

# 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).

**№ 6.**

И Ю Н Ъ.



Уч. 5

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Главлит ТССР № 668.

Заказ № 2575.

Тираж 3500 экз.

---

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

# Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Анатомического Института Казанского Гос. Университета.  
(Заведующий проф. В. Н. Терновский).

## К методике исследования артериальной системы головного мозга \*).

В. И. Бика.

За последние годы Казанский Анатомический Институт страдает из-за отсутствия достаточного количества трупного материала. Для примера укажу хотя бы на то, что в текущем учебном году в Институт было доставлено всего 20 целых трупов взрослых, каковых трупов едва хватило для проведения практических занятий со студентами, для исследовательской же работы преподавательскому персоналу не удалось выделить ни одного трупа. Такой недостаток заставляет нас, работников Института, заниматься путешествиями по секционным кафедрам судебной медицины и патологической анатомии с целью добывания там органов: то кишечника, то почек, то других частей, необходимых для работы или для музея. Добытый таким путем материал мы, конечно, стараемся использовать на все 100%, так же, как и детские трупы.

Одним из весьма ценных и с большим трудом добываемых объектов является для нас головной мозг, представляющий из себя до сих пор еще весьма обширное поле для исследований.

Обычно при изучении рельефа его снимались, да и теперь еще снимаются, мозговые оболочки вместе с ценным и интересным материалом — с сосудами мозга; при изучении же сосудов обычно разрушается мозг, и получается та односторонняя картина, которую мы встречаем в обширной анатомической литературе, посвященной специальному изучению головного мозга.

Все это, т. е. несомненный интерес одновременного исследования головного мозга и его сосудистой сети, а также недостаток материала и трудность его получения — вызвали у нас желание применить в своей работе опубликованные методы одновременного исследования рельефа и артерий мозга.

Судя по имеющейся у нас литературе, Stöltzner впервые сделал попытку одновременного исследования и сохранения того и другого, опубликовав свою методику в 1911 году. Методика эта заключается в следующем: сосуды свежего головного мозга препарируются под водой, причем препаровка ведется со стороны начала какого-либо одного сосуда; выделенный сосуд расправляется на стекле под небольшим слоем воды,

\*) Доложено в Физиологической секции О-ва Врачей при Казанском У-те 4/IV 1927 г.

после чего воде дают испариться, дабы артериальный ствол присох; полученный препарат фиксируют формалином, красят (сначала обработка раствором *argenti nitrici*, потом короткое промывание и восстановление пирогаллолом или квасцовым гэматоксилином), снова сушат и покрывают лаком. Этот метод, однако, не привился у анатомов,—может быть, он остался мало известным, так как был опубликован не в анатомическом, а в неврологическом журнале (*Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*), а может быть,—потому, что при этой методике всей картины артериальной сети головного мозга не получалось.

В 1925 г. д-р Гиндце, ассистент Анатомического Института I Московского Университета опубликовал свою „Методику исследования артерий мозга“. Техника его способа довольно сложна и, я бы сказал,—для нас дорога. Заключается она, в кратких чертах, в следующем: уплотненный в формалине мозг, после промывания в течение  $1\frac{1}{2}$ —2 суток в воде, препарируется под водой в стеклянной ванне (преимущества в смысле коэффициента преломления, лучшего отслаивания оболочек, более легкого расправления сосудов и т. д.), причем крупные сосуды перевязываются разноцветными ниточками, и на предварительно полученном фотографическом снимке отмечаются области распространения их; далее вся масса выделенных сосудов помещается в краску, промывается, расправляется под водой на фанере, покрытой белой бумагой, причем удаляются остатки оболочек, и сосуды укрепляются булавками, лист вынимается из воды, булавки снимаются, препарат помещается между двумя стеклами, куда наливается глицерин, сменяемый раза два три, затем препарат подсушивается, и с него делается фотографический снимок.

Применяя на практике вышеприведенные способы, мы внесли в них, в силу некоторых соображений, ряд изменений. Прежде всего нам сразу же пришлось, к сожалению, отказаться от фотографических снимков, так как на каждый мозг требуется не менее трех снимков, а это нам не по средствам. Далее, в виду того, что препаровка сосудов уплотненного мозга в том виде, как это рекомендует д-р Гиндце (в одной из последних работ он уже отказывается от этого) дает мало удовлетворительные результаты, мы стали пользоваться мозгом, слегка уплотненным в 2%—3% растворе формалина в продолжении 4—6 дней. Для облегчения работы еще до препаровки сосудов мы снимаем осторожно мозговые оболочки, причем, если они снимаются в каких-либо местах с трудом, то эти места смазываются слегка пергидролом, после чего снятие оболочек значительно облегчается. Расправления сосудов в воде мы также не производим—по той простой причине, что артерии головного мозга проходят чрезвычайно извилистый путь,—они то пробегают по периферии мозга, то круто поворачивают и погружаются в глубину той или иной борозды с тем, чтобы через некоторое расстояние снова из нее выйти. Следовательно, каким бы мы способом ни расправляли их на плоскости, все равно углов отхождения и соотношений между отдельными стволами мы не восстановим.

Исключив расправление под водой, мы тем самым получили возможность всю выпрепарованную массу сосудов проводить через глицерин, после чего, расправляя, легко можно освободить сосуды от остатков мозговых оболочек. Затем препарат подсушивается, помещается между двумя стеклами и заклеивается. Крупные сосуды нами тоже отмечаются разно-



цветными шелковинками и описываются, по возможности, области, которые они питают, и борозды, по которым идут.

Изготовление подобного препарата может быть закончено (вместе с уплотнением мозга) в 7—8 дней, а не в месяц, как это требуется при способе д-ра Гиндце. Особого навыка в общем способ не требует, и в настоящее время со мною этим способом работают студенты Чинарева и Созонов, у которых результаты получаются вполне удовлетворительные.

Такая препаровка сосудов не отражается на целостности вещества головного мозга, и в конечном итоге мы имеем перед глазами и мозг, и его артериальную систему. Конечно, этот способ нечужд целого ряда недостатков, которые в свое время отметил и д-р Гиндце: препарат сосудов при нем получается плоский, пространственные отношения бывают нарушены, нельзя проследить окончаний сосудов и анастомозов. Но вместе с тем данному способу присущ и целый ряд достоинств: во-первых, при помощи этого метода мы имеем возможность сохранить полностью вещество головного мозга и в значительной степени его артериальную систему; во-вторых, имея на руках серию подобных препаратов, мы можем говорить о взаимоотношениях между формой черепа, мозгом и артериальной системой в смысле типа ее ветвления; в-третьих, описанный способ дает возможность выяснить, имеется-ли, например, наследственная передача формы и типа ветвления сосудов, имеются-ли расовые отличия в артериальной системе мозга, наконец, имеется-ли связь между теми или иными вариантами артериальной системы головного мозга и психическими свойствами его обладателей.

---

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Гиндце Б. К. К вопросу об изучении мозга выдающихся людей. Сборник, посв. проф. Г. И. Россолимо. М. 1925.—2) Он же. Артерии головного мозга армянского поэта О. Туманьяна. Рус. Антроп. Журнал, 1924, т. 13, вып. 3—4.—3) Он же. Die Hirnarterien einiger hervorragender Persönlichkeiten. Anat. Anz., 1926.—4) Stoeltzner W. Eine neue Methode der Präparation von Gehirn-Arterien. Monat. für Psychiatrie und Neurologie, 1911, Bd. XXIX.
-

## О содержании гемоглобина в оттекающей крови надпочечных желез.

Н. В. Пучкова.

Как известно, Th. Addison в своей знаменитой книге называет симптомокомплекс, который получается в результате заболевания надпочечных желез, „идиопатической анемией“, так как одним из главных симптомов при нем бывает, как выражается сам Addison, „обеднение кровью“<sup>1)</sup>. Впоследствии различными другими авторами<sup>2)</sup> было установлено, что в данном случае имеется понижение количества красных кровяных телец, достигающее иногда весьма значительной степени.

Влияние надпочечных желез на состав форменных элементов и пигмента крови привлекало к себе внимание многих исследователей. Так, Auld, исследуя эти железы гистологически, видел в них „большое количество красных кровяных телец внутри клеток внутренней части коры надпочечников, в различных стадиях регрессивного метаморфоза“. Он думает, что клетки этой зоны обладают фагоцитирующими свойствами по отношению к эритроцитам, и что функция надпочечников заключается в разрушении определенного класса красных кровяных телец. По его предположению здесь происходит не только разрушение пигмента, но и стромы, каковое действие он приписывает содержащимся в надпочечниках особым ферментам.

Почти к такому же взгляду, как и Auld, пришел, в 1924 г., Н. Reil. Исходя из своих морфологических исследований, этот автор определял вес надпочечных желез в различные периоды внутриутробной и внеутробной жизни, изучал строение сосудистой сети их, исследовал их химическим способом и в конце концов пришел к выводу, что „продукт клеток коры надпочечных желез есть фермент, уже в раннее зародышевое время действующий разрушающе на красные кровяные тельца и влияющий, без сомнения, на обмен кислорода организма“.

Сюда же надо отнести экспериментальные работы Szymonowitsch'a, который констатировал после эпинефрэктомии увеличение числа красных кровяных телец, — Bonet, который, наоборот, сообщает об уменьшении количества красных и увеличении числа белых телец после указанной операции, наконец, точные исследования Hultgren'a и Anderson'a, установивших, что никаких заметных, определенных изменений в содержании гемоглобина и красных кровяных телец экстирпация надпочечников не вызывает.

В 1899 г. в Харькове появилась диссертация Дробного, который, обшивая надпочечники и лишая их таким образом части приносящих кровь сосудов, получал частичное выпадение их функции. Исследуя затем кровь

находившихся под опытом животных, он нашел, что количество красных кровяных телец у них уменьшалась в некоторых опытах до 56% нормы, количество же гемоглобина падало больше, чем наполовину. Через некоторый промежуток времени (около 4 месяцев) указанные отношения, однако, опять возвращались к нормальным. Далее, он исследовал кровь, оттекающую от надпочечников, и сравнивал ее с кровью *art.* и *venaе femoralis* и *v. lumbalis I*, причем нашел, что в крови надпочечных вен наблюдается повышение содержания гемоглобина и количества красных кровяных телец,—процент нарастания первого равен 7,3%, а вторых—около 31%. Сухой остаток крови надпочечных вен оказался, по сравнению с кровью других вен, изменяющимся крайне незначительно (около 1—0,5%). На основании этих данных Дробный пришел к выводу, что кровь, проходя через надпочечник, претерпевает сгущение, чем он объясняет увеличение содержания в ней гемоглобина и красных кровяных телец.

Проф. Репрев в дополнении к русскому изданию „Внутренней секции“ Biedля, ссылаясь на работы Дробного, полагает, однако, что „на основании их мы можем сделать заключение, что при прохождении через железу кровь богатеет... эритроцитами и гемоглобином“. „Все это,—говорит далее Репрев,—показывает участие надпочечника в образовании пигмента и, вероятно, косвенно в образовании форменных элементов“.

Как видно из вышесказанного, данные различных авторов по разбираемому вопросу довольно противоречивы. С другой стороны методы определения гемоглобина, употреблявшиеся Дробным, недостаточно точны (он определял гемоглобин гемометром Fleischl'я), и количество красных кровяных телец в каждом отдельном счете слишком незначительно, чтобы можно было избежать довольно большой ошибки при определениях. В виду всего этого и в виду большого интереса настоящего вопроса, мне было предложено проф. Н. А. Миславским проделать с наиболее в настоящее время точными методами определение гемоглобина в крови надпочечников и параллельно повторить счет в ней красных кровяных телец, уточнив его и учтя получаемую при этом ошибку.

Всего законченных опытов в этом направлении мною было проделано 9, на кошках и собаках. Кровь для контрольных исследований бралась из *art. carotis* и *v. cruralis*, за исключением ниже оговоренных случаев. Кровь из надпочечников собиралась через канюлю, вставленную в периферический конец *v. lumbalis I* после предварительной перевязки всех подходящих ветвей и места ее впадения в *v. cava*. Так как во время вставления канюли мог образоваться некоторый застой, то перед взятием крови я давал некоторое время отечь части последней через канюлю. Результаты этих 9 опытов приведены в прилагаемой таблице.

Первые три наших опыта не сопровождалось параллельным счетом красных кровяных телец. Кровь при них для определения гемоглобина разводилась во 100 раз по объему 0,1% раствором  $\text{Na}_2\text{CO}_3$ . Впоследствии мы стали применять взвешивание. Гемоглобин определялся спектрофотометром Glan'a<sup>1)</sup>, абсорбционная постоянная которого дана д-ром Коз-

<sup>1)</sup> Применявшаяся нами техника определения гемоглобина, счета красных кровяных телец и вычисления ошибок описана в диссертациях Полумординова и Козлова.

| № оп. и род животного |                                                                                                                                                                             | Кровь из надпочечных вен                                           | Кровь из а. carotis.                                          | Кровь из в. cruralis                                          | Кровь из в. jugularis %  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Опыт № 2<br>(кошка)   | Кол. гемоглобина в %.<br>Ошибка вычисления <sup>1)</sup> .<br>Отн. гемогл. к крови<br>а. carotis . . . . .                                                                  | 11,12%<br>±0,17%<br><br>110,1%                                     | 9,5% и 10,06% <sup>2)</sup><br>±0,19% и ±0,16%<br><br>100%    | 9,82% и 9,01%<br>±0,13% и ±0,28%<br><br>92,7%                 |                          |
| Опыт № 3<br>(кошка)   | Кол. гемоглобина . .<br>Возм. ошибка . . .<br>Отн. гемогл. к крови<br>а. carotis . . . . .                                                                                  | 8,36% и 8,11%<br>±0,16 и ±0,20<br><br>105,4%                       | 7,93% и 7,58%<br>±0,19 и ±0,17<br><br>100%                    | 8,02% и 7,13%<br>±0,15 и ±0,18<br><br>101,3%                  |                          |
| Опыт № 4<br>(кошка)   | Кол. гемоглобина . .<br>Ошибка (возможная).<br>Отн. гемогл. к крови<br>а. carotis . . . . .                                                                                 | 7,45%, 7,27% и 7,86%<br>±0,10% и ±0,09%<br><br>109,8%              | 7,16%<br>±0,14%<br><br>100%                                   |                                                               | 4,46<br>0,08<br><br>62,3 |
| Опыт № 5<br>(собака)  | Кол. гемоглобина . .<br>Возмож. ошибка . . .<br>Кол. красн. кр. телец.<br>Возм. ош. в счете кр.<br>кр. телец. . . . .<br>От. гем. к кр. а. carotis.                         | 9,22% и 11,99%<br>±0,08% и ±0,26%<br>6,900,000<br>±2,46%<br>134,4% | 8,92 и 8,61%<br>±0,14 и ±0,13<br>11,200,000<br>±2,27%<br>100% | 8,14% <sup>3)</sup><br>±0,08%<br>8,000,000<br>±4,71%<br>91,3% |                          |
| Опыт № 8<br>(кошка)   | Кол. гемоглобина. . .<br>Возм. ошибка . . . . .<br>Кол. красн. кр. телец.<br>Возм. ошибка в счете.<br>Отн. гемоглобина . .                                                  | 10,84%<br>±0,29%<br>8,200,000<br>±5,61%<br>143,5%                  | 7,55%<br>±0,1%<br>—<br>100%                                   | 10,77%<br>±0,13%<br>12,030,000<br>±7,73%<br>142,6%            |                          |
| Опыт № 9<br>(собака)  | Кол. гемоглоб. . . . .<br>Возм. ошибка . . . . .<br>Кол. красн. кр. телец.<br>Ошибка в счете красн.<br>телец. . . . .<br>Отн. гемоглобина . .                               | 7,03%<br>±0,34%<br>6,000,000<br>±4,42%<br>109,7%                   | 6,41%<br>0,14%<br>7,300,000<br>±2,84%<br>100%                 | 5,19%<br>0,08%<br>6,300,000<br>±2,59%<br>81,1%                |                          |
| Опыт № 12<br>(собака) | Кол. гемоглоб. . . . .<br>Возм. ошибка . . . . .<br>Кол. гем. по <i>Fleischl</i> <sup>1)</sup> .<br>Кол. красн. кр. телец.<br>Возм. ош. в счете . .<br>Отн. гемоглобина . . | 15,27%<br>±0,38%<br>93,8%<br>8,000,000<br>±2,03%<br>110,9%         | 13,76%<br>±0,26%<br>89,3%<br>8,000,000<br>±3,30%<br>100,0%    | 12,92%<br>±0,18%<br>86,5%<br>7,500,000<br>±4,71%<br>93,9%     |                          |

<sup>1)</sup> Возможная ошибка вычисления определялась по способу, указанному в дисс. П о л у м о р д в и н о в а "О счете красн. кров. телец etc".

<sup>2)</sup> В первых 5 опытах кровь для исследования гемоглобина бралась в количестве нескольких порций через промежутки времени в 2 мин.

<sup>3)</sup> Кровь из gl. submaxillaris.

ловым в его диссертации. Красные кровяные тельца считались в камере Thoma-Zeiss'a, причем обыкновенно считалось 256 квадратикв сетки. В опыте № 12 кровь бралась из смесителя в количестве нескольких порций, причем красные кровяные тельца из одной порции сосчитаны в 700 квадратиках, из остальных—в 400 квадратиках (кровь разводилась в смесителе 1:200). Кроме того, наряду с спектрофотометрическим определением гемоглобин определялся и по Fleischl-Mischer'y.

В опыте № 5, в видах контроля, мы взяли кровь, оттекающую от *gl. submaxillaris*. Для этой цели мы перевязали все вены, впадающие поблизости ее в *v. jugularis ext.*, и собирали кровь из последней. Оказалось, что кровь, оттекающая от *gl. submaxillaris*, почти ничем не отличается по количеству гемоглобина и красных кровяных телец от крови мышечных вен, хотя мы знаем, что она отдает часть своей воды для образования секрета. Очевидно, подобная отдача воды отражается на составе оттекающей крови лишь весьма незначительно.

В некоторых опытах, напр., в № 8, сгущение венозной крови вызвало и параллельное накопление количества красных кровяных телец. Подобным же образом можно объяснить и полученную цифру гемоглобина в артериальной крови в опыте № 13.

Как видно из таблицы, во всех случаях мы получили увеличение гемоглобина в крови надпочечных вен, причем, в противоположность Дробному, не могли констатировать увеличения количества красных кровяных телец. Возможная при исследовании ошибка определялась нами для каждого случая, причем повышение гемоглобина в большинстве случаев выходило за пределы этой ошибки.

Исключая все погрешности, которые мы могли предвидеть, мы можем предположить, что надпочечные железы или действительно, как это думает проф. Репрев, могут участвовать в образовании пигментов крови, или здесь происходить одновременно и разрушение, и сгущение крови, что также не невозможно.

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Чирков. Мед. Об., 1890, № 16.—2) Auld. Brit. med. journ., 1894, 12 may.—3) Reil. Zeit. f. exper. Med., 1924.—4) Szymonowitsch. Цит. по русск. изд. Biedl'я.—5) Bonet. Цит. по Biedl'ю.—6) Hultgren и Anderson. Skand. Arch. f. Phys., 1899, p. 75.—7) Дробный. Дисс. Харьков. 1899.—8) Полумордвинов. Дисс. Казань. 1895.—9) Козлов. Дисс. Казань. 1898.

## Туберкулез и конституция.

Зав. Диспансером д-ра Я. Портнова.

Статистика большого города показывает почти 100% заражаемости туберкулезом у детей, а умирает их не больше 15%. Повидимому, у этих 15% существует восприимчивость к туберкулезу, у большинства же инфекция остается в латентном состоянии или же излечивается. Очень часто, далее, встречаешь случаи, когда, несмотря на самые благоприятные условия для заражения (совместное пребывание с чахоточным в одном помещении, общий с ними труд и т. д.), люди не заболевают активной формой туберкулеза. Старые авторы уже давно говорили, что, дабы заболеть бугорчаткой, необходима особая предрасположенность. С открытием Koch'a и затем работами Cornet вопрос этот временно залушевался, но вскоре Virchow и многие другие авторы, особенно французские, стали опять указывать на громадную роль индивидуальных свойств организма в заболеваемости туберкулезом. Charrin еще в 1903 году говорил по этому вопросу следующее: „Влияние непосредственное и посредственное тканей и органов на возникновение патологического процесса раз'ясняется все больше, вследствие чего мы возвращаемся к прежнему взгляду на патологию клетки, значительно отличающемуся от клеточной патологии Virchow'a, так как он широко обнимает вопрос. С другой стороны классическая формула, что микроб своими токсинами вызывает патологическое состояние, со дня на день становится понятием слишком узким и недо-статочным“.

В настоящее время роль предрасположения уже завоевала себе прочную позицию. Предрасположение есть совокупность многих факторов и влияний, как приобретенных, так и врожденных, в различной их комбинации. К приобретенным условиям относятся: пауперизм, антигигиенические помещения, тяжелый труд, алкоголизм, половые злоупотребления, венерические заболевания и пр. Среди врожденных факторов на первом плане стоит наследственность. Цифры заболеваемости туберкулезом у наследственного предрасположения у разных авторов различны: у Lewis'a—10%, Lever't'a—17%, Соколовского—23%, и т. д.

Некоторые авторы, напр., Riéfl, настолько увлеклись наследственным фактором, что почти совершенно отрицают значение инфекции. Другие, напротив, отрицают значение наследственного предрасположения, хотя в настоящее время большинством и признается огромное значение этого фактора в заболевании туберкулезом. Правда, непосредственное перенесение бацилл от родителей на плод (по теории Baumgarten'a) через сперму и плаценту, если и бывает, то чрезвычайно редко, разве в единичных случаях. С другой стороны, так как общие выражения о наследственной неустойчивости организма ничего определенного не говорят,

то многие пытались найти у наследственно предрасположенных к тbc индивидуумов какие-нибудь внешние признаки, объясняющие это предрасположение, особенно в форме тех или других анатомических аномалий. Так, Engel еще в 1841 году описал паралитическую грудную клетку. Другие, как Rotschild, констатируют у лиц, предрасположенных к туберкулезу, прирожденные анатомические отклонения от нормы грудной клетки, именно, уменьшение ее передне-заднего размера. Hutchison доказал спирометрией меньшую вместимость легких у таких лиц. Bremer искал причину предрасположения к туберкулезу во врожденной слабости кровеносной системы, плохо питающей легкие. Интересна также теория Ridauyer'a, по мнению которого туберкулезные больные представляют собою дегенератов, причем дегенерация выражается у них в строении грудной клетки, особенностях наружных покровов и внутренних органов.

Резюмируя все сказанное, можно уже a priori заключить, что реакция организма на заражение бугорчаткой зависит от его конституции. Чтобы выяснить, в какой мере это априорное предположение соответствует действительности, мы изучили материал нашего диспансера, обнимающий 82 туберкулезных больных, с точки зрения их конституции. При определении последней мы руководствовались главным образом морфологическим принципом и пользовались индексом Pinier  $A-(B+C)$ , где А есть рост в сантиметрах, В—вес в килограммах и С—окружность груди в сантиметрах, причем лиц с индексом от  $-10$  до  $+10$  мы относили к гиперстеникам, от  $+10$  до  $+30$ —к астеникам и выше  $30$ —к нормостеникам.

Оказалось, что в нашем материале к нормостеникам принадлежало 27 лиц, из которых у 21 был тbc I, у 4—тbc II и у 2—тbc III, к астеникам—45 лиц, в том числе 34 с тbc I, 4—с тbc II и 7—с тbc III, наконец, к гиперстеникам—7, в том числе 5 с тbc I, 1—с тbc II и 1—с тbc III.

Повидимому, таким образом, большинство туберкулезных больных суть астеники. На втором плане по расположению к тbc стоят нормостеники. Что касается гиперстеников, то они все у нас оказались страдавшими перибронхитической формой туберкулеза; лишь в одном случае гиперстении перибронхита у больного оказалось (больной этот имел тbc I А и катарр желудка).

---

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

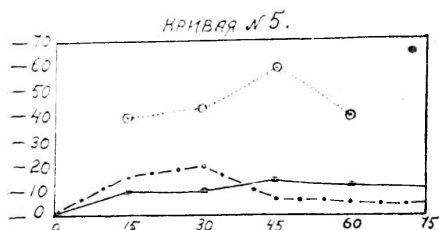
Д-ра П. Н. Осипова.

(С 11 кривыми).

(Окончание).

В противоположность водянистой секреции мы встретились, в одном случае ахилии, с выраженной секретной чистой слизи (см. кривую № 5).

Произведенное здесь двукратное исследование с гистамином дало совершенно одинаковые результаты: отсутствие натощак сока, отделение тягучей слизи после инъекции 1 mgr. гистамина с наибольшим количеством во II порции (20 куб. см.), полное отсутствие HCl и пепсина. Возможно, что мы здесь, наряду с вполне приспособленными к отделению слизи бокаловидными клетками, имели несовершенный или даже вовсе не развитый аппарат для выработки HCl и пепсина.



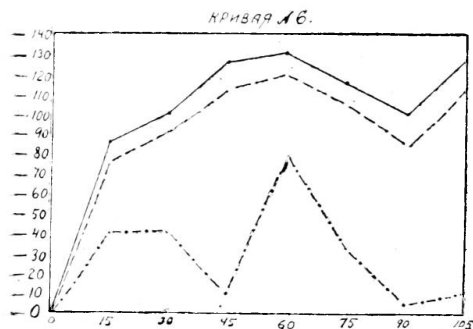
Такая дисфункция в работе желудочных желез вполне возможна, поскольку с парциальными поражениями их нам приходится иметь дело нередко при различных ахилиях. Так, из 38 обследованных нами случаев ахилий в 7 случаях после гистамина мы имели наличие лишь пепсина и хлора, в 10 — полное отсутствие HCl и пепсина, в остальных же случаях было выделение HCl различной концентрации: у 15 ахиликов

количество свободной HCl колебалось в пределах 8—36, в 5 случаях оказалась normoaciditas, а в одном — даже hyperaciditas. Последние 6 случаев, повидимому, относятся к группе функциональных ахилий без заметных органических изменений.

Особенного внимания заслуживает случай, где проба с Liebig'овским экстрактом показала наличие

ахилии, тогда как инъекция гистамина обнаружила hyperaciditas (кривая № 6).

Пациент этот только что перенес перекрестное крупозное воспаление легких и жаловался на боли в подложечной области. Назначение соляной



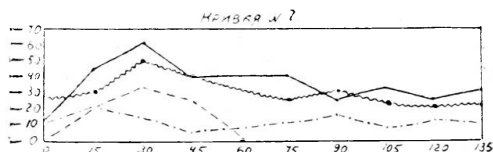


кислоты с пепсином не дало здесь никакого эффекта. Произведенное повторное исследование желудка через неделю подтвердило первый анализ, т. е. оказалась ахилия. Тогда мы с целью выяснения рода последней вырыснули 1 mgr. гистамина, после чего в течение 1 ч. 45 м. выкачали 215 куб. см. чистого сока с наибольшим отделением его в IV порции (80 куб. см.) и быстрым падением до 0 в дальнейшем. Наибольшая кислотность была тоже в IV порции ( $\frac{120}{130}$ ), но кривая ее вплоть до прекращения сокоотделения оставалась на высоких цифрах; переваривающая сила по Метту колебалась от 8 до 13 мм. После опыта с гистамином больной сразу же заметил прекращение болей и выписался относительно здоровым через две недели. Этот опыт является хорошим подтверждением того, что клетки желудочных желез во время и вслед за перенесением острых инфекционных заболеваний находятся в состоянии лишь функционального угнетения и на непосредственное раздражение гистамином отвечают поэтому максимальной секрецией сока.

Группу органических ахилий составляют преимущественно ахилии вторичного происхождения. Из болезненных форм, ведущих к ахилии, мы особо отметим лишь карциному и пернициозную анемию, т. к. вывести характерные особенности для прочих болезненных форм (холецистит, аппендицит, колит и пр.) после пробы с гистамином нам не удалось, да и не было достаточного материала; что касается туберкулеза, то при нем, по наблюдениям Delhousne'a, реакция на гистамин обычно замедлена и ослаблена, но содержание пепсина не уменьшено.

В нашем распоряжении, как уже указывалось выше, было 11 случаев рака различных органов, причем в одном из них наблюдалось отделение свободной соляной кислоты на Liebig'овский экстракт, 4 реагировали отделением HCl лишь на гистамин, в 2 случаях было выделение только пепсина, а в 4—полная ахилия. Секретируемый желудочными клетками сок при раках желудка был в большинстве случаев мутный, иногда с примесью крови; продолжительность выделения его равнялась 2—2½, а иногда и 3 часам, количество было непостоянно; переваривающая сила пепсина (там, где он выделялся) была ниже нормы, кривая его не зависела от кривой HCl, хотя чаще шла параллельно с последней; в большинстве случаев кривая HCl была короче кривой пепсина (см. кривую № 7).

Едва ли правилен вывод Teschendorff'a, что в тех случаях, где после гистамина нет отделения HCl,—нет и пепсина. Мы имеем в своем распоряжении 17 случаев, где не было выделения HCl, и из них 7 от-



вечали на гистамин выделением пепсина, причем перевариваемость по Метту в одном случае доходила до 8 мм.

Особенного внимания заслуживает в нашем материале один случай пернициозной анемии. Случай этот интересен тем, что при первом исследовании гистамином здесь были найдены в желудочном соке лишь следы пепсина, после же проведенного клинического лечения большими дозами железа, наряду с субъективным улучшением и восстановлением почти

нормальной картины крови, усилилась и ферментативная функция желудочных желез: перевариваемость поднялась до 5 мм. по Метту при 24-часовом пребывании в термостате при 37°. Напротив, в другом случае пернициозной анемии, окончившемся летально, желудок не отвечал на гистамин отделением пепсина; количество сока было весьма незначительно (30 куб. см. за 2 ч. 30 мин.), и выделение его совершалось неравномерно, с перерывами.

В отношении общей реакции на гистамин этот второй случай пернициозной анемии напоминал случаи рака с явлениями кахексии: так же, как и у большинства карциноматозных больных, здесь после инъекции гистамина общей реакции (покраснения лица, сердцебиений, головных болей и т. п.) не было. Вообще уже по отсутствию гиперемии лица и красноты на месте инъекции гистамина мы с положительностью говорили, в некоторых случаях, о раке там, где диагноз последнего колебался. Конечно, этот симптом не является постоянным и специфичным только для раковых заболеваний (он, вероятно, является признаком вообще кахексии или общей интоксикации организма; так, в случае *morbus Sprue* вторичной реакции на гистамин тоже не было), но он может служить важным диагностическим подспорьем в случаях подозрительных на злокачественное новообразование.

Необходимо отметить также, что гистамин действует на желудочные железы вне зависимости от общей реакции. В нашем распоряжении был случай начинающегося рака желудка, где после Liebig'овского экстракта максимальная кислотность желудочного сока в IV порции равнялась  $\frac{20}{34}$ ,

а после инъекции 1 мгр. гистамина она дошла в III порции до  $\frac{50}{78}$ ; соку было выкачано в течение часа 150 куб. см. При всем том признаки вторичной реакции на гистамин здесь отсутствовали.

Чтобы иметь полное представление о действии гистамина на желудочные железы, остановимся вкратце еще на вопросе о выделении хлоридов. нас интересовали, главным образом, изменения этого выделения под влиянием гистамина у ахиликов, в связи с выдвинутой в последнее время теорией Katsch'a и Kalk'a о хлоридосекреции, как самостоятельной функции желудка. К сожалению материал, которым мы располагали, слишком невелик, и потому заранее считаем нужным оговориться, что приводимые нами средние процентные содержания хлоридов не претендуют на точность, а являются лишь ориентировочными.

Наши наблюдения в этом направлении относятся к 19 больным, которые по характеру заболевания распределялись так: 1) *anaemia perniciosa*—2, 2) *carcinoma ventriculi* и др. органов—6, 3) *achylia vera*—6, 4) *anaciditas*—5. Кроме того, сюда вошли 2 случая с выделением HCl на гистамин. Самые низкие цифры общего количества хлора, полученные нами после инъекции 1 мгр. гистамина, приходились на случаи *anaemiae perniciosa* (среднее процентное содержание хлора здесь было равно 0,14%); второе место занимали случаи рака желудка и др. органов (0,195%) и третье, — если всех ахиликов и анацидиков включить в одну группу, — случаи *anaciditas benigna* (0,28%). Средние цифры хлора натошак оказались подверженными большим колебаниям, причем наибольший процент падал на *anaemia perniciosa* (0,41%), наименьший — на *anaciditas benigna* (0,21%); для случаев рака процент этот был равен 0,22.

Не придавая большого значения цифрам общего количества хлора натошак, где могут играть роль и случайные моменты (забрасывание дуоденального сока, попадание со слюной и т. п.), посмотрим, можно ли по количеству хлора в чистом желудочном соке судить о том или ином заболевании желудка. Reissner, а впоследствии Wiener, считали повышенное содержание хлора в желудочном соке одним из постоянных признаков рака. Из приведенных выше средних цифр общего количества хлора после пробы с гистамином видно, что больший процент хлора приходился у нас на долю доброкачественных ахилий. Правда, в одном случае рака желудка мы имели 0,39% хлора, но этот случай—единичный; кроме того, цифры 0,35—0,4 встречались у нас и при доброкачественных ахилиях. За то в 2 случаях рака желудка количество хлора достигло лишь 0,16%, т. е. здесь можно было говорить о пониженном содержании хлора в соке. Если принять за норму его у здоровых 0,38% (по Katsch'y и Kalk'y).

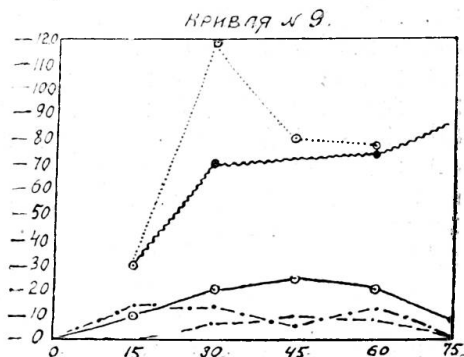
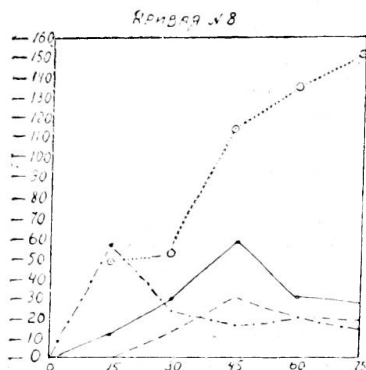
Приведенные противоречивые цифры процентного содержания хлора в соке различных желудочных больных красноречиво говорят за то, что содержание это не является диагностическим признаком определенных заболеваний желудка. По выделению хлоридов, нам кажется, можно судить лишь о степени поражения функции желудочных желез независимо от болезненной формы. К такому заключению по данному вопросу пришло большинство авторов (Heilmeyer, Katsch и Kalk, Миркин, Могилевский и Рабинович и др.), к нему присоединяемся и мы. При этом, чем лучше сохранился железистый аппарат желудка, тем выше кривая хлоридов, и, наоборот, низкий процент последних наблюдается в большинстве случаев при глубоком нарушении функции желудочных желез.

В подтверждение этого приведем несколько наших наблюдений, относящихся к случаям с *anaciditas benigna*. Как указывалось выше, среднее процентное содержание хлора для этой группы больных равно 0,28%. Но, если различать *achylia vera* и *anaciditas*, как две самостоятельные группы, то среднее процентное содержание хлора для первой группы будет равно 0,266, для второй—0,294. Таким образом при *achylia vera*, когда нарушена и ферментативная функция железистого аппарата желудка, кривая хлоридов ниже, чем при *anaciditas*, при которой более тонкая и дифференцированная функция выработки HCl (по Heilmeyer'y) угасла, но выделение хлоридов и пепсина на гистамин еще сохранилось. Разница в 0,028%, правда, невелика, но ведь и *anaciditas* есть уже грозный симптом близкого пангастрита и скорой гибели всего железистого аппарата желудка с наступлением истинной ахилии.

Не останавливаясь на характеристике отдельных Cl-кривых, я хотел бы еще раз подчеркнуть, что низкие цифры хлоридов являются выражением глубокого нарушения функции железистого эпителия желудка. При этом тот факт, что хлориды являются непрерывной составной частью желудочного сока при любом заболевании, и то, что кривые их вполне самостоятельны, в большинстве случаев совершенно не зависят от кривой пепсина и даже от выделения HCl (см. кривые № 8 и № 9), говорит за то, что хлоридосекретция есть, вероятно, функция самостоятельная и притом наиболее примитивная.

