серию опытов с уротропином и др. лекарственными веществами. Так, 1) они вводили кролику внутривенно 1,0 уротропина, а через час внутривенно же ему вводился герпетический вирус.—получалось герпетическое воспаление мозга и смерть животного на 13-й день; 2) кролику делалась подкожная инъекция 0,8 салициловокислого натрия, а через 1½ часа внутривенно вводился герпетический вирус,—получался также энцефалит и смерть на 12-й день; 3) кролику вводился подкожно 1,0 иодистого калия, а через час внутривенно герпетический вирус,—этот кролик выживал.

На основании этих и подобных опытов авторы пришли к заключению, что все изучаемые лекарственные вещества можно разделить на 2 группы: препараты первой группы действуют так, что у опытных животных всегда развивается герпетический энцефалит, при введении препаратов второй группы болезни этой никогда не получается. К первой группе относятся уротропин, желчные кислоты и соли, мочевины, салициловокислый Na, бромистый K, ко второй — иодистый K, солянокислый хинин, неосальварсан. Такое различие вполне соответствует тому делению, которое можно установить между теми же препаратами по отношению к их способности проникать или не проникать через ГЭБ. Следовательно, те вещества, которые способны диффундировать из крови в цереброспинальную жидкость, позволяют и яду переходить из крови в мозг, т. е. делают ГЭБ проходным; вещества же, не переходящие за ГЭБ, не способствуют переходу яда.

Подобные же опыты были проделаны Fevre de Arrie и Millet²⁾ на кроликах с ядом тетануса, причем у контрольного животного, не получившего предварительно уротропина, при выпрыскивании в вену 0,5 тетанического яда развился легкий парез задних конечностей, тогда как у атропинизированного наблюдалась полная картина тетануса, и животное погибло на 6-й день после вливания. Введение 0,1 яда непосредственно в цереброспинальную жидкость убивало кролика меньше, чем в 16 часов. Поэтому надо думать, что уротропин, действуя на эндотелий кровеносных сосудов, изменяет их проходимость для токсина и способствует фиксации яда в нервных клетках. Цереброспинальная жидкость в этих случаях оказывалась неадекватной для мышей, так как яд в это время уже фиксировался на нервных элементах.

При помощи введения в организм животных различных красящих веществ Fevre de Arrie и Millet³⁾ удалось определить избирательное действие этих веществ на различные части нервной системы и попутно доказать, что некоторые краски, проходя через ГЭБ, тоже способны делать его проходным для веществ, которые обычно он не пропускает. Так, напр., метиленовая синька проходит в цереброспинальную жидкость и фиксируется на нервной ткани, Neutralroth окрашивает сплетения, а может быть и нервные клетки, но не обнаруживается в цереброспинальной жидкости; Трипанблау хорошо окрашивает мягкую мозговую оболочку, но не проходит в цереброспинальную жидкость, а Diazimegrun не проявляет никакого сродства ни к сплетениям, ни к мозговому оболочкам и не проникает в жидкость. Поэтому первые из названных красящих веществ производят благоприятное влияние на фиксацию на нервных клетках нейротропного яда, впрыснутого в вену, тогда как последнее красящее вещество не благоприятствует гематогенной инфекции, т. к. не открывает дверей для нее.

Основываясь на способности некоторых лекарственных и красящих веществ делать ГЭБ проходным для ядовитых веществ, исследователи (Muttermilch, Fevre de Arrie и др.) в дальнейших изысканиях поставили себе задачей выяснить проходимость ГЭБ для антител. Muttermilch⁴⁾ опытами на кроликах доказал сначала, что, если этим животным ввести холерную вакцину перитонеальным путем, то цереброспинальная жидкость их не агглютинирует холерных вибрионов; если же этим кроликам ввести внутривенно 1,0—2,0 уротропина, то их цере-

¹⁾ Цит. по Fevre de Arrie et Millet.

²⁾ Comptes rendus, 1926, t. 95, № 36.

³⁾ Comptes rendus, 1927, t. 96, № 3.

⁴⁾ Ibid., 1927, t. 96, № 6.

броспинальная жидкость делается агглютинирующей по отношению к этим микробам. Следовательно, уротропин делает ГЭБ легко проходимым для микробных тел. Еще сильнее бывает выражена агглютинирующая способность цереброспинальной жидкости, если вместо впрыскивания уротропина вызвать у кроликов асептический менингит посредством впрыскивания в цереброспинальную полость 0,5 куб. с. мучной эмульсии в физиологическом растворе (10:100). Агглютинирующая способность цереброспинальной жидкости животных, подготовленных таким способом, может достигать $\frac{1}{10}$ агглютинирующей способности сыворотки крови. Следовательно, проходимость ГЭБ для антител значительно больше выражена под влиянием асептического менингита, чем под влиянием уротропина.

Fevre de Arris и Millet¹⁾ делали подобные же опыты с тетаническим антитоксином, т. е. с антитоксином яда, который проявляет сильное избирательное свойство по отношению к нервной ткани. Эти опыты так же, как и опыты Muttermilch'a, показали, что под влиянием впрыскивания уротропина ГЭБ делается более проходимым как для яда столбняка, так и для его антитоксина. На основании этого Fevre de Arris и Millet делают заключение, что внутривенное введение уротропина с лечебной целью во многих случаях является опасным, тогда как с другой впрыскиванием его можно увеличить силу действия антитоксического лечения.

Как показали, однако, исследования др. авторов (Muttermilch, Delaville и Belin²⁾), уротропин не всегда увеличивает проходимость ГЭБ. Их опытами доказано, что натронные и калийные соли виннокислого висмута, будучи вводимы в вену, никогда не обнаруживаются в цереброспинальной жидкости — даже, если одновременно вводится уротропин.

В виду важного значения висмута в терапии сифилиса, Штерн, Кассия и Локшиной³⁾ было интересно изучить некоторые факторы, которые могли бы изменить сопротивляемость ГЭБ по отношению к этому веществу. Для своих опытов они брали кроликов, которых отравляли СО (вдыханием светильного газа) и алкоголем (при остром отравлении он впрыскивался в вену, при хроническом — прибавлялся к пище). После отравления СО висмут обнаруживался в цереброспинальной жидкости и в нервной ткани как при остром, так при хроническом отравлении. После острого, подострого и хронического отравления алкоголем он также обнаруживался большей частью и там, и здесь и лишь в небольшом числе случаев его не оказывалось то в цереброспинальной жидкости, то в нервной ткани. Следовательно, отравление как СО, так и алкоголем ослабляло сопротивляемость ГЭБ по отношению к висмуту. Иодистый Na, данный одновременно с висмутом, никогда не обнаруживался ни в цереброспинальной жидкости, ни в нервной ткани. Эти результаты свидетельствуют, что сопротивление барьера по отношению к определенному веществу еще не определяет его сопротивляемости по отношению к другим веществам, даже более или менее близким к первому с точки зрения химической и физико-химической структуры.

A. Paulin и G. Desroches⁴⁾ своими опытами старались выяснить, делает ли уротропин проходимым ГЭБ для неколлоидальных электролитов, и для этого выбрали азотнокислый натрий. Опыты производились на больных, страдающих слабоумием. Контрольные опыты показали, что у 4 из 5 испытуемых азотнокислый натрий был обнаружен в цереброспинальной жидкости в количестве 10 мгр. При одновременном введении уротропина, внутривенно или внутримышечно, увеличения содержания селитры в цереброспинальной жидкости не получалось. Имея еще недостаточное количество опытов, авторы не решаются высказаться определенно, предполагая, что, может быть, они брали недостаточную дозу уротропина (0,5).

Чтобы проверить свои предыдущие опыты и опыты других исследователей, Штерн и Цейтлин⁵⁾ поставили опыты с уротропином по отношению к кристаллоидам (железоцианистый и иодистый N) и коллоидам (Tripaublau, Kongoroth) и получили следующие результаты: кристаллоиды, впрыснутые в кровь одновременно с уротропином, не были обнаружены ни в цереброспинальной жидкости, ни в нервной ткани, исключая двух случаев, когда были обнаружены слабые следы

1) Comptes rendus, 1927, t. 96, № 10.

2) Ibid., 96, 1927, t., № 13.

3) Ibid., 1927, № 25.

4) Comptes rendus, 1927, t. 96, № 13.

5) Ibid., 1927, t. 97, № 25.

их. Что касается коллоидных веществ, то при введении Tripalanblau положительный результат получился в огромном большинстве случаев, хотя и не всегда, Kongoroth же никогда не был обнаружен. Это подтверждает прежние результаты Штерн.

В последнее время Штерн и ее сотрудниками изучалось еще действие некоторых факторов на функцию ГЭБ. Так, она и Локшина¹⁾ производили отравление кроликов и белых мышей окисью углерода, сероводородом и цианистой кислотой, действие которых, по их мнению, имеет не только теоретический, но и практический интерес. Для опытов брались кристаллоиды (иодистые и железоцианистые препараты) и коллоиды (Tripalanblau и Kongoroth). Как при остром, так и при хроническом отравлении СО, последние, как правило, переходили через барьер и обнаруживались в цереброспинальной жидкости и мозговой ткани, железоцианистый Na никогда не обнаруживался в цереброспинальной жидкости, а присутствие нода не было констатируемо в 3 случаях из 75. После отравления сероводородом было также подмечено прохождение Tripalanblau и Kongoroth в цереброспинальную жидкость и в мозговую ткань. Железоцианистый и иодистый Na, впрыснутые отдельно или одновременно с красками в общий круг кровообращения, напротив, ни в одном случае в цереброспинальной жидкости не были обнаружены. Такие же результаты были авторами получены при отравлении цианистой кислотой. Стало быть, эти яды производят ослабление сопротивляемости ГЭБ по отношению к коллоидам, не уменьшая сопротивляемости его по отношению к кристаллоидам. При этом, повидимому, повреждаются сосудистые элементы, которым приписывается существенная роль в выборе коллоидов, циркулирующих в крови.

Те же авторы²⁾ определяли сопротивляемость ГЭБ по отношению к коллоидам и кристаллоидам у новорожденных, отравленным алкоголем. Прежними исследованиями Штерн, Реугот и Рапопорт³⁾ было установлено, что ГЭБ у новорожденных различных животных (кошек, собак, кроликов, крыс и мышей) представляет по отношению к коллоидам почти такое же сопротивление, как и у взрослых, тогда как по отношению к кристаллоидам сопротивление барьера значительно меньше или отсутствует совершенно. Авторам казалось интересным проследить, может ли состояние матери во время беременности изменить активность ГЭБ у плода и отразиться на новорожденном. Произведенные в этом направлении опыты дали следующие результаты: у родившихся от отравленной алкоголем матери кроликов, которые исследовались через 1—2 дня после рождения, Kongoroth, впрыснутый под кожу, был найден в нервной ткани, в противоположность тому, что наблюдалось у нормальных новорожденных. Впрыснутый же под кожу иодистый Na, который у новорожденных, как правило, обнаруживается в цереброспинальной жидкости и в нервной ткани, не был обнаружен ни в одном случае ни там, ни здесь. Это изменение функции ГЭБ у новорожденных, как следствие отравления матери алкоголем, заслуживает особого внимания, так как проливает совершенно новый свет на вопрос о влиянии различных отравлений матери на развитие нервной системы ребенка.

Из желез внутренней секреции, которым можно приписывать важную роль в регулировании деятельности ГЭБ, щитовидная и половые железы представляют особенный интерес в том отношении, что изменение их функции отражается на состоянии нервных центров. Штерн, Рапопорт и Кремлев⁴⁾ изучали действие, производимое на ГЭБ удалением этих желез, определяя попутно сопротивляемость барьера по отношению к коллоидам и кристаллоидам. Опыты производились на кошках и кроликах и показали, что удаление щитовидной железы и кастрация производят ослабление сопротивляемости ГЭБ по отношению к коллоидам, не изменяя видимой сопротивляемости его по отношению к кристаллоидам.

В своей работе о ретикуло-эндотелиальной системе во время беременности Бенда⁵⁾ также коснулся вопроса о проходимости мозговых оболочек у беременных, рожеиц и родильниц. Для опытов он пользовался уранином, бромом и реакцией с гемолизинами. Всего им было исследовано 32 женщины в первую половину беременности и 110—во вторую, во время родов и в послеродовом периоде. Из 32 случаев первой группы лишь в 2 наблюдалось, в умеренной степени, ослабление

¹⁾ Ibid.

²⁾ Comptes rendus de Soc. de Biologie, 1927, t. 97, № 25.

³⁾ Цит. по Штерн и Локшиной.

⁴⁾ Comp. r. de la Soc. de Biologie, 1927, t. 97, № 25.

⁵⁾ Das reticulo-endotheliale System in der Schwangerschaft. 1927, Berlin.

проходимости мозговых оболочек; во всех остальных проходимости их была нормальной, поскольку дело не шло о токсикозах беременности,—при этих последних почти всегда проходимость оказывалась увеличенной. Что касается 110 случаев второй группы, среди которых в 9 имела место эклампсия, то оказалось, что в последние недели беременности, а особенно во время родов, проходимость мозговых оболочек в большом % случаев бывает значительно повышена. Это изменение, повидимому, встречается чаще и бывает сильнее выражено у первородящих, чем у многородящих, особенно же сильно оно бывает выражено у экламптичек. На основании всех своих исследований автор предполагает, что это увеличение проходимости является типичным состоянием оболочек для эклампсии. «Во всяком случае,—говорит он,—гемолитическая реакция могла бы приобрести значение для дифференциального диагноза эклампсии». Обратное развитие этих свойственных беременности изменений наступает постепенно,—нормальное состояние достигается, в среднем, лишь через 4—6 недель после родов, а часто и позднее. Кормление, повидимому, не оказывает влияния на проходимость оболочек. Какого-нибудь определенного соотношения между тяжестью болезней беременных и проходимостью мозговых оболочек не наблюдается, но известная связь здесь очевидна,—далеко идущий, хотя и не абсолютный параллелизм, несомненно, существует между проходимостью мозговых оболочек и, напр., *hydrops gravidarum*, а также родственными ему заболеваниями.

Heilig и Haff¹⁾ исследовали проходимость мозговых оболочек во время менструации при помощи метода с уранином и получили поразительные данные,—именно, что концентрация уранина в цереброспинальной жидкости в первые дни менструального периода в 10 раз сильнее, чем в межменструальный период. На 3-й день менструации концентрация почти приближается к норме. Benda своими опытами подтверждает это. «Здесь мы стали перед интересным явлением,—говорит он,—что барьер повреждается не только под влиянием патологических изменений (менингит, прогрессивный паралич и др.), но и при физиологическом влиянии половых желез». Чтобы проверить это положение, Heilig и Haff делали впрыскивания животным экстрактов из яичника и щитовидной железы. Оказалось, что, если эти экстракты вводились порознь, то это не оказывало влияния на проходимость оболочек, при комбинации же их исследователи наблюдали усиление проходимости. На основании этих опытов можно думать, что функциональное состояние барьера находится под гормональным влиянием. Этим-то обстоятельством, вероятно, и объясняется тот факт, что начало беременности во многом похоже на менструальный период,—менструация во многих отношениях представляет как бы миниатюрную картину беременности, причем в том и другом случае, повидимому, играют большую роль гормоны желтого тела. Во вторую половину беременности, по исследованиям Benda, функцию желтого тела берет на себя плацента.

Изучая на кроликах влияние беременности на деятельность ГЭБ в разные сроки беременности,—с первых дней до времени наступления, родов,—Штерн и Локшина²⁾ не могли, однако, подтвердить опытов Benda: ни коллоиды, ни кристаллоиды в нормальном состоянии животного не проходили через ГЭБ и не обнаруживались ни в цереброспинальной жидкости, ни в нервной ткани. Отравление СО и алкоголем производило у опытных (беременных) животных то же действие, как и у контрольных: подостные и железозианистые препараты не проходили через барьер, а Tripanblau и Kongoroth проходили через него. Равным образом опыты Wolter'a, Jacobi и Kolle³⁾ не подтвердили опытов Heiliga и Hoffa о проходимости ГЭБ в известной фазе менструаций.

Штерн, Локшина и Фальк⁴⁾ делали также опыты с сопротивляемостью плацентарного барьера—в виду того важного значения, которое имеет деятельность последнего для нормального развития и жизни зародыша. Уже ранее Штерн и Pasquier установили, что плацентарный барьер относится к некоторым веществам, циркулирующим в крови, так же, как и ГЭБ. Последние же опыты показали, что у животных (кроликов) в различных стадиях беременности, при впрыскивании в кровь матери Tripanblau, Kongoroth'a и железозианистых препаратов, вещества эти никогда не обнаруживаются в крови зародыша, следы

¹⁾ Цит. по Benda.

²⁾ Comptes rendus, 1925, № 25.

³⁾ Цит. по Штерн.

⁴⁾ Ibid.

же подистого Na могут быть обнаружены. Висмут также не проходил через плацентарный барьер (в одном только случае были найдены следы его). После отравления кроликов СО сопротивляемость плацентарного барьера по отношению к иоду и висмуту уменьшается. Железоцианистые препараты и Tripanblau не обнаруживались у зародышей и после отравления матери СО; также и Kongoroth никогда не был найден у зародыша, хотя обнаруживался в амниотальной оболочке. В этом отношении замечается известная разница между ГЭБ и плацентарным барьером.

Проф. Сперанский ¹⁾ идет дальше в изучении этого замечательного феномена. Он придает значение тому, что ГЭБ в одних случаях является приспособлением защитного характера, обеспечивающим в известной мере постоянство состава мозговой среды, в других же, именно, в патологических случаях, существование его является источником опасностей для организма. Некоторые токсины, напр., тетанический, очень легко проникают через барьер и вступают в связь с нервными элементами, тогда как антитела барьером задерживаются. Токсины, вступая в связь с мозгом, задерживаются в нем и не выводятся за его пределы, тогда как антитоксины, если и проникают в мозговую ткань, то быстро выводятся из нее (Ranson) ²⁾. Введение специфических антител в субдуральное и субархноидальное пространства не обеспечивает попадания их в мозг, так как, повидимому, пространства эти являются по отношению к мозгу пространствами, куда мозг выделяет, но откуда обычно не черпает ³⁾.

Выше, из работ других исследователей, мы видели, что, дабы сделать ГЭБ проходным для антитоксинов или некоторых химических веществ, можно вводить в кровяное русло уротропин, искусственно вызывать асептический менингит или производить отравление животных. Сперанский делает для этого попытки применить т. наз. «буксирование» ⁴⁾. Во время своих опытов он заметил, что, если у собаки извлечь большое количество цереброспинальной жидкости (7—10 куб. с.), затем, не отнимая шприца, ввести жидкость обратно и снова извлечь ее, то она не будет уже бесцветной, а становится желтоватой. При повторении этого приема окраска жидкости делается все более и более желтой. Автор объясняет это тем, что сосуды, которые идут в самом веществе мозга, не выдерживают следующего друг за другом повышения и понижения давления и начинают пропускать то, чего обычно они не пропускают; поэтому в район центральной нервной системы получают доступ такие вещества, которые при обычных условиях не могут выдти за пределы кровеносных сосудов,—при описанных, искусственно созданных условиях, при которых временно получается «huregaemia ex vaso», сыворотка из сосудов начинает проникать в мозг.

