

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).

№ 8.

А в г у с т.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Госпитальной Терапевтической клиники Казанского Университета.
(Директор проф. Н. К. Горяев).

Изменения морфологического состава крови под влиянием мышечных движений *).

Ассистента Н. А. Дрягина и ординаторов Н. В. Инюшкина, О. Н. Дрягиной и А. М. Мокеева.

(С 4 сериями диаграмм).

Мышечные движения имеют большое значение в физиологических процессах организма. Труд рабочего на фабрике и заводе, работа крестьянина в поле и дома, занятия физкультурников, а часто даже и разные виды отдыха (охота, катание на лодке, лыжах, коньках и т. п.) связаны с более или менее напряженными мышечными движениями. Изучение влияния последних на организм представляет многосторонний интерес: с одной стороны оно дает возможность установить влияние этих движений на другие физиологические процессы организма, а с другой—более объективно подойти к научной организации труда и физкультуры. Так как в нашей клинике вопросам кроветворения и морфологического состава крови уделяется весьма значительное внимание, то мы и воспользовались случаем поставить наблюдения над изменениями морфологического состава крови под влиянием мускульных движений.

По этому вопросу Е. Grawitz¹⁾ в 1910 г. пишет, что после напряжения мускулов несомненно наступает лейкоцитоз, который происходит от воздействия мышечных сокращений на лимфатические пути—от повышенного выхождения лимфы протоков и от размножения клеток лимфатической системы. При более длительной работе и после периода покоя начальный лимфоцитоз с большою быстротой переходит в нейтрофильный лейкоцитоз, что автор склонен объяснять превращением лимфоцитов в гранулоциты. Другие авторы (Schilling²⁾, Bacher³⁾) считают лейкоцитоз, наблюдаемый под влиянием мускульной работы, „зависящим от распределения“, т. е. перемещения клеток периферической крови, а Türk³⁾ и Naegeli⁴⁾ признают его истинным, возникающим вследствие усиленного образования и увеличенного поступления в кровь элементов костного мозга. Нам неясно, почему Егоров⁵⁾ относит Naegeli и Türk'a к числу авторов, считающих лейкоцитоз, констатируемый под влиянием мускульной работы, кажущимся. Названные авторы⁶⁾ признают этот лейкоцитоз миелогенным, т. е. основанным на повышенной деятель-

*) Доложено в Обществе Врачей при Казанском Гос. Университете 8/V 1928 г.

**) Цит. по А. П. Егорову „Теория и практика физической культуры“, 1927, № 6.

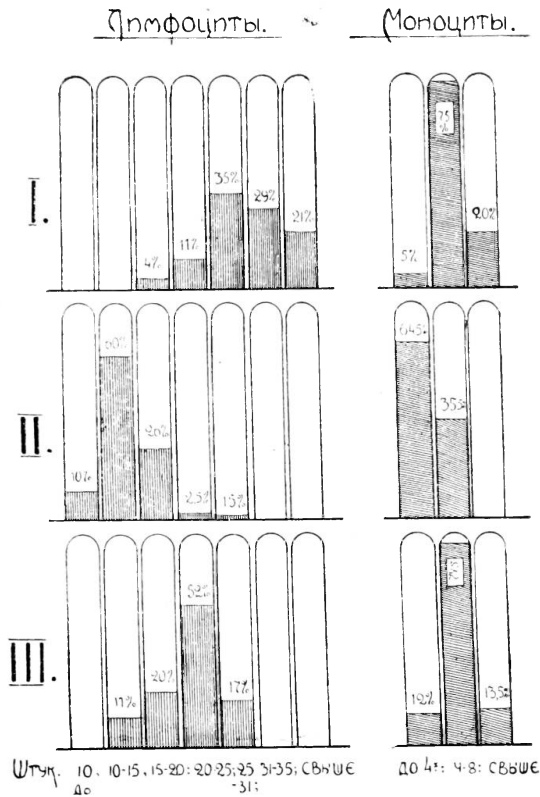
***) Naegeli, Blutkrankheiten, 1923, Seite 223—224.—Türk, Vorlesungen über klinische Haematologie, 1912, II T., Seite 371.

ности костного мозга. Naegeli возражает только против понимания этого лейкоцитоза, как чисто-миогенного; он думает, что для объяснения его должны быть учтены и др., происходящие в организме, изменения — повышенная деятельность сердца и легких, изменения обмена и т. д. Егоров, считая миогенный лейкоцитоз истинным, отмечает, что сдвиги, т. е. изменения картины крови, характер которых будет ясен из дальнейшего, развиваются параллельно нагрузке, — чем больше количество работы и особенно чем значительнее ее интенсивность, тем они резче выражены; равным образом сдвиги бывают более резкими в случаях, где организм менее приспособлен к данной работе, т. е. они тем сильнее выражены, чем менее тренирован организм. По Егорову „течение и характер миогенного лейкоцитоза при процессах мускульной работы, по всей вероятности, может служить методом определения утомляемости организма и степени утомительности исследуемой мускульной работы“.

Кузнецов⁶⁾, исходя из того, что изменения в морфологическом составе крови под влиянием мышечной работы должны происходить на почве связанных с работой химических и физико-химических изменений крови, и что одним из наиболее постоянных и твердо установленных таких изменений является ацидоз крови, развивающийся вследствие усиленного поступления в кровь молочной и отчасти фосфорной кислоты, произвел экспериментальную работу для выяснения морфологических изменений крови под влиянием введения в кровь молочной кислоты. При этом он пришел к выводу, что „изменения в картине крови при мышечной работе зависят до известной степени от накопления в крови молочной кислоты“.

Если в отношении изменения, под влиянием мускульных движений, количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы в литературе имеются указания, а в статье Кузнецова мы имеем объяснение генеза этих изменений, то по вопросу о влиянии мышечных движений на ретикулоциты (эритроциты с прижизненно окрашивающейся зернистостью) мы в имеющейся в нашем распоряжении литературе не нашли никаких сведений. Поэтому еще в 1925 году мы предполагали провести ряд наблюдений над изменением морфологического состава крови под влиянием мускульных движений, но осуществили эту мысль только теперь. В феврале 1928 г. в Казань пришли из звездного пробега красноармейские лыжные команды для участия в областных командных лыжных состязаниях. Звездный пробег был для всех команд в 230 километров. В пути команды находились от 106 час. 8 мин. до 125 час. 12 мин., из которых на пробег было потрачено от 37 час. 37 мин. до 48 час. 22 мин. и на отдых — от 61 час. 35 мин. до 85 час. 15 мин. После звездного пробега команды перед областными соревнованиями отдыхали 3—4 дня. Соревнования, состоявшиеся 20 февраля, заключались в пробеге командами на лыжах, в полном походном военном снаряжении, расстояния в 24,65 километра, причем один километр красноармейцы должны были бежать в противогазах, по пути они решали одну тактическую боевую задачу и один раз стреляли по мишеням. Все это заняло от 3 час. 46 мин. 34 сек. до 4 час. 33 мин. 50 сек.

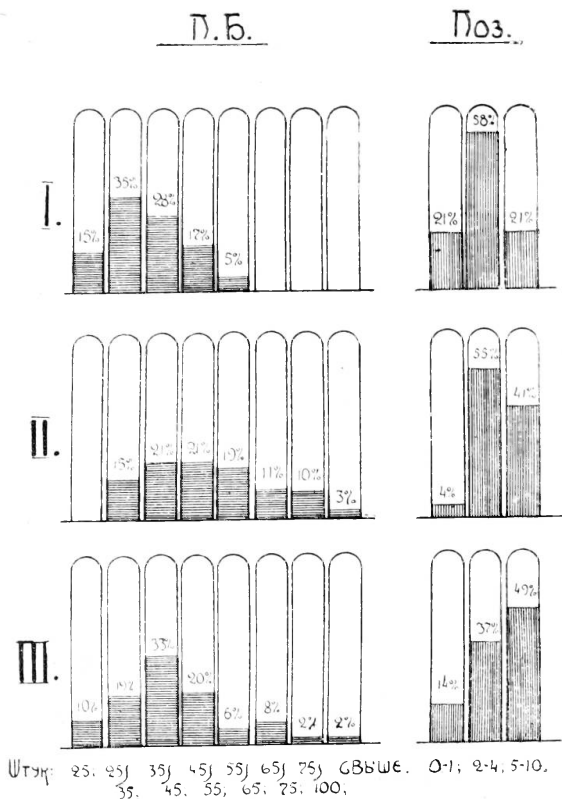
Мы проводили наблюдения у 75 человек над количеством лейкоцитов (определялось по Schätzung), лейкоцитарной формулой по Schilling'у, числом ПБ (пластинок Bizzozero) по Fonio и числом ретикулоцитов по Schilling'у. При счете лейкоцитарной формулы



Сравнительные данные (в процентах) второго исследования по сравнению с первым, третьего—со вторым и третьего—с первым исследованием:

В %	Schätzung			Сегментир. нейтрофилов			Палочкояд. нейтрофилов			Юных нейтрофилов			ПБ		
Случаев .	2 к1	3 к2	3 к1	2 к1	3 к2	3 к1	2 к1	3 к2	3 к1	2 к1	3 к2	3 к1	2 к1	3 к2	3 к1
Увеличен.	96	15	91	92	17	77	98	14	89,5	92	6	81,5	92	34	71,5
Без измен.	4	8	4,5	1	6	6	1	8	6	5	9	12,5	—	4	3
Уменьшен.	—	77	4,5	7	77	17	1	78	4,5	3	85	6	8	62	25,5

Полученные нами результаты позволяют заключить, что под влиянием мускульных движений количество лейкоцитов, нейтрофилов вообще, палочкоядерных и юных в частности оказывается при втором исследовании значительно увеличенным, а уже после 3 часов отдыха, при третьем исследовании, оно является по сравнению со вторым исследованием пониженным, хотя остается еще выше данных первого исследования. Количество эозинофилов при втором исследовании является пониженным, при третьем же—повышенным, хотя остается еще ниже цифр первого исследования. Содержание базофилов бывает при втором исследовании понижено, при третьем же—оно выше второго, но ниже первого. Хотя процентное содержание лимфоцитов и моноцитов понижается при



втором исследовании с тем, чтобы опять повыситься при третьем, но абсолютные их количества не представляют значительных колебаний между отдельными исследованиями. Указанные данные соответствуют результатам, полученным Grawitz'ем, Егоровым и др.

Количество ПБ под влиянием мускульных движений изменяется аналогично количеству лейкоцитов и нейтрофильной картине: при втором исследовании увеличивается в среднем на 120 с лишним процентов по сравнению с первым исследованием, а при третьем—несколько понижается по сравнению со вторым, но остается еще повышенным по сравнению с первым—в среднем до 100%. Относительно происхождения ПБ наиболее распространенным является мнение Wright'a, принимающего образование их из мегакариоцитов костного мозга. Стоя на этой точке зрения, мы должны признать усиление функции костного мозга под влиянием мышечных движений.

Количество ретикулоцитов увеличивается при втором исследовании в 66% случаев в среднем на 107%; в 13% случаев оно остается без изменений, а в 21% случаев является уменьшенным при втором исследовании, причем в 15% из них имеется более резкий сдвиг нейтрофилов влево по сравнению с общими средними данными (при втором исследовании палочкоядерных в среднем 15,1% и юных—3,78%, а в перечисленных случаях они содержатся в значительно большем количестве), в прочих 6% из 21% случаев понижение ретикулоцитов при втором

исследовании увязать с чем-либо мы затрудняемся. При третьем исследовании количество ретикулоцитов оказывается не пониженным по сравнению со вторым исследованием, как это мы видим относительно количества лейкоцитов, нейтрофилов и ПБ, а наоборот, увеличивается, в 60% случаев достигая, в среднем, увеличения на 11% по отношению ко второму исследованию и в 76% случаев—на 116% по отношению к первому исследованию.

Что ретикулоциты являются молодыми эритроцитами, и увеличение их числа служит верным показателем усиления кроветворения,—факт общепризнанный. Многочисленные наблюдения, проведенные в этом отношении у нас в клинике, позволяют нам вполне присоединиться к указанному положению. В 1925 году, на VIII Съезде Терапевтов, в прениях д-р Дрягин⁷⁾ отметил увеличение числа ретикулоцитов при явлениях усиленной регенерации крови. В 1926 году в его же статье о лечении анэмий⁸⁾ указано, что мы считаем нормальным количеством ретикулоцитов 1—3 штуки на 1,000 эритроцитов. Последующие наблюдения не изменили нашего мнения. У красноармейцев мы нашли при первом исследовании в среднем 3.13 штуки ретикулоцитов на 1,000 эритроцитов, т. е. максимальную нормальную цифру. При втором и третьем исследованиях количество их, как правило, заметно превышало нормальные цифры. Следовательно, эритропоэтический аппарат не остается безразличным при мышечных движениях,—он реагирует на них, повышая свою функцию. Но реакция на мускульные движения со стороны названного аппарата отличается от реакции лейкопоэтического аппарата тем, что у последнего к третьему исследованию реакция уже сглаживается,—количество лейкоцитов спустя 3 часа после мускульных движений понижается, тогда как у первого, т. е. эритропоэтического аппарата, эта реакция при третьем исследовании продолжает нарастать. Уменьшение числа ретикулоцитов при втором исследовании, на основании того, что в 11 из 16 таких случаев имелся более резкий сдвиг нейтрофилов влево, повидимому, можно увязать с патологической реакцией организма на мускульные движения. К сожалению, размер настоящей статьи не позволяет нам остановиться на анализе отдельных случаев с картиной крови, представляющей более или менее значительные отклонения от средних общих цифр. В ближайшем будущем мы предполагаем это сделать.

Выводы: 1) Под влиянием мускульных движений изменяется морфологический состав крови, причем по характеру эти изменения напоминают изменения, бывающие при инфекционно-токсических процессах.

2) Непосредственно после лыжного пробега в 24,65 километра количество лейкоцитов, нейтрофилов вообще, палочкоядерных и юных в частности, оказалось увеличенным, а количество эозинофилов, наоборот, значительно пониженным. Через 3 часа отдыха после пробега количество лейкоцитов, нейтрофилов и их сдвиг влево уменьшились, а содержание эозинофилов увеличилось, но все эти величины не достигали начальных исходных цифр.

3) Хотя относительное содержание лимфоцитов и моноцитов при втором исследовании оказалось пониженным с тем, чтобы при третьем несколько повыситься, но абсолютное их число значительных колебаний не представляло.

4) Количество пластинок Bizzozzeri, оказалось, изменяется аналогично количеству лейкоцитов и нейтрофильной картине, т. е. значи-

тельно увеличивается при исследовании тотчас после пробега, а через 3 часа отдыха понижается, но еще остается выше исходных цифр.

5) Число ретикулоцитов дало повышение не только тотчас после пробега, — это повышение продолжало увеличиваться и через 3 часа отдыха.

6) На мускульные движения реагируют и лейкопоэтический, и эритропоэтический аппараты, а также мегакариоциты, повышением своей функции.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Grawitz. Deut. med. Woch., 1910.—2) Schilling. Картина крови. ГИЗ. 1926.—3) Türk. Vorlesungen über klinische Haematologie. 1912.—4) Naegeli. Blutkrankheiten. 1923.—5) Московский Мед. Журн., 1924, № 7.—6) Теория и практика физической культуры, 1927, № 4.—7) Труды VIII Всесоюзного Съезда Терапевтов, 1925.—8) Казанский Мед. Журнал, 1926, № 8.
-

К вопросу о сифилисе легких и сочетании его с тбс.

Ассистента д-ра В. И. Журавлевой.

Не так давно сифилис легких являлся редкой находкой на секционном столе, нечасто ставился его диагноз и клиницистами. В 1896 г. Stolper на 3000 секций имел 61 сл. висцерального lues'a, из коих 4 пришлось на долю сифилиса легких. Claytor (1905) на 13,000 вскрытий не встретил ни разу сифилиса легких. У Symmers'a (1916) на 4,880 вскрытий легочного сифилиса было 0,24%. Carrago (1920) у 152 сифилитиков нашел 7,8% легочного сифилиса (его случаи проверены микроскопически). Наконец, Osler (1920) на 2,800 аутопсий встретил 12 случаев сифилиса легких.

Случаи сифилитического процесса в легких, как и в других органах, принято делить на случаи врожденного и приобретенного сифилиса. В случаях первого рода различают гуммы легкого и белую гепатизацию, в случаях второго рода—гуммы и интерстициальную сифилитическую пневмонию. Но здесь же следует отметить, что в чистом виде каждый из названных процессов встречается редко, чаще мы имеем дело со смешанными формами.

При врожденном сифилисе чаще встречается так называемая pneumonia alba Virchow'a. Макроскопически мы имеем здесь одиночные или множественные, сливающиеся, беловатые участки на общем розовом или красном фоне. Процесс развивается по преимуществу в верхней доле легкого (Пожарский), захватывая или часть ее, или всю долю. Реже поражается все легкое (Попов, Пожарский). Пораженная часть плотна, поверхность разреза ее—ровная, гладкая, блестящая; местами попадаются участки, имеющие плотность печени. Микроскопически легочные альвеолы оказываются заполненными то экссудатом катаррального характера, то большим количеством десквамированного, жирно перерожденного альвеолярного эпителия. Интерстиции, стенки сосудов и бронхов инфильтрированы круглыми и веретенообразными клетками. В сосудах—панваскулит, часто ведущий к закупорке просвета и некрозу ткани, в пневмонических фокусах видны бывают милиарные и более крупных размеров гуммы (Lesser).

При второй, более редкой форме врожденного сифилиса мы имеем в легких образование одиночных или множественных гумм, макроскопически имеющих вид округлых, вначале серокрасных, потом бледножелтых узлов с серожелтыми отпрысками, идущими в паренхиме. Grenet дает несколько иное подразделение врожденного сифилиса легких, различая: 1) спленизацию или спленопневмонию, 2) бронхопневмонию, 3) белую пневмонию и 4) бронхопневмонию с эктазиями.

Сифилитический процесс в легких при приобретенном сифилисе встречается значительно реже, чем при наследственном. По свидетельству Virchow'a еще в XVII—XVIII столетиях подобные случаи были описаны Hoffmann'ом, Astruc'ом, Stoll'ем, Tod'ом, de Meza, Raulin'ом, Langrois, Zadig'ом. О поражении легких в раннем периоде сифилиса упоминают Moriac, Gomberini, Попов, Citron, Stoerkenius, Lang, Schlesinger, Staehelin, Dann, Buschke, Rothschild, Groedd, Зенин. По указаниям Dann'a, в раннем периоде сифилиса легочные поражения бывают двоякого рода: в легких случаях имеется катарральная форма в виде катарральной бронхопневмонии и сухого бронхита, диагноз которых ставится ex juvantibus, в тяжелых случаях, часто остающихся нераспознанными, анатомически находят те же изменения, которые встречаются в легких при позднем сифилисе.

В позднем периоде сифилиса в легких встречаются гуммы и интерстициальная пневмония. Dann, кроме 2 названных форм, описывает еще т. наз. сифилитическую диффузную инфильтрацию легких, течение которой присоединяется казеоз с последующим образованием полостей среди пневмонических очагов. Еще ранее Dann'a о диффузной инфильтрации упоминали Aufrecht, Fournier, Neumann, Lang, Hiller, Павлинов. Rukstinat выделял бронхопневмонию и смешанные формы легочного сифилиса; Tylescote, кроме двух основных форм, различал еще фиброзный lues легких с язвами трахей, гортани, бронхов и бронхоэктазиями, затем отек на почве артерioskлероза и, наконец, повреждения, развивающиеся на почве расстройств кровообращения, — инфаркты, легочные эмболии, серо-фибринозный плеврит. О сифилитических бронхопневмониях упоминают, далее, Kaufmann, Tanaka, Соколовский, Councilmann, Ziegler. Другие же авторы, как Birch-Hirschfeld, Пожариский, отрицают сифилитическую природу их.

Что касается гумм легкого, то при приобретенном сифилисе они по большей части являются односторонними (Попов, Grenet, Пожариский), чаще располагаются справа (Попов, Letulle, Grenet, Эйнис), локализируются по преимуществу в средних и нижних долях, в воротах легкого (Попов, Neumann, Stolper, Grenet, Пожариский, Kaufmann, Beitzke, Штерн, Rukstinat), занимают окружность бронхов и сосудов, нередко достигают плевры. Редко образования эти единичны, чаще множественны (до 8—10, Dann), величиною от просыаного зерна до куриного (Pleischl) и даже гусиного яйца (Непор). Молодые гуммы мягки, мясisty, серо-красного цвета, затем некротизируются, начиная с центра. В дальнейшем некроз может заместиться рубцовой тканью или размягчиться: в первом случае на месте гуммы остается желтоватый, плотный, лучистый рубец, во втором — образуется каверна (Попов, Neumann, Beitzke, Kaufmann, Пожариский).

Микроскопически в гумме мы имеем некротический центр и соединительно-тканную капсулу, в наружной части которой располагаются лимфоциты, плазматические клетки, фибробласты и то или иное количество гигантских клеток. В ткани, близко прилегающей к гумме, замечаем клеточковую инфильтрацию интерстиций и экссудативный процесс в альвеолах: оба эти процесса сменяются затем организацией и деформацией паренхимы.

Второй формой легочного процесса при приобретенном сифилисе является т. наз. интерстициальная пневмония. Чаще ею поражается нижняя доля легкого (Kaufmann). Микроскопически в ранних стадиях имеется пролиферация клеточных элементов в стенках альвеол, в окружности мелких бронхов и сосудов и вообще в интерстициальной ткани легких. В сосудах в различной степени выражен панваскулит. За сифилитическую природу процесса говорят спадающиеся здесь гуммы. В поздних стадиях инфильтрация сменяется сильным разрастанием соединительной ткани, причем образуется т. наз. склероз или цирроз легкого, а также *pulmo lobatus*. Соединительнотканые рубцы грубы, неправильно сетевидны или бухтообразны, связаны с сосудами, бронхами, с *hilus*ом, плеврой, интерлобулярной тканью. Между мозолями лежат эмфизематозно измененные, ателектатические или карнифицированные участки легочной ткани.

В последнее время Letulle et Dalsace говорят о латентной форме сифилиса легких, когда, наряду с сифилисом аорты, рубцами в селезенке, почках и миокарде, встречаются незначительные склеротические тяжи в легких, связанные с плеврой, по краям же и на верхушке легкого существуют эмфизематозные участки, и по всей паренхиме рассеяны бронхоэктазии в виде оспных гнезд. Волнистость (*état frisé*) плевры, панваскулит и отсутствие туберкулеза, по мнению авторов, говорят за латентическую природу изменений.

Все цитируемые нами до сих пор авторы указывали на поражение сосудов, как на одно из главных отличий сифилитического процесса. Lesser (1926) подчеркивает, что все изменения в тканях и развитие гранулем, а также образование некроза обязаны своим возникновением панваскулиту, причем, если питание ткани сильно страдает, разрастается грануляционная ткань, если же сосуды закупориваются вполне, ткань умирает, и образуется гумма. Но в случаях Thorel'я сосуды были неизменены, в случаях Jansen'a (гуммы сердца) специфических изменений в сосудах также не наблюдалось. Вместе с тем следует помнить, что подобные явления в сосудах,—правда, в более ограниченных размерах,—имеют место и при тbc легких.

Полное разногласие существует в литературе и относительно нахождения в сифилитических гранулемах гигантских клеток: Shingu, Stolper в своих случаях не видели их, Tanaka, Grenet, Beitzke, Kaufmann встречали их редко, Jansen же в случаях гумм сердца отмечает большое количество их. Таким образом гигантские клетки потеряли диагностическую ценность для сифилиса.

Еще более неясности имеется при рассмотрении генеза самых гумм. Со времени Virchow'a принято смотреть на гумму, как на специфическую гранулему, вторично подвергающуюся казеозному некрозу. Однако Tripier и Lesser утверждают, что гумма не есть гранулема, а первичный некроз ткани, возникающий на почве изменения сосудистой стенки.

К сказанному считаем нелишним добавить мнения авторов о трудности дифференциального диагноза между тbc и сифилисом и о трудности диагноза сифилиса легких вообще (Virchow, Lyon, Dann, Пожарский, Tripier, Hochsinger, Grenet и др.). Чем старше процесс, тем труднее найти разницу между гуммой и тbc (Kokawa). Ма-

гистологически сифилитические пневмонии часто подобны тbc казеозным бронхопневмониям; диагноз можно ставить, обращая внимание на анамнез, на успех WR и на совокупность всех находок при секции (Berflinger). На II Всеукраинском Съезде Терапевтов Файншмидт в докладе „Сифилис легких“ подчеркивает, что патолого-анатомический диагноз этого заболевания нередко очень труден, и что заболевание это часто комбинируется с другими страданиями, особенно с тbc легких; в каждом атипическом течении легочного тbc надо искать сифилис, и тогда, по словам этого автора, чаще будет ставиться правильная диагностика заболевания легких. Пожариский говорит, что гуммы легких—единственный доказанный здесь сифилитический процесс. По словам Rukstinat, гуммы редки, за то присутствие их делает сифилис несомненным. Бактериоскопический метод ненадежен, так как ненахождение тbc палочек еще не говорит за их отсутствие, спирохеты же в III периферии сифилиса, как известно, находятся очень редко. Заканчиваем наш краткий литературный очерк словами Пожариского: „В легких случаях провести дифференциальный диагноз легко, в трудных—трудно, иногда даже невозможно“.

Как уже было сказано, наибольшие трудности при диагностике сифилиса легких представляет тbc. В качестве опорных пунктов для дифференцирования этих двух процессов, по мнению ряда исследователей, могут быть использованы следующие признаки: 1) склонность гумм локализоваться в средней и нижней долях и у hilus'a легких (Neumann, Kaufmann, Пожариский и др.); 2) резкое отграничение капсулой гуммозных некротических участков; 3) быстрое замещение некроза в гуммах рубцовой тканью (Lubarsch); 4) лучистость сифилитических рубцов (Virchow, Hansemann, Hiller, Попов, Ziegler, Neumann, Пожариский, Kikawa, Tanaka, Grenet, Letulle-Dalsace, Carraro); 5) склонность гумм к полному зарубцеванию; 6) отсутствие или незначительное количество угля в гуммозных некротических участках и в замещающих их рубцах (Koch-Elberfeld, Пожариский, Grenet, Letulle-Dalsace); 7) отсутствие или незначительное количество извести в гуммах (Kaufmann, Tanaka, Beitzke); 8) редкость размягчения и образования каверн при сифилисе (Kaufmann, Shingu, Beitzke, Fowler); 9) большое количество новообразованных сосудов в грануляционной ткани и в рубце при сифилисе (Tanaka, Beitzke); 10) большое количество плазматических клеток, образующих род плазмом, характерное для сифилиса (Stoeckmann, Takata, Tanaka, Jansen).

Об одновременном поражении легких сифилисом и тbc говорят Tripiet, Grenet, Schlesinger, Schröder, Samson, Umber, Green Cumston, Lyon. Тушинский, Файншмидт, Эйнис, Нагибин. Многие авторы указывают, что течение тbc процесса в легких изменяется с присоединением сифилиса. Так, по мнению Grenet, сифилис ускоряет течение легочного тbc, особенно, если последний развивается у лица, недавно инфицировавшегося сифилисом; в этих случаях нередко тbc принимает форму галопирующей чахотки. Если же сифилитический процесс—давний, то тbc протекает в фиброзной форме. Schröder находит, что сифилитическая инфекция, которая предшествует тbc или развивается после появления его, всегда ухудшает течение тbc. Ту-

шинский указывает, что tbc. развивающийся в течение вторичного периода сифилиса, протекает грозно, присоединяющийся же к третичному периоду склонен давать цирротическую форму. Интересным является сообщение Нагибина, работавшего в Восточной Сибири, главным образом в Бурятской республике.—он отмечает, что тысячи больных, посещавшие вендиспансеры, являются носителями комбинированных инфекций—сифилиса и tbc, а 25—30% больных тубдиспансера имеют сифилис. Он говорит, что фиброзный сифилис благоприятствует доброкачественному течению tbc.

Большинство названных авторов, указывавших на одновременное поражение легких сифилисом и tbc, базируются в своих заключениях почти исключительно на клинических данных. Случаев, заверенных патолого-анатомически, в доступной нам литературе найти не удалось. Поэтому встретившийся нам недавно на секции случай одновременного существования в легких изменений сифилитического и tbc характера с нашей точки зрения заслуживает некоторого внимания.

Больная М., 48 л., 15 л. тому назад заразилась сифилисом. Лечилась сначала в Гос. Институте для усов. врачей в Казани, где была описана д-ром Л. И. Виленьским, как больная с *arythmia perpetua*, затем в Пропедевтической и, наконец, в Госпитальной Терапевтической клиниках Университета. Exitus letalis 1/IV 1928 г. Клинический диагноз: *pneumonia chronica indurativa* (tbc?); *arteriosclerosis*; *myocarditis chronica*; *arythmia perpetua*; *hyperaemia passiva et induratio cyanotica hepatis*; *ascites*; *lues visceralis* (WR, палочки Косч'а не найдены).

Патолого-анатомический диагноз: *struma colloides*; *hyperpericardium*; *hypertrophica cordis et degeneratio adiposa myocardii*; *myocarditis chronica fibrosa in regione fasciculi His-Tawara*; *atherosclerosis v. v. aortae et mitralis et atrii sin.*; *endocarditis verrucosa v. mitralis recens*; *mesoaortitis et mesoarteriitis ar. pulmonalis syphilitica*; *pleuritis fibrosa adhaesiva chronica totalis bilateralis*, *precipue dex.*; *pneumonia chr. fibrosa interstitialis syphilitica et tbc productivo-cicatricans precipue loborum inf. pulm. utriusque*; *tonsillitis chr. fibrosa*; *perisplenitis chr. fibrosa*; *cicatrix post infarctum lienis*; *induratio cyanotica lienis*; *ascites*; *hepar lobatum syphiliticum*; *perihepatitis*, *appendicitis et perityphlitis chr. fibrosa*; *pancreatitis interstitialis*; *ulcera tuberculosa intestinorum recentia*; *fibromyoma hyalinicum uteri*; *descensus renis sin.*; *anasarca*.

Из протокола вскрытия приведем только описание изменений в легких.

Плевральные листки сплошь срослены между собою плотной фиброзной тканью, особенно сильно справа. Наощупь верхние доли пушисты; нижняя половина нижней доли левого легкого, а также средняя и нижняя доли правого легкого—с очагами уплотнения. При разрезе верхняя левая доля оказалась свободной от изменений. В нижней левой доле, особенно в нижней ее половине, имелось сильное утолщение крупных интерстиций, далее тонкая сеть молочно-белых тяжей, располагавшихся по ходу мелких интерстиций, главным образом разделявших дольки, и, наконец, молочно-белого цвета небольшие лучистые рубцы, деформирующие легочную паренхиму. Между рубцами встречались в небольшом количестве мелкие, от просяного зерна до чечевицы, казеозные, отчасти размягчившиеся участки. Лимфатические железы левого легкого не увеличены, плотноваты, почти сплошь заполнены углем, без казеозных участков.

Верхняя часть верхней правой доли, подобно левому легкому, без особых изменений. В самом нижнем отделе этой доли находился лучистый рубец до 1½ сант. в диаметре и незначительной толщины фиброзные тяжи. Окружающая ткань представлялась несколько сморщенной, более богатой угольным пигментом. В центральных частях этого рубцового участка были вкраплены неясно очерченные, мелкие (с просяное зерно) казеозные участки. В средней и нижней долях правого легкого вся ткань значительно сморщена, благодаря диффузному развитию соединительной ткани, которая кое-где имела лучистый характер, и среди которой местами выступали, подобно нижней доле левого легкого, обособленные тяжи утолщенных интерстиций. Среди этой ткани также находились в небольшом количестве нерезко очерченные казеозные, частью размягчившиеся участки, величиною от булавочной головки до чечевицы.

Стенки крупных бронхов утолщены; стенки мелких бронхов непосредственно сливаются с рубцовой тканью. Бронхиальные и пульмональные лимфатические железы правого легкого увеличены, некоторые до размера сливы, сильно антракозированы; часть их пронизана отдельными казеозными узелками.

Прививка казеозных масс того и другого легкого морским свинкам вызвала у последних казеозный некроз регионарных лимфатических желез и развитие казеозных очагов в печени и селезенке. В мазках из селезенки и лимфатических желез обнаружены палочки Кош'а. На основании результатов биологической пробы существование тbc в легких, таким образом, не представляет никакого сомнения.

Что касается интерстициального процесса, то главное наше внимание привлекло к себе левое легкое, где тbc процесс был слабо выражен, и где на первый план выступали интерстициальные изменения с выраженной склонностью образовывать лучистые рубцы. Микроскопическое исследование этого легкого показало следующее: в тех участках, где по большей части не было изменений, которые можно было бы считать туберкулезными, плевра и интерлобулярные перегородки представлялись утолщенными и по большей части превращенными в рубцовую, богатую эластикою соединительную ткань с массой вновь образованных сосудов. Изредка среди этой соединительной ткани попадались различных размеров скопления клеток с характером или обычной грануляционной ткани, или, чаще, состоявших из лимфоцитов и плазматических клеток. Угря встречалось мало, отложений извести и очагов некроза не наблюдалось. Сосуды среди этой ткани, преимущественно артерии, имели утолщенные стенки, нередко инфильтрированные в наружных слоях лимфоцитами и плазматическими клетками. В артериях довольно часто наблюдалась картина облитерирующего эндоартериита в различных стадиях. Межалвеоллярные перегородки в этих участках также были сильно утолщены и превращены в фиброзную ткань, или инфильтрированы различного рода клетками, среди которых нередко встречались плазматические. Легочная паренхима среди участков с обильным развитием рубцовой ткани сильно сдавлена, местами до исчезновения просвета в альвеолах и до превращения последних в подобие железистых ходов. Вне соседства с рубцами легочная паренхима представлялась эмфизематозно вздутой, местами заполненной экссудатом, состоявшим большей частью из клеток десквамированного эпителия и макрофагов. Стенки бронхов утолщены, иногда инфильтрированы клетками и обычно сливались с рубцовой измененной тканью интерстиций. Просвет бронхов выполнен катарральным экссудатом.

В других местах к указанным изменениям присоединялись такие, которые нужно считать туберкулезными. Здесь можно было наблюдать одиночные тbc бугорки и небольшие конгломераты их, частью подвергнувшиеся казеозному некрозу или фиброзному превращению. Местами встречались небольшие очаги тbc пневмонии, частично подвергавшиеся казеозному омертвлению или карнификации. Сравнительно редко можно было наблюдать обширные очаги казеозного некроза, обычно окруженные соединительнотканной капсулой.

В правом легком тbc процесс был выражен сильнее, и наряду с изменениями в интерстициях, подобно описанным в левом легком, здесь среди рубцовой ткани встречалось довольно много грануляционной тbc ткани и казеозных очагов. Тbc процесс в данном случае имел тенденцию протекать в фиброзной форме, и поэтому было трудно точно определить, какие изменения здесь сифилитического и какие тbc характера.

Позволим себе теперь резюмировать сказанное по отношению к изменениям в легких. В существовании здесь тbc процесса не приходится сомневаться как на основании результатов прививки, так и по данным гистологической картины. Труднее решить вопрос, какого происхождения интерстициальный процесс. Несомненное заражение сифилисом, от которого больная лечилась впродолжение долгого времени, явные сифилитические изменения в печени, аорте и легочной артерии, заверенные микроскопически, позволяют думать, что интерстициальный процесс в легких имеет также люетическую природу. С этим представлением, по нашему убеждению, наиболее согласуются данные макро—и микроскопического исследования особенно левого легкого, менее пораженного тbc: гнездное

развитие соединительной ткани на месте предрасполагающих интерстиций, лучистый характер рубцов, резко выраженное изменение сосудов с характером облитерирующего эндоартериита, значительная инфильтрация плазматическими клетками вполне укладываются в ту картину, которая характерна для интерстициальной сифилитической пневмонии (Попов, Shingu, Grenet, Berblinger, Kaufmann, Пожарский, Dann, Beitzke) и трудно объяснимы за счет одних тbc изменений. Что касается тbc процесса, то следует подчеркнуть его доброкачественное течение, что позволяет думать, как указывают Grenet, Тушинский, Нагибин, что он присоединился сравнительно недавно, в позднем периоде сифилиса.

В заключение мы можем указать, что в последние годы в нашем Патолого-анатомическом Институте было несколько случаев секций лиц с явно-сифилитическими изменениями некоторых внутренних органов, у которых в легких, наряду с продуктивной формой тbc, были выражены резко фиброзный интерстициальный процесс и фиброзный плеврит. После настоящего сообщения приходится думать, что и в этих случаях часть изменений могла быть отнесена за счет люеца.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Beitzke. Aschoff's path. Anat. 1923. Bd. II.—Berblinger. Münch. med. Woch., 1927, № 41.—Berblinger. Med. Kl., 1927, № 35.—Davidsohn. Berl. kl. Woch., 1907, № 2.—Dann. Derm. Zeitschr., 1908, Bd. XV.—Elberfeld. Verh. d. D. path. Gesel., 1907.—Flockmann. Centr. f. allg. Path. u. path. Anat., 1899, Bd. X.—Grenet. Реальн. энцикл., 1912.—Grenet. Les syph. visc. tard. 1927.—Зенин. Врач. Газ., 1927, № 11—12.—Jansen. Vir. Arch., 1927, Bd. 264.—Kokawa. Arch. f. Derm. u. Syph., 1908.—Kaufmann. Sp. path. Anat. 1922. Bd. I.—Коран-Ясный. Врачеб. Газ., 1927, № 11—12.—Letulle. Anat. path. 1897.—Lubarsch. Aschoff's path. Anat. 1923. Bd. I.—Lyon. Med. Kl., 1925, № 11.—Lesser. Med. Kl., 1926, № 18.—Letulle et Dalsace. Presse med., 1926, № 25.—Letulle et Dalsace. Ann. de dermat. et de syph., 1927, № 3.—Margendorff. Ueber Lungensyphilis. Diss. Berlin. 1889.—Neumann. Сифилис внут. орган. (русс. перев.). 1903.—Нагибин. Вопр. туб., 1925, № 6.—Нагибин. Вопр. туб., 1927, № 1.—Попов. О сифилисе легких. Дисс., СПб., 1888.—Пожарский. Основы пат. анат. 1918/19.—Rukstinat. Arch. of path. a. labor. med. 1926.—Shingu Wien. kl. Woch., 1910, № 26.—Tripier. Traité d'anat. path. génér. 1904.—Tanaka. Vir. Arch., 1902, Bd., 208.—Тушинский. Врач. Дело, 1925, № 22—23.—Tylecot. Lancet, 1927, № 5430.—Virchow. Die krankh. Geschwülste. 1864—65. Bd. II.—Ziegler. Lehrb. d. sp. path. Anat. 1901. Bd. I.—Штерн. Врач. Газета, 1925, № 1.—Шатилов. Вен.-дермат., 1927, № 3.—Эйнис. Вопр. туб., 1927, № 3.

К вопросу об опухолях брыжжейки *).

Завед. отд. А. А. Георгиевского.

Мировая литература насчитывает не больше 4—5 сотен опухолей брыжжейки кишек различного характера, причем большинство приходится на опухоли кистозные и лишь около четвертой части—на плотные. По статистике Попова (из клиники проф. Федорова) последних опубликовано всего 134, в том числе злокачественные опухоли имелись в 75 случаях, а именно, саркомы—в 69 случаях и раки—в 6. Из доброкачественных опухолей здесь чаще встречаются фибромы (28 случаев), реже аденомы и нейромы (по 1 случаю).

Диагностика этих опухолей чрезвычайно трудна. Достаточно познаться с таблицами Хомского, дабы убедиться, что большинство хирургов, приступая к операции по поводу опухоли брыжжейки, не только не имели точного диагноза, но и никакого, если не считать за диагноз слова „опухоль брюшной полости“. На 82 случая кистозных опухолей брыжжейки правильный диагноз был поставлен всего 3 раза. предположительный—4, в остальных случаях кисты брыжжейки принимались за аппендицит, туберкулезный перитонит, хроническую кишечную непроходимость, чаще за кисту яичника, а еще чаще больные шли на операционный стол вовсе без диагноза. На 44 случая сарком правильный диагноз был поставлен лишь в 7 случаях и в таком же числе—предположительный.