Мы менее склонны разделять мнение Rosemann'a о 2-моментной фазе отделения свободной соляной кислоты, а более готовы присе-

диниться к предположениям Katsch'a и Kalk'a, что хлоридосекреция есть самостоятельная, независимая от выделения HCl, функция желудка. Впрочем вопрос, за счет деятельности каких клеток желудка совершается отделение хлора, нужно считать еще пока открытым.



В заключение небезынтересно будет остановиться на вопросе о терапевтическом применении гистамина и о влиянии длительной гистаминизации на желудочные железы вообще. Уже выше нами было отмечено, что у некоторых больных даже после однократного введения гистамина наблюдалось субъективное улучшение, а иногда (при функциональных ахилиях) и установление на длительное время нормальной кислотности. Имея ввиду этот факт, а также будучи уверены в безвредности гистамина для организма, мы решили использовать этот препарат, как средство лечения некоторых форм ахилий и гипопептических гастритов. Так как лечение этой группы больных связано с систематическим введением гистамина, то нам важно было выработать дозу и промежутки между отдельными инъекциями. После ряда опытов мы убедились, что нельзя установить единообразного стандарта для всех больных упомянутой группы, а в каждом отдельном случае необходимо считаться с индивидуальными особенностями пациента и гистохимическим составом сока после обычной нашей пробы с гистамином. Для большинства больных, однако, как мы убедились, лечебной дозой можно считать 0,5 mgr. гистамина.

Наблюдения наши показывают, далее, что желудочные клетки, будучи выведены из первоначального равновесия после пробы с гистамином, продолжают быть возбужденными и на следующие дни; для дозы в 0,5 mgr. гистамина этот срок равен в среднем 2—3 дням. Исходя из этого расчета, мы и вводили нашим больным гистамин в большинстве случаев с промежутками в 2 дня. Лишь по мере увеличения кислотности сока этот срок мы удлиняли, производя инъекции на 5-й или на 7-й день. Более частые инъекции являются угнетающими желудочные железы и тягостными для больных. Точно также нет смысла прибегать к дозам большим 0,5 mgr. гистамина, ибо не длительностью действия самого препарата и его максимальной силой обуславливается, нам кажется, секреция сока, а степенью возбудимости желудочных желез и глубиной функциональных изменений в них: чем менее поражены желудочные железы, тем легче они могут быть выведены из первоначального равновесия, и тем длительнее период их возбуждения.

Так как дозы меньше, чем 0,5 mgr., не давали нам в ряде случаев никакого эффекта, то мы к ним впоследствии совершенно не прибегали. Что касается доз больше 0,5, то мы пробовали пользоваться ими с целью лечения некоторых случаев тяжелых ахилий, однако не получили желаемого эффекта. Очевидно, ахилии с глубокими органическими изменениями со стороны слизистой желудка не поддаются лечению гистамином. Исходя из этих соображений, мы остановились, повторяем, на дозе в 0,5 mgr. и пользовались ею во всех наших случаях, регулируя лишь промежуток между отдельными инъекциями путем систематических исследований желудочного сока после дачи Liebig'овского экстракта через каждые 2 дня.

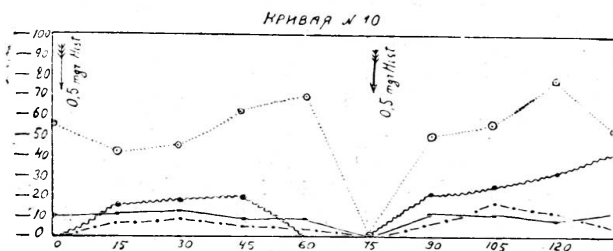
По указанному способу мы провели наблюдения над 17 пациентами, причем в эту группу входят три случая таких, где уже а priori нельзя было ожидать никакого эффекта лечения, — в одном из этих случаев был рак желудка и в двух соляная кислота совершенно не выделялась после дачи гистамина.

Carcinoma ventriculi, как известно, ведет неизбежно, за редкими исключениями, к ахилии желудка. Наш случай был интересен тем, что кислотность сока при нем была лишь слегка понижена, и в диагнозе рака некоторое время мы колебались, хотя отсутствие общей реакции на гистамин как будто говорило за рак. Вводя систематически гистамин, мы не только убедились в диагнозе рака, но и увидели наглядно, с какой постепенностью гаснет реакция на гистамин со стороны желудочных желез, пока, наконец, не устанавливается стойкая ахлоргидрия.

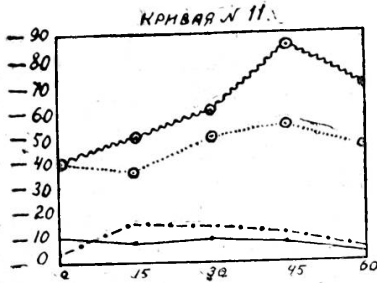
Следующие два случая, из которых в одном имелась лишь секреция хлоридов, а в другом — пепсина, интересовали нас лишь с теоретической точки зрения: изменяется ли кривая хлоридов и пепсина при длительной гистаминизации. С этой целью нами было сделано в каждом из этих случаев по 10 инъекций гистамина по 0,5 mgr. Опыты эти показали, что секреция хлоридов под влиянием гистамина не изменяется, и количество их для обоих случаев можно было рассматривать, как величину постоянную. Среднее процентное содержание хлора в одном случае колебалось между 0,12 и 0,14, в другом — между 0,17 и 0,19. Судя по этим цифрам, можно с некоторой уверенностью сказать, что в первом случае мы имели дело с более глубокими изменения со стороны железистого аппарата желудка, во втором же, где наряду с большим содержанием хлоридов имелся и пепсин, атрофический процесс, очевидно, еще не распространился на всю слизистую (см. кривые № 3 и № 10).

Что касается кривой пепсина, то она оказалась подверженной влиянию гистамина. В только что упомянутом случае, при первоначальном исследовании натошак, пепсина не было совершенно, и

лишь следы его имелись в IV порции при пробе с экстрактом Liebig'a. После систематической же гистаминизации по нашему способу ферментативная функция желудка повысилась, и при последних исследованиях пепсин уже имелся натошак (переваривающая сила сока была — 4 мм. по



Метту), а после гистамина перевариваемость доходила до 85 мм. (см. кривые № 10 и № 11).



Очевидно, функция сохранившихся пепсиногенных желез в данном случае была угнетена, а гистамин дал толчок к их работе; во всяком случае о регенерации погибших клеток речи быть, конечно, не может. В этом же смысле мы понимаем и восстановление ацидогенной функции желудочных желез, о чем будет упомянуто ниже.

С терапевтической целью нами гистамин был применен у 14 больных, из коих у 13 имела место *anaciditas benigna* при исследовании с Liebig'овскими экстрактом и в одном — *gastritis subacida*. В отношении результатов лечения случаи эти можно разбить на 3 группы: а) к первой относятся больные, у которых после лечения установилась нормальная секреторная функция желудка с полным субъективным улучшением; б) ко второй — больные, у которых наступило заметное субъективное улучшение, но количество HCl в соке не поднялось выше 15–20; в) наконец, третью группу составляют случаи, совершенно не поддававшиеся лечению гистамином.

К первой группе (куда входит и случай субацидного гастрита) относятся, повидимому, исключительно случаи функциональной ахилии, когда весь железистый аппарат анатомически цел и вполне приспособлен к работе; таких случаев было у нас 4. Вторую группу составляют 5 случаев *anaciditatis*, когда функция желудочных клеток частично угасла, но реагировать на гистамин они все же еще могут. Наконец, третью группу составляют случаи, когда никакая сила извне не в состоянии остановить прогрессирующего гастрита, и когда от гистамина нет эффекта; таких больных было у нас 5. Если грубо вывести проценты, то на I группу придется 28,6% случаев, на II — 35,7% и на III — 35,7%.

Конечно, эти цифры далеко не точны и требуют тщательной проверки на большем материале, но по ним все же можно судить о некоторых положительных результатах лечения ахиликов гистамином.

Количество инъекций в этих случаях колебалось от 5 до 12. Вообще можно принять за правило, — если первые 5–7 инъекций не дают никакого эффекта, то дальнейшее лечение гистамином не имеет смысла. Необходимо при этом постоянно контролировать результаты инъекций путем частых исследований желудочного сока. Мы производили обычно такие исследования через каждые 2 дня перед опытом с гистамином, а после инъекций гистамина вновь продолжали исследование, выкачивая сок через каждые 15 минут.

К сказанному можно добавить, что никогда никаких осложнений при лечении гистамином мы не замечали, и больные охотно соглашались на повторные исследования.

Заканчивая на этом обзор произведенных нами наблюдений, мы бы хотели еще сказать, что введение в клинику гистаминовой пробы не должно противоречить основным законам функциональной диагностики, ибо первая только дополняет последнюю, раскрывая подчас непонятные

отделы патологической физиологии. Разве не интересно, напр., выяснить, имеется ли пред нами временный функциональный торпор желудочных желез, или же функция их потеряна навсегда? Разве не вносит новая проба с гистамином, при полной безвредности его для организма, новые взгляды на секреторную и двигательную способность желудка, устанавливая новые типы хлоридосекреций, гидроррей и пр., о которых мы могли лишь смутно думать при исследованиях обычными пробными траками? Наконец, эта проба открывает совершенно новые формы терапии желудочных заболеваний, разработку которых нужно считать задачей сегодняшнего дня.

Выводы, которые можно сделать на основании изложенных наблюдений, сводятся к следующему:

- 1) Гистамин является сильнейшим и безвредным химическим возбудителем желудочной секреции, действующим при подкожном введении непосредственно на желудочные клетки.
- 2) Для суждения об остаточной функции железистого аппарата желудка при его функциональных и органических поражениях нужно пользоваться дозой в 0,001 гистамина.
- 3) Наблюдающаяся при этом общая реакция (головные боли, покраснение лица и шеи, сердцебиения и т. п.) не имеет угрожающего значения, а иногда и вовсе отсутствует (особенно нужно отметить отсутствие ее при раках).
- 4) Атропин, морфий и адреналин не меняют хода действия гистамина на желудочные железы.
- 5) По кривой кислотности, пепсина и хлоридов при пробе с гистамином нельзя судить об определенном желудочном заболевании.
- 6) Гидроррею, а также слизистую секрецию, нужно отметить, как особый вид секреции желудка, не имеющий диагностического значения.
- 7) Кривые HCl, пепсина и хлоридов мало соответствуют друг другу.
- 8) Низкие цифры хлоридов являются выражением глубокого нарушения функции железистого аппарата желудка.
- 9) Хлоридосекрецию можно рассматривать, как самостоятельную и наиболее примитивную функцию желудка.
- 10) Терапевтическое значение гистамина сводится преимущественно к лечению функциональных ахилий и органических гипохилий.
- 11) Требуется дальнейшая проверка роли гистамина в диагностике и терапии желудочных заболеваний.
- 12) Введение в клинику гистаминовой пробы дополняет пробелы функциональной диагностики желудочных страданий, раскрывая многие недоступные и подчас непонятные отделы патологической физиологии, и позволяет в ряде случаев проводить дифференциальный диагноз между органическими и функциональными заболеваниями желудка.

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Katsch und Kalk. Klin. Woch., 1926, № 20, № 25.—
- 2) Delhougne. Deut. Arch. f. klin. Med., 1926, Bd. 150, H. 6.—
- 3) Manasse. Münch. med. Woch., 1926, № 43.—4) Ichon. Presse

méd., 1926, № 78.—5) Cartot et Libert. Arch. des mal. de l'appar. digestif, 1925, № 10.—6) Кириченко, Штейнберг и Спектор. Врач. Газ., 1926, № 17—18.—7) Горшков. Тер. Арх., т. I.—8) Яновский. Тр. I С'езда Росс. Терап.—9) Katzenelbogen et Choisy. Arch. des mal. de l'app. digestif, 1927, № 3.—10) Heilmeyer. Deut. Arch. f. klin. Med., 1925, Bd. 148, H. 6.—11) Gilbert, Benard et Bouttier. Arch. des mal. de l'app. digestif, 1926, № 10.—12) Strauss und Steinitz. Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten, 1927, Bd X, H. 2.—13) Teschendorf. Deut. Arch. f. klin. Med., 1927, Bd. 155, H. 1—2.—14) Kalk und Kugelmann. Klin. Woch., 1925, № 38.—15) Зимницкий. О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез. 1926.—16) Бабкин. Внешняя секреция пищеварительных желез. 1915.—17) Миркин, Могилевский и Рабинович. Каз. Мед. Журн., 1927, № 2.

---



## К вопросу о перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки.

Проф. Н. В. Соколова.

Если по вопросу о хирургическом лечении хронических язв желудка и 12-перстной кишки существуют разногласия между терапевтами и хирургами, то там, где дело касается перфоративной язвы,—этого разногласия нет: больные с перфоративной язвой должны быть предоставлены вмешательству хирурга, и чем это сделано раньше, тем лучше.

Чугаев на основании сборного материала в 1870 случаев перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки делает вывод, что больные, оперированные в первые 6 часов после перфорации, как правило, выздоравливают; случаи, где операция отложена до 12 часов, дают сомнительный прогноз; у оперированных спустя 24 часа—смертельный исход обычен. По материалу Мануйлова в 49 случаях оперированные в первые 6 часов дали 7,6% смертности, оперированные в первые 6—12 часов—53% смертности, а оперированные после 24 часов—100% смертности. По данным D u v a l 'я оперированные до 12 час. после перфорации дают 8,9% смертности, оперированные после 12 часов—33%. У K u n z e из 11 больных, оперированных в первые 6—12 час. после перфорации, умерло 3; из 7 человек, оперированных через 12—18 час. после перфорации, умерло 2; из 5, оперированных спустя 18—24 час., умерло 3; из 5 больных, оперированных через 24—30 час., умерло 4; наконец, оперированные позднее 30 часов (6 чел.) умерли все. Словом, чем раньше диагностирована перфорация, и чем раньше доставлен больной в распоряжение хирурга, тем лучше и для больного, и для хирурга.

Диагностика перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки в типических, банальных случаях, доставленных в раннем сроке в распоряжение врача, сравнительно легка: язвенный анамнез, внезапная боль острого, дергающего характера, главным образом в области epigastrii, резко выраженное напряжение мышц живота,—главным образом прямой мышцы с правой стороны,—с отсутствием дыхательных движений брюшных мышц (B r e h e),—все это дает чрезвычайно типичную картину, позволяющую с точностью поставить диагноз перфорации. Такая именно картина была выражена у двух из наших больных, из которых один находился в клинике, готовился к операции по поводу язвы желудка с выверенным диагнозом и дал картину перфорации за день до операции; другой больной находился в Терапевтической клинике с диагно-

зом язвы и во время обследования зондом почувствовал резкие боли в животе справа, после чего у него появилось доскообразное напряжение мышц.

Труднее становится диагностика, когда больной попадает несразу в распоряжение врача,—когда картина первых симптомов затухает, и в анамнезе нет указаний на язву. А между тем в ряде случаев (Завьялов, Powers) у больных с перфорацией язвы желудка или 12-перстной кишки картина перфорации разыгрывается не только внезапно, без всяких предварительных симптомов-предвестников, но и вообще без всяких указаний в анамнезе на заболевание желудка.

Здесь я должен подчеркнуть одно обстоятельство, имеющее некоторое значение для диагностирования данного страдания: больные с прободной язвой часто после сравнительно-беглого осмотра подвергаются инъекции морфия, вследствие чего картина болезни с самого начала может быть так затухевана, что диагностика становится нелегкой. Как иллюстрацию этого, приведу один наш случай:

Больной П. был доставлен в клинику спустя 2 часа после острого начала болезни. Резкие боли в правой стороне живота, однократная рвота. По словам дежурного врача, живот у П. был «как доска», что и навело его на мысль о возможной перфорации язвы. Будучи приглашен на консультацию часом позднее, я нашел больного спокойно спящим в положении на боку; напряжение мышц живота было у него очень незначительное, боли слабо выражены и относились к больным главным образом к правой подвздошной впадине. Это было после инъекции морфия. Картина перфорации была т. о. неясна, и с операцией отложено до утра. Утром напряжение брюшных мышц слабо выражено, вздутие и боли в области правой подвздошной впадины, воспалительный лейкоцитоз,  $10^{37,50}$ . Под местной анестезией типичный разрез по М. С. Вигнеу, в правой подвздошной области. Червеобразный отросток длинный, без спаек; в брюшной полости значительное количество мутноватой жидкости. Удалив отросток и зашив рану, я средним разрезом обнажил желудок и открыл перфоративную язву желудка в препилорической части.

По Moynihan'у ошибочная диагностика аппендицита вместо перфоративной язвы имеет место в 20—40%, по Brunner'у—в 27—45%. При наличии указанных симптомов и при отсутствии указаний на предварительное заболевание желудка, нередко ставится предположительный диагноз, причем не исключается возможность острого аппендицита, деструктивного холецистита, остро-гнойного панкреатита и ущемления кишек.

Еще труднее бывает диагностика перфорации в поздних случаях, когда между моментом перфорации и временем доставки больного в распоряжение врача миновал значительный срок, и успела развиться картина заболевания с перитонеальными явлениями, затухающими первоначальную картину: живот оказывается вздут, печеночная тупость отсутствует, наблюдаются болезненность в подвздошных впадинах, напряжение и боли при ощупывании заднего дугласова пространства чрез прямую кишку. При такой картине и при отсутствии язвенного анамнеза диагноз труден, и идти в брюшную полость приходится лишь с предположительным диагнозом.

Несомненно, что там, где диагноз перфорации ясен, нужно немедленно оперировать. Однако, думается мне, и там, где возникает сомнение, но перфорация определенно не исключена,—лучше оперировать, тем более, что вскрытие живота под местной анестезией является сравнительно-невинной операцией. Ясной иллюстрацией к этому положению

является приведенный выше нами случай, где уклонение от оперативного вмешательства могло бы стоить жизни больному.

Вообще из наших 15 случаев только в 5 был ясно выраженный язвенный анамнез; у пяти больных имелся „желудочный“ анамнез а у 5 никаких указаний на заболевание в прошлом желудочно-кишечного канала не было. Все 15 больных заболели внезапно. В 10 случаях они подвергались операции с определенным диагнозом перфоративной язвы, в 3 диагноз был сомнителен, и в 1 он оказался ошибочным.

Несомненно, большое вспомогательное значение для диагноза имеет предварительное исследование крови больного на лейкоцитоз. Впрочем в условиях экстренной хирургической помощи это не всегда бывает возможно. У наших больных это было сделано в 5 случаях, причем в одном из них, при общем благополучном состоянии больного и сомнительном диагнозе, лишь тревожная картина крови побудила нас оперировать.

По вопросу о форме хирургического вмешательства при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки среди хирургов нет единогласия. Методика оэрирования различна, что находится в зависимости с одной стороны от принципиального взгляда оперирующего хирурга на язву, а с другой—от характера последней и состояния больного.

Некоторые хирурги считают язву желудка и 12-перстной кишки не местным, а сложным заболеванием конституционального характера. Они не считают возможным излечить оперативным путем лежащее в основе язвенного процесса конституциональное заболевание, почему в своих мероприятиях останавливаются на консервативных методах, стараясь поставить язву в лучшие условия заживления и устранить вызванные ею секреторные и моторные расстройства. В отношении перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки этой группой хирургов предлагаются: 1) простое зашивание язвы 2-этажным швом, к которому присоединяется закрытие швов сальником (Завьялов, Оглоблина, Guendot, Abrahamsen, Hartman, Lecine, Delbet, Delore и др.); 2) зашивание язвы с гастро-энтеростомией. При этом часть хирургов применяет G.-E. только в случаях очевидного сужения просвета пилорической части желудка или 12-перстной кишки (Guthrie), другие (Оглоблина, Gibson) считают ее неприемлемой в условиях экстренной помощи тяжело больному, рекомендуя откладывать ее на второй сеанс; далее, многие хирурги вводят G.-E. после ушивания язвы, как метод при расположении язвы в препилорической части желудка, или в области 12-перстной кишки, причем язва ставится в лучшие условия заживления, больной получает гарантию от последствий стеноза, а хирург приобретает большую свободу действий при ушивании язвы (Скляр, Sencera, Vianney, Ondord, Kunz).

Зашивание язвы с перитонизацией швов сальником плюс G.-E. или, в некоторых случаях, пилоропластика (Sodcreud), надо считать лучшим методом в условиях экстренной хирургической помощи. Простое зашивание, по наблюдению некоторых авторов (Jonston), дает несравненно худшие результаты. Лозунг, брошенный Murphy, „скорее войти в брюшную полость и как можно скорее выйти из нее“, вряд ли соответствует интересам больного и хирурга, который желает быть тщательным и целесообразным в своей работе.

Но бывают случаи, где нет технической возможности закрыть перфорационное отверстие,—края язвы рвутся при попытке свести их швами; в то же время не удается закрыть язву и засчет стенок желудка и 12-перстной кишки в пределах здоровых тканей. В таких случаях некоторые хирурги (Jaboulay, Lennander, Poissonier) советуют фиксировать окружность отверстия к передней брюшной стенке. В моем материале мне однажды пришлось встретиться с случаем труднейшего ушивания язвы, расположенной в пилорической части, но я совершенно не представляю, каким образом можно было бы подшивать такую язву—с воспаленными, фиксированными в окружности ее тканями—к передней брюшной стенке.

Другими хирургами (Brown, Smidt) применяется предложенная Neuman'ом Netzmanschette, состоящая в том, что в перфорационное отверстие вводится соответствующая дренажная трубка, которая обшивается сальником, с выведением конца ее наружу. Mühsam и Unger, сообщая о своем материале перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки, упоминают, что на 116 случаев Netzmanschette была ими применена 35 раз, причем применение ее, оказывается, дает худшие результаты, чем все другие методы. Проф. Петров недавно сообщил о 8 случаях, где зашивание было технически невозможным, и где он применил простую тампонаду, подводя последнюю к перфорационному отверстию. Из этих 8 случаев в 5 получилось выздоровление, причем только в одном из них свищ держался 4 недели.

Несомненно, целью хирурга у больного с перфоративной язвой является прежде всего исправление нарушенной стенки, закрытие перфорационного отверстия, ликвидирование источника инфекции, и прав Wildegans, что и тампонада, и Netzmanschette—стоят в противоречии с принципами, стремящимися ликвидировать источник инфекции. Но там, где нет никакой возможности произвести отчетливо это закрытие, тампон может, в крайнем случае, выручить хирурга, что доказывают приводимые Петровым случаи. Я искренно жалею, что в одном из последних наших случаев, где при язве 12-перстной кишки, переходившей на заднюю стенку, при рвущихся краях большого перфорационного отверстия, я не использовал этого метода. Зашивание в этом случае было произведено неочетливо, и на аутопсии выяснилось, что часть отверстия не была зашита.

На иной точке зрения в вопросе лечения язв вообще и перфоративных в частности стоит другая группа хирургов (Haberer, Finsterer и др.). Причинные моменты в развитии язв эта группа хирургов видит в сумме местных особенных условий, зависящих от автоматической иннервации желудка, его положения, формы и т. д. С этой точки зрения язва желудка должна считаться местным заболеванием, на которое и должно быть направлено лечение хирурга. Первоначальное стремление удалить участок с самой язвой вылилось постепенно в радикальное удаление значительной части желудка. Свой радикализм эта группа хирургов перенесла и на лечение перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки (Delaguenier, Leriche, Cadenot, Haberer, Duval, Paul, Kott, Petrivalsky и др.). Наименее радикальные из них рекомендуют элипсоформную резекцию язвы по длиннику желудочно - кишечного тракта с последующим зашиванием поперек

(Rovsing), или же выжигание ее (Balfur); другие производят резекцию желудка, как и при хронических язвах. В руках опытных хирургов последняя при перфоративных язвах дает такой же процент смертности, как и другие методы, но защитники ее (Haberer, Paul, Kott; заверяют о лучших отдаленных результатах после резекции и подчеркивают гарантию от рецидива перфорации, каковой описан некоторыми авторами после более паллиативных операций (Borszékú, Kemperers).

При разборе вопроса о хирургическом лечении язв желудка и 12-перстной кишки вообще трудно говорить о методе выбора; тем более трудно об этом говорить при разборе лечения перфоративных язв, где больше, чем где-либо, нужна индивидуализация, где нужно учитывать состояние больного и особенность каждого случая. Во всяком случае мне думается, что при язвах острых, быстро приведших к перфорации, а также при язвах латентных, ничем себя до перфорации не проявивших, и при ненарушенной моторной деятельности желудка, где ушивание язвы труда не представляет, резекция желудка вряд-ли уместна. Что касается случаев, где у больного с перфорационной язвой обнаруживается на операционном столе резко нарушенная стенка желудка в сторону ее растяжения, атрофии и связанных с этим нарушений моторной его деятельности,—там можно поставить вопрос и об этом виде вмешательства, учитывая, конечно, как состояние больного, так и техническую возможность выполнения операции.

Не разделяя полностью взгляда радикалов-резекционистов в отношении хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки, мы тем более не считаем возможным применять резекцию при перфоративных язвах в условиях экстренной хирургической помощи. В 11 из наших случаев было применено ушивание язвы, укрытие швов сальником и задняя гастро-энтеростомия; этот метод мы считаем наиболее целесообразным при расположении язвы в препилорической части желудка, в области привратника и в области 12-перстной кишки. Из остальных случаев в одном (случай перфоративной неоперабельной карциноматозной язвы) применена тампонада, в другом (при расположении язвы в области малой кривизны и при резкой слабости больного)—простое ушивание язвы, в третьем (при невозможности ушить язву, расположенную в области 12-перстной кишки)—тампонада язвы сальником на ножке с пришиванием его краев в окружности язвы в пределах здоровой ткани. Этот случай интересен в том отношении, что здесь, после смерти больного от случайного заболевания, мы имели возможность проверить судьбу сальниковой тампонады. Перфорационное отверстие, оказалось, здесь не зажило, но сальник дал прочную спайку вокруг него с образованием небольшого кармана вокруг отверстия; в этом кармане было найдено мутно-гнойное содержимое; стенка кармана, образованная сальником, была инфильтрирована гнойными клетками, и, хотя здесь сообщения кармана с свободной брюшной полостью не было, но этот очаг всегда нес угрозу развития гнойного процесса с переходом на брюшину.

Нет единогласия среди хирургов и по вопросу о закрытии брюшной полости после операции при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки: в то время, как одни (Haberer, Склеяров) принци-

пильно зашивают брюшиную полость наглухо, другие (Kunz, Stöhr и др.) применяют всегда дренаж или в илео-цекальной области (Stöhr), или также и в области epigastrii (Giola). Во всех наших случаях, кроме одного с карциноматозной перфорировавшей язвой, где была применена тампонада, брюшная полость зашивалась нами наглухо.

Последний вопрос, на котором я позволю себе остановиться,—это вопрос о прогностике хирургического вмешательства по поводу перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки. Прежде всего прогноз здесь зависит от срока, протекшего между временем операции и моментом перфорации: как уже указано, наилучшие результаты—100% благоприятного исхода—получаются при вмешательстве в первые 6 часов после перфорации; 12-й час многими считается критическим часом, с которого процент смертности быстро растет, и случаи выздоровления оперированных через трое суток после перфорации клиника Мартынова (Блюменталь) считает чудом.

Во-вторых, предсказание зависит от места расположения язвы. В этом отношении я считаю небезынтересным опыты на собаках Vigiazó, который проделывал в разных местах желудочной стенки отверстия ножом, ножницами, Raquelin'ом. Отверстия эти в кардиальной части дали самопроизвольное заживление в 100%, отверстия на малой кривизне в некоторых случаях давали также заживление и выздоровление, отверстия на пилорической части вели в 90,9% к диффузному перитониту, наконец отверстия в области большой кривизны дали 100% смертельных исходов от перитонита. Дуоденальный дефект также всегда оказывался смертельным. Факторы, значение которых подчеркивает автор, это—фиксированность или подвижность известной части желудка и близость органов, которые могут прикрывать отверстие. С точки зрения результатов опытов этого автора становится понятным сообщение отдельных авторов (Villari), что перфоративные язвы на малой кривизне желудка могут иногда заживать самопроизвольно.

В-третьих, предсказание зависит от степени кислотности желудочного сока: чем выше последняя, тем больше данных за стерильность излившегося чрез перфорационное отверстие желудочного содержимого.

Далее, несомненно имеет значение для предсказания прирожденный иммунитет к инфекции, проникающей в брюшную полость через перфорационное отверстие,—иммунитет, дающий возможность стойко держаться больному до оперативного вмешательства; при его наличии даже и очень позднее вмешательство может дать хороший исход.

Наконец, предсказание зависит от метода обработки больного, куда я включаю как оперативную методику, так и вид анестезии. Как уже было упомянуто выше, при всех прочих равных условиях зашивание язвы с последующей G.-Е. при расположении язвы в области привратника и 12-перстной кишки является лучшим методом. Что касается анестезии, то мне думается, что известный процент смертности при операциях по поводу перфоративных язв надо отнести за счет общего наркоза; особенно это относится к поздним, тяжелым случаям перфорации, где общий наркоз должно считать противопоказанным. Применение в этих случаях местной анестезии может увеличить шансы на благоприятный исход. В качестве иллюстрации к этому приведу один из наших случаев, где на третьи сутки после перфорации, при тяжелом состоянии

больного, вся операция проведена была мной под местной инфилтративной анестезией с благоприятным исходом. Я удивлен был, насколько слабо больной в этом случае реагировал на обработку язвы и наложение Г.-Е. Надо полагать, что начавшаяся здесь интоксикация организма обусловила отчасти и анестезию. Но при этих условиях общий наркоз мог прибавить еще плюс для плохого исхода. В то же время в подобных случаях местная анестезия облегчается пониженной уже чувствительностью тканей, дающей возможность обходиться с малыми дозами анестезирующего вещества.

Наш материал обнимает 15 случаев перфоративных язв <sup>1)</sup>,—11 язв желудка, 2—привратника и 2—12-перстной кишки; из них одна язва не была оперирована вследствие отказа больной. Среди больных было 14 мужчин и 1 женщина. Самый ранний срок оперирования после перфорации—3 часа, самый поздний—49 часов. Из числа 14 оперированных непосредственно после операции умерло от перитонита 6 больных, в том числе один—с раковой язвой; кроме того 1 больной умер через 4 недели после операции при картине общего истощения (процесс в легких). Из умерших 1 был оперирован через 3 час. после перфорации, остальные все после 18 часов. Из случаев, где больные благополучно перенесли операцию, самый ранний срок ее был 3 часа после прободения, самый поздний—49 часов.

Среди осложнений, которые отмечаются после операции по поводу перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки, особенно тяжелыми являются поддиафрагмальные нарывы, обычно развивающиеся с правой стороны. У одного из наших больных такой нарыв был обнаружен на 14-й день после операции и оперирован с исходом в выздоровление; в другом случае абсцесс был обнаружен с правой стороны на секции у больного, умершего на 5-й неделе после операции; третий случай нарыва наблюдался у больной, которая отказалась от операции в момент прободения язвы, но была оперирована потом по поводу левостороннего поддиафрагмального нарыва, связь которого с перфоративной язвой была установлена на секции.

Наш материал, конечно, очень невелик, и, если я все же решил опубликовать его, то, во-первых, потому, что вопрос этот не потерял к себе интереса и выдвинут программным на предстоящем всесоюзном съезде хирургов, во-вторых, вследствие желания обратить внимание на местную анестезию, которая должна быть использована при операциях по поводу перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки; быть может, ее применение даст возможность вырвать из рук смерти больных и при операции в более позднем сроке после прободения.

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Abrahamsen. Z. Organ, Bd. XXXIII, H. 8.—2) Brunner. D. Z. f. Chir., 1903, Bd. 69.—3) Блюменталь. Нов. Хир. Архив, № 6.—4) Breche. M. m. Woch., 1926, № 50.—5) Borszeky. Z.

<sup>1)</sup> Из них 7 оперированы проф. А. В. Вишневским и д-м С. М. Алексеевым в период заведывания клиником проф. Вишневским, остальные 7 мной.

- Org., Bd. XXXIV, H. 5.—6) Delore. Presse mèd., 1924, № 19.—  
7) Duval. Bull. et mem., 1914, № 6—8) Finsterer. Zbl. f. Chir.,  
1924, № 35.—9) Gueniot. Z. Org., Bd. XXXIII, H. 7.—10) Gib-  
son. Zbl. f. Chir., 1924, № 35.—11) Завьялов. Нов. Хир. Архив,  
№ 45.—12) Johnston. Z. Org., Bd. XXXVI, H. 1.—13) Haberer.  
D. Z. f. Chir., Bd. 172.—14) Kunz. Arch. f. klin. Chir., Bd. 140, S.  
419.—15) Kott. Z. Org., Bd. XXXVIII, H. 3.—16) Мануйлов. Труды  
XV Съезда Росс. Хирургов.—17) Mühsam und Unger. Zbl. f.  
Chir., 1926, № 10.—18) Naumann. Zbl. f. Chir., 1925, № 41.—19)  
Оглоблина. Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14.—20) Odermott. Z.  
Org., Bd. XXXVII, H. 2.—21) Петров. Нов. Хир. Арх., № 45.—  
22) Petrivalsky. Z. Org., Bd. XXXIV, H. 11.—23) Powers.  
Surg., gynec. and obst., v. 40, № 1.—24) Paul. D. Z. f. Chir., Bd.  
172.—25) Скляров. Н. Хир. Архив, № 45.—26) Stohr. Med. Klin.,  
21, № 30.—27) Soderlung. Z. O., Bd. XXXVII, H. 5.—28) Чугаев.  
Экстр. Хир. Помощь, 1927.—29) Vigiazo. Arch. f. klin. Chir., Bd.  
139.—30) Wildegans. Zbl. f. Chir., 1926. № 10.
-



## К вопросу о десмоидных опухолях передней брюшной стенки.

А. И. Сагловой.

Под десмоидными опухолями передней брюшной стенки по Sän-ger'u надо понимать все опухоли соединительнотканного типа, исходящие из мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки, без различия их гистологического строения и клинических свойств. В иностранной литературе по этому вопросу имеется обширный материал, причем особенно заслуживают внимания работа Pfeiffer'a, обнимающая 400 случаев, и Klot'a, обнимающая 500 случаев подобного рода опухолей. Из русских авторов наиболее обширную статистику десмоидов дал проф. Г. Ф. Писемский, собравший из иностранной и русской литературы 550 случаев десмоидов, включая сюда и свои 9. Сравнительная редкость данного заболевания и бедность русской литературы по этому вопросу дают мне право сообщить о случаях десмоидов передней брюшной стенки, наблюдавшихся в Казанской Акушерско-Гинекологической клинике, среди стационарного материала гинекологического отделения, с 1903 года по 1927 г., и оперированных проф. В. С. Груздевым.

По примеру проф. Писемского приведу эти случаи, в дальнейшем, в виде таблицы, предварительно же сделаю краткий общий очерк данного заболевания.

Все авторы согласны в том, что десмоиды брюшной стенки встречаются довольно редко и преимущественно у женщин. Так, напр., у Писемского на 40.000 больных за 10 лет было 9 случаев десмоидов. В Акушерско-Гинекологической клинике Каз. Университета за последние 24 года на 6.155 стационарных больных гинекологического отделения десмоидные опухоли брюшной стенки были встречены 4 раза.

По Pfeiffer'u из всего количества десмоидных опухолей передней брюшной стенки на женщин падает 87,1%, а на мужчин—только 12,9%. Тот же автор отмечает, что десмоиды неодинаково часты в различные возрасты жизни женщины,—чаще всего они встречаются в период от 25 до 30 лет—в 60,3%, тогда как позднее 45 лет они наблюдаются только в 6,2%, причем 94,3% их приходится на рожавших и только 5,7%—на девиц. Частота опухолей этого рода у женщин, притом в расцвете половой деятельности, по мнению Писемского, объясняется значением беременности и родов в этиологии данного новообразования. Хотя непосредственная причина развития десмоидов, как и вообще всяких новообразований, нам и неизвестна, тем не менее всеми авторами признается, в качестве одного из главных предрасполагающих моментов, травма, а этой-то травме и подвергается брюшная стенка во время беременности: последняя ведет, как известно, к надрывам и разрывам в мышцах и апоневрозах передней брюшной стенки, на этой почве здесь возникают рубцы, и эти рубцы потом развиваются в десмоидные опухоли.

Pfeiffer, отдавая должное значению травмы, предполагает, однако, что для развития десмоидов необходимо еще присутствие в брюшной стенке эмбриональных остатков соединительной ткани; ранее дремавшие остатки эти под влиянием травмы начинают расти, и в результате получаются опухоли.