Пользуясь приемом „буксирования“, автор и производил все свои последующие опыты, техника которых была почти всегда одинаковой. Двум кроликам, напр., вводилась в ушную вену антирабическая сыворотка, и у одного из них делался субокципитальный прокол, извлекалась цереброспинальная жидкость (1,0—1,6), тотчас же вводилась вновь и снова извлекалась, причем иногда этот прием повторялся 1—2 раза. После последнего извлечения жидкость уже не вводилась, чтобы оставить в мозгу пониженное давление. Приблизительно через 1—2 часа после этого кролики заражались интрацеребрально (путем трепанации). Обычно антирабическая сыворотка, введенная в цереброспинальную жидкость, проявляет свое действие слабо и неверно, потому что она не встречается с вирусом; прием же „буксирования“, разрушая ГЭБ механическим путем, обеспечивает проникновение ее в мозговую ткань. При опытах все контрольные кролики заболели и погибли так, как будто им сыворотка не вводилась совсем; из опытных же заболел только один, которому, благодаря закупорке иглы, не удалось проделать приема „буксирования“. Все остальные остались здоровыми. Насколько известно автору, это были первые опыты, когда антирабическая сыворотка, даже слабого титра, будучи введена в кровь, проявила свое специфическое действие в организме. Опыты на кроликах с анитоксической дифтерийной сывороткой при „буксировании“ после заражения их дифтерийным ядом дали автору также вполне благоприятные результаты. Напротив, опыты со столбняком на кроликах не дали практических результатов,—все животные погибли, хотя опытные кролики переживали контрольных.

¹⁾ Гигиена и Эпидемиология, 1927, № 3.

²⁾ Цит. по Сперанскому.

³⁾ То же.

⁴⁾ Это название автор считает совсем удачным.

Объясняется это, очевидно, той особо-прочной связью с мозговым веществом, которой отличается тетанический токсин.

На заболевших людях автор также имел ряд успехов от применения специфической сыворотки, вводимой в позвоночный канал после предварительного максимального извлечения цереброспинальной жидкости с образованием в субдуральном пространстве „гиперэмии ex vaso“. Извлечение большого количества жидкости путем отсасывания ее шприцем оказалось безопасным, если производить его субдурально поясничным проколом, после медленного извлечения 40,0—100,0 куб. с. цереброспинальной жидкости, причем введение ее повторялось, с промежутками в 1—2 дня, всего до 4—5 раз, вплоть до ясных и более длительных признаков улучшения. Уже после первого введения припадки столбняка через 10—12 час. ослабевали, но затем снова усиливались, чтобы вновь уступить повторной операции. Из 5 больных, леченных таким образом, умерла лишь одна, у которой не удалось добыть цереброспинальной жидкости (*punctio sicca*).

Опыты с дизентерийным токсином, произведенные д-ром Пономаревым под руководством проф. Сперанского, у здоровых кроликов дали такие же результаты, т. е. животные или не заболели вовсе, или заболели, но слабее, чем контрольные. Зато, когда антитоксическая сыворотка вводилась в кровь уже заболевшим кроликам (при кровавом поносе и особенно после появления параличных симптомов), то эффекта не получалось. Во многих случаях такого рода получались впрочем и хорошие результаты при одновременном введении сыворотки в кровь и в субдуральное пространство. 4 раза получилось выздоровление у кроликов, которые лежали „пластом“. При одном субдуральном введении эффект был слабее. Такое субдуральное введение сыворотки не требовало отсасывания большого количества цереброспинальной жидкости и разрежения пространства в мешке; автор объясняет это тем, что, повидимому, дизентерийный токсин связывается с мозговым веществом непрочно и легко уступает перед большей жадностью к нему антитоксина.

Из приведенных опытов видно, что не все токсины и не все антитоксины одинаково прочно связываются с мозговым веществом, напр., дифтерийный токсин связывается с мозгом настолько непрочно, что даже подкожное и внутримышечное введение сыворотки дает хорошие результаты. Наоборот, токсин столбняка настолько прочно связывается с мозговым веществом, что от введения противостолбнячной сыворотки обычным путем получается только относительный эффект, и лишь после значительного отсасывания цереброспинальной жидкости эффект бывает хороший. Есть сыворотки (поливалентная стрептококковая, стафилококковая, тифозная, холерная и др.), которые действуют настолько неверно, что от применения их совсем уже отказались.

Отчего же зависит такая инактивность этих сывороток в организме животного, тогда как *in vitro* они отчетливо проявляют свое действие? Возможно, говорит Сперанский, что перечисленные сыворотки не встречаются с своим вирусом, по крайней мере той частью его, которая проникла в мозговую ткань и более или менее прочно связалась с ней. Пример дифтерийной сыворотки, которая проявляет свое действие даже будучи введена в небольшом количестве под кожу, заставляет предполагать, что это зависит не от особых свойств самой сыворотки, а от новых свойств ее токсина, который идет впереди и разрушает ГЭБ. Известно, что вслед за дифтерийным токсином в район центральной нервной системы могут проникать многие вещества, которые обычно проникнуть туда не в состоянии. Проникая в мозг, дифтерийный токсин, как образно выражается автор, „оставляет дверь за собой открытой“, другие же токсины проникают туда и „дверь за собой закрывают“.

Проф. Сперанский придает большое значение специфическому поражению нервной системы при всех инфекционных заболеваниях, особенно при молниеносных формах последних, когда местные явления не успевают еще развиться. В обычных случаях, к сожалению, симптомами поражения нервной системы признаются лишь такие, нервный характер которых стоит вне сомнения (помрачение сознания, бред, боли, параличи и проч.); но ими далеко не исчерпываются расстройства функций головного и спинного мозга. Наши сведения, напр., относительно трофической и вегетативной функции мозга еще недостаточны, и может быть, то, что иногда считается осложнением или местным поражением, есть ничто иное, как результат расстройств этих функций центральной нервной системы.

Это побудило автора произвести испытание всех специфических сывороток при тех или иных условиях проникновения их в район центральной нервной си-

стемы. Так как многие инфекционные заболевания не могут быть воспроизведены на животных, то он обратился к клиническому материалу, — исходя из того соображения, что эксперименты такого рода в худшем случае дали бы только отрицательный результат, не принеся никакого вреда больному. До сих пор им были произведены опыты на скарлатинозных, коревых больных и на больных с эпидемическим цереброспинальным менингитом.

Антискарлатинозная сыворотка обычно должна быть вводимая в больших количествах (100—200 куб. с.), — очевидно потому, что вещества, не проникающие через ГЭБ, временно получают эту способность, если концентрация их в крови будет выше известного „порога проникновения“. Лишь тогда они проникают в район центральной нервной системы, что является необходимым условием их действия. Если же антитоксин подвести к мозгу, то специфическая реакция проявится скорее и при меньшем количестве сыворотки. Опыты с этой сывороткой были произведены на 9 тяжелых больных. Предварительно у них выпускалось 15—20 к. с. цереброспинальной жидкости, затем интралюмбально вводилось 4—10 куб. с. сыворотки. Один больной умер от отека легких прежде, чем реакция могла еще проявиться. Полный эффект (падение ¹⁰, исчезновение сыпи, резкое улучшение общего состояния) получился в 5 случаях из 8; в 2 остальных случаях эффект был неполный, а в одном его вовсе не получилось ни при люмбальном, ни при внутримышечном введении большого количества сыворотки. Лучшее, по наблюдениям автора, вводить 8—10 куб. с. сыворотки, хотя и при небольших дозах (4—5 куб. с.) происходит понижение ¹⁰, исчезает сыпь и пр.

При заболевании корью детей проф. С пер а н с к и й применил с лечебной целью субдуральное введение сыворотки реконвалесцентов в 2 случаях. У контрольных больных, которым сыворотка вводилась в кровь, проявления болезни начались на следующий день, при введении же сыворотки субдурально, у первого больного, где сыворотка была введена в недостаточном количестве, сыпь и повышение появились только на пятый день, держались сутки, и затем все явления исчезли. Во втором случае сыворотка была введена вначале высыпания при существовании пневмонического фокуса; через 12 часов после того ¹⁰ упала ниже нормы, пневмонический фокус исчез и уже через сутки не мог быть обнаружен. Таким образом, если и при наличии свободного токсина в организме (случай первый, когда сыворотки было введено недостаточно), блокирование одной только центральной нервной системы прерывает симптомы болезни, то надо предположить, что корь есть нечто иное, как коревое заболевание мозга.

Эпидемический цереброспинальный менингит представляет интерес потому, что при нем антиген находится в мозгу. А так как выход из района мозга является беспрепятственным, и вещества, находящиеся в центральной нервной системе, могут попадать в кровь, то можно предположить, что при этом заболевании иммунизация начинается уже с момента самого заболевания и что к началу искусственной иммунизации в крови уже находится известное количество специфических антител; но оно мало, почему и не достигает „порога проникновения“ в район центральной нервной системы. Искусственная же иммунизация служит как бы толчком для начавшегося уже процесса активной иммунизации. Больной таким образом как бы „носит свою аптеку в кармане и не имеет только ключа, чтобы воспользоваться ею“. Метод буксирования дает возможность временно нарушить ГЭБ и помочь проникновению специфических антител в район центральной нервной системы. Лечение с применением буксирования обычно присоединяется, при менингите, к тем пункциям, которые при этой болезни приходится постоянно делать для извлечения цереброспинальной жидкости. Все 4 случая автора кончились выздоровлением, хотя все были тяжелыми. Начинать буксирование можно с конца 2-й или начала 3-й недели заболевания.

В дальнейшем проф. С пер а н с к и й поставил себе целью изучить действие и других специфических сывороток (стрепто-и стафилококковых, брюшинотифозной, холерной и пр.) и попытаться способом буксирования лечить сифилис в том периоде, когда начинают развиваться мозговые явления, так как надо предполагать, что в это время имеющийся в организме антиген не образует достаточного количества антител, которые могли бы проникнуть за „порог проникновения“, почему мозг является единственным неиммунным органом, тогда как остальной организм сохраняет иммунитет и противостоит реинфекции. Метод буксирования дает надежду на то, что ГЭБ будет нарушен во всю толщу мозга, и специфические вещества смогут подводиться к самому месту поражения.

С перанский считает пока преждевременным переносить данные экспериментальных исследований в клинику, но думает, что уже теперь можно высказать ряд предположений:

1) Появление симптомов т. наз. общего заболевания указывает на то, что в болезненный процесс вовлечена центральная нервная система. Таким образом проникновение токсина или вируса в район этой системы и связь его с мозгом есть первое и необходимое условие общего заболевания.

2) Многие болезненные явления, которые рассматриваются, как местные симптомы, не суть таковые по существу, а только указывают на поражение соответственного отдела центральной нервной системы. В связи с этим понятие о нервных (мозговых) симптомах должно быть расширено. Исчезновение некоторых местных симптомов после иммунизации только одной центральной нервной системы указывает на то, что т. наз. „местные реакции иммунитета“ являются в значительной мере функцией этой системы.

3) Специфическое свойство многих, — а, может быть, и всех, — лечебных сывороток проявляется только при условии проникновения их в район центральной нервной системы. Поэтому необходимым условием пассивной иммунизации является иммунизация этой системы.

4) Связь токсинов (вирусов) с мозговым веществом неодинаково прочна: в одних случаях она может быть расторгнута легко (дизентерия, корь и др.), в других — лишь с большим трудом (столбняк, бешенство); в связи с этим и приемы применения антитоксинов должны меняться.

5) Можно думать, что извлечение цереброспинальной жидкости с образованием „гиперэмии ex vacuo“ временно изменяет ток жидкости в мозгу, и доступ введенных в субарахноидальное пространство веществ к глубоким частям мозга увеличивается.

6) Прием „буксирования“ влечет за собой временное изменение проходимости сосудистой стенки в сосудах мозга (временное разрушение барьера); при этом увеличивается доступ к мозгу находящихся в крови антител.

7) Можно думать, что для тех процессов, при которых антиген находится в мозгу, необходимым условием излечения является известная концентрация специфических антител в крови, достигающая „порога проникновения“ в район центральной нервной системы. Если этот порог не достигнут, то организм может погибнуть и при наличии специфических антител в крови. Таким образом в организме степень иммунитета неодинакова для всех органов, — в то время, как все органы оказываются защищенными со стороны крови, мозг может оказаться беззащитным.

8) В некоторых случаях введения специфических сывороток в район центральной нервной системы в организме остаются в силе условия развития активного иммунитета (корь).

9) Можно думать, что при субдуральном применении сыворотки реконвалесцентов (корь, сыпной тиф) нужно считаться с групповой реакцией крови. Во всяком случае реакция на введение одной и той же сыворотки в разных случаях бывает различна.

В заключение проф. С перанский повторяет, что считает еще преждевременным перенесение имеющихся у него наблюдений в клинику, хотя его опыты на больных и не давали плохих побочных результатов и осложнений. Он советует оставлять буксирование для тех процессов, когда антиген находится в мозгу. Сюда он относит также детские токсикозы, когда антиген, находящийся в крови, не достигает порога проникновения в мозг. Во всех других случаях рекомендуется делать субдуральные инъекции, при которых, если и бывает раздражение, то оно быстро проходит от наркотических средств. В тяжелых случаях дифтерии и скарлатины буксирование опасно и беспредельно, так как обыкновенно цереброспинальной жидкости бывает мало. В самых тяжелых случаях, особенно в состоянии агонии, конечно, ничто уже помочь не может. Полезное действие сыворотки начинается через 8—12 часов, но токсические свойства ее могут проявиться и раньше, и тогда, как бы ни вводили ее, результат будет плохой.

Из всего изложенного видно, какие широкие перспективы открывает изучение гематоэнцефалического барьера. Если это изучение укажет способ не только открывать, но и закрывать доступ к центральной нервной системе различным ве-

ществам, циркулирующим в крови, научит вовремя блокировать мозг и ограждать его от поступления ядовитых веществ, то, надо думать, течение многих инфекционных болезней примет другой характер и не будет иметь столь грозных последствий, какие оно имеет теперь, благодаря влиянию яда на мозговые центры. Этим же способом можно будет обрывать течение т. наз. „локализованных“ процессов, как показали опыты проф. Сперанского с коревой пневмонией, а также и профилактика болезней, может быть, даст более реальные результаты.

В заключение считаю долгом выразить благодарность д-ру Н. Н. Благовещенскому за указания и предоставление литературы.

Рефераты.

а) *Туберкулез.*

201. *Лечение легочной чахотки препаратами золота.* С. Klienberger (Fortschr. d. Ther., 1927, № 23), применяя у 42 больных кризолган и санокризин, в виде впрыскиваний, получил настолько благоприятные результаты, что совершенно оставил теперь лечение туберкулином, практиковавшееся им 20 лет. Только в 4 случаях у него не получилось никакого улучшения, во всех же остальных оно наблюдалось, и частью очень значительное, с большими нарастаниями веса. При этом санокризин оказался действующим энергичнее, чем кризолган.

С. С-в.

202. *О происхождении пнеймоплевритов.* Как известно, Graetz объясняет развитие пнеймоплевритов при искусственном пнеймотораксе переходом воспалительного процесса с тbc очагов на близ лежащую плевру, вследствие сжатия легкого воздухом, причем экссудат образуется чаще непосредственно после первых же вдуваний. В других случаях жидкость появляется через 4—8 мес., нося характер транссудата. Следовательно, этиология плевритов неодинакова. Меерсон (Вопр. Туб., 1927, № 11), изучив этот вопрос экспериментально и клинически, пришел к выводу, что поздние транссудаты образуются вследствие изменения эндоплеврального давления под влиянием нарушенной резорбции газа в измененной фиброзными разращениями легочной ткани (длительное сжатие воздухом ведет, как известно, к проростанию соединительной тканью не только пораженных, но и здоровых частей коллабированного легкого). Эти транссудаты, вследствие облитерации устьиц Rescklinghausen'a и утолщения плевральных листков, рассасываются с большим трудом. Автор для избежания этого осложнения рекомендует не стремиться к полному сжатию легкого, а в каждом случае находить оптимум давления, при котором происходит уменьшение токсических явлений. Этого оптимума эндоплеврального давления и следует в дальнейшем придерживаться. В своих случаях автор методикой парциального пнеймоторакса добился уменьшения пнеймоплевритов с 48% до 5%.

М. Ойфебах.

203. *Сухожидение при тbc костей.* Ваеуер'у (Zentr. f. Chir., 1927, № 49) удавалось получать иногда поразительное улучшение костного тbc путем ограниченного введения жидкостей (втечении 14 дней только чашка молока утром и чашка чаю вечером, больше никакой жидкости). Кроме бугорчатки, способу этому поддаются и другие заболевания костей. V. Chlumsky (ibid., 1928, № 6) тоже заметил, что уменьшение введения жидкостей до 400 куб. см. в сутки (на 4 недели) и запрещение соли, пряностей, колбас и консервов часто влияют при хирургической бугорчатке очень благоприятно на общее состояние больных.

С. С-в.

б) *Физиотерапия.*

204. *Успехи радиотерапии* описывает Bayet (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII). Значительным прогрессом в этой области является введение радия в толщу опухоли при помощи игол. Обязательным условием такой терапии является точное определение границ опухоли, что при раках матки и параметриев достигается с помощью чревосечения; таким образом возникает как бы особый вид хирургии, целью которого является создание доступа для приложения радия. Так как продолжительность деления клеток при раках достигает 15—20 дней, то отсюда вытекает

необходимость значительно удлинить время приложения радия: при употреблении радиевых игол последние оставляют лежать более 8 дней, а некоторые авторы, как, напр., Neumann, при раках прямой кишки, оставляют их на срок до одного месяца. При этом требуются очень сильные фильтры—до 2 мм. платины. Применение особых паст из воска, парафина и опилок позволяет удерживать трубочки с радием на лице и слизистой оболочке полости рта, а соответственным расположением трубочек можно достичь равномерного глубокого освещения. Чтобы использовать вторичные излучения, которые исходят из корпускулярных элементов опухоли, делаются попытки вызвать выделение электронов путем введения в опухоль проволок из различных металлов. В. считает доказанным, что рак есть следствие нарушенного общего состояния организма при измененном химизме тканевых соков. Хотя изменения эти еще недостаточно изучены, опыты химического воздействия на состояние организма при раке показали, что некоторые минеральные соли, в особенности соли магния, оказывают благоприятное влияние, задерживая рост опухоли и предупреждая быстрое развитие кахексии. А. Тимофеев.