Что касается симптомов опухолей брыжжейки, то наиболее характерными, такими симптомами, по которым с известной степенью вероятности до операции можно поставить диагноз опухоли брыжжейки, считаются: 1) подвижность опухоли, 2) тимпанит над нею, 3) отсутствие значительных расстройств функции кишечника и 4) срединное положение. Первый признак, однако, имеет слишком общий характер, так как он весьма часто встречается при всевозможных опухолях брюшной полости, обладающих меньшей подвижностью, напр., при опухолях яичников, саленника, при блуждающей почке и пр., а потому он совершенно ненадежен. Так же мало надежен и второй признак—тимпанит над опухолью, так как он наблюдается и при других опухолях. Если можно согласиться с заявлением Хомского, что при кистах яичника „нет зоны тимпанического звука между опухолью и лобком“, так как подобная зона иногда имеется при небольших подвижных опухолях яичника, сидящих на длинной ножке. Отсутствие значительных расстройств функ-

*) Сообщено в заседании Научного Общества врачей г. Ульяновска 17/II 1927 г.

ции кишечника также не может считаться патогномичным признаком опухолей брыжжейки, ибо были описаны случаи весьма тяжелых расстройств кишечника как раз при этих опухолях. Наконец, и четвертый признак, — срединное положение опухоли, — столь же ненадежен, как и остальные.

Что касается других симптомов, каковы наличие болей, величина опухоли, быстрота ее роста и пр., то они также непостоянны, и в конце концов мы не имеем ни одного характерного признака описываемого заболевания, или, как остроумно говорит д-р Волков, „главный характерный признак болезни есть крайняя неопределенность и полиморфизм (или псевдоморфизм по кисте яичника, по блуждающей почке и пр.) ее очертаний. Все изменчиво, все подвижно“... Не без некоторого успеха в последнее время при разбираемых опухолях применяются подсобные диагностические методы в виде х-лучей с *pneumoperitoneum*'ом.

В недостаточной мере выяснена и этиология этих опухолей.

Прогноз данного заболевания всегда серьезный, — без оперативного лечения большинство больных погибает от различного рода осложнений, вызываемых основным страданием.

Хирургическое лечение кистовидных опухолей брыжжейки в прежнее время применялось в форме пункции кисты с высасыванием ее содержимого, иногда с последующей заменой его иодной настойкой. Этот способ современными хирургами, однако, оставлен, как с одной стороны рискованный, в виду возможности повредить при нем кишку или крупные сосуды, а с другой — ненадежный в смысле излечения. Правда, в одном случае *Reclus* повторял безнаказанно пункцию 5 раз; кроме того, известны 2 случая излечения болезни после пункции (у английских хирургов) и 2 — после впрыскивания в кисту иода (*Chavannes et Guyot*); но подобные случаи редки.

В случаях, где технически невозможно удаление кисты, пользуются методом вшивания ее стенки в брюшную рану (марсупиализация); но заживление при этом затягивается надолго (до года) и неизбежно заканчивается образованием грыжи. Вполне естественно отсюда стремление хирургов к более радикальному лечению, заключающемуся или в вылушении кист, — а тем более, конечно, плотных опухолей, — без резекции кишки, или в экстирпации опухоли с резекцией части кишки, интимно сросшейся с опухолью, а также той, питание которой нарушено вследствие перевязки сосудов.

Из 82 случаев килезных кист брыжжейки, собранных *Хомским*, удаление опухолей без резекции кишки было произведено в 15 случаях со смертностью в 33,3%, с резекцией — в 12 случаях с таким же % смертности и вылушение — в 11 случаях со смертностью в 18%. К этим случаям я позволю прибавить наблюдавшийся мною случай кровяной кисты брыжжейки поперечно-ободочной кишки.

Больная Ф., 17 лет, замужняя, крестьянка, русская, поступила в гинекологическое отделение Больницы 12/V, выписана 1/VI 1925 г. Больная среднего роста, астеника, питание ослаблено. Никаких заболеваний в детстве не помнит. Со стороны органов дыхания и кровообращения отклонения от нормы не отмечается, со стороны органов пищеварения — также. Менструирует с 14 лет по 4—6 дней, через 28 дней, безболезненно. Замуж вышла год назад и вскоре забеременела; беременность закончилась срочными нормальными родами живым плодом,

бывшими 4/V (8 дней назад). На втором месяце беременности больная упала с крыльца и после того ощущала боль внизу живота, скоро прекратившуюся. На пятом месяце беременности она подняла мешок пшена, после чего у нее появились боли в боках и затруднение дыхания. Одышка вскоре прошла, но живот начал быстро расти. После родов живот стал меньше, но незначительно. Больная сама отмечает у себя опухоль в животе, которая вызывает у нее незначительные боли.

При исследовании в брюшной полости больной определяется большая, яйцевидной формы, слегка флюктуирующая, с гладкими стенками опухоль. Опухоль расположена экстрамедиально, большей своей частью в правой половине брюшной полости; подвижность ее ограничена; верхний сегмент опухоли у мечевидного отростка, нижний спускается почти до безымянной линии; опухоль идет к правому предреберью; печень приподнята, между ней и опухолью перкуторно полоса тимпанита; над опухолью тупой звук. При бимануальном исследовании со стороны женских половых органов ничего патологического не найдено, связи опухоли с внутренними половыми органами не отмечается.

15/V под спинномозговой анестезией операция. Срединным разрезом, шедшим от мечевидного отростка к пупку, вскрыта брюшная полость. Опухоль оказалась кистой брыжжейки поперечно-ободочной кишки, которая была ею отеснена книзу. Опухоль пунктирована, и из ее полости удалено 7½ кило жидкости шоколадного цвета (старая разложившаяся кровь). После того листок брыжжейки вскрыт без повреждения крупных сосудов ее, шедших по нижней поверхности опухоли, и последняя сравнительно легко была целиком выделена. Вес ее 700,0. Избыток листка брыжжейки, не содержащий сосудов, резецирован, полость расположения кисты ушита, листки брыжжейки соединены узловыми швами. Питание поперечно-ободочной кишки, осмотренной тотчас после удаления кисты, нарушено не было. Брюшная стенка зашита наглухо. Послеоперационный период протекал нормально. На 8-й день сняты швы,—*prima intentio*. С 10-го дня больной разрешено ходить. а на 18-й день она была выписана домой.

Некоторые авторы кровяные кисты относят к лимфангиомам, кровянистое содержимое которых, по их мнению, является вторичным. Наuman собрал из литературы 35 случаев брыжжеечных и забрюшинных кист с кровянистым содержимым, причем в 11 из них отмечена травма, что, по всей вероятности, является этиологическим моментом и в нашем случае.

Перехожу теперь к описанию второго нашего случая.

Больная С., 26 лет, русская, крестьянка, поступила 9/V, оперирована 11/V, выписана 25/V 1925 г. Поступила она в Гинекологическое отделение Больницы с жалобами на опухоль в животе. Опухоль эту С. заметила 9 месяцев назад, будучи беременной на 3-м месяце. Во все время беременности опухоль, бывшая величиной с куриное яйцо, помещалась в правой подвздошной области и была мало подвижна. До родов, бывших за 3 месяца до поступления больной, опухоль, по словам пациентки, почти не увеличивалась, лишь после родов начался быстрый ее рост, и опухоль достигла величины головки ребенка. Никаких болевых ощущений опухоль больной не причиняла и не причиняет.

Больная среднего роста, хорошего питания, нормального сложения. Никаких болезней ни в детстве, ни в последующей жизни не отмечает. Менструирует с 17 лет, через 21 день, по 3 дня, без болей. 18-ти лет вышла замуж, была беременна 4 раза; все беременности кончились срочными родами, дети родились живыми; первые роды были на 20-м году, последние—3 месяца назад. При исследовании органы дыхания, кровообращения и желудочно-кишечный тракт оказались нормальными. В брюшной полости определялась неболезненная, плотная, гладкая, не флюктуирующая опухоль яйцевидной формы, с голову взрослого человека. Опухоль сильно подвижна во всех направлениях, и лишь кверху подвижность ее несколько ограничена (нижним сегментом опухоль спускается в тазовую полость). При бимануальном исследовании матка в антефлексии, небольшая, через задний свод прощупывается нижний сегмент опухоли, легко поднимающийся кверху. Распознана плотная опухоль яичника.

Операция под спинномозговой анестезией. Срединным разрезом от пупка к лобку вскрыта брюшная полость, причем тотчас же стало ясно, что опухоль исхо-

дит из брыжжейки тонких кишек от самого ее корня. Внутренние половые органы нормальны. Тонкие кишки на значительном протяжении тесно срослись с опухолью, располагаясь с ее левой стороны. Листки брыжжейки также были интимно срослись с опухолью, почему думать о вылучении последней совершенно не пришлось. Брыжжейка была перевязана под опухолью несколькими лигатурами. При отсечении опухоли случайно была поранена передняя стенка горизонтальной ветви 12-перстной кишки на протяжении меньше сантиметра; кишка была закрыта 2-ярусным швом и листком брыжжейки. Участок кишек, сросшийся с опухолью, резецирован и удален вместе с последней. Непрерывность кишечника восстановлена боковым анастомозом, отстоявшим от соесим на 6 сант. Брыжжейка сшита. Брюшная полость закрыта наглухо. К концу операции больная начала реагировать, и ей было дано 20,0 эфира. В послеоперационном периоде наблюдались задержка мочи в течение 2 суток, прошедшая после внутривенного вливания уротропина (5,0 40% раствора), и поносы с 7-го по 10-й день. Первые дни для задержания перистальтики больной давались опий и висмут. Т^о у больной все время была нормальна. На 8-й день сняты швы,—*prima intentio*. При пальпации в брюшной полости обнаружен продолговатой формы, подвижный, безболезненный инфильтрат на месте кишечного анастомоза. Больная выписана в хорошем состоянии.

Макроскопически опухоль была сплюсненной, яйцевидной формы, плотной консистенции; наибольший диаметр ее равнялся 23 сант., ширина—19 сант., толщина—10 сант. Длина удаленного участка кишки—220 сант. Вес опухоли с кишкой 1870,0. При микроскопическом исследовании опухоль оказалась фибромой с сильным развитием лимфатических пространств.

По повым собрано из литературы 28 случаев фибром. Из 24 больных, подвергшихся операции, 7 погибли от перитонита, шока и др. осложнений. В 10 случаях при операции была произведена резекция кишек на большем или меньшем протяжении (Weir—250 сант., Bernays—304, Storp—510 сант.) со смертностью 40%.

Заканчивая свое сообщение, позволю себе сделать следующие выводы: 1) мы не имеем ни одного симптома, характерного для новообразований брыжжейки, а вследствие этого диагностика этих новообразований чрезвычайно затруднительна; 2) хирургическое лечение, применяемое при них, является вмешательством весьма серьезным и дающим большой % смертности.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Волков. Нов. Хир. Арх., 1924.—2) Попов. Нов. Хир. Арх., 1925.—3) Хомский. Хир. Архив Вельяминова, 1912.—4) Зыков. Повреждения и заболевания брюшины. Русская Хирургия.—5) Кадьян. Опухоли брыжжейки. Русская Хирургия.

К оперативному лечению выпадений прямой кишки.

Зав. отделением **С. М. Эйбера** и зав. Патологической лабораторией
И. О. Ткаченко.

В настоящее время приняты две классификации выпадений нижнего отрезка кишечной трубки: французская, в основу которой положено различное участие слоев кишечной трубки в выпадении, и немецкая, основывающаяся формы выпадения на топографии выпавших частей по длине кишечной трубки. Первая различает 1) *prolapsus mucosae recti*, 2) *prolapsus recti completus* и 3) *prolapsus recti invaginati*, вторая — 1) *prolapsus ani*, 2) *prolapsus ani et recti*, 3) *prolapsus recti* и 4) *prolapsus recti invaginati*.

Возможно-ли выпадение, т. е., следовательно, выворот заднего прохода, или слизистой оболочки *recti* вместе с жомом? Такое явление не наблюдалось и теоретически не обосновано, выпадает лишь слизистая оболочка *ani* и вышележащего отрезка кишки, иногда на значительном протяжении. Точно также нет оснований разграничивать, как это делают немецкие авторы, *prolapsus ani et recti* от *prolapsus recti*, если под *prolapsus ani* понимать выпадение только слизистой оболочки заднего прохода, которая последовательно вовлекается в процесс при выпадении прямой кишки.

Таким образом правильнее было бы, по совету проф. Напалкова, различать две основных формы выпадения *recti*: 1) выпадение слизистой оболочки и 2) выпадение прямой кишки, относя инвагинацию *flexurae sigmoideae* к ее собственным заболеваниям. Выпадение слизистой оболочки наблюдается чаще всего со стороны заднего прохода, но далеко нередко выпадает слизистая и вышележащих частей кишки, иногда на значительном протяжении — до 12—15 сантиметров. Этиологическими моментами такого выпадения служат все те явления, которые способны вести к разрыхлению слизистой и особенно подслизистой ткани, нарушающему связь между слизистой оболочкой и подлежащим мышечным слоем. Сюда должны быть отнесены запоры, поносы, воспалительное состояние слизистой прямой кишки, геморрой, наконец, необходимо допустить и наследственную слабость связи между слизистой и мышечным слоем заднепроходной части кишечной трубки.

Патолого-анатомические изменения в случаях выпадения слизистой оболочки кишечной трубки складываются из серозно-слизистого катарра этой оболочки с серозным пропитыванием и мелкоклеточной инфильтрацией подслизистого слоя и то гиперпластическим разрастанием эпителия, то атрофией и уплощением его. Сосуды, главным образом вены, бывают расширены, стенки их местами склерозированы, местами пронизанная

венами ткань напоминает кавернозную, с большей или меньшей величины пространствами, выстланными эндотелием. Такие изменения со стороны сосудов свойственны преимущественно выпадению, сопровождающему геморрой.

Обычно выпадение происходит при дефекации под влиянием перистальтических движений кишки, давления со стороны каловых масс или давления на переднюю стенку кишки брюшных внутренностей. Значение последнего фактора подтверждается искусственным воспроизведением выпадения слизистой с определенными целями (среди рекрутов); что касается первого фактора, то участие его в происхождении проляпса прямой кишки подтверждается диагностическим методом Chassaignac'a, выворачивающего слизистую оболочку кишки помощью надутого воздухом резинового баллона. Так как перечисленные факторы повседневны, выпадение же прямой кишки представляет сравнительно редкое явление, то необходимо допустить, что они становятся производящими выпадение лишь при наличии предрасполагающих причин, к каковым надо отнести нарушение связи между слизистой и мышечным слоем кишки, вызываемое обычно предшествующими воспалительными заболеваниями, хотя не исключена возможность и врожденного рыхлого состояния подслизистой ткани. Наконец, считаем нелишним указать на значение состояния третьего сфинктера для выпадения ректальной мукозы. Нормальное состояние этого сфинктера не допускает смещения каловых масс в нижележащие участки кишки, и *ampulla recti* обычно пуста. Ослабление тонуса этого сфинктера, напр., под влиянием запоров, ведет к постоянному выполнению ампулы каловыми массами со всеми вытекающими отсюда последствиями: венозным застоем, воспалительными процессами, расстройством питания слизистой и разрыхлением подслизистого слоя.

Необходимо допустить, — и опыт это подтверждает, — что выпадение слизистой оболочки *recti* сплошь и рядом предшествует выпадению всех слоев прямой кишки. Вследствие этого, естественно, патолого-анатомические изменения, свойственные ректальному проляпсу, состоятся с одной стороны из описанной выше патолого-анатомической картины выпадения слизистой, а с другой — из изменений, локализирующихся в тех тканях и органах, от которых зависит нормальная топография прямой кишки, а именно, в мышечной трубке кишки, мышцах и фасциях тазового дна и подвешивающем прямую кишку аппарате. Мышцы тазового дна, — *m. levator ani*, *m. sacro-coccygeus* и *sphincter ani externus*, — особенно в далеко зашедших случаях, представляются бледными, дряблыми и истонченными. Гистологически в них обнаруживаются фиброматозные изменения, атрофия мышечных волокон, замещение их соединительной тканью, вследствие чего мышечная ткань вместо сплошных слоев представляется в виде разной величины пучков, прослоенных на значительном протяжении бедной сосудами фиброзной тканью. Истонченными, утратившими свой тонус представляются как мышечный цилиндр кишки, так и сфинктеры. Гистологически в *muscularis* кишечной стенки отмечаются те же атрофические явления и то же отсутствие непрерывности мышечных слоев вследствие пролиферации соединительной ткани, какие указаны выше для мышц тазового дна. Подвешивающий аппарат и в частности *fascia endopelvina*, *ligamentum recto-coccygeum*, брыжейка кишки и окружающая клетчатка представляются лишенными упругости, растянутыми, жировая ткань *cavi ischio-rectalis* — сильно атрофированною.

Таков анатомический субстрат, в условиях которого действуют этиологические моменты, вызывающие выпадение прямой кишки. Здесь так же, как и при выпадении слизистой, играют важную роль предрасполагающие причины. К причинам этим должны быть отнесены все те патологические процессы, главным образом воспалительные, которые ведут к растройству питания и к описанной выше патолого-анатомической картине и которые обнимают тазовое дно и кишку с ее связями. Кроме того, в выпадениях *recti* выступает, в качестве этиологического момента, еще один важный предрасполагающий фактор, именно, состояние пузыряно-(влагалищно-) прямокишечного пространства. Его низкое стояние и карманообразный вид, вместо щелевидного, имеют часто решающее значение. Этим обстоятельством и объясняется, между прочим, большая частота выпадения прямой кишки в детском возрасте. По мере развития мышц тазового дна, *fasciae endopelvineae* и тазовой клетчатки, дугласовы складки поднимаются все выше, и частота выпадения уменьшается. Что касается производящих причин, то сюда можно полностью отнести все то, что указано выше для выпадения слизистой, т. е. причины, связанные в конечном итоге с повышением внутрибрюшного давления: частые и сильные натуживания при поносах или запорах, частые роды, скопление жидкости в брюшной полости, опухоли в области малого таза, упорный кашель и пр.

Патогенез выпадения кишки, вследствие более глубоких, захватывающих все слои кишечной стенки изменений, менее сложен, чем патогенез выпадения только слизистой. Если в последнем случае требуется действие давления в двух направлениях—внутри кишечной трубки и на переднюю стенку ее, то для полного выпадения достаточно уже давления на переднюю стенку кишки, которая, впячиваясь в просвет, мало-по-малу увлекает с собой сначала боковые части кишки, потом и задние. При слабости жомов впяченная стенка кишки беспретятственно преодолевает сопротивление их и показывается снаружи заднего прохода. Из сказанного следует, что выпавшая передняя стенка *recti* представляет собою мешок, в котором заключены брюшные внутренности, прошедшие сквозь щель между краями *m. levatoris ani*. Другими словами говоря, мы имеем здесь прямокишечную грыжу с высланным брюшиной мешком и входными воротами.

Надо отметить, что далеко не во всяком случае разбираемого заболевания имеются налицо все патолого-анатомические изменения и анатомические соотношения, создающие предрасположение к выпадению. Здесь допустимы всевозможные комбинации, в которых в большей или меньшей мере участвуют одни из причин, как предрасполагающих, так и производящих, и отсутствуют или имеют второстепенное значение другие. Это обстоятельство необходимо иметь в виду, приступая к оперативному или другого вида врачебному вмешательству в отдельных случаях разбираемого страдания.

Многочисленность старых и вновь нарождающихся оперативных способов лечения данного страдания, разница в получаемых от них результатах, огромное число посвященных этому вопросу статей в хирургических и общемедицинских журналах, а также докладов в медицинских обществах и на съездах,—все это свидетельствует, что в разбираемом вопросе еще не сказано последнее слово,—что в нем имеются многие, еще не выясненные детали. В целях выявления наилучшего метода опе-

рации по поводу выпадений прямой кишки нами и было проработано 59 случаев этого страдания, проведенных оперативно и представляющих 0,9% всех стационарных больных отделения за последние пять лет (6,018 чел.).

Обычно в отделение поступали больные с выпадением прямой кишки, у которых был проведен курс той или другой консервативной—диетической или лекарственной терапии, причем только развившиеся резкие патолого-анатомические изменения, выведившие больных из строя их обычной жизнедеятельности, заставляли их искать оперативной помощи. В этих случаях хирург должен был вернуть кишку на ее прежнее место, укрепить ее в этом положении и восстановить тазовое дно. Изучив каждый из этих случаев в отдельности и всю их совокупность, мы могли по анатомическому субстрату, возрасту и полу больных распределить их следующим образом (см. таблицу I):

ТАБЛИЦА I.

№№ групп	Анатомич. субстрат	Возраст	Мужчины	Женщины	Дети	Итого
I	Слизистая заднего прохода	5—36 лет	18	3	5	26
II	Все слои прямой кишки	7—45 лет	9	2	3	14
III	Все слои прямой кишки и заднего прохода	8—33 г.	12	4	2	18
IV	Все слои прямой кишки и заднего прохода с увлечением вниз брюшины дугласова пространства .	35 лет	1	—	—	1
Итого от слизистой заднего прохода до брюшины		5—45 лет	40	9	10	59

Из указанной таблицы видно, что наибольшее число случаев падало на первую группу, ограничиваясь мукозой ani. При этом поражался преимущественно рабочий, цветущий возраст и мужчины. Выпадение существовало или как постоянное явление (в 11 случаях), или проявлялось лишь при повышении внутрибрюшного давления resр. сильных сокращениях брюшного пресса (в 48 случаях). В происхождении его играли главную роль: 1) ослабление мускулатуры тазового дна (роды, брюшной тиф, хроническая малярия)—в 16 случаях; 2) частые повышения внутрибрюшного давления (хронический бронхит, запор, стриктура уретры)—в 20 случаях; 3) воспалительные заболевания, острые и хронические (проктит, энтероколит, дизентерия, геморрой, свищ)—в 23 случаях. Длина выпадавшей части простиралась от 1 до 8 сантиметров, причем ущемления либо иных сопутствующих деструктивных изменений не было обнаружено ни разу. Ни в одном случае не было в нашем материале и глистных заболеваний. Важно зато отметить, что наличие геморроидальных узлов в течение 2—6 лет имело, повидимому, существенное значение в происхождении проляпса—вероятно, в зависимости от расслабления сфинктеров и хронического проктита; равным образом и хронические запоры зачастую (у нас в 33 случаях), создавая резкий венозный стаз и спо-

собствуя нарушению питания и развитию воспалительного процесса, оказывали влияние на анатомические слои прямой кишки и их взаимоотношения.

Применяя индивидуальный подход к выбору операции в наших случаях, мы применили, в зависимости от особенностей каждого данного случая, следующие 8 способов оперативного лечения ректального проляпса (см. таблицу II):

ТАБЛИЦА II.

№№ способов	Авторы способов	Суть способов	Показания (группы таблицы I)	Взрослые	Дети	Итого
1	Langenbeck	Радиарное прижигание до мышечного слоя термокаутером.	I	2	1	3
2	Mikulicz	Резекция прямой кишки	III	1	—	1
3	Ren-Delorme-Bier	Образование нового сфинктера за счет мышечных сборок . .	III, IV	4	—	4
4	Thiersch	Круговой проволоочный шов . .	I, II, III	7	4	11
5	Вакуленко	Аутопластика фасциальной пол- лоской	I, II, III	25	3	28
6	Hild	Ректококцигопексия	I, II	5	2	7
7	Janel	Колопексия	II, III	2	—	2
8	Kümmel	Фиксация к промоторию . . .	III	3	—	3

При этом нами применялись различные методы обезболивания (см. таблицу III).

ТАБЛИЦА III.

№№ способов	Местн. анэстезия	Спиналномозг. анэстезия	Ингаляц. наркоз
1	2	—	1
2	—	—	1
3	—	1	3
4	7	—	4
5	19	2	7
6	—	—	7
7	—	—	2
8	—	1	2
	28	4	27

Впечатления, вынесенные нами от отдельных способов, могут быть сформулированы так:

1. Способ Langenbeck'a технически очень прост: надо лапчатым пинцетом, как можно больше, вытянуть выпадающую слизистую, осушить

ее и прожечь четырьмя-шестью длинными полосами во всю длину выпадающей части.

2. Резекция по Mikulicz'у сложна, отнимает даже при хорошо развитой технике много времени и требует длительного заживления.

3. Операция Ren-Delorme-Bier'a легко выполняема и достаточно радикальна, причем тщательная высепаровка слизистой предохраняет при ней от разрыва и кровотечения.

4. Сужение анального кольца проволокой—способ крайне простой; послеоперационный период протекает здесь обычно гладко, хотя в 3 случаях образовались упорно державшиеся свищи, а в одном случае появились резкие боли при дефекации, для ликвидации которых пришлось проволоку удалить.

5. Аутопластическая фасциальная полоска дает, несомненно, лучший результат; операция по этому способу отнимает немного больше времени, чем при первом и четвертом способах, причем помощь двух ассистентов значительно облегчает работу.

6. Фиксация выпавшей прямой кишки к копчику 4—6 швами, проводимыми изнутри наружу к коже, в виду своей простоты, легкости и быстроты выполнения является предпочтительно показанною у детей.

7. Способ Janel'я не оправдал себя в виду скоро наступающего расслабления новообразованных операционных сращений.

8. Фиксация к промонторию за брыжейку наиболее физиологична, технически проста и дает наибольший процент стойких выздоровлений.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались нами, кроме описанных при четвертом способе, еще в 4 случаях, оперированных пятому и шестому способам, причем они состояли здесь в вялом вторичном заживлении. В остальных 52 случаях операции протекли вполне гладко. Интересуясь ближайшими (до 1 года) и отдаленными (от 2 лет) результатами операции, мы выяснили путем полученных анкет и писем от 19 оперированных, что наилучший эффект дали нам способы пятый, шестой и восьмой. Особенно хороших результатов можно ожидать от одновременного применения шестого и восьмого способов, при которых выпавшая кишка укрепляется у anus'a и поддерживается за брыжейку. В настоящее время указанную комбинацию можно считать, при разбираемом заболевании, методом выбора.

К современному положению вопроса об абдоминальном кесарском сечении *).

Профф. В. С. Груздева и А. И. Тимофеева (Казань).

Прошло несколько тысячелетий с тех пор, как операция абдоминального кесарского сечения, известная еще древним египтянам и вошедшая в законодательство римлян эпохи царей, стала применяться на мертвых. Прошло свыше 300 лет с тех пор, как Trautmann, в Виттенберге, впервые с успехом выполнил ее на живой (в 1610 г.). Прошло, наконец, уже несколько десятков лет с того времени, как, благодаря успехам антисептики и асептики, операция эта, подобно многим другим, из почти абсолютно-смертельной сделалась сравнительно-безопасной для матери. При таких условиях и при поистине колоссальной литературе, посвященной вопросу о кесарском сечении,—казалось бы, этот вопрос должен быть уже давно во всех деталях разрешенным, и в него не может быть теперь внесено никаких более или менее крупных новшеств.

Однако это далеко не так: на самом деле именно в новейшее время,—за последние 10—15 лет,—мы находим в данной области ряд существенных перемен. Одна из таких перемен касается круга применения кесарского сечения и показаний к нему. Перемена эта стоит в непосредственной связи с исходами данной операции как для плода, так и особенно для матери.

Как мы уже сказали, ранее операция эта была почти абсолютно-смертельной. Kayser ¹⁾ сообщает, что на 338 случаев кесарского сечения, опубликованных в печати за время с 1750 по 1839 г., имели смертельный исход для матери 62%; фактически, однако, процент этот был, вероятно, еще выше, так как и в то время авторы, подобно современным, имели склонность оглашать в печати преимущественно случаи, имевшие благоприятный исход; по Radford'у смертность матерей от кесарского сечения в Англии и Ирландии за время с 1738 по 1749 г. равнялась 73%; по данным Пономарева ²⁾ у нас в России операция эта до 1880 г. давала 81% смертности матерей; Stadfeld для Дании и Норвегии определяет ее, за прежние годы, в 95%, а Gueniot сообщает, что 40 случаев данной операции, имевших место в Париже за время перед 1870 г., все без исключения имели смертельный исход для матерей.

Немудрено, что многие выдающиеся акушеры XVIII и первой половины XIX века смотрели на операцию кесарского сечения, как на убийство, а Sacombe (1750—1822) основал даже специальную лигу

*) Сообщено на VIII Всесоюзном Съезде Акушеров и Гинекологов в Киеве.

¹⁾ Этого и след. авторов прив. по Döderlein'у, Geburtshilfliche Operationslehre, 1925.

²⁾ Труды Омского Мед. Института, вып. 2.

для борьбы с этой операцией. Понятно также, почему в эту эпоху круг применения последней был крайне ограниченным,—кесарское сечение на живой применялось лишь в единичных, исключительных случаях, обыкновенно при таких сужениях таза, при которых извлечение даже уменьшенного в объеме плода *per vias naturales* оказывалось невозможным.

Положение вещей стало иным с тех пор, как, благодаря изменениям, введенным в технику кесарского сечения сначала Porro (в 1875 г.), потом Saenger'ом (в 1882 г.), главным же образом—благодаря введению в оперативную практику правил сначала Lister'овской антисептики, затем асептики, опасность кесарского сечения, как и большинства других операций, стала быстро уменьшаться. По статистике Пономарева за 10-летие с 1881 по 1890 г. смертность после этой операции понизилась у нас—валовая до 49,3%, а редуцированная—до 16,4%, за последнее же десятилетие прошлого столетия—валовая до 17,6%, а редуцированная—до 7,2%. На Западе у отдельных авторов, напр., у Leopold'a, эти цифры уже в прошлом столетии были еще более низки. Вместе с этим расширился и круг применения данной операции: последняя стала применяться не только по абсолютным показаниям, как прежде, но и по относительным, особенно взамен таких операций, как прободение головки живого плода. У нас впервые в защиту такого расширения показаний для кесарского сечения выступил покойный проф. А. И. Лебедев ³⁾ в 1886 г.

Несмотря на столь резкое понижение смертности после кесарского сечения, прежний вековой страх акушеров перед этой операцией до последнего времени держался, и показания к ней ставились неслишком широко, а условия соблюдались более или менее строго. Среди этих условий большинством авторов требовались наличие живого плода и отсутствие каких-либо признаков септической инфекции, главным образом лихорадки, некоторые же авторы в числе таких условий ставили еще наличие целого плодного пузыря и неприменение влагалищного исследования роженицы. Что касается показаний, то в качестве таковых большею частью выдвигались: сужения таза, опухоли полового канала и рубцовые сужения рукава, не допускавшие рождения живого, доношенного плода *per vias naturales*, эклампсия, *placenta praevia*, выпадение пуповины,—реже, лишь в отдельных случаях, такие осложнения родов, как *hydramnion* (у нас Муратов ⁴⁾), запущенное поперечное положение плода (Грамматикати ⁵⁾), Потеев ⁶⁾), бывшая ранее вентрофиксация (Губарев ⁷⁾) и т. п. При таких условиях и показаниях число случаев, где применялось кесарское сечение, было в родовспомогательных учреждениях хотя и гораздо больше прежнего, но все же относительно не так велико,—оно определялось лишь несколькими десятками процента по отношению к общему числу родов. В Казанской Акушерско-Гинекологической клинике за время с 1900/1 по 1914/5 уч. год оно равнялось, напр., всего 0,22% (мы имеем здесь в виду, как и вообще во всем на-

³⁾ Доклад в Обществе Русских Врачей в Петербурге, отч. во «Враче» за 1886 г.

⁴⁾ Журн. Акуш. и Жен. Б., 1911.

⁵⁾ Русский Врач, 1911.

⁶⁾ Журн. Ак. и Жен. Б., 1916.

⁷⁾ Медицина, 1895.

стоящем сообщении, лишь абдоминальное кесарское сечение, притом т. наз. большое, т. е. производимое в последние 3 месяца беременности, когда плод является жизнеспособным).

За последнее десятилетие, с дальнейшей разработкой техники кесарского сечения, — введением внебрюшинного кесарского сечения, цервикального и вообще низкого разреза матки при этой операции, операции Portes'a и пр., — разбираемая операция сделалась еще более безопасной: смертность после нее определяется одними авторами (Benthin⁸⁾) от 3 до 5%, другими еще ниже — в 2% (Miller⁹⁾) и даже меньше. У нас, по статистике Пономарева, за время с 1901 г. смертность от кесарского сечения упала — валовая до 7%, а редуцированная — до 1,7%. Конкурировавшие одно время с кесарским сечением тазорасширяющие операции, — симфизотомия и гебостеотомия, — после некоторой борьбы сошли со сцены. Вряд ли большой успех можно предсказать и столь шумевшим в последнее время Kjelland'овским щипцам. В виду всего этого круг применения операции кесарского сечения в настоящее время как у нас в России, так и за границей значительно расширился. В Томской клинике, напр., процент кесарских сечений по отношению к общему числу родов, по Сердюкову¹⁰⁾, доходит до 2; Schweizer¹¹⁾ на XX С'езде Немецких Гинекологов в Бонне, в 1927 г., сообщил, что в Лейпцигской клинике кесарское сечение на 7070 родов было произведено 236 раз, т. е. в 3,3%; Mosher¹²⁾ сообщает, что в Бостонском Родильном Доме на 1.123 родов было 92 кесарских сечения, т. е. 1:12, а в Jefferson-Hospital'e, в Филадельфии, в 1924 г. на 362 родов — 55 кесарских сечений, т. е. 1:6!

Соответственно расширились, конечно, у современных акушеров и показания к кесарскому сечению. Клиника Walthard'a¹³⁾, в Цюрихе, считает, что операция эта показана при всех угрожающих жизни матери или плода осложнениях беременности и родов, где почему-либо невозможно немедленное разрешение per vias naturales. Sellheim, проводя на Боннском С'езде Германских Гинекологов мысль, что анатомические методы диагностики узкого таза должны уступить место функциональным, полагает, что, если у первородящей женщины вначале родов или в конце беременности головка плода не стоит глубоко в тазу и не может быть втолкнута туда легким нажатием, или если у многородящей после раскрытия маточного зева и отхождения вод головка все еще стоит высоко, и пробная импрессия не дает результатов, — роженица должна быть направлена в клинику, т. е. другими словами говоря, возникает вопрос о „Schnittentbindung“. Schiffmann и Martius, по Benthin'y, рекомендуют широко применять кесарское сечение с профилактическими целями. Schweizer отмечает, что в 61% тех случаев, где в Лейпцигской клинике было произведено кесарское сечение по поводу сужений таза, по прежним показаниям эта операция не должна была бы иметь

⁸⁾ Halban und Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. VIII, T. 2.

⁹⁾ Amer. Journ. of obstetrics, 1925, v. X.

¹⁰⁾ Моск. Мед. Журн., 1927, № 8.

¹¹⁾ Arch. f. Gyn., Bd. 132.

¹²⁾ Surgery, gyn. and obst., 1927, v. XLV, № 5.

¹³⁾ Frey, докл. в Gyn. Gesel. d. deutsch. Schweiz, отч. в Zentr. f. Gyn., 1926, № 48.

место. У Lewes'a ¹⁴⁾ в числе показаний к кесарскому сечению довольно часто (в 23 случаях из 170) фигурирует затяжное течение родов при нормальном тазе. Broich ¹⁵⁾ в числе показаний к этой операции в своем материале отмечает тазовые предлежания плода, преждевременный разрыв плодного пузыря и слабую родовую деятельность матки. Benthin упоминает, что среди таких показаний у современных акушеров можно встретить поперечные, липевые и лобные предлежания, а Miller — что в этом числе фигурируют астма, эпилепсия, артрит, варикозные расширения вен и т. п. Kerr ¹⁶⁾ справедливо говорит, что теперь нет решительно ни одного акушерского осложнения, которое не служило бы показанием для кесарского сечения.

Наряду с расширением показаний замечается у представителей современного акушерства и ясная тенденция к расширению условий, необходимых для этой операции. У нас Грамматикати, в Германии Körner и др., применяя кесарское сечение в случаях запущенного поперечного положения, не считают жизнь плода *conditio sine qua non* для этой операции. Многие новейшие авторы, далее, склонны не ограничивать круг применения последней лишь „чистыми“ случаями, а применяют ее, — и притом не только в форме операции Porro, операции Portes'a и т. п., но и в обычных формах, — и в сомнительных, даже в заведомо инфицированных случаях. Frey, сообщая в Гинекологическом Обществе Немецкой Швейцарии материал Walthard'a, обнимающий 200 случаев кесарского сечения с 5% смертности матерей, подчеркивает, что операция эта применялась независимо оттого, лихорадила роженица, или нет, цел был пузырь, или разорван, подвергали роженицу внутреннему исследованию *per vaginam*, или не подвергали. Benthin в своей монографии о кесарском сечении, помещенной в известном руководстве Halban'a и Seitz'a, указывает, что прогноз цервикального интраперитонеального кесарского сечения не так уж плох и в „нечистых“ случаях, и в доказательство ссылается на статистику Voigt'a, где из 76 случаев такого рода операция лишь в 2-х имела смертельный исход. Он же приводит в своей монографии мнение Küstner'a, согласно которому кесарское сечение (экстраперитонеальное) может быть производимо и в инфицированных случаях. Встречаются описания подобных случаев, с благоприятным исходом операции, и в русской литературе, — укажем, в качестве примера, хотя бы на сообщение Шевалдышевой ¹⁷⁾. Наконец, у современных акушеров имеется, по Döderlein'у, тенденция не ограничивать производство кесарского сечения и условиями обстановки, — некоторые из них считают возможным производить эту операцию, притом не только по абсолютным, но и по относительным показаниям, и вне больниц, на дому. Короче говоря, в отношении кесарского сечения в настоящее время наблюдается нечто подобное тому, что когда-то было в Oslander'овской школе по отношению к щипцам (как известно, Oslander накладывал последние в 40% всех родов).

Спрашивается: рационально-ли такое отношение к кесарскому сечению? Соответствует-ли оно принципам современной медицины вообще

¹⁴⁾ Surgery, gynec. and obst., 1926, juni.

¹⁵⁾ Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXIII, H. 1—2.

¹⁶⁾ По Benthin'у, о. с.

¹⁷⁾ Тр. Московского Ак.-Гин. Общ., 1923.

в современного акушерства в частности, а равно интересам с одной стороны матери, с другой плода?

Не подлежит сомнению, что, раз смертность от кесарского сечения упала до столь низких цифр, как это мы видим теперь, то уже в силу одного этого обстоятельства круг применения его и может, и должен быть расширен, и в своей клинической деятельности мы являемся сторонниками такого расширения: с 1900/1 по 1914/5 уч. г., т. е. в первые 15 лет заведывания первого из нас Акушерско-Гинекологическою клинкою Казанского Университета, кесарское сечение производилось здесь, как уже упомянуто, всего в 0,22% общего числа родов (за этот период на 3632 родов было всего 8 случаев этой операции¹⁸⁾, за последние же 13 лет (с 1915/6 по 1 мая тек. г.) процент этот возрос до 1,17, т. е. увеличился вчетверо (24 кесарских сечения на 2042 родов); в клинике Казанского Института для усов. врачей за время ее существования, с 1922 по тек. год, процент этот равнялся 0,66 (27 случаев на 4082 родов). Несомненно, далее, что идеал акушерской помощи—сохранять жизнь и здоровье не только матери, но и плода.

Однако, с другой стороны, едва-ли можно всерьез утверждать, что интересы матери и не родившегося еще плода совершенно равноценны. Что бы ни говорили защитники этого взгляда,—сама жизнь властно диктует противоположное, и нам, гражданам Советского Союза, это яснее, чем кому-либо. Не надо забывать затем, что роды представляют собою физиологический акт, в громадном большинстве случаев совершающийся силами природы: вспомним Денгап'а (1733—1815) с его 0,13% родов, потребовавших для своего окончания оперативного вмешательства. Правда, эти „физиологические“ роды, если особенно относить к ним, как то делают многие авторы, и роды в липевом, тазовых и пр. предлежаниях, дают большой процент мертворождений, но ведь и кесарское сечение, несмотря на весь прогресс современного акушерства, до сих пор остается вмешательством далеко небезразличным как для здоровья, так и для самой жизни женщины. Даже та небольшая смертность, какую получают от него современные акушеры, все же выше смертности, какую дают нормальные роды. Кроме того, далеко не у всех авторов, как свидетельствуют литературные данные, смертность матерей и в настоящее время так мала, как это указано выше. Здесь все зависит оттого, насколько склонен данный автор к расширению условий и показаний к данной операции, а также—включает-ли он в свою статистику, и в каком числе, случаи операции Рогго, случаи опорожнения беременной матки с последующей экстирпацией ее по поводу рака шейки и пр. В нашем материале, где процент таких случаев был довольно высок (свыше 15), а условия и показания к кесарскому сечению за последнее время, как мы видели, были значительно расширены, валовая смертность матерей равнялась 11,8%, а редуцированная—6,8%. Далее, остающийся после этой операции рубец на животе безобразит женщину и не так редко служит исходным пунктом тягостных грыж. Послеоперационный период даже при современном строгом проведении правил асептики очень часто,—в 20—33% при цервикальном кесарском сечении и в 55% при классическом, по Holland'у¹⁹⁾,—протекает лихорадочно. В связи с этим

¹⁸⁾ Н. И. Горизонтов, М. С. Малиновский и А. И. Тимофеев. Сборник работ, посв. проф. В. С. Груздеву, Петр., 1917—1923.