Исходными пунктами десмоидных опухолей передней брюшной стенки чаще всего являются передний и задний листки влагалища прямых мышц и сухожильные перемычки последних. При этом задний листок влагалища m. recti поражается чаще переднего. Реже десмоиды исходят из наружного или внутреннего косых и поперечного брюшных мускулов и их фасций. Правая сторона брюшной стенки поражается чаще левой. Развитие десмоидов из белой линии живота наблюдается редко. Лишь в единичных случаях является местом происхождения их и паховая область. В литературе описаны, затем, 29 случаев, где разбираемые опухоли охватывали всю переднюю брюшную стенку. Nelaton, часто встречая десмоидные опухоли у fossa или crista ossis ilei, считал их производным периоста, а тяжи, соединяющие в таких случаях опухоль с периостом, принимал за сосудистую ножку опухолей. Позднее, однако, это мнение подверглось критике, и теперь подобные тяжи считаются вторичными образованиями, исходящими из периоста вследствие раздражения,—подобно тому, как вообще часто имеются крепкие соединения десмоидных опухолей с различными частями брюшных стенок. В большинстве случаев, однако, десмоиды не имеют связи с периостом тазовых костей.

В большинстве случаев разбираемые опухоли имеют вид небольших, плотных опухолей с гладкой поверхностью, чаще всего овальной формы, резко ограниченных, благодаря чему при расслаблении брюшных стенок их можно бывает легко захватить пальцами. Направление продольной оси десмоида соответствует обычно ходу того мускула, из которого опухоль берет начало. Ножка у десмоидов отсутствует, они сидят обычно на широком основании. При пальпации опухоль обнаруживает заметную подвижность, менее всего выраженную по ходу волокон мускула, а больше всего—поперечно к ходу того мускула, из которого десмоид исходит; таким образом по движению опухоли можно судить об исходном ее пункте. Болевых ощущений при ощупывании десмоидных опухолей чаще всего не бывает; иногда впрочем при таких опухолях их носительницы отмечают в области опухолей произвольные незначительные боли тянущего характера. Как правило, десмоидные опухоли растут медленно, и только при злокачественном их перерождении, а также иногда при наступлении беременности, их многолетний медленный рост сменяется бурным.

Распознать десмоидную опухоль передней брюшной стенки на основании клинических симптомов и анамнеза, особенно при поверхностной локализации опухоли, обычно нетрудно. При этом надо исключить хронические воспалительные опухоли (туберкулез, сифилис, актиномикоз) и в особенности повреждения брюшных стенок с образованием гематом. Труднее отличить десмоид брюшной стенки при более глубоком положении его, дающем повод к смешению его с интраабдоминальными—как доброкачественными, так и злокачественными—опухолями. Для дифференциального диагноза можно воспользоваться признаком, указанным Bouchecaource'ом: при напряжении брюшных мышц опухоль брюшной

стенки не пропадает и является неподвижной, тогда как опухоль брюшных органов смещается. Далее, при дыхании десмоидная опухоль движется спереди назад, а не сверху вниз, как то бывает с интраабдоминальными опухолями.

Патолого-анатомически большинство десмоидов представляют собой резко ограниченные, величиной с кулак, сидящие на широком основании опухоли, имеющие овальную форму и гладкую поверхность. Капсула опухоли бывает неполне выражена. Обыкновенно в какой-нибудь точке опухоль непосредственно переходит в соседние ткани, инфильтрируя фиброзными элементами поперечно-полосатую мускулатуру и прогрессивно ее замещая. Микроскопически, по большинству авторов (Pfeiffer, Sontag и др.), десмоиды представляют собой богатые клетками фибромы с соединительнотканными тяжами, врастающими в мускулатуру, которая остается в виде единичных волокон внутри этих тяжей. Ludwig, подвергая микроскопическому исследованию десмоиды в своих случаях, нашел в них остатки мышечной ткани с разрождениями, характерными, по его мнению, для гипертрофических мышечных рубцов.

Несмотря на гистологическую доброкачественность десмоидов, прогноз при этих опухолях, вследствие большой склонности их к рецидивам и возможности злокачественного перерождения, не является благоприятным; при прочих равных условиях прогноз является более благоприятным в случаях небольших опухолей, инкапсулированных, без сращений с брюшиной и салником. Отсюда наличие десмоидной опухоли требует возможно более раннего удаления ее, так как своевременная операция значительно улучшает предсказание.

При оперативном лечении десмоидов рекомендуются наиболее радикальные оперативные способы. Так, Писемский на основании своего материала приходит к заключению, что для удаления даже чистых фибром простая энуклеация опухоли часто бывает недостаточна, и необходимо делать иссечение и тех мест, где предполагается переход фибромы в соседние ткани. В случаях, когда при удалении десмоидов остаются значительные дефекты в передней брюшной стенке, их предлагается закрывать путем мышечной и апоневротической пластики. Из последних проф. Коллюбакин рекомендует способ Спигарного — с лоскутом из наружной большой косой мышцы живота.

Приводимые нами случаи подтверждают ту характеристику десмоидных опухолей, которая изложена выше. У всех наших больных опухоли возникли в возрасте чадо родия; у трех они были обнаружены во время беременности и у одной — вскоре после родов, причем отмечалось усиление роста опухолей во время беременности. Субъективных ощущений опухоли почти не вызывали; в частности наша больная № 1 не жаловалась ни на что, имея к концу беременности опухоль в 8 $\frac{1}{4}$  фунт.; только больная № 4 отмечала по временам ломоту в опухоли. Исходным пунктом в трех случаях служило влагалище *m. recti* и лишь в одном — апоневроз поперечной мышцы; кроме того, в одном случае к апоневрозу *m. recti* присоединялся еще *m. obliquus abdominis ext.* У одной больной местом локализации опухоли была паховая область, — место, где десмоидные опухоли по статистике встречаются редко. Опухоли во всех случаях сидели на широком основании, ножка у них отсутствовала. В трех случаях имелась подвижность опухолей, особенно поперечно к ходу пучков того мускула, из которого они исходили.

| №№ по пор. | Время наблюдения. | Анамнез.                                                                                                                                                                                                                             | Место возникновения и рост опухоли. Симптомы.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Объективные данные.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1          | 1909 г.<br>29/X.  | Больная Е. Б., 27 лет, крестьянка, четырех лет от роду болела оспой. Месячные на 16 году, через 3 нед., по 3 дня, без болей, последний раз 14/X 1909 г. Замужем 11 лет. Было двое родов, — первые на 23 году, а вторые 6 мес. назад. | Считает себя больной 14 мес., — вначале второй беременности осматривавшая больную акушерка нашла у ней в животе опухоль. Сама больная опухоли не замечала. Ни во время беременности, ни во время родов опухоль не давала о себе знать, и, если бы не предупреждение, что опухоль будет расти и грозить ее жизни, то она не согласилась бы на операцию.             | Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны. Под кожей живота, слева от средней линии тела, — опухоль овальной формы, длиннее которой расположен параллельно lin. alba. Начинается опухоль на 2 поперечных пальца выше пупка и доходит до лобка. В одном месте, у пупка, на опухоли имеется выступ, остальная поверхность гладкая. Опухоль смещается свободно вбок, меньше вверх. С боков и сверху опухоль резко ограничена. |
| 2          | 1914 г.<br>24/IX. | Больная Л. К., 37 лет, духовного звания. Дом. хоз. Месячные на 17-м году, через 4 нед. по 7 дн., без болей. Последний раз 1 г. 4 мес. назад. Замужем 13 лет. Было 7 нормальных родов и 1 выкидыш. Последние роды 7 мес. назад.       | Считает себя больной 1½ г. Сначала почувствовала боль в области пупка, через 2 м. здесь появилась опухоль с горошину и, постепенно увеличиваясь, достигла размеров гусиного яйца. В течение первых 4 мес. своего существования опухоль была болезненна как при дотрагивании, так и без него. Впоследствии эта болезненность уменьшилась и даже совершенно исчезла. | Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны. В области пупка, больше вправо от lin. alba, опухоль с большой кулак величиною, плотная, бугристая, подвижная, безболезненная. Размеры живота: от sp. ant. sup. dex. до пупка 13 с., от sp. ant. sup. sin. до пупка 14 с. Со стороны гениталий отклонений от нормы не обнаружено.                                                                                               |
| 3          | 1919 г.<br>17/X.  | Больная П. Т., 27 лет, крестьянка. Месячные на 16-м году, через 3 нед. по 5—6 дней. Последн. 16 X. Замужем 9 лет. Было трое нормальных родов. Последние роды 3 года назад.                                                           | Считает себя больной 3 года: появились боли в правой половине живота, отдающие в спину. 2 года назад заметила опухоль справа от средней линии живота. Опухоль была величи-                                                                                                                                                                                         | Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны. В правой половине живота, по средине, имеется опухоль величиной с голову новорожденного, овальной формы, плотная, безболезненная, окру-                                                                                                                                                                                                                                         |

| Клинический<br>диагноз.              | Особенности операции.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Патолого-анатомический<br>диагноз.                                                                                                                                                                                                                                                            | Исход операции.                                                                                 | Примечания.                                                                                         |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tumor<br>parietis<br>abdomi-<br>nis. | Разрез кожи от пупка до лобка по наружному краю <i>m. recti sin.</i> Передняя пластинка влагалища <i>m. recti</i> и сам <i>m. rectus sin.</i> при отделении опухоли нарушены вследствие интимного сращения их с опухолью. <i>M. rectus</i> перерезан близ места прикрепления его к лобку. Часть брюшины, ок. 50 кв. сант., была тоже сращена и удалена с опухоли, причем брюшина была вскрыта еще в нескольких местах. Недостаток брюшины закрыт сальником. Целость брюшной стенки восстановлена послойно. | Макроскопически: опухоль в 8 1/2 фун. весом, большая ее окружность — 60 сант., меньшая — 52 сант., покрыта брюшиной в 1/4 своей верхней части. В средней и нижней частях имеется ромбический лоскут апоневроза. Исходный пункт ее — задний листок влагалища. Микроскопически: чистая фиброма. | Выздоровление, выписалась на 21-й день. Заживление брюшной раны <i>per primam</i> .             |                                                                                                     |
| Tumor<br>parietis<br>abdomi-<br>nis. | Поперечный разрез кожи на уровне пупка, второй разрез над ним, полукруглый. Кожный лоскут отсепарован. Опухоль вылучена из окружающей клетчатки и тесно вплетенных волокон листка влагалища <i>m. recti</i> . При вылучении вскрыта брюшина на пространстве величиной с 10-копеечную монету.                                                                                                                                                                                                               | Макроскопически: опухоль величиною с кулак, слегка бугристая, плотная, исходный пункт ее волокна апоневроза <i>m. recti dex.</i> Микроскопически: чистая фиброма.                                                                                                                             | Выздоровление, выписалась на 14-й день в хорошем состоянии. Заживление раны <i>per primam</i> . |                                                                                                     |
| Tumor<br>parietis<br>abdomi-<br>nis. | Разрез по <i>lin alba</i> от пупка и не доходя на 2 пальца до лобка. Передний листок влагалища наружной косой мышцы, приращенной к передней поверхности опухоли, был отделен частью ручным путем, частью скальпелем. Опухоль располагалась                                                                                                                                                                                                                                                                 | Макроскопическое и микроскопическое описание препарата нет. Исходный пункт опухоли, повидимому, влагалище <i>m. recti det.</i> (задний его листок).                                                                                                                                           | Смерть от септицемии на 5-й день после операции.                                                | При вскрытии были найдены: <i>peritonitis acuta fibroso-purulenta exsudativa diff., septicæmia.</i> |

| № № по пор. | Время наблюдения. | Анамнез.                                                                                                                                                                                                                      | Место возникновения и рост опухоли. Симптомы.                                                                                                                                                                                                                                  | Объективные данные.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4           | 1926 г.<br>9 III. | Больная М. Ч., 21 г., крестьянка. В детстве болела корью. Месячные через 3 нед. по 4—6 дней, без болей, последний раз 14 мес. назад. Замужем 3 года. Было двое нормальных родов, последние роды 5 мес. назад. Ребенка кормит. | <p>ной с куриное яйцо, безболезненна, малоподвижна, постепенно увеличивалась.</p> <p>Считает себя больной 9 мес.: заметила справа внизу живота шишку, которая росла медленно и растроя не причиняла. После родов стала расти быстрее, и временами в ней появлялась ломота.</p> | <p>женная со всех сторон тимпанитом. Движение вверх и вниз ограничено, а в стороны свободно. Кожа над опухолью подвижна, исключая область пупка. Размеры живота: от sp. ant. sup. dex. до пупка 21 с., от sp. ant. sup. sin. до пупка 14 с. Наиб. окруж. живота 75 с., на уровне пупка—77 с.</p> <p>Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Над правой пупартовой связкой и параллельно ей располагается опухоль—плотная, неподвижная, яйцевидной формы, в 3 поперечных пальца шириной. Кожа над ней легко смещается. При внутреннем исследовании матка в retrodextroversio. Придатки нормальные.</p> |

| Клини-<br>ческий<br>диагноз.                | Особенности операции.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Патолого-анатоми-<br>ческий диагноз.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Исход опе-<br>рации.               | Примечания.                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tumor<br>(desmoid)<br>parietis<br>abdominis | <p>между m. rectus и задним листком влагалища и была плотно спаяна с пупком. M. rectus был смещен вправо и изменен мало. Опухоль с значительным трудом вылучена, причем в двух местах повреждена была брюшина, которая тотчас же и была зашита. Кровотечение было небольшое. Пульс во время операции 90, плохого наполнения.</p> <p>Разрез кожи над и параллельно пупартовой связкой. Вскрыты апоневрозы наружной и внутренней косых мышц. Тumor исходил из апоневроза m. transversi abdominis. Опухоль вылучена большей частью тупым путем, только у основания скальпелем. Брюшина не вскрыта. Непрерывными швами восстановлена целостность поперечной мышцы и апоневрозов внутренней и наружной косых мышц.</p> | <p>Макроскопически: опухоль эллипсоидной формы, длиною 11½ снт., шириною 5½ снт. Консистенция ее мягковатая, поверхности шероховатая. На разрезе на сером фоне волокнистой ткани — желтоватые и розоватые прослойки. Под микроскопом: строма местами рыхлая, состоит из молодых звездчатых клеток, заложенных в бесструктурном или слабо-волокнистом веществе. Местами попадаются участки плотные, состоящие из волокон соединит. ткани Fibroma molle.</p> | <p>Выздоровление на 17-й день.</p> | <p>В нижней части раны было уплотнение. На 7-й день выделялась серо-красная жидкость. При выписке уплотнение в шве исчезло, а также и ход, через который выделялась жидкость.</p> |

## Несколько наблюдений над применением аутогемотерапии в акушерстве и гинекологии.

П. П. Казанского.

С тех пор, как Halsted, в 1884 году, „положил начало лечебному методу реинфузии собственной крови (после цитрирования ее) при целом ряде заболеваний“ (Н. В. Соколов<sup>1)</sup>),—аутогемотерапия, претерпев различные видоизменения как в способе применения, так и в показаниях и противопоказаниях, прочно заняла почетное место в ряду других способов лечения. Аутогемотерапией, как самостоятельным, или как подсобным методом лечения, пользовались и пользуются теперь представители многих медицинских специальностей. Заманчивый по своей простоте и блестящий подчас по своему эффекту, этот метод лечения не мог, конечно, остаться незамеченным и представителями акушерства и гинекологии.

Так, А. Я. Цейтлин<sup>2)</sup> сообщает о хороших результатах, полученных от аутогемотерапии при *graviditas extrauterina*, впервые примененной здесь J. Thies'ом в 1914 году. Э. А. Ширяк<sup>3)</sup> упоминает о 12 случаях воспалительных заболеваний придатков матки, с успехом леченных этим способом. В. М. Иванов<sup>4)</sup> приводит указания Schmidt'a на хорошие результаты аутогемотерапии при лечении маститов и Baksch't'a, констатирующего прекрасный эффект от нее при лечении маточных кровотечений эндокринного происхождения. Далее, А. И. Калинин<sup>5)</sup>, приводя свой случай аутогемотерапии при *hyperemesis gravidarum*, высказывает взгляд о целесообразности применения этого метода в целях профилактики различных токсикозов беременности. А. И. Калинин<sup>6)</sup>, сообщая о лечении менотоксикозов аутогемотерапией, полагает, что лечебный эффект в данных случаях можно объяснить „адсорбцией красными кровяными шариками токсической субстанции (яичникового гормона или того или иного продукта его метаморфоза)“. Наконец, Graser<sup>7)</sup> реко-

<sup>1)</sup> Н. В. Соколов. Переливание крови, как лечебный метод. Каз. Мед. Журн., 1925, стр. 654.

<sup>2)</sup> А. Я. Цейтлин. О переливании крови. Гин. и Акуш., 1922, № 1.

<sup>3)</sup> Э. А. Ширяк. Об аутогемотерапии при фурункулезе. Врач. Газ., 1927, стр. 266.

<sup>4)</sup> В. М. Иванов. Лечение впрыскиваниями собственной крови больного (автогемотерапия). Рус. Клин., 1927, № 41.

<sup>5)</sup> А. И. Калинин. Аутогемотерапия при неукротимой рвоте беременных. Врач. Газ., 1926, стр. 195.

<sup>6)</sup> А. И. Калинин. К вопросу о менотоксикозах и лечении их аутогемотерапией. Каз. Мед. Журн., 1927, № 5.

<sup>7)</sup> Graser. Zentr. f. Chir., 1925, № 45. По реф. в Каз. Мед. Журнале, 1926, стр. 1390.



мендует аутогэмотерапию для лечения послеоперационных бронхитов и пневмоний.

В условиях повседневной амбулаторной работы врача-гинеколога часто встречаются, как известно, случаи, когда обычные методы лечения остаются безрезультатными. Безуспешность применения в этих случаях многих средств с одной стороны, невозможность для пациенток, по условиям жизни, воспользоваться некоторыми из них—с другой и желание врача облегчить страдания больной с третьей—заставляют искать нового, более надежного по действию и простого по применению средства лечения. В качестве такового я и остановился на аутогэмотерапии.

В течение 1926—1927 г.г. в моей практике было 28 случаев, где я с успехом применил этот способ лечения. По роду заболеваний больные в этих случаях распределялись следующим образом: 1) *hyperemesis gravidarum*—9 случаев, 2) *metrorrhagia haemorrhagica*—8 случаев, 3) менотоксикозы, связанные с наступлением половой зрелости,—3, 4) менотоксикозы в периоде беременности—1, 5) *menstruatio profusa et tarda* в пременопаузальном периоде—6 и 6) *salpingo-oophoritis bilateralis chronica et metro-endometritis post abortum*—1 случай. Не вдаваясь в подробный разбор каждой из этих групп, приведу кратко несколько наиболее характерных историй болезни.

I. Больная Б., 23 лет, явилась на прием 14/XII 1926 с жалобами на *hyperemesis gravidarum*. Первые мenses 16½ лет, тип <sup>4</sup>/<sub>28</sub>, с незначительной болезненностью. Беременность первая. Последние регулы 2—6/X 1926, с тех пор сначала появилась тошнота, затем—рвота. В настоящее время рвота почти непрерывно, даже без принятия пищи; она прекращается лишь в лежачем положении, и то ненадолго. Больная бледна, истощена. Сердце и легкие в норме. При исследовании матка увеличена соответственно двум месяцам беременности, признак Hegar'a ясно выражен. Применена аутогэмотерапия. После 2 инъекций по 7 куб. с. под кожу живота рвота прекратилась, и больная более не являлась. 6/VII 1927 благополучные роды живым мальчиком.

II. Больная П., 23 лет, явилась 20/IX 1926 с жалобами на кровотечение, по поводу которого лежала в Тамбовской Губсовбольнице с 17/VIII по 2/IX. Кровотечение под влиянием инъекций эрготина остановилось было, но затем возобновилось и течение последних 1½ недель продолжается почти непрерывно. Первые мenses на 16 году, тип <sup>3—4</sup>/<sub>21</sub>, безболезненны, последние правильные регулы

в июле, с тех пор путаются. Имела 1 роды—5 лет т. н. Абортов не было. При исследовании матка слегка увеличена, безболезненна, придатки чувствительны. В больнице был поставлен диагноз *metrorrhagia haemorrhagica*, с 20/IX по 25/IX безрезультатно принимала назначенное *infusum sec. cornuti*. С 25/IX по 1/XI сделано 7 инъекций собственной крови, взятой из локтевой вены, под кожу подлопаточной области, по 5—10 куб. с. После второй инъекции кровотечение уменьшилось, а после третьей прекратилось совершенно. В дальнейшем до июня 1927 г. больная имела две беременности, которые искусственно прерывались по социальным показаниям. С июня по сентябрь 1927 мenses правильны. 13/IX явилась с кровотечением, не останавливавшимся со дня начала последней менструации (2 IX). Назначен стипитин—безрезультатно. При исследовании 17/IX слегка увеличенная, плотная, безболезненная матка; придатки с обеих сторон незначительно увеличены, слегка болезненны. С 23/IX по 10/X четыре инъекции собственной крови по 5—10 куб. с. Кровотечение остановилось, боли прошли. 24/XI беременность около 1½ месяцев.

III. Больная К., 16 лет, *virgo intacta*, явилась 9/V 1927 с жалобами на кровотечение, продолжающееся в течение 3 месяцев со дня появления первой менструации. Больная ниже-среднего роста, правильного телосложения, плохого питания; со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет; признаки половой зрелости выражены слабо. Обычная терапия,—кровоостанавливающие и общеукрепляющие

лечение.—без результата. 20/VI 1927 начата аутогэмотерапия. Сделано 6 инъекций по 5—10 куб. с. Менструации установились правильно по 3 дня, через 3 недели, безболезненны.

IV. Больная Л., 28 лет, явилась на прием 16/VII 1927 с явлениями крапивницы, зуда наружных половых органов и распространенного фурункулеза. Первые menses 15½ лет, тип  $\begin{smallmatrix} 3 \\ 21-24 \end{smallmatrix}$  безболезненны. Замужем с 18 лет, имела 1 роды

и 2 искусственных аборта. Последние регулы 10/III 1927. С 8/VI появился зуд наружных половых органов и периодически крапивница. При исследовании матка увеличена соответственно 4 месяцам беременности, безболезненна, на наружных половых органах и на внутренней поверхности бедер краснота со следами расчесов, на груди, спине и ягодицах следы от прошедших фурункулов и свежие фурункулы. 16/VII выпрыгнуто под кожу живота 5 куб. с. собственной крови. После четырех таких инъекций с промежутками в пять дней зуд прекратился, крапивница исчезла, фурункулы стали подживать, больная с 5/VIII более не почесывалась.

V. Больная С., 43 лет, явилась 29/IV 1927 с жалобами на кровотечение, которое началось в декабре 1926 г., периодически обостряется, а за последний месяц совершенно не прекращается. Первые menses 14½ лет, тип  $\begin{smallmatrix} 3-4 \\ 21 \end{smallmatrix}$  безболез-

ненны. Имела 3 родов и 2 иск. аборта. Последние два года менструации путались,—приходили с опозданиями, продолжались по 7—10 дней. При исследовании матка немного меньше нормы, плотна, слегка болезненна, придатки нормальные. Назначены эрготин и бромистая камфора. 15/V, в виду продолжающегося кровотечения, начата аутогэмотерапия. После двух инъекций кровотечение меньше, а после пяти прекратилось совершенно. Всего было сделано 7 инъекций под кожу живота по 5—10 куб. с. с пятидневными промежутками. 20/VI при исследовании матка в состоянии атрофии, придатки не прощупываются. До 17/XI кровей не было. Больная более не являлась.

VI. Больная М., 26 лет, явилась 24/X 1926 с жалобами на схваткообразные боли и небольшое кровотечение. Первые menses 15½ лет, тип  $\begin{smallmatrix} 3-5 \\ 21-24 \end{smallmatrix}$  безболезненны.

Имела один род, 6 лет т. н. В июне 1926 г. лечилась от воспаления придатков матки. Последние менструации были 16/VIII. При исследовании матка увеличена соответственно 1½ мес. беременности, придатки чувствительны, небольшое кровотечение. С диагнозом беременности и начинающегося аборта направлена в больницу, где 29/X произведено абразю. После абразю первые menses пришли 30/XI и с тех пор „мазались“ до 3/I 1927, когда больная вновь явилась на прием. При исследовании матка больше нормы, плотна, болезненна, придатки слегка увеличены, болезненны, особенно слева. Диагноз: metrorrhagia, salpingo-oophoritis bilateralis chronica, metro-endometritis post abortum. Назначены покой и внутрь hydrastis. 11/II, в виду непрекращающегося кровотечения, направлена в больницу, где вновь произведено абразю. 8/III кровотечение возобновилось, и начата аутогэмотерапия. 22/III кровотечения нет. Всего по 14/IV было сделано 6 инъекций под кожу живота по 5—10 куб. с. с пятидневными промежутками. 10/IX на приеме установлена беременность около 1½ месяцев, придатки безболезненны. 15/XII беременность (4½ месяцев) протекает нормально.

Как можно объяснить эффект действия аутогэмотерапии? До настоящего времени подвести точную, научно обоснованную базу для объяснения лечебного действия ее не представляется возможным. Одни авторы рассматривают ее, как неспецифическую терапию раздражения белком красных кровяных телец и плазмы крови (Proteinkörpertherapie), другие наряду с этим объясняют успех аутогэмотерапии и специфическим действием находящихся в крови больного антител, наконец, третьи полагают, что „лечебный эффект аутогэмотерапии сводится к выработке соответственных антител подобно тому, как это происходит в обычных условиях течения интоксикации в селезенке, лимфатических железах и печени“

(Линтварев<sup>8)</sup>). Наряду с этим необходимо, конечно, считаться и с психотерапевтическим эффектом данного метода.

Со своей стороны, считая преждевременным делать какие-либо определенные выводы относительно аутогэмотерапии, все же считаю возможным рекомендовать применение этого простого метода в случаях, подобных описанным мною выше.

---

<sup>8)</sup> П. П. Линтварев. К уч. об эритрофагоцитозе. Рус. Клин., 1927, № 41.

## Вакциноterapia коклюша<sup>1)</sup>.

Ассист. А. Шелогуровой.

Со времени открытия Bordet и Gengou в терапии коклюша появляется новое лечебное средство—вакцина. Первые попытки применения вакцинотерапии этой болезни относятся к 1913 г. С тех пор для лечения коклюша были применены различные виды вакцин: вакцина из чистых культур палочек Bordet и Gengou, вакцина из коклюшных бактерий с палочками инфлюэнцы, групповая вакцина, состоявшая из различных микробов, выделенных из мокроты больных (такой вид вакцины применяли Peterson и Smelli, получившие от него незначительные результаты); наконец в период сомнений относительно специфичности палочки Bordet Gengou применялась вакцина, приготовленная из мокроты коклюшных больных. Kraus (1916 г.) и Savini (1922 г.), употреблявшие такую вакцину, сообщают о хороших результатах лечения ею. Большинство авторов, однако, пользовались вакциной, приготовленной из палочек Bordet и Gengou.

В истории вакцинотерапии по этому методу можно различать два периода: первый, относящийся к 1913-14 гг., характеризовался применением малых доз вакцины; во втором периоде, с 1920 г., авторы стали употреблять концентрированные вакцины в дозах, превышавших первые в 50—100 раз. К первому периоду относятся работы Nicol's и Sonora (1913 г.), а также Sill's и Kelsol's (1914 г.), употреблявших вакцину, в 1 куб. сант. которой содержалось от 50 до 200 миллионов бактерий. В легких случаях коклюша применялись разовые дозы в 20—40 миллионов микробов, в тяжелых случаях—в 60 миллионов. Названные авторы отмечают при таком лечении более легкое течение болезни и отсутствие осложнений.

Второй период охватывает работы Meyer'a, Kramer'a, Spolverini, Aldrich'a, Bloom'a, Friedlender'a и Vogan'a. Употреблявшаяся ими вакцина, приготовленная по одному и тому же методу, содержала в 1 куб. сант. 10 миллиардов бактерий; только Bloom употреблял вакцину, в 1 куб. сант. которой заключалось 5 миллиардов палочек Bordet и Gengou и 3 миллиарда палочек инфлюэнцы. Разовые дозы, независимо от возраста, начинались с 1—2 миллиардов для первой ин'екции, соответственно увеличиваясь в последующие; Bloom для первой ин'екции брал наивысшую дозу, в 8—12 миллиардов, уменьшая ее с каждой ин'екцией. Промежутки между ин'екциями колебались от 1 до 3 дней, общее же число их в среднем равнялось 3—4. После впрыски-

<sup>1)</sup> Доложено на II Поволжском С'езде Врачей в г. Саратове 6/VI 1927 г.

ваний Bloom иногда наблюдал небольшие повышения  $t^0$ , о местной же реакции никто из перечисленных авторов не упоминает. Материал их был довольно велик; так, Vogan вакцинировал 952 человека, Bloom—458, Spolverini—232, Kramer—78, Aldrich—47. В конечном итоге лишь у Friedlender'a создалось впечатление, что вакцина не имеет терапевтического значения, остальные же нашли, что, чем раньше начинали вакцинировать ребенка, тем лучшие получались терапевтические результаты, а именно, укорачивался период болезни, течение процесса становилось легким, отсутствовали осложнения. Aldrich имел несколько случаев abortивного течения коклюша, когда после первой же инъекции процесс заканчивался в 1—1½ недели. Вакцинация после 3 недель уже не оказывала влияния на течение коклюша.

Располагая таким литературными данными, я приступила к вакцинации детей с апреля месяца 1926 г. Мною вакцинировались дети Дома охраны материнства и младенчества и дети, посещавшие амбулатории Детской клиники и 2-й Страховой больницы г. Саратова. За этот период времени было вакцинировано 125 человек в возрасте от 2 месяцев до 13 лет, из них мальчиков было 36, девочек—89.

По возрасту дети распределялись следующем порядке: до 1 года—31 чел., от 1 года до 2 лет—37 чел., от 2 до 4 лет—30 чел., от 4 до 7 лет—23 чел., от 7 до 13 лет—4 чел.

Инъекции делались внутримышечно в область ягодиц. Число их, в зависимости от получаемых результатов, было от 3 до 5 с промежутками в 48 часов. Вакцина содержала 4 миллиарда бактерий Bordet и Gengou в 1 куб. сант. Для детей до 3-летнего возраста я пользовалась следующими дозами: для 1-й инъекции—1 миллиард, для 2-й—2 миллиарда, для 3-й—4 миллиарда, для 4-й—6 миллиардов и т. д. У детей старше 3 лет в первую инъекцию вводилось 2 миллиарда бактерий, в последующие же инъекции число бактерий повышалось.

Обыкновенно первая инъекция не сопровождалась общей реакцией. После второй  $t^0$  реакция наблюдалась в 30% всех случаев, причем повышение  $t^0$ , в пределах от 37,2° до 39,3°, продолжалось в течение 10—12 часов. Иногда  $t^0$  повышалась к концу суток. Некоторые дети жаловались на головную боль; другие, по словам матерей, становились вялыми, засыпая в необычное для них время. Последующие инъекции сопровождались общей реакцией лишь в единичных случаях. Что касается местной реакции, то у 70% всех детей наблюдалась разлитая краснота, а иногда и инфильтрат от 1 до 5 сант. в диаметре, исчезающие через 10—12 часов. У маленьких детей появлялась болезненность на месте укола. Как правило, через сутки на месте инъекций оставалось синее пятно, приобретающее в дальнейшем все оттенки кровавого пятна.

Каждый ребенок наблюдался мною в течение 2—2½ месяцев. Результаты вакцинации основываются на оценке клинического течения болезни. Исследование крови и определение опсонического индекса было сделано только у некоторых больных, причем кровь в этих случаях исследовалась обычно до инъекции и через сутки после нее. При исследовании этом можно было констатировать заметное увеличение числа лейкоцитов; в частности, в одном случае до инъекции их было 11,000, после инъекции—20,500, в другом—9,800 и 12,800, в третьем—10,800 и 17,200, в четвертом—19,200 и 20,400. В лейкоцитарной формуле до инъекции

отмечалось увеличение лимфоцитов, моноцитов и сдвиг влево до юных форм. После инъекции число лимфоцитов увеличивалось за счет нейтральных форм.

Для определения опсонического индекса кровь бралась до первой инъекции и затем по окончании вакцинации. Так как индекс этот мог самостоятельно повышаться с течением болезни, то для контроля была взята кровь у ребенка с легким течением коклюша в тот же период времени. Во всех исследуемых случаях получилось повышение опсонического индекса. Так, в первом случае до инъекции индекс был  $1\frac{1}{2}$ , после инъекции— $2\frac{1}{3}$ , контроль— $1\frac{17}{30}$ ; во втором случае до инъекции индекс равнялся  $1\frac{3}{7}$ , после— $2\frac{5}{12}$ , в третьем— $1\frac{1}{3}$  и  $2\frac{1}{17}$ , в четвертом— $1\frac{1}{3}$  и  $2\frac{2}{3}$ .

Приступая к рассмотрению полученных мною результатов лечения, я выделил в особую группу 10 моих больных, среди которых одни были атрофики, а у других коклюш сочетался с вторичными инфекциями. Остальных больных я разделяю на 3 группы в зависимости от времени применения вакцинации, причем в каждой группе отмечаю влияние времени года на вакцинируемых детей.

*Первая группа*, состоявшая из 29 детей, начала вакцинироваться в течение первых 7 дней заболевания. Правда, в этот период времени почти невозможно поставить точно диагноз коклюша, и лишь один ребенок имел типичные приступы кашля на седьмой день заболевания. Большинство детей этой группы были в непосредственном общении с коклюшными и начинали кашлять, причем у них физическими методами исследования не обнаруживалось катарральных явлений со стороны дыхательных путей. Несколько детей Детского Дома на 2—3-й день покашливания вакцинировались с профилактической целью, а так как в течение вакцинации у них развились симптомы коклюша, то они и были взяты мною под наблюдение.

В зависимости от полученных результатов больных этой группы можно разделить на три подгруппы. В первую из них входят 8 случаев abortивного течения коклюша, продолжавшегося от 2 до 3 недель. В 5 из этих случаев диагноз был установлен бактериологически. Приведу здесь вкратце некоторые, относящиеся сюда, истории болезни.

1) Юра В., 10 месяцев. 31/III подозрение на коклюш. 1/IV первый типичный приступ коклюша, сопровождающийся явлениями ларингоспазма. 2/IV повторение приступа, со стороны легких broncho-pneumonia, состояние тяжелое. Со 2/IV по 9/IV 4 инъекции вакцины; улучшение после 2-й же инъекции; 4—5 легких приступов за сутки, припадков ларингоспазма не было. 9/IV в легких явление бронхита. 18/IV ребенок здоров. Течение болезни 19 дней.

2) Лидя Р., 1 года. Начало заболевания сопровождалось воспалением легких. За сутки 11—13 тяжелых приступов со рвотой. Вакцинация на 7-й день болезни. После второй инъекции приступы реже и слабее, в легких единичные сухие хрипы. На 16-й день болезни катарральный кашель 2-3 раза в день.

3) Нина Л., 7 месяцев. 4/IV, на второй день покашливания, начата вакцинация. После двух инъекций кашель усилился, появились характерные репризы, рвоты не было. На 16-й день небольшое покашливание.

4) Лидя Е., 3 лет. В семье брат болел коклюшем 3 недели. 5/IV девочка кашляет второй день. В этот же день первая инъекция вакцины. Ночью резкое обострение кашля; пять приступов со рвотой. Искусственно, путем надавливания на корень языка, удается вызвать приступ кашля. После 3-й инъекции кашель уменьшается. Течение болезни—2 недели.

5) Радий Л., 8 месяцев. 27/X ночью частый кашель спазматического характера. После первой инъекции обострение кашля. После 3-й инъекции, т. е. на 12-й

день болезни, улучшение, кашель только днем. Втечение 3-й недели болезни ежедневно 2—3 легких приступа кашля.

В остальных 3 случаях данной подгруппы, вакцинированных зимой, коклюш протекал втечение 2—3 недель. Приступы спазматического кашля наблюдались втечение 3—4 дней.

Вторая подгруппа состоит из 13 человек, из коих трое болели весной, 10—осенью и зимой. У этих детей течение коклюша ограничивалось 4—5 неделями, причем у одних детей после первых двух инъекций наступало обострение процесса,—кашель учащался, появлялась рвота,—а после 4-й инъекции отмечалось резкое улучшение; у других детей после первой же инъекции обнаруживалось улучшение, особенно ночью. Для всей этой подгруппы характерно то, что днем дети кашляли чаще и тяжелее, чем ночью. Родителями больных вскоре же после начала лечения отмечались появление сна и улучшение аппетита; втечении 3-4 недель дети имели обычно от 2 до 4 легких приступов кашля за сутки. Рвоты у 5 детей этой подгруппы не было. Осложнения со стороны бронхов и легких отсутствовали. Грудные дети прибывали в весе, у них своевременно прорезывались зубы, двое к концу болезни начали ходить.