205. *Физическая терапия бронхиальной астмы.* Разбирая методы этой терапии, Елинсон и Ротштейн (Ж. для ус. вр., 1927, № 9) находят, что они являются большей частью симптоматическими, причем лечение бронхиальной астмы ртутно-кварцевым излучением надо считать особенно показанным при наличии ясно-выраженного туберкулезного процесса в легких или бронхиальных железах. Световые ванны успешно применяются при одновременном наличии у астматиков диатеза ожирения и хронического бронхита. Диатермия грудной клетки при бронхиальной астме может применяться в первую очередь, как симптоматическое средство, нередко ведущее к прекращению приступов и исчезновению их на более или менее длительный промежуток времени. В случаях бронхиальной астмы, где наиболее вероятным является ее анафилактическое происхождение, может быть испробована с надеждой на успех диатермия селезенки. Неуспешность одного физического метода заставляет перейти к другому. Случаи долголетнего излечения разбираемой болезни физическими методами сравнительно редки, чаще здесь наблюдается значительное облегчение припадков или исчезновение их на более или менее длительный промежуток времени. Так или иначе, но физические методы лечения бронхиальной астмы предпочтительнее хирургических или фармацевтических.

Л. Н. Клячкин.

206. *Лечение мягкого шанкра ультрафиолетовыми лучами.* В. Сухарев (Физиотерапия, 1927, № 2—3), основываясь на бактерицидных, антитоксических и стимулирующих свойствах ультрафиолетового света, испытал последний при лечении мягкого шанкра и убедился, что в ультрафиолетовых лучах мы имеем полезное средство для лечения лезь мягкого шанкра,—если применять их *per se*, или в комбинации с химическими препаратами.

Л. Н. Клячкин.

в) Внутренние болезни.

207. *К этиологии пернициозной анемии.* Лауриновичус (Клин. Мед., 1927, № 18), напоминая, что патогенез пернициозной анемии до сих пор не выяснен, останавливается на значении для возникновения этой болезни кишечных интоксикаций на почве сужений кишек. Разобрав относящуюся сюда литературу, в частности, литературные данные о том, что при апатемии *perniciosa* в тонких кишках находится ненормальная флора, автор приводит свой случай злокачественного малокровия в комбинации с сужением кишечника, где в содержимом тонких и толстых кишек была найдена одинаковая флора с превалированием *b. coli*. Все же автор думает, что теория недостаточности тонких кишек, как этиологического момента для возникновения криптогенных пернициозных анемий, не может считаться прочно обоснованной, и что кишечный стеноз может рассматриваться в случаях, подобных описанному, лишь как одно из звеньев неполно выясненной цепи факторов, действующих избирательно на кроветворную систему (конституциональное предрасположение).

С. Шерман.

208. *Своеобразный запах выдыхаемого воздуха при тяжелых расстройствах уравновешения сердца.* Н. Assmann (Münch. med. W., 1927, № 38) заметил, что у тяжелых сердечных больных выдыхаемый воздух отдает характерным сладковатым запахом, интенсивность которого параллельна содержанию молочной кислоты. Дело здесь идет, повидимому, о продуктах распада или превращения последней.

С. С-в.

209. *Заболевания, симулирующие желчно-каменную болезнь.* Если типичный приступ этой болезни,—говорит Weltmann (Wien. klin. Woch., 1927, № 40),—представляет весьма характерную картину (интенсивные коликообразные боли в правом подреберье, отдающие в правое плечо, напряжение правого m. recti abdominis в его верхней части, отсутствие брюшного рефлекса, чувствительность п. phrenici при давлении справа, гиперестезия кожи над правой реберной дугой, желтуха, уробилинурия, запоры, часто повышенная ¹⁰ и т. д.), то очень часто первый приступ желчных камней, протекающий без желтухи, при невозможности получить какие-либо данные при пальпации, вследствие напряжения верхней части живота, представляет большие трудности для диагноза, и значительное число заболеваний могут симулировать холелитиазис. Так, пневмония правого легкого иногда протекает с болями в животе, ведущими к напряжению мускулатуры и отдающими в правое плечо; кроме того общие обостренные заболевания рвота, суб'ектерическая окраска, уробилинурия могут также способствовать ошибочному диагнозу, причем, когда имеется центральная пневмония, физикальные явления отсутствуют, выступая лишь тогда, когда процесс продвигается к периферии. Сухой плеврит тоже может дать картину, сходную с приступом желчных камней,—чувствительность п. phrenici при давлении, напряжение в правом верхнем брюшном квадранте, высокое стояние диафрагмы, коликообразные боли в животе; но шум трения плевры и зависимость болей от дыхания наводят на правильный диагноз. При правостороннем остром пиелите, особенно у женщин, лихорадка и боли в верхней части живота, отдающие в спину, могут равным образом направить мысли на холелитиазис; но болезненность при давлении в области поясницы, напряжение мышц этой области, болезненность по ходу мочеточников и, главное,—результаты исследования мочи выясняют, с чем мы имеем дело. При почечных камнях исследование мочи также помогает распознаванию, обнаруживая выраженную гематурию. Подобно пиелиту симулировать холелитиаз могут пара- и перинефрит, именно, при подвижных почках; но болезненность и отечность в области поясницы, ретроперитонеальное положение опухоли, значительная подвижность ее в стороны, консистенция опухоли и пальпаторная альбуминурия могут опять-таки навести на правильный путь, если только на этом пути не встанут особенно неблагоприятные обстоятельства. Аппендицит тоже может протекать с симптомами, напоминающими приступ желчных камней, особенно, когда аппендикс лежит в правом верхнем квадранте; но резкая индиканурия, чувствительность при давлении в точке Mac-Burney'a, иногда находки со стороны прямой кишки наводят на мысль об аппендиците. Особенно трудна бывает дифференциальная диагностика между холелитиазмом и язвой желудка или дуодени. Строгая зависимость болей от принятия пищи при язве желудка, отсутствие при ней ознобов и лихорадки, отсутствие сильной уробилинурии, влияние щелочей на боли, разница в положении болезненных точек, наличие скрытых кровотечений и рентгеновские находки позволяют, однако, дифференцировать язву желудка от желчных камней. Что касается язвы duodeni, то при холелитиазисе чувствительность к давлению увеличивается против края печени, и поколачивание последней бывает болезненно, тогда как при язве duodeni чувствительность резко увеличивается при давлении от печени по направлению к duodenum; боли, резкая чувствительность п. phrenici и иррадиация спонтанных болей и болей при давлении в спину и плечо при холелитиазисе могут также помочь распознаванию. Чрезвычайные трудности представляет дифференциальная диагностика между камнями желчного пузыря и поджелудочной железы, ибо при первых часто наблюдается гликозурия, и, кроме того, холелитиазис может вести к поражению поджелудочной железы. Далее к смещению с приступом желчных колик могут давать повод межреберные невралгии, иногда также herpes zoster, сердечные припадки, острая сердечная недостаточность, но тщательное наблюдение, анамнез, пол, возраст, конституция помогают и тут распознать истинное заболевание. Приступ желчно-каменной болезни, сопровождаемый интенсивной желтухой, иногда смешивается с гемолитической желтухой, при которой также могут наступить интенсивные боли в области желчного пузыря; отсутствие желчных пигментов в моче, темно окрашенный стул, желтушная окраска кожи, долго длящаяся желтуха (иногда с детства), иногда фамильная желтушная окраска кожи, наличие микроцитов и понижение осмотической резистентности эритроцитов—позволяют диагностировать гемолитическую желтуху. Когда прощупывается желчный пузырь, то дифференциально-диагностические соображения могут направляться в сторону холецистита и рака желчных путей; точный и подробный анамнез, возраст и общее состояние больных, дальнейшее клиническое течение болезни и специальные исследования указывают верный путь к диагнозу.

С. Шерман.

210. *Лечение инъекциями собственной крови больного.* Д-р В. М. Иванов (Рус. Кл., 1927, сент.) применил аутогемотерапию более, чем у 70 больных. Кровь бралась у последних шприцем из локтевой вены, выпрыскивалась обратно в чистом, реже в дефебринированном виде, в количестве 10 к. сант., подкожно или, чаще, внутримышечно (в ягодицы). При этом оказалось, что инъекции собственной крови больных не дают (или почти не дают) ни общей, ни местной реакции, лечебное же их действие состоит вне сомнений; особенно хорошие результаты дает аутогемотерапия при роже, ангине, фурункулезе, экземе, остром ревматизме и крупозной пневмонии.

P.

211. *Плазмохин при малярии.* В виду неприятных побочных действий хинина (горький вкус, шум в ушах, желудочные расстройства, гэморрагии, гэмобинурия и пр.) было предложено много средств для замены его. Из этих средств Mouzon (Presse med., 1927, № 87) остановился на плазмохине. Roehl установил, что средство это действует в 60 раз сильнее хинина, разрушая паразитов малярии в крови. На людях (паралитиках, леченных малярией) впервые плазмохин был испытан Sioli в 1925 г. Обыкновенно он дается per os по 0,02—0,05 (0,05—0,1 в день). Плазмохин не имеет горького вкуса, растворим, в 2 дня обрывает приступы malariae tert., разрушает гаметы, причем паразиты исчезают на 5—7-й день; рецидивы при нем наблюдаются реже, чем при хинине. В хронических случаях малярии с анемией, гепато- и спленомегалией он повышает количество Hb, препятствует гипертрофии селезенки и печени. Плазмохин вылечивает, далее, хинино-резистентные случаи. Профилактические приемы его дали Fische'ry 15% малярийных приступов, тогда как профилактика хинином дала 25—30% заболеваний. Автор особенно подчеркивает элективное действие плазмохина на гамет тропической малярии. Средство это хорошо переносится детьми и беременными, а также истеричными, сердечными и тбс больными, пневмониками и нефритиками. Из неприятных побочных действий автор отмечает цианоз, бледность лица, меланурию; действия эти наблюдаются главным образом при высоких дозах средства (0,1—0,15 в день) и быстро исчезают после прекращения приема лекарства.

Н. Крамов.

212. *Соотношение между К и Са при некоторых заболеваниях в связи с вопросом о лечении их хлористым кальцием.* Нишнев и ч (Врач. Газ., 1927, № 21) делится результатами своих наблюдений о взаимоотношении солей К и Са в крови при заболеваниях сердца, бронхиальной астме и болезнях желудка, приходя к выводам, что для представления о солевой картине крови необходимо исследовать как Са, так и К, и что при одной и той же болезненной форме мы не всегда имеем одну и ту же картину. Что касается лечения СаCl₂, то автор горячо рекомендует это средство при заболеваниях сердечной мышцы (более 200 наблюдений) и при декомпенсированных клапанных пороках. При поражениях аортального клапана автор впрочем советует СаCl₂ не применять, т. к. замедление пульсовых ударов после этого средства ведет к тем же результатам, к каким ведет наперстянка. Курс лечения автор проводил сначала одним СаCl₂ внутривенно, затем в комбинации с сердечными (наперстянка). При бронхиальной астме Н. получал заметные результаты в случаях острых, при коротко протекающих приступах, у больных же, где приступы носили постоянный характер, лечение было совершенно безрезультатным; замечавшиеся у этих больных, при применении СаCl₂, более ровное и правильное дыхание и ослабление одышки автор объясняет больше влиянием на сердечную мышцу, чем на основное заболевание. У желудочных больных он видел эффект в случаях с пониженной кислотностью, в случаях с повышенной кислотностью успех сказывался часто лишь после больших доз, малые же дозы вызывали ухудшение.

С. Шерман.

г) Хирургия.

213. *К патологии гельминтиаза.* Д-р А. А. Крылов (Нов. Хир. Арх., 1927, № 50) описывает случай, где у женщины была удалена опухоль слепой кишки с гусиное яйцо величиною. При исследовании оказалось, что опухоль эта представляет собою гранулему, содержащую несколько экземпляров власоглава (trichoscephalus dispar)—круглой глисты, которая, как известно, встречается у человека чаще всех других круглых глист.

P.

214. *Дивертикулез тонких кишек.* Godard (Revue de chir., 1927, № 1) описывает случай множественного дивертикулеза тощей кишки, случайно найден-

ного во время операции, произведенной по поводу непроходимости. На расстоянии 10 см. от начала тощей кишки располагался ряд дивертикулов в количестве 25. По обеим сторонам прикрепления брыжейки. Микроскопическое исследование обнаружало отсутствие в стенке дивертикулов обоих мышечных слоев, собственных тонкой кишке, вследствие чего брюшина в них непосредственно прилегала к слизистой. Т. о. дивертикулы эти можно рассматривать, как грыжи кишечной стенки. До 1923 г. собрано 30 случаев дивертикулов тощей кишки (Sheffe). Их этиология не выяснена. По одним авторам существует врожденный дивертикулез или врожденное предрасположение к нему; другие авторы допускают возможность приобретенного дивертикулеза на почве артериосклероза мезентериальных сосудов, расширения вен, старческого изменения кишечной мускулатуры, наконец, инфекции, создающей слабые места в кишечной стенке и выпячивание ее под действием внутрикишечного давления. Симптомы неопределенны—чувство давления в желудке и вздутие, наступающие после еды, иногда симптомы язвы и холецистита. Наиболее точно диагностируются дивертикулы кишек при помощи рентгенокопии после контрастного завтрака: тогда слева от пупка видны бывают один или несколько темных уровней на месте каждого дивертикула. Лекарственное лечение редко дает хорошие результаты. Лучшим методом нужно считать резекцию пораженного участка кишки, если только она возможна.

М. Знаменский.

215. *Инвагинация желудка.* Schmieden и Westhnes (Deut. Zeit f. Chir., 1927, Bd. 200) наблюдали случаи инвагинации желудка, вызванной очень обширной группой полипов, которые опустились до начала тощей кишки. Внезапно заболевшая 78-летняя женщина была спасена ревагинацией и резекцией желудка.

С. С-в.

216. *Наблюдения над эпинефректимией.* Stulz и Sticker (Revue de chir., 1927, № 3) описывают 8 случаев эпинефректимии, из клиники Leriche'a, при спонтанной гангрене. Операция производилась после предварительной симпатэктомии, иногда повторной, и только в случае ее неуспеха. В 2 случаях результаты ее были превосходные,—заживление язв и исчезновение болей (один случай прослежен течение года); в 2 других случаях получилось временное улучшение,—возврат болей и перемежающейся хромоты через несколько месяцев в одном случае и рецидив гангрены с последующей ампутацией в другом; в 3 случаях операция не дала никакого улучшения; наконец, в последнем случае прошло слишком мало времени для выводов, но пока непосредственный результат операции хороший.

М. Знаменский.

217. *Местная аутогемотерапия по L  wenh  у при воспалениях потовых желез.* Проф. О. Wiedhoph (Zentr. f. Chir., 1927, № 45) приводит четыре случая нарывов потовых желез, успешно леченных впрыскиваниями собственной крови больных в ткани, окружающие абсцесс.

И. Цимхес.

218. *Солі-бациллярная сыворотка при перитонитах.* Проф. Katzenstein (Zentr. f. Chir., 1927, № 24) предлагает применять антиоксическую солі-бациллярную сыворотку при всех поздних операциях по поводу разлитого перитонита, где в гное находится кишечная палочка. Перед операцией больному вводится под кожу 1 куб. с. такой сыворотки для предупреждения возможных анафилактических явлений. Если затем во время операции выяснится участие кишечной палочки в возникновении перитонита, то тотчас после операции вводится внутривенно 25 и внутримышечно—75 куб. с. сыворотки. В одном тяжелом случае такие впрыскивания пришлось производить 4 дня подряд прежде, чем получился успех.

И. Цимхес.

д) Ортопедия.

219. *О лечении переломов шейки бедра.* G. Jancke (Zentr. f. Chir., 1927, № 13) рекомендует для этой цели консервативный метод Whitman'a-Lorenz'a, примененный им у 16 больных. Лечение заключается в длительном ношении гипсовой повязки. Сначала течение 3 месяцев больной лежит в постели, причем гипс накладывается с полукорсетом и захватывает всю стопу; следующие 4 недели он начинает ходить со стремедем, затем освобождается стопа, и еще через месяц снимается гипс с голени. После 6 мес. гипс снимается совсем, и больному рекомендуется с'емная повязка еще течение 6 мес. На основании своего опыта автор приходит к заключению, что этот метод дает превосходные результаты.

А. Алексеева-Козьмина.

220. *Косая остеотомия бедра.* I. Hass (Zentr. f. Chir., 1927, № 13) рекомендует эту операцию в случаях тяжелой соха vara, где он применил ее у 3 больных с полным успехом; конец бедра упирается при этом в суставную впадину под бедренной головкой, остающуюся на обычном месте. Затем автор применил этот метод в 3 случаях tbc коксита с разрушением головки, где процесс был уже закончен, также с обычным исходом. Наконец, Н. произвел эту операцию в 2 случаях деформирующего артрита тазобедренных суставов, где предварительное ортопедическое лечение не оказало никакого действия, и также с превосходным результатом.

А. Алексеева-Козьмина.

221. *Сущность и лечение перемежной хромоты.* H. Curschmann (Ther. d. Gegenw., 1927, № 12), будучи приверженцем ангиоспастической теории данной болезни, рекомендует, вместе с осторожным водным лечением, прежде всего подкожные впрыскивания азотистокислого натра, который, по его мнению, превосходит все другие сосудорасширяющие средства. Кроме того, при этой болезни могут быть полезны аспирин, хинин и очень осторожное лечение физическими методами.

С. С-в.

222. *Значение костно-пластической фиксации позвоночника при его tbc поражении,* по мнению Копылова (Вестн. Хир., кн. 31, 1927), заключается не в механической помощи трансплантата, а в сложных биологических процессах, сводящихся к раздражению и оживлению воспалительной и регенеративной функций организма в ответ на инфекцию. Основываясь на таком взгляде, автор считает, что операция Lawalle'я, заключающаяся во введении костных пластинок в толщу больных tbc эпифизов, находит свое теоретическое оправдание. Копылов оперировал 16 случаев по Lawalle'ю и доволен результатами. Все же, — осторожно заканчивает он, — необходимо в дальнейшем выработать методику и более точные показания для применения этого способа при различных формах костно-суставного tbc.

Н. Завьялова.

223. *Новый способ операции при hallux valgus.* Проф. П. Э. Гален-Торн (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 5—6) находит, что развитию hallux valgus предшествует развитие плоской стопы, а не hallux valgus является причиной последней. Не у всех плоскостопных развивается, однако, hallux valgus, — это бывает лишь при известных изменениях статики и динамики стопы. Сначала развивается плоская стопа, а затем происходит сведение пальца в латеральную сторону вследствие ослабления абдуктора и перевеса над ним аддуктора. Исходя из этиологии данной аномалии, автор рекомендует в начальных стадиях ее исправление плоскостопия ортопедическими стельками, а в дальнейших стадиях устранять ее оперативным путем. При этом в тех случаях, где hallux valgus неособенно резко выражен, достаточно отделить m. abductor от места его прикрепления к медиальной сесамовидной косточке и основанию I фаланги hallux'a и пересадить его к головке I фаланги. В резко же выраженных случаях, при трансформации I плюсневой кости, необходимо изменить ее положение путем клиновидной резекции диафиза I метатарсальной кости с внутренним латеральным основанием клина. С 1910 г. автор оперировал по этому способу 16 больных, причем у 15 имел благоприятный, стойкий результат.