¹⁹⁾ Прав. по Benthin'у.

после данной операции очень часто развиваются сращения матки с передней брюшной стенкой, сальником и кишками, ведущие впоследствии к болям, *ileus*'у, ограничению физиологической подвижности матки etc. Особенно часто сращения эти имеют место после корпоральных кесарских сечений с разрезом передней маточной стенки по Saenger'у (здесь по Сердюкову, процент их колеблется от 50 до 80), а еще чаще—с донным разрезом по Fritsch'у. Утрачивая иногда, благодаря сращениям с передней брюшной стенкой, свою физиологическую подвижность, матка после кесарского сечения нередко утрачивает и прочность своих стенок, что сказывается на течении последующих беременностей и родов. Правда, исследования у нас Кельбера²⁰⁾, заграничей Guérin'a-Valmale'a и Caudière'a²¹⁾, Audebert'a (по Benthin'у) и мн. др. свидетельствуют, что после разрезом матки может в дальнейшем наступать полная *restitutio ad integrum* миометрия, но, с другой стороны, многочисленные наблюдения показывают, что у женщин, подвергавшихся кесарскому сечению, при последующих беременностях и родах весьма нередко имеют место разрывы матки. Holland²²⁾ для классического кесарского сечения определяет эту частоту в 4% общего числа операций и в 25% родов после операции, предоставленных собственному течению; Couvelaire, по Гусакову²³⁾, определяет ее в 14%, а Audebert— в 6%. Положим, частоту этих осложнений можно значительно понизить путем изменения техники операций,—при внебрюшинном кесарском сечении, напр., число последовательных сращений, по Meissner'у²⁴⁾, понижается до 11% против 68,5% при трансперитонеальном; резко понижается оно и при цервикальном кесарском сечении; число разрывов матки при последующих беременностях и родах после цервикального и вообще низкого разреза матки также значительно падает,—по Wettenwald'у до 0,3% общего числа операций и 3% родов,—но все же совершенно избежать этих осложнений ни при какой технике не удастся, и это делает кесарское сечение,—даже, повидимому, вполне благополучно перенесенное женщиною,—далеко небезразличным для ее последующего здоровья и трудоспособности. А здоровье,—не говоря уже о жизни,—женщины и ценится, и всегда будет цениться, повторяем, выше жизни еще не родившегося плода. Да и операция кесарского сечения не всегда с абсолютною верностью гарантирует появление на свет живого ребенка,—и в настоящее время она дает известный процент смертности детей, правда, небольшой, в среднем колеблющийся, по Döderlein'у, около 4%. С другой стороны те осложнения родового акта, при которых в настоящее время столь охотно прибегают к операции кесарского сечения, вроде незначительных сужений таза, лицевых, тазовых и пр. предлежаний плода, первичной слабости родовых сокращений матки и т. п., в значительном большинстве случаев не мешают благоприятным исходам родов для матери и ребенка, или влияние их на родовой акт может быть устранено при помощи других, менее невыгодных для матери, видов акушерской помощи.

²⁰⁾ Дисс., СПб., 1897.

²¹⁾ Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1924. № 9.

²²⁾ Brit. med. journ., 1921. p. 519.

²³⁾ Врач. Газ., 1927, № 13—14.

²⁴⁾ Inaug.-Diss., Breslau, 1926.

Сопоставляя все это, мы, подобно большинству современных авторов, должны придти к тому выводу, что, хотя круг применения кесарского сечения в настоящее время и может быть значительно расширен, однако это расширение не должно переходить известных границ. Другими словами говоря, для этой операции должны быть выработаны определенные, вполне соответствующие современному положению дела показания, которых и должны строго придерживаться акушеры в своей практике. Установка этих показаний и должна быть одною из основных задач настоящего съезда. Со своей стороны на основании как личного опыта, так и данных, имеющихсся в литературе, мы наметили бы, согласно схеме Schiffmann'a²⁵⁾, следующие показания к производству кесарского сечения.

На первом месте среди них должны быть поставлены механические препятствия, которые делают или вообще невозможными роды доношенного плода (абсолютные сужения), или не допускают рождения живого плода *per vias naturales* (относительные сужения). Сюда главным образом относятся сужения костного таза, затем следуют опухоли мягких частей родового канала и соседних органов, рубцовые сужения на протяжении родовой трубки и другие более редкие моменты. В нашем материале по поводу сужений таза кесарское сечение было произведено в 35 случаях из 59, т. е. в 60%, а по поводу рубцового сужения рукава—1 раз. Наиболее трудными в смысле установки показаний к операции являются здесь случаи, где степень механического несоответствия между родовым каналом и объектом родов сравнительно незначительна, и роды *per vias naturales* с благоприятным исходом для матери и плода являются лишь мало вероятными. В отношении операции кесарского сечения в подобных случаях („профилактическое кесарское сечение“) мы придерживаемся того мнения, что у повторно рождающей женщины, имевшей уже роды, законченные неудачными щипцами или перфорацией, при желании ее иметь живого ребенка мы должны приступать к кесарскому сечению немедленно с началом родов, у перворождающей же—лишь после того, как наблюдение за течением родового акта обнаружит несостоятельность родовой деятельности.

Во вторую группу принятой нами схемы Schiffmann'a входят случаи, в которых кесарское сечение показано в целях исключения родового акта, как такового. Наиболее важным в практическом отношении показанием в этой группе является *placenta praevia*. При решении вопроса о том, нужно-ли при этом осложнении в данном случае прибегать к кесарскому сечению или нет, решающими моментами для нас являются не столько форма предлежания последа, сколько сила и опасность кровотечения и анатомические отношения со стороны маточной шейки. Жизнеспособность плода *caeteris paribus* также должна здесь приниматься во внимание, хотя в известных случаях в интересах матери мы считаем операцию показанной и при нежизнеспособном или мертвом плоде (у нас из 7 случаев кесарского сечения по этому показанию мертвый плод был извлечен в одном; мать погибла тоже в одном случае—от острого расширения желудка). В эту же группу показаний мы относим случаи рака маточной шейки, в которых мы считаем показанными—в операбельных

²⁵⁾ Zentr. f. Gyn., 1921, N. 42.

случаях кесарское сечение с последующей расширенной экстирпацией матки, в неоперабельных—кесарское сечение с последующей радиотерапией (у нас было 2 подобных случая, в обоих сначала произведено было кесарское сечение, причем извлечены живые плоды, а затем сделано полное удаление матки с благоприятными исходами для матерей). Следующим важным показанием к кесарскому сечению служит в данной группе наличие недавно зашитых мочевого свищей (в нашем материале был один такой случай), а также пороки сердца с явлениями декомпенсации. Исключительно в интересах плода в некоторых случаях операция могла бы быть показанной при выпадении пуповины. Как более редкие показания к кесарскому сечению, могли бы быть в этой группе указаны значительно развитые варикозные узлы во влагалище и наружных половых частях, острый отек вульвы и угрожающий разрыв матки. Наоборот, поперечные положения плода, как таковые, а равно тазовые и лицевые предлежания, гидрамнион и первичную слабость родовой деятельности мы не считали бы возможным всегда видеть в числе показаний к кесарскому сечению.

К третьей группе случаев, в отношении показаний, могут быть отнесены все те случаи, где в интересах матери требуется немедленное прерывание беременности в последние месяцы ее развития. Здесь в первую очередь должна быть поставлена эклампсия. Полагая, что кесарское сечение является наилучшим способом быстрого прерывания беременности при эклампсии, мы все же прибегаем к нему немедленно лишь в наиболее тяжелых случаях, обычно же сначала пытаемся прекратить припадки при помощи консервативного лечения наркотиками и кровопусканием (из 9 случаев нашего материала, где абдоминальное кесарское сечение было предпринято по поводу эклампсии, у 7 больных припадки после него прекратились, и больные выздоровели, из 2 же погибших у одной на вскрытии был обнаружен цистичерк мозга, а у другой—объемистая эндотелиома мозга; из детей были извлечены мертвыми двое, погибших, повидимому, до операции). Из других показаний этой группы отметим нефрит, изредка пиелит, еще раз пороки сердца (в нашем материале был один подобный случай, где операция, по требованию терапевтов, была произведена по этому показанию с благоприятным исходом для матери и плода), преждевременную отслойку плаценты, сидящей на нормальном месте. Такие заболевания, как эпилепсию, артрит и т. п., мы, как правило, не считали бы показывающими кесарское сечение, хотя здесь, как и везде, приходится индивидуализировать, и нам самим по настоянию невропатологов пришлось прибегнуть к операции на VIII месяце беременности в одном случае эпилепсии, припадки которой до операции повторялись с угрожающей частотой, после же нее совершенно прекратились.

Наконец, в особую группу показаний по схеме Schiffmann'a выделяются те случаи, где операция производится в целях исключения предполагаемых опасностей для плода („профилактические“ показания). Эта группа дает наибольшую возможность крайнего расширения круга применения кесарского сечения. В отношении случаев сужения таза мы по вопросу о профилактическом применении кесарского сечения уже высказались выше. Здесь мы считали бы необходимым особенно подчеркнуть, что непременным условием для производства подобных операций

должна быть безупречность случая в смысле асептичности. Не будучи сторонниками беспредельного расширения показаний к кесарскому сечению, мы полагали бы, что именно для данной группы случаев особенно должен быть использован весь опыт акушера при индивидуальном подходе к каждому случаю, причем регламентировать совершенно точно показания данной группы нет возможности. В нашем материале мы могли бы указать два случая этого рода,—в одном операция была сделана при лицевом предлежании с выпадением ручки, в другом кесарское сечение было предпринято при косом положении плода у 42-летней первороженницы с очень ригидными мягкими частями.

Наряду с выработкой показаний к данной операции должны быть выработаны и условия, позволяющие ее выполнение. Для большинства случаев ее таким условием является наличия живого и жизнеспособного плода, хотя иногда, как мы уже говорили, в интересах матери ее приходится применять и при заведомо мертвом плоде, притом даже в случаях, где нет абсолютного сужения таза. Во многих случаях при установке показаний к кесарскому сечению приходится считаться и с желанием матери непременно иметь живого ребенка, хотя иной раз это желание и может обойтись женщине очень дорого. Если не считать уже упомянутого нами случая смерти экламптики, страдавшей цистицерком мозга, то единственный раз кесарское сечение в Казанской Университетской клинике имело смертельный исход именно в одном подобном случае: в этом случае роженица с относительным сужением таза, у которой в матку неоднократно был вводим кольпелринтер с целью вызвать преждевременные роды, и которая начала уже слегка лихорадить, несмотря на все предупреждения, настоятельно требовала кесарского сечения с целью получить живого ребенка; последний действительно был у ней извлечен, путем кесарского сечения с донным разрезом матки по Fritsch'y, живым, но мать через несколько дней погибла от септического перитонита.

Подобные случаи заставляют многих авторов в качестве *conditio sine qua non* для данной операции выставить отсутствие признаков инфекции полости матки и ее содержимого у роженицы. Впрочем большинством соблюдение этого условия признается необходимым лишь для определенных модификаций кесарского сечения, именно, для т. наз. классического кесарского сечения. Напротив, модификации Porro, Portes'a и Lestoquoу применяются именно в инфицированных случаях. Для инфицированных и подозрительных случаев Döderlein, Küstner и др. считают подходящим и экстраперитонеальное кесарское сечение, хотя другие авторы,—и не без основания,—находят, что клетчатка является не более, а менее устойчивой против септической инфекции, нежели брюшина, почему, как у нас, напр., Черкасов²⁶⁾, признают и для подобных случаев более уместным трансперитонеальное кесарское сечение, особенно шеечное.

Последним существенным условием для данной операции является надлежащая обстановка, и совершенно прав, по нашему, Döderlein, вооружаясь против стремления некоторых из современных акушеров производить ее на дому; лишь отдельные случаи наличия абсолютных

²⁶⁾ Журн. Акуш. и Ж. Бол., 1927, кн. 6.

показаний к кесарскому сечению могут представлять в этом отношении редкое исключение.

Кроме значительного расширения показаний и условий для абдоминального кесарского сечения существенные перемены внесены, в новейшее время, в эту область и со стороны обезболивания. Раньше с целью обезболивания при этой операции применялся обычно ингаляционный наркоз — хлороформный и эфирный. Но всем известно, как сравнительно-часто при этом наркозе у наркотизируемых еще до полного усыпления наблюдаются приступы асфиксии, требующие применения искусственного дыхания. При операциях на беременной эти приступы не могут не отражаться на плоде, и, несомненно, значительная часть смертности и глубоких асфиксий плода при кесарском сечении падала именно на долю наркоза; были подобные случаи и у нас, когда мы применяли при данной операции ингаляционный наркоз. В виду этого понятно, почему именно при данной операции особенно широкое применение нашли себе, в новейшее время, способы местного обезболивания. Одно время акушеры для этой цели охотно пользовались люмбальной анестезией, которую и мы применили в 5 случаях своего материала; но смертельные случаи, бывшие от нее в практике *Jaschke*, *Wagner'a*, *Fischer'a* и др., заставили многих отказаться от нее, и люмбальная анестезия была вытеснена инфильтрационной анестезией. Из немецких авторов в пользу применения последней при кесарском сечении высказываются *Freu*, *Labhardt*, *Hamm*, *Waldstein* и др., причем некоторые из них, как *Labhardt*, советуют применять ее только до момента извлечения плода, а потом, в случае нужды, прибегать к ингаляционному наркозу эфиром. Испытав местную инфильтрационную анестезию в 6 случаях кесарского сечения, мы также убедились в преимуществах этой формы обезболивания как для матери, так и особенно для плода, и в настоящее время принципиально применяем при данной операции инфильтрацию тканей $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ % раствором новокаина. Особенно удобным с технической стороны проведение инфильтрационной анестезии оказывается при трансперитонеальном цервикальном разрезе, где вполне достаточно оказывается подбрюшинная инфильтрация переднего дугласова кармана. Лишь для тех случаев, где кесарское сечение производится по поводу эклампсии, уместно сохранить для него хлороформирование. В интересах плода мы избегаем при кесарском сечении также впрыскиваний морфия и т. п. средств, к которым охотно прибегаем при других операциях.

Третье существенное нововведение, которое мы встречаем в разбираемой области за последние годы,—это дальнейшее усовершенствование техники кесарского сечения. Уже в 1906 г. *Holzapfel* насчитывал не менее 16 различных технических модификаций его. После того был предложен целый ряд новых модификаций, преимущественно с целью сделать данную операцию более безопасною и в инфицированных случаях. В виду известных исследований *Ahlfeld'a*, *Küstner'a*, *Krönig'a* и др.,—исследований, свидетельствующих, что главным источником опасности в этих случаях является загрязнение брюшной полости инфицированным содержимым плодного яйца, модификации эти направлены к тому, чтобы изолировать полость брюшины от излившейся при вскрытии матки и амниотической полости околоплодной жидкости. С этою целью *Fournier* предложил удалять плодное яйцо из матки целиком, не вскрывая

его,—способ, недостатки которого слишком очевидны, чтобы на них останавливаться, хотя он и был поддержан у нас на VI Всесоюзном Съезде Акушеров Благоволиным²⁷⁾. Lüthy, в прениях по докладу Frey'a в Гинекологическом Обществе Немецкой Швейцарии, высказался²⁸⁾ в пользу того, чтобы перед вскрытием матки удалять околоплодную жидкость через прокол, при помощи особой помпы. В самое последнее время Черепяхин²⁹⁾ советует, чтобы защитить брюшную полость от загрязнения околоплодной жидкостью, после извлечения матки защищать ее особым резиновым чехлом и через него проводить разрез (донный по Fritsch'y). В 1908 г. Sellheim³⁰⁾, осуществляя идею, высказанную еще в 1854 г. Pillore'ом, предложил после вскрытия брюшной полости пришивать париетальную брюшину передней стенки живота к периметрию и, лишь изолировав таким образом брюшную полость, разрезать матку, причем рана последней после извлечения плода и других частей плодного яйца на известное время остается незащитой. Подобный же метод кесарского сечения, по Сердюкову, был предложен во Франции Lestouy. Наибольшее, однако, распространение получила в заведомо инфицированных случаях модификация кесарского сечения, предложенная в 1924 г. Portes'ом³¹⁾, при которой выведенная из брюшной полости матка после опорожнения ее и зашивания разреза не погружается обратно, а на известное время,—от 20 до 30 дней,—оставляется снаружи и лишь потом погружается в полость брюшины (временная экстернизация матки); модификация эта была у нас в одном случае применена Бубличенко, который убедился в пригодности ее для инфицированных случаев.

Именно для инфицированных и вообще „нечистых“ случаев Sellheim, Küstner и некоторые другие авторы считают, как мы уже говорили, особенно подходящую экстраперитонеальную модификацию кесарского сечения, основываясь как на клинических данных, так и на исследованиях Baisch'a, свидетельствующих о том, что клетчатка более устойчива против септической инфекции, чем брюшина. Другие, как Köstlin, Banister, Walther, Franz, думают, что и в „нечистых“ случаях выгоднее оперировать трансперитонеально, так как брюшина, благодаря своей способности к осумковыванию, может лучше противостоять инфекции, чем клетчатка; кроме того, экстраперитонеальная модификация,—как в этом, между прочим, убедились и мы,—на основании, правда, лишь 2 случаев,—технически труднее трансперитонеальных методов, сопряжена с большей опасностью повреждения мочевого пузыря и крупных сосудов, да и провести операцию строго-экстраперитонеально зачастую оказывается невозможным: в $\frac{1}{4}$ всех случаев данной модификации, по Benthin'y, получаются надрывы брюшины (такой надрыв, между прочим, получился в одном случае и у нас).

Из трансперитонеальных способов кесарского сечения некоторые акушеры, как Walther, даже для „нечистых“ случаев, не говоря уже о „чистых“, предпочитают разрез в области верхнего сегмента ма-

²⁷⁾ Отч. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1924, № 3—4.

²⁸⁾ Отч. Zentr. f. Gyn., 1926, № 48.

²⁹⁾ Мед. Мысль, т. IV, кн. 3—5.

³⁰⁾ Бубличенко, Гин. и Ак., 1927, № 3.

³¹⁾ Gynécologie et obstétrique, 1924, № 4.

точного тела, корпореальный. II в нашем материале имеется один случай корпореального кесарского сечения с разрезом по Frisch'y, где операция имела благоприятный исход для матери и плода, хотя она была предпринята после безуспешных попыток извлечь ребенка высокими щипцами. Значительное большинство современных авторов, однако, решительно склоняется в пользу разреза в области маточной шейки или нижнего сегмента, вообще в пользу „низкого“ кесарского сечения, впервые предложенного еще Oslander'ом в 1805 г. При этой модификации проще техника, меньше кровотечение, уменьшается опасность инфекции брюшной полости,—благодаря изолированию ее от излияния больших количеств околоплодной жидкости, легче последующее зашивание маточной раны, последняя после зашивания ставится в лучшие условия заживления,—во-первых, потому что вследствие меньшей толщины ее краев напряжение раневого секрета меньше, во-вторых, потому, что, вследствие отсутствия активной сократительности мышц и менее резко выраженным процессам обратного развития, наложенные на нее швы менее повреждаются,—более удобна и совершенна перитонизация маточной раны в виду большей подвижности брюшины в этой области, гораздо реже, как уже было сказано выше, в дальнейшем образуются брюшинные сращения, при последующих беременностях в гораздо меньшем проценте получают разрывы матки, и, наконец, место прикрепления плаценты при этом остается интактным. В виду всех этих преимуществ „низкое“ кесарское сечение и признается теперь операцией выбора и для „чистых“, и для сомнительных случаев как русскими авторами (Черкасов, Гусаков, Пальмов и др.), так и заграничными (Schweitzer, Grönig, Menge, Huber и мн. др.). Лишь при pl. praevia, казалось бы на первый взгляд, корпореальный разрез выгоднее „низкого“, как абдоминальное кесарское сечение выгоднее рукавного. Однако, наблюдения многочисленных современных авторов (Siegel³²), Stoeckel³³), Rankow³⁴), у нас Пальмов³⁵), Исаакян³⁶) показывают, что именно при этой аномалии цервикальное кесарское сечение особенно пригодно, так как оно позволяет легче и надежнее остановить кровотечение. Применяв трансперитонеальное низкое кесарское сечение в 7 случаях, мы вполне убедились в его преимуществах. Отмечаемой некоторыми авторами трудности извлечения головки плода при низком разрезе матки мы подтвердить не могли, так как во всех случаях это извлечение удавалось нам легко—или просто ручными приемами, после установления в разрез матки личика при помощи пальца, введенного в ротик ребенка, или с помощью одной ложки прямых щипцов, которою мы действовали, как рычагом, вводя ее под головку со стороны симфиза.

Не останавливаясь на других модификациях кесарского сечения, заметим, что каждая из них имеет свои выгоды и невыгоды. А раз это так, то, очевидно, акушеру в выборе той или другой модификации надо индивидуализировать отдельные случаи, применяя каждый раз такой вид операции, который в данном случае является наиболее выгодным для

³²) Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXIII, H. 1—2.

³³) Zentr. f. Gyn., 1920, № 29.

³⁴) Halban-Seitz, Phys. u. Path. des Weibes, Bd. VIII.

³⁵) Журн. Ак. и Ж. Бол., 1926, № 2.

³⁶) Журн. Ак. и Ж. Бол., 1928, № 1.

матери и плода. Для большинства случаев операцией выбора мы, однако, на основании как личных наблюдений, так и данных новейшей литературы считали бы трансперитонеальное первикальное—или, лучше сказать, низкое ретровезикальное—кесарское сечение.

Заканчивая на этом свой краткий доклад, считаем необходимым отметить, что, выступая с ним, мы вовсе не имели в виду внести что-либо существенно - новое в вопрос о кесарском сечении,—вопрос, исторья которого насчитывает целые тысячелетия: для этого наш материал,— всего 59 случаев,—правда, довольно разнообразных по показаниям и технике,—слишком мал по сравнению с сотнями случаев данной операции, публикуемых заграничными авторами. Мы хотели бы только отметить в нем наиболее важные, с нашей точки зрения, изменения, внесенные в этот вопрос в последнее время, дабы подвергнуть их широкому товарищескому обсуждению на настоящем съезде. Свои же выводы по данному вопросу мы могли бы формулировать в виде следующих положений:

1) Признавая вполне желательным расширение круга применения абдоминального кесарского сечения, мы все же считаем необходимым возможно точно установить как показания, так и условия для этой операции и строго придерживаться в практике этих показаний и условий.

2) В интересах как матери, так и особенно ребенка желательно производить эту операцию не под общим ингаляционным наркозом, а под местной инфилтративной анестезией.

3) Выбор между различными техническими модификациями кесарского сечения должен зависеть от индивидуальных особенностей каждого данного случая, причем, однако, для главной массы случаев наиболее подходящей модификацией надо считать трансперитонеальное низкое, ретровезикальное кесарское сечение.

К вопросу о распространении противозачаточных средств в населении.

Прив.-доцента С. Г. Быкова.

Современная медицинская общественность придает противозачаточным средствам огромное значение. Основаниями к этому являются: 1) стремление ликвидировать волну абортизма, 2) желание дать женщине возможность самой решать вопрос о материнстве, 3) научить предохранительным средствам там, где к этому побуждают естественные и социальные показания и т. д. На I совещании работников охраны материнства и младенчества по вопросу о материнстве было высказано следующее положение: долг материнства, хотя и считается попрежнему высоким долгом, но не является обязательным для женщин, если бы даже это и было невыгодно для государства (Каплун). Став на эту точку зрения, мы должны поближе присмотреться к существующим противозачаточным средствам, изучить их и рекомендовать те из них, которые являются наиболее целесообразными и безвредными.

Предохранительные способы против зачатия существуют с незапамятных времен. Самым первым способом, предназначенным для ограничения потомства, было в разные эпохи и у разных народов, подобно тому, что мы видим у животных, умерщвление новорожденных (Ploss, Broadell, Fabrice и др.). По мере эволюции человечества видоизменялись и способы, ограничивающие потомство. Уже у первобытных народов, в самую раннюю эпоху, стало применяться искусственное прерывание беременности, как мера против размножения (Ploss). Что касается предохранительных средств против беременности в собственном смысле этого слова, то изобретение их является также очень ранним. Так, coitus interruptus известен уже с библейских времен. У древних римских писателей (Овидий и Лукреций) есть указания, что в их время мужчинами применялись при сношении особенного вида чехлы, напоминающие современные кондомы. В XVII в. в Италии и Франции кондомы были широко распространены,—правда, главным образом для предохранения от венерических болезней, и только со времени изобретения женского презерватива (pessarium occlusivum Mensinga) наступил эра предохранения от беременности и буквальном смысле слова.

В настоящее время число противозачаточных средств достигло огромных размеров,—известны механические, химические, физические, биологические способы достигнуть этой цели. Не взирая на то, врачи продолжают до сих пор изыскивать все новые и новые способы этого рода. Причина лежит в том, что имеющиеся налицо не удовлетворяют предъявляемым им требованиям. В литературе имеется обстоятельная оценка су-

ществующих методов предохранения от беременности (Dickinson, Pirker, Селицкий и Лурье). Я, впрочем, не буду подробно касаться этой стороны дела, ограничиваясь приведением слов проф. Селицкого и Лурье: „Несмотря на то, что противозачаточные средства были известны еще в глубокой древности, мы в настоящее время не имеем с одной стороны абсолютно-верных средств, с другой же—наиболее верные являются небезопасными“.

В задачу настоящей статьи входит разобрать вопрос, насколько широко распространены у нас противозачаточные средства в женской половине населения. Сделать это необходимо потому, что до сих пор указанный вопрос является совершенно неразработанным. Для выяснения его нами была выработана специальная анкета, отпечатанная в количестве 3.000 экз. Заполненные листки из этого числа удалось, однако, получить лишь в 1115 случаях. Анкету старались распространить среди женщин разных слоев населения, интеллигентных и неинтеллигентных, причем в заполнении ее приняли участие студентки, служащие, работницы, домашние хозяйки. Опрошенные были преимущественно жительницами г. Саратова, но есть анкеты, заполненные на курортах „Эльтон“, „Ейск“ и „Гонри“. Из 1115 ответных листков было признано написанными более или менее удовлетворительно 1000, а 115 отброшены совершенно (незавершенные или неразборчиво написанные листки).

Тысяча ответивших на анкету женщин разделена мною на две группы — интеллигентных и неинтеллигентных, причем интеллигентной семьей мы считали такую, где муж и жена имели образование не ниже среднего (приходилось удовлетворяться только этим признаком, так как другого чего-либо в этом направлении из анкет получить не удалось). Интеллигентных оказалось 312, неинтеллигентных 688 ч. Возраст опрошенных колебался от 16 до 48 лет.

Из общего числа 1000 ответивших на анкету оказались принимающими предохранительные меры против зачатия 194 (19,4%), не принимающими—806 (80,6%). При этом в числе предохраняющихся оказалось довольно много (60 чел., т. е. 30,9%) таких, которые применяли несколько видов предохранительных средств.

Общее количество живущих половую жизнью женщин, принимающих меры против беременности,—19,4%,—показалось мне чрезвычайно малым, так как произведенный мною предварительный опрос больных во 2-й страховой амбулатории г. Саратова (Врач. Дело, 1926, № 12—13) показал, что из 100 опрошенных 50 принимали предохранительные меры против зачатия. Отыскивая объяснение этой разницы, я обратил внимание на то, что в группе не принимающих мер против зачатия женщин 403, т. е. ровно 50%, прибегали к искусственным абортам, что также должно рассматриваться, как мера предохранительная, ибо общеизвестен факт, что более культурные и состоятельные лица прибегают в большинстве случаев к противозачаточным средствам, а менее культурные—к абортам (Марков). В частности по 1 аборту имели 171 ч. (21,9%), по 2—114 (14,1%), по 3—57 (7,07%), по 4—37 (4,5%), по 5—17 (2,1%), по 6—4 (0,4%), по 7—2 (0,2%), по 8—1 (0,1%).

Среди остальных 403 женщин, из группы не предохраняющихся, оказалось бесплодных 132 (16,3%), больных 75 (9,3%), не живущих половой жизнью 26 (3,2%), кормящих грудью 21 (2,6%), беременных 8 (6,9%).

Вычтя из 403 262, получим 141 (17,4%) не прибегающих к абортам и не принимающих противозачаточных мер, но живущих нормальной половой жизнью. В это число входят и те, которые не знали о предохранительных средствах (правда, таких немного). Таким образом под-держивающими народонаселение страны оказываются лишь немногие семьи—всего 17,4%, что должно навести нас на грустные мысли. Некоторым утешением может служить лишь мысль о том, что, может быть, в следующий же год к этим 17,4% прибавятся те женщины, которые ранее абортировали, но дальше будут рожать, затем те, которые были бесплодны, но вылечатся, наконец, те которые не живут половой жизнью временно. Словом, однократное обследование данного вопроса на ограниченном числе семей не дает нам еще права судить о том, насколько плох или хорош прогноз будущего прироста населения,—для этого необходимо проводить такие анкеты систематически, а это могут выполнить лишь консультации по охране материнства и младенчества.

Как отражается многодетность на распространении предохранительных средств в населении? По данным нашего материала из 194 принимавших меры против зачатия имели по 1 ребенку 62 (30,5%), по 2—36 (18,5%), по 3—16 (8,2%), по 4—6 (3%), были бездетными 40 (20,6%). Из 806 же не принимавших мер имели по 1 ребенку 172 (21,3%), по 2—110 (13,6%), по 3—150 (18,6%), по 4—130 (16,2%), были бездетными 165 (20,3%). Из этих цифр видно, что к противозачаточным мерам прибегают преимущественно бездетные или однодетные женщины. Объясняется это, возможно, тем, что меры эти принимают преимущественно молодые женщины, занимающиеся общественной работой и пр. Немаловажное значение здесь должна иметь и материальная необеспеченность, не позволяющая многим иметь детей. По этому поводу отмечу, что среди ответивших на наши анкеты женщин 49 (4,9%) заявили, что материальные условия жизни у них хорошие, 620 (62%)—что условия эти средние, а 331 (33,1%)—что они живут в плохих условиях.

Из числа 312 интеллигентных оказались принимающими предохранительные меры 94 (30,1%), из 688 чел. неинтеллигентных—100 (14,5%), т. е. вдвое меньше. Факт этот и ранее был отмечен в литературе (Марков).

Обращаясь далее к вопросу о том, какие из предохранительных мер являются у нас наиболее распространенными, укажем, что из опрошенных нами семей, где применялись эти меры, в 39 (20,1%) употреблялись для данной цели шарики (*globuli vaginales*), в 38 (19%)—спринцевания, в 19 (9,7%)—мужские презервативы (кондомы), в 7 (3,6%)—женские презервативы (*pessaria oclusiva*), в 43 (22,1)—*coitus interruptus*, в 36 (19%)—смоченные в уксусе тампоны и в 12 (7,2%)—иодистые впрыскивания. Таким образом наиболее употребительными мерами являются *coitus interruptus*, неоконченное сношение, и шарики, наименее употребительными—женские презервативы.

В частности в интеллигентных семьях в качестве презервативных мер применялись влагалищные шарики в 20 семьях (21%), спринцевания—в 10 (10,6%), мужские презервативы—в 13 (13,8%), женские презервативы—в 5 (5,2%), *coitus interruptus*—в 30 (31,9%), смоченные в уксусе тампоны—в 6 (6,3%), иодистые впрыскивания—в 10 (10,6%). Из неинтеллигентных семей применяли шарики 19 (19%), спринцевания—

28 (28%), мужские презервативы—6 (6%), женские презервативы—2 (2%), неоконченное сношение—13 (13%), укушенные тампоны—30 (30%), впрыскивания подной настойки—2 (2%). Таким образом в интеллигентных семьях среди предохранительных мер оказались преобладающими coitus interruptus (31,9%), влагалищные шарики (21%) и водистые впрыскивания (10,6%), в неинтеллигентных — укушенные тампоны, губки и спринцевания—вероятно, потому, что эти средства являются наиболее дешевыми.

В заключение нам хотелось бы остановиться на вопросе, не будет ли пропаганда противозачаточных средств опасной в смысле сокращения рождаемости? Не будут ли женщины злоупотреблять своим знанием предупредительных способов? На этот вопрос мы находим в литературе различные ответы. Проф. Скробанский отвечает на него утвердительно, Мечников же говорит, что „инстинкт материнства достаточен для того, чтобы навеки обеспечить сохранение человечества, так как он происходит от животных более давних, чем человек“. Такого же мнения держится и проф. Окничиц, говорящий: „страх перед злоупотреблением женщинами предохранительными средствами не имеет почвы и преувеличен“. Нам лично кажется, что противозачаточные средства особенно уместно рекомендовать лишь там, где к тому имеются веские основания, напр., евгенические, социальные и т. п. показания; что же касается широкой рекомендации их всем слоям населения, то на это можно решиться не раньше, чем данный вопрос будет проработан евгеническими организациями ¹⁾.

¹⁾ По этому поводу редактор считает уместным напомнить о том взгляде, который был высказан им на II Поволжском Съезде Врачей (см. „К. М. Ж.“ № 1 тек. г.)—что применение предохранительных мер против зачатия, конечно, представляет собою зло. Так как, однако, это—меньшее зло, чем искусственный выкидыш, то к нему и можно прибегать для борьбы с последним—в качестве временного средства, уместного до тех пор, пока в наших руках не будут более надежные средства для борьбы с абортизмом, а именно—пока у нас не создадутся такие социальные отношения, при которых положение женщины-матери будет во всех отношениях не хуже, а лучше положения женщины только жены или любовницы.

Редкое позднее осложнение после операции образования искусственного влагалища¹⁾.

Д-ра Н. Н. Малиновского.

По убеждению большинства гинекологов операция образования искусственного влагалища в настоящее время вышла уже из периода обсуждения ее приемлемости с точки зрения этики. Правда, и до сих пор некоторые авторы не признают ее целесообразности, но это—значительное меньшинство, и статистика, насчитывающая в настоящее время сотни подобных операций с хорошими, в функциональном отношении, результатами дает этой операции, при специальных показаниях, полное право гражданства.

Многочисленность удачных случаев этой операции не исключает, однако, постановки двух важных вопросов, а именно, 1) какой технической модификацией ее лучше пользоваться? и 2) каковы отдельные результаты этой операции в различных ее видоизменениях?

Ответ на первый вопрос мы как будто находим в статистике, в которой можно констатировать значительное преобладание числа операций образования искусственного влагалища из тонкой кишки (способ Baldwin'a-Häberlin'a-Mori). Но и это, конечно,—не абсолютный довод в пользу данной модификации, так как удачные случаи (правда, опубликованные в значительно меньшем количестве) образования искусственного влагалища из толстой кишки (способ Снегирева-Попова-Schubert'a), не позволяют отказаться от этой операции,—тем более, что авторы приводят в ее пользу доказательные доводы, из которых главнейшим является почти вдвое меньшая смертность, чем при операции Baldwin'a-Häberlin'a-Mori. Таким образом этот вопрос нужно считать находящимся еще в периоде накопления статистических данных.

Что касается теперь последующих функциональных результатов операции, то оценка функции всякого вновь созданного органа, в том числе и влагалища, безусловно не может быть произведена вскоре после операции, даже вполне гладко протекающей: дальнейшие наблюдения зачатую могут констатировать резкие изменения, а иногда и почти полную функциональную непригодность искусственно созданного органа, да и не только непригодность, а в некоторых случаях и осложнения, кроющие в себе смертельную опасность. Так, именно, было в одном, наблюдавшемся нами, случае, где за создание искусственного влагалища больная через полтора года заплатилась жизнью. Случай этот следующий:

¹⁾ Сообщено (с демонстрацией препарата) в заседании Саратовского Хирургического Об-ва 28/XII 1926 г.

15/XII 1926 г. в клинику экстренно, с каретой скорой помощи, была доставлена больная А. Ш., 24 л., сестра-воспитательница детского дома, при опросе назвавшаяся девицей. Больная жаловалась на сильные боли в животе и общую слабость. В день поступления посетила амбулаторию, где у ней был поставлен диагноз аппендицита, и назначены опий и белладонна и грелка на область живота. Заболела 3 дня тому назад, но особенно сильные боли в области живота открылись за несколько часов до поступления в клинику, причем начало этих болей пациентка связывает с поднятием тяжести, после чего она сразу почувствовала резкие боли в области желудка (!). Постепенно боли распространились по всему животу и достигли такой степени интенсивности, что заставили больную экстренно обратиться в клинику. Осмотр дал следующую картину: общий вид тяжело больного человека, пульс около 100 ударов в минуту, слабого наполнения, язык обложен, суховат, живот при пальпации болезнен, причем особенно резкая болезненность имела место в нижней его части, где ясно определяется резко выраженный *défense musculaire*. Из анамнеза выяснилось, что полтора года тому назад больная перенесла операцию образования искусственного влагалища в одном из гинекологических отделений города (как выяснилось потом, в данном случае была применена модификация Morigi). На вопрос о том, был-ли после операции coitus, больная категорически отвечала отрицательно. Ей была указана вся важность правильного ответа на данный вопрос, так как это могло дать некоторые опорные пункты для диагноза и повлиять на выбор операции, однако больная категорически заявила, что половых сношений у нее после операции не было. Причиной, побудившей ее решиться на подобную операцию, было, по ее словам, желание выйти замуж за любимого человека, чего, однако, не случилось.

Диагноз колебался между перитонитом на почве перфорации отростка и какой-либо катастрофой в месте бывшей операции без точного определения характера заболевания. Операция под хлороформным наркозом (д-ра Козырева и Малиновский). Разрез справа по наружному краю прямой мышцы живота. В нижнем отделе брюшной полости гной. Червеобразный отросток не изменен. В первый момент разобраться в открывшейся картине было чрезвычайно трудно, так как тонкие кишки представляли из себя конгломерат спаянных между собой и с салеником петель. С некоторым трудом удалось установить причину катастрофы,—это была изолированная петля тонкой кишки, использованная в свое время для образования искусственного влагалища. Петля эта, деформированная, неправильно-подковообразной формы, оказалась запаянной у входного отверстия и представляющей замкнутую полость, раздутую гноем, с перфорационным отверстием, откуда гной и поступал в свободную брюшную полость. Очевидно, облитерация входа в искусственный рукав со стороны *introitus'a* повела к образованию замкнутой полости и возникновению эмпиемы, с последующей перфорацией. После разделения спаек искусственной вагины с окружающими кишечными петлями был перевязан тяж, шедший к *introitus vaginae*, и наложена лигатура на брыжжейку (сморщенную и резко измененную), после чего петля была удалена. Брюшная полость осушена от гноя сухими марлевыми тампонами, протерта эфиром и зашита наглухо. Через день после операции состояние больной начало ухудшаться,—развился парез кишечника, и стало заметным падение пульса. В виду этого 19/XII решено произвести релапаротомию. Распушены швы с брюшкой раны, находившийся в брюшной полости гной удален, и полость дренирована. Слева параректально также вскрыта брюшная полость, и к передней стенке живота подшита для целей энтеростомии петля тонкой кишки, причем через этот же разрез в брюшную полость также введен дренаж. Вскоре после операции прогрессирующее падение сердечной деятельности и к вечеру того же дня смерть. При вскрытии (проз. И. И. Линтварев) были найдены: *peritonitis purulenta, aplasia uteri, hyperplasia pulpaе lienis, degeneratio parenchymatosa cordis, hepatitis et renum, ren lobatum sin.*

Из приведенного случая видно, как тяжело иногда может расплачиваться больная за операцию образования искусственного рукава и как сугубо-внимательным нужно быть во все время последующего наблюдения за больной. Причины, которые повели в данном случае к сужению входа в искусственный рукав и последующему полному его закрытию, можно отчасти установить из описания этого случая, сделанного производившим первичную операцию д-ром Лебедевым в *Monatsschr. f. Geb. und. Gynäk.*,

1927, Bd. LXXVI, N. 4—5, S. 294. „Спустя год,—говорит автор в этом описании,—исследование дало следующее: общее состояние хорошее, жалоб нет. Спустя 3—4 месяца после операции вышла замуж. Нормальные половые сношения. Coitus удовлетворял пациентку и мужа. Исследование vaginae: по внешнему виду почти ничего, отличающегося от нормы. Можно ввести свободно два пальца на 6 сант. На этой глубине констатируется сужение, пропускающее № 8 Hegar'a. Выше сужения существует канал еще на 4—5 см., достаточно широкий. При введении во влагалище двух пальцев оно растягивается, без неприятных ощущений со стороны пациентки, на глубину 9—10 см. Выделения из влагалища незначительны и не беспокоят пациентку. Имея в виду сужение влагалища, мы предложили ей инцизию суженного места для удлинения влагалища, но больная отказалась, находя, что coitus удовлетворяет ее и мужа и при настоящем состоянии влагалища. Исходя из этих данных, мы считаем, что вновь образованное искусственное влагалище удовлетворительно в функциональном отношении. Происхождение сужения мы объясняем технической погрешностью. Оно лежит на месте брюшинной щели. Эта последняя не была достаточно широко сделана, а при заживлении отверстие стянулось еще более“.