Третья подгруппа включает последние 8 случаев, из которых 5 вакцинировались весной и 3—осенью. Здесь вакцина не оказала своего терапевтического влияния: у половины детей кашель продолжался от 6 до 7 недель, причем спазматический период, в 1—2 недели, сопровождался приступами кашля со рвотой; у остальных детей кашель тянулся больше 2 месяцев с периодическими улучшениями. Правда, у этих детей обострение кашля совпадало с другими инфекциями: гриппом, ангиной, ветреной оспой.

Итак из случаев данной группы нам удалось в 27,6% получить abortивное течение коклюша, в 44,8%—облегчить и сократить течение болезни до 4-5 недель, в остальных же 27,6% вакцинация оказалась безуспешной. В частности из 12 случаев, вакцинированных весной, хорошие результаты были получены в 7 (58%), из 17 же зимних заболеваний хорошие результаты лечения имели место в 14, что равняется 82%.

*Вторая группа* обнимает 56 детей, которые начали вакцинироваться с 8-го по 15-й день болезни. Начало заболевания у амбулаторных больных выяснялось путем анамнеза; что же касается детей детских домов, то, хотя они и находились под ежедневным наблюдением врачей, все же в отдельных случаях и у них трудно было установить точно день заболевания, так как среди них была гриппозная инфекция; таким образом в определении начала болезни могут быть колебания в 2—3 дня. Влияние вакцинации в данной группе оказалось аналогичным таковому же в предыдущей группе. Поэтому все дети и этой группы разделены мною на три подгруппы, причем в первую подгруппу, где наблюдалось abortивное течение коклюша, могут быть отнесены два случая. Приведу историю болезни одного из них.

Толя И., 1 года. 2/IV болел 10 дней. Приступы тяжелые, со рвотой, до 10—17 раз за сутки; со стороны легких—broncho-pneumonia. Вакцинация со 2 по 9 апреля. После второй инъекции постепенное сокращение приступов в числе и силе. На 24-й день ребенок здоров.

Во втором случае течение коклюша ограничилось 20-ю днями.

Вторая подгруппа обнимает 31 больного, из которых 10 детей болели весной, а остальные осенью и зимой. В этой подгруппе имели

место легкое течение коклюша и укорочение процесса до 4—5 недель. Почти у всех детей этой подгруппы первым следствием вакцинации было уменьшение числа приступов кашля, особенно ночью, в то время, как сила приступов сначала увеличивалась и только после третьей инъекции ослабевала. У немногих процесс обострялся после второй инъекции, или же течение коклюша не изменялось в первые 4—5 дней вакцинации. Ни повышения  $t^0$ , ни осложнений со стороны дыхательных путей здесь не было. Спазмотический период у некоторых больных данной подгруппы сопровождался приступами кашля со рвотой, причем таких приступов насчитывалось 2—3 за сутки. Из всех детей этой подгруппы я должна выделить двоих: один был в возрасте 8 $\frac{1}{2}$  мес. и весил 4550,0, другой был 1 г. 1 м. и весил 5550,0, оба были с явлениями рахита и увеличенными бронхиальными железами; у одного имелся междольчатый плеврит; течение болезни в обоих случаях было тяжелое,  $t^0$  с большими ремиссиями, наблюдались резкая слабость и отсутствие аппетита. После четырех инъекций, что соответствовало началу четвертой недели коклюша, произошло улучшение как в общем состоянии детей, так и в смысле кашля. Дети начали прибывать в весе. Со стороны легочного процесса ухудшений не было.

Третья подгруппа детей, где вакцина не оказала влияния, состояла из 23 детей, среди которых весной вакцинировались 10 человек, осенью и зимою—13. У половины детей этой подгруппы кашель длился 2—2 $\frac{1}{2}$  месяца, сопровождался рвотой, изнурявшей детей. Один больной скончался через 7 дней после начала вакцинации при явлениях сердечной слабости; им было перенесено воспаление легких. Результаты лечения в этой подгруппе выражаются в следующем: abortивное течение болезни имело место в 3,5%, облегчение и сокращение болезни—в 55,4%, безуспешным оказалось лечение в 41% случаев. Среди детей, вакцинированных весной, хорошие результаты были получены в 82%, среди детей, вакцинированных осенью и зимою,—в 62%.

*Третья группа* вакцинированных, где вакцинация была начата позже 19-го дня, обнимает 29 человек. Отчетливого влияния вакцинотерапии на течение коклюша здесь не отмечалось; правда, во многих случаях процесс после 3—4 инъекций улучшался, но зависело ли это улучшение от вакцинации, или от самого периода коклюша,—решить трудно. Из 10 больных этой группы трое были атрофики, вакцинированные на 2-й неделе болезни; кашель у них был легкий, осложнений не было, болезнь длилась 2 $\frac{1}{2}$ —3 месяца. Четверо других детей из числа этих 10 болели дизентерией, у этих больных кашель был средней тяжести, продолжительность самого заболевания от вакцинации не сократилась. Остальные дети из этих 10 во время коклюша заболели корью, что вызвало резкое обострение кашля и затянуло заболевание на продолжительное время; один из них умер на 4-й неделе кори от туберкулеза легких.

На основании разбора моего материала можно заключить следующее:

- 1) Чем раньше удавалось начинать вакцинацию, тем лучшие результаты от нее получались.
- 2) Если вакцинация начиналась не позже 11-го дня болезни, то наблюдались abortивные формы коклюша.
- 3) Вакцинация, начатая позже 19-го дня, не оказывала терапевтического влияния.



4) Если коклюш комбинировался или осложнялся другими инфекциями, то влияния вакцины на процесс не обнаруживалось.

5) Результаты вакцинации чистых случаев коклюша в первые 15 дней выражались в следующих процентных числах: abortивное течение—в 11,8% случаев, сокращение и легкое течение—в 51,8%, вакцина не оказала влияния—в 36,4% смертность—1,1%.

6) Время года на течении коклюша, леченного вакциной, не отразилось.

---

## Феномен Schramm'a, как ранний признак поражений спинного мозга.

Ассистента клиники Я. Е. Гальперштейна.

Диагностика страданий мочевого пузыря и растройств мочеиспусканий на почве заболеваний нервной системе не представляет затруднений в случаях с ясно выраженными симптомами страдания нервной системы. В начальных стадиях заболевания спинного мозга эти симптомы, однако, могут быть настолько неясны, что при исследовании, особенно неспециалистом, могут остаться нераспознанными. В этих случаях всякий признак, который может указать на имеющееся страдание нервной системы и тем установить причину заболевания пузыря и растройств мочеиспускания, приобретает большую диагностическую ценность.

В 1920 г. Schramm'ом описан симптом, наблюдавшийся им исключительно у больных с ясно выраженными признаками заболевания спинного мозга и у лиц, в анамнезе которых имеется травма позвоночника и спинного мозга. Этот признак, или феномен Schramm'a, состоит в том, что у лиц, страдающих заболеваниями спинного мозга или имеющих в анамнезе травму позвоночника, при выдвигании из пузыря цистоскопа с повернутым книзу клювом, последний попадает в более или менее ярко освещенную заднюю уретру, причем удается рассмотреть через цистоскоп заднюю уретру и семенной бугорок, и можно бывает видеть, что задняя часть внутреннего сфинктера зияет, образуя как бы ворота, величина которых бывает различна—вплоть до сравнительно узкой щели, все же пропускающей достаточное количество света для того, чтобы можно было рассмотреть семенной бугорок. Schramm утверждает, что наличие этого признака является безусловным показателем заболевания спинного мозга.

Pfister наблюдал этот симптом при паретических пузырях на почве компрессионных переломов позвоночника, огнестрельных ранений его, при повреждениях мозга, но в то же время наблюдал и такие случаи, когда при цистоскопии был найден симптом Schramm'a, а произведенное вслед за этим неврологическое исследование не обнаружило никаких патологических изменений в центральной нервной системе.

Osw. Schwarz, наблюдавший симптом Schramm'a у табетика, все же не придает ему диагностического значения вследствие того, что, с одной стороны, он находил этот симптом и у лиц со здоровым спинным мозгом, а с другой—он у одного и того же субъекта при одном исследовании находил этот симптом, а при повторном исследовании обнаружить его не мог; мало того, даже и во время одной и той же цистоскопии тот симптом то получается, то исчезает.

Goldenberg также отмечает явления, наблюдавшийся Osw. Schwarzem, а именно, что при разновременном исследовании одного и того же пациента симптом Schramm'a то имеется, то отсутствует, и что во время одного и того же исследования симптома может не быть, а затем он может появиться—вследствие особой, по его мнению, установки цистоскопа. В двух случаях с ясно выраженною *tabes dorsalis* он не обнаружил симптома Schramm'a. Кроме того, по мнению указанного автора, невидный до того симптом Schramm'a может появиться, если цистоскопировать не при обычно применяемом наполнении пузыря 150,0 жидкости, а при максимальном его наполнении. На основании изложенного Goldenberg считает, что положительный феномен Schramm'a не говорит абсолютно об имеющемся органическом страдании спинного мозга, так как этот симптом может быть преходящим явлением функционального раздражения.

Otto Schwarz на основании своих 30 случаев считает симптом Schramm'a ценным диагностическим признаком, который может указать на имеющееся страдание нервной системы в начальных стадиях заболевания. Сам Schramm объясняет появление этого феномена параличем всей мускулатуры дна таза, вследствие чего внутрибрюшинным давлением задняя стенка уретры оттесняется в каудальном направлении. Osw. Schwarz считает, что зияние задней части внутреннего сфинктера представляет собою рефлекторный процесс, вызванный введением цистоскопа. Причиной задержки мочи или затрудненного мочеиспускания в таких случаях, как и причиной трабекулярной гипертрофии пузырной мышцы, является, по его мнению, гипертония внутреннего сфинктера. Вследствие такой повышенной рефлекторной возбудимости последнего затрудненное мочеиспускание, по мнению Osw. Schwarz'a, есть результат рефлекторной возбудимости сфинктера вследствие растяжения детрузора пузыря, а феномен Schramm'a—результат раздражения внутреннего сфинктера цистоскопом. Rost думает, что в этих случаях имеется расслабление части мускулатуры сфинктера, и что при этом раздражения, вызываемого инструментом, бывает достаточно, чтобы вызвать расслабление сфинктера.

Приведенные выше объяснения происхождения феномена Schramm'a встречают весьма веские возражения. Так, против объяснения, которое дает Schramm, говорит уже то обстоятельство, что паралич мускулатуры тазового дна встречается далеко не во всех случаях. С другой стороны Natanson приводит случай подострого сифилитического менинго-миелита с резко выраженным параличем мышц тазового дна, с расстройством чувствительности и атонией sphincter'a ani, где феномена Schramm'a не было. Кроме того, как указывает Goldenberg, при цистографии на рентгеновском снимке в таких случаях, когда имеется феномен Schramm'a, получается над симфизом резко идущая поперечная линия, а не ожидаемая, если согласиться с объяснением Schramm'a, форма сердечка.

Равным образом и объяснение, которое дает Osw. Schwarz, считающий феномен Schramm'a проявлением усиленной рефлекторной возбудимости внутреннего сфинктера, не может, в сущности, как указывает Natanson, считаться несомненным, так как непонятным остается, почему постепенное раскрытие сфинктера может появиться только при

его гипертонии. *Natanson* полагает, что причина появления феномена лежит в ослаблении контрактильной способности тонуса внутреннего сфинктера. В таких случаях, как указывает *Natanson*, затрудненное мочеиспускание объясняется ослабленным рефлексом к открытию, вначале мочеиспускания, внутреннего сфинктера, а феномен *Schramm'a*—понижением способности внутреннего сфинктера к тоническому сокращению, которое при обычных условиях еще может быть достаточным для полного закрытия шейки пузыря, но при заведенном цистоскопе, когда требуется более энергичное сокращение сфинктера, у такого сфинктера сокращения не наступает. Против объяснения *Osw. Schwarz'a* говорит еще и то обстоятельство, что вначале акта мочеиспускания всегда имеется рефлекс к раскрытию внутреннего сфинктера, а не наоборот, как это полагает *Osw. Schwarz*, полагающий, что затрудненное мочеиспускание или задержка мочи появляется в результате рефлекторного сокращения сфинктера, вызванного растяжением детрузора (*Natanson*). Трудно, наконец, по *Meyers's'y*, допустить, чтобы при *tabes dorsalis* была гипертония внутреннего сфинктера в то время, когда при этом страдании обычно наблюдаются атония мышц и связок и полное отсутствие состояний гипертонии.

Мы наблюдали положительный феномен *Schramm'a* в 22 случаях, из числа которых в 12 имели место *lues cerebrospinalis* и *tabes dorsalis*. У 10 из этих больных были налицо ясно выраженные симптомы со стороны нервной системы и парез пузыря. У одного больного, поступившего с жалобами на учащенные позывы на мочу и наступающее по временам непроизвольное мочеиспускание по ночам, мы при цистоскопии обнаружили лишь незначительную трабекулярную гипертрофию пузырной стенки; при выдвигании цистоскопа с повернутым книзу клювом здесь был обнаружен симптом *Schramm'a*, причем произведенное по этому поводу исследование нервной системы невропатологом обнаружило у больного *lues cerebrospinalis*. Другой больной обратился к нам по поводу болей в области мочевого пузыря, без каких-либо жалоб на расстройства мочеиспускания; при цистоскопии был также обнаружен феномен *Schramm'a*: исследовавший больного невропатолог обнаружил у него *tabes dorsalis incipiens*. Эти случаи свидетельствуют, что данный признак бывает не только в случаях ясно выраженной спинной сухотки, но и в ранних стадиях последней. Факт этот находит себе подтверждение в случаях *Otto Schwarz'a*, где у больных с расстройствами мочеиспускания и почти без изменений в пузыре, при положительном феномене *Schramm'a*, было заподозрено заболевание спинного мозга, и произведенное по этому поводу невропатологом исследование нервной системы обнаружило т. наз. *praetabes*. Положительный феномен *Schramm'a* в начальном периоде спинной сухотки наблюдал также *Schwarzwald*. Мы встретили этот признак у одного больного с *myelitis luetica* и у одного со *sclerosis disseminata*.

Наличие признака *Schramm'a* при травме позвоночника мы встретили в 3 случаях. Во всех этих случаях у больных после полученной травмы в течение некоторого времени,—в одном случае в течение 6 мес.,—существовала параплегия. Далее, в одном случае наличие этого симптома была установлена нами у больного с травмой черепа в анамнезе; подобный же случай описывает *Pfister*. Два раза мы, затем, на-

блюдали феномен Schramm'a у больных с enuresis nocturna, где произведенная затем рентгеноскопия обнаружила наличие spinae bifidae. Наконец, встретили мы и два таких случая, где при положительном симптоме Schramm'a невропатолог не обнаружил у больных со стороны нервной системы никаких признаков ее заболевания; один из этих больных обратился по поводу учащенных позывов на мочеиспускание, укорочения мочевого струи и ослабления эрекций; в анамнезе у него был сифилис; второй пациент обратился также по поводу учащенных позывов, затрудненного мочеиспускания и недостаточных эрекций. В обоих случаях при цистоскопии была обнаружена трабекулярная гипертрофия пузырной стенки, а во втором случае—еще явления цистита.

Вообще, как указывают некоторые авторы (Goldenberg, Osw. Schwarz, Natanson) симптом Schramm'a может встречаться и без органических поражений центральной нервной системы, особенно у неврастеников (Natanson). Тем не менее, имея в виду, что явления со стороны мочевого пузыря могут быть первым и, как указывает Stutzin, единственным симптомом страдания нервной системы, а также принимая во внимание, что расстройство мочеиспускания даже у неврастеников должно, по Courtade, всегда заставлять думать о заболевании спинного мозга, мы полагаем, что наличие у подобных больных феномена Schramm'a является подозрительным в смысле возможности начального поражения центральной нервной системы. Особенно трудно исключить возможность последнего у больных, в анамнезе которых имеется lues. Что симптом Schramm'a может появиться значительно раньше, чем неврологическое исследование в состоянии обнаружить различные признаки со стороны нервной системы,—свидетельствует случай, описанный Otto Schwarz'ем, где у больного с расстройством мочеиспускания, соответствующими изменениями в мочевом пузыре и наличием симптома Schramm'a невропатолог не мог обнаружить признаков поражения нервной системы; а через несколько месяцев у больного появился паралич нижних конечностей, и тогда только невропатолог установил the позвоночника. Интересный в этом отношении случай приводит также Natanson: он наблюдал феномен Schramm'a у одного больного с polyomyelitis acuta; когда же у этого больного произошло обратное развитие симптомов, исчез и феномен Schramm'a. Этот случай указывает на несомненную связь феномена Schramm'a с заболеванием центральной нервной системы.

И действительно, как указывают наши случаи и данные других авторов (Otto Schwarz'a, Natanson'a), симптом Schramm'a наблюдается часто при спинальных заболеваниях и особенно при tabes dorsalis. Мы встретили этот феномен во всех 12 случаях tabes dorsalis, а Otto Schwarz среди 14 табетиков не нашел этого симптома только у одного.

Подобные случаи с отсутствием данного феномена при tabes dorsalis, которые приводит и Goldenberg, указывают, по нашему мнению, лишь на то, что отрицательный результат исследования по Schramm'y, как это признают также Blum, Glingar и Hryntschak, не говорит против tabes dorsalis, положительный же результат имеет диагностическое значение. Особенно следует отметить, как мы уже выше указали, что наличие этого симптома может быть первым признаком, указывающим на начинающееся страдание спинного мозга. Если сравнить частоту феномена

Schramm'a в начальных стадиях заболевания последнего с частотой другого симптома, хотя встречающегося и при других заболеваниях, но которому всеми авторами придается важное значение при заболевании центральной нервной системы, а именно, с трабекулярной гипертрофией пузырной мышцы, то оказывается, что, по наблюдениям Natanson'a, признак Schramm'a в ранних стадиях заболевания более постоянен. Некоторые из тех наблюдений, которые приводят в качестве возражений против диагностического значения этого феномена Osw. Schwarz и Goldenberg, мы тоже можем подтвердить: мы также наблюдали, напр., различной величины зияние задней части сфинктера, имевшее вначале исследования форму щели, а потом уже во время исследования настолько расширившееся, что оно было почти в четверть окружности; мы наблюдали отсутствие феномена вначале исследования и появление его во время исследования; мы наблюдали также в нескольких случаях, что феномен во время одного и того же исследования то появлялся, то исчезал, то снова появлялся; в одном случае мы наблюдали зияние в виде узкой щели, которое на наших глазах увеличивалось до четверти окружности, затем снова суживалось до небольшой щели, и так все время исследования, причем до полного закрытия щели не доходило; получить, подобно Goldenberg'y, феномен Schramm'a при максимальном наполнении пузыря нам не удавалось. Однако, мы полагаем, что приведенные наблюдения указывают лишь на то, что мы до сих пор не имеем еще исчерпывающего объяснения происхождения феномена Schramm'a; но они не говорят против диагностического значения его при заболеваниях центральной нервной системы.

На основании всего изложенного мы полагаем, что наличие феномена Schramm'a может служить в ранних стадиях заболевания спинного мозга единственным признаком, указывающим на то, что причину страдания пузыря и расстройства мочеиспускания следует искать именно в этом заболевании, и что поэтому всякий больной, у которого обнаружен феномен Schramm'a, должен быть подвергнут тщательному, а иногда и повторному неврологическому исследованию.

---

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Blum, Glingar u. Hryntschak. Urologie und ihre Grenzgebiete. Wien. 1926.—2) Courtade. Journ. de méd. de Paris, 1921, № 26.—3) Dennig Die Innervation der Harnblase. Physiologie u. Klinik. Berlin. 1926.—4) Goldenberg. Verh. d. deut. Urolog. Gesellsch., 1924.—5) Meyers. Цит. по Natanson'y.—6) Natanson. Zeit. f. Urologie, Bd. 21, 1927.—7) Perlmann. Ibid., Bd. 20, 1926.—8) Pfister. Ibid., Bd. 15, 1921.—9) Rost. Pathologische Physiologie des Chirurgen. Leipzig. 1925.—10) Schramm. Zeit. f. Urol., Bd. 14, 1920.—11) Schwarz Osw. Zeit. f. urol. Chir., Bd. 10, 1922.—12) Schwarz Otto. Zeit. f. Urol., Bd. 19, 1925.—13) Schwarz Otto. Verh. d. deut. Urol. Ges., 1924.—14) Schwarz Otto u. Perlmann. Münch. med. Woch., 1925, № 22.—15) Schwarzwald. Zeit. f. urol. Chir., Bd. 7.—16) Stutzin. Deut. med. Woch., 1922, № 11.—17) Alexejeff. Zeit. f. Urol., Bd. 8, 1914.
-

## Биохинол и ферменты крови.

Ассистента И. Нещадименко.

Сальварсан, введенный Ehrlich'ом в терапию сифилиса, произвел целую революцию в этой области. Вещество это, как известно, обладает сильным спириллоцидным действием, что особенно ясно *in vitro* и при опытах на животных. Однако применение сальварсана у людей оказалось не так просто, как это бывает у экспериментальных животных, ибо клинические наблюдения показали, что однократного вливания его недостаточно,—это с одной стороны, а с другой стороны,—что необходима комбинация его с другими противосифилитическими средствами. Наилучшей такой комбинацией является сочетание сальварсана с ртутью, но и это сочетание оказалось не вполне хорошо действующим, так как у некоторых больных после применения его стали наблюдаться побочные явления ртутного отравления. Эти-то обстоятельства и принудили исследователей искать новых противосифилитических средств, которые с одной стороны были бы действительными против *lues'a*, а с другой—хорошо переносились бы больными.

Из числа таких средств особенное внимание исследователей привлек висмут, который, как известно, и занял почетное место в терапии сифилиса—как для самостоятельного лечения, так и для комбинированного— вместе с сальварсаном.

Santon и Robert еще в 1916 году доказали, что двойные соли виннокислого висмута (K и Na) задерживают рост туберкулезных палочек, предупреждают спираллоз у кур, а в случае заболевания им—излечивают больных птиц. Заинтересовавшись этим действием висмута, Levaditi и Sazerac стали продолжать наблюдения над двойными солями его и в 1921 г. опубликовали результаты своих исследований, подтвердившие данные Santon'a и Robert'a. Кроме того, Levaditi и Sazerac произвели ряд исследований над действием солей висмута на кроликов, зараженных экспериментальным сифилисом, который и был у них излечен. Затем эти авторы перенесли свои наблюдения и на людей.

После опубликования работ Levaditi и Sazerac'a висмутовые соли для лечения сифилиса стали применять клиницисты-венерологи всех стран. Прежде всего висмутовая терапия *lues'a* привилась во Франции, затем в Испании, Португалии, Италии, Германии, а с начала 1923 г.—и в нашем Союзе, причем она всюду дала хорошие результаты. В настоящее время в употреблении находится много препаратов висмута,—назовем среди них *bismocoral*, *bismogenol*, *bismutojatren*, *bismutdiasporol*, *bismosalvan*, *embial*, *olesal* и др. Из этих препаратов мы избрали для исследования биохинол, причем задались целью проследить экспериментально его влияние на ферменты крови.

Биохинол представляет из себя маслянистую смесь, содержащую около 20% висмута, 50% иода и 30% хинина. Наши исследования с этим средством были произведены на 4 здоровых кроликах, которым мы вводили биохинол в терапевтических дозах, переводя терапевтические дозы, применяемые у человека весом в среднем в 70 кило, на вес кролика, а именно, впрыскивая им через день по 0,2—0,4—0,5 биохинола интрамускулярно. При этом кроликам № 1 и № 2 было сделано по 33 инъекции, а кроликам № 3 и № 4—по 15 инъекций.

Исследования Aubri, Demelin'a Брычева и др. показали, что висмут, попавши в кровь, переводится ею в растворимое состояние, после чего разносится лейкоцитами по тканям организма, откладываясь в почках, печени, селезенке, мозгу, слюнных железах; проникает он и в спинномозговую жидкость, выводится же из организма мочей, калом, слюной, потом и желчью (Christiansen, Hevesy и Lomholts, Blüm, Müller, Rathery и Richard, Lucke, Balwin, Klauder и др.). При введении токсических доз висмута, как показали исследования O. Fischer'a, Nadel'я, Belgoder'a, Левчановского, Стребкова и др., развиваются стоматит, воспаление почек и падение веса. Так как мы для своих экспериментальных исследований пользовались не чистым препаратом висмута, то и изменения в организме опытных животных у нас должны были быть более сложными.

Все наши опытные животные находились в одинаковых условиях жизни. Питались они овсом, сеном и бураками, которых с'едали *ad libitum*. Кровь у них мы брали натошак и исследовали ее на каталазу, протеазу, липазу и пероксидазу. При этом каталаза и протеаза определялись перманганатным методом, разработанным Бахом и Зубковой, липаза—по методу Henriot, видоизмененному Моревым, пероксидаза же химически не определялась, потому что, согласно исследованиям Баха, Культигина, Willstätter'a и Pollinger'a и др., пероксидазная способность крови полностью покрывается такой же способностью оксигемоглобина. Исследования Баха и Культигина показали, что пробы крови после выравнивания их степени окраски всегда проявляют и одинаковое пероксидазное действие. Кроме того, названные исследователи установили, что отношение индекса гемоглобина к индексу пероксидазы в пробах крови с различным содержанием гемоглобина представляет собою величину постоянную, вследствие чего авторы пришли к тому заключению, „что в крови наряду с гемоглобином не содержится никакого фермента, подобного растительной пероксидазе“. В силу вышеизложенного мы и сочли возможным остановиться на колориметрическом определении гемоглобина по Sahli.

Перед началом опытов нами были установлены средние нормальные числа содержания ферментов у всех животных. После того мы приступили к впрыскиваниям биохинола, определяя ферменты как во время впрыскиваний, так и по окончании их. Всего кровь исследовалась нами на ферменты у кролика № 1 до инъекций 4 раза, после начала инъекций—8 раз, у кролика № 2—3 и 6 раз, у кролика № 3—3 и 8 раз и у кролика № 4—4 и 8 раз. Всех исследований было произведено 44. Результаты их представлены на прилагаемой таблице, где указаны средние количества ферментов как до инъекций, так и после инъекций.

Из этой таблицы мы видим, что вес у 3 кроликов после впрыскиваний биохинола снизился, количество каталазы и протеазы также по-



низилось, что совпадает с данными Jolles'я, Oppenheim'a, Robin'a, Fissinger'a, Magata и др., которые наблюдали, что при падении веса опытных животных содержание в крови у них ферментов также падает. Что касается липазы, то тут какой-либо закономерности мне подметить не удалось, так как у одного кролика количество ее увеличилось, у одного осталось без изменений и у двух упало.

У двух кроликов мы, кроме того, подсчитывали число эритроцитов и вывели каталазный индекс, т. е. отношение каталазного числа к количеству эритроцитов в 1 куб. мм. крови. Количества эритроцитов и гемоглобина у обоих животных оказались увеличившимися, тогда как каталазный индекс упал. Некоторые авторы, как Thienen, Ditrich, Korralus, Словцов и др., указывают на связь числа эритроцитов с каталазным числом; наши наблюдения, как при настоящей работе, так и при прежних (Нещадименко и Данчич), этого не подтвердили, и мы присоединяемся к тем авторам (Brahn и Hirschweid, Zerner, Яковлева, Манойлова и Леонтьева и др.), которые считают, что строгой зависимости между количеством эритроцитов и каталаз-

| №. № крол. | До инъекций. |          |          |        |           |             |        | После инъекций. |          |          |        |           |             |        |
|------------|--------------|----------|----------|--------|-----------|-------------|--------|-----------------|----------|----------|--------|-----------|-------------|--------|
|            | Вес в кило   | Каталаза | Протеаза | Липаза | Эритроц.  | Катал. инд. | Нб.    | Вес в кило      | Каталаза | Протеаза | Липаза | Эритроц.  | Катал. инд. | Нб.    |
| 1          | 2,6          | 13,76    | 4,03     | 50,5   | 4,445,000 | 3,1         | 59,06% | 2,568           | 9,79     | 1,72     | 60,25  | 5,037,857 | 1,9         | 61,78% |
| 2          | 2,75         | 16,83    | 4,16     | 65,6   | 5,070,000 | 3,3         | 62,91% | 2,666           | 13,91    | 1,92     | 55,8   | 5,660,000 | 2,4         | 63,54% |
| 3          | 3,066        | 17,79    | 5,15     | 61,6   | —         | —           | 67,33% | 2,962           | 9,90     | 1,53     | 53,12  | —         | —           | 68,93% |
| 4          | 1,75         | 11,30    | 2,34     | 62,75  | —         | —           | 65,56% | 1,9             | 8,30     | 0,64     | 62,75  | —         | —           | 66,25% |

ным числом не имеется. За то мы могли установить параллелизм между каталазным индексом и каталазным числом, а именно, нашли, что, когда падает каталазное число, падает и каталазный индекс. Это лишний раз подтверждает те наши наблюдения, которые были сделаны при вызывании экспериментального рака гудроном (Нещадименко и Данчич). Таким образом мы согласны с теми авторами (Яковлева, Беренштейн и др.), которые говорят, что здесь имеет значение не столько количество эритроцитов, сколько их качество.

Произведенные нами исследования нельзя считать окончательными, так как мы предполагаем поставить еще ряд опытов с действием биохинола на животных, зараженных экспериментальным люесом. Однако уже и на основании проведенных нами опытов мы можем прийти к заключению, что биохинол вызывает у нормальных животных: а) падение веса (в 75%), б) падение каталазы (в 100%), в) падение протеазы (в 100%), г) увеличение количества эритроцитов и гемоглобина (в 100%), д) снижение каталазного индекса и, наконец, е) незакономерные колебания липазы.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Levaditi et Sazerac. Ann. d. l. Inst. Past., 1922, № 1; Presse méd., 1922, № 59; C. r. Acad. d. sciences, 1922, № 13.—2) H. Müller. Münch. m. W., 1922, № 15.—3) Giemsa. Ibid., № № 24, 41.—4) Брычев. Дерм. и Венер., 1923.—5) Иордан. Моск. Мед. Ж., 1924, № 5—6.—6) Christiansen, Hevesy и Lomholt. C. r. Acad. d. sciences, 1924, № 15.—7) Raiziss, George and Brown. Ber. f. d. ges. Physiol., Bd. 30, H<sup>9</sup>/<sub>10</sub> (реф.).—8) Lormholt. Ibid., Bd. 29, H<sup>11</sup>/<sub>12</sub> (реф.).—9) Rathery et Richard. Ibid., Bd. 25, H<sup>7</sup>/<sub>8</sub>.—10) Вершинин. Фармакология, как основа терапии. 1926.—11) Махлин. Клини. Журн. Саратов. Ун., 1926, № 5.—12) Пардыко и Фомин. Ibid., 1926, № 6.—13) Гржебин. Врач Газ., 1927, № 5.—14) Lucke, Baldwin and Kalandar. Berich. f. d. ges. Phys., Bd. 22, H<sup>3</sup>/<sub>4</sub>.
-

## К клинике и гистологии *lupus erythematodes* волосистой части головы.

Проф. З. Н. Гржебина.

(С 2 рис.)

Каждому дерматологу, которому приходилось видеть красную волчанку, локализирующуюся на волосистой части головы, бросалось в глаза то обстоятельство, что следы, остающиеся после *lupus erythematodes* на волосистой части головы, более глубоки, чем рубцы, остающиеся на лице, а эти последние, особенно располагающиеся у носа, в свою очередь более глубоки, чем рубцы, остающиеся на какой-нибудь другой части тела. При этом невольно приходит в голову другое страдание кожи, *favus*, которое также оставляет глубокие следы на волосистой части головы и почти никаких следов в тех случаях, когда парша локализуется на теле. При просмотре гистологических срезов, полученных от favозных больных, из кожи головы и тела, это явление становится нам понятным. Повидимому, парша на теле потому не оставляет никаких следов, что здесь весь процесс локализуется в самых поверхностных слоях эпидермиса; совсем другое мы видим при *favus*'е волосистой части головы,—здесь процесс не ограничивается только эпидермисом, но захватывает сально-волосные мешочки и другие придатки кожи, заложенные подчас глубоко в дерме. Указанная разница между *favus*'ом на теле и *favus*'ом волосистой части головы, в свою очередь, главным образом, если не исключительно, обуславливается разницей в анатомическом строении той или другой части кожи: только обилием сально-волосных мешочков, заложенных в дерме, нам кажется, и можно объяснить те рубцовые изменения, которые мы видим после *favus*'а на волосистой части головы.

По аналогии с паршею мы предположили, не имеется-ли и при *lupus erythematodes* явления того же порядка, т. е., и здесь не анатомическое-ли строение кожи является причиной того, что эта болезнь на голове оставляет более глубокие следы, чем на теле. С целью окончательно убедиться в этом мы подвергли гистологическому изучению <sup>1</sup>кусочки кожи, иссеченные у больных волчанкой с различных мест—с волосистой части головы, лица, с шеи, спины и некоторых других мест.

*Биопсия № 1* (с волосистой части головы) (рис. 1). Роговой слой почти нормальной толщины, местами разволокнен или слущен, изредка местами имеется незначительно выраженный паракератоз. Расширенные устья сально-волосных фолликулов заполнены роговыми массами. Зернистый слой большей частью выражен хорошо, лишь в очагах паракератоза выражен неясно. В rete Malpighii мутное набухание эпителиальных клеток, незначительная вакуолизация и интерстициальное воспаление. Граница между эпидермисом и дермой не везде отчетливо выражена. По всей дерме, в сосочковом и подсосочковом слое, имеется диффузная,

не очень густая инфильтрация; этот инфильтрат густо группируется вокруг сосудов, которые представляются значительно расширенными. Особенно расширены сосуды поверхностной сети дермы, в которых можно отметить и набухание эндотелия. Некоторые сосуды наполнены кровью. Местами имеются значительные кровоизлияния в дерму, иногда захватывающие значительную часть препарата. Наибольшие изменения мы находим в сально-волосяных фолликулах и потовых железах. В глубоких частях дермы и даже отчасти в подкожной жировой клетчатке встречаются также очаги инфильтрата, причем очаги эти почти всегда локализируются около тех или иных придатков кожи, преимущественно вокруг сально-волосяных мешочков у устьев их, у потовых желез и *mm. egestores pilorum*. Процесс не ограничивается, однако, лишь тем, что инфильтрат окружает все придатки кожи, — инфильтрат этот проникает и в самые волосяные мешочки и сальные железы (рис. 2). Там, где имеется диффузный и достаточно мощный инфильтрат, там коллагенная и эластическая ткани отсутствуют; эластическая ткань сохранена только в промежутках между очагами инфильтрата. Пронизанные инфильтратом придатки кожи находятся в стадии расплавления. Инфильтрат состоит, главным образом, из лимфоцитов, однако встречаются и др. элементы, как, например, плазматические клетки, фибробласты и тучные клетки.

Такова в общих чертах гистологическая картина кусочка биопсированной ткани с волосистой части головы. Совершенно очевидно, что пронизанные густо инфильтратом коллагенная и эластическая ткани, а также различные придатки кожи в конце концов неминуемо должны погибнуть, и в результате мы будем иметь атрофию как эпидермиса и дермы, так отчасти даже и подкожной жировой клетчатки. Следствием этого процесса, повидимому, и являются рубцы, причем волосистая часть кожи головы становится менее подвижной.

*Биопсия № 2* (с кожи лица). В общем гистологическая картина здесь мало чем отличается от предыдущей, — изменения сводятся, главным образом, к гиперкератозу, некоторой атрофии остальной части эпидермиса, расширению сосудов, очаговому инфильтрату, главным образом вокруг сальных желез, и отеку соединительнотканной основы дермы. Разница с предыдущим препаратом заключается здесь лишь в том, что здесь значительно больше роговых конусов, инфильтрат располагается несколько более поверхностно и не так диффузен, локализуясь главным образом у сальных и потовых желез.

В виду того, что здесь инфильтрат более поверхностен, и нет того количества сально-волосяных мешочков, как в предыдущем препарате, мы не вправе здесь ждать столь резкой атрофии. Рубцовая атрофия в данном случае пойдет главным образом за счет погибших сальных желез, каковых в этой части кожи впрочем также не мало.

*Биопсия № 3.* При гистологическом изучении третьего кусочка кожи (биопсированного на границе шеи и спины) в роговом слое были обнаружены гипер—и паракератоз, довольно значительный отек эпидермиса и дермы, наконец, незначительный околосудистый инфильтрат в последней.

Мы видим, что обнаруженные здесь нами изменения еще менее значительны, а потому здесь мы еще менее вправе ждать рубцовой атрофии, что и подтвердилось при дальнейшем наблюдении за больным.

Итак, просмотрев три вышеуказанных среза, мы нашли, что, хотя во всех этих случаях было одно и то же заболевание, но гистологическая картина во всех срезах оказалась далеко неодинаковою, причем разница была главным образом количественная. Там, где мы имеем большое количество различных придатков кожи, напр., на волосистой части головы, там болезнь дает и более глубокие изменения; там же, где этих придатков меньше, напр., на лице, там и гистологически мы наблюдаем значительно меньшие изменения. Таким образом более или менее глубокие изменения

К ст. проф. З. Н. Гржебина.