П. Цимхес.

е) Офтальмология.

224. *Аутосеротерапия при трахоме.* Д-р А. П. Владыченский (Р. Офт. Ж., 1927, № 8—9) применил аутосеротерапию в 10 случаях тяжелой трахомы, причем пользовался следующей методикой: из вены локтевого сгиба извлекалась шприцем кровь в количестве 3—5 куб. с. и помещалась в низенькую пробирку, которая закрывалась ватной пробкой и оставлялась при комнатной t°; часа через 3—4 после того отделившаяся от сгустка сыроватка набиралась опять в шприц и, после предварительной кокаинизации глаза, впрыскивалась в количестве 0,4—1,0 куб. с. в переходную складку верхнего и нижнего века. Впрыскивания эти в дальнейшем повторялись. Автор убежден, что в этом виде аутосеротерапия является способом совершенно безвредным для глаза и, в то же время, дающим значительное улучшение, особенно при тяжелых формах трахомы, с язвами и инфильтратами роговицы.

Р.

225. *Риванол в офтальмологии.* Liebermann (Klin. Woch., 1927, № 37) рекомендует прибавлять, при инфильтрационной анестезии, к раствору новокаина риванол (в пропорции 1:4000). Это сообщает тканям стойкость против инфекции.

При операциях на глазном яблоке такая инфильтрация переносится гладко, не вызывая никакого раздражения. Точно также и при гнойных процессах, в частности при флегмонах слезного мешка, можно применять инфильтрационную анестезию в этом виде без особой опасности. В. Адамюк.

226. *Вылушение глазного яблока с пересадкою хряща.* A. d. Faber (Brun's Beitr. zur klin. Chir., 1927, Bd. 141) произвел эту операцию, с 1919 года, 62 раза на больных от 6 до 38 лет. Техника ее такова: после удаления яблока образуется в глубине глазной впадины прочная подкладка путем сшивания косых глазных мышц и остатков сумки, затем на нее кладется взятая из VI или VII ребра хрящевая пластинка, а поверх всего пришиваются крестообразно прямые глазные мышцы, субконъюнктивальная ткань и соединительная оболочка. На этом, движущемся при вращении глаза, основании движется и вставляемый через 2—3 недели после операции искусственный глаз; в дальнейшем он не опускается глубже; раздражения хрящевой пластинки не бывает. С. С-в.

227. *К технике оперативного лечения косоглазия.* В методы оперативного лечения косоглазия в последнее время вновь вносятся различные видоизменения. Как наиболее оригинальное, можно указать на обертывание концов перерезанной при тенотомии мышцы лоскутками предварительно отсепанованной ее же капсулы. Этим предупреждается возможное сращение концов перерезанной мышцы и уничтожение эффекта операции (Greu. Klin. Mon. f. Aug., Bd. 75). Wesckers (по Colmanty, Arch. d'opht., 1925) видоизменяет операцию пересадки мышц кпереди таким образом: подлежащая пересадке мышца после ее освобождения крепко захватывается толстой лигатурой и после обычной перерезки сухожилия перекидывается через роговицу, а лигатура подводится под ее антагониста, предварительно обнаженного (проведение лигатуры возможно и прямо через конъюнктиву, под мышцу); после этого напряжением лигатуры глазу придается прямое положение, и лигатура завязывается. Снимается она через 8 дней, причем весь излишек мышцы, перекинутый через роговицу, отрезается. Loddèni (Lettura oftalmol., 1927, № 1) предпочитает при косоглазии методом пересадки мышцы образование складки из нее. Автор видит преимущества этой операции в сохранении целостности мышцы, что дает возможность исправления неудачных результатов, далее—в большей стойкости результата, а также в возможности более точной дозировки эффекта операции. В случае необходимости к этой операции может быть добавлена тенотомия антагониста. Стороны мышцы, которые должны, при образовании складки, соприкасаться друг с другом, надо обскоблить острой ложечкой. Лигатуры на укорачиваемую мышцу накладываются не только на основание складки, но и верхушка ее, отдельной лигатурой, притягивается к области limbus'a роговицы. В. Адамюк.

ж) Акушерство и гинекология.

228. *Видоизменение Строгоановского метода лечения эклампсии* предлагает Katsuya (Zentr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 90, 1927), который в целях устранения побочного действия на сердце и почки заменяет хлорал-гидрат люминал-натрием, а морфий—отчасти пантопон-скополамином. Схема лечения по К. такова:

в начале лечения	. 1,5—2,0 куб. с.	1% morphii muriatici,
через 1 час . . .	2,0	» » 20% люминал-натрия,
через 3 часа . . .	0,5	» » 20% пантопон-натрия,
через 5 часов . . .	2,0	» » 20% люминал-натрия,
через 10 часов . . .	1,5	» » 20% »
через 15 часов . . .	1,5	» » 20% »
через 20 часов . . .	1,5	» » 20% »

Проведя по этому методу все встретившиеся ему с 1922 по 1925 г. случаи эклампсии (20), автор получил 5% смертности матерей и 10% смертности детей вместо 20,8%—50%, полученных им от оригинального метода Строганова. А. Т.

229. *Препараты гипофиза в послеродовом и послеродовом периодах* рекомендует систематически применять Timpanago (по Berich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII). Противопоказаний к применению их автор не видит. Преимущество их заключается в уменьшении осложнений в течение послеродового периода родов, в более совершенном обратном развитии матки post partum, в уменьшении болезненных послеродовых схваток и в регулировании деятельности пузыря и кишечника. А. Т.

230. *Послеоперационные и послеродовые тромбозы и эмболии.* Jaschke и Schumacher (Arch. f. Gyn., Bd. 129, H. 3), останавливаясь на этиологии послеоперационных и послеродовых тромбозов, отмечают целый ряд условий, благоприятствующих их возникновению. В качестве необходимого условия является замедление тока крови, одною из наиболее частых причин которого бывает недостаточность сердечной мышцы. Насколько необходимо при этом изменение сосудистых стенок, остается невыясненным. Инфекция Jaschke приписывает лишь косвенное значение в качестве момента, ослабляющего организм и создающего благоприятные для замедления тока условия. Послеродовые тромбозы глубоких бедренных вен в 81%, а послеродовые эмболии в 75% встречаются у женщин, принужденных почему-либо долго не покидать постели. На очень большом статистическом материале автор убедился в значении раннего вставания, как момента, предупреждающего развитие тромбозов. В качестве профилактических мер, помимо раннего вставания, авторы советуют еще активные и пассивные движения в постели и особенно дыхательную гимнастику, комбинируя их с укрепляющими сердечную мышцу средствами. Хорошие результаты в клинике автора были получены при подготовке больных к операциям наперстянкой (1—1,2 digitalis). Во время самой операции следует избегать нерациональных положений больной, напр., слишком приподнятого положения таза, которое затрудняет деятельность сердца. Важно также тщательно останавливать кровотечение и заботиться о стерильности операционного поля, так как, по Schumacher'у, при послеоперационных тромбозах глубоких вен бедра инфекционный момент имеет место в 63%. Наоборот, тромбозы поверхностных вен и варикозных узлов редко бывают связаны с инфекцией. Послеродовые тромбозы особенно часто, по статистике Sch., наблюдаются после тампонаций матки и ручного удаления последа. С возрастом женщины опасность тромбозов и эмболий возрастает.

А. Тимофеев.

231. *Атония желудка и маточные кровотечения.* Bauer (Deut. m. Woch., 1927, № 4), разбирая причины гиперемии органов малого таза, которая часто лежит в основе маточных кровотечений, вызывая первично преждевременное лопание фолликула, а вторично—изменения в матке, особое внимание обращает на хронические запоры, в особенности находящиеся в связи с атонией желудка. Автор для подобных случаев рекомендует соответствующую диету и предостерегает от применения вызывающих прилив крови слабительных, в особенности глауберовой соли.

А. Т.

з) Педиатрия.

232. *Диагностическое применение условного рефлекса.* Ребенок 3-х месяцев принимался окружающими за глухого, потому что не реагировал на шумы, обычно применяемые для обнаружения слуха у маленьких детей, как хлопанье в ладоши, позванивание ложкой вблизи уха и т. под. После того, как исследование специалиста также не обнаружило признаков слуха, д-р Aldrich (Am. Journ. of Childr. Dis., 1928, vol. 35, № 1) применил следующий способ: в течение одной ночи каждые полчаса вблизи кровати ребенка звонили в колокольчик и в то же время сильно почесывали ему правую пятку, отчего он сильно вскрикивал и сгибал ногу; когда на утро опять раздался тот же звонок, ребенок опять заплакал и согнул правую ногу, хотя теперь его уже не трогали,—установился условный рефлекс с органа слуха на мышцы, что было бы невозможно при глухоте. Дальнейшее наблюдение над этим ребенком подтвердило, что он действительно слышит.

Е. Ленский.

233. *К учению о рахите.* Pfaundler (Münch. med. Woch., 1927, №№ 16—17) дает руководящий обзор основных достижений в учении о рахите. Наиболее интересными являются успехи в разрешении вопроса об антирахитическом факторе. Hultschinsky показал, что освещение ультрафиолетовыми лучами излечивает рахит. Hess и Steenbock доказали на крысах с экспериментально вызванным рахитом, что для излечения последнего достаточно обучать пищу животных, если она содержит жир или хотя бы только неомыляемую часть его—холестерин (жиры, молоко, мука, кожа животных и т. п.). Hess заметил, что холестерин после освещения, приобретая антирахитические свойства, химически не изменяется, но теряет способность задерживать ультрафиолетовые лучи. Химик Windauss нашел, что физическое очищение (перекристаллизация) не лишает холестерин способности активироваться, но химически очищенный препарат теряет это свойство; значит, антирахитические свойства приобретает под влиянием света

не самый холестерин, а другое, примешанное к нему, вещество, очень близкое по своему составу к холестерину. Физик Pohl, изучая спектр поглощения раствора холестерина помощью особого прибора, чувствительного к невидимым лучам, нашел, что холестерин после освещения перестает задерживать ультрафиолетовые лучи с длиной волны 280—300 мμ. Путем сравнения спектров различных препаратов холестерина Pohl показал, что абсорбционный спектр принадлежит не самому холестерину, а другому веществу, примешанному к нему в ничтожном количестве. Последнее оказалось как по своему спектру, так и по химическим свойствам тождественным с давно добытым Windaus'сом стеринном из спорыньи—эргостерином. Тогда было произведено биологическое испытание облученного ультрафиолетовыми лучами эргостерина на животных и детях, и обнаружилось необычайно сильное антирахитическое действие его. Эргостерин был поэтому назван провитамином, активированный же светом препарат—антирахитическим «витамином». Впоследствии обнаружилось тождество последнего с антирахитическим фактором рыбьего жира. Эти открытия дали возможность объяснить значение самых разнородных факторов в этиологии рахита: освещение ребенка, вероятно, активирует заключенный в коже провитамин, внешние условия (время года, местность, жилищные условия) могут быть сведены к недостатку ультрафиолетовых лучей, а эндогенные факторы (наследственность, недоношенность, конституция)—к недостатку провитамина в организме. Vollmer (Deut. med. Woch., 1927, № 39) испытывал действие вигантола (1% раствора облученного лучами эргостерина в прованском масле) на 100 крысах, у которых был искусственно вызван рахит фосфором пищи, и на 20 рахитичных детях; 0,001 mg. эргостерина в сутки было достаточно, чтобы вылечить течение короткого времени крыс или предупредить у них развитие рахита; 10 капель вигантола в день повышали содержание фосфора в крови у рахитичных детей до нормы течение 10—14 дней, а при ежедневной дозе в 20 кап. на 9-й день обнаруживались на рентгенограмме первые очаги обызвествления; 20 дней было достаточно для полного излечения цветущего рахита. Подкожное введение вигантола действовало также благотворно. Для профилактики рахита у недоносков с 3—4 недели достаточно 1 капли, позже—2-х капель вигантола в день. Малые повторные дозы действовали лучше, чем большие единичные. Gyorgy (Klin. Woch., 1927, № 13) применял у детей с рахитом и тетанией вдвое меньшие дозы облученного эргостерина и получал такой же благоприятный эффект, как и при лечении их кварцевой лампой. Folkenheim (D. m. W., 1927, № 37) наблюдал такое же благотворное действие этого препарата на детях, страдавших, кроме рахита, тяжелой дистрофией на почве затяжных бронхонеймоний. Антирахитическое действие препарата не ослаблялось инфекцией и оказывало благоприятное влияние на течение бронхонеймонии. Вредного влияния на кишечник не замечалось. После приема вигантола по 3 кап. 3 раза в день через 10 дней обнаруживались биохимически и рентгенологически первые признаки излечения, не позже, как через 20 дней, исчезал craniotabes. Hottinger и Starlinger (D. m. W., 1927, № 37) описали несколько случаев блестящего излечения эргостерином тяжелых случаев остеомалации у взрослых, где болезнь течение многих лет не поддавалась никаким другим методам лечения вплоть до кастрации.

С. Маркузе.

234. *К клинике коклюша.* По наблюдениям М. О. Бродского (Вест. Совр. Мед., 1927, № 22) в раннем грудном возрасте кашель при коклюше часто протекает без свиста и не оканчивается рвотой, кашлевые толчки следуют друг за другом без передышки и ведут к покраснению и даже к посинению лица, к конвульсивным движениям и извержением мочи и кала. Цианоз достигает очень высокой степени, одушье становится угрожающим и может привести к смерти, особенно, если болезнь осложняется капиллярным бронхитом или пневмонией. Из осложнений автор указывает на пневмонию, кровоизлияния в склеры, пупочные и паховые грыжи, подкожную эмфизему, кровотечения из носа. Смертность грудных детей от коклюша, по данным автора, неособенно велика (1,31%). Автор думает далее, что гипотеза о врожденном иммунитете, препятствующим заражению коклюшем, не имеет под собой оснований, и что коклюш в раннем грудном возрасте встречается чаще, чем это принято думать.

М. Лейзеровская.

и) Невропатология и психиатрия.

235. *К отличительному распознаванию кровоизлияний в мозг.* J. Wilder (Wiener. kl. W., 1927, № 36) указывает, что в определении билирубина в кровяной сыворотке мы имеем средство с большою вероятностью решать, и притом

разновременно, идет ли в данном случае дело о кровоизлиянии, или о размягчении мозга на почве эмболии. Именно, если содержание билирубина превышает 1 : 200,000,— это говорит за кровоизлияние. Повышение его наступает уже в первые сутки после инсульта и может быть наблюдаемо до 4 недель после начала заболевания. С. С-в.

236. *О вредном действии брома.* По V. J. Wile (Journ. of Amer. Med. Ass., 1927, № 5), даваемый внутрь бром лишь с трудом проходит через почечный эпителий, и потому бромистые соли легко накапливаются в тканях, причем вытесняют хлориды, хлориды быстро выделяются, и это вызывает недочеты в хлоре. Наоборот, в случаях отравления бромом внутривенное вприскивание поваренной соли в физиологическом растворе ведет к выделению брома из тканей, причем иногда наблюдается сильное раздражение почек. Это вытеснение брома хлоридами имеет следствием быстрое благоприятное воздействие на припадки отравления бромом, особенно на те, которые касаются нервной системы и кожи. Начальная доза раствора NaCl не должна превышать 100—150 кб. стм., а при хорошей терпимости эта доза может быть повышена до 300—400 кб. стм. дважды в неделю. Полезно одновременное применение х-лучей. С. Г-в.

237. *Лечение икоты.* Sheldon (Journ. of Amer. Med. Ass., 1927, № 14) в 11 случаях тяжелой икоты (1 сл. эпидемической икоты, 2 сл. икоты во время или после обычного наркоза и 8 сл. икоты после лапаротомий и цистостомий) применял ингаляции углекислоты в пропорции 5—5,6%, к воздуху или кислороду. Икота проходила или во время вдыханий, или спустя различные сроки после них,—в некоторых случаях совершенно. Ингаляции эти повышали кровяное давление и вызывали сильное утомление дыхательных мышц, после них часто наступал значительный упадок сил, почему у очень слабых субъектов применение их не рекомендуется. Так как, однако, больной при этом остается в сознании, то ингаляция может быть, по его требованию, прервана в любое время. В большинстве случаев больные благодарили за применение этого способа, так как икота прекращалась у них уже после 2—8 вдыханий CO₂. С. С-в.

238. *К технике оперативного лечения мозговых опухолей.* Л. Пуссен (реф. Journ. de chir., 1927, № 2), базируясь на собственном 25-летнем опыте и наблюдениях над 500-ми опухолей мозга, из которых 420 были оперированы, рекомендует при этих опухолях оперировать больных в боковом положении, которое предотвращает потерю цереброспинальной жидкости; в дорзальном положении он оперирует лишь височные опухоли, а от сидячего положения совершенно отказался. Он придает при этом большое значение температуре операционной, предпочитая оперировать при 18°—20°. Для наркоза П. до 1909 г. употреблял хлороформ, затем местную анестезию, а теперь прибегает к эфиру (86 случаев без осложнений). Первным и возбужденным больным автор вприскивает перед операцией морфия, при ослабленном сердце применяет инъекции стрихнина, при местной анестезии прибавляет скополамин. Что касается техники операций, то автор рекомендует прибегать к швам на кожу для предварительного гемостаза, костную резекцию после трепанации производит щипцами Dahlgren'a, всегда вскрывает твердую мозговую оболочку, но не прибегает к немедленному извлечению опухолей, а является сторонником физиологической энуклеации последних, состоящей в надрезывании мозга над опухолью с последующим зашиванием кожи; через две недели после этого опухоль обыкновенно выталкивается мозгом на периферию, как инородное тело, и легко может быть извлечена. При кровотечениях во время операций П. вводит тампон на 24 часа. К палиативной трепанации он прибегает все более и более редко (тогда как раньше у него на 16 мозговых опухолей было 5 декомпрессивных трепанаций, в последние 5 лет на 60 случаев он применил декомпрессивную трепанацию лишь 2 раза). Чтобы снизить мозговое давление, автор советует прибегать к слабительным, мозговые грыжи лечит пункциями. П. Шидловский.

239. *О лечении шизофрении прививками малярии.* Уже в старинной медицинской литературе есть указания на благотворное влияние инфекционных заболеваний на течение психозов. В 1879 г. Розенблюм (Одесса) первый стал прививать душевнобольным возвратный тиф и на 22 случая имел 11 выздоровлений и 3 улучшения (остальные 8 случаев без изменений). В 1917 г. начал прививать малярию при прогрессивном параличе Wagner Jauregg. Неоднократные наблюдения над шизофрениками, которые под влиянием случайной инфекции (ангина, сыпной тиф) клинически выздоравливали, заставили Wise'я и Mar-

kuszewicz'a (Warsz. Czasop. Lek., 1927, № 7) испытать прививку малярии у 46 пизофреников, из которых у 27 наблюдения уже закончены. На основании этих наблюдений авторы приходят к заключению, что прививка малярии дает стойкие ремиссии в острых и свежих случаях пизофрении—повидимому, вследствие того, что малярия действует благотворно на дисфункцию желез внутренней секреции. В случаях старых, где имеются уже стойкие анатомические изменения в мозгу, малярия лечебного эффекта не дает. *М. Вайнберг.*

к) Сифилидология.