Из сопоставления приводимой выдержки с нашими анамнестическими данными нетрудно видеть существенное несоответствие: в то время, как д-ру Лебедеву пациентка говорила о нормальном coitus'e, у нас она его категорически отрицала. Кто из нас был введен в заблуждение больной,—сказать трудно, и вопрос этот навсегда, повидимому, останется тайной. Одно только можно сказать с большой долей уверенности,—это то, что в последнее время перед нашей операцией coitus не мог иметь места. Этот факт плюс то сужение, которое было констатировано через год после первичной операции и от расширения которого больная отказалась, и привело в конце концов к полной облитерации кишечного отрезка со всеми вытекающими отсюда последствиями. Может быть, если бы вовремя учесть все могущие быть от сужения искусственного рукава последствия и довести их до сознания больной,—она и согласилась бы на дополнительную операцию расширения.

Проф. В. И. Разумовский, выступавший по поводу сообщения о данном случае в заседании Саратовского Хирургического Общества, объяснил механизм образования здесь эмпиемы таким образом, что в облитерировавшемся отрезке тонкой кишки, в виду продолжающейся секреции его мукозы, образовалось скопление секрета, причем последний превратился под влиянием инфекции в гной. „Таких больных,—заключил проф. Разумовский,—надо предупреждать о возможной опасности и все время держать под наблюдением“.

Какой же практический вывод можно сделать из нашего наблюдения? Вывод этот напрашивается сам собой: очевидно, операция образования искусственного влагалища является далеко небезопасною для жизни, причем осложнения здесь возможны не только во время ее производства и в послеоперационном периоде, но и в более отдаленные сроки,—в нашем случае, напр., через полтора года. Это накладывает на всякого хирурга обязанность прежде, чем предлагать подобную операцию, изложить пациентке все могущие быть тяжелые и даже смертельные опасности от нее

и не только в послеоперационном периоде, но и в поздние сроки время от времени обследовать оперированных ¹⁾).

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Рабинович. Тр. VI Всес. Съезда Акуш. и Гинекол. Москва. 1924. — 2) Тихонович. Журн. Акуш. и Женск. Бол., 1925, кн. 4, стр. 355. — 3) Шмелев. Там же, стр. 364. — 4) Юдин. Вест. Хир. и Погр. Обл., 1925, кн. 13, стр. 146. — 5) Парсамов. Сар. Вест. Здрав. воохр., 1925, № 1—2, стр. 47. — 6) Волков. Труды I Поволжск. Съезда Врачей. Казань, 1923, стр. 284. — 7) Лебедев. Monatschr. f. Geb. u. Gynäk., 1927, Bd. LXXVI, H. 4—5, S. 294. — 8) Губарев. Операт. Гинекология. — 9) Menge u. Opitz. Руководство по гинекологии. — 10) Малиновский. Клин. Журнал Сар. Ун., т. 4, кн. 1.

¹⁾ Случай этот свидетельствует также, что операция образования искусственного рукава из прямой кишки по Попову-Schubert'у является более безопасной, чем операция образования рукава из тонкой кишки по Baldwin'у или Mori, не только по своим непосредственным последствиям, но и в дальнейшем. Если бы здесь скопление гноя образовалось в искусственном рукаве, сделанном из rectum, то оно вскрылось бы не в брюшину, а в парапроктальную клетчатку и, вероятно, не имело бы тех печальных последствий, какими оно сопровождалось в данном случае.

Естественное вскармливание

(по материалам консультации клиники ¹⁾).

Ассистента **Е. Кливанской-Кроль.**

Целесообразным способом вскармливания младенца, по мнению большинства педиатров, является тот способ, при котором достигается максимум здоровья и правильности развития младенца. Несмотря на достижения диететики последнего времени, единственным таким способом является естественное вскармливание (О. Neubner, А. Czerny, А. Keller, А. Шкарин, А. Lesage, М. Маслов, П. Медовиков и др.). Лишь единичные авторы высказываются за то, что и при искусственном вскармливании можно достичь таких же результатов, как и при естественном, лишь бы оно было применено достаточно целесообразно (Hamburger).

У грудного младенца, вследствие усиленного роста и малой сопротивляемости молодого организма, наиболее выявляется зависимость организма от рода питания. Каждый вид животного имеет особое молоко, и каждое молодое животное развивается лучше всего на молоке своего вида. Зависит это как от химических составных частей молока, так и от его биологических особенностей. По таблице Raudnitz'a приводимой у М. Маслова, мы находим следующий химический состав молока различных животных:

	Уд. вес	Воды	Казеина	Альбум.	Жиры	Сахара	Солей
Женское	1029	87	0,6—1,0	0,5	4,0	7,0	0,14—0,28
Коровье	1030	88	3,0	0,3	3,4	4,4	0,7
Козье	1032	86,2	3,8	1,2	4,8	4,6	0,85
Ослицы	1032	90	0,8	1,0	1,3	6,0	0,47
Собачье	—	77	4,15	5,47	9,26—15,54	3,11	0,91
Кроличье	1047	69,5	10,4	15,5	16,7—21,0	2,0	2,56

Из этой таблицы видно, что тождественного по химическому составу с женским молоком молока животного не имеется, а есть сходство только по количеству отдельных составных частей. По белкам, сахару и солям ближе всего к женскому молоку стоит молоко ослицы, по удельному весу и жиру—коровье молоко; в остальных частях они отли-

¹⁾ Доложено в 1-м заседании Педиатрической секции Общества Врачей при Казанском Университете.

чаются от женского молока. Очевидно, химический состав молока находится в целесообразной зависимости от особенностей развития каждого вида животного. Кроме приспособленности химического состава молока для каждого вида животного существует также известная приспособленность биологических свойств. В женском молоке, при исследовании на ферменты, М. Маслов нашел в незначительном количестве каталазу и в большом количестве липазу и амилазу; по его же наблюдениям амилаза в женском молоке в 120 раз сильнее, чем в коровьем, что остается, конечно, не без значения для грудного ребенка.

Кроме ферментов в молоке находятся антитела, которые передаются из материнского организма. Переход антитоксинов, бактериолизиннов, бактерицидных веществ и агглютининов с молоком матери установлен многими авторами. В молоке находятся также и витамины. Надо еще заметить, наконец, что женское молоко получается ребенком всегда в стерильном виде.

Из всего сказанного ясно, что единственной полноценной со всех точек зрения пищей для грудного младенца является молоко его матери. Даже не стоящий близко к педиатрии человек, увидев двух младенцев, — вскармливаемого грудью матери и вскармливаемого искусственно, сразу сумеет отличить, по здоровому внешнему виду, младенца, вскармливаемого грудью.

К сожалению, препятствием к кормлению младенца грудью матери, кроме некоторых сравнительно редких заболеваний последней и самого младенца, могут в настоящее время служить также и социально-экономические условия. В настоящее время для того, чтобы выработать прожиточный минимум для семьи, часто нельзя бывает обойтись заработком одного члена семьи, или часто женщина бывает поставлена в такие условия, что ей самой приходится заботиться о средствах к существованию семьи. В том и другом случае матери приходится отрываться от ребенка и семьи для заработка. Для того, чтобы выяснить, в каком положении находится в настоящее время у нас естественное вскармливание, мы воспользовались материалом консультации Казанской детской клиники за 3 месяца 1925 г., 9 месяцев 1926 г. и 6 месяцев 1927 г.

Всего у нас за это время было зарегистрировано 575 матерей. По национальностям они распределялись следующим образом: русских 496 (86,3%), татарок — 52 (9,0%), евреек — 19 (3,3%), армянок — 1, кряшен — 2, украинок — 1, поляк — 1, мордвовок — 1, чувашек — 1, гречанок — 1. Из этих данных мы видим, что главный контингент матерей были русские. Объясняется это отдаленностью клинической консультации от татарской части города и большей плотностью русского населения в данном районе.

По возрасту мы имели следующие группы: 17 л. — 3, 18 л. — 11, 19 л. — 20, 20 л. — 36, 21 г. — 33, 22 л. — 62, 23 л. — 58, 24 л. — 57, 25 л. — 38, 26 л. — 54, 27 л. — 29, 28 л. — 36, 29 л. — 25, 30 л. — 26, 31 г. — 15, 32 л. — 19, 33 л. — 9, 34 л. — 9, 35 л. — 8, 36 л. — 4, 37 л. — 6, 38 л. — 3, 39 л. — 3, 40 л. — 5, 41 г. — 2, 42 л. — 1, 43 л. — 2, 44 л. — 1. Таким образом мы видим, что большинство матерей находилось в возрасте от 19 до 32 лет, т. е. в самом цветущем возрасте.

Для того, чтобы иметь возможность кормить ребенка грудью, необходимо, чтобы мать была здорова; мы опрашивали матерей в этом на-

правлении и получили следующие данные: здоровых—526 ч. (91,5%), больных малярией—19 ч. (3,3%), больных тbc—13 ч. (2,3%), больных анемией—9 ч. (1,5%), больных нейрастениями—2, с женскими болезнями—2, с зобом—1, с трахомой—1, с волчанкой—1, с острым гастритом—1. Большинство женщин, т. о., оказалось здоровыми.

Выясняя социальное положение матерей, мы узнали, что работающих дома, т. е. т. наз. домашних хозяек, было в нашем материале 335, или 58,3%, а работающих вне дома—240, или 41,7%. По профессии женщины, занятые вне дома, распределялись следующим образом: врачей—24, студенток—54, телеграфисток—4, преподавательниц—24, кондукторов трамвая—7, сиделок—16, фельдшерниц—3, работниц—55, фармацевток—4, канцелярских служащих—41, домашних работниц—6, крестьянок—1, артисток—1. Значительное количество врачей и студенток среди матерей консультации объясняется тем, что консультация находится при детской клинике.

Разбирая далее способы вскармливания, мы считаем, как обычно, естественным вскармливанием такое, когда мать до 6 месяцев не дает ребенку иной пищи, кроме женского молока. По способам вскармливания мы имели: А) на искусственном вскармливании—7 случаев (1,2%); при этом причины искусственного вскармливания были следующие: в 1 сл.—у матери не было молока, в 1 сл.—по незнанию мать начала кормить козьем молоком, в 2 сл.—смерть матери, в 1 сл.—сепсис у матери, в 1 сл.—мастит у матери, в 1 сл.—рожа у матери. Б) на естественном вскармливании находилось 256 младенцев (44,6%), из них русских—216, татар—26, евреев—10, крышен—2, поляков—1, греков—1, что по отношению к общему числу каждой из национальностей даст в процентах: русских—43,5%, татарок—50,0%, евреев—52,6%. В) на смешанном кормлении (*allaitement mixte*) находилось 213 детей, или 37%; причинами, вызвавшими прикорм смесями, были 1) недостаточное количество молока у матерей—151 сл. (70,9%), 2) служба матери—32 сл. (15,0%), 3) малярия у матери—5 сл. (2,3%), 4) мастит у матери—12 сл. (5,7%), 5) двойни—2 сл., 6) приемыш—1 сл., 7) беременность у матери—2 сл., 8) плохое самочувствие матери—7 сл., 9) незнание—1 сл.

Из приведенных данных мы видим, что главной причиной смешанного кормления была недостаточная лактация у матери. Из 151 случая в 98, т. е. в 64,9%, недостаточность молока была выяснена в консультации неоднократноными взвешиваниями младенца до и после кормления, и только в 53 случаях, т. е. 35,1%, матери сами ввели прикорм в виду беспокойства и похудания младенцев. В 32 случаях, или в 15%, матерям пришлось прикармливать младенцев смесью вследствие окончания отпуска и необходимости посещать службу. По социальному положению женщины в этих 151 случае недостаточной лактации распределялись таким образом: домашних хозяек—81, или 24,2% по отношению к общему количеству домашних хозяек, преподавательниц—5, врачей—5, канцелярских служащих—16, студенток—15, работниц—22, фармацевток—2, фельдшерниц—2, домашних работниц—3, всего 29,2% по отношению к общему количеству занятых службой женщин. Таким образом у женщин, занятых службой, процент недостаточности лактации немногим превышает таковой у женщин, занятых домашним хозяйством.

Помимо всех этих случаев под наблюдением в консультации находилось 99 (17,2%) младенцев в возрасте от нескольких недель до 4 мес., где наблюдение было неполным, и мы не знали, сможет ли мать провести их до полугода на одной груди, или придется ввести прикорм.

О влиянии питания матери на количество и качество грудного молока существуют различные мнения: некоторые авторы (O. Neubner, F. Görrert, L. Langstein) указывают на то, что кормящая женщина, продуцирующая около литра и больше молока, должна сверх пищи, необходимой для правильного собственного обмена, получать еще 1—1½ литра коровьего молока в качестве материала для продукции собственного молока; в то же время некоторые педиатры (M. Thiemich, M. Маслов и др.) предостерегают от какого-либо особого режима, ведущего к откармливанию кормящей женщины. Существуют указания (L. Langstein и I. Meyer), что жиры пищи матери не претерпевают изменений в организме и переходят в молоко. Некоторые младенцы с нейроартритическим и экссудативным диатезами реагируют обострением проявлений болезни на повышенное количество того или иного компонента пищи в зависимости от их конституциональной дисгармонии (Plantenga). Таким образом количество молока, выпиваемого матерью, может оказаться небезразличным для младенца. Для того, чтобы выяснить количество молока в диететике кормящей женщины, нами было опрошено 112 матерей. Из них выпивали по 2—3 стакана ежедневно 59, по 2—3 бутылки—28, по 1—2 четверти—4, вовсе не пили молока—21. При этом матери, выпивавшие большое количество молока, отмечали, что они теряли аппетит и не ели остальной пищи, в результате чего у них получилось недостаточное и одностороннее питание. Из женщин, не пивших молока, 15 не любили его и 6 не имели возможности его покупать.

В отношении питания кормящих женщин приходилось также сталкиваться с таким фактом; 5 женщин заявили, что они избегают есть все кислое и соленое, чтобы не вызвать расстройства пищеварения у младенца, причем в особенности это ограничение соблюдалось в отношении фруктов и овощей. Это заявление матерей тем более интересно, что значение витаминов, находящихся в овощах и фруктах и передающихся, по всей вероятности, с молоком матери, для грудного младенца очень велико. Для животных доказан переход витаминов А В и С с кормом в молоко, причем вид корма в этом отношении имеет большое значение, ибо замечено, что в период кормления животного зелеными травами витаминов в молоке больше, чем при кормлении сеном.

Вообще вопрос о витаминах женского молока находится в стадии разработки. Meyer и Nassau нашли, что морские свинки, вскармливаемые женским молоком и овсом, страдали от недостатка белковых субстанций, и, если им прибавлялся к пище белок в виде плазмона, то у них не развивалось никаких проявлений скорбута. т. е. эти авторы нашли, что в женском молоке содержится достаточное количество витамина С. В то же время A. Frank получил у морских свинок, вскармливаемых женским молоком, скорбут в то время, как у младенцев, вскармливаемых тем же женским молоком, явлений этой болезни не наблюдалось. Отсюда он делает вывод о непригодности морских свинок для определения витамина С женского молока. Приходится предположить, или

что витамин С находится в женском молоке в достаточном количестве, или что потребность в витаминах у грудного младенца первых месяцев не так велика, как впоследствии, ибо случаи скорбута у младенцев, вскармливаемых грудью, чрезвычайно редки. М. Маслов указывает, что диета матери, богатая витаминами, повышает количество и качество молока. Во всяком случае по аналогии с животными мы должны думать, что витамины молока матери находятся в большой зависимости от витаминов, содержащихся в ее пище.

Для того, чтобы выяснить, сколько кормящих женщин получают в пищу витамины главным образом с овощами и фруктами, нами было опрошено 112 женщин, причем оказалось, что получали витамины в указанном виде 44 (39,3%), не получали 68 (60,7%). Таким образом большинство кормящих женщин витаминов овощей и фруктов не получает. Для того, далее, чтобы выяснить влияние витаминов пищи матери на молоко и вместе с тем — на общее состояние младенцев, мы вычислили средний вес младенцев, матери которых получали и не получали в пищу фрукты и овощи; оказалось, что средний вес младенцев, если матери их получали витамины, в возрасте $\frac{1}{2}$ мес. равнялся 3650,0, в возрасте 1 мес. — 3950,0, $1\frac{1}{2}$ мес. — 3971,0, 2 мес. — 4766,0, $2\frac{1}{2}$ мес. — 5158,0, 3 мес. — 5420,0, $3\frac{1}{2}$ мес. — 5460,0, 4 мес. — 6124,0, $4\frac{1}{2}$ мес. — 6380,0, 5 мес. — 7466,0, $5\frac{1}{2}$ мес. — 7660,0, 6 мес. — 7400,0. Если же матери не получали витаминов, то средний вес младенцев в возрасте $\frac{1}{2}$ мес. равнялся 3410,0, в возрасте 1 мес. — 3645,0, $1\frac{1}{2}$ мес. — 3611,0, 2 мес. — 4660,0, $2\frac{1}{2}$ мес. — 4562,0, 3 мес. — 5151,0, $3\frac{1}{2}$ мес. — 5302,0, 4 мес. — 5750,0, $4\frac{1}{2}$ мес. — 6266,0, 5 мес. — 6742,0, $5\frac{1}{2}$ мес. — 7320,0, 6 мес. — 7342,0. Таким образом во всех возрастах мы получили средний вес больший у младенцев, матери которых получали в пищу витамины. Отсюда даже из того небольшого числа случаев, которыми мы воспользовались, мы можем вывести заключение о тесной зависимости между питанием матери и физическим развитием грудного младенца.

На основании полученных нами данных мы можем сделать следующие выводы: 1) большинство женщин — матерей, посещавших консультацию, были в возрасте от 19 до 32 лет; 2) 91% матерей оказались здоровыми; 3) 58,3% женщин занимались домашним хозяйством и 41,7% работали вне дома; 4) 44,6% матерей проводили своих детей на естественном вскармливании и только 1,2% — на искусственном, остальные на *allaitement mixte*; 5) 70,9% женщин вынуждены прикармливать младенца ранее полугодия из-за недостатка молока, и только 15,0% к этому вынуждает служба; 6) % женщин с недостаточной лактацией среди занятых службой превышает только на 5% % таковых, работающих дома; 7) коровье молоко не является существенной частью пищи кормящей женщины; 8) 60,7% кормящих женщин не употребляют в пищу овощей и фруктов — источников витаминов; 9) средний вес ребенка, мать которого употребляет в пищу витамины, выше такового же у ребенка, мать которого витаминов не получает.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) A. Czerny und A. Keller. Des Kindes Ernährung.—2) V. Feer. Руководство по детским болезням.—3) A. Frank. Jahrb f. Kinderh., Bd 62, H. $\frac{3}{4}$, 1926.—4) R. Hamburger. Врач. Об., 1926, № 10.—5) F. Göppert und L. Langstein. Prophylaxe und Therapie der Kinderkrank.—6) O. Heubner. Учебник детских болезней.—7) L. Langstein и F. Meyer. Вскармливание и обмен веществ в грудном возрасте.—8) L. Langstein. Dystrophien und Durchfallskrankheiten des Säuglings.—9) A. Lesage. Учебник болезней грудного возраста.—10) М. С. Маслов. Основы учения о ребенке.—11) М. Маслов. Врач. Газ, 1917.—12) П. Медовиков. Физиология, патология и терапия пищеварения и питания у детей грудного возраста.—13) Meyer und Nassau. Klin Woch., 1925, № 47.—14) П. Пичугин. Биологические свойства женского и коровьего молока.—15) B. Plantenga. Jahrb. f. Kinderh., Bd. 56, H. $\frac{2}{3}$, 1924.—16) А. Шкарин. О кормлении здорового и больного ребенка.
-

Посвящается профессору офтальмологии Иенского Университета
д-ру W. Löhlein'у.

Об одном своеобразном варианте поражения верхней ветви лицевого нерва при гемиплегии.

Проф. Н. Е. Осокина (Саратов).

Приводимый обычно для церебральных параличей лицевого нерва признак—поражение только нижних ветвей его и очень малое участие верхней ветви, объясняемое Dejerine'ом двусторонней супрануклеарной иннервацией последней, как показывают более детальные исследования больных, не может считаться абсолютно верным. Попадаются случаи, представляющие отступления, где в поражение вовлечены обе ветви. Такие случаи породили предположение о том, что центральные проводники для верхней ветви n. facialis на всем протяжении от коры до ядра в стволовой части мозга отделены от проводников для нижних ветвей. Допуская такое предположение, Damary в своем случае гемиплегии, сопровождавшейся полным параличом n. facialis, находил объяснение ему в поражении передней части n. lenticularis с ansa lenticularis, через каковую область, по его мнению, проходит кортико-фугальный пучок для верхней ветви n. facialis. Подобное же объяснение давали совершенно аналогичному случаю Vedel, Giraud и Simeon. Revilliod еще в 1889 г. указал, что у больных, страдающих, на первый взгляд, вульгарной органической гемиплегией с параличом лица, ограничивающимся исключительно нижними ветвями n. facialis, в первые дни всегда обнаруживается феномен со стороны m. orbicularis palpebrarum. Феномен этот сводится к потере способности производить отдельно закрывание глаза на парализованной стороне—в то время, как одновременное закрытие обоих глаз совершается вполне правильно, и остается также нетронутой изолированная функция m. orbicularis palpebrarum на здоровой стороне. Впрочем значение этого феномена понижается собранными по этому поводу статистическими данными, показывающими, что имеется около 10% совершенно здоровых людей, неспособных закрывать какой-либо один глаз. Дальнейшие наблюдения, относящиеся к описанному явлению, сообщены были Боядиевым. На значении этого феномена останавливается в недавней своей работе и L. Bard, добавляя еще одну деталь, отмеченную им при центральных параличах n. facialis со стороны m. frontalis. Его признак обнаруживается также лишь при одностороннем закрытии глаза, но не на стороне паралича, а на здоровой стороне,— иначе сказать, данный феномен может быть отнесен к типу контралатеральной координаторной синкинезии. В то время, как у нормального субъекта произвольное закрывание каждого глаза в отдельности сопровождается некоторым расширением глазной щели на другой стороне, что, очевидно, обуславливается антагонистической синергией, проявляемой со стороны m. frontalis и потому сопровождающейся появлением поперечных

лобных складок,—у гемиплегиков это явление можно наблюдать, лишь заставляя их закрывать глаз на стороне паралича, когда описанная контралатеральная синкинезия с характерным для нее сокращением *m. frontalis* обнаруживается на здоровой стороне. Обратного явления, т. е. такой же синкинезии на парализованной стороне, при активном закрытии другого глаза не наступает.

Ограничиваясь пока этими немногими указаниями на то, что верхняя ветвь *n. facialis* не всегда остается пощаженной при гемиплегии, и даже более того,—что при внимательном исследовании в ней всегда обнаруживаются те или иные расстройства, переходим прямо к нашему случаю, в котором участие со стороны верхней ветви *n. facialis* выразилось весьма характерными явлениями.

А. П., 68 л., по профессии плотник, потатор, имеющий на голенях характерные рубцы бугоркового сифилида, поступил в клинику 31/XII 1927 г. с явлениями двустороннего паралича, развившегося внезапно за неделю перед тем. Больной среднего роста, ослабленного питания. RW в крови положительная. Со стороны внутренних органов—эмфизема, *cardiosclerosis*. При исследовании нервной системы обнаружена двусторонняя гемиплегия с полным отсутствием активных движений руки и резким ограничением движений в ноге. Мышечный тонус в пораженных конечностях в первое время был несколько понижен, потом выровнялся, сухожильные рефлексы умеренно повышены, положительные симптомы *Babinski'sk'ogo* и *Orrenheim'a*. Небольшое понижение кожной чувствительности на левой половине тела. Черепномозговая иннервация представлялась в следующем виде: движения глазных яблок совершаются свободно во всех направлениях, причем отмечается наклонность к содружественным движениям—поворот головы в ту сторону, в какую происходит движение глазных яблок. Отмечаются также синкинезии головы, недавно описанные *P. Schilder'om*, с наклонением ее вниз и поднятием во время закрытия и открытия глаз. Язык при высовывании отклоняется влево. Речь невнятна. Левая носогубная складка сглажена, угол рта на той же стороне опущен, глазная щель несколько расширена; рот и нос несколько перекошены в здоровую сторону. Обращает на себя внимание асимметрия со стороны лобной мускулатуры. При открытых глазах поперечные складки на лбу слева выражены несколько сильнее; при закрывании глаз, на правой (здоровой) половине складки совершенно расправляются, тогда как слева происходит очень незначительное сглаживание их. За 4 месяца пребывания больного в клинике произошло заметное улучшение двигательной способности со стороны конечностей, больной стал уже ходить; со стороны лицевой мускулатуры продолжают обнаруживаться указанные нами выше явления почти в прежней степени.

Очевидно, отмеченные расстройства в иннервации лицевой мускулатуры можно рассматривать, как один из примеров нарушения координации двигательного акта. В современной физиологии по данному вопросу доминирующее значение остается все еще за теорией *Duchenne'a*, последователями которой являются *Brücke*, *Rieger*, *Beaunis*, *Demeny*, *Richer* и из русских исследователей Л. О. Даркшевич. По этой теории каждое произвольное движение, даже самое простое, не исключая и задачи сохранения статики, требует участия многих мышц, являющихся таким образом в широком смысле синергистами, причем нередко в качестве синергистов являются не только агонисты, но и антагонисты. Доктрина *Duchenne'a* противопоставляется другое учение, во главе которого стоят *Sherington*, *Hering* и *Mann*, и по которому антагонисты никогда не принимают активного участия в двигательных актах, ибо в момент сокращения агонистов они непременно должны расслабляться. Согласование обоих взглядов мы находим у *O. Foerster'a*, полагающего, что, хотя двигательный акт и может совершаться за счет точно соразмеренной иннервации одних агонистов, но очень часто избирается другой

способ при участии сочетанной функции агонистов и антагонистов, оказывающихся в целом ряде движений далеко нелишними.

Обращаясь к функциям закрывания и открывания глаз, мы видим, что здесь действующими являются главным образом, мышцы *m. levator palpebrae sup.* и *m. orbicularis oculi*, причем во время сокращения одной другая расслабляется; синергистами к ним являются *m. frontalis* для *m. levator palpebrae sup.* и *m. corrugator supercilii*—для *m. orbicularis oculi*. Понятно, что там, где напряжение *m. frontalis* оказывается достаточно сильным, участие его в открытии глаза должно выступать особенно ясно. У нашего больного поперечные складки на лбу ясно выступают на здоровой стороне при полном раскрытии глазной щели, при смыкании же век они, вследствие полного расслабления *m. frontalis*, совершенно исчезают и заменяются несколькими складками, идущими в вертикальном направлении за счет сокращения *m. corrugator supercilii*. На пораженной стороне у нашего больного поперечные складки на лбу, напротив, несколько не расправляются и при замыкании глазной щели, выступая при этом даже несколько сильнее.

Описанный вариант в расстройстве лицевой иннервации указывает на происшедшую здесь мышечную диссоциацию, заключающуюся в сохранении у лобной мышцы (*m. frontalis*) ее обычного тонуса и даже, может быть, усилении его в момент сокращения *m. orbicularis*. В ответ на вопрос, каков механизм такого запутанного, на первый взгляд, сочетания двигательных расстройств, наиболее вероятным представляется мысль об участии в нем *palaeostriati*, оказывающего, через посредство волокон *ansae lenticularis*, тормозящее действие на мышечный тонус. Таким образом в отношении топической диагностики наш случай укладывается приблизительно в рамки, указанные *Damany*, а также *Vedel'ем*, *Giraud* и *Siméon'ом* для случаев паралича обеих ветвей *n. facialis* при гемиплегиях. Повидимому, особенно близко он стоит также к тем комбинациям пирамидного гемипареза с поражением внепирамидного происхождения, о которых говорят *М. Нейдинг* и *Л. Бланк* в своей работе о двигательных расстройствах при внепирамидных заболеваниях. Вместе с этими авторами можно вполне допустить в экстрапирамидной системе существование специальных центров, предусмотренных для подобных сочетаний. Представительство в этих центрах идет не по свойственным пирамидным центрам принципам, а потому допустимо представительство в них мышц, действующих в норме несинергично, что и ведет при выпадениях их к несколько своеобразным тонусным установкам подобно той, какая отмечена была в нашем случае.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Bard. Progrès médical, 1927. — *Damany*. Presse médicale, 1917. — *Vedel*, *Giraud*, *Siméon*. Revue neurol., 1922. — *O Foerster*. Die Physiologie und Pathologie der Coordination. Iena, 1902. — *Л. О. Даркшевич*. Курс нервных болезней т. I, Казань, 1912. — *Pierre Marie et Ch. Foix*. Revue neurolog., 1916. — *Н. Е. Осокин*. Юбилейн. Сборник проф. Г. И. Россоломо, 1925. — *P. Schilder*. Deutsche Zeit. f. Nervenheilkunde., 1927. — *М. Нейдинг* и *Л. Бланк*. Современная Психоневрология,

Лечение сифилиса детей стоварсоланом.

Завед. больницей д-ра М. П. Батунина.

В 1922 г. Levaditi и Navarro-Martin впервые предложили пользоваться открытым Fourneau препаратом, стоварсолом, в качестве профилактического и терапевтического средства против сифилиса, хотя препарат этот был известен Ehrlich'у еще в 1909 г. и зарегистрирован у него за № 594. В Германии тождественный препарат носит название спироцида. У нас в России Анилтрестом изготовлялся такой же русский препарат под названием стоварсолана, а теперь он вырабатывается Госмедторгпромом под названием осарсола.

Стоварсолан был синтезирован Анилтрестом уже в 1924 году, однако до 1925 года он не выходил за пределы лабораторно-клинического изучения, все время подвергаясь многократному повторному химическому, биологическому и клиническому контролю, производимому высоко-компетентными специалистами. В результате этой тщательной проверки удалось получить столь химически-чистый препарат, что при содержании мышьяка в нем в количестве 27,2%, т. е. в таком же количестве, какое содержит французский стоварсол, он, однако, оказался значительно менее токсичным, чем его французский оригинал.

В настоящее время уже имеется целый ряд работ, как лабораторного характера, так и клинико-экспериментальных (Кричевского, Эфрона, Липскерова, Розентула и др.), частью появившихся в печати, частью доложенных на съездах и в заседаниях ученых обществ, — работ, выполненных со стоварсоланом Анилтреста, и характеризующих профилактическое и лечебное достоинство этого препарата. Показаниями для применения его являются все формы сифилиса, противопоказаниями — декомпенсированные пороки сердца, нефриты несифилитического происхождения, серьезные расстройства желудочно-кишечного тракта, далеко зашедший легочный тбс, сильное общее истощение, если оно не вызвано непосредственно сифилисом, наконец, органические (несифилитические) страдания глазного и слухового нервов.

Что касается дозировки стоварсола (resp. стоварсолана), то большинство авторов применяет его у больных сифилисом в дозе по 1,0, в день, начиная с 0,5, но общая его доза на курс, а также способ его применения у различных авторов — различны. Так, напр., Spiethoff назначает до 75,0 на курс. Н. С. Эфрон и П. Б. Липскеров — от 40,0 до 60,0, Nicolaï — от 20,0 до 25,0, Levaditi, Lehner, Oppenheim, Radnai, Bruhns и Picard — от 14,0 до 16,0 и т. д. Bruhns и Picard назначают, далее, стоварсол через день, Levaditi и Oppenheim — в течение 3 дней с 3-дневным перерывом, Lehner и Radnai — в течение 4 дней с таким же перерывом, Nicolaï — в течение

4—5 дней с 4—5-дневным перерывом, Н. С. Эфрон и И. Б. Липскеров дают стоварсолан 5—6 дней, потом делают 2—3-дневный перерыв, Spiethoff дает стоварсол неделю, потом на неделю же дача его прекращается и т. д.

О значении стоварсола и стоварсолана при сифилисе мнения весьма разноречивы. Так, напр., Oppenheim, Nicolau, Spiethoff, Max Soldin и Futzhesser, Н. С. Эфрон, И. Б. Липскеров и др. считают эти препараты вполне пригодными для лечения сифилиса, а Jadasson, Zennbuch, Pinkus, Hoffmann, Schumacher и ряд других — совершенно непригодными. Что касается профилактического действия их, то большинство авторов также считает эти препараты вполне надежными (Levaditi, Navarro-Martin, Fournier de Fakendo, Розентул, Эфрон, Липскеров и др.), тогда как другие отрицают их значение (Adalbert Collier и Elsa Ewers, Worms и др.). Поэтому небезинтересно будет привести данные, полученные нами в результате применения русского препарата стоварсолана в 33 случаях сифилиса у детей, находившихся под нашим наблюдением в Казанской Кожно-венерической больнице.

По диагнозу наши больные распределяются следующим образом:

Врожденный сифилис.

Lues congenita praecox	2.
Lues congenita tarda	5.

Приобретенный сифилис.

Lues II recens	16.
Lues II latens	8.
Lues III activa	2.

По возрасту леченные стоварсоланом дети распределяются таким образом: до 1 года было 3, от 1 года до 2 лет—7, от 2 до 3 лет—3, от 3 до 5 лет—8, от 5 до 8 лет—4, от 8 до 10 лет—3 и от 10 до 14 лет—5.

Способ применения стоварсолана у нас был таков: детям до 1 года ежедневно давалось от 0,05 до 0,125, а всего на курс от 2,5 до 5,0; детям от 1 года до 5 лет ежедневно вводилось от 0,2 до 0,5, а всего на курс 6,0—12,0; детям от 5 лет до 10 ежедневно давалось от 0,5 до 0,75, а всего на курс от 10,0 до 20,0; наконец, детям от 10 до 15 лет ежедневно давалось от 0,5 до 0,75, а всего на курс лечения от 20,0 до 30,0. Ежедневная порция стоварсолана до 0,2 давалась натошак в один прием в течение 4 дней, а потом следовал перерыв в 2 дня; выше же 0,2 стоварсолан принимался в 3 приема (утром, перед обедом и вечером), натошак или за 2—3 часа до приема пищи, в порошке или таблетках, в течение тоже 4 дней, после чего делался 2-дневный перерыв.

Применяемый препарат в общем переносился хорошо и оказывал благоприятное действие на общее состояние детей, у которых улучшался аппетит и увеличивался вес; так, напр., из 33 больных 29 увеличились в весе в пределах от $\frac{1}{4}$ до $2\frac{1}{2}$ кило, причем разница здесь почти всецело зависела от интенсивности побочных явлений. Что же касается влияния стоварсолана на быстроту исчезновения высыпек на коже и слизистых оболочках, то, по нашим наблюдениям, оно было таково: розеола

бледнела после 0,75 и до 1,25 и исчезала после 1,75 до 7,5, на 6-й—10-й день; папулы на коже становились плоские после 0,75 до 1,75 и совсем рассасывались после 2,5—9,0 на 12-й—18-й день; эрозивные папулы в заднем проходе и на губах рта рассасывались после 1,75—2,5 стоварсолана, на 6-й—15-й день; гипертрофические папулы рассасывались после 2,5—8,0 стоварсолана; папулезная ангина исчезала после 1,75—2,5 стоварсолана, на 5-й—12-й день; поверхностный узловатый сифилид на коже рассасывался после 6,0—15,0. Гуммозные язвы в наших случаях плохо поддавались лечению, хотя значительно уменьшались в объеме, — их все-таки приходилось долечивать висмутом; лишь в одном случае гуммозный периостит на голени рассосался после 19,0 стоварсолана. На аденоиты стоварсолан в общем оказывал благоприятное влияние, — у большинства они к концу лечения заметно уменьшались, а у некоторых совершенно исчезали. В общем необходимо отметить хороший терапевтический эффект на ранний врожденный сифилис. Что касается влияния стоварсолана на RW в крови, которая у наших больных исследовалась до лечения и через неделю по окончании лечения, то эффект последнего наступал медленно. Вот примерная таблица, из которой видно влияние разбираемого средства на RW в крови:

до лечения			после лечения		
резко-полож.	слабо-полож.	отриц.	резко-полож.	слабо-полож.	отрицат.
23	8	2	21	8	3

Примечание. Из общего числа 33 больных во время курса лечения умер один.

У двух больных реакция из резко-положительной перешла в слабую, у двух — из слабой перешла в отрицательную, а у одного — из отрицательной реакции перешла в резкую. Рецидивов было — клинических 2 и серологических — 1 (через 3—4½ мес.). Через 1—2 месяца после окончания лечения явились для продолжения лечения еще 8 больных, у которых положительная серореакция перешла в отрицательную. В общем оказалось, что стоварсолан действует на серореакцию медленнее комбинированного лечения, — он переводит ее в отрицательную лишь через 1—2 месяца после проведенного курса.

Из побочных действий стоварсолана необходимо отметить следующие: 1) повышение температуры (до 38,3°) имело место у 10 больных, 2) головная боль (незначительная) — у 6 больных, 3) тошнота наблюдалась у 5 больных, 4) понос — у 4, 5) общая слабость и недомогание — у 3, 6) потеря аппетита — у 2, 7) запор — у 1 больного, 8) альбуминурия (слабая и скоро проходившая) — у 4 больных, 9) экзантемы без дерматита — в 2 случаях. У некоторых больных эти явления повторялись по нескольку раз. Кроме того у 5 из 11 свежих случаев сифилиса наблюдалась Негхheimer'овская реакция.

Как видно из этих данных, стоварсолан является все-таки в некоторых случаях токсическим препаратом. Правда, прекращение его приема давало нам вскоре исчезновение всех этих побочных явлений, но у неко-

торых (пяти) больных они при дальнейшем употреблении средства опять возобновлялись. В общем все эти побочные явления кратковременны и благоприятны по своему течению, но число их значительно больше, чем при сальварсанном лечении.

Подводя итоги нашим наблюдениям, мы должны отнести стоварсолан к числу противосифилитических средств, очень удобных в смысле применения, хорошо устраняющих симптомы свежего сифилиса, но стоящих ниже комбинированного метода лечения по медленному действию на RW в крови и слабому действию на проявления третичного сифилиса. Терапевтический эффект этого средства много слабее действия сальварсана, ртути и висмута.

Проведение чисто-стоварсоланового лечения является особенно уместным в грудном возрасте, с повторением 2—4 курсов через 1—3 месяца. Целесообразно оно и в других возрастах, где сальварсанное лечение по каким-либо соображениям неприменимо. Наконец, оно может быть допущено, как дополнение к ртутной или висмутовой терапии.

Что касается терапевтической дозы стоварсолана, то ее приходится устанавливать в каждом отдельном случае, в зависимости от токсичности средства и быстроты исчезновения проявлений сифилиса.

Из малярийного отдела Свердловского Санитарно-Бактериологического Института. (Директор И. И. Степанов Григорьев, зав. отделом д-р О. А. Герман).

Пригодна-ли парижская зелень для уничтожения личинок малярийных комаров?

Д-ра О. А. Германа, проф. Ю. М. Колосова и энтомолога Н. М. Липина.

В последнее время вслед за нашими статьями „Парижская зелень, как средство борьбы с личинками малярийных комаров“ (Рус. Журн. Троп. Медицины, 1926, № 3) и „Parisergrün als Anopheles-Larvizid“ (Centr. f. Bakt., Bd. 98, H. 7/8) появились на эту же тему 2 статьи Ф. И. Яценко (Рус. Журн. Троп. Медицины, 1926, № 5, и Проф. Медицина, 1926, № 5), в которых автор, считая свои опыты в лабораторных и естественных условиях вполне убедительными, советует заменять парижскую зелень вместо нефти и керосина на громадных площадях (расчеты ведутся на десятины!) и высказывает предположение, что парижская зелень обещает вытеснить все другие ларвициды.

В виду того, что наши опыты, опубликованные раньше, а также те, которые мы производили в дальнейшем, не дают нам права считать парижскую зелень таким превосходным ларвицидом, мы остановимся сначала подробнее на опытах Яценко для выяснения того, действительно ли они позволяют делать выводы о превосходстве зелени над керосином и нефтью; а затем перейдем к описанию наших новых опытов, которые не дали расхождения с прежними.