Рис. 1.

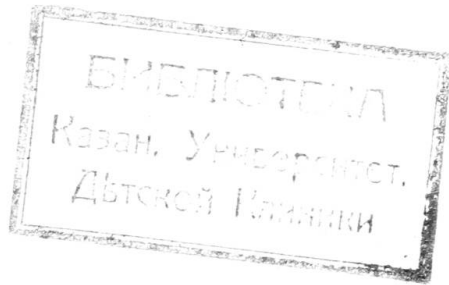


Рис. 2.



В дерме при *lupus erythematodes* должны быть поставлены в связь с анатомией того или иного участка кожи, главным образом с количеством находящихся в данном участке волос, сальных и потовых желез. Эти изменения гистологически совершенно соответствуют той картине, которую мы находим и клинически, и нам совершенно понятно, почему *lupus erythematodes* на волосистой части головы развивается обратно путем рубцовой атрофии, а то же заболевание на границе шеи и спины не оставляет после себя почти никаких следов.

Резюмируя сказанное, мы можем, нам кажется, прийти к выводу, что интенсивность рубцовой атрофии после *lupus erythematodes* зависит, повидимому, главным образом от анатомического строения того или иного участка кожи<sup>1)</sup>. Анатомическое строение кожи волосистой части головы, лица и тела различно, а потому различна и та рубцовая атрофия, которая появляется после этой болезни на том или другом участке кожи.



<sup>1)</sup> Гистологическое изучение биопсированных кусочков кожи, взятых от больных с различными формами *lupus erythematodes*, показало нам, что фолликулярная форма этой болезни чаще встречается там, где много сальных желез, напр., на лице; напротив, там, где железистый аппарат кожи развит незначительно, там мы наблюдаем чаще эритематозную форму.

## Реакция Costa при проказе.

Вр. и. д. зав. лепрозорием **А. С. Раевского.**

Биохимическая структура лепрозного процесса прежде всего характеризуется изменением соотношения двух главных белковых фракций крови—альбуминов и глобулинов. Именно интоксикация и усиленный клеточный распад в организме влекут за собой при этой болезни понижение коллоидной стабильности сыворотки и накопление глобулинов за счет альбуминов.

Настоятельная потребность учета динамических особенностей лепрозного процесса, определения биологической устойчивости лепрозного больного, отыскания индикаторов активности заболевания вызвала целый ряд попыток применить и при проказе серобиологические пробы, относящиеся преимущественно к области туберкулеза (реакция оседания эритроцитов, реакции Daranyi, Matéfy и др.) и основанные на свойстве глобулинов, как грубо-дисперсной белковой фракции, легко выпадать из раствора под влиянием тех или других реагентов.

К числу таких проб относится, между прочим, испытанная нами новокаин-формалиновая реакция Costa. Значение этой реакции сам Costa видит в обнаружении скрытых инфекций (туберкулез, сифилис), а также в выявлении степени выздоровления от них. Произведенные на туберкулезных больных испытания этой реакции со стороны различных авторов дали, наряду с благоприятными результатами (Vercélli, Bagliani) и отрицательные (Cortonello).

Техника реакции заключается в следующем: к смеси 1,5 к. с. 20% новокаина, приготовленного на физиологическом растворе хлористого Na (0,9%), с 3 каплями 5% раствора Na citrici прибавляется, в пробирке, 3 капли крови больного, и пробирка после этого, в целях равномерного смешения крови с жидкостью, несколько раз перевертывается. Затем производится осаждение эритроцитов, что достигается или 5-минутным центрифугированием, или же оставлением пробирки на холоду на 12 часов. После того к смеси прибавляют одну каплю чистого формалина. Положительный результат реакции характеризуется появлением при этом течение первых 15 минут над слоем эритроцитов серого или серовато-белого облачка, в дальнейшем быстро оформляющегося в хлопья или порошкообразные крупинки.

При помощи указанной реакции нами было обследовано 83 лепрозных больных, причем оценка реакции производилась нами на основании схемы Шварца и Рубинштейна,—реакция считалась резко-положительною (3 плюса) при флокюляции в первые 5 минут, положительною (2 плюса)—при наступлении флокюляции между 5-ю и 10-ю минутами и слабо-положительною (1 плюс)—при более позднем наступлении флокюляции.



Общая сводка полученных нами результатов может быть представлена в виде следующей таблички:

|                       | +++ | ++ | + | — |
|-----------------------|-----|----|---|---|
| Lep. tuber. . . . .   | 32  | 14 | 1 | — |
| „ mixta . . . . .     | 17  | 6  | — | — |
| „ mac.-an . . . . .   | —   | 1  | 5 | 3 |
| Без лепрозных явлений | —   | —  | 1 | 3 |

Как правильно, темп реакции всякий раз оказывался у нас соответствующим интенсивности процесса,—более флоридная и резко выраженная форма давала и более резко положительную реакцию.

Пятеро наших больных были обследованы также в период обострений и припадков pseudo-erysipelas leproides. При этом в моменты наивысшего под'ема обострений и реакция достигала своего максимума: по мере ослабления острых явлений ослабевала и интенсивность реакции.

У целого ряда больных реакция была проделана повторно по истечении 1½ месяцев. Для этого были взяты как раз такие больные, в состоянии заболевания которых под влиянием лечения разными средствами (ol. gypocardi, натронный морруат, иод-тимолмоогрол) наблюдалось то или иное улучшение. Во всех этих случаях данное улучшение было зафиксировано и со стороны реакции в смысле меньшей ее резкости.

Выводы:

1) Реакция Costa неспецифична для проказы, но тем не менее может служить до известной степени для контроля результатов лечения проказы.

2) Для диагностики лепры реакция не имеет значения.

3) Реакция Costa является индикатором степени активности лепрозного процесса.

4) Дальнейшие пути в области изучения проказы должны быть направлены на уяснение биохимической основы этого заболевания и прежде всего—в отношении белкового и липовидного обмена при нем.

### Социальная психиатрия<sup>1)</sup>.

И. Б. Галанта.

Социальная психиатрия—новая, малоизвестная отрасль психиатрии, имеющая своим предметом изучение и объяснение явлений социальной жизни с психиатрической точки зрения. Это, однако, не значит, что она не имеет точек соприкосновения с клинической психиатрией. Кгаерелин, впервые заговоривший о социальной психиатрии, исходил при этом от душевно-больного человека, изучая вопрос о влиянии на психику человека отчуждения его от той естественной среды и тех условий жизни, с которыми он в течение долгих лет сросся душой и телом. Говоря об этом частном случае социальной психиатрии, Кгаерелин отмечает, что мы открываем этим вопросом дверь в новую обширную дисциплину, весь объем и значение которой мы пока можем только предчувствовать, а не знать. И действительно, предчувствие Кгаерелина, что мы имеем в социальной психиатрии дело с весьма важной и обширной отраслью человеческого знания, которая поможет нам решать проблемы социальной жизни, скоро оправдалась. Роль социальной психиатрии в современной жизни вполне уже определилась, и без нее решать проблемы социальной жизни почти невозможно.

Если клиническая психиатрия имеет обыкновенно дело с явно-душевнобольными людьми, содержащимися в психиатрических больницах, то социальная психиатрия, как стоящая в вихре жизни, имеет предметом своих исследований тех людей, которые, принимая активное участие в социальном строительстве, творя социальную жизнь и все ее ценности, обычно считаются нормальными. Между тем понятия „нормальный“, „норма“—это такие понятия, которые, будучи применяемы к отдельным личностям, теряют всякий смысл. „Нормальным“ принято называть человека, не выходящего из ряда вон,—человека, во всем—по крайней мере существенном—равного другому, ничем существенным от него не отличающегося. Между тем личность—это понятие, которое выдвигает на первый план индивидуальность человека, его специфические качества, отличающие его от других свойств. И тут же назревает вопрос: что же такое личность? Нормальный, ненормальный, полунормальный человек?

Уже эти вопросы показывают, насколько человек, стоящий в водовороте социальной жизни, может и должен быть предметом психиатрического исследования. Давно уже высказывается мнение, что люди, обладающие творческой силой в какой бы то ни было области науки, искусства или техники, а стало быть, люди творящие социальную жизнь и социальные ценности,—это люди ненормальные, или, как говорит француз Cullere, «полусумасшедшие». Cullere выразил, напр., однажды, мысль, что в тот самый день, когда больше не будет полунормальных (более точно—полусумасшедших, *demi-fous*) людей цивилизованный мир погибнет, погибнет не от избытка мудрости, а от избытка посредственности. Итальянец Ferrì говорит, что очень трудно излечить человечество от культа „нормального“, ибо оно—это человечество—из поколения в поколение поклонялось „нормальному“ и только временами отдавалось во власть новых течений, когда появлялись и торжествовали „ненормальные люди“, сбрасывавшие с себя гнет однообразия и рутины,—сообщает Ганнушкин. А задолго до этих авторов Lombroso высказывал мнение, что нормальный человек—это чушь-ли не полудиот, ведущий чисто-вегетативную жизнь; это—человек, обладающий хорошим аппетитом, эгоист, рутинер, домашнее животное.

<sup>1)</sup> Доклад в Обществе Врачей и Естественныхиспытателей при Смоленском Гос. Университете 9/II 1928 г.

Если принять, далее, во внимание, что среди деятелей культуры и цивилизации, стоящих нередко в первых рядах прогрессирующего человечества, имеется много людей, страдающих душевной болезнью—психопатией, не препятствующей, однако, им проявлять себя весьма выдающимися личностями, и что во всех слоях населения имеется бесчисленное множество людей, стоящих на границе психического здоровья и душевного недуга, то нам сразу делается ясным, до чего социальная психиатрия связана с социальной жизнью настолько, что без этой психиатрии трудно и даже невозможно правильно оценить и понять те проявления социальной жизни, про которые мы будем еще говорить. Ведь ясно, что социальную жизнь лишь тогда можно верно осветить и объяснить, если мы хорошо знаем творцов этой жизни, а без психиатрии знать их нельзя.

Теперь, пожалуй, делается каждому ясным, как это получилось, что психиатрия из узкой специальности, которой еще не так давно пренебрегали даже в узких рамках медицинских специальностей, вдруг выросла во всеобъемлющую науку социальной психиатрии, охватывающую социальную жизнь со всеми ее обыденными и катастрофическими проявлениями. Психика населения и психика лиц, стоящих в центре социальной жизни, являются самыми важными факторами этой самой социальной жизни; понимание же этой психики возможно лишь с психиатрической точки зрения, ибо в ней содержится много патологических и близких к патологии моментов, доступных лишь опытному оку психиатра. Недаром именно психиатры являются наиболее опытными и в то же время наиболее интуитивными психологами нашего времени. Достаточно указать на одного лишь психиатра Kretschmer'a и его учение о строении тела и характере, чтобы дать почувствовать, насколько именно современная психиатрия, а не гораздо более старая наука, психология, способствовала пониманию не только душевнобольного, но и тех людей, которые считаются «нормальными», или полноценными личностями, или даже руководящими силами во всех областях человеческой деятельности. Однако обо всем этом еще будет речь впереди.

Перейдем теперь к главным социальным факторам и к роли социальной психиатрии в их освещении, объяснении и оценке.

Среди социальных факторов гениальность и преступность должны рассматриваться, как самые важные рычаги, приводящие в движение, каждый по своему, весьма сложную машину социальной жизни. На них мы прежде всего и остановимся.

Гениальность,—этот высший дар человека, которому человек и человечество обязаны всеми благами так пышно расцветающей своей культуры и цивилизации,—уже давно и упорно ставится в параллель с умопомешательством, так что психиатры волей-неволей фиксируют свое внимание на этом единственном в своем роде феномене человеческой природы. Кому, напр., неизвестна книга Lombroso «Гений и умопомешательство», где автор приводит разительные примеры сходства между состояниями гениального вдохновения и состояниями душевного недуга? И как ни несимпатична нам мысль об общем корне этих двух диаметрально противоположных состояний человека, из которых одно возвышает его над самими собой, а другое низводит его нередко на ступень жвачного животного, но приходится сознаться, что некоторая связь между гениальностью и психотичностью имеется, и как раз величайшие психиатрические умы современности, Kretschmer и Bleuler, пришли к заключению, что психотичность является нередко стимулом гениального творчества и как будто оплодотворяет гениальные задатки личности. Подразделяя всех людей на шизотимиков и шизоидов с одной стороны, циклотимиков и циклоидов (синтоников) с другой, Kretschmer и в особенности Bleuler доказывают, что шизоидные, более психопатойдные натуры дают наиболее выдающихся гениальных личностей, а Kretschmer на одном из своих последних выступлений, в котором он говорил о проблемах гениальности и гениальной личности, указывал на то, что гениальность связана нередко с психотичностью, причем последняя является тем ферментом, который приводит в брожение гениальность.

У нас в СССР проблемы гениальности и гениальной личности выделены в особую дисциплину, называемую *европатологией*. Последняя ставит своей задачей изучить проблемы гениальности и гениальной личности с точки зрения психологии, психопатологии, психиатрии, эндокринологии, биологии и т. д. При этом европатология, отграничиваясь от психиатрии, не вводит какой-либо совершенно новой точки зрения на гениальность, гениальную личность и на генез этой личности. Выделение проблем гениальности и гениальной личности в особую европатологическую дисциплину, произведенное теми же психиатрами, произведено для

того, чтобы уделить больше внимания этим вопросам и подвергнуть их более глубокому и детальному анализу, чем это может иметь место в психиатрии. Что касается результатов эвропатологического исследования гениальности, то они в общем и целом совпадают с таковыми же психиатрического исследования.

Преступность,—другой весьма важный социальный фактор, отнюдь не благотворный для общества, бичом которого он является,—не в меньшей мере представляет предмет социальной психиатрии, чем гениальность. Более того, если гениальность для психиатра—вопрос более теоретический, делающийся практическим в евгенике, то преступность—один из самых острых практических вопросов психиатрии вообще и социальной психиатрии в частности. Дело в том, что действия, оцениваемые, как преступные, очень часто совершаются душевнобольными, и многие, если не каждый преступник, заставляют думать, не имеем-ли мы дело с людьми помешанными. Этим объясняется то обстоятельство, что судебные власти очень часто обращаются к психиатрам с просьбой испытать преступника, не является-ли он душевнобольным, не совершил-ли он своего преступления в состоянии заострившейся душевной болезни и не является-ли он неответственным за свои преступные действия. Преступность так часто встречается среди людей и является таким важным социальным фактором, что для изучения ее созданы особые кабинеты,—кабинеты, возглавляемые и руководимые психиатрами. Уже и теперь редко бывает, чтобы судебные власти в случаях тяжелых преступлений обходились без помощи и совета психиатра, проливающего свет на личность преступника и позволяющего правильно оценить характер совершенного последнего преступления и отношение к нему правосудия, а с дальнейшим развитием социальной психиатрии, вероятно, ни один судебный процесс не будет возможен без участия психиатра.

И не только в борьбе с преступностью, но и в изучении и борьбе со всеми другими социальными бедствиями принимает социальная психиатрия весьма живое участие, шествуя нередко впереди всех других факторов общественной жизни. Возьмем для примера так много заставившие за последнее время говорить о себе хулиганство и алкоголизм и борьбу с этими народными бедствиями. Изучение алкоголизма уже давно велось психиатрами, благодаря сравнительно часто встречающимся алкогольным психозам, приводящим известный процент населения для лечения в психиатрические больницы. Активная борьба психиатров с этим народным злом вне стен больниц началась с развитием социальной психиатрии, когда психиатр увидел себя, при новом социальном строительстве, втянутым в самую гущу общественной жизни, и его опыт и знания как нельзя больше нашли себе применение на широкой арене общественной деятельности. Благодаря психиатрическим диспансерам, социальная психиатрия пробила себе дорогу в самое сердце населения, сблизилась с массами, и сфера влияния психиатров на население все больше расширяется и углубляется.

Все катастрофические социальные явления, как мор, голод, эпидемии, подлежат изучению социальной психиатрии, ибо психика масс является при всех этих бедствиях весьма важным социальным фактором, от которого зависят не в малой мере течение и исход народного бедствия. Изучение психики масс и правильное воздействие на эту психику в целях увеличения силы сопротивляемости народного организма и правильного ведения борьбы с народными бедствиями—дело социальной психиатрии, которая, предотвратив хотя бы столь пагубную для борьбы с этими бедствиями панику, уже этим выполнит немаловажное задание.

Социальная психиатрия распространяет, далее, свою исследовательскую работу на политические явления, на исторические личности и события, стараясь выяснить вопрос, насколько психопатологический метод может пролить свет на весьма сложные и в высшей степени важные для жизни человечества политические события. Война и революция, два социально-политических явления, которые никогда не сходят с арены социально-исторической жизни человечества и которые являются главными двигателями этой жизни, не могут не войти в круг тех явлений, которые изучаются социальной психиатрией. Ведь являются же война и революция более значительными социальными катастрофами, чем упомянутые выше народные бедствия, и если мы нашли помощь социальной психиатрии необходимой там, то тем более нужна она для освещения и объяснения зарождения, течения и исхода войны и революций. «Даже самые старые, самые авторитетные клиницисты-психиатры,—говорит проф. Ганнушкин,—которые никогда не занимались до сих пор социально-психиатрическими вопросами, ставят их совершенно определенно,—таково требование времени и жизни». Надо прибавить, что не одно требование времени и жизни побуждает старых психиатров плыть по течению и заниматься

вопросами социальной психиатрии, а весьма счастлиное развитие самой науки психиатрии, сделавшей возможным старому, по выражению Ганнушкина, психиатру Bonhöffer'у ставить такие вопросы, как вопрос, доступны-ли психопатологическому рассмотрению социальные, политические и культурные явления. Любопытно отметить здесь ход мыслей и заключение Bonhöffer'a по поводу поставленных им вопросов. Возникновение мировой войны 1914 г. объясняется, — правда, не самим автором, а другими писателями, на которых он ссылается, — влиянием атактистического комплекса на ход цивилизации. Построение этого рассуждения таково: атактистический комплекс состоит в том, что народная масса в ее целом еще не отказалась от грабежей, убийства и войны в то время, как в индивидуальной жизни эти вещи уже считаются проявлением атактизма и третируются, как нечто ненормальное. Верхи культурной жизни, истинные проводники культуры, к которым принадлежат люди науки и рабочие, стоят на точке зрения взаимной поддержки, поддержки гипернациональной, т. е. сверх-национальной, интернациональной, — в то время, как политики («политики» противопоставляются людям науки и рабочим), эти политики базируются на примитивах массовой психики, провоцируя в народных массах страсти, подражательность и взамен чувства солидарности культурников вызывая к жизни аффективно-окрашенные гиперпатриотизм, конфессионализм и одностороннюю взаимную ненависть. «Выявить болезненное происхождение всех этих соотношений, вырвать руководство из рук политиков и передать его в руки ученых, — таковы задачи биологии, психологии и психиатрии», по мнению Bonhöffer'a.

Если читатели подумают, что мы очертили уже полный круг социальной психиатрии и включили в нее все то, что может служить ее содержанием, — что дальше уже этой науке идти некуда, то они глубоко ошибаются. Мы лишь подходим теперь к самому главному, самому основному пункту социальной психиатрии — к психической профилактике и к психической гигиене.

Всем известно, что современная советская медицина везде и всюду преследует вполне определенные профилактические цели, базируясь на золотом правиле, что предотвратить развитие болезни несравненно легче, чем лечить уже начавшуюся болезнь, а потому творческие силы врачей и всех других лиц, причастных к медицине, должны быть направлены к тому, чтобы улучшить и усовершенствовать имеющиеся уже в наших руках профилактические методы лечения и изобрести новые, вернее действующие предохранительные меры. Из этого понятно, почему я назвал психогигиену важнейшей отраслью психиатрии вообще и социальной психиатрии в частности.

Но читатели, может быть, удивятся, почему я отношу психогигиену к социальной психиатрии в то время, как она должна быть самостоятельной дисциплиной — уже по одному тому, что, хотя ее задачи и совпадают отчасти с задачами социальной психиатрии (в чем мы сейчас убедимся), но все же она должна по необходимости иметь свои особые методы и направлять свою энергию на вполне определенные стороны жизни, не совпадающие, может быть, всецело с теми, на которые устремлены силы социальной психиатрии, как таковой.

Удивление читателей можно назвать справедливым, но дело в том, что психогигиена в настоящее время еще не получила прав самостоятельной науки. Так как она зародилась в психиатрии, и руководят ею исключительно психиатры, а цели ее совпадают главным образом с таковыми же социальной психиатрии, то лучше всего пока и рассматривать ее, как часть этой последней.

Было бы несправедливо предъявлять к психогигиене большие требования, ибо это — очень молодая наука, едва насчитывающая 20—25 лет существования. Американский психиатр E. Stanley Abbott в своем докладе „Что такое психическая гигиена?“, который он читал на 80 годовом заседании Американского Психиатрического Общества 3—6 июня 1924 г., сообщает, что термин „mental hygiene“ (психическая гигиена) не встречается ни в «Словаре психологической медицины» Tuke'a (1892), ни в «Словаре философии и психологии» Baldwin'a, изданном в 1901—1905 годах. Впервые ввел в психиатрическую литературу этот термин A. Meyer, а большое распространение дал ему Clifford Wittingham Beers, автор книги «Дух, который сам себя находит», директор школы гигиены и общественного здоровья при Университете John'a Hopkins'a в Балтиморе. Это было в 1907 г., когда Beers впервые пустил в мир термин «психогигиена», как лозунг «перманентной реформы и воспитания в области нервных и душевных болезней». «Психогигиена должна в доступной всем форме поучать, как вести на основании правильного образа мыслей благоразумный образ жизни», — заявил он.

Таковы сведения, которые дают нам американские психиатры об истории возникновения психогигиены. К славе русской психиатрической науки надо, однако, здесь отметить, что русские психиатры уже в 1887 г. обсуждали вопросы нервно-психической гигиены и профилактики и призывали врачей, общественных и государственных деятелей принять участие в проведении оздоровительных мер, направленных к охранению индивидуального и общественного психического здоровья. Проф. Н. А. Сикорский, читавший в 1887 г. на I Съезде Отечественных Психиатров речь о задачах нервно-психической гигиены и профилактики, считал такими оздоровительными мерами: 1) правильную организацию человеческого труда; 2) охранение человека и общества от душевных волнений, 3) охранение их от ядовитых веществ, действующих на нервную систему и 4) охранение женщины.

Таким образом мы видим, что термин „психическая гигиена“ существовал задолго до появления специальных английских словарей, про которые говорит Abbott, и в которых термин „психическая гигиена“ не встречается. О гигиене нервов (а также психических способностей) говорил до Сикорского также швейцарский психиатр Forgel, опубликовавший отдельную монографию по этому вопросу. Abbott, излагая историю возникновения психической гигиены, как науки, принимал, очевидно, во внимание исключительно американскую и английскую литературу, благодаря чему история развития науки о психической гигиене у этого автора начинается чуть-ли не на четверть века позже, чем на самом деле.

С тех пор психогигиене повезло, — в обширных областях психиатрии, психопатологии и психологии появился целый ряд психогигиенических работ, разрабатывающих главным образом вопросы психопрофилактики, предотвращения нервных и психических болезней. Тем временем претерпело некоторые изменения и само понятие психогигиены, — последняя, не ограничиваясь более одними лишь вопросами профилактики нервных и душевных болезней, распространяет круг своей деятельности на все области человеческой деятельности, причем везде старается уловить те психогигиенические условия, при которых психическое развитие, психическая работа и психическая жизнь индивида будут протекать благоприятнейшим для него и для общества образом. Семейная жизнь человека, школа, фабрика (психотехника!), а главным образом т. наз. свободные профессии (врачей, юристов, преподавателей и т. д.) и вообще все профессии, требующие от человека умственного напряжения, принадлежат к области деятельности этой науки, стремящейся укреплять и повышать душевные силы индивида и достигнуть того, чтобы психическая его работа превратилась в источник душевного удовлетворения и радости.

Эта программа психогигиены, как науки, втягивающей в круг своей деятельности все виды социальной жизни и всякую умственную работу не только отдельной личности, но и коллектива, в достаточной степени говорит о природе ее, как подсобной социальной науки, дающей социальной психиатрии возможность не только бороться с распространением душевных болезней в населении, но и поднять общий психический уровень последнего и умственную его работоспособность.

Общий интерес к психогигиене за последнее время настолько возрос, и так важна роль, которая приписывается ей в поднятии общего психического уровня населения и умственной его работоспособности, нашла такое общее признание, что дальнейшая разработка психогигиены, как науки, производится уже на интернациональных конгрессах. Один такой конгресс состоялся в 1922 году, а другой проэктировался на 1927 год в Нью-Йорке и отложен на 1929 г.

В Германии психогигиена имеет своего руководителя в лице Гиссенского профессора психиатрии R. Sommer'a, который давно уже занимается проблемами этой науки. Еще в 1901 г. он опубликовал работу об общественных домах отдыха для предупреждения переутомления нервов, а в 1913 г. издал монографию на эту же тему. Свое осуществление идея Sommer'a об общественных домах отдыха нашла в 1911 г. на Интернациональной Гигиенической выставке в Дрездене, а в 1912 г. на Интернациональной Выставке социальной гигиены в Риме идея эта была премирована. В 1924 г. Sommer'a начал снова вести весьма живую агитацию в пользу психогигиены, призывая немецких психиатров и вообще врачей организовать в Германии психогигиеническое дело. На Съезде Немецких Психиатров в Касселе 1 и 2 сентября 1925 г. он читал доклад о национальной и интернациональной организации психогигиенического дела, имевший большой успех и получивший полное одобрение Съезда. Немецкое Психиатрическое Общество выбрало проф. Weugandt'a, из Гамбурга, своим представителем в основном Sommer'ом Немецком Обществе Психической Гигиены.

У нас в СССР нет еще психогигиенических обществ; однако советская медицина в лице НКЗ давно и энергично работает в деле насаждения психогигиены.

гиены в нашей стране. В 1922 г. при НКЗ была организована особая Комиссия по охране нервно-психического здоровья трудящихся. В 1923 г. НКЗ по данному вопросу устроил Всесоюзный Съезд в Москве, где организация психопрофилактической помощи населению была детально разработана и в настоящее время во многих городах проводится в жизнь. Военно-Санитарное Управление РККА в санитарном отделе по военной подготовке трудящихся также поставило на очередь вопросы психопрофилактики и психогигиены. Боеспособность армии, помимо технического оборудования и знания военного искусства, определяется нервно-психической устойчивостью ее в целом и каждого бойца в частности. При современных условиях военизации населения этот вопрос становится особенно актуальным. Психопрофилактические меры в армии слагаются из недопущения в ряды болезненного и неустойчивого элемента, скорейшего удаления из рядов войск заболевших лиц и собственно-профилактических и гигиенических мер.

Русская психиатрическая профессура тоже проявила огромный интерес к психогигиене. Московский психиатр Любушин был первым русским психиатром, который в 1925 г. начал читать во 2-м Московском Университете лекции по психогигиене. К сожалению, он больше одной лекции не читал, так как после этой первой лекции неожиданно умер.

Насколько мне известно, никто после Любушина кафедры психогигиены в Москве не занял, но это не значит, конечно, что интерес к психогигиене в нашей стране погас. Наша страна с ее коммунистическим строем, привлекающим к социалистическому строительству широкие массы населения, нуждается в психогигиене больше, чем любая другая страна земного шара. Если у нас как будто не замечается острой нужды в психогигиене и нет пока психогигиенических обществ, пропагандирующих идеи этой полезнейшей для советского строительства науки, то это отчасти потому, что психиатрические диспансеры до известной степени удовлетворяют нужды населения в психогигиене. Нет сомнения, однако, что у нас вскоре появится целая сеть психогигиенических обществ, которая приложит все свои старания, чтобы поднять психический уровень населения страны, дабы можно было привлечь все элементы нашей советской общественности к социалистическому строительству. Укажу на вновь появившийся учебник нервно-психической гигиены и профилактики Менделсона в Ленинграде, как на показатель того, насколько жив у нас интерес к психогигиене, и насколько не лишены мы творческих сил в этой весьма важной ветви социальной психиатрии.

Говоря о социальной психиатрии, нельзя не упомянуть о расовой гигиене или евгенике, которая, являясь совершенно самостоятельной наукой, до того переплетена с проблемами социальной психиатрии, что трудно сказать, где кончается евгеника и начинается социальная психиатрия, и наоборот. Расовая гигиена или евгеника ставит себе целью улучшение расы, главным образом в нервно-психическом отношении, так, чтобы число психопатически-дегенеративных типов и душевнобольных шло на убыль, а число одаренных и гениальных людей все больше увеличивалось. Мы видим, что расовая гигиена по существу мало чем отличается от психогигиены, ибо в конце концов, если последней удастся поднять на должную высоту психический уровень всех индивидов расы, то этим самым она достигнет и тех целей, которых добивается расовая гигиена. Все же ни одна из этих наук не может считаться лишней, ибо каждая имеет свои особые методы работы, каждая идет к цели своими путями, и только содружественная работа обеих дисциплин может привести к торжеству человеческого разума над темными силами, которые живут в самом человеке, и несчастным рабом которых он, к сожалению, часто делается.

Многие из читателей наверное заметили некоторую противоречивость между фактами, добытыми психиатрией, и теми стремлениями, осуществить которые хочет социальная психиатрия с помощью психогигиены и евгеники. С одной стороны психиатры утверждают, что гениальность прорастает лучше всего на психотической почве, и психотизм является как бы тем навозом, которым удобряется поле деятельности гения; с другой стороны социальная психиатрия и ее вспомогательные отрасли в целях улучшения общего нервно-психического состояния населения добиваются уменьшения, вплоть до полного искоренения, психопатически-дегенеративного и душевнобольного элемента в населении и таким образом как бы отнимают у гениальности ту почву, на которой она лучше всего произрастает. Как согласовать эту противоречивость научных фактов?

Есть ученые, которые действительно думают, что евгеника—наука лишняя, может быть даже вредная, если думать, что ей в самом деле удастся искоренить



у людей душевные болезни. Эти ученые, основываясь на том, что все гениальные люди или сами были психотичны, или имели отягченную наследственность, окончательно осуждают евгенику. Эти ученые склонны перефразировать сентенцию французского психиатра Cullerè'a, которую мы привели в начале доклада, и говорят: „В тот день, когда исчезнет у людей умопомешательство, погаснет и светоч человеческой гениальности“.

Все это неправильно и, если угодно, представляет собою чистый абсурд. Нельзя думать, что психотизм есть основа гениальности, ибо гениальность есть нечто самородное, есть явление *suū generis*, которое в сущности с умопомешательством ничего общего не имеет. Если некоторые исследователи отмечают сходство между психотическими состояниями и состояниями творчества у гениальных людей, если многие гениальные личности страдали душевными болезнями, если, положим, даже у всех их без исключения имелась более или менее отягчающая наследственность, то разве из этого следует, что гений находится в зависимости от умопомешательства? Разве не следует на основании этих данных скорее прийти к обратному заключению, — что человеческий гений потому так ограничен, что крылья его обрезаются свойственным человеческой природе психотизмом? Разве нет места предположению, что человеческий гений достиг бы еще больших, недоступных нашему воображению успехов, если бы он был свободен от психотизма? Эти вопросы заслуживают величайшего внимания, и одна только евгеника, добивающаяся путем искусственного отбора элиминирования гения от психотизма, сумеет ответить на эти вопросы.

Чтобы закончить круг проблем, входящих в весьма обширную область социальной психиатрии, упомяну здесь еще о профессиональных психических заболеваниях, как последствиях отравления на разных производствах, последствиях переутомления, перенапряжения нервов, психозах после травмы, о психических эпидемиях, сектанстве, предрассудках, суевериях и т. д. Этим перечнем я все еще не перечислил без остатка все проблемы психогигиены. Главнейшие, надеюсь, я все же упомянул.

Для тех целей, которые я себе поставил, желая познакомить читателей с социальной психиатрией, мне нечего дальше углубляться в недра этой молодой, но безусловно весьма широкой и глубокой науки. Читатели убедились, что социальная психиатрия обнимает все важные явления социальной жизни и что она вносит много света в темные области социально-политических явлений. Но как же относятся к психиатрии в науке и жизни?

Всем известно, что психиатрия считается на медфаке второстепенным предметом, которым можно, пожалуй, на досуге позаняться, но которым можно при случае и совсем пренебречь. Соответственно этому и само преподавание ее нередко в наших университетах весьма неудовлетворительно. Эта репутация университетской психиатрии, как науки второстепенной важности, переносится также и в жизнь, и мы наблюдаем здесь то весьма огорчительное явление, что врачи-психиатры не считаются полноценными врачами, а какой-то низшей расой врачей. Какой-нибудь профан в психиатрии, воображавший себе, что он что-нибудь смыслил в ней, считает себя облеченным всеми правами врача-психиатра и думает, что он может заменять действительного врача-психиатра в жизни, если не в клинике и психиатрической больнице, где он охотно уступает первенство психиатру-специалисту. Между тем как раз психиатрия жизни (а также социальная психиатрия) представляет несравненно больше трудностей, чем психиатрия клиники, — для нее нужен гораздо больший запас знаний, гораздо больше личных качеств и жизненного опыта, чем для работы в психиатрической больнице. В этой последней мы имеем обычно ярко обставившиеся случаи душевных болезней, познание которых дается сравнительно легко, и лечение которых в большинстве случаев не требует от врача проявления той психотерапевтической виртуозности и того большого врачебного искусства, которое требуется психиатрией в жизни. Как раз распознавание легких форм душевных заболеваний и психопатий, открытие легких аномалий характера и психоконституциональных аномалий и лечение этих „легких“ психиатрических случаев, которые можно было бы назвать „малой психиатрией“ в отличие от „большой психиатрии“ или психиатрии клиники, дается несравненно труднее, и тут нужна работа опытного, вооруженного универсальными знаниями и знанием жизни и людей и одаренного от природы великими качествами психотерапевта врача-специалиста. Хорошо об этом пишет проф. Г а н н у ш к и н, — правда, по совершенно другому поводу: «Говоря о большой и малой психиатрии, мы имеем в виду совершенно не то, что имеется ввиду, когда, напр., говорят о большой и



малой хирургии. Если малая хирургия есть, действительно, малая, если она действительно—нечто более элементарное, более простое, примитивное, чем хирургия большая, то совсем не так дело обстоит с психиатрией. Малая психиатрия, психиатрия пограничная, есть область несравненно более тонкая, область более сложная, требующая гораздо более опыта, навыков и знания, чем психиатрия большая, где дело идет о душевно-больных в узком смысле слова. Если легко убедиться в резко выраженном душевном расстройстве, то совсем не так легко это, когда мы встречаемся с едва заметными формами душевного заболевания. Вся история психиатрии с очевидностью доказывает, что сначала, раньше изучались и описывались более яркие, более заметные типы душевного расстройства, а менее заметные, менее резкие стали изучаться гораздо позднее. Правильное, систематическое изучение этой пограничной психиатрии началось только в самое последнее время. Возьмем, напр., такие очерченные, такие ясные формы, как мания или меланхолия,—эти формы великолепно описаны уже очень давно, описаны так, что к этим описаниям старых мастеров нечего прибавить; что же касается до едва заметных расстройств настроения в ту или другую сторону (циклотимия, конституциональная депрессия, конституциональное возбуждение), то эти состояния описаны только недавно. То же самое можно проследить во всех областях клинической психиатрии: то же самое можно сказать про паранюю, как резкое душевное заболевание с одной стороны и параноический характер, параноическую психику (рудимент паранюи)—с другой; то же про идиотию, резкую форму умственной отсталости с одной стороны и с другой—самые легкие формы дебильности—так называемую ограниченность, так называемое салонное слабоумие. Благодаря совершенно неправильному пониманию размеров компетентности психиатров и благодаря крайнему распространению этой пограничной области, в практической медицине наблюдается парадоксальное и,—я скажу прямо,—гибельное для прогресса психиатрии явление, что эта пограничная психиатрия, эти наиболее сложные, наименее изученные случаи попадают не к врачу-психиатру, или по крайней мере не попадают к нему в первую очередь, а к врачу-общему, неспециалисту, в лучшем случае к врачу-невропатологу. Вот почему каждый врач, поскольку он ведет клиническую работу, должен знать, должен усвоить психиатрические взгляды настолько, чтобы эти сложные вопросы пограничной психиатрии, если не решать, то хотя бы правильно направить“.