240. *Гематогенная инфекция при сифилисе.* Вопрос о заразительности крови сифилитиков решен сравнительно недавно, причем экспериментальными работами Hoffman'a, Neisser'a, Arz't'a, Kerl'a и др. эта заразительность доказана почти во всех стадиях сифилиса. Автору пришлось наблюдать весьма редкий случай гематогенной инфекции при lues'e. Больной, страдавший тяжелой анэмией, в одном Московском лечебном учреждении было сделано переливание крови от неизвестного донора; спустя 2½ месяца после переливания, у нее развились цветущий вторичный сифилис (розеола, специфическое увеличение желез, положительная WR в крови); первичный склероз отсутствовал; несомненно, здесь был, т. о., syphilis d'emblée (гематогенный сифилис без шанкра). Автору удалось розыскать и донора; это оказалась латентная сифилитичка с отрицательной WR в крови. С этой стороны данный случай приобретает особый интерес: он свидетельствует, что при латентном сифилисе вирулентность где-то в организме дремлющей spig. pallida при поступлении ее в кровяной ток может быстро повышаться. (Нельзя ли тут провести аналогию со spig. Obermeier'a? Ведь теперь устанавливается, что и эта последняя, в различных приступах рекуррента, является биологически-различной. Ре ф.). *А. Вайнштейн.*

241. *Новая кровяная проба на сифилис.* L. d'A m a t o предлагает (Riforma med., 1927, № 22) новую кровяную пробу на сифилис. Подкожные или внутривенные инъекции растворимых препаратов ртути, препаратов висмута или неосальварсана вызывают у сифилитиков, специфическим образом, гемокластический шок, причем наиболее постоянным проявлением его бывает лейкопения. Эта реакция в преобладающем большинстве случаев сифилиса бывает положительной, и только очень редко, в особенности после интенсивного противосифилитического лечения, отрицательной. У людей здоровых или страдающих иными болезнями инъекции указанных препаратов почти никогда не дает гемокластического шока, а часто даже легкий лейкоцитоз. Энергическое и длительное лечение сифилиса делает реакцию отрицательной, хотя менее легко, чем реакцию W. Инъекции протсина (кровяной сыворотки, обеспложненного молока и пр.) не дает реакции никогда. Вследствие своего постоянства реакция эта является ценным диагностическим средством, имеющим особое биологическое значение, так как она наступает у людей, не сенсibilизированных искусственно. При уменьшении числа лейкоцитов на 1000 реакция считается положительной, на 600—800—слабо-положительной или сомнительной, на 2000—сильно положительной и выше, чем на 3000,—очень сильно положительной. *С. С. в.*

242. *Реакция Sachs'a-Georgi в обстановке уездной лаборатории.* М а л и н о в с к и й (Венер. и Дерм., 1927, № 12) в уездном вендиспансере воспользовался для серодиагноза сифилиса реакцией Sachs'a-Georgi и провел 703 исследования, работая с чужим антигеном и кустарно устроенным агглютиноскопом. В начале статьи автор приходит в чрезвычайный восторг от указанной реакции и считает, что она может занять самостоятельное положение в серодиагностике сифилиса, в конце же сознается, что и эта реакция требует известного технического оборудования и серологического опыта. (Современная инструкция по серодиагнозу сифилиса, как известно, не разрешает пользоваться для него одной осадочной реакцией без параллельной постановки RW. Ре ф.). „На пути SGR встречается много препятствий...“ „Ее никто не знает в провинции...“,—говорит М. (Самое главное препятствие на пути серодиагноза сифилиса, однако,—это слишком упрощенный подход к нему столь размножившихся в последнее время уездных серологов. Ре ф.). *А. Вайнштейн.*

243. *О неосальварсана.* Одним из крупных недостатков неосальварсана является трудность внутривенного его введения у маленьких детей и тучных субъектов с плохо развитыми венами, а также резко выраженная идиосинкразия

к внутривенному его введению у некоторых больных, где был бы полезнее внутримышечный способ введения, с его более медленным действием. Отсюда попытки приготовить препарат сальварсана для внутримышечного введения. (Внутримышечное введение *Altsalvarsan'a Ehrlich'a* в настоящее время почти не применяется. Реф.). Попытки эти увенчались успехом, и *Kolle* (Вен. и Дерм., 1927, № 9) выпущен такой препарат под именем миосальварсана. По данным *Kolle* экспериментальное и клиническое испытание нового препарата указало на близость его к неосальварсану. Миосальварсан был также проверен *Петровым* и *Захарьевской* (Вр. Г., 1927, № 24) в Харьковском Мединституте на 23 больных, причем эти авторы нашли, что миосальварсан, близко стоящий по содержанию мышьяка к неосальварсану, не уступает последнему по своему клиническому действию на проявления сифилиса, медленнее действует на серореакции и является незаменимым в детской сифилидологической практике.

А. Вайнштейн.

л) Гоноррея.

244. *Морфологические изменения крови при гоноррее под влиянием иммунотерапии* изучены *Марьясиным* и *Печерским* (Венер. и Дерм., 1927, № 12). Получившая в настоящее время всеобщее признание терапевтическая ценность различных иммунотерапевтических препаратов (гоновакцина, молоко, собственная кровь) не исключает, однако, возможности разногласий в вопросе об их дозировке и продолжительности интервалов между отдельными впрыскиваниями. В виду большой сложности и трудности применения в широкой практике существующих лабораторных методов определения двухфазной реакции организма (опсонический индекс), авторы пытаются найти подсобный метод в изменениях со стороны крови. Ими были произведены в этом направлении исследования крови у 88 больных гонорроиком, леченных гоновакциной, молоком и собственной кровью. Лейкоцитарная формула определялась по *Schilling'u*. Исследования производились до начала лечения, через 2—3 часа после впрыскивания, на следующий день и через 2 дня. Результаты этих исследований сводятся к следующему: в отношении эритроцитов и гемоглобина были получены столь незначительные колебания, что не представлялось возможным сделать те или иные выводы; в случаях, леченных гоновакциной, в 75% уже через 2—3 часа наблюдалась лейкопения, сменявшаяся через 5—8 ч. лейкоцитозом, достигавшим своего максимума к концу первых суток, и выражавшаяся увеличением числа лейкоцитов на 100%; через 3—4 дня лейкоцитоз исчезал; в этих случаях период клинической реакции совпадал по времени с лейкоцитозом; одновременно с появлением последнего наблюдался общий сдвиг гемограммы влево; почти такие же изменения происходили, но в более слабой степени, и при лакто- и аутогемотерапии; при повторных впрыскиваниях изменения гемограммы протекали в той же последовательности. Практический вывод авторов: при определении дозы и интервала между отдельными впрыскиваниями можно исходить из гемограммы, производя систематически исследования крови.

Н. Яснитский.

245. *Гоноррея прямой кишки.* *В. А. Гораш* (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 5—6) наблюдал 17 случаев этой болезни, в том числе 4 случая изолированной гонорреи прямой кишки после *coitus'a per anum*. Во всех случаях были обнаружены гонококки. Клинически болезнь выражается зудом, жжением, экземой у *anus'a* и выделениями из прямой кишки; иногда при ней наблюдаются резкие тенезмы, боль при дефекации, кровь, гнойное истечение, трещины вокруг заднего прохода. Температура может подниматься до 37,6°—38,6°, но может быть и нормальной. Ректоскопия обнаруживает яркокрасную слизистую, набухшую иногда до того, что центральная звездообразная фигура представляется в виде щелевидного отверстия, — кровотоковую, отделяющую много жидкого зеленовато-желтоватого гноя. В дальнейшем отек и краснота постепенно спадают, слизистая принимает зернистый вид и представляется покрытой плотно прилегающим к ней, вязким, тягучим гноем. В острой стадии болезни лечение должно состоять в покое, суппозиториях, теплых ваннах из раствора *kali hypermanganici* и промываниях кишки вяжущими и дезинфицирующими растворами. При раздражении и язвах дает хороший результат введение в кишку теплого парафина. Стриктуры лечатся бужированием и рассечением стриктурированных мест под контролем глаза. *И. Цимхес.*

246. *Судьба зараженных гонорреею детей.* В материале *Frank'a* (Mon. f. Kinderheilk., Bd. 36, H. 6) из 107 пациенток, которые переболели гонорреею в дет-

ском возрасте, 75,7% были по истечении 6—26 лет совершенно свободны от каких-либо растройств. Из остальных 26 пациенток, которые были исследованы впоследствии, большинство страдало растройствами месячных, воспалительными заболеваниями эндометрия и придатков или белыми, в которых всего однажды удалось найти гонококков. Представляется недоказанным, даже едва-ли вероятным, чтобы эти растройства находились в причинной связи с прежде проделанною гонорреею, так что в общем шансы на полное излечение полученной в детском возрасте гонорреи надо считать очень большими.

С. С-в.

м) *Болезни уха, носа и горла.*

247. *Оперативное лечение озоны.* Тер-Оганесян (Журн. ушн., нос. и горл. б., 1927, № 7—8), проделав при озоне 21 операцию пересадки чужьей кости (оп. Möbius'a), нашел, что в первое время больные чувствовали себя после операции прекрасно,—корки у них не образовывались, зловоние исчезало, слизистая была сочной, красной; иногда даже возвращалось обоняние, раньше отсутствовавшее. Такое состояние длилось от 4 до 16 мес. Затем больные опять являлись с жалобами на зловоние из носа и головные боли, причем характер зловония был уже не прежний, а гнилостный. При осмотре обыкновенно всегда можно было обнаружить свищ в перегородке, ведущей к пересаженной кости. Кость во всех случаях извлекалась, после чего гнилостный запах и головные боли исчезали, но через 1—2 недели устанавливались все первоначальные явления озоны.

М. Венецианова.

248. *Влияние отсутствия носового дыхания на сосуды мозга.* Д-р Гамаюнов (Вест. рино-л.-от., 1927, № 5) экспериментально доказывает, что с выключением носового дыхания наступает резкая перемена в психике животного: появляется вялость, животное теряет веселость, живость, принимает утомленный вид. При микроскопическом исследовании сосудов мозга у него обнаруживаются дегенеративные изменения последних, каковые изменения бывают выражены тем больше, чем продолжительнее период выключения носового дыхания.

Лопатина.

249. *К дифференциальной диагностике волчанки верхних дыхательных путей.* Вайль и Вознесенский (Вопр. Туб., 1927, № 12), изучая особенности патолого-гистологических изменений при волчанке слизистых оболочек верхних дыхательных путей (губ, щек, языка и гортани), констатируют трудность отличительного распознавания этой болезни от тбс поражений названных органов. Авторы на основании 60 биопсий считают характерными для люпозных изменений 1) хорошую васкуляризацию ткани, которая здесь сплошь пронизана сосудами, в особенности между бугорками, 2) незначительную наклонность пораженной ткани к некрозу и распаду, 3) развитие соединительной ткани и фиброзное превращение бугорков как под влиянием той или другой местной терапии, так и самопроизвольное. В люпозно пораженных участках слизистых палочки Косч'a обнаруживаются столь же редко, как и при волчанке кожи.

М. Ойфебах.

250. *Состояние дыхательных путей и ушей при проказе.* Обследуя состояние верхних дыхательных путей и ушей у лепрозных больных, д-р Любошиц (Вест. Р.-Л.-О., 1927, № 3—4) нашел поражение этих отделов почти во всех случаях. Слизистая дыхательных путей всегда была втянута в процесс,—на ней находились аналогичные кожным лепрозные узелки. Чувствительность слизистой была значительно понижена,—глоточного рефлекса не наблюдалось. Со стороны ушей отмечалось укорочение костной и воздушной проводимости. Этими изменениями автор рекомендует пользоваться при распознавании данного заболевания.

Н. Бобровский.

Рецензии.

Проф. М. Я. Брейтман. *Словарь клинической терминологии по новейшим русским и иностранным источникам.* Выпуски I, II и III. Практ.-Мед. Лен. 1926-28.

Составленный проф. Б. словарь, несомненно, является большим вкладом в нашу бедную лексикографическими работами медицинскую литературу. Три выпуска его

строного анатома и недюжинного клинициста выясняет важность знания практической анатомии для медика. Лекции эти являются прекрасными докладами на определенные темы. Особенно выделяются лекции о мочевом пузыре и предстательной железе, где проф. Tandler проводит свою классификацию топографических положений гипертрофированной железы, указывая на значение в этом процессе каждой ее доли. Подробности этого вопроса можно найти в его прекрасной работе, написанной совместно с Zuckerkandl'em, «Studien zur Anatomie und Klinik der Prostatahypertrophie». В лекциях, посвященных топографии женских половых органов, проф. Tandler широко затрагивает вопрос о развитии последних, обстоятельно проработанный в его труде „Entwicklungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien“, весь же дух его лекций по топографической анатомии можно уяснить, прочитав его учебники „Topographische Anatomie dringlicher Operationen“ и „Chirurgische Anatomie und Operationstechnik Zentralnervensystems“ (написан совместно с проф. E. Ranzi).

В настоящее время в Венском Анатомическом Институте много работают научно главным образом в области эмбриологии (эмбриология мозга, желчных путей, суставов и мочевых путей). Обладая громадной эмбриологической коллекцией срезов, относящихся ко всем классам животных организмов, и имея мощное техническое оборудование для реконструктивных работ по эмбриологии, при наличии очень дельных знающих ассистентов (проф. Hofel, д-р Schumacher). Институт представляет прекрасное поле для таких работ, особенно для иностранцев и в частности для нас, русских. Работа по реконструкции эмбрионов заключается в том, что срезы из той или иной части эмбриона, изготовленные сериями, увеличиваются в 200, 150 или 60 раз, зарисовываются на станке Zeiss'a и заносятся на восковые пластинки различной толщины, причем рисунок на бумаге вплотную склеивается с восковой пластинкой. После того нужная фигура вырезывается обыкновенным ножом, и обработанные таким образом пластинки склеиваются вместе, образуя увеличенную точную модель того или другого эмбрионального органа. Для крепости полученная восковая модель покрывается гальванопластически медью. При помощи таких моделей можно разрешать самые загадочные вопросы эмбриологии, входить в самые глубокие тайники биологических загадок.

В Венском Анатомическом Институте знают и чтят имена современных русских анатомов,—Карузия, Тонкова, Шевкуненко, Малиновского, Воробьева. Беда, однако, в том, что наша литература почти не доходит до Вены, а если и доходит, то на русском языке, без рефератов на европейских языках, что делает ее недоступною для немцев. Между тем культурная связь с Берлином и Веною необходима для процветания биологических наук в С.С.С.Р.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 28/III.

Д-ра З. И. Малкин и Н. К. Соколова: *Диагностическое значение определения протеолитических ферментов в крови для распознавания раковых заболеваний.* Нормальная человеческая сыворотка не обладает способностью расщеплять фибрин человека. У больных с новообразованиями появляется в крови протеолитический фермент, способный обнаруживать свое действие на нормальный человеческий фибрин. Метод основан на определении образующегося под влиянием фермента количества безбелкового азота. Авторы на основании своих наблюдений (50 сл.), воздерживаясь от окончательных выводов, полагают, что разработка этого вопроса заслуживает внимания в целях диагностики раковых заболеваний.—По докладу выступили с замечаниями профф. В. С. Груздев, В. М. Аристовский, М. Н. Чебоксаров и Р. А. Лурья.

Д-р В. И. Пшеничников: *Случай опухолевидного сифилитического гепатита.* Б-ная К., 27 лет, с клиническим диагнозом «блуждающая правая почка». Была оперирована проф. А. В. Вишневым 8/XII 1925 г. На операции обнаружен узел с кулак величиною, связанный с задним краем правой доли печени тонкой фиброзной ножкой. При микроскопическом исследовании оказалось, что узел

гарвеевский период, то придется признать, что целый ряд наиболее серьезных вопросов, как вся механика кровообращения, вопрос о количестве крови, выбрасываемой одной систолой сердца, о количестве крови, проходящей через сердце в единицу времени, о длительности кругооборота крови в различных условиях деятельности организма—находится в прямой связи с тем, над чем думал и работал Гагвеу. Даже такие современные вопросы, как альтернатива миогении и неврогении сердца, были предметом размышлений Г., но, конечно, не в современном охвате. Г. не только дал основы современной физиологии, но он указал некоторые разветвления этой науки. Он с большим мастерством пользовался в своих исследованиях принципом сравнительной физиологии и физиологии эмбрионального развития. Книга Г. с изложением учения его о кругообороте крови в теле останется навсегда памятником силы человеческого ума, проникающего в тайны природы.

Заседание 24/IV.

Проф. Н. В. Соколов: *Острый аппендицит и его осложнения; оперативное вмешательство при остром аппендиците*. Доклад будет напечатан в «Каз. Мед. Ж.».—В прениях проф. В. С. Груздев спросил докладчика, как он обходился с брюшиной в 19 оперированных случаях, где аппендицит был осложнен диффузным перитонитом? Проф. С. отвечал, что во всех этих случаях применялся сухой способ—вытирание салфетками и тампонада. Д-р З. Наменский сообщил, что он имел в Казанском Военном Госпитале с 1926 года 19 случаев острого аппендицита, оперированного с полным успехом в первые 48 часов. В частности, в 8 сл. операция была сделана во время первого приступа, в 8 сл.—во время второго и в 3 сл. неизвестно. В 13 сл. рана была закрыта наглухо, в 6 сл. тампонирована. Из осложнений наблюдались 1 раз ограниченный перитонит и 4 раза бронхит. Столь относительно—большой материал удалось получить только благодаря условиям военной службы, где каждый заболевший должен быть доставлен из части немедленно в госпиталь. Проф. Н. К. Горяев указал на своевременность широкого агитирования за операцию при остром аппендиците в течение первых 36 часов. Он указал также на заслуги терапевтов, особенно Dieulafoi, в деле агитации за раннюю операцию при остром аппендиците. Лейкоцитарной картине при остром аппендиците нельзя отводить только роль показателя характера процесса и его течения. Среди других симптомов острого аппендицита изменение лейкоцитарной картины встречается в 80%, боль в 100% и местная чувствительность—в 89%; поэтому изменение лейкоцитарной картины составляет важный симптом острого аппендицита. При этом нужно обращать внимание не столько на общую картину крови, сколько на качество и количество нейтрофилов. Нужно, далее, бороться с дачей слабительных при острых заболеваниях живота. В Америке из 12,600 погибших от общего перитонита в 11,700 сл. было дано слабительное, и там внесено предложение широкой агитации и даже прямого запрещения дачи слабительных при острых заболеваниях живота. Наркотики здесь могут затруднять распознавание. Проф. Б. А. Вольтер указал на важное диагностическое значение реакции оседания эритроцитов при распознавании острого аппендицита. Проф. В. Л. Боголюбов, указав на консерватизм, царящий еще и до сих пор в России по вопросу о ранней операции при остром аппендиците, вполне присоединился к выводам докладчика. За раннюю операцию при аппендиците (в первые 24 часа) высказались и проф. Р. А. Лурия и А. В. Вишневский.