Яценко описал только два опыта с парижской зеленью и попутно два с керосином, произведенных в лабораторных условиях. В первом случае в двух банках были помещены по 10 личинок *Anopheles*, причем в одну банку с водой было влито три капли керосина, в другую к воде прибавлено 0,012 гр. парижской зелени. Нигде не сказано, какова была площадь водной поверхности в банках, но надо, конечно, допустить, что вода в обеих банках имела одинаковую площадь. На десятину поверхности воды Яценко считает нужными 1 кило зелени или 150 кило керосина; следовательно, чтобы выдержать это соотношение и в лабораторных условиях, он должен был бы влить в одну из банок в 150 раз больше керосина, чем зелени, т. е. $0,012 \times 150 = 1,8$ гр., а между тем влил он только 3 капли, т. е. около 0,16 гр., так что керосина им было взято приблизительно в $11\frac{1}{4}$ раз меньше, или зелени—во столько же раз больше положенного количества. Несмотря на это, через 2 ч. 30 мин. в обеих банках все личинки оказались мертвыми, т. е. действие керосина даже при таком соотношении оказалось не хуже действия парижской зелени.

Во втором случае были опять-таки взяты две банки (не сказано, какие, но надо допустить, что такие же, как и в первом опыте). В одну

из них было влито в воду 4 капли керосина, и результат получился такой же, как и в первом опыте, т. е. через 2 ч. 30 мин. все личинки оказались уже мертвыми. В другую банку были всыпаны те же 0.012 гр. зелени, но результат тут получился совершенно иной: личинки комаров погибли только через 50 ч. 30 мин. При этом установить, погибли ли личинки от парижской зелени, или от чего-либо другого, — нельзя, так как контроля с водой без ларвицида не было, а вместе с тем из опубликованных нами статей видно, что в лабораторных условиях у нас в речной воде и без ларвицида из 20 личинок малярийных комаров уже через 43 ч. 10 мин. 9 превратились в куколок, 11 погибли и только одна осталась в живых в личиночной стадии.

Таким образом из опытов Яценко приходится заключить, что керосин является несравненно лучше действующим, чем парижская зелень, а не наоборот. Так как в наших 19 лабораторных опытах с парижской зеленью получились удовлетворительные результаты в смеси от 1:100 до 1:1000 из расчета 50 гр. смеси на 1 кв. саж., то на этом мы останавливаться дальше не будем, а перейдем к опытам Яценко в природных условиях.

Парижской зеленью им был засыпан ряд водоемов, причем через 2 дня в них были найдены только мертвые личинки малярийного комара. При этом автором не оговорено, сколько проб из каждого водоема было взято, а ведь закон больших чисел имеет при этом серьезное значение. Равным образом повторных контролей не было произведено, хотя автор указывает на желательность (правильнее, конечно, нужно было сказать — на необходимость!) таковых, да и из наших опытов в природных условиях видно, что иногда при повторных контролях даже через 1—2 дня находят личинок различного возраста там, где их при первом не находили.

У Яценко не сказано, далее, ни того, сколько водоемов им было засыпано (неужели во всех водоемах были одинаковые условия?), ни того, какова была их площадь (что дало бы представление о размерах произведенных опытов), ни того, в какую погоду и при какой температуре произведен контроль (в пасмурную или дождливую погоду можно было легко не найти личинок, если даже таковые бы и были), ни того, какого возраста личинки были найдены до засыпки, ни того, найдены ли были куколки до засыпки и во время контроля (нельзя же допустить, что и куколки были уничтожены парижской зеленью?!). Ничего не сказано у Яценко о контрольных водоемах, а между тем иногда и без всякого воздействия ларвицида количество личинок в воде временно или постоянно резко уменьшается. Мы видим, таким образом, что автором не соблюден целый ряд элементарных условий, а потому считать опыты Яценко вполне убедительными и доказывающими превосходство парижской зелени пред нефтью и керосином мы ни в коем случае не можем. О том, что количество личинок малярийного комара иногда резко уменьшается даже и после засыпки смесью парижской зелени 1:1000 (т. е. только 0,05 гр. парижской зелени на 1 кв. саж.), хотя иной раз, наоборот, и засыпка разведением 1:100 (т. е. 0,5 гр. парижской зелени на 1 кв. саж.) не дает надежных результатов, — мы видим из наших уже опубликованных опытов.

Что касается второго опыта Яценко, когда парижская зелень была помещена в воду в мешочках, то и здесь имеются те же недочеты,

что и в первом случае. Автором опять-таки выполнено одно только контрольное обследование, опыт произведен без контрольных водоемов, и вообще нет никаких указаний, которые дали бы возможность яснее представить себе ход работы и учесть полученные результаты. Сам Яценко, как мы уже упоминали выше, указал на желательность повторных контролей, но, к сожалению, сам он в своей работе этого не проводил. Таким образом результаты опытов Яценко мало чем разнятся от наших, но опыты эти нельзя считать законченными даже с точки зрения самого автора.

Яценко рекомендует принять 1 кило парижской зелени на десятину, т. е. около 0,42 гр. на 1 кв. саж. Так как в своих опытах наилучшие результаты мы получали от 0,5 гр. парижской зелени на 1 кв. саж. в разведении 1:100, то указанная им норма потребного количества зелени соответствует той, какую признали нужной и мы. Не понимаем только, как Яценко удалось рассыпать в ручную это количество зелени равномерно в разведении 1:40 (т. е. около 17 гр. смеси на 1 кв. саж.), так как нам самим при ручном способе разбрасывания с трудом удавалось равномерно распределять 0,5 гр. зелени в разведении 1:100 (т. е. по 50 гр. смеси на 1 кв. саж.), почему мы и прибегали в дальнейшем к рассеиванию зелени через проволочное кольцо, обтянутое марлей.

Опыты Яценко с карасями, якобы свидетельствующие о том, что губительного действия парижской зелени на рыб не наблюдается, на самом деле не указывают еще на ее полную безвредность, ибо сам же автор пишет о заболеваемости обеих партий рыб после помещения их в опытный аквариум. Равным образом то обстоятельство, что рыбы были еще живы в опытном аквариуме через 7 дней прежде, чем были пересажены в аквариум с чистой водой, не доказывает, конечно, что они, как предполагает Яценко, стали иммунными по отношению к парижской зелени. Кроме того сам автор считает нужным повторять засыпки каждые 18—21 день, т. е. рыбы должны будут продолжительное время находиться в воде с парижской зеленью, и остается еще открытым вопрос, как повлияют на них такие условия.

Вообще, прежде чем приступать, по совету Яценко, к засыпке парижской зеленью больших водоемов (автор, как мы уже отмечали выше, считает поверхность десятинами!), необходимо основательно провентилировать этот вопрос на водоемах более скромных размеров. Ниже приводимые наши опыты являются, поэтому, как нам кажется, нелишним дополнением к тем, которые мы опубликовали раньше.

В виду того, что губительное влияние парижской зелени в лабораторных условиях на личинок малярийных комаров можно уже считать более или менее установленным, мы в дальнейшем занялись опытами в природных условиях. Для этого мы выбрали весьма удобную, с нашей точки зрения, ложбину с общей площадью около одной десятины, которая с давних пор образовалась от выемки песку. Ложбина эта вся заросла травой, причем по ней разбросано, приблизительно, 50 водоемов разнообразной величины. Часть этих водоемов затянута целиком ряской, и в них мы личинок малярийных комаров не находили ни в текущем, ни в прошлом году; другие же водоемы затянута ряской только частично, или ее почти совершенно нет, а остальная площадь водной поверхности в значительной мере покрыта водяной ватой; тут-то мы и находили личи-

нок малярийных комаров. Водоемы эти, по нашему мнению, тем хороши, что все условия опыта оказываются в них более или менее одинаковыми, и стоит только менять или самые ларвициды, или количество их, чтобы можно было ясно судить о действии каждого. Для сравнения нами были применены нефть, керосин и парижская зелень,—последняя в разведении 1:100 и 1:500; кроме того были оставлены водоемы контрольные, без обработки их ларвицидом. Контроли производились еще более многократно, чем в ранее опубликованных опытах.

Переходя к обзору результатов наших опытов, отметим, что водоем № 5, как контрольный, не подвергался действию ларвицидов. С 30/VII по 12/X он был обследован 17 раз, причем все время в нем находили личинок или куколок малярийных комаров. С сентября (с наступлением холодов) количество личинок начинает здесь резко падать, а 12/X в этом водоеме на 20 проб была найдена только 1 мертвая куколка.

Контрольным был также водоем № 7, который обследовался с 31/VII по 12/X всего 13 раз. До сентября в нем постоянно были находимы личинки малярийных комаров, в сентябре же только 16 числа на 10 проб была найдена одна личинка, а 27/IX и 12/X в нем на 10 проб не было найдено ничего.

Водоем № 30 был контрольным с 30/VII по 26/VIII. Обследовался он за это время 4 раза, причем каждый раз в нем находили личинок малярийных комаров разных возрастов. После этого его засыпали парижской зеленью, о чем будет сказано в дальнейшем.

Водоемы №№ 3, 4, 33, 26 и 24 были обработаны нефтью,—первые 3 в количестве $\frac{1}{2}$ ф., водоем № 26—в количестве $\frac{3}{4}$ ф., а № 24—в количестве 1 ф. на 1 кв. саж. Во всех случаях личинки и куколки после заливки исчезли. Заливка была произведена 10/VIII (водоемы №№ 24, 26, 33), 12/VIII (водоем № 3) и 14/VIII (водоем № 4), а контроли всех 5 водоемов производились по 7—9 раз до 12/X, причем ни разу в них не были найдены ни личинок, ни куколок комаров, кроме водоема № 33, в котором 31/VIII, т. е. через 21 день после заливки, на 10 проб была найдена 1 полувзрослая личинка.

Керосином были залиты водоемы № 27 (по $\frac{3}{8}$ ф. на 1 кв. саж.), №№ 28, 31 и 32 (по $\frac{1}{2}$ ф.) и №№ 23, 29 и 34 (по 1 ф.). Во всех этих 7 водоемах все личинки и куколки малярийных комаров исчезли после заливки, которая была произведена 10/VIII (водоемы №№ 27, 28, 29, 31, 32 и 34) и 12/VIII (водоем № 23). В дальнейшем, до 12/X, водоемы обследовались по 6—7 раз, и ни в одном из них не было найдено ни личинок, ни куколок малярийных комаров, за исключением водоема № 31, в котором 30/VIII, т. е. через 20 дней после заливки, на 10 проб была обнаружена одна молодая личинка.

Водоемы №№ 2, 10, 11, 12, 13, 15, 22 были засыпаны смесью парижской зелени с глиной в разведении 1:500, в том числе водоемы №№ 2, 11, 12 и 22 были засыпаны из расчета 50 гр. смеси на 1 кв. саж., № 10—по 100 гр., № 13—по 180 гр., а № 15—даже 225 гр. смеси на 1 кв. саж. Водоем № 2 был засыпан 12/VIII, а 14/VIII, 21/VIII и 23/VIII в нем было найдено приблизительно столько же личинок, сколько и до засыпки. В водоеме № 12 личинок было до засыпки очень мало, так же мало было их и через 3 дня после засыпки, а через следующие 7 дней их было уже очень много, гораздо больше, чем до

засыпки. В водоеме № 13 через 3 дня после засыпки личинки не были обнаружены, но через 8 и 10 дней они снова были обнаружены, причем через 10 дней была найдена даже взрослая личинка. Вообще ни в одном из этих водоемов парижская зелень даже при засыпке из расчета 180 или 225 гр. смеси на 1 кв. саж. не оказала заметного действия.

Водоемы №№ 2, 11, 12 и 22 (после того, как смесь 1:500 в них оказалась недействительной) и водоемы №№ 6, 9, 30 были засыпаны смесью 1:100, причем водоемы №№ 2, 6, 9, 11 и 12 были засыпаны из расчета по 50 гр., водоем № 30 — по 75 гр., а водоем № 22 — по 100 гр. смеси на 1 кв. саж. В водоеме № 2 на следующий день на 20 проб ничего не найдено, через 4 дня найдена на 20 проб 1 куколка, а через 7 дней после засыпки и дальше уже опять было немало личинок. В водоеме № 11 после засыпки число личинок оказалось значительно меньше, чем их было до этого, но все же мы находили их почти регулярно при следующих контролях, которых с 16/VIII по 12/X было произведено 10. В водоеме № 12 личинки после засыпки исчезли. Их не удавалось обнаружить на 20 проб и через 2, 4 и 7 дней. Через 9 дней на 30 проб удалось обнаружить только 2 личинки, но из них 1 была взрослая, так что зелень и здесь не убила всех личинок, а только очень резко уменьшила их количество. Через 10—13 дней личинок здесь уже было больше, а через 16 и 17 дней их было опять очень много; даже 12/X, когда в контрольных водоемах ничего найдено не было, здесь на 20 проб была обнаружена 1 взрослая личинка. В водоеме № 22 на следующий день после засыпки, произведенной 26/VIII, личинки не были обнаружены, но через 4, 5 дней и дальше их опять находили, — правда, в небольшом количестве. В водоеме № 6 через день после засыпки на 20 проб ничего не было найдено, а через 4 дня на 30 проб была обнаружена 1 куколка. Через 5 и 22 дня личинки затем не были обнаружены, через месяц же обнаружена 1 полувзрослая личинка, а через 1½ месяца после засыпки снова уже ничего не было найдено. В водоеме № 9 через 2 дня после засыпки ничего не найдено, через 4 дня найдены очень молодые личинки, а через 6, 9 дней и дальше были находимы личинки различных возрастов. Наконец, в водоеме № 30 на следующий день после засыпки на 20 проб была обнаружена только 1 куколка, а через 4, 5, 22, 33 и 47 дней ничего не было найдено.

Из этого мы видим, что в то время, как нефть и керосин во всех 12 водоемах оказали блестящее действие, смесь парижской зелени в разведении 1:500 из расчета от 50 гр. до 225 гр. смеси на 1 кв. саж. почти не оказала никакого действия, а в разведении 1:100, когда на 1 кв. саж. применялось 0,5—1,0 гр. зелени (Яценко применял около 0,42 гр.) почти во всех водоемах число личинок сначала после засыпки значительно уменьшалось, или их даже совершенно не находили, но при повторных обследованиях, особенно при применении метода больших чисел поиски личинок оказались положительными во всех случаях, кроме двух, именно, водоемов № 6 и № 30, где исчезновение личинок оказалось длительным.

Если бы мы, таким образом, ограничились одним контрольным обследованием, мы могли бы, по крайней мере по отношению к некоторым водоемам, придти к такому же неправильному выводу, как и Яценко; многократные обследования одних и тех же водоемов избавили нас от ошибки.

Итак, наши опыты с керосином, нефтью и парижской зеленью при одинаковых прочих условиях, как нам кажется, с ясностью показывают значительное превосходство действия керосина и нефти над парижской зеленью. Там, где парижская зелень или совершенно не действовала, или только уменьшала количество личинок, не оказывая воздействия на куколок и яйца малярийных комаров, там керосин и нефть на продолжительное время очищали водоемы от всего этого. В частности парижская зелень, как правило, не оказывала почти никакого действия на *Culicini*, *Corethra* и *Chironomus*, так как уже через 3—4 дня после засыпки в большинстве случаев мы в водоемах находили личинок этих видов. Как будто бы более заметно зелень действовала на личинок *Dixa*, которые после засыпки обыкновенно исчезали, но через 8—10 дней, а в одном случае даже через 5 дней, были уже найдены снова. Нефть и керосин действовали на *Culicini* и *Dixa* очень энергично, но и после такой обработки водоемы снова заселялись личинками *Culicini* довольно быстро, — в некоторых случаях уже через 10—11 дней, тогда как при аналогичных условиях опытов личинки малярийных комаров были найдены только в 2 случаях, да и то не ранее 20 дней. Еще менее энергично нефть и керосин действовали на личинок *Corethra* и *Chironomus*, которые очень часто обнаруживались дней через 10 после заливки, что, впрочем, и понятно, так как для дыхания им не приходится подыматься на поверхность воды.

В Ы В О Д Ы.

Основываясь на произведенных опытах, мы должны повторить то, что уже было сказано нами в предыдущих статьях: парижскую зелень, может быть, можно будет применять в тех случаях, когда нефть и керосин применять нельзя, а именно, когда в водоемах содержится рыба или когда они служат для водопоя скота, но и то лишь в том случае, если будет доказано (конечно, на вполне убедительных примерах), что зелень в применяемом количестве не представляет опасности для рыб, водоплавающих птиц и домашних животных.

Что же касается самого ларвицидного действия этих веществ, то приходится отметить, что нефть и керосин действуют несравненно энергичнее, чем парижская зелень.

Важнейшие моменты санитарного состояния Волжско-Камского края в прошлом и настоящем¹⁾.

И. Н. Лукьянова

(бывш. Наркомздрава Чувашской АССР Республики).

Каждый социальный строй характеризуется определенной степенью состояния общей и санитарной культуры²⁾. Исторически развитие последней (здоровье населения и охрана его) шло неравномерно для различных территорий и групп населения в зависимости от политической и культурно-экономической конъюнктуры. Эти этапы санитарного состояния, которые переживало население Волжско-Камского края и фазы развития здесь организации здравоохранения в разные исторические периоды до сих пор слабо освещены в литературе.

На основании некоторых материалов можно думать, что таких периодов здесь было 3: 1) языческий (господство в медицине культа), 2) земский и, наконец, 3) советский.

Мы заранее ограничили свою работу, взяв в качестве симптомов для диагноза санитарного состояния края не исходные, непосредственные моменты (экономика, культура, быт, питание, жилищный вопрос, водоснабжение), а такие конечные показатели санитарного состояния, какими являются статистические данные (Ресле, Куркин, Сынсин³⁾: 1) об естественном движении населения, 2) об его физическом развитии, 3) о дефективности его (заболеваемость) и 4) о состоянии организации по охране народного здоровья.

Правда, нужно оговориться, что таких сведений в отношении Волжско-Камского края очень мало, задачу выяснить этот вопрос нельзя не считать труднейшей, и свой очерк мы считаем лишь вводным, не исчерпывающим и сотовой доли всего огромного содержания затронутой темы.

Прежде всего скажем несколько слов о территории Волжско-Камского края с социально-экономической и санитарной точек зрения⁴⁾. В настоящее время в состав края входят: Татарская и Чувашская республики, Марийская и Вотская авт. области, отчасти соседняя Башкир-

¹⁾ Доложено в Гигиенической Секции Общества Врачей при Казанском Университете и на конференции научных сотрудников кафедр общей и социальной гигиены Казанского Института для усовер. врачей и Казанского Института соц. гигиены.

²⁾ Семашко, статьи в сб. „Соц. Гигиена“, особенно в 1 и 2, 1922—23, Москва.

³⁾ Проф. А. Н. Сынсин. Санитарное состояние России в прошлом и настоящем. Сб. „Соц. Гигиена“, вып. 1 и 2, 1922—23, Москва.

⁴⁾ Лукьянов. К вопросу о санитарном состоянии Чув. АССР, Бюлл. НКЗ № 13/14, 1926.—Мухамедьяров. Дело здравоохранения и перспективы его развития в Тат. Р., «Труд и Хозяйство» ТАССР, 1926, № 6—8.—Курбангалеев. Санитар. состояние Тат. Р., «Гигиена и Эпидемиология», 1925.—Медицина в Башкирии, Уфа, 1923, и др.

ская республика (до революции Казанская губерния полностью и части губерний Симбирской, Вятской и Уфимской¹⁾).

Природа и климат края типичны для всей средней полосы России. Рельеф—холмистая равнина, изрытая оврагами, являющаяся лесостепью (лесов в ЧР и ТР—до 35%, в Марийской и Вотской—50% всей площади).

Всего территория края занимает свыше 130 тысяч клм. с населением около 5 миллионов, из коего нацмены составляют свыше 60% (Башкирская республика—140 тысяч клм., населения около 3 миллион.).

Край—исключительно земледельческий, хотя в ЧССР наблюдается резкое малоземелье, почва нуждается в хорошем удобрении, тогда как скотоводство находится в примитивном состоянии из-за некультурности и недостатка луговых угодий. Индустрии не было и нет. Вспомогательные промыслы—лесной и охотничий.

Бюджет крестьянина Волжско-Камского края ниже такового же среднего по РСФСР (350 руб. в год, а в ТССР и МАО—250 руб., в ЧССР—140 руб. и т. д.). Огромный % бедняцких хозяйств, неземлеустроенных (чересполосица), с примитивными формами землепользования (трехполка, соха). Ярким показателем экономической отсталости края служит размер расходов на душу населения в самой большой из нацреспублик—Татарской по местному бюджету: в 1924-25 г.—3 р. 60 к., в 1925-26 г.—4 р. 80 к. против средних цифр по РСФСР за те же годы—4 р. 76 к. и 6 р. 48 к.; в этом числе на здравоохранение падает по ТССР—40 к. и 58 к., а по РСФСР—65 к. и 90 коп. Культурный уровень очень низок: в то время, как грамотных по РСФСР насчитывается 31,9 на 100,—по ТР всего 25,3, причем среди русского населения—30,0, а среди татар—17,0. Из остальных нацтерриторий края наиболее высокий уровень грамотности дает Чувашская Р.—31,0 на 100, т. е. все же немного ниже средней по РСФСР.

В результате культурно-экономической отсталости развились плохие, очень тяжелые формы санитарно-гигиенических условий жизни, в особенности отразившиеся на жилище и питании. В отношении питания можно сказать, что оно для нацменовского населения края совсем научно не изучено, но во всяком случае не лучше того, о котором в свое время писал А. И. Шингарев в своей знаменитой „Вымирающей деревне“: хлеб и капуста, одним словом паек, который не подведешь ни под одну из существующих норм (Voit, Rubner и пр.). Этот вопрос ждет еще у нацмен своих исследователей. Лучше изучен вопрос о жилище (см. работы Сухарева, Мехоношина и целого ряда этнографов, как проф. Н. В. Никольского и др.). Для примера приведу характерные цифры: кубатура воздуха в избе у татар в среднем около 8 куб. м. вместо нормы в 30 куб. м. на взрослого и 20—на детей. Световая площадь (отношение площади окон к площади пола)— $\frac{1}{14}$ вместо $\frac{1}{8}$ (приводится по дисс. Сухарева).

Таким образом, как санитарная, так и бытовая обстановка у нацмен—тяжелая, антигигиеническая, а мирозерцание заражено суеверием и предрассудками (остаток недавнего язычества). Сильно развито знахар-

¹⁾ «Описание Тат. ССР», журналы: «Труд и Хозяйство», «Чувашское хозяйство», «Марийское хозяйство»; Победоносцев,—«Волжско-Камский край» и др.

ство (помзы—б. жрецы), алкоголизм, табакокурение (даже женщины и дети). Употребление мыла—фравтовство, охрана детства и беременности—отсутствуют в силу непонимания и нужды, хотя любовь к детям и очень развита. Сельское водоснабжение в отчаянно негигиеническом состоянии (см. Лукьянов, „Источники водоснабжения Чув. ССР“¹⁾). Вообще вся обстановка житья-бытья нацмен была и остается более тяжелой и менее культурной, чем таковая же у русских. Естественно, что это отразилось на санитарном состоянии края самым отрицательным образом²⁾.

Если таково социально-экономическое и санитарное состояние края в настоящее время, то в первый период (доземский) оно было еще неизмеримо хуже, примитивнее. Эта эпоха характеризуется системой политического гнета, экономической и культурной отсталости края, в соответствии с чем стоял уровень и санитарной культуры. Картину санитарного состояния, которая могла существовать здесь при наличии архаических форм землепользования, когда источником существования являлись в значительной мере скотоводство, охота и рыбная ловля в их примитивных формах,—эту картину расшифровывают источники по истории и этнографии края³⁾.

Вся медицина, оказывается, вплоть до земского периода исчерпывалась здесь рощами киреметей и священнодействием жрецов-колдунов, а санкультура олицетворялась землянками и курными избами на дне оврагов и болот с диким укладом быта и предрассудками, не изжитыми в среде малых наций до сих пор. Естественно, что, чем более усложнялась жизнь, чем сильнее и острее становилась борьба за существование, тем все более народности края отставали от общего темпа культурного развития коренной России, тем все более становились они на путь вырождения. Правда, санитарное состояние населения и коренной России в то время было также тяжелым, хотя питание и быт были несравненно лучше, чем у туземцев Волги—Камы (см. Сысина, а также источники по истории медицины⁴⁾).

По данным Ц. С. У.⁵⁾ в XIX—XX столетиях динамика движения населения в Средневолжье (Казанская, Симбирская, Самарская и Уфимская губернии) сравнительно с таковой же по всему Поволжью и Центральной России⁶⁾ представляется в следующем виде (в тысячах):

¹⁾ Гигиена и Эпидемиология, 1927, № 6.

²⁾ См. Г. Комиссаров, Чуваши Каз. Заволжья, дисс. Каз., 1912; Д. П. Никольский, Башкиры, дисс., СПб., 1890 г., и др.

³⁾ Tektander. Tfer persicum. Изв. Об. А. И. Э. при Каз. У-те, т. XXIII, в. 4.—Проф. Фирсов. Инородческое население прежн. Каз. царства в новой России. Казань, 1886.—Ташкин. Инородцы Приволжско-Приур. края, дисс., Казань, 1922.—Проф. Сбоев. Чуваши в быт. и пр. Москва, 1895.—Проф. Никольский. История Народностей Поволжья. Казань, 1919.—Коблов. Мифология Каз. татар. Дисс. П. О. А. И. Э., т. XXVI, 1905, и др.

⁴⁾ Скороходов. Кр. очерк ист. русск. мед. 1926.—Рихтер. Ист. мед. в России. Описание путешествия Татищева. — Марзеев. Жилища и санитар. быт сельск. насел. Украины, 1927.

⁵⁾ Статистич. сборник за 1913—17 г.г., в. I, Москва, 1922 г. и др.; „Россия“ под ред. В. П. Семенова-Тянь-Шанского; Энциклопед. словарь, изд. Брокгауза и Эфрона, т. 54, Россия.

⁶⁾ Сюда входят 20 губерний Поволжья и Центральной России.

Территория	1851 г.	1858 г.	1897 г.	1917 г.	Коэфф. год. прироста в ‰
Казанская	1347	1543	2191	2600	1,35 ⁰ / ₀
Симбирская	1024	1141	1549	1872	1,26 ⁰ / ₀
Уфимская	956	1125	2196	3050	3,32 ⁰ / ₀
Самарская	1320	1530	2763	3351	2,33 ⁰ / ₀
Поволжье	24476	28441	38833	45481	1,27 ⁰ / ₀

Выделение нацмен в отношении статистики прироста из общей массы населения в особую группу изменяет результаты в сторону для них менее благоприятную, чем вышеприведенные цифры. Ниже для сравнения приводится движение населения в Волжско-Камском крае по нацтерриториям в сравнении с таковым же Поволжья и Центральных губерний ¹⁾, ²⁾.

Территория	1897 г.	1914 г.	Прирост в ‰	1920 г.	Прирост в ‰	‰ годового прироста
ТССР	2409	3039	26 ⁰ / ₀	2896	20 ⁰ / ₀	0,87 ⁰ / ₀
БССР	921	1206	31 ⁰ / ₀	1259	37 ⁰ / ₀	1,61 ⁰ / ₀ (вн. Башкирия)
ЧССР	583	705	22 ⁰ / ₀	729	26 ⁰ / ₀	1,12 ⁰ / ₀
Мар. А. область	313	368	12 ⁰ / ₀	345	11 ⁰ / ₀	0,48 ⁰ / ₀
Ульяновская губ.	1315	1648	26 ⁰ / ₀	1643	25 ⁰ / ₀	1,87 ⁰ / ₀
Поволжье	35554	44294	24 ⁰ / ₀	42809	20 ⁰ / ₀	0,87 ⁰ / ₀

Таким образом стоит взять нацменовское население в модуле его большинства (принцип организации нацтерриторий), как годовой прирост делает значительные понижения и сравнивается с таковым же Поволжья.

Мало того, не надо забывать, что и здесь на повышение коэффициента прироста нацмен Средневолжья безусловное влияние оказывало и оказывает до сих пор масса русского населения, достигающая 42,4⁰/₀ всех жителей.

О движении населения по национальностям более четкие и определенные данные имеются по б. Казанской губернии (в тысячах ³⁾).

Г о д ы	Общее количеств. населен.	Русских	Татар	Чуваш	Примечания
1834	1010	492	308,6	300	8-я ревизия
1897	2191	934	744	513	Всер. перепись
1913	2829	1504,3	772,7	550	Св. Каз. Губ. Ст. К-та

Отсюда прирост за 79 лет составлял: 1) для всего населения—180⁰/₀ (ежегодный—2,3⁰/₀), 2) для русских—206⁰/₀ (ежегодный—2,6⁰/₀),

¹⁾ Данные взяты из Статистического Ежегодника за 1918—21 гг., изд. ЦСУ, Москва, 1924.

²⁾ См. Победоносцев, Волжско-Камский Край, Каз., 1926 г.

³⁾ См. Энц. словарь Брокгауза и Эфрона и „Россия“ Семенова-Тянь-Шанского.

3) для татар—150⁰/₀ (ежегодный—1,9⁰/₀), 4) для чуваш—83⁰/₀ (ежегодный—1,05⁰/₀ ¹⁾).

В то же время население России дало следующие цифры (по А. Н. Сысину, Санитарное состояние России, сб. Соц. Гигиена №№ 1 и 2, 1922-23 г., Москва): в 1762 г.—13.000.000, в 1796 г.—36.000.000, в 1815 г.—45 000.000, в 1851 г.—67.000.000, в 1897 г.—129.000.000, в 1913 г.—170.000 000.

Здесь за 151 год, как видно, наблюдалось увеличение в 13 раз, а коэффициент годового прироста—8⁰/₀. Правда, проф. А. Н. Сысин склонен половину этого прироста относить за счет присоединения к России новых областей. Но, даже и учитывая этот корректив, нельзя не видеть, что прирост русского населения как в общерусском масштабе, так и по Казанской губернии был значительно выше нацменовского. Оценивая явление прироста населения, как в высокой степени показательный фактор санитарного состояния края, приходим, на основании анализа приведенных выше материалов, к выводу, что нации Средневожья находились в особо неблагоприятных культурно-экономических и санитарных условиях даже по сравнению с населением коренной России. Недаром же научными исследованиями установлен факт, что смертность и рождаемость в России нарастают по направлению с Запада на Восток, являющийся конгломератом остальных народностей (см. цит. труды Сысина, а также Новосельского ²⁾).

Причины быстрого увеличения населения в России, как и в Волжско-Камском крае, в конце XVIII и в XIX веке, выяснены и заключаются в том, что обе территории являлись странами натурального хозяйства, без развития промышленности, без хороших путей сообщения, с резким преобладанием сельского населения. Естественно, что обе территории давали прирост населения даже при самых антигигиенических условиях быта и труда населения.

Судя по обращаемости населения за медицинской помощью в земский период и по данным поголовных осмотров, можно констатировать, что среди нацмен восточных губерний отмечалась, главным образом, огромная заболеваемость социальными, бытовыми и эпидемическими болезнями, причем на первом месте здесь стоят: трахома, туберкулез, сифилис, чесотка, грипп, желудочно-кишечные и детские острые инфекции, в том числе оспа и летние детские поносы ³⁾, ⁴⁾).

Если в России, по данным проф. Сысина, только 25⁰/₀ всей массы заболеваний были связаны, главным образом, не с биологическими особенностями организма, а с социально-экономическими и бытовым укладом страны, то в Волжско-Камском крае последнего рода факторы вызвали до 40⁰/₀ и более всех заболеваний. Физическое развитие населе-

¹⁾ Высокий ⁰/₀ прироста у татар и слишком малый у чуваш, как справедливо замечают историки края, до известной степени происходил за счет массового перехода чуваш в ислам и последующей татаризации их (см. дисс. проф. Н. В. Никольского, История распространения христианства среди чуваш, Казань, 1912 г.).

²⁾ Естеств. движение населения России и Европы за годы войны, Ж. Общ. Врач. 1917, № 6—8; 1922, № 2.

³⁾ См. Отчеты Гл. Вр. Инспектора за 1913 и 1914 г.г.

⁴⁾ См. „Стат. материалы по сост. нар. здоровья и мед. помощи за 1913—23 г.г.“, изд. НКЗ РСФСР, 1926, Москва.

ния, как известно, лучше всего характеризуется материалами о способности призывных к несению военной службы по физическому состоянию их здоровья. По этим данным определено, что в общероссийском масштабе состояние физического здоровья населения за последние 50 лет ухудшилось, т. е. % годных призывников неуклонно падает. Так, в 1913 г. % забракованных выражался в следующих цифрах: 14,4% — негодны совсем, 15,8% — по физической невозможности, 7,2% отправлено в лече заведения на испытания, а в общем оказались негодными до 45% всех призывных (цит. по Сысину). Контингент непринятых по Буинскому уезду (см. Б. Н. Вишневский и М. Гагаев, Рост призывного населения Буинского уезда и его способность к населению военной службы, Антр. Ж., т. 13, в. 3—4, 1924) за 1915 г. составлял 57,6% всех призывных, способность же к несению военной службы отдельных наций края (татар, чуваш, русских) характеризуется след. цифрами: принято русских 48,2%, татар—41,9 и чуваш—40,6%, причем получивших отсрочку по физическому недоразвитию среди чуваш оказалось больше, чем среди представителей других народностей. Мордва, оказалось, стоит на почти одинаковом с русскими уровне. По Анучину средний рост новобранцев России вычислен в 164,1 см., а для чуваш—161,3, для татар—163,9 см. Вообще исследования целого ряда антропологов (Талько-Гринцевич, Благовидов¹⁾, Сухарев²⁾, Федоров³⁾, Д. П. Никольский⁴⁾, М. Н. Никольский⁵⁾, Вишневский и др.) подтверждают, что не только рост, но и другие признаки характеризуют слабость физической организации всех нацмен Поволжья. Таким образом уже из этого беглого очерка естественного движения населения, заболеваемости его и физического развития можно видеть, что, действительно, живая сила населения Волжско-Камского края,—его здоровье находилось в дореволюционный период в состоянии истощения и ослабления именно на почве тяжелых условий жизни социально-экономического и санитарного характера.

Наш очерк санитарного состояния края был бы неполным, если бы мы не остановились на таком важном факторе его, как организация охраны народного здоровья.

Как уже сказано выше, в XV, XVI, XVII и XVIII столетиях научная медицина, хотя бы в форме лечебной, не обслуживала у нас широких слоев трудового населения (см. источники по истории медицины, а также ⁶⁾ и ⁷⁾). Если так стоял вопрос об охране трудового населения в доземский период в русских центральных губерниях, то о территориях расселения нацмен можно просто сказать, что они оставались в этом отношении вне поля зрения и забот правительства. Именно на этом положении сходятся мнения двух представителей местного края, принадлежащих к совершенно противоположным политическим лагерям. Если А. Брода⁸⁾ утверждал, что в Казанской губернии до земства медицинская по-

¹⁾ Материалы к исслед. здоровья инородцев в Симб. губ., Буин. у., дисс. СПб, 1886 г. ²⁾ Казанские татары, дисс., 1904, Казань. ³⁾ Материалы для антропологии инородцев Каз. г., дисс., Казань, 1905. ⁴⁾ О. с. ⁵⁾ Мат. к антропологии татар Каз. г., дисс., Казань, 1912.

⁶⁾ Корженевский. Земская медицина в Тверской губ., 1901 г. Вып. 1, стр. 5.

⁷⁾ Б. Веселовский. История земства, СПб, 1909, т. I.

⁸⁾ А. Брода. К пятидесятилетию земских учреждений. Изд. Каз. Губ. Земства, 1914.

мощь населению почти не оказывалась, то Мухтаров ¹⁾ вдвойне прав, говоря, что „большинству наипен была предоставлена полная свобода — болеть, вырождаться и вымирать“.

Земский период был медленным, но все же положительным стимулом в направлении проведения начал санитарной культуры в толщу сельского русского населения, главным образом в отношении индивидуальной лечебности и профилактики (см. „Рус. зем. медицина“ Е. Осипова, Н. Попова и П. Куркина, изд. Пир. Общ., Москва, 1899). Целый ряд авторов свидетельствует о том, в какой тяжелой обстановке происходило развертывание лечебной сети и, особенно, зарождение санитарной организации в этот период. Этот извилистый, тернистый путь созидания неизвестных дотоле форм охраны народного здоровья не мог не иметь дефектов, неправильных уклонов и крупных ошибок. По Веселовскому ²⁾ в 70—90 г.г. повсюду господствовала система фельдшеризма, лечебницы (амбулатории) ютились в крестьянских избах и т. д., так как, по мнению земцев-дворян, крестьянство не привыкло, не любит хорошей обстановки, и ему-де ближе фельдшерская, чем врачебная помощь ³⁾. С 90-х годов фельдшеризм сменяется раз'ездной врачебной помощью, которую проф. Капустин ⁴⁾ характеризовал, как „неумышленное шарлатанство“. Во многих губерниях лечебная помощь была платной, оспопрививатели (т. н. „оспенники“) комплектовались из крестьян и содержались на средства сельских обществ. По Жбанкову ⁵⁾ борьба с эпидемиями тогда велась эпизодически, а к 1898 г. более или менее планомерно лишь в 7 центральных губерниях. Идея губернских с'ездов, зародившись в 70-х годах, с великим трудом отвоевывала свое право на существование. Уездные врачебные советы к 1890 г. насчитывались лишь в 40% общего числа земств ⁶⁾. Бывш. Казанская губерния, составляющая основное ядро края, не представляла исключения в историческом ходе развития земской медицины, а раз'ездная система здесь удержалась даже дольше, чем где-либо (до начала XX в.).

Вокруг вопросов лечебного дела и реализации идеи с'ездов, врачебных советов и санорганизации в пределах Поволжья уже с 70 г. закипела ожесточенная борьба между основанным проф. Петровым „Обществом врачей г. Казани“ и земствами Казанской и соседних губерний с переменным успехом для той или другой стороны. Насколько сильно было в то время дворянство, хотя уже обреченное на смерть рукой истории, видно из того, что после I Губернск. С'езда врачей Казанской губ. в 1875 г. и II—в 1882 г. эти с'езды под давлением земцев-консерваторов прекратились на долгий срок⁷⁾. Уездные врачебные советы начали приобретать некоторый авторитет лишь в начале 1900-х г.г. Зарождение санитарной организации в виде губ. сан. бюро относится лишь к 1913 г.,

¹⁾ Мухтаров. Здравоохранение в нац. республиках и областях, Труды Всесоюзн. С'езда врачей, 1925, Москва.

²⁾ Веселовский. О. с.

³⁾ Врачебно-санитарный листок Симб. губ., 1904, № 20.

⁴⁾ Капустин. Основные вопросы земской медицины.

⁵⁾ Жбанков. Об участии губ. земств в борьбе с эпидемиями, Врач, 1898, стр. 441.

⁶⁾ Жбанков. Итоги земской медицины, Врач, 1894, № 18.

⁷⁾ Газета „Земство“, 1881, № 5.

когда был назначен губ. сан. врач, ничем себя не проявивший. Уездных сан. бюро и санврачей не существовало здесь до самой революции. Дело санпросвещения не было организовано, велось спорадически, зависело от частной инициативы самих участковых врачей, саниздательства на языках нацмен не было, кроме нескольких переводных брошюр Пироговского Общества. Естественно, что при такой конъюнктуре не приходилось ждать особых успехов в деле охраны здоровья населения, в частности нацменовского, поскольку не было основных предпосылок для улучшения его санитарных и бытовых условий.

Судя по цифрам бюджета, рост земской медицинской организации в б. Казанской губ. значительно отставал от общероссийского стандарта. Земский бюджет в России за 41 г. возрос в 25 раз (2509%), причем годовой коэффициент роста его равнялся 62,7%, а в б. Казанской губ. за 43 г. бюджет увеличился лишь в 18 раз (1788%) с ежегодным нарастанием только в 42,6%¹⁾.

Статика и динамика лечебного дела за время от возникновения земства (1870 г.) до 1913 г. отчасти характеризуется следующими цифрами: в 1870 г. по Казанской губ. насчитывалось: врачей—19, больниц—8, врачпунктов—3, а в 1913 г. имелось уже: врачей—62, больниц—69, фельдш. пунктов—75, фельдшеров—337, акушеров—28, больных коечных—21,982, амбулаторных—1,466,045 человек. По Брода (о. с.) рост шел главным образом по линии развития системы фельдшеризма и раз'ездной и в соответствии с экономической мощностью уездов.