Я думаю, читатели теперь убедились, какова роль психиатрии в жизни и до чего является необходимым, чтобы каждый врач был знаком с этой, как оказывается, не второстепенной, а первой важности медицинской отраслью. В западноевропейских университетах уже давно ведется борьба, временами весьма горячая, за то, чтобы на медфаках читались лекции по психологии,—лекции, которые давали бы достаточную подготовку для слушания психиатрии и могли поднять на соответствующую высоту само преподавание последней. Указывается на то, что молодые врачи не имеют правильного психологического подхода к больным, лечат не больных, а болезни, и этим объясняется то обстоятельство, что знахарство расцветает, так как знахари несравненно лучше, чем врачи, умеют подходить к простонародью, умеют влиять на народную психику, приобретают доверие народа, хотя и не заслуживают его, и вытесняют врачей к немалому вреду самих больных. Больше психологии и психиатрии на медфаках—таков был и теперь еще есть лозунг многих понимающих руководителей медицинской мысли в Западной Европе. Но, если так обстоит дело в Западной Европе, то тем более у нас в СССР медицинская психология и психиатрия должны занять и безусловно займут одно из первых, руководящих мест не только среди медицинских, но и среди социальных наук. Я уже указывал и еще раз указываю на то, что для социалистического строительства в коммунистическом государстве, где к государственному и социальному строительству привлекаются широчайшие массы населения, где каждый индивидуум является или, по крайней мере, должен являться сознательным, проявляющим самостоятельную инициативу, общественным работником и государственным деятелем, медицинско-психологическая и воспитательная социально-психиатрическая работа, а также психопрофилактические и гигиенические мероприятия, являются основой всякого успеха. И вот, знакомая читателей с принципами социальной психиатрии, я позволяю себе обратиться к руководителям университетской медицины, а равно к молодым врачам и медработникам: становитесь на стражу ценнейших культурных и социальных завоеваний нашего государства! Укрепляйте и развивайте не только физические, но главным образом *психические* силы миллионов граждан великого Советского Союза! Помните, что психические силы народа стоят выше физических его сил, и защищать культурные ценности развивающейся

пролетарской культуры можно лишь во всеоружии хранения и улучшения психического здоровья широчайших масс населения. Посвятите поэтому вы, советские врачи, лучшие свои силы изучению тех условий, при которых психическое здоровье населения лучше всего процветает, изучайте прилежно и развивайте во всю их мощь те психомедицинские науки (медицинскую психологию, социальную психиатрию, психопрофилактику, психогигиену), которые одни лишь в состоянии дать возможность достигнуть того идеала, который находит свое выражение в латинской пословице: *Mens sana in corpore sano!*

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Abbot. Amer. Journ. of psychiatry, vol. IV, № 2.—2) Айхенвальд. Совр. психоневрология, 1927, № 5—6.—3) Beers. Цит. по Abbot'y.—4) Birnbaum. Psychopathologische Dokumente. Berlin. 1920.—5) Bleuler. Zeit. f. d. ges. N. u. P., Bd. 78, 1922.—6) Бондарев. Каз. Мед. Ж., 1927, № 6—7.—7) Bonhöffer. Klin. Woch., 1923.—8) Bumke. Kultur u. Entartung. Berlin. 1922.—9) Cullere. Les frontières de la folie. Paris. 1888.—10) Галант. Irrenpflege, 1926, № 3.—11) Ганнушкин. Психиатрия. Москва. 1924.—12) Гросман. Совр. Психоневрология, 1927, № 5—6.—13) Forel. Neuro-psychische Hygiene.—14) Филипченко. Что такое евгеника. Петроград. 1921.—15) Hentig. Zeit. f. d. ges. N. u. P., Bd. 84, 1923.—16) Юдин. Евгеника. Москва. 1925.—17) Kraepelin. Zeit. f. d. ges. N. u. P., Bd. 63, 1921.—18) Kretschmer. Körperbau und Charakter. Berlin. 1922.—19) Kretschmer. Ueber Hysterie. Leipzig.—20) Ломброзо. Гений и умопомешательство.—21) Мендельсон. Нервно-психиатрическая гигиена и профилактика. Москва — Ленинград. 1927.—22) Pelmann. Psychische Grenzzustände. Bonn. 1922.—23) Сегалов. Основы советского законодательства о душевнобольных. 1925.—24) Sommer. Zeit. f. Krankenpflege, 1901.—25) Sommer. Oeffentliche Ruhehallen. Halle. 1913.—26) Sommer. Klin. Woch., 1922, № 42.—27) Сикорский. Тр. I Съезда отеч. психиатров в Москве. СПб. 1887.

## Рефераты.

### а) Инфекционные болезни и иммунитет.

251. *Предохранительная прививка против кори.* J. Zikowsky (Wien. Klin. W., 1928, № 1) сообщает о благоприятных результатах, полученных им от применения при кори сыворотки реконвалесценто́в. Автор настаивает, чтобы этот способ применялся по крайней мере у тех детей, которые подвергаются непосредственной опасности заразиться. *С. С-в.*

252. *Клопы и возвратная горячка.* Н. Р. Rosenholz и М. J. Gilbert (Zentrbl. f. Bakt., 1927, Bd. 103, № 6—8) убедились путем опытов, что укусом клопа, зараженного *resurgens'*ом, болезнь эта не передается. *С. С-в.*

253. *К лечению столбняка.* На основании собственных клинических наблюдений и литературных данных Mandl (реф. Zentr. f. Chir., 1928, № 4) указывает, что в случаях столбняка поясничная или крестцовая анестезия дают через несколько часов исчезновение неподвижности нижних конечностей, брюшных и спинных мышц. В целом ряде случаев автор наблюдал от такого лечения улучшение состояния столбнячных больных и даже полное их выздоровление.

*И. Цимхес.*

### б) Внутренние болезни.

254. *Новый клинический индикатор для мочи.* Mark-Walder (Schweiz. med. W., 1928, № 1—2) предлагает в качестве такового смесь равных частей красной метиловой краски (Methylrot) и метиленовой синьки в спиртовом растворе (по 0,5 на 1000,0 алкоголя); смесь эта в кислом растворе имеет синий цвет, а в щелочном—зеленый. *С. С-в.*

255. *Чеснок при гипертонии.* H. Sch wahn (Schweiz. med. W., 1928, № 5) видел очень благоприятное действие препаратов чеснока (аллизатин) особенно при гипертонии у более молодых людей—не столько в смысле понижения кровяного давления, сколько в смысле поднятия субъективной работоспособности. С. С-в.

256. *Чеснок при болезнях кишечника.* Основываясь на наблюдениях проф. E. Ro o s'a (Münch. med. W., 1925, № 39), E r b a c h (Münch. med. W., 1928, № 2) испробовал препарат чеснока аллизатин в 50 случаях острых и подострых катаров кишек, главным образом энтеритов и энтеро-колитов. Чаще всего уже после первых приемов (3—4 раза в день две таблетки) замечалось несомненное успокаивающее кишечное действие средства; число испражнений уменьшалось, а консистенция их делалась нормальной обыкновенно уже через 2 суток. Бросалось в глаза также быстрое восстановление аппетита. Кроме того, очень благоприятные результаты дало лечение аллизатином в 2 случаях слизистого колита. Неприятных или, тем более, вредных последствий от лечения не наблюдалось и при 10—12 таблетках в сутки. Принимался препарат, вследствие отсутствия в нем неприятного запаха и вкуса, легко; при нем не наблюдалось ни тягостной отрыжки, ни ветров, которые часто дает свежий чеснок. Чесноковый запах изо рта больных наблюдался иногда лишь при более продолжительном лечении. С. С-в.

257. *О действии жидкого парафина на кишечник.* E. Schlagintweit (Arch. f. exp. Path. и Pharm., Bd. 124, № 1—2) на основании своих исследований приходит к выводу, что парафин не обладает смазывающим или улучшающим скольжение содержимого кишечной трубки действием, которое ему обычно приписывают. Влияет он изменением консистенции, увеличением содержания жидкостей и воды. Таким образом парафиновое масло надо относить к большой группе слабительных средств, увеличивающих содержание кишечника, собственно же послабляющим действием оно не обладает. С. С-в.

258. *Хинидин при неправильной деятельности сердца.* G. Eismeyer (Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 156, № 3—4) успешно борется с arhythmia peripetua хинидином, получая устранение припадков ее в  $\frac{1}{4}$  случаев. Лечение хинидином всегда должно предшествовать назначению наперстянки, причем хинидин дается лишь тогда, когда последняя устранила декомпенсацию, иначе возможны опасности: эмболия, паралич сердца, общее ухудшение. Во время лечения нужны покой в постели и постоянное наблюдение. Дозировка осторожная, устанавливается пробам. С. С-в.

259. *Новый способ лечения грудной жабы.* E. Rosenthal (Klin. Woch., 1928, № 8) в качестве такового рекомендовал в заседании О-ва Врачей в Будапеште (22 окт. 1927 г.) двустороннюю паравerteбральную анестезию новокаином I, II, III и IV спинных сегментов. В части случаев автор получил при этом хорошие результаты. С. С-в.

## в) Хирургия.

260. *Лечение рака свинцом.* A. Kaemmerer (Deut. med. W., 1928, № 4), вопреки английским авторам, которые от коллоидального свинца видели 15% излечений неоперабельного рака, сообщает о весьма неутешительных результатах, полученных в Берлинском H u f e l a n d-Hospital'e: из 14 случаев (8 случаев рака матки, 4—грудной железы, 2—кожи) успеха не получилось ни в одном. Применялся препарат H e u d e n 853, начиная с 0,05 коллоидального свинца на 10,0 дистиллированной воды. С. С-в.

261. *Произвольное излечение легочного эхинококка.* С. А. Покровский (D. Ztschr. f. Chir., Bd. 206) за 3 $\frac{1}{2}$  года нашел при помощи X-лучей, на 2279 первичных заболеваний легких, 6 эхинококков. Во всех случаях начало болезни было незаметно, клинические явления слабые, распознаванию помогли X-лучи и подтвердила сывороточная проба. В 4х случаях, истории которых приводятся автором, имел место самостоятельный прорыв эхинококка в бронхи, причем в 3 из них после того наступило заживление. С. С-в.

262. *К распознаванию острого аппендицита.* Проф. P. Clairmont (Münch. med. W., 1928, № 3) сообщает, что из 1298 случаев, поступивших за последние 5 лет в Цюрихскую Хирургическую Клинику с диагнозом острого аппендицита, в 252 (20%) распознавание оказалось ошибочным. Из этих последних случаев в  $\frac{3}{4}$  ошибка была поправлена исследованием перед операцией, а в  $\frac{1}{4}$  от-

крылась лишь на операции. Замечательно при этом, что точное патолого-анатомическое исследование 30 удаленных вследствие „острого“ воспаления отростков ни в одном случае не подтвердило этого распознавания: 5 раз отросток оказался нормальным, 17—поражен хроническим процессом, а в остальных имелось воспаление подострое, катарральное или периаппендицит.

С. С.-в.

263. *Комбинированное лечение альвеолярной пиорреи.* К. Г. Митрофанова (Мед. М. Узбекистана, 1927, № 1) с успехом применяет след. способ лечения альвеолярной пиорреи: сначала в 2—3 сеанса производится тщательное удаление зубного камня; затем карманы десен прижигаются 50% раствором молючной кислоты (с последующей нейтрализацией ее двууглекислой содой) и 25% раствором хромовой кислоты; после того карманы промываются настойкой ипекакуаны 12:100; наконец, в них вводится чистая культура болгарской палочки на молоке.

Р.

264. *К лечению кишечной непроходимости.* Экспериментальные исследования преимущественно американских авторов показали, что вливание животным, у которых вызвана перевязкою непроходимость кишечника, гипертонического раствора NaCl в состоянии продлить жизнь животных до 28—30 дней. Исходя из этих данных, проф. Gosset и Binet и др. Petit-Dutaillis (Presse méd., 1928, № 2) применили вливание этого раствора в 2 случаях, из которых в одном больному, после оперативного устранения непроходимости, угрожала смерть от сильнейшей интоксикации, внутривенное же введение 10% раствора NaCl повело к настоящему „воскресению“ его, а в другом явления интоксикации были предупреждены применением NaCl с первого дня. Авторы предлагают в подобных случаях вводить за сутки 1 литр физиологического раствора подкожно и 100 куб. с. 20% раствора NaCl внутривенно, распределив на 5 инъекций через равные промежутки времени, причем инъекции не надо прерывать и ночью. В случае нужды их можно продолжать в течение 2 суток.

М. Знаменский.

265. *К фармакологии продуктов аутоокиссации этилового эфира.* Исходя из факта самоокисления этилового эфира, продуктами коего являются уксусный альдегид и перекиси водорода, этила, диоксиэтила и диэтилидена, и неизбежно связанной с этим явлением браковки эфира pro narcosi, Я. Х. Нолле (Журн. Эксп. Биол. и Мед., т. VIII, № 20) поставил ряд опытов на изолированных сердцах холоднокровных и теплокровных животных с целью выяснения токсичности действия этих продуктов и порядка их образования. Оказалось, что при длительном хранении эфира pro narcosi в первую очередь образуются перекиси (из них, по Mita, самой ядовитой является перекись диоксиэтила, переходящая при хранении в тепле в легко взрывающуюся перекись диэтилидена), весьма токсично действующие на изолированное сердце и нервно-мышечный препарат. Эфиры с примесью только альдегидов не токсичны. Свет, температура, кислород воздуха и длительность хранения являются факторами, обуславливающими процессы самоокисления эфира.

З. Блюмштейн.

266. *Профилактика и лечение послеоперационных осложнений.* Каррис (Deut. med. Woch., 1927, № 15) обращает внимание на важность психической подготовки больного перед и после операции. Необходимо позаботиться также о хорошей вентиляции легких после каждого наркоза. Не следует забывать о возможности поздних асфиксий. Не оправившиеся от наркоза должны занимать горизонтальное положение, в дальнейшем же желательно приподнятое их положение— для лучшего откашливания. Оперированный орган должен быть уложен покойно. Хорошей профилактической мерой против послеоперационных пневмоний и тромбозов являются дыхательные упражнения, пассивные и активные движения конечностей и массаж. Хороший шов и правильно наложенная повязка имеют большое значение. Боль в области операционной раны хорошо успокаивается под влиянием морфия, бояться которого не следует. Важно обращать особое внимание на ночной уход за оперированными. Velden (Deut. med. Woch., 1926, № 51), касаясь вопроса о послеоперационных осложнениях со стороны дыхательных путей, отмечает, что в возникновении их играют роль как нарушения секреции, так и ослабление кровообращения и эмболии. Особенно опасны вазомоторные влияния у вазолабильных субъектов. В целях профилактики рекомендуются предварительное лечение катарров и повышение общей сопротивляемости клеток при помощи интравенозных вливаний солей Са вместе с раствором сахара. После операции больным важно иметь глубокие дыхания, чего можно достигнуть при помощи мор-

фия, уменьшающего боли; впрочем с этим средством надо быть осторожным, так как морфий подавляет также способность к отхаркиванию. Рекомендуются также кардиазол и гексетон, причем последнего надо делать не более 2 инъекций в течение двух часов. При наличии послеоперационных катарров автор советует применять суперзан, ментонин — по 2—3 к. с. интрамускулярно и транспульмин (1—2 к. с. ежедневно). Старые ехрестогангиа тоже не следует забывать. Если изменения в легких перешли в хроническую форму с образованием мелких или более значительных абсцессов, то уместными являются аутогемотерапия, протеиновая терапия или сальварсан (доза II—III). При изменениях грудной стенки — в зависимости от случая — могут оказаться полезными компрессы, горчичники и рассасывающие средства, напр., салициловые препараты. *А. Тимофеев.*

## г) Ортопедия.

267. *Травма позвоночника.* В большинстве случаев травмы позвоночника бывают односторонние расстройства, происхождение которых Schanz (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6) объясняет, сравнивая позвоночник с трубкой, наполненной вязкой жидкостью. Если травма поражает стенку этой трубки, то, вследствие давления, в ее содержимом возникает волна, распространяющаяся в оба конца трубки; если высота этой волны превышает определенную величину, то ранится содержимое трубки; сама же трубка также повреждается на месте прикосновения к ней закругленной верхушки волны. При вскрытии позвоночника в подобных случаях на месте прикосновения верхушки волны к телу позвонка находят разрывы межпозвоночных дисков, проявляющиеся в виде выпячивающихся в костно-мозговую полость небольших узелков, — т. наз. хрящевые грыжи. *Н. Киттенко.*

268. *Случай перелома I шейного позвонка без повреждения спинного мозга.* Menegaux (Revue d'orthopédie, 1927, № 3) приводит случай больного 70 лет, у которого после падения с лестницы головой вниз был обнаружен при рентгеноскопии перелом задней дужки атланта с небольшим смещением; больной был выписан через 26 дней без всякого специального лечения. Автор приводит несколько аналогичных случаев из литературы и делает вывод, что мозговые симптомы при переломе шейных позвонков могут иметь место лишь в случае повреждения зубовидного отростка и смещения отломков вперед. Однако автор не отрицает возможности у данного больного в будущем появления болезни Kimmell-Vernheile и рекомендует осторожный прогноз для всех подобных случаев. *А. Алексеева-Козьмина.*

269. *Регенерация сухожилий.* Вопросом этим занялся Пржевальский (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6), производивший опыты с резецированием Ахиллова сухожилия у собак, причем оказалось, что в тех случаях, где сухожильное влагалище было сохранено, происходило восстановление дефекта путем регенерации сухожилия. Напротив, при отсутствии сухожильного влагалища дефект замещался соединительной тканью. *Н. Киттенко.*

270. *Оперативное лечение привычных вывихов наколенника.* Hoffmeister (Zentr. f. Chir., 1928, № 2) разбирает материал привычных вывихов наколенника, прошедший через клинику Lexer'a за 2 года. Все случаи были оперированы по способу Whitelock'a, заключающемуся в следующем: кожный разрез проводится по медиальной поверхности коленного сустава; дистальный сухожильный конец m. gracilis отделяется от места своего прикрепления, проводится под m. sartorius и пришивается к lig. patellare. Автор видел во всех случаях хорошие отдаленные результаты. *И. Цимхес.*

271. *Пересадка m. tensoris fasciae latae на spina post. sup.* F. Dickson (Journ. of bone a. joint. surg., 1927, vol. IX, № 1) проделал эту операцию за последние 5 лет у 40 больных с параличом нижних конечностей, причем получал неизменно хорошие результаты. Операция имеет целью заменить парализованные ягодичные мышцы, при условии, если m. tensor f. latae сохранил свою функцию. Техника ее следующая: разрез кожи от sp. ant. sup. до sp. post. sup. по краю подвздошной кости; впереди разрез продолжается вниз на ребро на 15 см., по внутреннему краю m. tensoris f. l. Весь кожный лоскут вместе с подкожной клетчаткой откидывается вниз и назад. Обнаженный tensor fasc. отделяется от m. sartorius и m. rectus femoris на расстояние 15 см. и сзади от средней ягодичной мышцы. Наконец, tensor f. l. отделяется от места своего прикрепления у sp. ant.

sup. вместе с небольшим костным островком. Затем в средней ягодичной мышце на уровне *sp. post. sup.* продельвается окно, в которое под средней ягодичной мышцей и притягивается отсепарованный *m. tensor fasciae latae*. Однако расстояние между концом *tensoris f. l.* и *sp. post. sup.* остается еще довольно велико, и необходимо сблизить эти две точки. Для этого сгибают бедро на 90° и отводят его до предельной возможности. На *sp. post. sup.* ножницами или долотом продельвают небольшое ложе и прикрепляют туда костный островок с концом *m. tensoris f. latae*. Если притянуть конец мышцы не удастся, то около *sp. post.* отделяют мышечно-апоневротический лоскут и сшивают его крепко с концом *m. tensoris*. Затем боковыми швами скрепляют эту мышцу с соседними, закрывают кожную рану и накладывают гипс при согнутом и отведенном бедре. Гипс оставляют на 4 недели, после чего начинают осторожную гимнастику, которую проводят затем в течение 6 недель.

А. Алексеева-Козьмина.

#### д) Офтальмология.

272. *Определение чувствительности роговицы.* Для испытания чувствительности роговицы проф. *Comberg* (*Zeitschr. f. A.*, Bd. 64, Н. 3) рекомендует поступать следующим образом: заставляют пациента при закрытых глазах смотреть несколько кверху и производят одновременно двухстороннюю пальпацию роговиц через закрытые веки кончиками указательных пальцев или мизинцев, применяя по возможности одинаковое давление. Если одна из роговиц окажется более чувствительной, то при скользящих движениях пальца по выпуклости века можно тотчас приблизительно определить место этой чувствительности. Для более точного определения локализации употребляется стеклянная палочка с закругленным концом, которая применяется для массажа конъюнктивы. Главной областью применения этого вспомогательного метода *Comberg* считает исследование старых, плохо поддающихся лечению абсцессов, рецидивирующих эрозий и повреждений роговицы, вызванных инородными телами.

Е. Волженский.

273. *Пособие для зрения пресбиопов.* По *Elsner'y* (*Münch. med. W.*, 1928, № 3) еще *Helmholtz* указал на интересный факт, что люди с недочетами зрения, особенно пресбиопы, часто могут ясно видеть и даже читать без очков, если они смотрят через небольшое отверстие или щель. Но это указание прошло как-то незамеченным, и теперь автор находит полезным напомнить о нем. Смотреть лучше всего через щель между указательным и средним пальцами, обращенными внутренней поверхностью наружу. Поразительно, как улучшается при этом зрение как вблизи, так и вдаль. Но, конечно, надо, чтобы освещение при этом было хоршее.

С. С—в.

274. *Табическая атрофия зрительного нерва.* Проф. *C. Behr* (*Zeitschr. f. Aug.*, B. 60, Н. 6) на основании анатомических исследований приходит к заключению, что при табической атрофии зрительного нерва эндотоксины спирохэт первоначально вызывают нарушение не только маргинальных, но и паренхиматозных пучков глии; вторичным следствием является расстройство питания подлежащих нервных волокон, которые через это подвергаются дегенерации до окончательного их распада. Активная терапия, по его мнению, может привести спокойный и медленный процесс к вспышке и бурному развитию и вместе с тем более или менее сносную зрительную способность — к продолжительному и полному упадку. В своих свыше ста случаях табической атрофии зрительного нерва он ни разу не видел от нее не только излечения, но даже и улучшения, так как во всех прогрессивных случаях рано или поздно наступал упадок функции. Из антисифилитических средств он считает сальварсан опаснее ртути вследствие быстрого умерщвления и распада спирохэт; даже висмут может произвести ухудшение функции, равно и неспецифическая *Reiz*-терапия. При лечении малярией ни в одном из 8 случаев табической атрофии зрительного нерва улучшения зрения не наступило. В виду указанных результатов активной терапии автор предпочитает ей выжидательное лечение, дабы избежать невозвратных ухудшений.

Е. Волженский.

275. *К лечению глаукомы.* В тяжелых случаях воспалительной глаукомы, когда лекарственное лечение не в состоянии понизить внутриглазное давление, *C. Safar* (*Ztschr. f. A.*, Bd. 64, Н. 3) предлагает производить базальную иридэктомию, предпочитая ее как широкой тотальной иридэктомии — в виду опасности при последней экспульсивного кровотечения, самопроизвольного выпадения линзы

и потери стекловидного тела, так и трепанации склеры по Elliot'у—в виду возможности при ней поздней инфекции. По отделении конъюнктивального лоскута сверху до лимба передняя камера вскрывается коновидным ножом на 2 мм. позади лимба, до появления кончика ножа в камере; затем, после медленного выведения ножа обратно и небольшого опорожнения влаги передней камеры, выпадающая при этом периферическая часть радужки иссекается с сохранением зрачкового края; легким массажем через верхнее веко зрачковый край радужки вправляется обратно, и операция заканчивается закрытием маленькой ранки, около 2—3 мм. ширины, конъюнктивальным лоскутом, который во время операции вертикально удерживается помощником.

Е. Волженский.

### е) Акушерство и гинекология.

276. *Об акушерских переломах.* Таковых Кефер (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6) наблюдал 20. Перелому во время родов подвергались исключительно бедро, плечо и ключица, большую частью в диафизарной части. Обычно надкостница при этих переломах бывает цела вследствие своей прочности и значительной толщины и облегает отломки костей наподобие муфты. Кости новорожденных, бедные солями, менее хрупки, чем у взрослых, и не образуют острых концов; благодаря этому переломы происходят по типу „fractures en bois vert“ („перелом зеленой веточки“), без смещения по длине и бокового, а просто перегибаются под углом. Кроме того мышечная ретракция у новорожденных бывает выражена слабо. Все это предохраняет отломки от смещения. Срошение наступает скоро,—уже чрез 3—4 дня образуется хорошая костная мозоль, которая в течение 8—9 дней пластична и хорошо поддается моделировке. Выполнив свое назначение, мозоль быстро рассасывается. Лечение переломов бедра сводится к прибинтовыванию сломанной ножки к животу в отведенном положении; переломы плеча лечатся прибинтованием ручки в вытянутом положении к туловищу, причем под мышку кладется валик; перелом ключицы не требует врачебного вмешательства. Массаж вреден, ибо ведет к избыточному увеличению костной мозоли. Гимнастика также не нужна.

Н. Киттенко.

277. *Хроническое раздражение, как причина рака матки.* Дуас (Journ. A. M. Ass., 1928, № 6) наблюдал случай рака маточной шейки, развившегося в результате 7-летнего пребывания внутри матки металлического пессария, вызвавшего на 6-й год гнойные, дурно пахнущие выделения, которые и привели больную к врачу.

Н. К.

278. *Лечение климактерических расстройств рентгеновским освещением щитовидной железы и гипофиза по Bora'k'у* проводил Porchow'nik (Stralenth., Bd., 24, H. 4). Гипофиз освещался с обеих сторон по  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  НЕД с фильтром в 0,5 mm. Cu+1 mm. Al. В случаях гипертрофии щитовидной железы на область ее давалась  $\frac{1}{4}$  НЕД. Сеансы повторялись через 3 недели. Во всех случаях, кроме 2 случаев преждевременного климактерия, автор получил хорошие результаты после того, как все другие методы лечения к цели не привели; два случая с климаксах раесах дали излечение после освещения яичников. Автор думает поэтому, что при климаксах раесах яичниковая функция вполне не выключается, а потому здесь нельзя говорить о гиперфункции гипофиза в смысле Bora'k'a.

А. Т.

279. *Гистологические изменения матки и яичников под влиянием рентгеновских лучей.* Superbi (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) на основании исследования леченных рентгеном миоматозных и метритичных маток и соответственных яичников приходит к заключению, что степень разрушения фолликулов х-лучами зависит от индивидуальной чувствительности, причем параллельно атрофии фолликулов идет разрастание клеток thecae. Склеротические изменения в сосудах автор не считает прямым результатом действия лучей,—возможно, что сосуды повреждаются липоидами, которые освобождаются в процессе интенсивного распада клеток. В противоположность нормальной мюкозе матки, которая довольно устойчива к лучам, при миомах наблюдаются под влиянием х-лучей склероз, некрозы и гиалиновая дегенерация, причем, по мнению S., здесь имеет место и прямое действие лучей. Подслизистые миомы должны служить противопоказанием к применению рентгенотерапии.

А. Тимофеев.

280. *Результаты радиотерапии в институте „Radiumhemmet“ в Стокгольме.* Westmann (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII) сообщает о ре-



результатах радиотерапии при раках влагалища, частота которых среди других раков половой сферы не превышает 2%. Всего лечен 21 случай. В большинстве случаев это были плоскоэпителиальные раки, располагавшиеся в заднем своде рукава; иногда их трудно было отличить от вторичных раков, перешедших с *portio*. Чаще всего первичные раки рукава встречались в возрасте 30—40 лет. В качестве predisposing момента автор указывает на пессарии и пролапсы. В 12 сл. была проведена чисто-радиевая терапия, в остальных радиотерапия комбинировалась с рентгенотерапией, причем трубочки с радием, из свинца в 3—4 мм., вводились в вагину, матку и *gestum*. Доза равнялась 1500—2500 mgr.-часов. Среди леченных больных свободными от рецидива от  $\frac{1}{2}$  до 1 года оказались 5, 2 года—4, 3 года—3, 4 года—5,5 лет—2 и свыше 5 лет—2 больных. Таким образом радиотерапия при раках рукава дает лучшие результаты, чем оперативное лечение, при котором, по J a s c h k e, получается 90% рецидивов. Н e u m a n (ibid.) дает отчет о лечении раков маточной шейки за время 1914—1921 г.г. По атому автору плоскоэпителиальные раки дают лучше предсказание по сравнению с цилиндроклеточковыми. Радий, в трубочках D o m i n i c i, вводился в матку в количестве 40,1 mgr., во влагалище—в количестве 70 mgr. Максимальная доза при введении в матку была 2640 mgr.-часов, в рукав—4500 mgr.-часов. Второй сеанс был через неделю после первого, третий—через 3 недели после второго. 4500 mgr.-часов при трехсеансовом лечении можно заменить концентрированным освещением в 4000 mgr.-часов в два сеанса. Число больных, свободных от рецидива в течение 5 лет, превышает у него 40,5%. На 505 леченных случаев первичная смертность от перитонита и сепсиса выражается в 6 смертей. Для неоперабельных случаев излечение в течение 5 лет достигнуто в 16,6%. А. Тимощев.

### ж) Эвтропатология и психиатрия.

281. О хордомах. Эта редкая опухоль, описываемая Еленевским и Мельниковым (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6), наблюдалась до сих пор всего 84 раза: 45 раз была краниальная хордома на *clivus Blumenbachii*, 37 раз—каудальная и 2 раза—позвоночная. Краниальные хордомы представляют собою иногда доброкачественные опухоли величиной с орех, сидящие в области *clivus* на экзостозе и прорастающие в твердую мозговую оболочку к *pons Varolii*, иногда злокачественные,—последние отличаются большими размерами и разрушительным ростом, узурпируют кость, внедряются в *clivus*, проникают в глотку, вростают в придаток мозга и чрез 1—5 лет ведут к смерти; клинически характеризуются эти хордомы болями в затылке, невралгическими болями от сдавления G a s s e r o v a узла, рвотой, бредом и зстойным соском. Среди каудальных хордом можно различать: 1) антесакральные—располагающиеся между крестцом и прямой кишкой, прощупываемые чрез последнюю, отличающиеся своим быстрым ростом, сдавливающие тазовые органы и затрудняющие дефекацию и мочеиспускание, а также вызывающие невралгические боли; 2) ретросакральные—лежащие позади крестца, достигающие размеров головы взрослого, очень злокачественные, дающие метастазы в печень, прорастающие крестец и вростающие в спинномозговой канал; 3) центральные крестцовые—расстраивающие функции тазовых органов и вызывающие невралгические боли. Патолого-анатомическая картина как доброкачественных, так и злокачественных хордом существенной разницы не представляет: те и другие состоят из сероватой, студенистой, полупрозрачной, содержащей нередко кисты ткани. Лечение—оперативное, причем злокачественные хордомы после операции обнаруживают склонность к рецидивам. Н. Киптенко.

282. К лечению нервной аортофагии. Проф. J. H. Schultz (Deut. med. W., 1928 № 3) указывает на то обстоятельство, что причиной развивающейся одновременно с приемом пищи тимпании желудка со всеми обусловливаемыми ею расстройствами надо считать во многих случаях отсутствие координации между глотанием и дыханием,—то, что аортофаг перед и при каждом глотании делает глубокий, часто слышный вдох. Отсюда вытекает и способ лечения: путем упражнения, малыми глотками еды и питья надо приучить больного глотать только во время выдыхания, или предшествующей (resp. последующей) ему дыхательной паузы. С. С-в.

283. Наркотическое действие табаку с прибавкою хлористого калия. S. D o n t a s и P. Z i s (Wien. kl. W., 1928, № 5) проверили сообщение одного курильщика гашиша, что взамен последнего он с успехом пользуется иногда смесью



табаку с хлористым калием. Оказалось, что действительно прибавка к табаку неслишком больших (0,5 на трубку) количеств названной соли дает наркоз минут на 40, с резко выраженной эвфорией. С. С. в.

284. *О механизме голода.* Д-р Е. А. Попов (Совр. Психоневр., 1927, № 7—8) наблюдал 3 случая, где после перенесенного эпидемического энцефалита развились периодически наступающие приступы голода. Во всех случаях приступы эти сочетались с ригидно-акинетическим синдромом, вегетативными нарушениями и навязчивым смехом. Эта комбинация свидетельствует, по автору, что аппарат, раздражение которого вызывает ощущение голода, лежит в области больших стволовых ганглиев. Р.

### з) Сифилидология.

285. *Сифилис плода и последа.* Raschhofer (Arch. f. Gyn., Bd. 129, 1927) исследовал гистологические изменения, вызываемые бледной спирохетой в пуповине, плаценте, оболочках и органах плода. Наиболее характерным из этих изменений в плаценте он считает образование здесь абсцессов, ибо в 1000 контрольных плацент от здоровых матерей и 40 плацентах от матерей с другими инфекционными заболеваниями последних не было обнаружено; однажды в окружности абсцесса автором найдены были гигантские клетки. Воспалительные изменения в пуповине встретились в 40% всех случаев lues'a, выражаясь в инфильтрации сосудистых стенок и Вартоновой студени. 72% плодов при сифилисе были инфицированы. Эндометрит встречался так часто, что автор утверждает, будто женщина с эндометритом всегда рождает инфицированного ребенка, и наоборот, у женщины, родившей инфицированного ребенка, всегда имеется эндометрит. В плацентах часто отмечалось разрастание ворсин. Изменения в органах плода были выражены тем сильнее, чем старше был его возраст: среди этих изменений автор описывает сифилитические изменения легких, поджелудочной железы, печени, селезенки, лимфатических узлов, кожи и остеохондрит. Серологические исследования у 9 плодов дали 7 раз слабо-положительную и 2 раза—отрицательную реакции. Противосифилитическим лечением можно, в случаях сифилиса беременных, предупредить инфекцию плода; если же к началу лечения плод был уже заражен, лечение остается без влияния на него А. Тимофеев.

286. *Диагностика сифилиса при помощи серореакций во время беременности.* Philipp (Klin. Woch., 1927, № 15) исследовал 1000 роженниц, продавав с кровью локтевой вены реакции Wassermann'a (WaR), Meinicke (MTR) и Sachs-Klorstock'a (SaKlR). Одновременно кровь пуповины исследовалась на спирохеты. Главной задачей автора было решить вопрос, получается ли при беременности неспецифическая реакция. Спирохеты чаще всего обнаруживались им в тех случаях, когда все три, или, по крайней мере, две реакции были положительны. Наоборот, ни в одном случае, где положительной была лишь WaR, спирохэт обнаружено не было. Равным образом в случаях, где положительный результат давала одна лишь WaR, не было и никаких анамнестических указаний на lues; 28 раз произведенное в этих случаях повторное исследование дало отрицательный результат. Из 67 случаев, где две или все три реакции были положительными, 50 оказались, несомненно, сифилитическими. Автор приходит к заключению, что сифилитическое заболевание можно признать лишь тогда, когда WaR, MTR и SaKlR, или, по крайней мере, две из них, дают положительный результат. Если положительна только одна WaR, никакого диагностического заключения делать нельзя, ибо она часто является неспецифической реакцией беременности. Положительный результат MTR имеет большое значение в смысле диагноза lues'a, но все же и здесь вопрос не решается одной реакцией. А. Тимофеев.

287. *Об унификации Wassermann'овской реакции.* Работая с несколькими сериями «московских» антигенов Центр. Бакт. Института, Брин и Солун (Вест. Микр., VI, вып. 3) установили, что антигены эти, обладая резко выраженными антикомплементарными свойствами, могут давать с одной стороны ложные задержки, т. к. не все испытываемые сыворотки нейтрализуют это антикомплементарное свойство антигенов, а с другой—могут давать и учащенные отрицательные результаты, т. к. основной опыт при нейтрализации испытуемой сывороткой антикомплементарных свойств антигена протекает в избытке комплемента. Авторы поэтому считают недопустимым протитровывать комплемент в присутствии антикомплементарного антигена и в этом усматривают главный недостаток современной

инструкции WR. Они предлагают нейтрализовать антикомплементарное свойство антигена инактивированным комплементом (гретой сывороткой морской свинки) и вводить т. о. в основной опыт, помимо 1½ дозы комплемента, вытитрованного *per se*, также определенное количество инактивированного комплемента. Авторы считают предложенную ими методику необходимой для унификации WR и подчеркивают необходимость пользоваться антикомплементарным антигеном в виду его большей чувствительности при LI и *lues latens*. (Отдавая должное авторам в их тщательной и кропотливой работе по изучению отдельных свойств различных антигенов, мы по существу не можем согласиться с тем, что предложенная методика содействует унификации WR, ибо методика эта усложняет технику введением нового, еще мало изученного ингредиента—инактивированного комплемента. Что касается «московских» антигенов, то антигены эти действительно отличаются резкими антикомплементарными и гемолитическими свойствами—между тем, как антигены из сифилитических печеней (с титром в тысячных долях) обладают незначительными антикомплементарными свойствами и полным отсутствием гемолитических свойств в рабочей дозе. В то же время они значительно чувствительнее антигенов типа Bordet-Ruelens'a. *Реф.*)

А. Вайнштейн.