Проф. Т. И. Юдин: *Опыт построения наследственной формулы эпилепсии. Характер, как признак биологических особенностей организма*. Изучение наследственности эпилепсии до сих пор затруднялось крайним разнообразием фенотипического (клинического) проявления этой болезни. Несомненным является теперь только то, что генетическая формула эпилепсии очень сложна и в основе содержит рецессивные гены. Задачей современного генетического анализа эпилепсии является—установить те «простейшие», «примитивные» и не расщепляющиеся дальше симптомокомплексы, из которых складывается сложная эпилептическая формула. Различные формы эпилепсии, очевидно, зависят от разнообразных сочетаний этих «примитивных» ген. Массовое статистическое исследование наследственности при различных формах эпилепсии будет возможно только тогда, когда мы будем уметь подбирать для исследования биологически (генетически) однородные случаи, представленные одинаковыми сочетаниями «примитивных» факторов. В настоящее время нужно изучать каждую генеалогию эпилептика индивидуально, стремясь выяснить, какие психические особенности стойки в данной семье, как они разделяются в поколениях по отношению к эпилепсии и на какие факторы рас-

щепляется сложный генный радикал эпилепсии. Ряд произведенных за последнее время исследований указывает, что основным фактором, вызывающим эпилептические симптомы, является своеобразное строение всей глубинной личности, своеобразный обмен веществ, своеобразное строение нервно-гlandулярной системы. Выражением этих особенностей строения глубинной личности в психической области являются особенности темперамента. Как показывают работы Rothera, Minkowsk'ой, Kretschmer'a и др., в семьях эпилептиков преобладают со одной стороны эксплозивный темперамент, с другой—гиперсоциальный; эти характеры, по мнению докладчика, являются двумя полюсами эпилептоидного темперамента, как чувствительный и холодный являются двумя полюсами пизоидного темперамента. Оба эти характера, однако, генетически самостоятельны. Исследуя генеалогии с характерологическими данными о членах семьи 21 эпилептика из Казанской Психиатрической клиники, докладчик пришел к заключению, что эпилептическая дегенерация личности является, когда в генетическом радикале представлены оба полюса эпилептоидного темперамента. У родителей лиц с эпилептической дегенерацией личности почти всегда имеется антиномия характеров: один родитель—эксплозивный, другой—гиперсоциальный. Кроме эпилептической дегенерации личности, имеются эксплозивные и гиперсоциальные эпилептоиды, где к одному основному эпилептоидному темпераменту прибавляется лишь часть ядра второго характера; кроме того надо отличать эксплозивных и гиперсоциальных эпилептотимиков, содержащих только ядро одного полюса. Эпилепто-эпилептотимики заболевают эпилепсией только в связи с экзогенными факторами; болезнь у них не течет, неуклонно прогрессируя, как при эпилептической дегенерации личности, а может излечиться (реактивные формы). При этом гиперсоциальные эпилептоиды более склонны к судорожным симптомам, а эксплозивные—к аффективно-истеричным вспышкам. Краткая характеристика гиперсоциального эпилептоида по Казанским генеалогиям такова: очень аккуратный, серьезный, прекрасный работник, «на него можно положиться», спокойен, скупой, до фанатизма религиозный, часто не пьет и не курит, в гневе «стоит за себя». Краткая характеристика эксплозивного эпилептоида: гневный, злой, лютый, ужасный скандалист, грубый, но в то же время хороший работник: «если все и пропьет, то потом опять заработает»... Резкое ослабление интеллекта (слабоумие) у эпилептиков связано с имеющимся в семье наследственным слабоумием, мозговой неполноценностью вообще (левши, хорейки, паралитики, заики). Различные атипические картины эпилепсии зависят от присоединения к основному эпилептоидному ядру генов других психопатических кругов (циклоидного, пизоидного, различных психопатий), что всегда видно из генеалогий. По телосложению к эпилептоидному кругу принадлежат мускулярные и диспластики. Мускулярные более склонны к эксплозивности, диспластики—к слабоумию.

Секретарь А. Вылегжанин.

Физиологическая секция.

Заседание 28/III.

А. Н. Поляков и Н. П. Колоколов: *Простой количественный способ колориметрического определения мышьяка в биологических жидкостях и тканях.* Указав кратко на существующие методы определения малых количеств мышьяка, авторы отметили их сложность и крайнюю нестойкость этандартов, хотя способы эти и обладают большой чувствительностью, позволяющей открыть As в тысячных долях миллиграмма (0,005—0,007 mgr.). Попутно были указаны и весовые—макрохимические методы. В поисках простой и удобной реакции для количественного определения As в биологических жидкостях (тканях), которая бы позволила делать это с наименьшей затратой времени и была удобна применима в клинической обстановке, авторы остановились на предложенной в 1923 году Feig'ем цветной реакции на As. Эта реакция по простоте выполнения, удобству, чувствительности (0,001 mgr. As) и специфичности кажется наиболее подходящей для количественного определения As в малых количествах крови, мочи, кала и проч. Авторы продемонстрировали ряд растворов с различными количествами As (от 0,026 mgr. до 0,0026 mgr.), по которым можно было судить о возможности применения данной реакции в целях колориметрии. Затем была проделана реакция с открытием As в крови, продемонстрированная перед собранием: в одну пробирку была взята кровь больного lues'ом до введения сальварсана, в другую—кровь того же больного, взятая на другой день после введения; параллельно была проделана и реакция с мочей, взятой на третий день после введения сальварсана. Таким образом была показана техника производства реак-

еще является сложный генный радикал эпилепсии. Ряд произведенных за последнее время исследований указывает, что основным фактором, вызывающим эпилептические симптомы, является своеобразное строение всей глубинной личности, своеобразный обмен веществ, своеобразное строение нервно-гланулярной системы. Выражением этих особенностей строения глубинной личности в психической области являются особенности темперамента. Как показывают работы Romey'a, Minkowsk'ой, Kretschmer'a и др., в семьях эпилептиков преобладают со одной стороны взрывной темперамент, с другой—гиперсоциальный; эти характеры, по мнению докладчика, являются двумя полюсами эпилептоидного темперамента, как чувствительный и холодный являются двумя полюсами шизоидного темперамента. Оба эти характера, однако, генетически самостоятельны. Исследуя генеалогии с характерологическими данными о членах семьи 21 эпилептика из Казанской Психиатрической клиники, докладчик пришел к заключению, что эпилептическая дегенерация личности является, когда в генетическом радикале представлены оба полюса эпилептоидного темперамента. У родителей лиц с эпилептической дегенерацией личности почти всегда имеется антинормия характеров: один родитель—взрывной, другой—гиперсоциальный. Кроме эпилептической дегенерации личности, имеются взрывные и гиперсоциальные эпилептоиды, где к одному основному эпилептоидному темпераменту прибавляется лишь часть ядра второго характера; кроме того надо отличать взрывных и гиперсоциальных эпилептоидов, содержащих только ядро одного полюса. Эпилепто-эпилептоиды заболевают эпилепсией только в связи с экзогенными факторами; болезнь у них не течет, неуклонно прогрессируя, как при эпилептической дегенерации личности, а может излечиться (реактивные формы). При этом гиперсоциальные эпилептоиды более склонны к судорожным симптомам, а взрывные—к аффективно-истеричным вспышкам. Краткая характеристика гиперсоциального эпилептоида по Казанским генеалогиям такова: очень аккуратный, серьезный, прекрасный работник, «на него можно положиться», скопидом, скупой, до фанатизма религиозный, часто не пьет и не курит, в гневе «постоит за себя». Краткая характеристика взрывного эпилептоида: гневный, злой, лютый, ужасный скандалист, грубый, но в то же время хороший работник: «если все и прощует, то потом опять заработает»... Резкое ослабление интеллекта (слабоумие) у эпилептиков связано с имеющимся в семье наследственным слабоумием, мозговой неполноценностью вообще (левши, хореяки, паралитики, заики). Различные атипические картины эпилепсии зависят от присоединения к основному эпилептоидному ядру генов других психопатических кругов (циклоидного, шизоидного, различных психопатий), что всегда видно из генеалогий. По телосложению к эпилептоидному кругу принадлежат мускулярные и диспластики. Мускулярные более склонны к взрывности, диспластики—к слабоумию.

Секретарь А. Вылегжанин.

Физиологическая секция.

Заседание 28/III.

А. Н. Поляков и Н. П. Колоколов: *Простой количественный способ колориметрического определения мышьяка в биологических жидкостях и тканях.* Указав кратко на существующие методы определения малых количеств мышьяка, авторы отметили их сложность и крайнюю нестойкость штандартов, хотя способы эти и обладают большой чувствительностью, позволяющей открыть As в тысячных долях миллиграмма (0,005—0,007 mgr.). Попутно были указаны и весовые—макрохимические методы. В поисках простой и удобной реакции для количественного определения As в биологических жидкостях (тканях), которая бы позволила делать это с наименьшей затратой времени и была удобна применима в клинической обстановке, авторы остановились на предложенной в 1923 году Feig'ем цветной реакции на As. Эта реакция по простоте выполнения, удобству, чувствительности (0,001 mgr. As) и специфичности кажется наиболее подходящей для количественного определения As в малых количествах крови, мочи, кала и проч. Авторы продемонстрировали ряд растворов с различными количествами As (от 0,026 mgr. до 0,0026 mgr.), по которым можно было судить о возможности применения данной реакции в целях колориметрии. Затем была проделана реакция с открытием As в крови, продемонстрированная перед собранием: в одну пробирку была взята кровь больного lues'ом до введения сальварсана, в другую—кровь того же больного, взятая на другой день после введения; параллельно была проделана и реакция с мочей, взятой на третий день после введения сальварсана. Таким образом была показана техника производства реак-

нии, и указаны способы приготовления реактивов. В виду того, что открыть Аз в крови без озоления нельзя, авторы предлагают делать озоление обработкой царской водкой при 1° водной бани.—В прениях по докладу приняли участие профф. К. Р. Викторов, П. П. Попов и В. М. Соколов, пр.-доц. А. Д. Гусев, д-ра З. М. Блюмштейн и С. Г. Колосова-Сидорова.

В. С. Малицкий: *К вопросу об условиях, влияющих при действии камфоры и хинина на изолированную полосу сердца лягушки.* Докладчик произвел сравнительные экспериментальные исследования на изолированной полоске сердца лягушки по методике Лоеве и по методике Лоеве-Соколова. При этом он установил, что *camphora trita* в концентрации 1:100,000, по методике Лоеве, не изменяет ритма, но изменяет амплитуду сокращений полоски, а по методике Лоеве-Соколова замедляет ритм и увеличивает амплитуду сокращений полоски, т. е. дает те же результаты, которые получены различными авторами на сердце лягушки *in situ*. *Chininum muraticum* в концентрации 1:100,000, по методике Лоеве, замедляет ритм и уменьшает амплитуду сокращения полоски, а по Лоеве-Соколову—замедляет ритм и увеличивает амплитуду сокращений полоски.—Прения: профф. К. Р. Викторов, П. П. Попов и В. М. Соколов, д-ра Е. Н. Павловский, А. Н. Поляков, Н. В. Пучков и М. В. Сергиевский.

Заседание 14/IV.

Проф. К. Р. Викторов: *О работах школы проф. Miya-gawa.* Доклад будет полностью напечатан в „К. М. Ж.“.—В прениях по докладу приняли участие профф. К. Г. Боль и М. П. Тушнов, д-ра Руфимский и Пучков.

В. С. Малицкий: *Материалы к методике Loewe-Abderhalden'a с изолированной полоской сердца.* Докладчик производил исследования на изолированной полоске сердца лягушки по методике Loewe-Abderhalden'a и по методике Лоеве-Соколова, причем установил, что, в целях получения более определенных и точных выводов при фармакологических экспериментах на полоске из сердца лягушки, следует переводить полоску на испытуемое вещество не ранее, как через 1,25%, т. к. к этому времени амплитуда достигает своего максимума, и одновременно стабилизируется частота ритма. Период стабилизации продолжается 30—35 минут. Смена Ring'овской жидкости, через которую пропускался кислород, на жидкость, через которую кислород не пропускался, вызывает угнетение полоски, выражающееся или лишь в уменьшении амплитуды сокращений, или же—в уменьшении амплитуды и замедлении ритма. Смена жидкости Ring'era, через которую пропускался кислород, на идентичную жидкость угнетения не вызывает. Автор делает отсюда вывод, что полоска привыкает к работе в Ring'еровской жидкости с определенным содержанием кислорода и реагирует на малейшие изменения его.—В прениях по докладу приняли участие профф. К. Р. Викторов, В. М. Соколов и М. П. Тушнов и д-ра Н. В. Пучков и М. В. Сергиевский.

Секретарь М. Сергиевский.

Хирургическая секция.

Заседание 29/II.

Д-р П. Н. Либерман демонстрировал *больного с передней мозговой грыжей*. Больной 9-ти лет, страдал врожденной опухолью, занимавшей половину спинки носа и медиальный угол правой глазницы; опухоль не пульсировала, была невправима, безболезненна. Дефекты кости (2 отверстия) были замещены по Лысенкову.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов и П. М. Красни и прив.-доц. В. А. Гусынин.

Д-р Д. Н. Федоров: *К вопросу о первичной саркоме желудка* (с демонстрацией препаратов). После литературного обзора вопроса и выяснения частоты первичных сарком желудка (приблизительно 1% всех опухолей его) докладчик познакомил со своим случаем лимфосаркомы желудка. Больной М., 55 л., страдал болями в подреберье, отрыжкой, рвотой, сильно исхудал; реакция желудочного сока щелочная. Диагноз был поставлен лишь после операции. Операция состояла в клиновидной резекции стенки желудка (7×5 см.) вместе с опухолью. Последняя была величиною с большой грецкий орех, располагалась подбрюшинно, на слизистой соответственно ее положению найдена неглубокая язва величиною с 15-коп. монету. Под микроскопом обнаружена инфильтрация саркоматозными клетками всех слоев стенки резецированного участка. В брюшной полости метастазов не найдено. Через 1½ мес. после операции больной показы-

вался, причем у него обнаружены полное исчезновение болей и заметное улучшение общего состояния.

Д-р С. А. Смирнов демонстрировал микроскопические препараты *чрезвычайно редкого случая смешанной опухоли желудка* (монодермоды) мезодермального типа, содержавшей слизистую, жировую, хрящевую и костную ткани. Носительница опухоли, 13-летняя девочка, жаловалась на нарастающую слабость, поступила в клинику спустя 4—5 мес. после начала заболевания. В клинике обнаружены анемия (Hb 49%), диспептические расстройства, временами приступы резких болей в области желудка; в области печени у больной прощупывалась подвижная опухоль. Операция 12/II 1926 г. (проф. В. Л. Боголюбов) — клиновидная резекция желудка с удалением располагавшейся ближе к привратнику, экзогастрически расположенной опухоли величиною с гусиное яйцо. Через полгода после операции больная была свободна от рецидива. — В прениях по обоим докладом приняли участие профф. В. Л. Боголюбов и Н. В. Соколов и д-ра А. Н. Рыжих и Гефен.

Проф. П. М. Красин демонстрировал больную, оперированную им по поводу *трубчатого калового свища*. Свищ образовался после перенесенной операции ампутации матки, год тому назад, пропускал пугловчатый зонд на 11—12 см. Сделано чревосечение, спаивные с передней брюшной стенкой кишечные петли отделены, свищ выделен (наружное отверстие предварительно зашито) и перерезан у впадения в одну из наиболее глубоко лежащих петель тонких кишек, затем место впадения его зашито двумя рядами Lembert'овского шва. Свищ закрылся.

Д-р С. А. Веселовский: *К казуистике хирургического закрытия каловых свищей*. Разобрав литературу вопроса, докладчик поделился случаем, оперированным по двухмоментному способу проф. В. Л. Боголюбовым. Больной был доставлен в клинику по поводу калового свища после ножевой раны в левый бок. Anus praeternaturalis находился в области толстых кишек (S romanum), шпора была резко выражена, кал выходил только через приводящий отрезок, стул через прямую кишку отсутствовал. Произведено чревосечение по средней линии живота, и наложен анастомоз на colon transversum и s. romanum, причем приводящий отрезок толстой кишки в области anus'a был выключен перетяжкой кишки кожным шнурком. После этой операции отхождение кала было только per vias naturales. Вторая операция состояла в рассечении шпоры, после чего края последней были обшиты отдельными швами, края свища выделены из окружающих тканей и зашиты, наконец, восстановлена брюшная стенка. — Прения: профф. В. Л. Боголюбов, П. М. Красин и Н. В. Соколов, прив.-доц. В. А. Гусынин.

Заседание 14/III.

Прив.-доц. В. А. Гусынин демонстрировал больного с *вывихом левой половины таза*. Повреждение установлено рентгенографически, получено было больным при железнодорожной катастрофе (больного стиснуло между двумя стенками разбитого вагона). Сопутствующими повреждениями и осложнениями были: перелом вертикальной ветви лонной кости той же стороны, перелом костей голени одноименной конечности, большая гематома в области ani и некоторые нервные расстройства. Лечение было чисто-консервативное: покой, фиксирующие повязки. Ко времени демонстрации больной в достаточной степени приспособился к новым статическим условиям и ходил вполне удовлетворительно, опираясь слегка на костыль. — В прениях проф. М. О. Фридланд, признав трудность диагноза в подобных случаях, выразил сомнение в существовании чистых случаев вывиха половины таза без перелома тазовых костей. Проф. В. Л. Боголюбов указал, что недостаточное оборудование наших клиник рентгеновскими кабинетами ставит под угрозу распознавание подобных повреждений в тех немногих случаях, когда они проходят через руки хирургов. Кроме того, в прениях принял участие д-р П. А. Никифоров.

Д-р Н. В. Швалев демонстрировал больную, у которой при операции грыжесечения была обнаружена *редкая разновидность „грыжи от соскальзывания“*, именно, *грыжевым содержимым, составлявшим одно целое с мешком, была широкая связка с фаллопиевой трубой и яичником*. — Прения: д-ра Б. В. Огнев, И. Л. Цимхес, А. Н. Рыжих и проф. В. Л. Боголюбов.