Отмечая рост лечебного дела в земский период, нельзя не указать и на громаднейшие дефекты, которые не зависели от врачей, а вытекали из существа самой политики дворянско-буржуазного строя. Земщина обходилась в своей политике строительства лечебной сети нацменовское население, а в сфере своей плодотворной обследовательской деятельности не могла выявить действительной заболеваемости нацмен вглубь и вширь, т. к. успех изучения, диагностики, лечения и санпросвещения в огромной мере зависит от употребления медперсоналом языка обслуживаемого населения и знания его быта, чего совсем не было в те времена.

Большой рост обращаемости среди населения Волжско-Камского края не может служить решающим аргументом против высказанного положения, т. к. обращаемость—далеко не исчерпывающий критерий прогресса в деле охраны здоровья, особенно среди нацмен, что явствует особенно резко из общеизвестного факта—уродливого контраста между быстрым ростом лечебного дела и полным застоем в развитии элементов санкультуры среди нацмен, так как жизнь их с ее традиционным бытом предков, полуязыческим мировоззрением, прогрессирующим ростом социальных болезней, предрассудками и суевериями оставалось мало затронутой в основных глубинах своего содержания до самой Октябрьской революции.

Специфическая политика „обхода“ нацмен лечебной сетью может быть доказана статистикой. В Башкирии, напр., в дореволюционное время было лишь 22% лечебной сети среди татаро-башкир (составляющих 50% всего населения), в Татарии—всего 20% среди татар, кои составляют 51% всех жителей, в Чебоксарском уезде ЧССР из 7 лечебных заведений лишь 2 боль-

¹⁾ А. Брода. О. с.

ницы находились в массе расселения чуваш, конх в уезде до 85%, и т. д. (более подробно и основательно вопрос об охране здоровья нацмен освещен в прекрасном докладе Мухтарова, см. „Труды Всесоюзного Съезда Врачей“, НКЗ, Москва, 1926).

Таким образом основные моменты в санитарном состоянии Волжско-Камского края в дореволюционное время могут быть охарактеризованы следующими признаками: прогрессирующим снижением количественного прироста нацменовского населения, ослаблением его антропологического типа, низкой ступенью санитарной культуры, совершенно недостаточной охраной здоровья населения края даже по сравнению со средней арифметической величиной в общероссийском масштабе и в корне неправильной здравоохранительной политикой, обходившей малые народности.

Для характеристики санитарного состояния жизни нацмен Волги-Камы в послеоктябрьский период мы остановимся лишь на особо характерных моментах и признаках.

В силу объективных причин (разруха, война, голод, эпидемии, блокада, неблагоприятная международная обстановка, историческая бедность, отсталая техника и т. д.) СССР еще ненадолго окреп, чтобы полностью ликвидировать „ножницы“ между причинами физического ослабления нацмен и средствами их восстановления. Но революция уничтожила действие таких отрицательных факторов, как колонизация, несколько ослабила возможности хронического голодания и массового в годы эпидемий вымирания нацмен, усилила охрану их здоровья.

Действие этих мероприятий начинает понемногу сказываться уже и теперь в отношении некоторых показателей санитарного состояния: прироста населения и организации здравоохранения. Прирост у чуваш, по Лукьянову¹⁾, в 1924 г. поднялся до 1,5%, в Башкирской АССР (татаро-башкир—42% всего населения) до 2,7% (см. Бюллетень НКЗ РСФСР, 1927, № 22) в то время, как средний прирост по всему Союзу (цит. по Сысину) равен 1,93%. Уже на 7-м году революции прирост нацменовского населения стал т. о. несколько выше довоенного (в 1914 г. у чуваш—1,1%, у татар—1,2%, средняя по России—1,7%). Наряду с повышением коэффициента рождаемости отмечается некоторое падение средних цифр смертности (что, несомненно, является благоприятным показателем). Напр., в то время, как до войны по всей России коэффициент смертности был 27,3 на 1000, после войны он упал: в 1923 г.—до 22,9 на 1000, в 1924 г.—до 23,46, в 1925 г.—до 25,86, в 1926 г.—до 21,25 смертей на 1000 (данные по Ц. С. У.).

Правда, в отношении нацмен Волги-Камы цифры смертности и в настоящее время еще достаточно велики (превышают таковые всех русских губерний), но все же меньше, чем в довоенное время, а именно, в 1923 г. в Вотской области—26,6, в Чувашской ССР—26,28 в Марийской АО—31,6 и в Коми—34,1²⁾. Только в двух республиках (Татарская и Башкирская) цифры смертности приближаются к РСФСР (24—22,5 на 1000), что объясняется, главным образом, тем, что русское население здесь составляет до 40% и выше и резко влияет на арифметическую среднюю в смысле ее снижения.

¹⁾ Охрана нар. здоровья в Чуваш. АССР, сб. „Чувашский край“, 1925.

²⁾ Цит. по Сысину, Организация санитарн. дела, см. „Труды Всесоюзного Съезда Уч. Врачей“, Москва, 1926.

Но даже и в самой благополучной (как экономически наиболее богатой) по смертности Башкирской республике коэффициент смертности на протяжении последующих лет выше, чем в РСФСР: в 1924 г.—24,8 (по РСФСР—23,46), в 25 г.—26,1 (25,86), в 26 г.—22,1 (21,25¹⁾). До сих пор в нацреспубликах детская смертность также выше, чем средняя по СССР (см. доклад Мухтарова „Труды Всесоюзного Съезда Врачей“).

В отношении физического состояния особо важен анализ возрастного и полового состава населения, а также антропометрических признаков (рост, вес тела, объем груди, мышечная сила и пр.). Основой суждения о физическом состоянии являются такие статистические показатели, как отношение трудоспособных групп ко всему населению, % мужчин и женщин, скорость смены поколений, наличие уродств (слепота, глухота) и др. По ЧАССР, по данным переписи 1920 г. (см. „АЧССР в цифрах“, изд. Госплана, 1925, Чебоксары) в этом отношении имеются следующие цифры: из всего населения в 755,273 чел. работоспособных обоего пола (от 20 до 60 лет) насчитывалось 39,14%, из них мужчин—36,13% и женщин—43,17%, по отношению ко всему населению того и другого пола. В ТССР (см. „Труд и Хозяйство“, 1926, № 6—8) на 2,942,875 чел. населения в сельских местностях отношение мужчин к женщинам равно 100:109,4, мужчин работоспособного возраста (от 18 до 60 лет)—37,0%, женщин (от 16 до 55 лет)—51,1%. Та же перепись 1920 г. для России дает следующую картину: мужчин было всего 49,7%, лиц работоспособных—44,8%, из них мужского пола—43,9% и женского—44,5%. Таким образом, если с этим вопросом обстоит неблагополучно в России, и на плечи 45% работоспособного населения падала обязанность содержать большую половину нетрудоспособного, то в Волжско-Камском крае дело обстоит еще хуже.

Материалы призывных комиссий также дают неутешительные результаты. Так, по Чувашской ССР, кроме приведенных выше материалов проф. Вишневского, обработаны и частью напечатаны данные призывных комиссий за 1924 и 1925 г.г. д-ров Евдокимова и Лукьянов²). Из них видно, что ряд антропометрических коэффициентов физического состояния у чуваш не только не улучшается, а имеет тенденцию к снижению. Так, % забракованных призывных больше, чем в довоенное время (55%), средняя роста меньше (161,2 см.). Впрочем это явление зависит и от других более общих причин, т. к. оно характерно и для русского населения СССР, хотя здесь регресс выражен менее резко, чем у нацмен.

Особо-показательными в отношении состояния физического развития нацмен Волги-Камы являются данные обследования терармейцев, произведенного д-ром Певзнером³) (по материалу, любезно предоставленному мне д-ром Ф. Г. Мухамедьяровым) в Тат. Республике. Вот наиболее характерные средние цифры: рост у татар 162,2 — 164,1 см., у русских—165,4—166,3; вес у татар равен 52,3—59,9 кило, у русских—

¹) Падение смертности после войны—явление общее для всех стран. Этот факт, конечно, также должен учитываться при оценке санитарной ситуации территории.

²) См. журн. „Чувашское хозяйство“, изд. ЦИК'а и СНК ЧАССР, Чебоксары, 1927 г., а также сб. „Чувашский край“, 1925 г.

³) Всего обследовано терармейцев-татар—985, русских—1117.

61,8—62,9; окружность груди у татар — 85,1 — 84,9 см., у русских — 86,4—88,7 см.; спирометрия у татар—2800—3250, у русских—3600—3850; индекс Pirquet у русских и татар TP в пределах 95—96, т. е. упитанность плохая.

Насколько ниже физическое развитие уроженцев и обитателей Волги-Камы, по сравнению с уроженцами других территорий, можно судить по следующим цифрам того же автора: терармейцы из Уралобласти в среднем имеют: рост—168,7 см., вес—66,1 кило, окр. груди—89,2 см., спирометрия—4200, индекс Pirquet—99. Причина значительной разницы в показателях ясна: очевидно, здесь играет роль не только раса (татары из TP и из Уралобласти одной расы, равно как и русские), но главным образом, как то подчеркивает и знаменитый антрополог Ивановский ¹⁾, социально-экономическое и культурное неравенство в течение веков.

Обращаясь затем к рассмотрению такого показателя санитарного состояния, как заболеваемость населения, можно констатировать, что заболеваемость, как общая соматическая, так в особенности инфекционными и социально-бытовыми болезнями, продолжает оставаться в нацреспубликах Поволжья на высоких цифрах (Статистич. материалы по состоянию народного здоровья и т. д. за 1913—1923 г.г., изд. НКЗ РСФСР) даже по сравнению с общерусскими средними данными, хотя в то же время имеют тенденцию из года в год к снижению.

Ярким показателем санитарного неблагополучия края и слабости работы санорганизаций является, напр., стабилизация за все 10 послереволюционных лет высоких цифр заболеваемости острой, по которой местные нацреспублики занимают одно из первых мест в Союзе (в 1925 г. по ТССР—4,3 на 10,000, по БССР—3,7 и по РСФСР—1,3).

Не приводя дальнейших статистических данных, сошлемся на материалы, опубликованные д-ром Добрейцером ²⁾, который относит нацреспублики Средневолжья к группе имеющих самые высокие показатели в отношении острой инфекционной заболеваемости, как в до-, так и в послереволюционный период. Детальное рассмотрение цифр острой инфекционной заболеваемости по СССР (тифы, оспа, чесотка) как раз указывает, что и средняя по СССР топографически в настоящее время локализуется, как несовсем потухший костер, именно, главным образом, в нацреспубликах.

Обследования и поголовные осмотры нацменовского населения, нередко вопреки официальной текущей статистике заболеваемости, отмечают прогрессирующий рост таких бытовых болезней, как трахома (см. Чирковский, Каз. Медич. Журнал, 1925, Лукьянов, Трахома в Волжско-Камском крае, и др.).

Тбс и сифилис имеют также громадное распространение среди поволжских национальностей. Если судить по аналогии с другими нацтерриториями, то положение здесь едва-ли не хуже, чем относительно тра-

¹⁾ Ивановский. Дальнейшее исследование по вопросу об изменении физ. признаков населения России под влиянием голодания, Наука на Украине, 1922, № 4, и др.

²⁾ Инфекционная заболеваемость за 1925 г., Бюл. НКЗ РСФСР за 1926 г., № 11 и 12, а также Материалы по состоянию народного здоровья и т. д. за 1913—23 г.г.

хомы. „Тот не якут,—говорят про себя якуты,—кто не имеет чесотки, сифилиса, трахомы и глестов“.

Вот цифры поголовных обследований, произведенных за последние годы (цит. по Мухтарову): сифилис в Бурятии (Агинский аймак)—30,3⁰/₀ населения и 68,4⁰/₀ семей, в Якутии (на Колыме)—до 80⁰/₀, в Вотской обл. (Дебеский район)—35⁰/₀, в Чувашской ССР (Буртаский район)—3—4⁰/₀¹⁾ всего населения и т. д.

Тбс: крымские татары—от 600 до 1500 больных на 10,000 жителей, у бурят смертность от чахотки в 6 раз выше, чем у русских, в Чувашской ССР—до 30⁰/₀ детей-чуваши школьного возраста золотушной конституции²⁾; в 1925 г. зарегистрировано тбс в Чув. ССР—171 на 10,000, в БССР—62,3, в ТССР—141³⁾, что значительно превышает среднюю по всему Союзу. Интересны цифры заболеваемости тбс по ТР за ряд лет: в 1913 г.—49,9⁰/₀₀, в 1924—124⁰/₀₀, в 1925—141⁰/₀₀, в 1926—159,9⁰/₀₀; из них легочного тбс было в 1924 г. 85,4⁰/₀₀, в 1925 г.—103⁰/₀₀ и в 1926 г.—110,3⁰/₀₀.

Характерны также цифры кожной заболеваемости—прямой и красноречивый показатель условий быта и степени санитарной культуры: парша в Киргизии—65⁰/₀, чесотка в ТР (Мензелин. кант.)—20,69⁰/₀, среди чуваш по обращаемости—1 на 5—6 чел.

Сказанного достаточно, дабы видеть, что успехи наши в области оздоровления нации и поднятия санкультуры здесь еще весьма невелики. „Мы,—как говорит Н. А. Семашко.—еще только начинаем работу на этом фронте“ (Труды Всесоюзного Съезда Врачей). Анализируя обращаемость населения нацтерриторий Волги-Камы за медицинской помощью, можно отметить, что она в среднем здесь, как и по всему Союзу, стала из года в год повышаться в связи со стабилизацией червонца, ростом бюджета, некоторым укреплением крестьянского хозяйства, улучшением и расширением лечебно-профилактической организации и т. д. Что это, действительно, было так, видно из цифр обращаемости 1926-27 г.г., которая по многим губерниям (особенно центральным) достигла (а в некоторых и превысила) довоенный уровень. Так, по 59 губ. РСФСР в 1925 г. обращаемость равнялась 673 на 1000 при посещаемости 1226, тогда как в 1913 г. обращаемость выражалась цифрой 604. Обращаемость в Волжско-Камском крае также возросла, хотя и в меньшей степени, в связи с ростом лечебной сети и некот. культурным сдвигом населения. Так, по Мухамедьярову в ТССР на 2,850 т. жителей за время с 1/X 1924 г. по 1/X 1925 г. всего зарегистрировано больных 1,837 т., из них первичных 1,295 т., а остро-заразных—18,9⁰/₀ всех случаев в то время, как в б. Казанской губ. в 1913 г. обращаемость равнялась 1,565 т. на 2,827 т. жителей.

Количество лечебных учреждений и работников по охране народного здоровья во всех нацтерриториях Волжско-Камского края резко возросло по сравнению с довоенным временем. Так, в ТССР к 1927 г. число участковых больниц увеличилось до 66 против 47 в 1913 г., число врачуучастков—до 95 вместо 47 участков в 1913 г.; в БССР число боль-

¹⁾ Обследование д-ра Никитина в 1924 г. Материалы Чув. НКЗ.

²⁾ Материалы обследований д-ра Федоровой, хран. в ЧНКЗ.

³⁾ По данным Тат. Стат. Управления и др. источникам.

ниц увеличилось на 15, врачу участков — на 30; в ЧССР число врачебных участков поднялось с 21 довоенного времени до 38 (32 больничных). Но что особенно знаменательно и важно, так это то, что политика царизма, обходившая нацмен медпомощью, теперь выравнивается. Так, по БССР в районе расположения татар и башкир стало 47,7 врачу участков вместо 22,8 бывших в довоенное время, в Татарской ССР в месте жительства нацмен в 1927 г. имелось 36% участков против 18% довоенного времени ¹⁾. Аналогично положение и в других нацтерриториях, хотя в общем средняя обеспеченность нацменьшинств лечпомощью все еще продолжает оставаться ниже таковой по РСФСР. Так, в общем по всем нацреспубликам в 1925 г. необеспеченность врачебными участками волостей равнялась 38,3%, а больницами — 61,5% всех волостей против аналогичных цифр всей РСФСР — 21,3% и 42,3% ²⁾. Нельзя не отметить при этом, что, наряду с ростом лечебной сети, качественное состояние ее (особенно вновь возникающих лечзаведений) остается очень тяжелым. Обследования, произведенные РКИ ТР в 3 кантонах, производят своими результатами прямо удручающее впечатление (см. газ. „Красная Татария“, 1928, 26/IV, № 96). Оказывается, большинство лечебных и сан-профилактических учреждений в сельских местностях помещается в совершенно непригодных помещениях (простые деревенские избы), осмотр больных производится на скамейках или ящиках из-под медикаментов, белья недостаточно, больные ходят в своих валенках или лаптях, в некоторых больницах больные снят в своей одежде, не раздеваясь, в виду недостатка в одеялах, ни в одной из обследованных больниц не имеется родильных комнат и детских коек, по всей ТССР не замещено 49 врачебных участков должностей из 125, т. е. $\frac{1}{3}$ часть, в 3 обследованных кантонах недостает 16 акушеров. Больницы лишены медикаментов иногда в течение 3—4 месяцев, мази изготовляются на масле, приносимом крестьянами, и т. д.. Причина ясна: РКИ находит ассигнование на дело здравоохранения крайне недостаточным, зарплату — низкой, отношение властей и населения к врачам и к делу здравоохранения недостаточно внимательным и активным. Аналогично, конечно, состояние лечсети и в других нацреспубликах Волги-Камы.

Но, если в развитии лечебной сети за послереволюционный период можно констатировать, несмотря на медленный темп качественного улучшения, все же некоторые успехи, — этого далеко нельзя сказать о санитарно-профилактической организации — детище Советской Власти. Правда, в количественном отношении и здесь бесспорный рост, как по всему Союзу, так и по местному краю, но этот рост пока что носит скорее декларативный характер. Фактически нормы, кои директированы законодательством (см. журн. Бюлл. НКЗ и „Гигиена и Эпидемиология“, а также „Труды X Съезда Эпидемических и Санврачей“) в отношении увеличения личного кадра санитарных организаций и соответственных сан-профилактических учреждений, — эти нормы на местах далеко не реализованы. Во всяком случае в пределах Волги-Камы между развитием лечебной и санитарной организаций имеется диспропорция в отрицательном для последней смысле. Как видно, краткий „медовый месяц“ идеа-

¹⁾ См. Мухамедьяров, о. с., и ст. М. Н. Донской в Бюлл. НКЗ РСФСР, 1927, № 22.

²⁾ Мискинов. Состояние сельской сети и ее задачи, Труды Всесоюзного Съезда Врачей.

лизированного, теоретического подхода и самообольщения проходит, уступающая место трезвому, будничному осознанию действительного положения вещей (см. статьи проф. Сысына, д-ров Мехоношина, Рудольфи и др. в ж. „Гигиена и Эпидемиология“ за 1927 и 28 г.г.). Не впадая в пессимизм, можно сказать, что речь идет даже не о „кризисе“ или „лизисе“ санитарной организации, а о самых обыкновенных болезнях роста младенческого периода, в котором санорганизация еще пребывает. Вот цифры и факты: в ТР — 5 хронически-вакантных мест кантонных санврачей, в Башк. республике из 8 мест не замещены 50%, в Чувашской — пустует всегда также 3—4. Кроме ТССР¹⁾, в остальных территориях края нет квалифицированных учреждений по санитарии (сан-бактериологические институты, лаборатории), профилактических учреждений — единицы (в ЧССР — 3 диспансера, в БССР — 5, в Маробласти — 2 и т. д.), дезинфекционное дело в зачаточном и неупорядоченном состоянии (см. Курбангалеев, о. с.), правовое и материальное положение санврачей ниже и хуже лечебников (учитывая коммунальные услуги и пр.) (см. ст. Рудольфи в „Вест. Совр. Медицины“, апр., 1928 г.). Все это, а также недостаточная оценка важности санорганизации со стороны местных представителей власти, и является причиной того, что санорганизация не справляется со своими задачами.

Волжско-Камский край — этнически довольно пестрый и требует в области работы по охране здоровья населения особого специфического уклона и подхода. Как известно, лучшим проводником культуры является родной язык народа. В деле изучения здоровья населения, лечения, санпросвещения и сангигиены использование родного языка, конечно, также должно быть признано могучим фактором, без которого нельзя сколько-нибудь серьезно и скоро улучшить санитарное состояние быта, труда и жизни отдельных национальностей. Это обстоятельство диктует необходимость скорейшего создания кадра врачей и научных работников из среды нацмен, или лиц, знающих язык, быт и жизнь той или другой народности.

В настоящее время достижения в отношении создания кадра врачей у всех этнических групп Поволжья еще невелики. Так, в ТССР насчитывается врачей-татар всего 3—4 десятка на 500 слишком их общего количества, в БССР — 14 из 266 всех врачей, в ЧССР — 1/4 часть из 100 слишком врачей на всю республику. Что же касается областей Коми, Мари и вотяков, то у них этот вопрос стоит особенно остро, т. к. своих врачей насчитываются единицы...

В заключение этой краткой статьи нельзя не указать, что, как видно из сказанного, улучшение санитарного состояния края настоятельно требует со стороны Центра следующих конкретных мероприятий: 1) усиления тонуса индустриализации края для выравнивания местных бюджетов, отстающих от средней арифметической большинства губерний РСФСР, 2) более интенсивного и активного участия в деле поднятия местного национального крестьянского хозяйства (наделение землей, переселение, агрикультурные дотации) и 3) создания новых культурных и медико-санитарных высоко квалифицированных учреждений, каковых в нацтерриториях края, за исключением Тат. Р., нет совсем.

¹⁾ Лечебно-санитарная сеть Тат. ССР такова (без г. Казани): на 2,415,000 чел. населения имеется: больниц — 73, врачебных пунктов — 52, фельд. п. — 39, диспансеров — 11, консультаций — 19, домов охраны материнства — 10, санврачей — 12 (по штату); радиусы — до 40 верст, врачебная часть — 18 в., на больничный участок падает 33,082 ч. населения, на диспансер — 228,637 чел.

Учение проф. Miya g a w a *) о „прямом действии“.

Проф. Казанского Ветеринарного Института **К. Р. Винторова.**

За последние 3—4 года привлекает к себе внимание теория профессора Казанского Ветеринарного Института **М. П. Тушнова** о возбуждающем действии на жизнедеятельность органов и тканей белковых продуктов распада этих же органов и тканей. Свою формулировку это учение получило совсем недавно—в февральской книжке „Казанского Медицинского Журнала“ за т. г., когда накопившийся в достаточной мере материал позволил проф. Тушнову на него опереться.

В виду того, что учение проф. Miya g a w a представляет собою теорию, почти совпадающую с учением проф. Тушнова, является интересным познакомиться с ним—тем более, что экспериментальное направление, которое дал своей мысли Miya g a w a, несколько отличается от направления Тушнова,—исходя от одной и той же отправной точки, оба автора затем расходятся под углом, причем один (Тушнов) преимущественно идет далее по физиологической линии, другой (Miya g a w a)—преимущественно по патологической.

Благодаря любезности проф. Miya g a w a, которому я выражаю здесь свою глубочайшую признательность, я имею возможность ознакомиться с его теорией по первоисточникам—в виде присланных мне статей, принадлежащих ему и его многочисленным ученикам.

Трудно указать момент, когда учение Miya g a w a начало у него выкристаллизовываться, так как уже в первой своей работе, опубликованной в 1922 г., он ставит свою теорию, как вполне оформленную. Возможно, однако, думать, что первоначальным толчком для него послужило размышление о факте недолговечности эритроцитов крови,—принципе, который легко распространять на все клетки тела.

Один из его учеников, **Опо (S)**, по его поручению обследовал этот факт, что привело его к некоторым весьма знаменательным цифрам, действительно наводящим на размышления. **Опо** установил, что продолжительность жизни эритроцитов можно считать в 30 дней. При этом расчеты показали, что у человека среднего веса (50 кило) ежедневно погибает около 500 миллиардов эритроцитов, соответствующих содержанию их в 100 куб. с. крови и составляющих круглым числом 50,0 их вещества. Эта поразжающая наше воображение массовая гибель клеток должна дать и огромное количество продуктов их распада, постоянно циркулирующих в крови, так как экскреторные органы целиком удалить их не могут, равно как они не могут быть и использованы в качестве материала для дальнейших построений клеток. Поэтому надо думать о каких-то взаимоотношениях между этими продуктами и клетками тела. Экспериментальная проверка дала на этот вопрос ответ в том направлении, что отношения эти ограничиваются действием их на гомологичные органы и ткани.

Несомненно также, что на развитие этих мыслей оказало влияние и учение **Haberlandt'a**, который в свое время показал, что ранение, нанесенное листьям растений, заполняется получившей дефект тканью, бурно разрастающейся под влиянием продуктов распада этой ткани, получающихся при нанесении дефекта. На этом основании **Haberlandt** имел право говорить о „раневых гормонах“ (*Wundhormone*). **Naswitz**, идя тем же путем, показал, что после парентерального введения кровяного распада, полученного замораживанием и оттаиванием крови получают все данные, позволяющие говорить о специфическом раздражении кроветворных органов этими продуктами распада, которые можно назвать „*Blutwundhormon*’ами“. Приводя эти данные, **Miya g a w a** упоминает о подтверждении

*) Проф. **I. Miya g a w a** заведывает госпиталем при Институте Инфекционных болезней Токийского Университета.

их со стороны его ученика F u g i k a w a и приходит к необходимости вышеуказанной экспериментальной проверки.

Опыты с парэнтеральным введением эмульсий из клеток различных органов или специально приготовленных из них аутолизатов показали ему, что при этом получается действие на соответствующий орган, или ограничивающееся его раздражением, не выходящим за физиологические пределы, или же вызывающее патологические процессы, именно, дегенерацию—вплоть до обширных некрозов включительно. Было установлено, что это различие в действии зависит от дозы вводимого парэнтерально вещества (по закону A r n o l d 'a) и от состояния соответствующего органа (по закону S c h u l z e). Таким образом M i y a g a w a имел возможность прийти к следующей формулировке: „If the cells of organ and tissue are parenterally injected into the living organism, they act on the homologous-cells“. Это действие он назв „прямым действием“—„the direct action of the constituents of dead cells“ (6).

M i y a g a w a считает необходимым подчеркнуть, что это „прямое действие“ следует отчетливо отличать от действия цитотоксинов. Если эти последние являются антителами, вырабатываемыми организмом в ответ на введение тех или иных клеток, то вещества „прямого действия“ скорее надо поставить рядом с антигенами, но действующими только на гомологичные ткани и органы. Он очень подробно останавливается на вопросе о цитотоксинах, так как парэнтеральное введение клеток в его обширных и разнообразных экспериментах всегда, конечно, вызывало образование цитотоксинов, которые очень серьезно вмешивались своим действием в развиваемую им теорию. Целый ряд исследований, однако, показал, что смешивать обе эти функции нельзя, так как цитотоксины развиваются до ощутительных пределов их действия только через 7—8 дней, тогда как „прямое действие“ обнаруживается уже через несколько часов.

Останавливаясь на роли и значении „прямого действия“, M i y a g a w a говорит, что „such a process is going on physiologically all the time. Because of this process, the physiological function of the cell receives—an irritation. But if the irritation is too strong, or it goes beyond the physiological threshold of irritation, the degeneration and necrosis result“. В этих словах выражена та идея, к которой он в сущности должен был прийти логическим путем. Если клетки в организме недолговечны, и часть их постоянно находится в процессе распада, если продукты этого процесса, который можно назвать аутолизом, постоянно циркулируют в организме, если, наконец, эти продукты аутолиза оказывают специфическое действие на гомологичные клетки, то естественно прийти к выводу, что здесь мы имеем дело с своеобразным и доселе неизвестным механизмом саморегулирования жизненных процессов (6), по которому орган или ткань в процессе жизни порождают вещества, возбуждающие их к дальнейшей жизнедеятельности. M i y a g a w a включает этот механизм—„autoregulation“—в общую схему управления организмом наряду с нервной и гормональной регуляцией, в качестве самостоятельного фактора.

Методика экспериментов у M i y a g a w a проста: он и его ученики вводят под кожу или в полость брюшины эмульсию клеток из какого-либо органа. Иногда предварительно на некоторое время оставшуюся при низкой температуре, причем она несколько аутолизируется. Они часто вызывают также повреждения в том или ином органе с помощью раздавливания и наблюдают затем соответствующие эффекты. В этом отношении их опыты показали, что даже очень слабого сдавливания части органа (напр., надавливания пальцем) уже достаточно для „прямого действия“, зависящего от всасывания продуктов погибающих при этом клеток. Экспериментальными животными были у них собаки, кролики, крысы и голуби.

Экспериментальная, фактическая часть работ школы M i y a g a w a очень разнообразна и интересна.

О н о,—один из его учеников, работу которого излагает сам M i y a g a w a (6),—вводил кроликам аутолизат крови и получил при этом увеличение количества эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитов. K o d a m a (6), вводя эмульсии из печеночных клеток собаке с фистулой желчного протока, получил ясное увеличение отделения желчи. Точно также K i m u r a (7) удалось получить диуретическое действие при введении слабых доз эмульсии из почек или аутолизата из почечной ткани (этот исследователь работал на кроликах с выведенными мочеточниками).

Очень интересны также результаты опытов M i y a g a w a и W a d a (9) с применением аутолизатов паренхимы thymus телят на молодых, растущих собаках и крысах: при этом малые дозы вызвали бурное увеличение веса жи-

вотных, при больших же дозах эффект был противоположным—наблюдалась задержка в росте.

Обстоятельную работу дал Okuno (11), работавший с экстрактами из сердечной мышцы, притом из разных отделов сердца. Он обнаружил в этих экстрактах вещество, которое в слабых концентрациях усиливает сердечную деятельность (у черепахи) и даже заставляет остановившееся сердце вновь биться, тогда как сильные его концентрации (30%) вызывают торможение сердца. Попытка индивидуализировать действующее начало показала, что субстанция исчезает при озолении, но сама по себе термостабильна; она не диализируется, растворима в воде и солях, слабо растворима в алкоголе, совершенно нерастворима в эфире. С химической стороны автор относит ее к некоагулируемым белкам.

Работа Shinmen'a (13) касается отношения печени к углеводному обмену веществ и дает в результате, что введение малых доз эмульсии печеночных клеток кроликам и белым крысам приводит к понижению у них содержания сахара в крови, иногда даже за физиологические пределы, тогда как большие дозы вызывают гипергликемию, выравнивающуюся чрез 1—2 суток.

Чрезвычайно любопытна работа Shibata (16), который экспериментировал с аутолизатами зубной пульпы, причем с малыми дозами он мог получить благоприятное действие на развитие зубов, их оссификацию.

Этим заканчивается, так сказать, физиологический ряд работ школы Miya-gawa, причем здесь остается только отметить одну весьма существенную сторону: Miya-gawa ревниво оберегает вопрос о специфичности тел „прямого действия“, в силу чего каждое исследование его школы строго обставлено контрольными опытами, гарантирующими его объективность и доказательность. Если взять, как пример, исследование с аутолизатами thymus'a, вызывающими усиление роста животных, то оказывается, что применение других органов—почек, лимфатических желез—этого эффекта не дает, введение же аутолизатов щитовидной железы задерживает рост.

В большей части работ школа Miya-gawa занимается вопросами о „прямом действии“ веществ в больших дозах. Эти работы также тщательно разработаны и в большинстве снабжены рисунками патолого-гистологических препаратов, свидетельствующих о высокой технике. В результате опытов с большими дозами, многочисленных и разнообразных, Miya-gawa и его ученики получили патологические изменения в соответствующих органах, причем следует прежде всего отметить, что процессы, вызываемые „прямым действием“, относятся не к воспалительным, а к дегенеративным процессам, с последующим развитием соединительной ткани. Таким образом эти процессы характеризуются некрозами, иногда очень обширными, и индурацией органов.

Такие процессы получил Shibata (16) с аутолизатами зубной пульпы, причем у опытных животных в результате получалась атрофия зубов. Kimura (4) вызвал некрозы и интерстициальные процессы в почках; его работы интересны еще и в том отношении, что он применял, кроме парентерального введения, способ раздавливания части одной из почек, или перевязывания одного из мочеточников, чем вызывались патологические процессы и в другой почке. Miya-gawa, Kimura, Murai и Terada (5) вызвали у голубей и кроликов пневмонию Grauer'a введенным эмульсией клеток легочной ткани. Terada (12) вызвал аутолизатами из желтого тела и интерстициальной железы яичников, а также введением жидкости из фолликулов, различные дегенеративные изменения в яичниках белых крыс. Matsuo-ka (15) получил патологические изменения в печени с помощью эмульсии печеночных клеток, причем в случаях хронического отравления дело доходило до обширных некрозов и замещения пораженных участков соединительной тканью. Wada (17 и 18) получил подобные же изменения в thymus'e, применяя большие дозы аутолизата из этой железы.

Особенное внимание привлекает работа Murai (3) с аутолизатами и эмульсиями клеток слизистых оболочек пищеварительного тракта. Этот автор получал не только характерные для „прямого действия“ изменения в слизистых оболочках опытных животных, но и образование язв, почему он склонен поставить это явление в общую схему патогенеза язв желудочно-кишечного канала. Точно также весьма интересной является работа Miya-gawa и Ishii (14), в которой авторы описывают клиническую картину и затем гистологические изменения в мозгу белых крыс, которым вводилась эмульсия из головного и спинного мозга быка или кролика. При этом наблюдались парезы, параличи, затруднения в движениях, круговые движения. При вскрытии авторы находили у животных гиперэмию мозго-

вых оболочек и геморрагии, микроскопически — изменения в нервах и клетках, их атрофию, склероз, тигролизис, нейронофагию, дегенерацию ядер, распад Nissl'евского вещества, развитие фиброзной ткани, гиперплазию глии, фрагментацию нервов, увеличение гранул Eisholz'a, дегенерацию Waller'a и Marchi.

В этом „патологическом“ ряде работ авторы также преследуют цель проследить характер специфичности действия больших доз эмульсий клеток, или их аутолизатов, именно, с помощью ряда контролей. При этом выяснились многие интересные стороны действия, на которых нам нет возможности останавливаться, но которые доказывают, что вещества „прямого действия“ или совсем не действуют, или же действуют очень слабо на органы и ткани негомологичного ряда.

Таким образом мы видим, что теория Miyagawa целиком отвечает теории Тушнова, и даже в деталях обе теории покрывают друг друга, сливаясь в одну логически сильную концепцию с богатейшим экспериментальным материалом, но, вместе с тем, характеризуются каждая своей особенной, индивидуальной внутренней гармонией. Обе теории очень широко охватывают материал и этим глубоко внедряются как в физиологические соотношения в организме, так и в патогенез многих процессов. Достаточно указать, что они должны много внести в уклон „кризиса эндокринологии“. В этом отношении очень интересна работа Miyagawa и Wada (10), в которой описываются результаты опытов с кормлением головастика разными эндокринными железами. При этом эффекты, сходные с данными Gubernatscha и Кольцова, трактуются с точки зрения новой теории, т. е., напр., эффект ускоренного развития при кормлении щитовидной железой рассматривается, как результат „прямого действия“ на гомологичный орган экспериментального животного, усиление функции которого и вызывает, но уже вторично, ускорение метаморфоза. Точно также и в области патологии Miyagawa дает новые и неожиданные объяснения многим явлениям, побуждая нас самих к построению новых заключений. „Прямое действие“, напр., легко и свободно объясняет происхождение всевозможных гиперплазий, функциональных гипертрофий, а также викарных гипертрофий (почек). Только одна сторона у обеих теорий остается досадно-неясной, — это — вопрос о химической индивидуальности действующих субстанций. Несмотря на то, что вещества эти термостабильны и, следовательно, позволяют обойти наибольшие, в подобных случаях, затруднения, авторы почти игнорируют вопрос о необходимости их изолирования.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) I. Miyagawa. Scientific reports from the government Institute for infectious diseases, vol. I, 1922. — 2) Miyagawa, Murai and Terada. Ibidem. — 3) Murai. Ibidem. — 4) Kimura. Ibidem. — 5) Miyagawa, Kimura, Murai and Terada. Ib., vol. II, 1923. — 6) Miyagawa. Ibidem. — 7) Ono. Ibidem. — 8) Kimura. Ibidem. — 9) Miyagawa and Wada. Ib., vol. III, 1924. — 10) Miyagawa and Wada. Ib., vol. IV, 1925. — 11) Okuno. Ib., vol. V, 1926. — 12) Terada. Ibidem. — 13) Shinmen. Ibidem. — 14) Miyagawa and Ishii. Ibidem. — 15) Matsuoka. Ibidem. — 16) Shibata. Ibidem. 17—18) Wada. Japan Medical World, vol. VII, 1927, № 3—4.

Государственный Акушерско-Гинекологический Институт НКЗ в Ленинграде.

(К десятилетию советской медицины).

Проф. Л. И. Бубличенко.

Государственный Акушерско-Гинекологический Институт для усовершенствования врачей — одно из старейших акушерских учреждений в России: в прошлом году исполнилось 130 лет его существования. В 1797 г. в доме графини Зубовой был устроен «Родильный госпиталь» для бедных и при нем повивальная школа

для 22 воспитанниц с бюджетом в 22,383 рубля. Первым директором госпиталя был Моренгейм, а профессором повивальной школы—Бек, читавший лекции на немецком языке. В этом более, чем скромном, учреждении за 1798 год разрешилось 22 рожицы, а затем в течение первых 10 лет в среднем ежегодно разрешалось по 30 рожиц. Брошенное таким образом зерно не погибло, а выросло в могучее, многоветвистое дерево. В 1835 г., по проекту Грубера, при Институте была учреждена поликлиника, а в 1844 г.—лазарет на 6 кроватей, который был зародышем клиники при учрежденной недавно кафедре послеродовых заболеваний. Во главе Института стояли крупные акушеры своего времени, как Гугенбергер, Этлинггер и Баландин, введший с 1874 г. антисептику и дезинфекцию при родах (мылом и карболовой кислотой).

Уже с давнего времени Повивальный Институт служил целям усовершенствования врачей в акушерстве и гинекологии. Так, еще в 1874 г. был утвержден проект, по которому в Институт допускалось 12 врачей-практикантов на 2 года, хотя еще до этого, с 1860 г., в Институте работало одновременно 70 врачей, ставших впоследствии видными акушерами. В 1877—78 г. Институт был перестроен; для него были возведены новые здания, в том числе отдельное помещение для заболевших родильниц и гинекологическая клиника.

В жизни учреждений, как и людей, случайные моменты играют иногда громадную роль. Такой счастливой случайностью для Института было назначение, в 1893 г., его директором Д. О. Отта, благодаря которому Институт стал тем, что он представляет в настоящее время. Колоссальная энергия Д. О., блестящие разнообразные таланты его, поразительная настойчивость в достижении намеченных целей сразу выдвинули Институт из ряда других учреждений. В 1895 г. здесь была устроена большая повивальная школа, затем повторительные курсы для акушеров. Организованные для усовершенствования врачей курсы по акушерству и гинекологии стали привлекать врачей со всех концов России, и число их быстро возросло, доходя в отдельные годы до 300 человек. За время с 1904 по 1927 г.,—считая также годы революции и гражданской войны, когда врачей-слушателей почти не было,—через стены Института прошло 4225 врачей, приезжавших только на семестровые курсы для усовершенствования.

В 1904 г. Институт был переведен в новое здание, построенное по последнему слову науки и техники на 208 кроватей, и в нем закипела интенсивная научно-исследовательская работа. Только с 1904 по 1915 г. из стен его вышло 307 печатных работ, в том числе 36 объемистых монографий и диссертаций и солиднейшее руководство по оперативной гинекологии Д. О. Отта, с 1915 по 1928 г.—249 печатных работ, в том числе несколько монографий и одно руководство к изучению лихорадочных послеродовых заболеваний—автора настоящего очерка. В 1910 г. в Институте собрался международный Акушерско-Гинекологический Конгресс. Кроме того, в стенах Института происходили 2 Всероссийских Съезда Акушеров и Гинекологов, не считая того, что он принимал активное участие в других Съездах и на выставках в Париже, Дрездене (Всемирная Гигиеническая) и Петербурге.

Буря революции изрядно потрепала Институт, как и многие другие научные и педагогические учреждения. Одно время он обнаруживал *vitam minimum*. Однако, живучесть идеи восторжествовала,—Институт не только вновь возродился, но по его примеру был создан ряд институтов для усовершенствования врачей по всему нашему Союзу. В самом Институте, который между прочим, ставил себе задачей искание и развитие новых идей в акушерстве и гинекологии, постепенно выкристаллизовывались новые учреждения. Так, в 1918 г. здесь было открыто отделение для беременных, в 1919 г.—консультация, и научная деятельность Института была расширена рядом отделов и курсов в сторону охраны материнства и младенчества. В 1921 г. здесь была учреждена кафедра с клиникой послеродовых заболеваний, в 1923 г.—кафедры патологической анатомии и физиологии и патологии новорожденных, в 1926 г. устроены биологическая и физиологическая лаборатории, и возобновлена грязелечебница. В настоящее время в Институте работают 6 профессоров, заведывающих кафедрами, 3 доцента, 8 старших и 7 младших ассистентов, 3 аспиранта и более двух десятков сверхштатных врачей. Одно время при нем функционировало научное Общество, и издавался журнал („Русский Гинекологический Вестник“).