288. *Опыты с миосальварсаном.* Planner (Wien. klin. Woch., 1927, № 48) подверг клиническому испытанию недавно выпущенный Kolle новый препарат сальварсана для внутримышечного введения—миосальварсан. Вводится препарат интрамускулярно в седалищную область, дозировка та же, что и для неосальварсана. Подверглись лечению этим средством 31 больной различного возраста и различных стадий сифилиса, в том числе часть больных с врожденным сифилисом. По своему действию на исчезновение бледной спирохеты из сифилитических продуктов и на клинические проявления болезни новый препарат, оказалось, почти не уступает неосальварсану, выгодно отличаясь от него меньшим % побочных явлений (повышенная t°, эритемы). Явления ангионевротического симптомокомплекса Р. не наблюдал при нем ни разу; не наблюдалось также болезненности и осложнений на месте впрыскивания (alt-сальварсан Ehrlich'a и неосальварсан, как известно, при интрамускулярном введении вызывают большую болезненность и изредка дают некрозы. *Реф.*). От оценки препарата в серологическом отношении он пока воздерживается. Повидимому, новый препарат найдет большое применение в детской сифилидологической практике и у тучных субъектов с плохо развитыми венами, где внутривенное введение сальварсана бывает крайне затруднительным.

А. Вайнштейн.

289. *Лечение сальварсаном дерматитов тиосульфатом натрия* рекомендуют Богданов и Терешкевич (Венер. и Дерм., 1927, № 12). Нередко наблюдающиеся после применения сальварсана дерматиты требуют особого внимательного к себе отношения. С успехом применяющееся в настоящее время лечение их тиосульфатом натрия является действительно радикальным средством, в короткий срок и надежно купирующим это чрезвычайно тягостное осложнение сальварсанной терапии. Авторы рекомендуют внутривенный метод введения в первые же дни развития дерматита в восходящих дозах с 0.15 до 1.0 ежедневно в 10—15% растворе. В 6 случаях они получили благоприятные результаты (в 5 сл. леченных внутривенно и в 1 сл.—внутримышечно).

Н. Яснитский,

### и) Дерматология.

290. *Лечение волчанки марганцевокислым калием.* Предложенный в 1926 г. Augéban'ом способ этот уже с 1915 г. применяется Sonnenberg'ом из Лодзи (Warsz. Czasop. lek., 1927, № 1). Для этой цели S. пользуется мазью след. состава: Rp. kalii hypermang. sub. pulv. 7.5, ac. salicyl. 1.5, novocaini 3.0, vas. fl. amer. 10.0. S. применял это лечение лишь в случаях не очень запущенных; lupus'a слизистых оболочек он этим способом не лечил. Заканчивается лечение применением компрессов из борной кислоты. После 10—20 дней получается рубец, который не оставляет желать ничего лучшего как в смысле клиническом, так и косметическом. Если после того и бывают иногда рецидивы, то дополнительное лечение вызывает стойкое рубцевание.

М. Вайнберг.

291. *Лечение красной волчанки ионтофорезом* рекомендует Сладкович (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 152, Hft. 2, 1926). Применялся 1—5% водный раствор chinini bifuratiaci с анода при силе тока сначала в 2—3 МА, позднее 5—10 МА, в течение 5—10—15 м., через каждые 1—2 дня, смотря по интенсивности реакции

кожи. Из 20 случаев, леченных таким образом, в 5 наступило полное выздоровление, в 12—более или менее значительное улучшение, в 3—лечение не окончено. По мнению автора, ионтофорез заслуживает предпочтения перед методом Hohländer'a по следующим соображениям: 1) здесь имеется возможность вводить в определенной дозировке хинин непосредственно в пораженные участки; 2) при ионтофорезе не наблюдается неприятных побочных влияний хинина и 3) данный метод удобен в косметическом отношении.

Н. Яснитский.

292. *Ратания при язвах.* Goldhammer (Derm. W., 1927, № 16) получил очень хорошие результаты от применения ратаниевой мази при различных язвенных процессах: при язвах голени, язвах от ожогов, язвах мягкого шанкра и пр. Состав применявшейся автором мази был таков: extr. rathaniae 10,0, thymoli 1,0, ung. simpl. ad 100,0. Мазь накладывалась на язву 3 раза в день. По мнению Г. ратания обладает сильным кератопластическим действием.

Р.

293. *Лечение трихофитии внутривенными вливаниями Lugo-Гевского раствора* с успехом применили Ravaut, Duval et Rabeau (Ann. de dermat. et syph., 1927, № 6). В 1907 году Spolverini предложил этот раствор, внутривенно, для лечения tbc и хронического ревматизма, в 1918 г. Ravaut—для лечения гриппозной пневмонии и в 1921 г.—для лечения трихофитий. Под наблюдением авторов находилось 16 больных трихофитией различной локализации и распространенности. Авторы применяли раствор следующей прописи: йода 1,0, иодистого кали 2,0, воды 100,0. Терапевтический эффект получился во всех случаях в течение 15—30 дней.

Н. Яснитский.

294. *Уксуснокислый таллий при грибковых заболеваниях кожи.* Бронштейн (Med. Kl., 1927, № 48), изучая экспериментально на крысах и клинически на детях с грибковыми заболеваниями кожи действие thallii aceticici, приходит к следующим выводам: 1) thallium aceticum при долгом применении его у крыс вызывает временное тормозящее действие на эндокринную систему (временная задержка роста, изменение костей скелета, понижение половой функции, развитие катаракты); 2) будучи применяем в качестве эпиляционного средства при грибковых заболеваниях у детей в возрасте 1—14 лет в дозе 0,003 pro kilo (однократный прием per os), он спустя 2 недели после приема вызывает полную эпиляцию; 3) рост новых волос начинается после того через 4—6 недель; 4) каких-либо побочных явлений в течение года после того не наблюдается; 5) в сравнении с рентгеном thallium aceticum, как эпиляционное средство, имеет ряд преимуществ, каковы: отсутствие рецидивов и дерматитов, крайняя дешевизна и удобство применения. Поэтому автор горячо рекомендует данное средство для широкого применения. (В нашем Союзе, при отсутствии достаточного количества рентгеноустановок и рентгенологов, thallium acetic, повидимому, сыграет большую роль; пока принципиальным противником его применения, в виду неизученного еще действия на организм, является у нас лишь проф. Иванов. Реф.).

А. Вайнштейн.

### к) Рино-ларинго-отитрия.

295. *Озена и эндокринные железы.* Гальперн и Мошкевич (Журн. ушн., нос. и горл. б., 1927, № 7—8), считая озену заболеванием, связанным с неправильной функцией желез внутренней секреции, и не имея других методов для определения тех или иных гормонов в крови, прибегли к методу антропометрии. Они исследовали 16 больных озенкой, причем получили: а) несомненные данные, указывающие на существующую при этой болезни гиперфункцию hypophysis; б) данные, заставляющие думать о преждевременной возмужалости организма больных; в) данные, заставляющие думать о понижении функции щитовидной железы; г) данные, наводящие, по Брейтману, на мысль об увеличении функции вилочковой железы; д) данные, заставляющие думать о низкопробности организма в виде status astenicus грудной клетки. Анамнестические данные при озенке также заставляют думать о связи этого заболевания с функцией желез внутренней секреции.

М. Венецианова.

296. *К патогенезу и терапии озоны.* Рейпус и Чалусов (Вест. Рино-лар.-от., 1927, № 5) поставили себе задачей выяснить достаточность или недостаточность функций половых желез при озенке, воспользовавшись для этой цели реакцией Манойлова. Материал авторов обнимает 34 больных, в числе которых женщин было 27 и мужчин—7. Все больные, кроме 2 девочек и одной

старухи, находились в периоде половой зрелости. Оказалось, что из 27 женщин у 12 была получена извращенная реакция, из 7 же мужчин извращенная реакция получилась у 5. Авторы думают, что такие результаты дают основание для применения при озене препаратов половых желез.

М. Венецианова.

297. *Вскрытие Gighmof'овых полостей при скарлатине.* Пр.-доц. Н. А. Николаев (Вест. Рино-лар.-от., 1927, № 5) у 17 тяжелых скарлатинозных больных произвел (эндоназально) двустороннее вскрытие Gighmof'овых полостей и пришел к выводам, что подобное вмешательство не вызывает ухудшения основного заболевания, дает понижение смертности и меньшую частоту осложнений.

Лебедевский.

298. *К этиологии нейральной тройничного нерва.* Д-р Чарный (Вестн. Рино-лар.-от., 1927, № 5), приводит случай тяжелой формы нейральной n. trigemini, излеченный радикальной операцией, произведенной на левой Gighmof'овой пазухе. В полости последней было обнаружено кистозное перерождение слизистой оболочки, и найден гной. Заболевание пазухи, вызвав тяжелую, не поддававшуюся никаким видам терапии, форму нейральной тройничного нерва, не проявило себя клинически ни одним симптомом со стороны носа.

П. Буев.

299. *Вакциноотерапия мастоидита.* Проф. Луков (Вестн. Рино-лар.-от., 1927, № 3—4), наблюдал обратное развитие болезненного процесса от аутовакциноотерапии в 5 случаях выраженного воспаления сосцевидного отростка, что дает ему повод предлагать указанный метод лечения при исключительных обстоятельствах (напр., в случаях категорического отказа больных от предположенной операции).

О. Васильева.

300. *Кровь при гайморитах.* Н. А. Карпов (Вестн. Рино-лар.-от., 1927, № 3—4), исследовал кровь у 106 больных, страдавших гайморитом, причем в 12,26% мог констатировать нейтрофилию с гипорегенеративным сдвигом ядра, в 37,74% — лимфоцитоз, в 34,91% — эозинофильно-лимфоцитарную картину, и лишь в 16 случаях резких отклонений от нормы в морфологии крови обнаружено не было. Нейтрофилия имела место при гнойном воспалении Nighmof'овой полости с затрудненным оттоком отделяемого, лимфоцитоз — в случаях катаррального воспаления, или гнойного, но со свободным оттоком содержимого, наконец, эозинофильно-лимфоцитарная картина крови — при хроническом катарральном гайморите.

С. Яхонтов.

## Рецензии.

Проф. Р. А. Лурья. *Сифилис и желудок (gastrolues)*. Изд. Наркомздрава. Москва. 1928. Ц. 2 р. 50 к.

Вопрос о висцеральном сифилисе является одним из актуальнейших вопросов клиники и патологии; за это говорит уж один тот факт, что за последние годы он является программным вопросом почти на всех врачебных съездах, как заграничных, так и у нас в Союзе. Поэтому нельзя не приветствовать появления книги проф. Лурья о сифилисе желудка, где автор широко и всесторонне рассматривает этот столь еще мало разработанный отдел патологии.

В книге имеется 9 глав: в первых двух автор касается истории вопроса и классификации, в III главе излагается общая симптоматология, в IV и V — ранние и поздние сифилитические заболевания желудка, в VI — фибробластические процессы, в VII — невролэтические формы, в VIII — диагностика и в IX — лечение сифилиса желудка.

Автор исчерпывающе излагает литературу вопроса, отдавая справедливую дань русским исследователям, как Аристову, Русанову, Гаусману, внесшим большой вклад в дело изучения gastrolues'a. Книга проф. Лурья читается с неослабным интересом, — все время чувствуется, что автор не за страх, а за совесть и притом с большой любовью относится к разбираемому им вопросу. Большим достоинством книги является то обстоятельство, что автор не ограничивается изложением вопроса по одним только данным соответствующей литературы, но снабжает свой труд собственными наблюдениями и выводами, основанными на большом личном врачебном опыте, а также собственными клиническими исследованиями функциональной деятельности желудка (гл. III и VII).

Отдавая должное труду проф. Лурья, мы позволим себе отметить и некоторые недочеты в нем. Прежде всего мы никак не можем признать удовлетворительной классификацию сифилиса желудка, предлагаемую автором (стр. 27). Автор в рубрику ранних заболеваний (I I и II) включает: а) функциональные расстройства и б) гастриты, а в рубрику поздних заболеваний (I III)—а) сифилитические язвы, б) сифилитические опухоли, в) гуммозные инфильтрации. Отсюда приходится делать логический вывод, что функциональные расстройства деятельности желудка, а равным образом и сифилогенные гастриты, по мнению автора, имеют место только при lues'e I и II, а при lues'e III их не бывает!! Мы же смеем утверждать, что сифилитические гастриты, а также и различные функциональные расстройства при третичном сифилисе встречаются гораздо чаще, чем при ранних формах lues'a. Да и сам автор на стр. 67 пишет, что гастриты при сифилисе доказаны во всех стадиях болезни.

Далее, в своей классификации автор относит сифилитический стеноз привратника к метасифилитическим заболеваниям. Мы же полагаем, что стеноз привратника с полным правом нужно бы было поставить в рубрику, означаемую автором «поздние заболевания» (I III), а не относить его к металюэсу. Вообще у нас остается впечатление, что представление автора о метасифилисе является каким-то нечетким и спутанным. Правда, сам автор на стр. 78 оговаривается, что употребляемый им «термин метасифилитические заболевания желудка ничего общего с метасифилисом в иммуно-биологическом смысле не имеет», но с таким свободным обращением с научными понятиями едва-ли можно согласиться.

Слишком категоричным звучит также утверждение автора, что «сифилитическая язва желудка оказывается по существу ничем иным, как только изъязвившейся гуммой» (стр. 85), ибо далеко еще не является доказанным, что язва желудка не может развиться на почве сифилитического эндартерита (а не гуммы); последнего мнения, насколько мне известно, как раз и придерживается большинство весьма авторитетных авторов.

Далее, нам представляется маловразумительным заявление автора (стр. 63), что «при гастрите суть дела... не в катарре, а в понижении функции паренхимы желудка—в hyperaciditas» (?).

Наконец, несомненно ладно делает автор, когда, говоря о симптоме Argyll-Robertson'a, тут же иногда в скобках пишет Pupillenstarre,—как будто, по мнению автора, симптом A.-R. и тугоподвижность зрачков являются понятиями, вполне покрывающими друг друга.

Но все эти недочеты, конечно, отнюдь не умаляют высоких достоинств работы автора, и мы от всей души желаем книге проф. Лурья самого широкого распространения среди врачебного мира, ибо книга эта является первой оригинальной монографией,—притом не только на русском языке,—посвященной вопросу о сифилисе желудка.

Проф. М. Чебоксаров.

*Руководство по физическим методам лечения.* Т. I. Составлено сотрудниками Гос. Ленинград. Физиотерапев. Института под ред. проф. С. А. Бруштейна. 1928. 652 стр. Ц. 12 р. 50 к. (в переп.).

В наше время физиотерапия становится, как правильно говорит проф. Бруштейн, в центр терапии всех специальностей медицины, является *общей* терапией для всех их. Поэтому крайне важно, чтобы в нашей медицинской литературе появилось полное, охватывающее все специальности медицины, настольное для врачей руководство-справочник по физиотерапии, понимая последнюю в самом широком смысле слова. Такой именно план с полным охватом общей и частной физиотерапии и наметили себе проф. Бруштейн и его 7 сотрудников-соавторов. Особую ценность, при этом, будет иметь такое руководство, которое будет основано на длительном научно-экспериментальном и клиническом опыте, проверке проблем физиотерапии на большом материале. Этот именно путь и избрали соавторы реферируемого руководства, основываясь на 10-летнем опыте Гос. Ленингр. Физиотер. Института, как о том говорит в предисловии проф. Бруштейн. Изучая содержание и самое изложение только что выпшедшего первого тома руководства с точки зрения указанных требований, можно убедиться, что они вполне соблюдены авторами, сообщаящими полные, ясно изложенные научно-учебные знания освещенных здесь проблем и отделов физиотерапии. Разбираемый том охватывает физическую часть механотерапии, фототерапии, электро-терапии и электродиагностики. Следующий том должен изложить остальные отделы *общей* физиотерапии, а дальнейшие будут посвящены изложению *частной* физио-

терапии, т. е. физиотерапии при внутренних, нервных и пр. заболеваниях. При хорошей внешности издания, разбираемый том руководства содержит громадное число рисунков и схем в тексте. Текст руководства снабжен, кроме того, литературными ссылками, а в приложении даны систематические указатели. Все сказанное дает право думать, что в полном виде руководство проф. Бруштейна и его сотрудников будет чрезвычайно полезным пособием для изучения физиотерапии. Проф. А. А. Сухов (Ленинград).

В. М. Курзон. *Охрана материнства и младенчества в СССР*. 2-ое изд. Самара. 1928. 176 стр. Ц. 2 р.

По поводу первого издания книги д-ра Курзона мы уже обращали внимание читателей («К. М. Ж.», 1927, № 6—7) на достоинства этого руководства. Во 2-ом издании почти все главы пополнены новыми данными, в частности несколько расширен отдел, в котором описывается организация учреждений для детей и который был слишком краток в 1-м издании. В настоящем своем виде книга д-ра К. еще в большей мере, чем в 1-м издании, удовлетворяет требованиям, которые можно предъявлять к краткому руководству по охране материнства и младенчества. Профессор Ленский.

Alban Köhler. *Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde*. 5 изд. G. Thieme. Лейпциг. 1928. 582+ХП, 324 рис. и рентг. Цена 36 мар.

Известный рентгенологам труд Köhler'a, являющийся настоящей сокровищницей рентгенодиагностики, выходит 5-м исправленным и расширенным изданием. Автор и теперь не придал своей книге характера учебника, — она представляет скорее превосходный, точный справочник на основании богатейшего материала Висбаденского рентгенодиагноста. Этим, однако, не исчерпывается ее значение, — книга К. является, вместе с тем, вдохновительницей для целого ряда научных исследований, ибо в ней затронуты все наиболее интересные вопросы рентгенодиагностики. Особенно широко представлена рентгенология скелета — специальность автора. Около 300 стр. и 190 рис. посвящены норме, вариантам и картинам, стоящим на границе нормы и патологии. Поучительны и в техническом отношении прекрасны рентгенограммы автора, полученные им отчасти еще 20 лет тому назад помощью старомодного трансформатора с выпрямителем и газовых трубок. Приходится сожалеть, что в книге сознательно не представлены новейшие методы контраста: исследование рельефа желудка и кишек, бронхо-пиело-, энцефало-миело-, холецисто-графия и др. Автор объясняет это тем, что границы нормы еще не определились этими методами. Ясный язык автора, утонченные рисунки и удачные рентгенограммы привлекут к книге как молодых, так и опытных рентгенологов. Было бы благодарною задачей перевести труд К. на русский язык.

Пр.-доц. Р. Я. Гасуль.

Т. Д. Эпштейн. *Правовое положение и судебная ответственность врачей*. Казань. 1927. 105 стр. Цена 90 коп.

В корне изменив существовавшие у нас ранее социальные отношения, революция внесла радикальные изменения и в положение представителей врачебной профессии. Наиболее важным из этих изменений является, бесспорно, уничтожение земской медицины и насаждение на ее месте современной участковой медицины. В виду сравнительной незначительности времени, которое протекло от начала революционного строительства, — естественно, нормы, регулирующие новое положение врача, не успели у нас внедриться в сознание ни самих врачей, ни общества, ни — зачастую — даже представителей власти. Отсюда — высокая практическая ценность попытки д-ра Э. обрисовать современное правовое положение врача в РСФСР.

В своей книжке автор, отметив сначала некоторые особенности врачебной профессии с точки зрения ее правовой регламентации в современном обществе и бегло коснувшись прав и обязанностей врачей в нашем дореволюционном законодательстве, останавливается затем на положениях, определяющих профессиональную работу и права врачей в советском законодательстве, обозревает мероприятия по обеспечению участковой сети квалифицированным медицинским персоналом, разбирает некоторые специальные права врачей, касается жгучих вопросов о частной врачебной практике и о врачебной тайне, посвящает отдельную главу нарушениям прав врачей и защите медперсонала со стороны общества и государства, затрагивает роль прессы в защите врачей и, наконец, останавливается на обширном вопросе о судебной ответственности врачей.

Рентген дал диффузное помутнение левой верхушки и левого верхнего поля; на границе среднего поля—диффузное интенсивное помутнение, переходящее в резко очерченную тень, занимающую все среднее поле: нижние поля свободны от инфильтратов. Распознан абсцесс легкого, и больной переведен в Рино-ларинго-отитрическую клинику, где ему было сделано проф. В. К. Трутневым несколько сеансов бронхоскопии. После того общее состояние больного значительно улучшилось,—увеличился вес, уменьшилось количество мокроты, и выравнялась температура. Повторная рентгеноскопия обнаружила у больного окруженную плотной стенкой полость в верхнем левом поле, содержащую некоторое количество жидкости и много воздуха. Врач-терапевт при объективном обследовании больного констатировал появление скудных средне-пузырчатых хрипов над левой ключицей и значительное улучшение объективных данных в смысле уменьшения инфильтрата. Целью данной демонстрации было указать на громадное значение бронхоскопии, как самостоятельного лечебного метода (впервые применяемого в Казани), при помощи которого можно, не подвергая жизнь больного опасности тяжелой операции (пневмотомия)—если не вылечить его, то во всяком случае ускорить процесс его выздоровления. Достигается это путем чисто-механического удаления через трубку бронхоскопа скопившегося в бронхах гнояного секрета, а также раздражением слизистой оболочки бронхов, благодаря чему усиливается приток крови к данному участку, и улучшается вентиляция его.—В прениях по докладу участвовали д-ра Вольфсон, Яхонтов, Токман и Голанд.

Д-р М. С. Груздкова сообщила о случае *хорджотмии*, произведенной по поводу паралича *m. postici laryngis*, развившегося 2 года назад. При малейшем набухании связок у больного появлялись приступы удушья, и он постоянно находился под угрозой смерти. Истинные голосовые связки были удалены проф. Трутневым при помощи ларинго-фиссуры.—Прения: д-ра Токман и Яхонтов.

Д-р Матвеев: *Случай полного восстановления зрения после операции на Highmoro'вой полости*. Больная 40 лет, с предположительным диагнозом невропатолога *sclerosis disseminata*, в течение нескольких месяцев не встававшая с постели, вследствие хорио-ретины почти совершенно утратила зрение,—она могла различать лишь движение руки. Когда же ей была сделана операция на обеих Highmoro'вых полостях, то уже через 4 дня после операции зрение на правой стороне поднялось у ней до 1, на левой—до 0,1.—По поводу этого доклада высказалась д-р Аврутова.

Д-р Н. Д. Бувев описал редкий случай *острой аневризмы внутренней сонной артерии, развившейся в результате флегмонозного воспаления околоминдаловидной клетчатки*. Случай этот имел летальный исход вследствие кровотечения.—В прениях по докладу приняли участие проф. Трутнев и д-ра Яхонтов и Матвеев.

Заседание 8-е 13/1.

Д-р В. А. Чудносоветов: *Случай абсцесса легкого, леченного трахеобронхоскопией*. Больному, поступившему из Терапевтической клиники с диагнозом абсцесса легкого, была сделана трахеобронхоскопия, причем с левой стороны, непосредственно за бифуркацией, обнаружено выпячивание; в дальнейшем здесь вскрылся гнойник нижней доли легкого. Гной удален отсасыванием и тампонами, что повторялось потом несколько раз. В результате этих манипуляций наступили значительное улучшение общего состояния, увеличение веса, уменьшение количества мокроты и т. д.—В прениях приняли участие проф. Глушков и Трутнев и д-ра Домрачев и Алексеева.

Д-р Н. М. Лопатина продемонстрировала больного с законченным лечением *стенной гортани после перенесенного сыпного тифа*. Остановившаяся на методах лечения хронического сужения гортани, докладчица подробно описала радикальный кровавый метод лечения—ларингостомию с точным описанием технических приемов, применяемых в Клинике болезней носа, горла и ушей Казанского Университета.

Д-р П. Ф. Евстифеев: *Лечение пульпитов по способу Безредки*. Докладчиком было проведено на 11 больных с пульпитами лечение стафилококковым антивирусом. Каждому больному было проделано 4—6 ежедневных сеансов. Боли во всех случаях исчезали, в среднем через 2 сеанса. У 3 больных со стафилококковым заражением результат получился хороший (исчезновение самих микробов, сохранение пульпы живой), в остальных случаях, с заражением стрептококковым или смешанным, сохранить пульпу живой не удалось.—В прениях участво-



вали профф. Глушков и Трутнев и д-ра Токман, Вольфсон, Домрачев и Федоров.

Зуб, врач Е. А. Домрачева: *К вопросу о дезинфекции корней гангренозных зубов.* Путем бактериологических исследований докладчицей было проверено действие слабых и крепких растворов карболовой кислоты на флору канала корня гангренозного зуба, причем оказалось, что ни от первых, ни от вторых растворов полной стерильности не получалось. От крепких растворов наблюдалось раздражение периодонта, от слабых раздражения не получалось. Таким образом слабым растворам следует отдавать предпочтение.—Прения: профф. Глушков и Трутнев и д-р Сызганов.

Д-р В. Н. Лебедевский: *Случай otitis mucosa.* Otitis mucosa представляет из себя клинически обособленную форму отита, выражающуюся в слабых явлениях со стороны барабанной перепонки и среднего уха и тяжелом разрушении сосцевидного отростка. Возбудитель—*streptococcus mucosus*. Докладчик описал случай этой болезни, наблюдавшийся им в Казанском Военном Госпитале. После антротомии рана была зашита. Получилось заживление первичным натяжением.—По поводу доклада сделали замечания проф. Трутнев и д-ра Яхонтов, Токман, Чудносоветов и Матвеев.

В административной части заседания были произведены выборы президиума секции, причем председателем был избран проф. В. К. Трутнев, товарищем председателя проф. П. А. Глушков и секретарями д-ра Д. Н. Матвеев, П. М. Утробин и С. П. Яхонтов.

Секретарь С. Яхонтов.

Заседание 9-е.

Д-р В. А. Чудносоветов: *Инородные тела наружного слухового прохода* (по данным амбулаторий клиник болезней носа, горла и ушей Гос. Университета и Института для усовершенствования врачей в г. Казани за 1926-27 уч. год). Доклад напечатан полностью в № 4 «К. М. Ж.» за тек. год.—В прениях по докладу участвовали проф. Глушков и д-р Яхонтов.

Д-р П. М. Утробин: *Два случая остеондных фибросарком Ногловой полости.* Докладчик, указав на разнообразие и богатство хирургической патологии полости рта и жевательного аппарата, сообщил о двух случаях остеондных фибросарком Ногловой полости с описанием микроскопических препаратов и демонстрацией их и опухолей. Первый случай, вопреки клинической картине, дававшей определенное представление об опухоли типа саркомы, микроскопически первоначально был диагностирован, как клеточковая об известившаяся фиброма с характером доброкачественности. Такая ошибочная диагностика была сделана благодаря тому, что по гистологической структуре клеточковые фибромы стоят на грани перехода к фибросаркомам. После операции в этом случае имел место быстрый рецидив, заставивший подвергнуть опухоль новому исследованию, причем правильный диагноз был поставлен лишь по срезу из кусочка, взятого из середины удаленной опухоли. Второй случай, правильно и своевременно диагностированный, как остеондная фибросаркома, был оперирован с тотальной резекцией пораженной челюсти по способу Urber-Diefenbach'a. Взамен удаленной челюсти был устроен каучуковый протез с зубами, давший функциональный и косметический результаты. По литературным данным (Малютин, Кобылинский, Сендзяк, Manasse, Neumann, Цытович, Martens и др.) описанное заболевание относится к редким процессам, а по величине удаленных опухолей были одними из самых крупных фибросарком, описанных до настоящего времени. В отношении терапии докладчик рекомендует помнить совет Kuhn'a—производить при злокачественных образованиях верхней челюсти тотальную резекцию ее с тщательной препаровкой в окружающих тканях. В новейшее время некоторые хирурги (Norman, Paterson в Лондоне, Nagelsch в Берлине и Holmgren Junna в Стокгольме) будто бы с большим успехом применяют при злокачественных новообразованиях верхней челюсти хирургическую диатермию, т. е. тщательную электрокоагуляцию пораженного участка, самого образования и соседних здоровых тканей с одновременной тотальной резекцией челюсти.—Прения: профф. Глушков и Трутнев, д-р Матвеев.

Д-р Вольфсон и проф. В. К. Трутнев демонстрировали случай *мастоидита, осложненного присутствием b. Vincent'a.* На основании приведенной истории болезни и ряда других подобных случаев, наблюдавшихся в Казанских клиниках, докладчики указывают, что мастоидит, осложненный *b. Vincent'a*, характеризуется целым рядом клинических признаков, а потому данная



форма его должна быть выделена в самостоятельную форму. Хирургический способ лечения этой формы мастоидита не дает клинического излечения, и задачей клинициста является найти способы рационального лечения подобных осложненных мастоидитов.—Доклад вызвал прения, в которых приняли участие проф. Глушков и Трутнев и д-ра Болдин, Евстифеев и Матвеев.

Д-р Матвеев: *К вопросу о местоположении antrum mastoideum.* После описания топографии antrum mastoideum согласно данным анатомии и клиницист докладчик продемонстрировал 3 препарата височной кости, в которых antrum занимал необычное положение—не сзади, а впереди от spina supra meatum. В этих случаях задняя стенка слухового прохода принимает пологое направление впереди. Одной из причин отодвигания antrum впереди служит предлежащее sinus sigmoidus. Необычное положение antrum'a в значительной степени может затруднить ход операции и в некоторых случаях вынудить частично сносить заднюю стенку слухового прохода. Одним из ориентировочных моментов отодвигания antrum'a впереди может быть положение задней стенки слухового прохода.—По поводу доклада сделал замечания проф. Глушков.

Секретарь д-р Матвеев.

### Гигиеническая секция.

Заседание 3/IV.

Д-р А. Н. Анисимов сообщил об итогах созвещения при Н. К. Т. Р. С. Ф. С. Р. по вопросу о научно-исследовательской работе санитарной инспекции. Совещание, состоявшее из представителей губотделов труда, лабораторий и научно-исследовательских институтов гигиены труда, бывшее 17-19 марта в Москве, прошло под знаком усиления внимания к вопросам научно-исследовательской работы санитарной инспекции, направленной к объективному выяснению вредностей промышленного труда и научному обоснованию правильности и целесообразности практических мероприятий по оздоровлению последнего. План научно-исследовательской работы будет составляться особым совещанием при отделе Охраны труда Н. К. Т. Р. С. Ф. С. Р. из представителей научно-исследовательских институтов по охране труда и старших санитарных инспекторов губотделов труда. В план, помимо обычного изучения санитарно-технических условий труда, войдут: 1) изучение эффективности оздоровительных мероприятий, особенно в области вентиляции и рационализации; 2) изучение причин промышленного травматизма и меры борьбы с ним; 3) изучение причин профотравлений и меры борьбы с ними; 4) изучение влияния перехода на 7-часовой рабочий день на заболеваемость, утомляемость рабочих и производительность труда. Прошедшее совещание явилось гранью, за которой открывается новый путь работы санитарной инспекции,—путь научно-исследовательской работы, ведущей к радикальному оздоровлению условий труда.—С вопросами и замечаниями по докладу выступили д-ра Шварц, Смирнов, Лось, Толстов и проф. Милославский.

Заседание 4/V.

Д-р Л. З. Веснин: *Обследование санитарного состояния жилищ по заявлениям граждан г. Казани.* Всего обследовано 1427 жилищ. Громадное число их в санитарном отношении оказалось неудовлетворительным. В особенности выделялись антисанитарным состоянием подвальные и полуподвальные этажи.—В прениях по докладу приняли участие д-ра Сигалевич, Мехоношин и проф. Милославский.

Д-р М. О. Козьмин: *Санитарное состояние мастерских ст. Юдино, Московско-Казанской ж. д.* Из 12 обследованных докладчиком цехов наиболее тяжелой является обстановка труда в паровозных депо: низкая температура, высокая влажность (до 100%), пронизывающие сквозняки. Вентиляция примитивная, а между тем от паровозов и керосиновых коптилок образуется и постоянно носится в воздухе большое количество сажи. Освещение дневное и ночное также значительно ниже минимальных норм.—С замечаниями по докладу выступили д-р Чернцов и проф. Милославский.

Секретарь Л. Лось.

### Общество Невропатологов и Психиатров при Казанском Университете.

Заседание 30/XI 1927 г.

П. А. Бадюль, А. М. Миропольская и М. П. Андреев: *Синимизм у здоровых людей в связи с моторной одаренностью и типами телосложения.* Авторы исследовали содружественные движения у молодых здоровых

людей одного возраста (у красноармейцев) в связи с моторной одаренностью и телосложением. С этой целью была применена графическая запись синкинезии по методу д-ра Н. П. Русецкого (К вопросу о содружественных движениях. 1925). Степень выраженности синкинезии оценивалась по пятибалльной системе. Моторная одаренность исследовалась по 14 тестам, заимствованным из метрической скалы д-ра Озерского. Тесты касались исследования статической и динамической координации, быстроты установившихся движений, моторной меткости и сложных волевых движений; оценивались они тоже по пятибалльной системе. Телосложение изучалось применительно к типам Kretschmer'a с помощью измерительной и описательной методики (М. П. Андреев. Взаимоотношения психического склада и телосложения. 1927). На основании исследования 69 красноармейцев авторы пришли к следующему выводу: количественная оценка степени выраженности синкинезии и суммарная оценка моторной одаренности, будучи параллельными между собой, обнаруживают определенную связь с типами телосложения, причем наивысшая оценка имеет место у мускулярных, наименьшая — у диспластиков. В прениях по докладу приняли участие профф. Юдин, Фаворский, Красников и д-ра Жилин, Русецкий и Андреев.

Д-р Н. П. Русецкий: *О влиянии серных ванн на мышечную гипертонию.* — Прения: профф. Фаворский и Клячкин, д-ра Клячкин, Ворошилов, Кочергин.

Заседание 25/I, посвященное памяти В. М. Бехтерева.

Проф. А. В. Фаворский: *Памяти В. М. Бехтерева.* 24 декабря прошлого года на 70-м году жизни скончался от паралича сердца академик Владимир Михайлович Бехтерев. Не стало патриарха русской неврологии, не стало деятельнейшего представителя русской неврологической мысли, не стало последнего из товарищеской группы, объединенной одновременной работой у великих учителей Запада, — Бехтерева, Рота и Даркшевича. Еще за 3 дня до смерти мы видели его принимавшим живое участие в делах Неврологического Съезда в Москве, председателем которого он был избран единогласно. Нам, казанским неврологам, В. М. был особенно близок. Уроженец Елабужского уезда, в 1886 г. он был выбран профессором нервных и душевных болезней Казанского Университета. Здесь он принимал энергичное участие в организации нашего общества, став его учредителем и первым, единогласно избранным в 1892 г., председателем. В. М. дорог нам и тем, что, благодаря его всекому слову, был приглашен и назначен на кафедру нервных болезней после смерти проф. Д. А. Сколосубова его товарищ и наш учитель и основоположник нашей школы, покойный проф. Л. О. Даркшевич. Энергия и работоспособность В. М. были беспримерны. Не было, кажется, вопроса в его специальности и в общественной жизни, на который бы он не откликнулся так или иначе. Количество его научных работ доходит до 600. Он дал России свыше 5000 учеников. Многие из них теперь занимают кафедры и заграницей (Шуссен в Эстонии, Владычко в Литве). Трудно охватить его многогранную научную и общественную деятельность, — это лучше сделают его ученики. Я же скажу только, что среди многочисленных учреждений, обязанных своим возникновением его инициативе и энергии, особого внимания заслуживает Психо-Неврологический Институт в Ленинграде, который после Октябрьской революции был преобразован в Государственный Институт Медицинских Знаний. Несмотря на свой преклонный возраст, В. М. не переставал работать в области своей специальности до последнего момента своей жизни. Еще за 3 дня до смерти он сделал в алкогольной секции Съезда доклад о массовом лечении алкоголизма. В прямом смысле слова он умер на своем посту... Мир праху твоему, дорогой товарищ и неустанный работник!

Проф. А. В. Фаворский: *В. М. Бехтерев, как невропатолог.* До революции 1917 года в русских университетах и Военно-медицинской Академии существовали смешанные кафедры неврологии, т. е. и психиатрии, и невропатологии, и только в Москве и Казани существовали чистые невропатологическая и психиатрическая школы, чему немало, между прочим, завидовали тогда в Германии. Представителем смешанной школы был и В. М. Бехтерев. Но, как всегда это бывало, при обширности каждой из объединенных кафедрой дисциплин, невозможно было одновременно углубленно работать в обеих вместе, и руководитель кафедры обычно склонялся больше или в ту, или в другую сторону. То же случилось и с В. М. По переводу его из Казани в Петербург, в Военно-Медицинскую Академию (в 1893 году), его симпатии явно склоняются в сторону невропатологии.