Д-р В. В. Сычев: *К вопросу о профилактике послеоперационных пневмоний*. Коснувшись истории вопроса и различных теорий, объясняющих происхождение этого осложнения, докладчик перешел к систематизации всех

причин его, подразделяя их на 1) производящие (травма—или психическая, или соматическая), 2) предрасполагающие (конституция), 3) специфические (инфекция) и 4) вспомогательные (обстановка, окружающая больного,—недостаток вентиляции палат, тесный контакт с терапевтическими и инфекционными отделениями и т. д.). Борьба с этими осложнениями должна быть направлена и в сторону профилактики, и в сторону лечения. Докладчика интересовала больше профилактика, и с этой целью им был применен на материале Казанского Военного Госпиталя хинопирин (в виде подкожных инъекций по 1 куб. сант. смеси из chinin. pur. 6,0, antipyridini 4,0 и aq. destillatae 10,0 за сутки до операции, за 1½ часа и спустя 48 часов после операции). Применены были эти инъекции всего у 28 больных с прекрасным результатом,—пневмоний не было ни одной (было только 3 случая бронхита), тогда как контрольные больные (10) дали 5 послеоперационных пневмоний и 2 бронхита.—В прениях д-р М. С. Знаменский отметил несомненный эффект от хинопирина. Проф. Н. В. Соколов слабую сторону предложенной докладчиком систематики усматривает в излишней ее схематичности. Д-р А. Н. Рыжих причину частых послеоперационных пневмоний у мужчин при брюшных операциях видит в изменении брюшного типа дыхания в грудной, к которому воздухоносные пути мужчин мало приспособлены. Проф. М. О. Фридланд основную причину послеоперационных пневмоний видит в множественных эмболиях сосудов малого круга кровообращения. Кроме того в прениях приняли участие д-ра Б. В. Огнев и П. Н. Маслов и проф. В. Л. Боголюбов. Секретарь С. Смирнов.

Заседание 26/III.

Д-р А. Л. Августинов демонстрировал случай *оперативного лечения перелома шейки бедра*. Больной К., 46 лет, стеклодав, 7½ мес. тому назад во время пожара упал с лестницы, причем произошел перелом шейки правого бедра, не сросшийся за все это время. На рентгенограмме—широкая щель на месте перелома со значительным смещением костей. Правое бедро укорочено на 2 сант. Операция—вбивание аутопластического (из tibia) костного призматического гвоздя через trochanter major вглубь до подхрящевой зоны головки при отведенном положении бедра. Покойное положение в кровати без всякой повязки. На рентгенограмме в настоящее время (через 1½ мес. р. о.) заметно, что трансплантат частью резорбируется по линии бывшего перелома шейки, и имеется сращение отломков, которые вплотную прилежат друг к другу. Объем движений у больного значительно приблизился к норме, боли при ходьбе незначительны.—В прениях проф. П. М. Красин заметил, что он видел в клинике проф. Delbet (Париж) лечение переломов шейки бедра при помощи вбивания металлического гвоздя; проф. К. интересуется узнать, как корригируется направление вколачивания трансплантата, и не является ли работа долотом несколько грубою для устройства канала. Проф. В. Л. Боголюбов указал, что описанный докладчиком прием аналогичен т. наз. Knochenbolzung, применяемому при артродезах. Интересна здесь окончательная судьба штифта. Повидимому, впоследствии происходит рассасывание трансплантата. Проф. М. О. Фридланд указал, что не так важна первичная фиксация трансплантата, сколько вызываемое им биологическое раздражение костной ткани, которое ведет к пластическим отложениям, являющимся главным моментом в развитии сращения отломков. Преимущество долота то, что оно более травматизирует и вызывает биологическое раздражение. Д-р А. Н. Рыжих указал на малую успешность консервативных методов лечения переломов шейки бедра и видит трудность операции в правильной установке линии трохантера и головки.

Д-р Б. В. Огнев: *О коллатеральном кровообращении сердца при перевязке а. coronariae cordis sin. на животных*. Докладчиком был продемонстрирован ряд стереоскопических снимков и препаратов сердца после перевязки коронарных сосудов последнего. Им изучались коллатеральные пути указанного органа, для чего животные после операции оставались на различные сроки. Три собаки были оперированы по два раза, причем первая перевязка сосудов делалась более низко, а когда уже были подготовлены коллатерали, то вторично делалась более высокая перевязка сосудов (все 3 собаки выжили). Артерии перевязывались с одноименными венами. В заключение была продемонстрирована собака, перенесшая две операции—более низкую и более высокую перевязку коронарных сосудов.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов и П. М. Красин.

Д-р Б. А. Остроумов: *К вопросу о применении алкоголя в хирургии*. Разобрав литературу вопроса, докладчик поделился своими случаями химической перерезки нервов (алкоголизации). У 8 больных с подозрением на язву желудка,

причем язва, однако, не была обнаружена, была произведена алкоголизация малого сальника. В каждом случае употреблялось от 10,0 до 30,0 80° алкоголя. После того боли, бывшие до операции, исчезли и в одном случае отсутствовали еще спустя 1 г. и 3 мес. Лишь у одного больного боли не прошли вследствие явлений перигастрита и перидуоденита, а может быть, и потому, что в этом случае было выпрыснуто только 10,0 алкоголя. Из 2 случаев самопроизвольной гангрены смачивание 80° алкоголем а. femoralis в одном случае боли исчезли, в другом дело кончилось ампутацией. В одном случае опрыскивания II ветви тройничного нерва докладчик видел успех. Из участвовавших в прениях по докладу проф. М. О. Фридланд заметил, что он видел лучший и более продолжительный эффект от метода алкоголизации, чем от операции Legische'a, так как алкоголь лучше и глубже может проникнуть и пропитать адвентицию. Проф. П. М. Красин в своих немногих случаях применения алкоголизации получил, напротив, отрицательные результаты и сомневается в том, чтобы алкоголь, вызывающий свертывания белков, мог проникать глубже. Д-р С. А. Смирнов интересуется, не служит ли алкоголизация малого сальника предрасполагающим моментом для образования язв желудка, так как здесь нарушается вегетативная нервная система, а это является одним из этнологических факторов образования язв. Д-р А. Н. Рыжих объясняет неодинаковые результаты, получаемые при операции Legische'a и смачивании бедренной артерии алкоголем, различным распределением констрикторов. У ряда субъектов констрикторы находятся в адвентиции, чем и объясняется благоприятный результат операции Legische'a, у других же констрикторы распределяются преимущественно в области п. ischiadici; в этих случаях нельзя ожидать результата от денудации или алкоголизации а. femoralis. Проф. В. Л. Боголюбов, основываясь на особенно хороших результатах, получаемых при алкоголизации малого сальника, предлагает расширить показания к ней, именно, применять алкоголизацию во всех случаях болей при отсутствии органических изменений со стороны органов брюшной полости (малый сальник, брыжейка, мезосолон, связки).

Д-р Д. Н. Федоров: *К хирургической патологии семенных кист (spermatocoele)*. После разбора патогенеза, этиологии и диагностики кист рудиментарных образований яичка и его придатка докладчик сообщил свой случай spermatocoele, относящийся к мужчине 31 года, у которого была удалена семенная киста в 7×10 величиною, имевшая форму груши и весившая 187,0. Содержала она 184 к. с. опалесцирующей жидкости с большим количеством сперматозоидов (17 в поле зрения), лейкоцитами и цилиндрическим эпителием. Жидкость была без запаха, имела уд. вес 1006, была нейтральной реакции. Под микроскопом в стенке кисты были найдены каналы, напоминающие v. efferentia и duct. epididymis, имелся также ход почти тождественный с просветом канала appendix'a testis. Докладчик считает эту кисту развившеюся из v. abberans sup. и уже вторично вовлекшую в растяжение канал придатка и v. efferentia.—По поводу доклада сделал замечания проф. В. Л. Боголюбов. Секретарь секции д-р П. Л. Циммерс.

Венерологическая секция.

Заседание 23 II.

Пр.-доц. Н. Н. Яснитский: *Современное состояние учения о врожденном сифилисе*. Доклад будет полностью напечатан «К. М. Ж.».—В прениях выступали д-ра Вайнштейн, Ашанин и проф. Пильнов.

Заседание 30 III.

Н. Н. Чумаков демонстрировал больного с пендинской язвой тыла правой кисти, ладонной поверхностью нижнего отдела левого предплечья и передней поверхности левой голени, а также найденные в этом случае тельца лейшмании.—Прения: д-ра Миряи, Кондратьев, Батунин и прив.-доц. Яснитский.

Он же демонстрировал больного с *lupus vulgaris* с локализацией процесса в области носа (с зарощением носовых отверстий), верхней (разрушенной процессом) и нижней губ, слизистой рта и десны, нижней челюсти, подбородка, левого уха, шеи и правой ягодицы.—В прениях по докладу приняли участие д-р Евдокимов и прив.-доц. Яснитский.

П. А. Кугушев демонстрировал больного с *tuberculosis cutis verrucosa* и гистопатологические препараты данного случая.—Прения: д-ра Биккенин и Батунин.

А. В. Вайнштейн и С. Я. Голосовкер: *Дальнейшие наблюдения над лечением раннего сифилиса прививками рекуррента*. Под наблюдением авторов в течение 2 лет было 84 случая первичного, раннего и серопозитивного латентного lues'a, леченных прививками европейского рекуррента, (штаммом проф. Аристовского в Казани). В одной группе (57 чел.) соблюдалась методика Kugle,—больные предварительно получали 3,0 Нео (в обычных дозах, с обычными промежутками), в другой (27 чел.) предварительной сальварсанизации не производились. Дополнительно обе группы получали Нео. Из первой группы прививка удалась в 39 случаях, из второй—во всех. Таким образом предварительная сальварсанизация вредно действует на исход прививок, что можно объяснить длительной задержкой мышьяка в организме и сальварсанолабильностью штамма Аристовского. Прививалась суточная культура в дозе 0,1—1,15. Клинически действие привитого рекуррента у больных без предварительной сальварсанизации сказывалось в исчезновении бледной спирохеты и обратном развитии сифилидов во время 1-го приступа. Отмечалось также легкое течение рекуррента у сифилитиков. В выводах авторы указывают, что прививка возвратного тифа особенно показана в латентных резистентных случаях; желательны наблюдения относительно целесообразности ее применения и в ранних стадиях сифилиса; прививка должна проводиться только в клинической обстановке.—В прениях М. Батунин указал на то, что автором принадлежит первенство в С. С. С. Р. в лечении раннего сифилиса прививками возвратного тифа, причем они делают более осторожные выводы на этот счет, чем в первых своих сообщениях, сделанных на I Поволжском Съезде.

Секретарь М. Батунин.

Х р о н и к а.

96) В качестве кандидата на вакантную кафедру хирургической патологии в Казанском Университете Медфаком этого университета 30/III единогласно избран профессор П. М. Краси н, занимающий ныне кафедру оперативной хирургии в Казанском У-те.

97) Медфаком Казанского Университета в заседании 30/III удостоен звания приват-доцента акушерства и женских болезней д-р Н. Н. Чукалов.

97) 31 марта закончился конкурс на освободившуюся со смертью проф. С. С. Зимицко го кафедру пропедевтической терапевтической клиники Казанского У-та, причем желающих принять участие в конкурсе оказалось лишь двое. Решено просить о продлении конкурса.

99) Медфаком Казанского Университета 30/III т. г. признана трудом высокой научной квалификации работа д-ра А. Н. Полякова «К учению о гемоглобине. Гемоглобин лошадиной крови и некоторые продукты его распада».

100) В то время, как у нас почти ежегодно возникают новые университеты, некоторые из старых, к сожалению, буквально разваливаются. В свое время мы уже отмечали официально установленное опасное положение Факультетской Терапевтической клиники Казанского Университета, потолок которой грозит обвалом. «Уже более 3 лет,—по сообщению «Красной Татарии» (1928 г., № 74),—стало грозить быстрое разрушение» и Областной Советской больницы (бывш. Шамовской), где помещаются Госпитальная Терапевтическая, Госпитальная Хирургическая и Пропедевтическая клиники Университета. «В декабре 1927 г.—говорит газета—комиссия обследовала больницу и признала, что недалек тот момент, когда больница эта (расположенная на горе) вместе с больными поползет под гору и будет потеряна навсегда для Казани». Давно уже обнаруживавшаяся в главном здании больницы трещина с каждым годом становится все шире.

101) В Казани, по инициативе пр.-доц. Р. Я. Гасуля, организовано Общество Рентгенологов и Радиологов, первое заседание которого состоялось 26 IV.

102) Совнарком РСФСР постановил: 1) что медработники психиатрических учреждений, непосредственно обслуживающие душевнобольных, в случае профессиональных заболеваний приравняются в отношении обеспечения в порядке социального страхования к лицам, утратившим трудоспособность вследствие увечья; 2) что врачам, работающим в психиатрических больницах, предоставляется не реже, чем через каждые 5 лет службы, научные командировки для дальнейшего научного усовершенствования, сроком не менее, чем на 3 месяца, за счет НКЗ'ва; 3) что

дети медицинских работников, проработавших в психиатрических учреждениях не менее 3 лет, приравниваются в отношении приема в учебные заведения к детям лиц физического труда.

103) Раз'яснено, что научные работники, не состоящие членами союза Рабпрос, а, напр., членами союза Всемедсантруд, не могут быть членами секции научных работников, но берутся бюро секции на особый учет и обслуживаются секцией только по линии Цекубу. Работники эти могут принимать участие в общих собраниях членов секции научных работников по вопросам, связанным с помощью со стороны Цекубу, с решающим голосом. По линии же профессиональной и производственной они обслуживаются тем союзом, членами которого состоят. (В Совр. М., 1928, № 7).

104) НКтруд раз'яснил, что врачи, занимающие фельдшерские должности, при наличии предложений занять врачебные должности на участках, могут быть снимаемы с фельдшерских должностей.

105) Постановление Малого Совнаркома, разрешающее врачам совместительство в государственных и частных лечебных заведениях, обжаловано НКЗ'м и НКтрудом в большой Совнарком.

106) Наркомфин РСФСР раз'яснил, что, согласно постановлению Совнаркома, местные исполкомы обязаны предоставлять квартиры в наемных помещениях не только врачам, но и всему квалифицированному участковому медперсоналу в тех случаях, когда для них не имеется квартир при лечебных учреждениях.

107) Органам Наркомтруда и НКРКИ поручено проверить выполнение постановлений правительства об улучшении правовых и материальных условий труда медперсонала в провинции.

108) НКЗ РСФСР вошел в Совнарком с ходатайством о предоставлении женщинам 10-дневного отпуска после аборта.

109) Считаю потребление горячего черного хлеба вредным для здоровья, НКВнудел и НКЗ постановили, чтобы продажа последнего производилась не ранее, как через 4 часа после его выпечки.

110) Главпрофобром утверждены твердые штаты и оклады для Медфака Томского Университета. Ставка профессора установлена в 325 руб. в месяц, старшего ассистента—160 руб., младшего ассистента—130 руб., ординатора—90 руб.

111) НКЗ УССР разослал циркуляр, обращающий внимание на необходимость широкой популяризации противозачаточных средств в целях сокращения растущего числа абортов. Ознакомление женщин с этими средствами должно быть производимо в консультациях для беременных, а также в родильных домах, гинекологических отделениях больниц и в сельских медучастках.

112) Наркомтруд и Наркомздрав разработали проект нового положения об экстернах. Число последних ограничено двумя на одного штатного врача. Экстернатура будет предоставляться врачам, имеющим штатную службу в госучреждении, но не имеющих возможности по роду своей службы повысить свою квалификацию (амбулаторные, страховые врачи, врачи скорой помощи и пр.). Из безработных врачей экстернатура будет предоставляться лишь тем, которые состоят на учете биржи труда и по уважительным причинам не могут выехать для работы. Срок экстернатуры определен не свыше 3 лет.

113) До сих пор врачи, получавшие стипендии в ВУЗ'ах, могли освободиться от связанных с получением стипендий обязательств, возвратив в казну понесенные государством на их образование расходы. В настоящее время НКЗ возбудил перед Совнаркомом ходатайство о том, чтобы это право было ограничено лишь исключительными случаями. Кроме того НКЗ проектирует, чтобы дипломы врачей - стипендиатов по окончании ими курса выдавались не им на руки, а органам здравоохранения, ведающим распределением врачей; на руки же последним дипломы проектируется выдавать лишь после того, как врачи отслужат за стипендию обязательный срок.

114) Средняя стоимость обучения в медвузах, по вычислению Главпрофобра, равняется 315 руб. в год (вычисление это сделано в связи с отказом многих врачей-стипендиатов от трудового возмещения расходов, понесенных государством на содержание их в медвузах).

115) Ленинградский Институт для усов. врачей приступил к организации «выездных курсов». В провинцию, по предварительному соглашению, из Ленинграда будут выезжать профессора и преподаватели, которые и будут проводить кратковременные занятия с врачами на местах.

116) На весенний семестр в Ленинградский Институт для усов. врачей съехалось 920 врачей.

117) 15 января 1928 г. в Томске состоялось торжественное открытие Томского Гос. Института для усов. врачей. Во главе Института поставлен М. И. Баранов. К 25/1 в Институт прибыло из разных местностей 65 врачей-курсантов, в том числе 22 женщины.

118) Минский Университет в тек. уч. году проделал большую работу в области белоруссизации. Число студентов-белоруссов увеличилось в этом году на 3,7% и достигает 1004 чел. Преподавание на первых 2 курсах производится на белорусском языке.

119) По сообщению «Вр. Дела» в Ленинграде биржей труда было вызвано на работу в провинцию 600 безработных врачей. Хотя вызываемым предлагались хорошие материальные условия (150—250 руб. жалованья в месяц), из 600 чел. согласились ехать лишь 60. Вообще борьба с нежеланием врачей ехать на участки принимает у нас характер настоящей сизифовой работы. Очевидно, против этого зла нужно принять решительные меры и прежде всего—выяснить, анкетным путем, какие причины побуждают безработных врачей не ехать на участки, предпочитая голодать в городах, а во-вторых, узнав эти причины, принять действительные (а не бумажные) меры к их устранению.

120) Ученики и ученицы двух старших групп школы 2-й ступени в г. Фрунзе получили недавно категорический приказ явиться в венерологическую амбулаторию, где и были подвергнуты специальному обследованию, причем мальчиков исследовали врачи-венерологи, девочек—женщины-врачи. По этому поводу НКЗ РСФСР разъяснил, что установление связи вендиспансера со школой должно осуществляться исключительно через школьную санитарную организацию.

121) В Москве предполагается выстроить дом специально под общежитие для врачей, командированных сюда на различные курсы для усовершенствования.

122) В Москве, именно в Замоскворечье, открывается первая вытрезвительная камера на 40 коек для лиц, находящихся в состоянии сильного опьянения. Подобные же камеры будут открыты и в других районах Москвы.

123) В Москве открывается платный диспансер для лечения курильщиков, желающих отвыкнуть от табаку.

124) Обследование обнаружило, что в селах и станицах Дона живут около 150 прокаженных, предоставленных самим себе и не лечащихся (Вр. Г., 1928, № 5).