О развитии деятельности Института после революции могут дать некоторое представление следующие цифры:

	1918 г.	1919 г.	1920 г.	1921 г.	1922 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.
Число слушателей-врачей	17	23	—	106	188	281	375	535	431	342
Число преподавателей	7	9	—	14	14	15	17	19	21	24
Число читаемых предметов. . .	10	10	—	15	17	17	17	19	27	31
Числе вышедших научных трудов.	—	6	3	4	8	10	25	49	58	69

Ближайшей настоятельной потребностью Института является расширение вспомогательных учреждений и увеличение числа коек, так как имеющихся 180 в настоящее время далеко не хватает для научных и педагогических целей, чем и вызывается, так сказать, принудительное сокращение преподавательской деятельности Института.

Приведенные мною краткие данные достаточно свидетельствуют о том, что Институт является до известной степени колыбелью русских акушеров и гинекологов. Его история есть до известной степени история русского акушерства и гинекологии. В дореволюционное время он был гордостью русской науки, медицинской мысли, русского зодчества и, как таковой, пользовался всемирной известностью. Октябрьская революция может гордиться тем, что сумела провести чрез бури и невзгоды голода и гражданской войны такое ценное учреждение. Советское правительство учло ту роль, которую должен и может играть Институт, во всесоюзном масштабе, в деле охраны материнства и младенчества, уделило ему должное внимание, и после революции Институт вновь и значительно расширил свою научную, педагогическую и клиническую работу. Будем надеяться, что, при неослабном внимании и поддержке советского правительства, он, высоко держа знамя науки, еще больше расширит свою плодотворную деятельность на пользу всему нашему Союзу.

Рефераты.

а) *Анатомия и физиология.*

351. *Железистые образования в задней доле человеческого гипофиза.* Задняя доля гипофиза в норме состоит не только из нервной ткани, но и содержит во всяком возрасте железистые составные части. По Lewis'у и Lee (Bull. of the Johns Hopk. Hosp., 1927, v. 41) у детей в возрасте до 4 лет мы находим здесь обильные трубчатого-ветвистые железы, лежащие обычно в переднем и боковых отрезках задней доли, а также по близости ножки гипофиза. Клетки желез содержат коллоидные массы, проявляющие такое же отношение к красящим веществам, как и массы, находящиеся в выводных ходах и образованиях, лежащих между переднею и заднею долями гипофиза. С возрастом ветвящиеся трубчатые железы становятся все реже. В качестве дальнейшей железистой составной части встречаются в pars nervosa скопления базофильных клеток, похожих на таковые же клетки передней доли. Клетки эти с возрастом становятся все многочисленнее. Массы их тянутся в верхних отрезках вдоль ножки гипофиза и по близости dorsum sellae. Зачастую базофильные клетки встречаются поодиночке в эпителии, железистых ходах и кистах. Какого-либо закономерного отношения между частотой и локализацией этих железистых образований с одной стороны и возрастом—с другой установить не удастся, и возможно, что противоречивость результатов, полученных при физиологическом исследовании экстрактов из задней доли гипофиза объясняется именно тем, что экспериментаторы не обращали никакого внимания на содержание железистых образований в нервной ткани. Р.

352. *Функции яичников в климактерии.* Viberall и Urbach (Klin. Woch., 1927, № 50) склонны думать, что эндокринная функция яичников не угасает и в климактерии. В доказательство они ссылаются на тот факт, что интенсивная

рентгенизация яичников у женщин климактерического возраста зачастую вызывает субъективные и объективные изменения, которые могут быть рассматриваемы, как кастрационные расстройства. Р.

б) Общая патология.

353. *Роль моноцитов в происхождении опухолей.* Наблюдения убедили Нааген'а (Deut. med. Woch., 1928, № 3), что моноциты могут быть переносчиками проблематического возбудителя опухолей. Он нашел, что для успешного переноса куринной саркомы достаточно одних моноцитов, добытых из крови больных кур. Передача опухолей удается также при помощи добытых из саркоматозных культур изолированных моноцитарных амебоидных клеток; напротив, с фибробластами этой передачи достигнуть не удастся. Нормальные моноциты приобретают, далее, способность вызывать куриную саркому, если их предвременно подвергнуть действию саркоматозного фильтрата, который сам по себе является недействительным; обработка же фибробластов этим фильтратом такого эффекта не даст. Р.

354. *Происхождение воспалительного инфильтрата.* Как известно, клеточный инфильтрат, получающийся в роговице кролика, состоит исключительно из маленьких псевдоэозинофильных многоядерных клеток, резко разнящихся от человеческих лейкоцитов. Имея в виду это обстоятельство, Busse-Grawitz (Med. Welt, 1928, № 2) имплантировал кусочки роговицы кролика под кожу плеча человека. Изучая, затем, эти участки на сериях срезов, он ни разу не встретил в инфильтрате роговицы ни одного человеческого лейкоцита, а исключительно псевдоэозинофильные гистиоциты. Отсюда автор видит в клеточной инфильтрации роговицы исключительно гистиоцитарную реакцию. В. С.

355. *Келоидоз.* По взгляду Schridde (Klin. Woch., 1928, № 13) келоид кожи и языка, chalikosis и antrakochalikosis легких и мозолистая язва желудка суть проявления одного и того же своеобразного заболевания соединительной ткани, которому S. даст название келоидоза. Суть этого заболевания заключается в развитии богатой фибробластами, но бедной сосудами грануляционной ткани, образующей потом то гиалиновые узлы („нодозный келоидоз“), то гиалиновые тяжи („диффузный келоидоз“). Причина келоидоза кроется в каких-либо раздражениях физической и химической натуры; но кроме того для развития этого заболевания необходимо еще врожденное предрасположение соединительной ткани. Р.

в) Инфекционные болезни и иммунитет.

356. *Определение вирулентности стафилококков.* На основании своих опытов, произведенных с пиогенными стафилококками, выкультивированными при хирургических стафиломикозах Н. Gross (Klin. Woch., 1927, № 48) считает наилучшими способами определения вирулентности этих микробов из ферментных реакций—свертывание плазмы, гемолиз и разжижение желатины, из биологических—принадлежащий Dold'у способ внутрикожной реакции у кроликов и морских свинок. Реакции эти наиболее совпадают с клинической патогенностью стафилококков и позволяют в сравнительно-короткое время установить их вирулентность. Р.

357. *Лечение рожи внутрикожным обкалыванием антивирусом.* Васильева, Змигродская и Маршова (Микроб. Ж., 1928, вып. 1—2) применили у 20 рожистых больных обкалывание антивирусом в следующей форме: в 1-граммовый шприц стерильно набирался раствор антивируса Безредка и тонкой иглой вводился на расстоянии 8—10 сант. от края рожистого процесса в количестве 0,1 куб. с. внутрикожно—до появления небольшой белой папулки, диаметром в $\frac{1}{2}$ -сант.; такие уколы делались вокруг всего пораженного рожой места, на расстоянии 1 сант. друг от друга. В 15 случаях местный процесс при таком лечении резко обрывался, краснота за линию уколов не заходила, т⁹ на следующий день понижалась, общее состояние улучшалось. Лишь в случаях септической рожи обкалывание антивирусом оказалось безрезультатным. Р.

358. *Инфекция желчного пузыря.* По Mounihan'у (Brit. Med. Journ., 1928, № 3496), первичная инфекция желчного пузыря редка, вторичная же встречается чаще, причем пути ее к пузырю различны: а) через кровь вообще (в случаях септицемии); б) через вены—при тромбозе и тромбофлебите воротной вены; с) через лимфати-

ческие сосуды (Sudler и Taylor констатировали сообщение между поверхностными лимф. сосудами печени и наружной поверхности пузыря, Graham и др. хирурги считают гепатит предшествующим холециститу заболеванием, у автора в большинстве случаев наружная поверхность желчного пузыря была сильнее поражена, чем внутренняя, и стенка его содержала микроорганизмы много чаще, чем желчь); d) через желчь—из печени и при ретроградном поступлении ее из duodenum; e) через воротную вену—в печень и далее через желчь или лимфатические пути (здесь главным поставщиком инфекции бывает аппендикс, но лимфатическая заболелания кроется и в селезенке, фильтрующей микроорганизмы и токсины кровяного тока и посылающей их в печень для деструкции). У автора из 81 случая в 63 инфекция желчного пузыря началась с его наружной поверхности, и только в 18 случаях внутренняя поверхность пузыря была поражена сильнее; но и в этих случаях не исключена возможность перехода поражения с наружной поверхности.

Н. Крамов.

2) Туберкулез.

359. *Развитие tbc по современным взглядам.* Первичное tbc поражение локализируется большую частью в легких, но не в верхушках, как думали раньше, а в краевых частях средних и нижних легочных полей. Отсюда инфекция заносится в регионарные железы, и эти железистые очаги вместе с первичными очагами в легких образуют т. наз. первичный комплекс, который мы до сих пор клинически не в состоянии бываем распознать. С дальнейшим распространением процесса наступает период генерализации: распространяясь по лимфатическим путям, инфекция поражает отдаленные железы, попадает в кровь и дает гематогенным путем метастазы в различных органах. Так начинается второй стадий tbc, биологической характерной чертой которого является аллергия, чрезмерная восприимчивость. Постепенно в организме развивается известный гуморальный иммунитет. После того начинается, по Schulz'y (Med. Klinik, 1928, № 10), третичный стадий, стадий изолированной чахотки. При этом между первичным поражением и генерализацией, а еще более между первичной инфекцией и последующим заболеванием легких существует латентный стадий различной продолжительности, когда организм кажется свободным от болезни; по видимому, туберкулезные гнезда сосредотачиваются тогда в железах, отсюда и могут распространяться в другие места организма. Гнезда эти определяются прежде всего в наружных железах—шейных, аксиллярных, кубитальных, а затем и во внутренних—мезентериальных и, чаще всего, интраторакальных.

Р.

360. *Хлористый кальций и ультрафиолетовые лучи в лечении суставного tbc.* Clavelin и Sicard (Presse med., 1928, № 15), указав, что впервые хлористый кальций был предложен для лечения суставного ревматизма русским автором (Розен), сообщают о 28 случаях суставного tbc, леченных хлористым кальцием и ультрафиолетовыми лучами с хорошими результатами: у больных наблюдались прибавь в весе до 9 кило, улучшение общего состояния, уменьшение нагноений фистул и закрытие их. Методика: 2 серии по 10 инъекций каждая, перерыв между сериями 20 дней; вводилось в вену 1%—1,25% CaCl_2 100,0—250,0 через день; введение в вену медленное—5 минут; одновременно с вприскиванием проводились сеансы ультрафиолетового облучения, всего 30 сеансов от 1 до 30 минут продолжительностью. В этой методике авторы видят могучее средство помочь организму в его борьбе с tbc.

Н. Крамов.

361. *Терапевтическое значение кратковременного искусственного пнеймоторакса при tbc легких.* Несмотря на хорошо разработанную клинику искусственного пнеймоторакса, мы до сих пор не имеем еще определенного и единого мнения о продолжительности поддержания газового пузыря. Между тем вопрос этот крайне важен, потому что от продолжительного сдавления страдает легочная паренхима. На основании своих наблюдений Зобак (Вопр. Туб., 1928, № 1) рекомендует в случаях свежего tbc заболевания, протекающего с резким обострением, применение кратковременного наложения искусственного пнеймоторакса, обрывающего острое течение процесса. Терапевтический эффект этой меры нужно приписать не только состоянию покоя легкого и застою лимфы, но также и раздражению плевры воздухом, каковое раздражение ведет к разрастанию соединительной ткани в легких и повышает тканевой иммунитет.

М. Ойфебах.

362. *Терапия тbc женских половых органов.* Одним из лучших способов лечения этого заболевания Schumacher (Klin. Woch., 1928, № 1) считает рентгенизацию. Было бы, однако, ошибкой думать, что все другие методы терапии при этом исключаются,—наряду с рентгенизацией сохраняет свой *raison d'être* и оперативное лечение. Так как тbc, затем, является обыкновенно не только местным, но в общем заболеванием, то здесь должны быть применяемы и способы, направленные к общему укреплению всего организма. Далее, автор в каждом случае тbc женской половой сферы применяет облучение кварцевой лампой, получая при этом хорошие результаты в смысле не только улучшения общего состояния больных, но и местных изменений. Наконец, хороший эффект дает, в некоторых случаях тbc гениталий, осторожное применение протейновой терапии. Р.

д) Внутренние болезни.

363. *Печеночная диета при пернициозной анемии.* Р. Jungmann (Klin. W., 1928, № 10) объясняет благоприятное действие такой диеты не усилением кроветворения, а уменьшением распада кровяных телец, причем действующее начало (которое содержится, кроме печени, еще в мясе и в почках) влияет не прямо на кровь, а специфически на ретикуло-эндотелиальный аппарат обмена веществ. С. С—в.

364. *К лечению Cheyne-Stokes'овского симптомокомплекса.* E. Adler, H. Elias и E. Spitz (Wien. Arch. f. inn. Med., Bd. 15, № 1) убедились, что при этом симптомокомплексе благоприятно действует (10 на 11 случаев) медленное впрыскивание в вену 70—100 кб. стм. нормального или $\frac{1}{3}$ -нормального раствора фосфатов (13,5% NaH_2PO_4 , или 11,9, или 35,8% Na_2HPO_4). Особенно при мозговой основе расстройства этим способом удается оборвать его на 1—4 часа. Действующим началом является здесь ион фосфорной кислоты. Одновременно надо принимать меры против сердечной слабости. С. С—в.

365. *Распознавание и предсказание при сифилитических заболеваниях аорты.* H. Schlesienger (Wien. klin. W., 1928, № 1) главными признаками болезни считает систолический шум на аорте, усиление 2-го аортального тона при неповышенном давлении и своеобразные болевые ощущения. Рентгеноскопия обнаруживает расширение восходящей аорты. Wassermann'овская реакция бывает положительною лишь в $\frac{2}{3}$ случаев. Прогностически следует различать формы доброкачественную и злокачественную. При лечении надо быть вполне довольным, если удалось задержать развитие процесса, остановить рост аневризм и устранить боли. С. С—в.

366. *К лечению хронического бронхита и зависящей от него астмы.* Veilchenblau (Münch. med. W., 1928, № 5) с успехом применяет в таких случаях внутривенное введение 50% раствора какадилового натра в возрастающих и потом убывающих приемах, от 1 до 5 кб. стм., с промежутками по 3 дня. С. С—в.

367. *Сравнительные измерения кровяного давления одновременно осцилляторным, аускультативным и пальпаторным способами.* произведенные Weissom (Zeit. für Kreislaufforschung, 1928, № 8) на 37 пациентах, заставили автора сделать вывод, что кровяное давление, измеренное осцилляторным способом, в 84% приведенных им случаев выше, нежели кровяное давление у тех же лиц, измеренное двумя другими способами, и что в 43% кровяное давление, измеренное аускультативным способом, выше кровяного давления у тех же лиц, измеренного пальпаторным способом. Вторым выводом автора является тот, что разница между осцилляторным и аускультативным измерениями получается чаще и резче, нежели между аускультативным и пальпаторным измерениями. Если пользоваться одним из названных трех методов исследования, то преимущество, по мнению автора, окажется на стороне аускультативного способа по Короткову, являющегося более точным. Д-р С. М. Райский.

368. *Клиника и терапия артериальной гипертонии.* J. Pal (Med. Klin., 1928, № 5) советует при острой гипертонии папаверин, бензиловые соединения, малые приемы камфары, нитриты, далее тепло (диатермия и т. п.), кровопускания, теплые ручные и ножные ванны, перетяжку конечностей. Весьма полезен в таких случаях хлорал-гидрат, но его нельзя давать. Равным образом и длитель-

ного применения нитритов автор не одобряет, так как они могут оказывать вредное действие на сосудистую стенку. При грудной жабе очень действителен атропин (или новотропин), иногда вместе с папаверином. Морфий, в отличие от вышеперечисленных средств, не устраняет причины болей при острой гипертонии, а только самое болезненное ощущение. При грудной жабе, как и при брюшных кризах этого ряда, может зайти речь о паравертебральной инъекции. При постоянной первичной гипертонии надо сначала установить нормальное для данного случая давление и давать понижающие его средства, лишь когда оно превышено, беспорядочная ждача таких средств может лишь повредить. Новые средства из животных тканей и эндокринных желез дают не больше, чем надежные старые лекарства. Кровопускания показуются лишь в острых случаях, повторные—вредны. В смысле диеты всего важнее ограничение приема жидкостей, а иногда и соли. С. С.—в.

369. *Сущность и лечение изжоги.* J. Voas (Ther. d. Gegenw., 1928, № 2) считает за самую частую форму *pyrosis hydrochlorica*, хотя встречаются случаи изжоги и с уменьшением, даже полным отсутствием HCl в желудочном соке. Впрочем сильно-кислый сок сам по себе еще не дает хронической изжоги,—для этого нужна еще наличность раздражения *cardiae* или нижних участков пищевода. Терапевтически приходится в большинстве случаев бороться с повышенной кислотностью—прежде всего при помощи молочно-растительной пищи; длительная дача щелочей, напротив, менее рациональна, хотя без них и всегда можно обойтись. Симптоматически против изжоги помогает смесь сладкого и горького миндаля (3:1) в виде тонкого порошка, или миндальное молоко. С. С.—в.

370. *Новое слабительное „изацен“.* K. Pur ((Prakticky Lékar, 1928, № 4) очень хвалит это средство, пущенное в продажу фирмой La Roche около 2 лет назад. По своему химическому составу оно характеризуется, как диацетилбис-оксифенил-изатин. В щелочной среде от него отщепляется бис-оксифенил-изатин, который в толстой кишке вызывает усиление перистальтики,—повидимому, прямым раздражением нервных окончаний кишечной стенки. В кровь он не поступает, через почки не проходит, в чем легко убедиться простою химическою реакцією (несколько капель 2—5% *kalii ferro-cyanati*, в щелочном растворе красное окрашивание при нагревании, даже в разведении 1:100.000.) Этим обуславливается совершенная, повидимому, безвредность его. За последний год автор давал это лекарство в более, чем 50-ти случаях запора, по 2—3 пилюли на ночь. Почти без исключения всегда на другое утро получался кашцеобразный стул без болей и тенезмов. Лишь в редких случаях приходилось повышать дозу до 4 пилюль. Привыкания, повидимому, здесь не наблюдается. С. Г.—в.

е) Хирургия.

371. *К этиологии остеомиелита.* G. Sobernheim (Schweiz. med. Woch., 1928, № 6) считает за наиболее частого возбудителя этой болезни стафилококка, стрептококк встречается уже много реже, а другие микробы—лишь в исключительных случаях. Предрасполагающими моментами здесь часто служит травма и инфекция. Костный мозг заражается обыкновенно чрез кровь, но бывает и иначе, для костей же гематогенный путь заражения является правилом. Зародыши происходят или из какого-нибудь гнезда инфекции, или с кожи и слизистых; при этом зараза может оставаться в теле скрытною долее, чем это обычно думают. Антигенная терапия представляется здесь научно вполне обоснованною. С. С.—в.

372. *Об эхинококковой болезни.* Г. Н. Тер-Нерсесов (D. Ztschr. f. Chir., Bd. 206) подробно сообщает о 90 случаях эхинококка за последние 15 лет. На Кавказе эхинококк дает 1,2% всех заболеваний. Распознавание более всего обеспечивается интрадермальною реакцією по Iturrat-Cazoni и х-лучами. Из 210 больных у 74,4% была поражена печень, у 6,17%—селезенка, у 5,7%—мышцы, у 3,32%—грудная клетка, у 1,9%—сальник, у 1,43%—кишечник, у 0,95%—брюшная полость во многих местах, у 0,95%—печень и селезенка вместе, у 0,48%—бронхиальные железы, предстательная железа, почки, грудобрюшная преграда, матка, головной мозг, щитовидная железа, желчный пузырь, спинной мозг, сальник, кости. С. С.—в.

373. *Распознавание амилоида при помощи реакции Loeschke с вытяжкой белых телец.* Steinert (Klin. Woch., 1923, № 6) убедился, что названная реакция не только открывает амилоидное перерождение, как таковое, но

и указывает на сенсбилизацию организма по отношению к лейкоцитарному белку и тем самым—на опасность позднейшего развития амилоида. Положительный результат ее обьязывает, при легких хронических нагноениях с хорошим общим состоянием больных, к длительному и возможно безостановочному удалению гноя. С. С—в.

374. *Хирургическое лечение желчнокаменной болезни.* По Guleke (Med. Klin., 1928, № 7), абсолютно показывают такое лечение тяжелый острый холецистит и холангит, нагноение в пузыре, водянка, закрытие общего желчного протока, приступы колики с болями и слева (поджелудочная железа), наконец хронически возвращающиеся приступы желчной колики. При этом необходимо, разумеется, обращать внимание на возраст и общее состояние больных. Тяжелые страдания сердца, легких, почек, диабет и ожирение—противопоказуют вмешательство. С. С—в.

375. *К лечению рожи.* О. Kraus (Med. Klinik, 1928, № 8), относясь отрицательно ко всем видам местного лечения рожи, хвалит при ней внутримышечные впрыскивания молока по (по 5 куб. см.), обесполенного в течение 10 минут на водяной бане. Уже на 2-й-3-й день болезни температура при таком лечении падает критически или литически, одновременно с чем исчезают припухание и краснота. Соответственные количества противодифтерийной сыворотки, как убедился автор, действуют далеко не столь благоприятно. Противопоказаниями к лечению рожи молоком служат легочная чахотка и повторные кровоизлияния в желудок. С. С—в.

376. *К лечению саркомы.* По P. Rostock'y (Bruns Beitr. z. klin. Chir., Bd. 141, H. 1) наилучшие результаты при саркомах дает все же операция, лечение же х-лучами допустимо лишь в неоперабельных случаях, так как оно дает не более 3.9% выздоровлений. С. С—в.

377. *О влиянии эфирного наркоза на отправления печени.* К. Boshmer (Klin. Woch., 1928, № 10) выводит из своих исследований, что каждый эфирный наркоз дает небольшое повреждение печени, которое делается очень заметным, если орган был уже ранее болен, хотя бы и скрытно. Такие скрытые повреждения печени имеют место при хронических страданиях желчного пузыря, алкоголизме, хроническом панкреатите, раке и хронических заболеваниях. В подобных случаях необходимо особенно избегать названного наркоза. С. С—в.

378. *Послеоперационная эмболия легочной артерии.* По данным Scheidegger'a (Schweiz. med. Woch., 1928, № 4) эмболия эта имела место на 20,779 операций в 0.69%, причем в $\frac{2}{3}$ всех случаев она наблюдалась после операций на желудочно-кишечном канале. Повидимому, особенно предрасполагает к эмболии рак. В $\frac{2}{3}$ всех случаев смерть от эмболии легочной артерии наблюдалась после операций, где микробы получили доступ в рану, лишь в $\frac{1}{3}$ —после асептических операций. Главным источником эмболий являются глубокие вены нижних конечностей, особенно левой, самое частое время обнаружения эмболий — третий день после операции. С возрастом предрасположение к ним нарастает, равно повышается оно при заболеваниях сосудистого аппарата и легких и при опухолях. С. С—в.

379. *Половые функции у простатэктомированных.* Lissman (Münch. med. Woch., 1928, № 9), встретившись в практике с вопросом о сохранении половых способностей при простатэктомии и не найдя ответа на него в соответствующей литературе, обратился с анкетой по этому поводу к 220 урологам и хирургам Европы и Америки. Обработав полученные 100 ответов, он пришел к следующим заключениям: 1) Libido и functio erigendi при т. наз. чрезпузырной простатэктомии, вероятно, не страдают и могут даже иногда усиливаться, а в случае их угасания — вновь появиться. 2) Сохранение potentia generandi зависит оттого, насколько будут пощажены при операции генитальные части задней уретры, что, без сомнения, возможно. 3) Эякуляция может операцией уничтожаться. Н. Вылегжанин.

ж) Акушерство и гинекология.

380. *К диагностике беременности.* По Aschheim'y и Zondek'y (Klin. Woch., 1928, № 1) обнаружение яичникового гормона в моче не подходит для распознавания беременности: во-первых, этот гормон в 1—2 куб. с. мочи может

быть обнаружен лишь в поздних месяцах беременности (с VIII по X), во-вторых, он встречается в моче и небеременных женщин, напр., вступивших в климактерий. Гораздо более целесообразным является, с целью диагностики беременности, определение в моче женщины наличия гормона передней доли гипофиза, — по А. и З. этот признак отсутствует не более, как в 4⁰%, причем выступает уже в самых ранних стадиях беременности, напр., при запоздании регул всего на 5 дней. Авторы полагают, что это — наилучший из всех биологических способов определения ранней беременности. Р.

381. *Беременность и свинцовое отравление.* Н. Vignes (Progrès med., 1927, № 47) находит, что отравленные свинцом женщины часто abortируют или рожают мертвых детей, а родившиеся у них живыми дети обычно умирают в первые годы жизни; правило это, впрочем, может допускать и исключения. По этому автору не нужно, далее, чтобы женщины с аномальным течением беременности на почве свинцового отравления представляли тяжелые признаки последнего: иногда аборт является у них единственным симптомом сатурнизма. В материале автора из 62 тяжело отравленных беременных abortировали 47, имели преждевременные роды 9, жизнеспособных детей родилось у них лишь трое; в более легких случаях 29 раз беременность кончилась абортom, 12 раз родились мертвые дети и 8 раз — живые. После прекращения интоксикации возможна нормальная беременность, но иногда и после этого женщина продолжает разрешаться преждевременно. Оказывает влияние на течение беременности и свинцовое отравление у отца: из 32 случаев этого рода в материале автора 12 раз наблюдалось преждевременное прерывание беременности, а из 20 родившихся живыми детей 8 умерли на первом же году жизни. Нередко ведет свинцовое отравление и к полному бесплодию. Среди детей бывает много идиотов, слабоумных, эпилептиков. Такое влияние свинцового отравления на плод, повидимому, объясняется тем, что свинец есть общий и местный вазоконстриктор. Р.

382. *Гипоменоррея и токсикозы беременности.* Изучение материала, обнимающего 700 женщин с ослабленной менструальной функцией (гипоменорреей), убедило A s c h n e r'a (Zentr. f. Gyn., 1928, № 2), что у таких женщин, в случае наступления беременности, гораздо чаще наблюдаются эклампсия, неукротимая рвота и др. токсикозы, а равно и такие осложнения беременности, как многоводие, уродства плода и т. п. Р.

383. *Лихорадка во время родов*, зависящая от восходящего распространения инфекции по половому каналу, не должна, по Sieger't'y (Zentr. f. Gyn., 1928, № 10) служить показанием к операциям, имеющим целью ускорить окончание родов: наблюдения показывают, что применение таких операций ведет к повышению заболеваемости в пuerпериальном периоде. К родоразрешающим операциям в подобных случаях надо прибегать лишь тогда, когда нет надежды на самопроизвольное окончание родов. Р.

384. *Применение лампы „Ultrasonne“ в гинекологии.* За последние годы физическая терапия и в частности светолечение начинает широко применяться во многих отраслях медицины, особенно в гинекологии, где для целей светолечения особенно пригодной оказалась лампа «Ultrasonne». Лампа эта, специально сконструированная для гинекологических целей, представляет собою дуговой фонарь, имеющий воронкообразное присоединение, служащее концентратором лучей; источник света получается из импрегнированных металлом угольных электродов со спектром, сходным с солнечным. Терапевтический эффект лампы обуславливается, во-первых, ультрафиолетовыми лучами I, имеющими длину 400—290 мμ., во-вторых, видимыми красно-желтыми лучами, которые, в противоположность первым, отличаются глубоким проникновением в ткани и сосудорасширяющим эффектом. Отсутствие в спектре лампы лучей короче 290 мμ., отличающихся раздражающими свойствами, дает основание считать эту лампу лишенной прижигающего действия и вследствие этого применимой для облучения слизистых оболочек и полостей. На основании наблюдений над 2000 больных K i e f e r (Zeit. f. d. ges. phys. Ther., Bd. 34, H. 5) считает применение этой лампы показанным при воспалительных процессах в женских genitalia, при белях различного происхождения, болезнях матки, рубцовых изменениях тазовой клетчатки, периметрите, при расстройствах функции яичника. Преимуществами данного метода он считает простоту и безопасность применения, нежный способ действия, позволяющий применять эту лампу и у истощенных больных, а также при кровотечениях, точно после менструации и при лихорадке. Проф. Г. Клячкин.

з) Педиатрия.

385. *Новый ранний симптом кори.* Д-р Stimson (Journ. of Amer. Med. As., vol. 90, № 9, 1928) в статье о ранней диагностике кори указывает, что большая часть известных симптомов продромального периода, как экзантема, пятна Корлика, продромальная сыпь и пр., появляется тогда, когда катарр слизистых оболочек носа и зева уже ясно выражен, и тогда, следовательно, больной уже успел заразить окружающих детей. Поэтому имеет большое значение описываемый автором симптом, появляющийся приблизительно через 11 дней после заражения, еще до появления катарра, именно, часов через 12 после первого повышения ¹⁰ тела. Симптом этот состоит в гиперемизированной полоске, идущей поперек внутренней поверхности нижнего века, отступя от края его на $\frac{1}{3}$ расстояния до свода. Эта «коровая линия», как ее называет автор, видна только короткое время, пока еще не усилился конъюнктивит. При слишком сильном оттягивании нижнего века наступает анемия слизистой, и полоски не видно. При иных катарральных состояниях также может появиться поперечная полоска, но она, как утверждает автор, лежит иногда у самого края века. Из 10 детей, у которых автор наблюдал этот симптом, 8 заболели корью.

Е. Ленский.

386. *Лейкемия у детей* представляет редкое заболевание, — Hunter (Glasgow med. journ., 1928, 109) за 20 лет наблюдал лишь 22 случая ее у детей от 7 недель до 14 лет. Течение болезни в большинстве случаев было весьма острое, число лейкоцитов зачастую было ниже, чем у взрослых. В одном случае болезнь длилась 2 года, в 4—1 год, в остальных же случаях — не более 7 месяцев. Дифференцировать лимфатический и миелоидный типы болезни было трудно, даже невозможно. О патогенезе страдания мы знаем не более, чем относительно аналогичного заболевания у взрослых. Лихорадка и быстрое течение болезни у детей говорят больше в пользу инфекционного происхождения ее.

Р.

387. *К терапии рахита.* Scheer и Rosenthal (Zeit. f. Kinderh., Bd. 44, № 3—4) в 13 случаях рахита средней и большой тяжести давали больным ежедневно по 300—500 куб. с. молока, подвергавшегося рентгенизации в атмосфере угольной кислоты. Все больные поправились в срок от 4 до 6 недель.

С. С-в.

388. *К лечению руминации у детей.* В 2 случаях пережевывания жвачки (ruminatio) у грудных детей и у одного ребенка постарше Mansbacher (Zeit. f. Kinderh., Bd. 44, № 3—4) успешно применил кормление плотными кашами без или почти без молока.

С. С-в.

и) Урология.

389. *К лечению уретрита.* Saudek (Derm. Woch., 1928, № 10) рекомендует для лечения хронических уретритов у мужчин и женщин применять палочки ламинарии, предварительно окунутые в разжиженную желатину, содержащую в себе или 0,1—0,5% ляписа, или 1—3% сернокислого цинка, или 1—3% медного купороса. Для мужчин берутся палочки в 10 сант. длиною, для женщин — 3—4 сант. Оставляются они на 2—3 часа. При помощи этих палочек можно лечить и хронические цервициты.

Р.

390. *Злокачественные опухоли почек.* Среди этих опухолей Kinloch и Drexler (Urol. and cut. review, 1928, № 1) отмечают четыре группы: папиллярные аденокарциномы, альвеолярные раки, гипернефромы и эмбриональные аденомисаркомы. Опухоли эти развиваются у женщин вчетверо чаще, чем у мужчин. Метастазы их чаще всего бывают в легких, грудине, длинных костях, печени и мозгу. Проявляются они обычно констатируемой макро- или микроскопически гематурией и невралгического характера болями, иррадирующими в подвздошно-паховую область и hypogastrium. Для распознавания их при всякой подозрительной гематурии надо прибегать к уретероцистоскопии и пизелогрфии; если и при этом диагноз остается неясным, — следует производить пробную лапаротомию. Прогноз этих опухолей плохой. Операционная смертность колеблется между 10 и 25%, а при эмбриональных опухолях достигает даже 80%. При всем том операция является единственным средством, от которого при злокачественных опухолях почек можно ждать спасения больных.

В. С. Г.

к) Гоноррея.

391. *Выращивание гонококков.* Митюкевич (Микроб. Ж., 1928, вып. 1—2) убедился, что наилучшею средою для выращивания гонококков является изготовленная из свежих, ни разу не стерилизованных ранее мясной воды и мареновского пептона; к среде этой прибавляется (по I k o m a) лимонная кислота в количестве, необходимом для понижения Ph с 8,0 до 7,8, смесь стерилизуется при 115° в течение 20—30 мин., и к ней прибавляется в количестве 10% асцитическая жидкость, пригодность которой для данной цели проверена продажными опытами; для получения твердых сред к бульону прибавляется 1,7% агара. Наилучший рост гонококков на этой среде получается при 36°. P.

392) *Гонорройный уретрит у мальчиков*, считающийся сравнительно редким заболеванием, в действительности встречается значительно чаще. Процесс локализуется обычно в передней уретре и, по наблюдениям Геффа, Крома и Зальмана (Венер. и Дерм., 1928, № 3), отличается доброкачественным течением; лишь в единичных случаях наблюдается переход на заднюю уретру. По мнению названных авторов гоноррея у мальчиков в терапевтическом отношении представляет собою чрезвычайно благоприятный объект, давая излечение в течение короткого времени без последующих рецидивов. Что касается источников инфекции, то здесь имеет место не только половое заражение (дело идет о преступлениях против нравственности), наблюдавшееся авторами в 3 случаях, но, главным образом, внеполовое, происходящее чаще всего при пользовании общей постелью с больными родителями (14 случаев). H. Яснитский

393. *Диагностике гонорреи у девочек* посвящает свою работу Дахсле-гер (Венер. и Дерм., 1928, № 3). Если не существует единого мнения по вопросу о практической ценности бактериологического исследования отделяемого половых органов при подозрительных на гоноррею заболеваниях у взрослых женщин, то еще более затруднений встречается при определении характера вульвитов и вагинитов, на основании бактериологического исследования, у девочек. Автор останавливается на вопросе, который привлекает к себе внимание венерологов и урологов, о значении Gram-отрицательных диплококков и т. н. диплококков Asch'a в деле распознавания гонорреи. Наличие в гное значительного количества Gram-отрицательных диплококков, морфологически похожих на гонококки, дает основание, по мнению автора, считать такие случаи «подозрительными» на гоноррею; единичные экземпляры их, напротив, еще не говорят в пользу последней. До настоящего времени вопрос об идентификации гонококков и Gram-отрицательных диплококков не может считаться разрешенным окончательно. Присутствие Gram-положительных диплококков автор считает за выражение вторичной инфекции. Более скептически относится он к диплококкам типа Asch'a, совершенно справедливо полагая, что доказать их тождественность с гонококками будет возможно лишь при получении их в чистой культуре на тех средах, на которых растет гонококк. H. Яснитский.

394. *Лечение гонорройных заболеваний лизовакциной* рекомендуют Гершкович и Шапиро (Венер. и Дерм., 1928, № 1). Как известно, Емтсгис и Löw своими исследованиями показали, что в бульонной культуре синетной палочки 3—4-недельной давности образуется особое вещество—пиоцианаза, способное не только останавливать рост этой палочки, но и вызывать лизис других микробов. Этими исследованиями было положено начало попыткам применить пиоцианазу с терапевтической целью при ряде инфекционных заболеваний, в том числе и при гоноррее. Авторы поставили своей задачей проверить терапевтическую ценность лизовакцины при лечении гонорройных заболеваний. Установив на животных полную безвредность подкожных и внутривенных введений лизовакцины, они применили ее для лечения гонорреи частью подкожно, главным же образом внутривенно, в дозе от 0,1 до 5 куб. сант. Из 43 больных, леченных лизовакциной, только у 29 были получены удовлетворительные результаты. Воздерживаясь от определенных заключений, авторы, тем не менее, считают возможным применение этого метода при лечении гонорреи и ее осложнений. H. Яснитский.

л) Сифилидология.

395. *Скраска бледной спирохеты.* Mühlplfordt (Münch. med. Woch., 1927, № 51) особенно пригодной для этой цели считает краску Viktoriablaue.

С края шанкерной язвы соскабливается небольшое количество сока на чистое предметное стеклышко, мазок высушивается на воздухе, и на него накапывается 30% водный раствор *Viktoriablaugrübler's*. Раствор оставляется на 2—3 минуты, потом смывается водопроводной водой, препарат обсушивается и рассматривается под иммерзией, причем бледные спирохеты оказываются окрашенным в густо-синий цвет, резко отличаюсь от других спирохет. Будучи сохраняем в склянке из темного стекла, раствор краски может сохраняться долгое время без изменения. Р.

396. *Инфекция сифилисом со стороны отца.* *Almquist* (*The urol. and gynaec. review*, 1927, № 11) сообщает 5 случаев наследственного сифилиса у детей, где матери, несмотря на годами длившееся наблюдение, оказывались клинически и серологически свободными от *lues'a*, отцы же были сифилитиками. Автор думает, что плод или яйцо может быть инфицировано контагиозной спермой, причем мать остается свободною от инфекции. В. С.

м) *Болезни уха, носа и горла.*

397. *Абсцесс мозга при остром отите.* *P. Sauer* (*Zeit. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk.*, 1927, 17 Bd., Hf. 2) дает описание остро развившегося на почве *otitis acuta* абсцесса в височной доле мозга. Больная с самого начала заболевания уха находилась под наблюдением, и таким образом у ней представлялась возможность проследить весь болезненный процесс с начала до конца. Заслуживает внимания в данном случае отсутствие изменений в кости, каковые изменения почти всегда констатируются в среднем ухе и *proc. mastoideus* в тех случаях, где наступает образование мозгового абсцесса. Ник. Трутнев.

398. *Саркомы носа.* *Христианов* (*Вестник РЛО*, 1927, № 6) собрал статистический материал, касающийся злокачественных опухолей носа. Из последнего видно, что на долю сарком приходится очень немного случаев, причем гигантоклеточковая саркома встречается, как *unicum*. Она имеет чрезвычайно быстрый рост, постоянно рецидивирует, но ни болей, ни кахексии не вызывает. Автор приводит два собственных случая этого новообразования. Громов.

399. *Случай риносклеромы с редкой локализацией.* *Д-р Гуменюк* (*Журн. ушн., нос. и горл. бол.*, 1927, № 7—8) описал случай риносклеромы с редкой локализацией: помимо носа, носоглотки и зева, процессом одновременно были захвачены верхняя губа и верхняя десна. Н. Бобровский.

400. *Инородное тело в пищеводе.* *Д-р Рожкова* (*Вестник РЛО*, 1927, № 6) описывает случай инородного тела в пищеводе, именно, зубного протеза. Особенностью этого случая является то обстоятельство, что при отыскивании протеза встретились с некоторыми затруднениями, а извлечь его удалось лишь при третьем по счету введении трубки эзофагоскопа. О. Васильева.

Рецензии.

Проф. *K. Schleyer*. *Болезни почек.* Госиздат, 1928, ц. 75 к., и издательство «Практич. Медиц.», 1927, цена не указана.

Книжка написана большим знатоком почечной патологии. Будучи сам одним из основателей современного учения о функциональной диагностике почек,—припомним его исключительной ценности исследования о функции почек при экспериментальных нефритах,—проф. *S.*, естественно, в своей книге главное внимание обращает на значение для врача изучения функции заболевшего органа, не затрагивая патолого-анатомической стороны вопроса и преднамеренно не останавливаясь на спорных теоретических проблемах. Цель книжки—чисто-практическая, дать ясное и краткое изложение современного состояния учения о почечных заболеваниях и точно, конкретно формулировать необходимые и притом только надежные терапевтические мероприятия. Автор, несомненно, достиг своей цели, и мы смело можем рекомендовать его книгу для прочтения каждому врачу, интересующемуся вопросами почечной патологии. Книжка, как это указано в заголовке, выпущена почти одновременно двумя издательствами, что, по нашему мнению, в значительной мере расходится с принципом «режима экономии».