Получив очень солидное теоретическое образование у мировых педагогов—немецких невропатологов Westphal'я, Mendel'я, Flexig'a и др., В. М. уже в начале своей деятельности много занимается анатомией и физиологией нервной системы. Номера „Neurologisches Centralblatt“ того времени пестрят именами Бехтерева и его соратника Даркшевича. Вскоре влияние и авторитет В. М. в Петербурге настолько возросли, что он получает от министра финансов Витте 800 т. р. на постройку новой клиники нервных и душевных болезней. Новая клиника, прекрасно обставленная, привлекает огромное количество учеников-врачей. Школа Мержесевского, его предшественника, растет и крепнет и достигает при В. М. полного расцвета и славы далеко за пределами России. Целый ряд солидных работ его учеников позволяет В. М. выпустить в свет первый его крупный труд в 2 томах „Проводящие пути спинного и головного мозга“, переведенный на немецкий и французский языки, завоевавший ему почетное место среди мировых невропатологов и сделавшейся настольною книгою всех русских невропатологов. Позднее выходит еще более крупный его труд в 5 томах „Учение о функциях мозга“, где во всей полноте исчерпаны вопросы о функциях отдельных частей мозга, причем учение главным образом базируется на работах учеников его школы. Ему принадлежит открытие особых ядер, названных его именем, ему же обязаны своим первым описанием и некоторые проводящие пути. Анатомо-физиологическое направление полученного за-границей образования плодотворно отразилось на клинических работах В. М. и его учеников. Будучи тонким наблюдателем, он талантливо пользовался своими анатомо-физиологическими знаниями в клинике и был очень серьезным клиницистом. Он одновременно и независимо от Mendel'я описал впервые тыльный патологический рефлекс и рефлекс веера, имеющие огромное значение в клинике нервных болезней. Он описал впервые болезненную форму, носящую название «одеревенелость позвоночника Бехтерева». Впоследствии, когда появились первые работы И. П. Павлова об условных рефлексах, его анатомо-физиологическое мышление натолкнуло его, первого из невропатологов, на всю важность этого учения, и он перенес это учение в клинику и подробно разработал его в применении к человеку, назвав эти рефлексы „двигательно-сочетательными рефлексами“. В своем интересном научном споре с И. П. Павловым относительно локализации в мозговых полушариях он был в значительной степени прав, требуя изучения проводящих путей при физиологическом эксперименте. Изучение „двигательно-сочетательных рефлексов“ послужило для него впоследствии базой для его „Рефлексологии“. И здесь его анатомо-физиологическое мышление естественно толкало его к материалистическому пониманию психических явлений,—к сложным рефлексам. Отсюда у него зародилась мысль об учреждении Педологического Института, где изучение развития ребенка ставилось на правильные рельсы рефлексологии. На крайне разносторонней и углубленной ученой работе В. М. мы видим, какое огромное значение имеет для невропатолога анатомо-физиологическое образование. Оно сыграло громадную роль в точности и авторитетности его ученых трудов. Его заслуги перед невропатологией громадны. Его имя будет существовать до тех пор, пока существует учение о центральной нервной системе, мимо его имени не пройдет ни одно поколение медиков.

Проф. Т. П. Юдин: *В. М. Бехтерев, как рефлексолог.* Одной из важнейших заслуг В. М. Бехтерева является создание им рефлексологической школы. Его рефлексология родилась как „объективная психология“. Если учение об условных рефлексах И. П. Павлова является учением чисто-физиологическим, то рефлексология В. М. Бехтерева имеет био-социальный характер. В своей «Рефлексологии» В. М. Бехтерев, в отличие от И. П. Павлова, дает не отдельные исследования отдельных проблем, а создает целую психосоциальную философскую систему. Нередко В. М. упрекали в философской невыдержанности и эклектизме, но широта, универсализм его миросозерцания, поражающая многосторонность эрудиции, составляя выдающуюся особенность В. М., содействовали широкому распространению самого понятия рефлексологии и обеспечивали самое всестороннее обсуждение проблемы. Секретарь *В. Воронинков.*

### *Общество Рентгенологов и Радиологов в Казани.*

Заседание 1-е 26/IV.

Проф. Р. А. Лурья в своем вступительном слове отметил, что новое общество призвано объединять научных работников, посвятивших себя изучению действия рентгеновых и радиовых лучей на патологические процессы и применения

их прежде всего с диагностической целью. В этой новой дисциплине, особенно в рентгенодиагностике, рентгенолог не должен отрываться от клиники, без которой его на каждом шагу ожидают сциллы и харибды. Другую цель общества проф. Л. видит в ознакомлении широких масс практических врачей с основами рентгенологии и трудящегося населения—с теми вопросами у постели больного, разрешения которых можно ожидать от рентгеновского метода.

Пр.-доц. Р. Я. Гасуль: *К истории развития рентгенологии в России.* Успехи рентгенологии были тесно связаны с успехами физики, техники и производства. В царское время этих предпосылок не было, и рентгенология в России развивалась или, вернее, прививалась очень медленно. Вплоть до Октябрьской революции в России были единичные рентгенологи, но не было рентгенологии. Лишь Советская власть дала широчайшие возможности развить рентгенологию в самостоятельную дисциплину на основе научного методического изучения физических и биологических свойств рентгеновых лучей, их диагностического и терапевтического применения. Организация рентгенологических институтов в Ленинграде, Москве, Харькове, Киеве и Одессе, основание специального журнала «Вестник Рентгенологии», учреждение кафедр рентгенологии в перечисленных городах и в Казани, наконец, все более развивающееся и улучшающееся производство собственных трубок и рентгеновских установок поставили нашу рентгенологию по качеству на одну высоту с западно-европейской. Ежегодные многолюдные всесоюзные съезды рентгенологов лучше всего свидетельствуют о большом сдвиге в развитии рентгенологии у нас. Интерес, проявляемый широкими врачебными массами и трудящимся населением к этой дисциплине, является лучшим залогом ее дальнейших успехов.

Проф. В. С. Груздев, отметив бесспорные заслуги рентгенологии в диагностике и терапии болезней, указал на преимущественное значение радия в лечении раковых заболеваний вообще и раков женской половой сферы в частности. Поэтому проф. Г. выразил пожелание, чтобы новое общество уделяло подобающее внимание и радиологии.

Проф. М. Н. Чебоксаров приветствовал новое общество от лица Медицинского Факультета Казанского Университета, после чего было заслушано приветствие Татнаркомздрава.

Д-ра Л. Н. Кревер и Н. Фишман: *К вопросу об изображении сосудов и желчных путей печени.* Докладчики пользовались эмульсией контрастной массы при наливке сосудов и желчных путей экстирпированной печени и получили очень instructивные изображения самых тонких разветвлений сосудов и желчных протоков, каковые изображения и были демонстрированы собранию. — В прениях по докладу выступили проф. Чебоксаров и Фридланд и пр.-доц. Гасуль.

Д-р М. П. Гольдштейн демонстрировал рентгенограммы: 1) *случайно обнаруженного раннего инфильтрата* в среднем поле правого легкого у молодого студента (жившего с недавно умершим от тbc товарищем); на рентгенограмме обнаружился инфильтрат величиной с малое яблоко в начальной стадии распада при свободных остальных легочных полях; в мокроте оказались бациллы при отсутствии клинической картины тbc; 2) *об известлении плевры* и 3) *онокоза желудка формалином*. — В прениях участвовали проф. Р. Лурья и пр.-доц. Гасуль.

## Научные Конференции врачей тbc учреждений г. Казани.

Заседание 5-е.

Д-р М. П. Ойфебах: *Тbc десны, леченный ультрафиолетовыми лучами.*

Он же демонстрировал больного с обширным тbc поражением языка, губ и десен. — В прениях д-р Захаров привел 3 случая тbc поражения слизистой мягкого и 1 случай—твердого неба, причем последний осложнился перфорацией. Д-р Кулагин напомнил об одном случае тbc мягкого неба, где в мазке были обнаружены Косчовские палочки. Проф. Гориев, интересуясь реакцией организма на применение лучистой энергии у этих больных, рекомендовал для проверки пользоваться подробными исследованиями крови (гемограмма) и реакцией оседания до и во время лечения. Прив.-доц. Гасуль и д-р Клячкин дополнили вопрос о применении лучистой энергии (рентгеновских и ультрафиолетовых лучей) в случаях тbc поражений слизистой полости рта. Проф. Вольтер и д-р Мاستбаум присоединились к выводу докладчика, что в первом случае он имел больного в периоде гематогенной диссеминации тbc процесса.

Д-р М. И. Мастбаум: *Новые взгляды в развитии легочной чахотки взрослых*. Докладчик остановился на последних работах Assmann'a, Roedekeга и Bakmeister'a и привел 3 случая, в качестве иллюстрации значения подключичных инфильтратов в понимании развития легочной чахотки взрослых.— Доклад вызвал оживленные прения, в которых приняли участие проф. Вольтер и д-ра Гасуль, Дезидериев, Захаров, Кревер и Кулагин, отметившие практическую важность и интерес приведенных данных. Следует, однако, быть очень осторожным и неслишком расширять понятие о подключичных инфильтратах, строго ограничиваясь представлениями об них, данными Assmann'ом и Roedekeг'ом.

Заседание 20/1.

Д-ра Н. М. Захаров и Н. Н. Благовещенский: *Материалы к изучению штамма BCG*. По поручению Экспериментальной Комиссии докладчики, под руководством профф. Аристовского и Васильева, работали со штаммом BCG II, полученным из Контрольного Института сыв. и вакц. Опыты проводились на 6 телатах и 40 свинках, на анатогенность и вакцинирующие свойства животных, убитых в сроки от одной недели до 7 месяцев после вакцинации, подтвердило данные, полученные Calmette'ом и др. Особенное благоприятное течение тbc наблюдалось у предварительно вакцинированных телат (3) после их заражения штаммом Vallée. К 7-ому месяцу в организме и тканях специфических тbc изменений уже не отмечалось. Дальнейшее изучение этого вопроса и в настоящее время производится докладчиками.—В прениях проф. Лепский указал, что скептическое отношение некоторых клиницистов к прививкам BCG оправдывается тем, что при заражении Calmette'овским штаммом все же появляется тbc ткань, и неизвестно, как она в дальнейшем будет себя вести. Поэтому небезынтересно изучение вакцинирующего действия убитой тbc палочки по Langer'y, каковое действие изучается д-ром Макаровым. Д-р Макаров отметил, что клинические материалы для суждения о результатах прививки Langer'овской вакцины еще недостаточны. Нужно упомянуть, что у морских свинок наблюдается при этом развитие соединительной ткани. Свинки, по меткому выражению проф. Болы, „погибают с честью, доблестно сопротивляясь“. Проф. Вольтер и д-ра Дезидериев и Аксянцев остановились на необходимости дальнейшего продолжения экспериментальных работ и прививок новорожденным. Особый интерес представляют данные, полученные по вопросу о времени наступления и окончания иммунитета у вакцинированных животных, прослеженного на основании патолого-гистологических исследований.

Д-р П. В. Дезидериев: *Смертность от тbc в раннем детском возрасте в Казани и вакцинация по Calmette'y*. Путем изучения материала ЗАГС'а и обследования всех семей бациллоделителей сестрами-исследовательницами удалось установить, что смертность для возраста до года для всей Казани равна 92 (1924 г.) и 71 (1927 г.), а от 1 до 4 лет—40 (1924 г.) и 46 (1927 г.) на 10 тыс. населения. Из 1963 умерших за 4 года в возрасте от 0 до 4 лет погибло от всех форм тbc около 20%. Предпринятое специальное обследование бациллярных больных (250 анкет) выявило, что смертность детей до года приблизительно равна 25%. Проводимая в Казани с февраля 1927 г. вакцинация новорожденных детей по Calmette'y произведена у 36 детей (18 русских и 18 татар) при населении в 130 тысяч. Трое детей достигли почти годового возраста. Умерло трое ребят, из них двое от гастроэнтерита и один от цереброспинального менингита. Остальные дети здоровы и развиваются почти нормально.—В прениях по докладу профф. Вольтер, Горьев и Лепский отметили высокую смертность детей раннего возраста по г. Казани, что объясняется отчасти эпидемиями тяжелой пневмонии, кори и гриппа.

В административной части заседания постановлено просить проф. Вольтера войти с ходатайством в Президиум Общества Врачей при Каз. Университете об организации секции по изучению тbc в г. Казани.

Заседание 27/1.

Д-ра Ю. В. Макаров и В. М. Федоров: *О вакцинации по Langer'y*. Вакцинации этой были подвергнуты 22 ребенка, находящиеся в Доме Младенца, в том числе 14—в возрасте до года и 7—от 1 до 2 лет. Прослежено в течение года 16 детей, из которых у 9 через 2—2½ мес. появилась положительная туберкулиновая реакция. Чувствительность к туберкулину держалась у некоторых детей

до конца наблюдения (12 мес.), а у части детей наблюдалось ослабление интенсивности реакции через  $2\frac{1}{2}$ —4 мес. Поставленные на свинках эксперименты с целью сравнения туберкулиновой реакции у вакцинированных по Langer'у и туберкулезных показали, что ни клиническое течение реакции, ни длительность аллергии, ни гистологическое строение туберкулиновой папулы не дают прочной опоры для отличия одной от другой. Эффект вакцинации выражается и изменением реакции на интрадермальное введение одного и того же неспецифического раздражителя (coli-вакцины), что может быть уловлено гистологическими исследованиями coli-папул до и после вакцинации. Зараженные штаммом Vaillée вакцинированные морские свинки, как и контрольные, пали от тяжелого генерализованного тбс, но при микроскопическом исследовании органов оказалось, что у вакцинированных более, чем у контрольных, выражен продуктивный характер тбс процесса (фиброз, гиалинизация).—В прениях проф. Лепский указал на некоторые преимущества вакцины Langer'a перед Calmette'овской: во-первых, вакцина готовится по Langer'у из убитых тбс палочек, во-вторых, вакцинация необязательна в течение первой недели, а возможна в более поздний срок, что технически гораздо легче. Д-р Аксянцев указал, что теоретические обоснования Langer'a не выдержаны, и что одна туберкулезная реакция вряд ли может быть критерием вакцинирующего действия.

Д-ра Кревер и Максудов демонстрировали *больных с бронхоэктазиями*.

Заседание 24/II.

Д-р Кокушина демонстрировала случай *распространенного тбс процесса у ребенка 3½ лет*.

Д-р Марченко демонстрировал 3 *больных с различными формами тбс процесса*.

Д-р Аксянцев демонстрировал *больного с бронхоэктазиями*.

Д-р Аксянцев: *Характеристика деятельности тбс больницы ТНКЗ*.

За 2 года через больницу прошло около 1,000 случаев, из них 250 диагностических. У 5—в более старых. Чаще он наблюдался справа, главным образом в возрасте от 20 до 40 лет. В 6 случаях экссудат был серозный, в 11—гнойный, а в 1 случае—экссудат не успел развиваться, и больной погиб в течение первых суток. Умерло 20.—После прений по этому докладу (д-ра Ойфебах и Дезидериев). Конференцией принято постановление о необходимости более широкой организации стационарных тбс коев в Казани и большего внимания к этому делу со стороны местных органов здравоохранения.

Заседание 10/III.

Д-р Н. М. Захаров: *Спонтанный пнеймоторакс по данным тбс больницы*. За  $2\frac{1}{2}$  года докладчик наблюдал 18 случаев этого рода, составляющих 1,2% всего числа тбс больных. У 13 пнеймоторакс наблюдался в острых случаях, у 5—в более старых. Чаще он наблюдался справа, главным образом в возрасте от 20 до 40 лет. В 6 случаях экссудат был серозный, в 11—гнойный, а в 1 случае—экссудат не успел развиваться, и больной погиб в течение первых суток. Умерло 16 человек, двое живы в течение  $1\frac{1}{2}$ —2 лет.—Прения: профф. Васильев, Горяев и Вольтер и д-ра Мастбаум и Ойфебах.

Д-р А. Н. Кревер: *Случай осложненного первичного комплекса с поражением лимфатических желез с перфорацией трахеи*.—По поводу доклада были сделаны разъяснения проф. Васильевым.

В административной части проф. Вольтер информировал о состоявшемся постановлении Президиума Общества Врачей об организации Туберкулезной секции. Конференцией единогласно избирается президиум секции в составе проф. Вольтера и д-ров Аксянцева, Дезидериева, Мастбаума и Ойфебаха.

Секретарь М. Ойфебах.

## Отчет о деятельности Пензенского Научного Медицинского Общества за 28-й год его существования.

За отчетный год (с 2/XI 1926 г. по 6/XII 1927 г.) О-во имело 14 очередных заседаний и 1 годовое. Докладов, сообщений и демонстраций больных и препаратов за год было сделано 49, а именно: Савков: 1) *О периартериальной симпатэтомии* (с демонстрацией больных), 2) *О шоке*, 3) *Результаты 700 операций*



по поводу язв желудка и 12-перстной кишки, 4) О хроническом аппендиците, 5) К казуистике извлечения инородных тел (монет и пр.) из пищевода, 6) Демонстрация больного с денудацией *a. femoralis* и с перевязкой *v. popliteae* по поводу спонтанной гангрены, 7) Демонстрация больной с редкой формой рака грудной железы, 8) Демонстрация больных, повторно оперированных по поводу каллезной язвы желудка и пептической язвы тонкой кишки, 9) О субнадфразгмальных нарывах, 10) К методу оперирования *anæ præternaturalis*. Соколов: 1) О спинномозговой анестезии, 2) Об аутопнотерании, 3) Демонстрация плода при межзачаточной внезачаточной беременности, 4) Демонстрация больной с раком грудной железы, оперированной под спинномозговой анестезией в области VI-VII шейных позвонков, 5) Демонстрация препарата беременной матки с раковым поражением шейки, 6) Демонстрация больной с трехлетней доброкачественной опухолью стенки живота. Глаголева: 1) О сифилисе лимфатических желез, 2) О результатах обследования семей сифилитиков в г. Пензе за 4 года, 3) Демонстрация больного с проказой, 4) Демонстрация немой больной с туберкулоподобным сифилидом правой стороны лица. Канкроев: 1) Общее впечатление о I Всесоюзном Съезде врачей в Москве в 1926 г., 2) Топографическая карта трахомы в Пензенской губ. Лебедев: 1) Демонстрация ребенка с обширным ангиоматозом правой половины лица, 2) Демонстрация ребенка с недостаточным развитием конечностей. Ельяшович: 1) Два случая дефекта вагины и восстановления ее при помощи заднепроходной кишки, 2) К вопросу об образовании искусственного влагалища. Ельяшович Л.: 1) Об инвагинации кишек по материалу Хирургического отделения Пензенской Губсовбольницы за 5 последних лет, 2) Случай рецидива пептической язвы 12-перстной кишки после гастроэнтеростомии. Забежинский: 1) Анализ питьевой воды в г. Пензе, 2) Некролог академика Л. А. Тарасевича. Александрова: О беременности в рудиментарном роге матки. Романов: Демонстрация плода с паразитной сакральной тератомой. Малкин: Краткий отчет о некоторых докладах на I Всесоюзном Съезде глазных врачей в Москве. Кузнецов: О поздних случаях внезачаточной беременности. Гриневич О: Случай орбитальной флегмоны (пневмококковая инфекция) с благоприятным исходом. Украинский: О некоторых антропологических особенностях черепа при регионарной анестезии. Агарев: Об организации кружков первой помощи. Кузьмина: Об опухоли Крукенберга. Ковалевский: О мероприятиях Пензенского Губздравотдела в области меднаблюдения. Студент-медик Иванов: Случай абдоминальной беременности с приращением последа к печени. Аншелев: Профилактика профвредностей. Козлова: О современной бактериологии. Божин: О молочной кухне. Бражас: Отчет о научной командировке по психиатрии и неврологии. Леонова-Попова: Об XVIII Хирургическом Съезде. Протопопов: О Хирургическом Съезде в Ленинграде в 1927 г. Сатурнов: О IV Съезде Педологов.

Председатель Н. М. Савков.  
Секретарь А. Л. Канкроев.

## Хроника.

133) В заседании Медфака Казанского У-та 11/V д-р М. П. Андреев, после прочтения второй пробной лекции, признан достойным звания приват-доцента психиатрии. Для своего курса д-р А. предполагает избрать душевные болезни детского возраста.

134) В № 8 „Вестника Совр. Медицины“ за тек. год появилось следующее сообщение: „НКЗ Татареспублики систематически задерживает выдачу заработной платы. По просьбе ЦК союза Всемерсантруд прокурор по трудовым делам при верховном суде РСФСР предложил помощнику прокурора по трудовым делам Татареспублики расследовать в срочном порядке, путем дознаний, истинные причины несвоевременной выплаты зарплат и привлечь виновных в этом лиц к законной ответственности“.

135) Согласно постановления Совнаркома РСФСР от 16/VIII 1926 для студентов-медиков устанавливается одна обязательная летняя практика за весь курс

обучения в медвузе. На практику эту направляются студенты, переходящие с IV на V курс. Срок летней практики устанавливается в 2 месяца. Во время пребывания на практике студенты получают содержание по ставкам, установленным для фельдшеров. Студенты Казанского Университета прикрепляются для летней практики к Татарскому НКЗ, Башкирскому НКЗ, Чувашскому НКЗ, Марийскому Облздраву, Ульяновскому Губздраву, Дорздраву Сам.-Златоуст. ж. д. и Волжскому Водздраву. Все студенты-практиканты обязаны не позднее 1/X дать вузу, где они состоят, отчет о проведенной ими практике в форме дневника.

136) Согласно распоряжению НКЗ РСФСР следующие болезни признаны абсолютно исключаящими направление больных на госкурорты: 1) кахексия, злокачественная анемия и лейкомия; 2) злокачественные новообразования; 3) душевные болезни; 4) резко выраженные формы психоневрозов с судорожными приступами, импульсивностью и резкой аффективностью, в том числе травматический невроз и тяжелая истерия; 5) эпилепсия; 6) спинная сухотка в стадии резкой атаксии; 7) свежие геморрагии и тромбозы мозга (раньше года со времени инсульта); 8) часто повторяющиеся обильные кровотечения и гемофилия; 9) все острые заболевания и инфекционные болезни; 10) декомпенсированные формы тбс легких; 11) резко выраженная декомпенсация сердца и почек; 12) резкий артериосклероз с значительным ослаблением функциональной деятельности сердечно-сосудистой системы, аневризмы аорты и др. крупных сосудов; 13) тяжелые формы диабета с значительно выраженным ацидозом, симптомами предкомаатозного состояния и резким истощением; 14) беременность, начиная с VII месяца (Вопр. Здравоохр., 1928, № 8).

137) Томский Институт для усов. врачей предполагает организовать курсы радио-лекций для врачей Сибири.

138) В Киеве с 19 по 23 мая тек. г. созывается V Всесоюзный Съезд Рентгенологов и Радиологов.

139) В Москве много шуму наделал случай с работницей Воронцовой, у которой в 1924 г., при производстве лапаротомии, был оставлен в брюшной полости пинцет. Случай этот был причиной появления чрезвычайно резкой и притом далеко не соответствующей действительности статьи в одной из местных газет. Эта статья, в свою очередь, вызвала появление в прессе коллективного заявления ряда крупных московских профессоров-хирургов, которые, протестуя против неправильного освещения данного случая, указывают, что сообщения в печати о деятельности врачей в подобном духе вряд-ли будут содействовать развитию нашей хирургии, а скорее наоборот.

140) В Сольском окр. (Сев. Кавказ) зверски убили бандитами молодой талантливый хирург д-р Путилин и завхоз больницы т. К т и т о р о в. Нападение было произведено на дороге. Бандиты остановили крестьянскую подводу, на которой ехали П. и К., раздели обоих догола, забрали имевшиеся у них 51 руб. денег и накиннули на шею ременные петли, затем, привязав ремни одним концом к бричке, сбросили П. и К. под колеса и тронули лошадей. Когда врач и завхоз были удушены, бандиты перерезали ремни и уехали.

141) В Иваново-Вознесенске убит во время приема зубной врач. Берлин. Мотивом убийства был отказ Берлина удалить больной зуб у убийцы в виду нетрезвого состояния последнего и отсутствия кокаина.

142) В Пахта-Арале (Узбекистан) убит старший врач местной больницы Я. И. Волчек. Причина убийства—месть за отказ врача сделать поправку в больничном листке.

143) Жел.-дорожный рабочий ст. Проходная (Сев.-Кавк. ж. д.) Матвеев пытался застрелить местного врача Богословского.

144) В Ульяновске недавно состоялось чествование одного из старейших местных врачей, Я. Е. Ш о с т а к а, по поводу 35-летия его врачебно-общественной деятельности.

145) 7/IV скончался в Москве директор Гос. Института переливания крови А. А. Богданов, после переливания ему 5 стаканов крови, взятой от молодого донора (студента). В прошлом у последнего было заболевание малярией, нов отношении гемагглютинации, как показало исследование, он принадлежал к той же группе, что и погибший Б.

145) Отечественная наука опять понесла ряд тяжелых утрат: 21/IV скончался известный бактериолог акад. В. Л. О м е л я н с к и й, а перед этим—один из



наиболее выдающихся наших гистологов, бывший профессор I Московского Университета П. Ф. Огнев.

147) Некоторые из русских профессоров-медиков, живущих за границей, получили предложение занять кафедры во вновь организуемом медицинском факультете в г. Асунсионе (Парагвай). Профессорское жалование в Асунсионе—300 долларов в месяц.

148) В С.-И. Америки внесен проект закона о премии в 5 милл. долларов за открытие действительного средства против рака.

## ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ.

16) а) Какая доза новокаина или солянокислого кокаина считается максимальной при инфильтрационной или регионарной анестезии?

б) Какой концентрации раствор этих веществ рекомендуется употреблять при лапаротомиях, грыжесечениях и операциях на прямой кишке?

в) Что лучше добавлять к новокаину для усиления его действия: sol. adrenalinі, K. sulfuricum, или Na bicarbonicum, и в каком количестве?

г) Наблюдалось ли вредное влияние от введения 1/2% раствора новокаина или солянокислого кокаина в количестве 150,0—200,0, и как часто?

*Подписчик № 1151.*

**Ответ:** В виду большой ядовитости кокаина применение его оставлено. Максимальной дозой новокаина при применении 1/2% раствора в среднем считается около 2 гр., но имеются указания (напр., Siegel), где при паравerteбральной анестезии больные безнаказанно получали 3,0 новокаина. Обычно применяется новокаин в 1/2% растворе, хотя должно заметить, что крепость раствора зависит от техники анестезии. Проф. Вишневский, напр., и мы лично являемся сторонниками применения больших количеств сильно разведенного раствора и пользуемся 1/4% раствором новокаина. Лучше всего к раствору новокаина добавлять 1:1000 раствор адреналина в количестве 3—5 капель на каждые 100 куб. см. раствора. Имея в виду указанную выше максимальную дозу, следует признать, что 150,0—200,0 1/2% раствора новокаина безвредны. В отдельных случаях легкие явления интоксикации, несомненно, наблюдаются, хотя следует заметить, что в этом вопросе многое зависит от техники введения раствора,—напр., проф. Вишневский и мы лично, пользуясь принципом образования тугого инфильтрата и разреза без выжидания, не боимся вливать до 600 куб. см. 1/4% раствора новокаина.

*Проф. А. Тимофеев.*

17) Какие показания к применению стерилизации женщины путем перевязки (резекции) труб? Нужно ли разрешение (как на аборт) комиссии на производство этой операции? Не является ли это оперативное вмешательство (без достаточных научных и юридических оснований) уголовно наказуемым деянием?

*Подписчик № 1966.*

**Ответ:** Показания к стерилизации,—медицинские и социальные,—таковы же, как и показания к искусственному выкидышу. Так как стерилизация (оперативная) есть ничто иное, как предохранительная мера против зачатия, а применение таких мер зависит исключительно от воли женщины, то, рассуждая логически, та же мерка должна быть приложена к стерилизации, т. е. никакого разрешения для нее не требуется,—требуется лишь желание женщины и согласие врача. На последнем (VIII) Съезде Гинекологов впрочем большинством высказывалась мысль, что производство оперативной стерилизации у вполне здоровой женщины—вещь недопустимая.

*Ред.*

18) Можно ли матери, страдающей малокровием и кормящей ребенка, назначать препараты мышьяка под кожу или внутрь без вреда для ребенка?

*Подписчик № 982.*

**Ответ:** Можно,—разумеется, в медицинских дозах. *Проф. В. Груздев.*

19) Прошу сообщить, имеется ли литература по вопросу о лечении болезней кожи внутривенными вливаниями бромистых солей (NaBr, KBr) и откуда эту литературу можно выписать?

*Подписчик № 2232.*

**Ответ:** Литературу этого вопроса можете найти в статье д-ра Зенина, помещенной в майской книжке нашего журнала за 1927 г. Кроме того, в одной из ближайших книжек журнала будет помещена статья д-ра Уралова по данному вопросу.

*Ред.*

20) Какая имеется литература (иностранная и русская) по вопросу о лечении эпителиомы века и конъюнктивы рентгеном?

*Подписчик А-вич.*

**Ответ:** д) Русская литература: 1) М. Неменов. Рентгенотерапия. 1920.— 2) А. Нерпина. Лечение раковых образований кожи лучами рентгена по данным Гос. Рентгенол. и Радиол. Института в Ленинграде. Вест. рентгенологии и рад., 1925, вып. 3/4, стр. 195.— 3) М. Гольдштейн. К вопросу о лечении злокачеств. новообраз. кожи рентгеновыми лучами. Каз. Мед. Журн., 1927, № 9, стр. 941.— 4) Меркулов. Радиотерапия карциномы век. Русск. Офт. Журн., 1926.— Б) Иностранная: 1) Birch-Hirschfeld. Die Strahlentherapie in der Ophtalmologie. *Lehrbuch der Strahlentherapie*. Bd. II. Berlin, 1925.— 2) Он же. Deut. med. Woch., 1924.— 3) Knapp. Beitrag z. Röntgenbehandl. von Augentumoren. Schweiz. med. Woch., Bd. 54, 1925.— 4) Stock. Strahlenbehandlung in der Augenheilkunde. Klin. Mon. f. Augenheilkunde, Bd. 76, 1926.— 5) Он же. Med. Klinik, 1926, Bd. 12.— 6) Heuser. Über die Behandlung von Lidkarzinomen. Zeit. f. Augenheilkunde, 1926, Bd. 59.— 7) Kergrohen. Six cas d'épithéliomas de la face, non stérilisés par les rayons X et guéris par le radium. Arch. d'électr. méd., 1926, vol. 34, p. 81.— 8) Wetterer. Handbuch der Röntgen-und Radiumtherapie. 1928. II Bd.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

### Письмо в редакцию.

Разрешите через Ваш уважаемый журнал принести мою глубокую благодарность всем научным и общественным учреждениям и организациям, а также и отдельным лицам, за оказанное мне внимание в день 25-летия моей деятельности.

Профессор Михаил Тушинов.

### ПОСТУПИЛИ в ПРОДАЖУ:

Д-р В. Б. БЛАНК,

зав. Центр. Лабораторией Гос. Инст. для усов. врачей им. Ленина в Казани.

## **Vademecum**

### по лабораторной технике.

.....КНИЖКА ЭТА ИМЕЕТ ЦЕЛЮ ПОМОЧЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ БЫСТРО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В МЕТОДАХ и ТЕХНИКЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ..... (из предисловия).

Цена 75 коп.

### „Амбулаторная книжка для записи больных“.

СОДЕРЖИТ 240 ЛИСТОВ ДЛЯ ЗАПИСИ БОЛЬНЫХ ОБЫЧНОГО КНИЖНОГО ФОРМАТА, КРОМЕ ТОГО, АЛФАВИТ И ЛИСТЫ УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ; ОТПЕЧАТАНА НА ОЧЕНЬ ХОРОШЕЙ БУМАГЕ И ЗАКЛЮЧЕНА В ИЗЯЩНЫЙ КОЛЕНКОВЫЙ ПЕРЕПЛАТ.

Цена 3 рубля.

Высылаются наложенным платежом, без задатка. ■ ■ ■ Приславшим деньги вперед—пересылка бесплатно.

С требованиями обращаться в редакцию „Казанского Медицинского Журнала“, г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета.

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

## PLASMOCHIN

Синтетический дериват алкил-амино-6-метокси-хинолина

**Новое средство против малярии,**  
не являющееся производным хинина, **уничтожает гаметы.**  
Применяется для профилактики и лечения различных форм малярии.  
Действует спасительно при злокачественной гемоглобинурии.

**Не обладает горьким вкусом хинина**

Оригинальн. упаковка „Bayer“. Флаконы в 25 табл. Дозировка по 0,02 гр.

АМПУЛЛЫ: 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ный раствор.—Коробки по 10 ампул по 1,2 см.

|   |   |   |   |   |     |   |   |     |   |
|---|---|---|---|---|-----|---|---|-----|---|
| „ | „ | „ | „ | „ | 10  | „ | „ | 3,2 | „ |
| „ | „ | „ | „ | „ | 100 | „ | „ | 1,2 | „ |
| „ | „ | „ | „ | „ | 100 | „ | „ | 3,2 | „ |

## ТРУРАФЛАВИН

Хемотерапевтический **ANTISEPTICUM** высокого бактери-  
цидного действия

Показания: Cysto-Pyelitis, Peritonitis, Sepsis, Influenza, En-  
cephalitis, Gonorrhoe.

Применение: внутривенно 1<sup>2</sup>/<sub>0</sub>—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ный стерильные растворы.  
Порошок: флаконы по 1, 10, 25 гр. — Таблетки: по 0,1 гр. труб. по 15 табл.

Ампуллы 1<sup>2</sup>/<sub>0</sub>-ный раствор—коробки по 5 ампул, по 5 см.

|                                             |   |   |   |   |   |    |   |
|---------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|---|
| 2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> -ный раствор— | „ | „ | 5 | „ | „ | 10 | „ |
|                                             | „ | „ | 5 | „ | „ | 10 | „ |

Оригинальная упаковка „Cassella“.

Генеральное представительство для СССР:

### IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H. Berlin NW 7.

В Москве представители ИГЕРУССКО при  
Русско-Германск. Торг. Анц. О-ве, Москва 9, Тверская, 34.

Образцы по требованию лечучреждений 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.

## **ВЕСТНИК МИКРОБИОЛОГИИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПАРАЗИТОЛОГИИ**

**Revue de Microbiologie, d'Epidémiologie et de Parasitologie.**

(7-й год издания). Издается Государственным Краевым Институтом Микробиологии и Эпидемиологии Юго-Востока РСФСР в Саратове под редакцией Директора Института проф. *С. М. Никанорова*. В год выходят 4 выпуска, по 5—6 печатных листов каждый, с рисунками, диаграммами и таблицами на отдельных листах. Программа журнала: 1. Оригинальные статьи по всем отделам микробиологии (преимущественно паразитической и эпидемиологии). 2. Лабораторная практика. 3. Обзоры рефераты и рецензии о русских и иностранных работах. 4. Научная хроника. Адрес редакции: Саратов, Казарменная улица, № 46. Подписная цена 6 руб. в год. Цена выпуска 1 р. 50 к. без пересылки.

## **„УКРАИНСКИЙ МЕДИЧНИЙ АРХИВ“**

(2-ой год  
издания)

издаваемый Главпрофобром УССР, Укрнаукой НКЗ УССР, Харьковским Медицинским Институтом и медицинской секцией Харьковского Научного Общества при ВУАН. „Архив“ выпускается отдельными книгами объемом в 15-18 листов, числом 4-5 в год, с рисунками и предназначается для оригинальных работ по разным отделам теоретической, практической и социальной медицины, а также для критических обзоров и информационных статей в области развития и строительства научно-исследовательской медицины на Украине. С целью сделать содержание „Архива“ доступным ученым заграницы, оригинальные статьи его будут сопровождаться рефератами на немецком языке, объемом до одной четверти оригинала. „Архив“ **выходит под редакцией:** засл. проф. *А. И. Геймановича*, Наркомздрава *Д. И. Ефимова*, д-ра *А. П. Жука*, академика *Н. Ф. Мельникова-Разведенкова*, д-ра *Г. П. Радченко*, засл. проф. *В. Я. Рубашкина* и д-ра *И. И. Холодного*. Годовая подписка 9 руб. В распоряжении редакции есть ограниченное количество комплектов за 1927 г. Цена 7 руб. Подписка принимается в редакции: Харьков, улица Карла Либкнехта, № 41, Украинский патолого-анатомический институт и в Издательстве „Научная Мысль“.

ПРАВЛЕНИЕ ТАТАРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ТОРГОВЛИ МЕДИМУЩЕСТВОМ

## „ТАТМЕДТОРГ“

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

**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, пенсне. 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<sup>РА</sup> 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  
ПЕРЦЕНА



## ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

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

Высылаются наложенным платежом  
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

**CHLORAEETHYL-GALEN**

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

«Гален-



Москва»