125) Международный Конгресс по профессиональным болезням состоится в 1929 г., с 3 по 6 апреля, в Лионе (Франция). Программными вопросами будут 1) вопрос о силикозе и пнеймококкконйозе, 2) вопрос о профессиональной катаракте и 3) вопрос об эндокринном аппарате и отравлениях. Членский взнос—20 франк. золотом¹⁾.

126) Всесоюзный Съезд Ото-ларингологов состоится в Одессе с 28 по 31 августа 1929 г.

127) Вопрос об устройстве в Астрахани, в 1929 г., Поволжского Съезда Врачей разрешен в положительном смысле.

128) 17/XI тек. года исполняется 45-летие врачебной, ученой и преподавательской деятельности одного из старейших отечественных акушеров, профессора Василия Васильевича Строгонова, приобретшего себе мировую известность своим способом лечения эклампсии. Редакция «Каз. Мед. Ж.» горячо приветствует маститого юбиляра и искренне желает, чтобы неутомимая деятельность его на научном поприще продолжалась еще многие годы.

129) В Кишиневе недавно скончался, от рака легких, известный хирург проф. Сапегко.

130) Согласно новому распоряжению студенты в германских университетах должны будут до сдачи полудекарских испытаний прослушать не 4 семестра, как теперь, а 5. Другими словами говоря, в Германии изучение теоретических, основных дисциплин не суживается, как у нас, а напротив, значительно расширяется.

131) В Англии организовано 9 „клиник для предупреждения беременности“, где женщинам даются врачами советы относительно наилучших способов предохранения от зачатия.

132) На 100 тыс. населения ежегодно умирает от рака, оказывается, в Венгрии 45,5 чел., в Испании—52,3, в Японии—64,5, в Италии—65,2, в Соед. Шта-

¹⁾ Интересно, что в циркуляре Оргкомитета, присланном в нашу редакцию, упомянуты Австралия, Южная Африка, Аргентина и пр., но СССР не упомянут.

дети медицинских работников, проработавших в психиатрических учреждениях не менее 3 лет, приравниваются в отношении приема в учебные заведения к детям лиц физического труда.

103) Раз'яснено, что научные работники, не состоящие членами союза Рабпрос, а, напр., членами союза Всемедсантруд, не могут быть членами секции научных работников, но берутся бюро секции на особый учет и обслуживаются секцией только по линии Цекубу. Работники эти могут принимать участие в общих собраниях членов секции научных работников по вопросам, связанным с помощью со стороны Цекубу, с решающим голосом. По линии же профессиональной и производственной они обслуживаются тем союзом, членами которого состоят. (В Совр. М., 1928, № 7).

104) НКтруд раз'яснил, что врачи, занимающие фельдшерские должности, при наличии предложений занять врачебные должности на участках, могут быть снимаемы с фельдшерских должностей.

105) Постановление Малого Совнаркома, разрешающее врачам совместительство в государственных и частных лечебных заведениях, обжаловано НКЗ'м и НКтрудом в большой Совнарком.

106) Наркомфин РСФСР раз'яснил, что, согласно постановлению Совнаркома, местные исполкомы обязаны предоставлять квартиры в наемных помещениях не только врачам, но и всему квалифицированному участковому медперсоналу в тех случаях, когда для них не имеется квартир при лечебных учреждениях.

107) Органам Наркомтруда и НКРКН поручено проверить выполнение постановлений правительства об улучшении правовых и материальных условий труда медперсонала в провинции.

108) НКЗ РСФСР вошел в Совнарком с ходатайством о предоставлении женщинам 10-дневного отпуска после аборта.

109) Считал потребление горячего черного хлеба вредным для здоровья, НКВнудел и НКЗ постановили, чтобы продажа последнего производилась не ранее, как через 4 часа после его выпечки.

110) Главпрофобром утверждены твердые штаты и оклады для Медфака Томского Университета. Ставка профессора установлена в 325 руб. в месяц, старшего ассистента—160 руб., младшего ассистента—130 руб., ординатора—90 руб.

111) НКЗ УССР разослал циркуляр, обращающий внимание на необходимость широкой популяризации противозачаточных средств в целях сокращения растущего числа абортов. Ознакомление женщин с этими средствами должно быть производимо в консультациях для беременных, а также в родильных домах, гинекологических отделениях больницы и в сельских медучастках.

112) Наркомтруд и Наркомздрав разработали проект нового положения об экстернах. Число последних ограничено двумя на одного питатного врача. Экстернатура будет предоставляться врачам, имеющим штатную службу в госучреждении, но не имеющих возможности по роду своей службы повысить свою квалификацию (амбулаторные, страховые врачи, врачи скорой помощи и пр.). Из безработных врачей экстернатура будет предоставляться лишь тем, которые состоят на учете биржи труда и по уважительным причинам не могут выехать для работы. Срок экстернатуры определен не свыше 3 лет.

113) До сих пор врачи, получавшие стипендии в ВУЗ'ах, могли освободиться от связанных с получением стипендий обязательств, возвратив в казну понесенные государством на их образование расходы. В настоящее время НКЗ возбудил перед Совнаркомом ходатайство о том, чтобы это право было ограничено лишь исключительными случаями. Кроме того НКЗ проектирует, чтобы дипломы врачей-стипендиатов по окончании ими курса выдавались не им на руки, а органам здравоохранения, ведающим распределением врачей; на руки же последним дипломы проектируется выдавать лишь после того, как врачи отслужат за стипендию обязательный срок.

114) Средняя стоимость обучения в медвузах, по вычислению Главпрофобра, равняется 315 руб. в год (вычисление это сделано в связи с отказом многих врачей-стипендиатов от трудового возмещения расходов, понесенных государством на содержание их в медвузах).

115) Ленинградский Институт для усов. врачей приступил к организации «выездных курсов». В провинцию, по предварительному соглашению, из Ленинграда будут выезжать профессора и преподаватели, которые и будут проводить кратковременные занятия с врачами на местах.

116) На весенний семестр в Ленинградский Институт для усов. врачей съехалось 920 врачей.

117) 15 января 1928 г. в Томске состоялось торжественное открытие Томского Гос. Института для усов. врачей. Во главе Института поставлен М. И. Баранов. К 25/1 в Институт прибыло из разных местностей 65 врачей-курсантов, в том числе 22 женщины.

118) Минский Университет в тек. уч. году проделал большую работу в области белоруссизации. Число студентов-белоруссов увеличилось в этом году на 3,7% и достигает 1004 чел. Преподавание на первых 2 курсах производится на белорусском языке.

119) По сообщению «Вр. Дела» в Ленинграде биржей труда было вызвано на работу в провинцию 600 безработных врачей. Хотя вызываемым предлагались хорошие материальные условия (150—250 руб. жалованья в месяц), из 600 чел. согласились ехать лишь 60. Вообще борьба с нежеланием врачей ехать на участки принимает у нас характер настоящей сизифовой работы. Очевидно, против этого зла нужно принять решительные меры и прежде всего—выяснить, анкетным путем, какие причины побуждают безработных врачей не ехать на участки, предпочитая голодать в городах, а во-вторых, узнав эти причины, принять действительные (а не бумажные) меры к их устранению.

120) Ученики и ученицы двух старших групп школы 2-й ступени в г. Фрунзе получили недавно категорический приказ явиться в венерологическую амбулаторию, где и были подвергнуты специальному обследованию, причем мальчиков исследовали врачи-венерологи, девочек—женщины-врачи. По этому поводу НКЗ РСФСР разъяснил, что установление связи вендиспансера со школой должно осуществляться исключительно через школьную санитарную организацию.

121) В Москве предполагается выстроить дом специально под общежитие для врачей, командированных сюда на различные курсы для усовершенствования.

122) В Москве, именно в Замоскворечье, открывается первая вырезательная камера на 40 коек для лиц, находящихся в состоянии сильного опьянения. Подобные же камеры будут открыты и в других районах Москвы.

123) В Москве открывается платный диспансер для лечения курильщиков, желающих отвыкнуть от табаку.

124) Обследование обнаружило, что в селах и станицах Дона живут около 150 прокаженных, предоставленных самим себе и не лечащихся (Вр. Г., 1928, № 5).

125) Международный Конгресс по профессиональным болезням состоится в 1929 г., с 3 по 6 апреля, в Л. Лионе (Франция). Программными вопросами будут 1) вопрос о силикозе и пневмококконозисе, 2) вопрос о профессиональной катаракте и 3) вопрос об эндокринном аппарате и отравлениях. Членский взнос—20 франк. золотом¹⁾.

126) Всесоюзный Съезд Ото-ларингологов состоится в Одессе с 28 по 31 августа 1929 г.

127) Вопрос об устройстве в Астрахани, в 1929 г., Поволжского Съезда Врачей разрешен в положительном смысле.

128) 17/XI тек. года исполняется 45-летие врачебной, ученой и преподавательской деятельности одного из старейших отечественных акушеров, профессора Василия Васильевича Строганова, приобретшего себе мировую известность своим способом лечения эклампсии. Редакция «Каз. Мед. Ж.» горячо приветствует маститого юбиляра и искренне желает, чтобы неутомимая деятельность его на научном поприще продолжалась еще многие годы.

129) В Кишиневе недавно скончался, от рака легких, известный хирург проф. Сапелко.

130) Согласно новому распоряжению студенты в германских университетах должны будут до сдачи полудекарских испытаний прослушать не 4 семестра, как теперь, а 5. Другими словами говоря, в Германии изучение теоретических, основных дисциплин не суживается, как у нас, а напротив, значительно расширяется.

131) В Англии организовано 9 „клиник для предупреждения беременности“, где женщинам даются врачами советы относительно наилучших способов предохранения от зачатия.

132) На 100 тыс. населения ежегодно умирает от рака, оказывается, в Венгрии 45,5 чел., в Испании—52,3, в Японии—64,5, в Италии—65,2, в Соед. Шта-

¹⁾ Интересно, что в циркуляре Оргкомитета, присланном в нашу редакцию, упомянуты Австралия, Южная Африка, Аргентина и пр., но СССР не упомянут.

тах—74,7, во Франции—78,4, в Германии—87,1, в Норвегии—95,6, в Англии—97,6, в Голландии—106,4, в Швейцарии—124,3. За 20 лет смертность от рака увеличилась в Соед. Штатах с 74,5 в 1906 г. до 140 в 1926 г.

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

12) а) Есть-ли в СССР препарат Witte-Repton? б) Если есть, то нашего или заграничного производства? в) Где его приобрести? г) Цена? д) Есть-ли, или предполагается-ли, выпустить его в стерильном растворе в ампулах?

Ответ: Witte-Repton изготовляется германской фирмой Merck. У нас в России своего производства Witte-Repton'a не имеется. Цена его—приблизительно 6 руб. кило. Ампул стерильного раствора Witte-Repton'a пока не имеется, но об изготовлении таковых возбуждено ходатайство перед Наркомздравом РСФСР.

И. Дайзовский.

13) Прошу сообщить а) подробную технику вправления вывиха плечевого сустава по способу проф. Джанелидзе, б) какие имеются на русском языке руководства по вывихам и переломам, где техника иллюстрируется рисунками.

Подписчик № 2109.

Ответ: Техника вправления вывиха плечевого сустава по Джанелидзе уже описана мною, согласно запросу другого подписчика, в № 12 «Журнала» за 1927 г. Что касается второго вопроса, то на русском языке имеется хорошее руководство с иллюстрациями: Поленов. *Основы практической травматологии*. Изд. КУБУЧ. Ленинград. 1927. Цена 5 руб. В этой книге вывихам посвящена VIII глава, а переломам—главы IX и частью X, XI и XII. Специально о переломах трактует книга: Вегнер. *Переломы и их лечение*. Госиздат. 1927. Цена 4 руб. Из более старых хороша книга Boskenheimer'a *Руководство к лечению переломов*. Москва. 1911. Цена 2 руб. 10 к.

Проф. М. Фридланд.

14) а) Имеются-ли какие-нибудь строго обоснованные данные о назначении прерывания беременности при наличии ретинита? б) Как поступить, если ретинит обнаружен за неделю до предполагаемых родов,—следует-ли немедленно вмешаться?

И. Августевич.

Ответ: Поскольку каузальным моментом при возникновении и развитии ретинита являются те физико-химические изменения клеток и соков организма беременной женщины, которые обуславливаются самым фактом беременности,—прерывание этой последней должно рассматриваться в качестве рационального причинного метода лечения ретинита. В отношении ретинитов, обнаруженных в первые шесть месяцев беременности, мнения авторов сходятся на необходимости немедленного прерывания беременности. Что касается более поздних сроков беременности, то воззрения авторов различны: большинство и здесь считает показанным немедленное прерывание беременности; некоторые (Axenfeld, Ahlström) считают, однако, необходимым индивидуализировать отдельные случаи; наконец, третьи (Seitz) рекомендуют выжидательный образ действия. Конкретно по поводу запрашиваемого случая можно бы рекомендовать выжидательный образ действия, если, конечно, не было в наличии таких, напр., тяжелых повреждений органа зрения, как отслойка сетчатки. Литературу см. Novak в Halban-Seitz Biol. u. Path. d. Weib., Bd. V, T. 3.

Проф. А. Тимофеев.

15) Прошу сообщить, откуда можно выписать препараты проф. Тушнова тестолизат, овариолизат и лютеолизат?

Подп. Шиврин.

Ответ: Для получения тестолизата и овариолизата обратитесь по адресу: Казань, Ветеринарный Институт, Бактериологическая Лаборатория. Цена флакона—1 руб. 25 коп. Иногородним то и другое средство могут быть высланы наложенным платежом. При заказе не менее 5 флаконов пересылка бесплатно.

Ред.

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

ADALIN

надежно действующее снотворное и успокаивающее средство

при нервных расстройствах различного происхождения.

Оригинальная упаковка „Bayer“.

В коробках: по 10 и 25 гр. порошком.

В труб.: по 10 и 20 табл. по 0,5 гр.

ALBARGIN

(Antigonorrhoeicum)

действует сильно бактерицидно, не раздражает, легко растворяется.

Оригинальная упаковка „Höchst“.

Флаконы по 10, 25, 50 и 100 гр.

Генеральное представительство для СССР:

IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H. Berlin NW 7.

**В Москве представители ИГЕРУССКО при
Русско-Германск. Торг. Акц. 0-ве, Москва 9, Тверская, 34.**

Образцы по требованию лечущих учреждений бесплатно.
Л и т е р а т у р а к у с л у г а м в р а ч е й.
Обращаться к представителям Игерусско в Москве.

Вышла из печати и поступила в продажу новая книга:

Prof. Rud. v. JASCHKE,

ординарный профессор и директор Акушерско-Гинекологической
Университ. клиники в Гиссене

ГИНЕКОЛОГИЯ

в двух частях—общая и специальная, 200 стр. 39 рисунк. Перев.
с последнего 9-го немецкого издания *д-ра Л. Е. Шварцмана*. Под
редакцией и с предисловием *проф. К. К. Скробанского*. Цена
2 р. 65 к. Высылается наложенным платежом по получении за-
датка не менее 50 коп. (можно марками).

Издательство КУБУЧ, Ленинград, Мойка, 53. Тел. 1-41-78 и 2-45-22.

САРАТОВСКИЙ ВЕСТНИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Орган Саратовского Губернского Отдела Здравooхранения и Научной Ассоциации
врачей. Год издания IX.

Журнал выходит ежемесячно, объемом в 5—6 листов и издается под редакцией
коллегии при Саратовском Губздраве в составе: д-ра *Г. С. Немсадзе*, д-ра *А. К.
Мартынова*, проф. *В. И. Разумовского*, проф. *С. Н. Никанорова*, д-ра *Г. А.
Лавидуса*, д-ра *Л. А. Мукосеева*, д-ра *З. Д. Исковой-Василевой* и секретарей
д-ров *Шустермана И. Б.* и *Рабиновича И. М.* Программа: 1) Оригинальные
работы (главным образом по научно-практической и общественной медицине). 2)
Научные обозрения (рефераты, авторефераты и рецензии). 3) Профессиональное
движение среди медработников. 4) Санитария и эпидемиология. 5) Санитарная
охрана труда. 6) Хроника. 7) Из жизни местных научных обществ. 8) Обзоры,
рефераты, рецензии. 9) Уголок вопросов и ответов. 10) Официальная часть.
Адрес: Саратов. Губздравотдел, редакции журнала «Саратовский Вестник Здра-
воохранения». Подписная плата: на год с пересылкой 8 руб., на 6 мес. 5 руб.

„СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ“.

Журнал посвящен вопросам научной, практической и общественной медицины,
профессиональной жизни и врачебного быта.

Отделы журнала: 1) Строительство дела здравоохранения; 2) Лечебная медицина;
3) Санитарно-Профилактический; 4) Курортное дело; 5) Экспертиза и Судебная
Медицина; 6) Профессиональная жизнь и врачебный быт; 7) Официальный; 8)
Съезды, конференции и совещания; 9) Рецензии, рефераты и библиография; 10)
Хроника здравоохранения. Ответственный редактор *В. М. Мухин*. Подписная
плата: на 1 год—8 руб., на 6 месяцев—4 р. 50 к., на 3 месяца—2 р. 50 к., отдель-
ный номер—1 руб., участковым и санитарным врачам: на 1 год—4 р., на 6 меся-
цев—2 р. 50 к., на 3 месяца—1 р. 50 к., отдельный номер—50 к. Книжным мага-
зинам обычная скидка. Адрес редакции журнала: Ростов н-Д., Никольская ул.,
№ 118. По всем справкам следует обращаться по адресу редакции к секретарю
редакции *Григорьеву А. А.*

ПРАВЛЕНИЕ ТАТАРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ТОРГОВЛИ МЕДИМУЩЕСТВОМ

„ТАТМЕДТОРГ“

в г. Казани (Поп.-Чернышевская ул., дом № 15, здание
Татнаркомздрава),

ПРЕДЛАГАЕТ ИЗ СВОИХ АПТЕК И МАГАЗИНОВ:

АПТЕКАРСКИЕ ТОВАРЫ.

Галеновые препараты, желатиновые капсулы
и перлы своей Химико-Фармацевтической
лаборатории.

РЕАКТИВЫ.

Патентованные препараты: Иекороль, Пертус-
син, Сирулин, Анузоль, Баум-Бенгэ, Гоносан.
Перевязочные материалы. Резиновые изделия.
Предметы для ухода за больными. Оптика:
очки, пенснэ. Пластины для рентгенографии.
Хирургические инструменты и лабораторное
имущество. Зубоврачебные инструменты и
принадлежности. Всевозможные вакцины и
_____ сыворотки. _____

РАДИОАКТИВНАЯ ИЖЕВСКАЯ ВОДА.

СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д^{РА} БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

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

ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.

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

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

Пересылка и упаковка за наш счет.

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылается бесплатно.



ЗАКАЗЫ,
ПИСЬМА
И ДЕНЬГИ
АДРЕСОВАТЬ:

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

ГАЛЕН-МОСКВА

МОСКВА

№ 5
УЛ. ГЕРЦЕНА



ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

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

Высылаются наложенным платежом
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

«Гален»



Москва