Проф. *М. Чебоксаров.*

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung, herausgeg. von Holfelder, Holthusen, Jüngling und Martius. III том. 791 стр. 613 рuc. Leipzig, 1928. Цена 68 м.

По примеру первых двух томов, подробно реферированных мною в 1926 и 27 гг., в настоящем III томе также имеется большой ряд (11) обстоятельных статей по рентгенодиагностике и 4 статьи по биологии и терапии, в том числе одна по диатермии. Учитывая назревшую необходимость дать полный обзор методики рентгенографии придаточных полостей носа и уха при диагностике воспалительных заболеваний и опухолей носа, верхней челюсти и уха, редакторы поместили в первой главе 2 статьи проф. Steurer'a *о рентгенодиагностике придаточных полостей носа и уха*. Уже в 1896 г. автор этот пытался ориентироваться в придаточных полостях носа на рентгена, но лишь 10 лет спустя этой методикой заинтересовались видные ринологи (Goldmann, Kilian и др.). С тех пор рентгенограмма стала для ринолога неотъемлемой частью исследования больного. Известны случаи, когда эндоназальное исследование было безрезультатно, а рентген вскрывал картину опухоли, абсцесса, перелома, которые потом подтвердились на операции. С другой стороны без точного знания анатомии данной области рентгенолог легко может впасть в грубую ошибку—признать здесь норму за патологию. На целом ряде прекрасных переданных рентгенограмм автор доказывает преимущество безболезненного рентгеновского метода, особенно при исследовании детей, обычно сопротивляющихся манипуляциям ринолога. Необходимым условием точного исследования является безукоризненная техника снимка: «лучше без снимка, чем плохой» (Passow). Автор поэтому дает точные указания относительно методики получения хороших рентгенограмм синусов в различных проекциях, височной кости со слуховым проходом, лабиринтом и сосцевидным отростком. Чрезвычайно instructивны контрольные патолого-анатомические препараты, совпадающие с рентгеновским изображением.

В следующих двух статьях Schüller рисует рентгеновскую картину *опухолей п. acustici и переломов пирамидальной кости*.

На протяжении 60 стр. Brauer и Lorey подробно останавливаются, затем, на методе *бронхографии помощью контрастных веществ* (иодипин, липиодол) и ее значении для диагностики бронхэктазий, легочных абсцессов, бронхостенозов, а также для контроля результатов торакопластики, пнеймоторакса и др. операций. Авторы касаются также вопросов о выделении иодипина, о возможных повреждениях при применении данного метода, о терапевтическом значении его, а равно проблемы перистальтики бронхов, которая американскими (Bullock и Gottlieb) и русскими авторами (Рейнберг и Каплан) решена в положительном смысле. Они подтверждают наблюдения бронхоперистальтики у человека, описанные Рейнбергом. Целый ряд приложенных историй болезни иллюстрирует показания и противопоказания к данному методу и источники ошибок при его применении.

Обширная монография (114 стр.) *по рентгенодиагностике заболеваний пищевода* представлена далее Teschenendorff'ом, который широко охватил нормальную анатомию, физиологию пищевода и целый ряд функциональных и органических расстройств в рентгеновском освещении. Описаны здесь также уродства пищевода, дивертикулы, расширения и сужения. Богато иллюстрирован отдел язв и опухолей. Не забыты диагностика инородных тел и изображение пробега пищевода при сердечных заболеваниях. В литературном указателе мы находим более 500 названий.

Следующая глава, в 70 стр., *об одностороннем высоком стоянии диафрагмы*, принадлежат Диллону (Москва), который, изложив анатомию и физиологию диафрагмы, дает затем на основании 35 личных случаев и литературных данных полную симптоматику стойкого высокого стояния купола диафрагмы и дифференциальную диагностику его. Автор несколько видоизменил классификацию данной аномалии, принадлежащую Erpinger'у и Reich'у, различая 1) вторичное и 2) первичное высокостояние. Первое обуславливается бронхостенозом, сморщивающими легочными процессами и плевральными сращениями, или же повышенным давлением в брюшной полости (опухоли, асцит); второе вызывается врожденной или приобретенной слабостью диафрагмы рефлекторного, воспалительного или паралитического характера. Этиология данного заболевания до сих пор не выяснена,— автор видит причину его в повреждении п. phrenici.

Чрезвычайно интересным и до сих пор мало разработанным в рентгенодиагностике вопросом является затронутый далее Fleischner'ом вопрос о *туберкулезе кишечника*. После первых работ Stierlin'a (1911 г.) внимание рентгенологов фиксировалось главным образом на слепой кишке. Богатый туберкулезный материал клиники W. Neuman'a дал автору возможность проникнуть глубже в динамику и морфологию тонких кишек при туберкулезе. Больные при этом утром в 5 ч. получали контрастную пищу и через 3—4 часа присылалась на исследование, которое повторялось, с промежутками, несколько раз в течение дня и на следующий день. Автор при помощи 68 рентгенограмм характеризует анатомию и физиологию кишечника при тбс, причем останавливается подробно на рентгеновской картине бугорчатки тонких кишек и подробно рисует картину илеоцекального туберкулеза, отмечая некоторые уклонения в его симптоматику, напр., отсутствие феномена Stierlin'a во многих случаях туберкулеза невоспалительного характера. Монография заканчивается изложением дифференциальной диагностики и описанием туберкулеза толстой кишки.

Gottheiner разбирает *рентгенодиагностику аппендикса*, его норму, физиологию и патологию, приходя на основании более 100 случаев, частью оперированных, к заключению, что во многих неясных клинических и хирургических случаях аппендография дает положительные результаты и при подпунктном рентгенологическом исследовании соседних органов может иметь решающее значение для хирурга. Заслуживает упоминания, что в историческом введении автор не забывает указать на заслуги Григорьева в данной области.

D'Amato посвятил 59 стр. подробному анализу *метода холецистографии*. На прекрасных рентгенограммах он иллюстрирует анатомию, физиологию и патологию желчного пузыря, сообщая при этом технику и методику. Внутривенное влияние тетраидофенолфталени-натрия автор считает наиболее верным способом получить изображение пузыря на снимке.

H. Штерн (Саратов) дает подробный обзор по вопросу о *диагностике и лечении легочного эхинококка*, который на основании материала автора и статистических данных из литературы встречается очень часто в Австралии и Аргентине, в Мекленбурге и Померании, а у нас в Крыму, на Северном Кавказе и в Нижнем Поволжье. Всего в литературе описаны, по подсчету автора, с 1877 г. (Besker) до 1927 г. (Штерн-Алмазова) 8448 случаев эхинококка, из которых 836 случ. падают на эхинококк легких. Автор рисует клиническую картину эхинококка и переходит к рентгенодиагностике, которая в громадном большинстве случаев является решающей, когда дермореакция, пункция и др. исследования не дали результатов. Пункция при данной болезни должна вообще быть оставлена, вследствие связанных с ней опасностей (шок, анафилаксия, инфекция, прорыв с гидро-или пиопнеймотораксом). Терапия эхинококка зависит от стадии его развития и положения в легком. В общем хирургия периферических пузырей дает удовлетворительные результаты. Рентготерапия до сих пор неполно оправдала себя.

Отдел биологии в книге открывается главой Schin'z'a и Slotopolsk'ogo о *радиобиологии здоровой кожи*, главным образом у животных. Несмотря на бесчисленные исследования относительно действия рентгеновых лучей на кожу и ее придаточные органы, вопрос о непосредственных первичных изменениях ее под влиянием х-лучей еще до сих пор не решен. Подводя итоги экспериментальным данным на животном и отчасти человеческом материале, авторы говорят: «Многие объясняют эффект (лучей) их возбуждающим действием. Оснований для этого положения в рассмотренном материале нет. Даже в том случае, где действие лучей как бы имело биологический характер, микроскопическое исследование обнаруживало биоотрицательную основу, вследствие чего конечный эффект освещения являлся лишь компенсаторным и репарационным процессом». Отсюда авторы выводят очень важный постулат: рентгено- и радиотерапия заболеваний кожи показаны лишь в случаях, где субстратом являющиеся активно делящиеся клетки. Это относится не только к опухолям, но и к целому ряду воспалительных процессов кожи.

В следующей главе книги Lirshapn излагается *влияние света и ультрафиолетовых лучей* на общий обмен, обмен углеводов, жиров, белков, пуринов и минеральный обмен. Автор кратко сообщает о роли витаминов при освещении.

Следующая глава, Schenpp'a, посвящена вопросу о *радиотерапии базальных фиброидов* носоглотки. Рентген и радий имеют большие преимущества перед оперативными методами, т. к. дают меньше рецидивов.

Наконец, последняя статья, содержащаяся в книге, — о *лечении диатермией в гинекологии*; автор ее, Schenholz, разбирает физические и биологические основы диатермии, показания и противопоказания, аппаратуру и технику.

В общем III том *Ergebnisse* является прекрасным сборником для рентгенолога, не желающего отставать в работе по специальности. Прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

XX Съезд Российских Хирургов.

Д-ра И. Л. Цимхеса.

Съезд происходил в Москве с 26 по 30 мая 1928 г. Число членов его превышало 1000 чел., из них 50% падало на провинцию. В течение 4 дней на заседаниях Съезда было заслушано свыше 60 докладов, причем четвертый день был посвящен исключительно вопросам ортопедии. Председателем Съезда был избран проф. В. А. Оппель, товарищем председателя — Одесский ортопед проф. Н. И. Кеффер. Программными вопросами Съезда были: 1) вопрос об уронефрозе и 2) вопрос о перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки. Затем было несколько рекомендованных тем: рак языка и его лечение, лечение контрактур и анкилозов коленного сустава и внутрибрюшные срощения и их лечение. Кроме того, было допущено несколько докладов по внепрограммным вопросам. Программа Съезда была выполнена полностью в установленный срок. Председатель Съезда, проф. Оппель, достаточно объективно резюмировал данные докладов и прений, от чего значительно усиливалось впечатление.

Съезд начался докладами об уронефрозе. Проф. В. М. Мыш (Томск), придерживаясь терминологии проф. С. П. Федорова, разобрал свои 16 клинических случаев уронефроза с точки зрения этиологии, патогенеза и методов лечения. Этиологически в возникновении данного заболевания играют роль травма и динамические моменты. Распознавание при неощущаемой опухоли трудно, — необходимо учесть данные разных методов исследования (красочная проба, отдельное собирание мочи, катетеризация мочеточников, экспериментальные почечные колики и проч.). Могут наблюдаться гидро-нефроты и без болей. Пиелография очень ценна в распознавании гидронефроз, но нужна осторожность при разборе пиелограмм ввиду возможности ошибок, связанных с накладыванием теней. При другой здоровой почке в случаях выраженного уронефроза докладчик рекомендует удалить пораженную почку внебрюшинным путем. От консервативных пластических операций докладчик предостерегает.

Другой докладчик по этому же вопросу, проф. Р. М. Фронштейн (Москва), рассматривает уронефроз, как вторичное страдание, являющееся результатом нарушения оттока мочи. Первичные изменения необходимо искать в мочеточниках. В 18 случаях из 51 докладчику не удалось установить анатомического препятствия в мочеточниках. Эти случаи следует отнести за счет нарушения иннервации. Продолжительные спастические сокращения и расслабления мочеточников играют также роль в возникновении уронефроза, опущение же почки, по мнению докладчика, не в состоянии вызывать гидронефроз. Пиелография контрастными массами опасна вследствие того, что жидкость в эктазированной лоханке задерживается и легко может инфицироваться. Докладчик рекомендует для целей пиелографии вдувать воздух в лоханки. В начальных стадиях уронефроза может дать хороший эффект промывание лоханок.

Выступавший в прениях проф. Федоров предлагал лечить пиэлектазии катетеризацией мочеточников с промыванием лоханок, причем, когда после нескольких промываний емкость лоханки уменьшится, возможно консервативное лечение. Операцию денудации почечной артерии необходимо оставить. В запущенных случаях проф. Ф. рекомендует нефректомию, а в случаях, где паренхима почки хорошо сохранилась, — пластические операции. Резюмируя данные докладов и прений, проф. Оппель предложил принять классификацию уронефроз проф. Федорова. В вопросе патогенеза, кроме атонической школы (проф. Федоров), надо допустить возможность гипертонии за счет вегетативной нервной системы. При пиелографиях необходимо остерегаться инфекций.

Докладчиками по второму программному вопросу, о перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки, были д-ра Г. Ф. Петрашевская (Ленин-

град) и Н. П. Гуревич (Оренбург). Разделив материал Обуховской больницы на 2 периода,—до 1914 г. и после,—д-р П. указала, что смертность таких больных до 1914 г. равнялась 62,9%, а за 1914—1928 г.г.—37,2%, что объясняется более ранней доставкой больных. Вообще ранняя операция значительно понижает смертность; так, в Обуховской больнице при операциях, произведенных за время до 10 ч. после перфорации, из 47 чел. умерло лишь 2, при операциях до 18 ч. из 30 больных умерло 8, при операциях до 36 ч. из 20 больных умерло 15, и при операциях до 4 дней из 19 больных умерло 18; 15 больных были успешно оперированы в преперфоративном состоянии. Основными симптомами этого заболевания докладчица считает доскообразную напряженность мышц верхней части живота, боли, рвоту. Она предостерегает от дачи морфия, так как последний затушевывает картину болезни. Обуховская больница вводит зонд для выведения жидкости и скопившихся газов при перфорациях желудка, перитонитах и *ileus'ax*. Докладчица рекомендует возможно раннее оперативное лечение под общим наркозом, лучше гедоналовым. Разрез проводится по средней линии живота, выше пупка, с добавочными разрезами, в случае надобности, вправо или влево. Перфорированная язва тщательно зашивается 2-этажным швом. В 4 случаях, вследствие резкой инфильтрации, наложить швов на место перфорации, однако, не удалось; в таких случаях рекомендуется тампонада по Петрову или пластика салынником на ножке. Gastro-enterostomia показана только при сужении привратника после сшивания перфорированной язвы. Случаи раковых язв с флегмонозной инфильтрацией вокруг требуют производства резекции желудка. Промываний брюшной полости Обуховская больница не производит, а только высушивание, главным образом отлогих мест. Глухое зашивание брюшной полости возможно только в первые часы перфорации. Резекция желудка при перфорациях еще менее обоснована, чем в холодной стадии.

Другой докладчик, д-р Гуревич, на 700 случаев язв желудка и 12-перстной кишки имел 31 прободение (37% смертности). Свыше 100 сл. резекций докладчик производил *à froid* и при перфорациях по возможности прибегал также к резекциям. В 2 случаях преперфоративных язв докладчик получил выздоровление. Брюшная полость промывалась обычно раствором пепсина с соляной кислотой по Рауегу. За последние годы процент перфораций повышается. При обострениях обычной язвы следует всегда помнить о возможности перфорации. Последнюю может, между прочим, дать и психическая травма. Докладчик производил ушивание язвы с пластикой салынником на ножке. Гастро-энтеростомию он считает показанной при перфорациях в области привратника и при сужении последнего после ушивания язвы, при хорошем же состоянии больных предпочитает резекцию желудка (21% смертности).

Выступавший в прениях д-р Бабасин поделился материалом Института Неотложной Помощи им. Склифасовского в Москве, обнимающим 123 случая прободных язв (муж. 120, женщ. 3); выздоровело 93, умерло 30. В зависимости от времени операции и момента перфорации смертность выразилась в след. цифрах: до 6 ч.—5%, до 10 ч.—20%, до 12 ч.—40%, до 48 ч.—100%. Локализация прободения: у кардии—4 случая, в малой кривизне—8 сл., в препилорической части—34 сл., в привратнике—60 сл., в 12-перстной кишке—15 сл. Анамнез ясно-язвенный имел место у 72 больных, неясный—у 31, отсутствовал язвенный анамнез—у 13 больных и не указан—у 7. Сшивание язвы и гастро-энтеростомия произведены в 107 сл. Отдаленные результаты: на 70 посланных анкет ответили 48 больных, из них 25 здоровы, 15 имеют некоторые расстройства, у 8 имеются желудочные жалобы и у 10—послеоперационные грыжи.

Из докладов на рекомендованные темы следует отметить доклады проф. П. А. Герцена (Москва), проф. Н. Н. Петрова (Ленинград) и проф. П. М. Красина (Казань) по вопросу о раке языка и его лечении. Проф. Герцен выдвигает, в качестве предрасполагающих для образования рака языка моментов, травму, местный ацидоз, раздражение табаком, *leucorakiu* (в 10 сл. дала рак), бороздчатый язык, сифилис, псориаз и др. Сосочковые эпителиомы языка необходимо своевременно удалять, т. к. они часто перерождаются в рак. Рак языка представляется в виде распадающейся язвы с довольно плотным инфильтратом в окружности и увеличенными подчелюстными лимфатическими железами. Биопсию докладчик допускает лишь в исключительных случаях. В начальных случаях могут быть ошибки при истолковании микроскопической картины (в 10% по данным докладчика), когда же картина болезни выражена, то опытный глаз клинициста редко ошибается. Заболевание это следует дифференцировать с сифилисом, тбс и актиномикозом. Оперировать можно в 2 приема, причем сначала удалить пораженную часть языка.

При одномоментной операции последняя начинается с удаления желез, причем не следует ограничиваться удалением лишь лимфо-гландул, а необходимо удалять обе подчелюстные железы с клетчаткой и увеличенные железы по ходу сосудов. В случаях, где невозможно удалить опухоль языка через рот, докладчик рекомендует производить разрез щек, а если и этого недостаточно, то и дужек. Всякие разрезы с распилом челюсти докладчик отвергает.

Проф. Петров указал на постановку профилактики и лечения рака языка на Западе и ознакомил со своим материалом. В стационаре Онкологического Института за 1½ года на 1700 стационарных больных было 43 с раком языка и 1—с саркомой (доброкачественных опухолей языка было 15). Папиллоиды на краю языка, сопровождающиеся покраснением и болью, по мнению докладчика, для предупреждения рака следует удалять маргинальным разрезом. В смысле этиологии проф. П. вполне согласен с проф. Герценом. Лечение докладчик выдвигает только оперативное, в трех видах: ножевое, электротепловое и лучевое. Результаты ножевой операции—27,8% отдаленных улучшений. Электротермический метод лечения имеет громадные преимущества: хороший доступ, бескровность, гарантию против имплантаций; отрицательная сторона его—некрозы. В сочетании с радием этот способ дает максимум в деле лечения рака языка. Рентгенотерапия показана, когда железы шеи не прощупываются, или едва прощупываются, в более поздних же случаях она не помогает. Раковую язву языка докладчик рекомендует лечить радием. В отношении профилактики проф. П. указывал на необходимость ознакомления зубных врачей и широких слоев населения с картиной болезни; кроме того, рекомендовал удалять преканцерные папиллоиды, извлекать раздражающие язык зубы, не смазывать языка ляписом и не курить.

По поводу доклада проф. Красина об его способе оперативного лечения рака языка путем временной резекции лоскута подбородочной области нижней челюсти были отмечены анатомичность этого способа и хороший доступ при нем к языку.

По вопросу о внутрибрюшинных сращениях и их лечении докладчиками были проф. В. Р. Брайцев (Москва) и С. С. Гирголав (Ленинград). Совершенно оставив в стороне врожденные сращения, докладчики разбили все остальные сращения на 2 группы: после заболеваний и после операций. Важными факторами в происхождении сращений следует считать травму, инородные тела, химические и физические раздражители. Рассасывание спаек зависит от ферментативной способности организма, почему мы и редко встречаем спайки у детей. Для предупреждения послеоперационных сращений не следует оперировать на воспаленных участках в стадии разгара или угасания воспаления. Если оперировать во время обострения процесса, шансы на образование спаек и болей увеличатся. Для предупреждения сращений рекомендуются также ранние движения больных и послеоперационное грязелечение.

Из докладов на внепрограммные темы следует упомянуть о докладе прив.-доц. П. Г. Корнева и д-ра А. П. Советова (Ленинград) „К бактериологической диагностике хирургического тbc путем выделения чистых культур b. Koch'a.“. Докладчикам удалось обработкой материала (гной, грануляции, моча) и посевом по Laewenstein'у и Hohn'у в 68% своих случаев обнаружить тbc палочку. Примененная ими техника следующая: 2 куб. см. гноя наливаются в цилиндр с притертой пробкой, к ним прибавляется 10 к. с. 10—12% серной кислоты, и смесь взбалтывается до гомогенизации (2 мин.); затем цилиндр с содержимым лежит 15 мин. в горизонтальном положении, после чего смесь центрифугируется в течение 5 мин., жидкость сливается, а осадок засевают (без промывки) на яичную среду, размазывая тонким слоем по поверхности ближе к бульону. Для приготовления яичной среды берется свежее яйцо (белок и желток), взбалтывается в колбе до гомогенизации, фильтруется через сетчатую воронку или стеклянную вату, смешивается с 5% глицериновым неосредненным бульоном так, чтобы на 3 ч. яйца приходилась 1 ч. бульона, разливается в пробирки и медленно свертывается (косо) путем постепенного доведения t° до 85°; после того к среде по стенке пробирки добавляется 1—1½ к. с. 5% глицеринового бульона, и производится дробная стерилизация 2 раза по часу (с промежуток в 24 часа), причем t° постепенно доводится до 89° (в течение 15—20 мин.).

Прив.-доц. Л. А. Андреев (Ленинград) в своем докладе „Диагностическое значение местной анестезии“ предлагает в трудных для распознавания случаях заболеваний брюшной полости (язв желудка, аппендицита, болезней печени и почек) производить паравертебральную анестезию (5—10 к. с 1½—1% раствора новокаина)

соответствующих сегментов. Анестезия эта вызывает химическую перерезку нервов и исчезновение болевых симптомов, на основании чего можно бывает определить заболевший орган: раз болевые симптомы в брюшной полости пропали, то, следовательно, блокированный орган и является больным. В 20 случаях, где клинически диагноз не мог быть установлен, путем блокады D_{11,12} L₁ был определен аппендицит, и этот диагноз подтвердился при операции.

Д-ра А. Н. Рыжих и Л. Г. Фишман (Казань) при помощи пробы Rosenhally исследовали на собаках влияние хлороформа, эфира, хлор-этила, гедонала и изопрапа на функцию печени. Особенно резкое влияние на функцию печени, оказалось, проявляет хлороформ.

Д-ра Г. А. Рейнберг и О. В. Цукерман (Москва) видели хороший эффект при асфиксиях и остановке сердца во время операций от применения углекислоты. Последняя способствует более быстрому пробуждению больных, а также рекомендуется против икоты. Она должна храниться в кислородных подушках, или в камерах футбольных мячей, и дается больному или через нижний носовой ход в глотку (посредством катетера), или прямо через рот. Высказанное докладчиками предположение о профилактическом значении углекислоты при послеоперационных пневмониях большинством выступавших в прениях подтверждено не было.

Следует отметить, далее, 2 доклада относительно подготовки рук хирурга. Д-р А. А. Смородинов (Ленинград), призвав сравнительную оценку важнейших методов очистки рук, пришел к заключению, что наилучшим является способ Fürbringer'a.

Проф. С. И. Снаскокукоцкий и д-р П. Е. Кочергин (Москва) для лучшего обезжиривания кожи предлагают заменять мыло 1/2% водным раствором аммиака. Техника подготовки рук по этому способу следующая: руки 5 мин. протирают марлей, смоченной в 1/2% растворе аммиака, промывают водой, лучше стерильной, насухо вытирают стерильным полотенцем, затем обрабатывают денатурированным спиртом. По поводу этих докладов Съезд высказался в пользу увеличения выработки хирургических перчаток.

В докладе „Об одном признаке язвы желудка“ В. А. Корочанский (Бежица) считает относительно-постоянным признаком язвы желудка возникновение болевых ощущений в правой подвздошной области вслед за выявлением других болевых точек или участков в верхней половине живота.

Проф. В. С. Левит (Москва) демонстрировал больного спустя 3 месяца после 2-моментной резекции кардиальной части желудка. Разрезом по Mag-vede'ю докладчик рекомендует в первый момент операции возможно больше выделять пищевода из-под диафрагмы с последующим сшиванием его с диафрагмой во избежание проникновения инфекции. Второй момент заключается в выделении и резекции кардиальной части желудка, перевязке art. gastricae sin. и наложении анастомоза между желудком и пищеводом.

Проф. Э. Р. Гессе (Ленинград) в 6 случаях кардиоспазма и 2 случаях стеноза пищевода на почве доброкачественных новообразований произвел с успехом oesophago-jejuno-stomi'ю.

Д-р С. Е. Соколов (Ленинград) привел статистические данные относительно полного расхождения брюшной раны после чревосечений на основании международной анкеты и своих случаев. Из 1140 посланных им анкет вернулись заполненными 77%. Расхождение брюшной раны наблюдается главным образом у мужчин (65,7%) в возрасте 45—50 лет. Из представителей разных профессий чаще всего оно имеет место у рабочих, затем у крестьян. Из времен года расхождение наблюдается преимущественно поздней зимой и ранней весной. В зависимости от основного страдания это осложнение встречается чаще всего при злокачественных новообразованиях, затем, в нисходящей частоте, при язвах желудка, перитонитах, непроходимости кишек и миомах. Место и направление разреза сказывается так: средняя линия дает 76,9% расхождений, из них 53% выше пупка; Lepan'de'говский разрез дает чаще расхождения, чем Wechselschnitt. В 52% случаев расхождений для сшивания брюшной стенки применялся шелк, в 33%—катгут. Расхождение брюшной стенки наблюдается главным образом между 6-м и 12-м днем после операции, особенно опасен 12-й день. Позднее расхождение встречается редко. Из благоприятствующих расхождению факторов на первом месте стоят бронхиты (48%), затем местная инфекция (10%), смех, чихание. Докладчик предлагает у страдающих бронхитами и т. п. болезнями снимать швы через 2 недели после операции.

При наступившем уже расхождении вторичный глухой шов дал выздоровление в 67%, открытое лечение—в 32%.

Следующий хирургический съезд предполагается созвать весной 1929 г. в Ленинграде. Для него намечены следующие программные темы: 1) О дремлющей инфекции в тканях и органах, 2) Предупреждение и лечение контрактур конечностей. Кроме того в качестве рекомендованных тем выдвинуты следующие: 1) О декомпрессивной трепанации черепа, 2) Нагноение ручных пальцев и кистей, 3) Непосредственные и отдаленные результаты простатэктомии, 4) Оперативное лечение и отдаленные результаты рака прямой кишки.

Х Всесоюзный Съезд Терапевтов.

Д-ра А. М. Предтеченского (Казань).

Состоявшийся в Ленинграде с 15 по 20 июня с. г. Х Всесоюзный Съезд Терапевтов привлёк громадное количество участников,—почти 1400 человек, из коих 800 прибывших из различных мест Союза. Накануне открытия Съезда состоялась товарищеская встреча всех участников его в здании Академической Филармонии с концертным отделением при участии симфонического оркестра Охфилармонии, артистов оперы, балета и пр.

Деловая часть Съезда началась 15/VI. Проф. Ланг, председатель Организационного Комитета, открыв Съезд, предложил избрать председателем его старейшего терапевта Союза, проф. В. Д. Шервинского, что было встречено шумными аплодисментами собравшихся.

Дать подробное описание работы Съезда не представляется возможным из-за массы докладов, но надо признать одно,—что Съезд проделал громадную работу. Заседания его происходили иногда по 2—3 в день, причем, хотя некоторые доклады и были сняты, все же Съезду пришлось выслушать массу сообщений, что, несомненно, отразилось на работе Съезда, ибо вместе с более важными докладами заслушивались и менее важные, отчасти уже известные, не представляющие собою чего-либо нового.

I заседание было посвящено вопросу о *периферическом сердце*. Как известно, теория периферического сердца, выдвинутая покойным проф. М. В. Яновским, в настоящее время признается далеко не всеми, и наряду с защитниками ее, каковым является, между прочим, и программный докладчик, проф. Куршаков, имеются и противники ее, напр., проф. Ланг. Проф. Куршаков в своем докладе остановился на данных сравнительной анатомии и в защиту периферического сердца сослался на низших животных (черви, ланцетник), у которых при отсутствии центрального сердца кровь передвигается вследствие перистальтических сокращений сосудов. По мере продвижения по сравнительно-анатомической лестнице животных проталкивающая сила крови постепенно все более и более сосредоточивается в центральном сердце. Но это вовсе еще не значит, что роль сосудов здесь сводится на нет. Клинические данные, напротив, говорят за активную работу сосудов и у высших животных и человека,—известны, напр., случаи компенсаторного развития мышечной части сосудов при недостаточности сердечной мышцы. Докладчик сам признает, что экспериментальные данные по этому вопросу недостаточны, и больше эта теория находит себе опору в клинических фактах—данных сфигмографии и сфигмоманометрии. Но и эти данные являются во всяком случае убедительными. «Теория периферического сердца в таком виде, как она предложена проф. Яновским,—закключил докладчик,—оставаясь в ряду клинических теорий, оказывается дополнением к учению о сосудистом тоне и вполне приемлема для пользования, с ясностью и единообразием объясняя гемодинамические картины».

Другой докладчик по тому же вопросу, проф. Ланг, выступил противником теории периферического сердца. По его мнению эта теория является преждевременной, так как не находит себе подтверждения в физиологии. Капилляры, по данным физиологии, не играют активной роли в продвижении крови, так же, как и вены; остается артериальное периферическое сердце, причем из артерий такую роль можно приписать только аорте; но тогда придется признать, что два сердца, центральное и периферическое, лежат рядом, что является с физиологической точки зрения недопустимым.

Из выступавших в прениях по данному вопросу особенно горячим приверженцем теории покойного проф. Яновского о периферическом сердце явился проф. В. А. Опель.

Среди внепрограммных докладов этого дня надо отметить интересное сообщение проф. Плетнева и д-ра Хесина о *лечении грудной жабы*. Докладчики испробовали при данной болезни инъекции 70% спирта или новокаина в межпозвоночные узлы («химическая хирургия» — по их терминологии). Определенных результатов при этом не получается: в одних случаях инъекция вызывает облегчение, в других, напротив, вызывает припадок. Последний факт наводит проф. Плетнева на мысль, не является ли раздражение этих узлов *primus movens* грудной жабы. Вообще, по его мнению, последняя есть сложный синдром, зависящий от раздражений, возникающих не только в самом сердце, но и вне его (некоторые исследователи находили у ангинозных больных гистологические изменения и в позвоночных узлах). Как терапевтическое мероприятие, данный метод может найти себе применение лишь в исключительных случаях.

Выступивший в прениях проф. Гессе сообщал, что после хирургического лечения в 4 из проследженных им 8 случаев приступов жабы не наблюдается в течение уже 2 лет и более.

В вечернем заседании д-р Эттингер сделал сообщение о благоприятных результатах лечения *злокачественного малокровия* свежей печенью. Улучшение при этом начинается довольно быстро, но малейшие перерывы дают себя знать, — у больных появляется своеобразная «тоска по печени».

Второй день Съезда был посвящен вопросу о *сифилисе почек и сифилисе печени*. Докладчик по первому из этих вопросов, проф. Ф. Г. Яновский, отметил, что сифилис внутренних органов вообще за последнее время участился, поэтому неудивительно, что изучение его привлекает к себе все больше внимания. Заболевание почек, как правило, наступает позднее поражения других органов. Было время, когда существовало сомнение относительно того, что надо отнести за счет сифилитического вируса и что — за счет действия на почки применяемых при сифилисе лекарств — ртути и т. п. Сифилис почек проявляется в трех формах. Первая форма — это наследственный сифилис, который обычно начинается в раннем детстве (не позднее 10—15 лет); эта форма обыкновенно поддается лечению иодом и ртутью, а Montinell стоит при ней за неосальварсан. Во вторую категорию входят случаи третичного сифилиса почек, который обыкновенно поражает почки уже тогда, когда другие органы больны. Эта форма *lues'a* почек проявляется в трех разновидностях: гумозной, амилоидной и склеротической, причем поражению почек обыкновенно предшествует заболевание печени. Клиническая диагностика здесь часто бывает затруднительна, а по некоторым авторам отличить клинически сифилитический нефросклероз от другого и совсем невозможно. Для лечения лучше всего применять иод и ртуть. Третью форму представляет ранний сифилитический нефрит, разработанный преимущественно французскими авторами; однако за последнее время и немцы уделили ему большое внимание (Munk), описывая его как липоид-нефроз. Характерны для этой формы большие количества белка и резкие колебания его, а также мутная моча; из функциональных поражений Fournier при этой форме отмечает уремию, докладчик в своих случаях видел задержку азота. (Мы также в своих случаях т. наз. липоидного нефроза на люэтической почке видели задержку азота. *Рейф.*) Эта форма *lues'a* почек может развиться уже очень рано после заражения, — иногда в первые 1—3 месяца. Для клиники чрезвычайно важно своевременное распознавание сифилитической природы этой формы заболевания — в виду возможности успешной терапии ее. Общее, что было отмечено и докладчиком, и оппонентами, — это трудность диагностики люэтического заболевания почек. Самым верным критерием здесь все-таки остается анамнез.

Сифилис печени (докл. проф. Виноградов) встречается часто, но так же, как и поражение почек, его часто трудно бывает диагностировать. Проявляется он в форме склероза, гуммы, или же, чаще, гипертрофического цирроза, хотя иногда встречается и атрофическая его форма, а также форма болезни Banti.

Выступавший в прениях проф. Плетнев отметил, что здесь не приходится говорить об отдельных заболеваниях, а надо иметь в виду плюригландулярность заболеваний. По его словам нет отдельного заболевания печени, аорты, почек, а есть заболевание всего организма, и причина этого заболевания — не один только *lues*, а целая совокупность вредных моментов — тут и *lues*, и алкоголизм, и тяжелый физический труд и т. д.

Поражая обыкновенно не один какой-либо орган, а несколько, сифилис не падает и желудка, причем *сифилис желудка*, как указал в своем докладе проф. Гаусман, бывает уже в раннем вторичном периоде, хотя встречаются сифилитические гастриты и в других стадиях болезни.

Поражения сосудистой системы при сифилисе наблюдаются также уже в самом раннем периоде болезни (доклад Лукомского), причем во вторичном периоде могут наблюдаться и изменения со стороны сердца. Итак сифилис дает крайне разнообразную, подчас трудно распознаваемую картину заболевания различных внутренних органов, чем и определяется его колоссальное значение в клинике внутренних болезней.

Третий день Съезда (вечер) посвящен был интересному и обстоятельному докладу проф. Кончаловского „*Клиническая характеристика гепато-лиенального синдрома*“. Пестрота и разнообразие клинических форм цирротических процессов, поражающих печень и селезенку, не дает возможности привести эти циррозы к трем типам, связанным с именами Лаеннек's, Nahnот и Banti. Анатомо-морфологический принцип, положенный в основу старой их классификации, не может объяснить патогенеза и этиологии этих заболеваний, и на сцену выдвигается теперь гепато-лиенальный синдром, как системное заболевание с поражением печени, селезенки, костного мозга и ретикуло-эндотелиального аппарата. В клинике также обычно не встречается чистых форм, соответствующих старым циррозам,—атрофическому, гипертрофическому и циррозу Banti, а обыкновенно встречаются смешанные формы, причем процесс сближается с поражением и ретикуло-эндотелиального аппарата, и костного мозга. В частности симптомокомплекс, очерченный Banti, утратил свое значение, и часто в основе болезни лежит микоз селезенки.

Несколько докладов на Съезде было затем посвящено исследованию поджелудочной железы и желчного пузыря. К числу этих докладов относится доклад покойного проф. С. С. Зимницкого „*Наша методика добывания отделяемого поджелудочной железы*“, прочитанный д-ром В. С. Зимницким. Описанная в докладе методика дает возможность получать чистое отделяемое поджелудочной железы со всеми химическими и физическими свойствами панкреатического сока при помощи введения через зонд молочной сыворотки. Доклад этот был с большим вниманием встречен присутствующими.

Проф. Левицкий выступил с докладом о *био-химических изменениях крови при базедовой болезни*. На основании своих исследований докладчик склонен смотреть на данную болезнь, как на результат гиперфункции щитовидной железы. По поводу этого утверждения проф. Зеленин правильно указал, что при базедовизме имеет место не только усиление, но и качественное изменение деятельности щитовидной железы, и болезнь эту вернее будет считать за симптомокомплекс, при котором поражается несколько желез внутренней секреции.

Четвертый день Съезда был посвящен вопросу о *лечении базедовой болезни*, причем докладчиками выступили профф. Шервинский и Мартынов. Первый из них отметил значительное учащение за последнее время заболеваний этой болезнью, что докладчик ставит в связь с перенесенными годами войны и разрухи, ибо потрясение нервной системы является одним из существенных причинных моментов базедовой болезни. Отсюда первым условием для лечения базедовизма является помещение больных в тихую и покойную обстановку. Гигиено-терапия— вот, по мнению проф. Ш., основа лечения этой болезни, и часто для базедовика бывает гораздо полезнее пребывание в деревне, чем на курорте, где он может только хуже истощать свою нервную систему. Помимо гигиены-и психотерапии необходима диета, исключающая мясные и др. раздражающие блюда, далее—физические методы лечения, среди которых, однако, солнцелечение противопоказано, ибо при современном увлечении солнечными ваннами, по наблюдениям докладчика, иногда на этой почве могут развиваться явления базедовизма; напротив, гидротерапия, электризация, гальванизация иногда оказываются полезными при базедовизме, равно как антигиреодин и в иных случаях иод. Если все это оказывается недействительным, остается прибегнуть к рентгену и операции.

Проф. Мартынов полагает, что, если терапевтические мероприятия мало помогают, то больного надо оперировать, и только в тех случаях, где операция почему-либо противопоказана, вступает в свои права рентген. В таком же духе сказали и выступавшие в прениях профф. Оппель и Петров, причем они определенно признавали невыгодным применение операции после неудачного лечения рентгеном.

На совместном заседании хирургов с эндокринологами председатель Общества эндокринологов проф. Оппель сделал доклад под заглавием: „Из области экспериментальной и клинической эндокринологии“. На основании длительного изучения химизма крови и внутрисекреторных желез докладчик предложил в этом докладе новые методы лечения некоторых болезней внутренней секреции. Так, при тетании и спазмофилии, — болезнях, выражающихся в наклонности к судорогам и спазмам на почве недостаточной деятельности паращитовидных желез и сопровождающихся понижением содержания кальция в крови, — проф. Оппель получил хорошие результаты от пересадки под кожу костных пластинок, сделанных из обыкновенной бычьей кости. При *tbc* содержание кальция в крови также бывает всегда понижено, и из 35 больных у 16 после пересадки под кожу костных пластинок кровохаркание и кровотечения прекратились, в других 16 случаях наступило улучшение, и лишь в 3 случаях наблюдался отрицательный результат. Обратно — повышенная деятельность паращитовидных желез констатируется при одревенелости позвоночника, и удаление части этих желез в 16 из 30 случаев данной болезни дало заметное улучшение (суставы стали „развязанными“, и больные сделались работоспособными).

Пятый день Съезда был посвящен *болезням крови*. Здесь надо отметить доклад проф. Ф. Я. Чистовича, который высказал взгляд, что образование белых кровяных телец при лейкомии происходит в больном организме по эмбриональному типу. Ehrlich полагал, что тельца эти образуются в лимфатических железах и костном мозгу. Есть основания предполагать, что они образуются и в ретикуло-эндотелиальном аппарате, а при острой лейкомии — только в этом последнем.

Проф. А. Ринкин сделал доклад о *прижизненном исследовании костного мозга при различных заболеваниях*. В костном мозгу удается установить болезненные изменения иногда уже очень рано, когда в периферической крови нельзя бывает подметить никаких патологических явлений. В виду этого в клинике докладчика принято добывание костного мозга уколом Виеговской иглой при местном обезболивании, и добытый костный мозг исследуется на¹ присутствие, напр., плазмодиев малярии и т. п. Уколы производятся у взрослых в грудину, а у детей — во внутренний мыщелок большеберцовой кости. Будучи применен у 180 больных, этот метод дал возможность ставить ранний диагноз и разбираться во многих запутанных случаях.

Из докладов, заслушанных на шестой день Съезда, отметим доклад д-ра Гельмана, посвященный *клинической оценке реакции организма у рабочих*. В Институте профзаболеваний были произведены исследования с группами различного рода рабочих, с целью выяснения влияния на заболевания их различных факторов: 1^о, тяжелой работы, токсических агентов и пр. При этом исследовались кровь, обмен веществ и пр. Изучение найденных изменений показало у рабочих различных производств большие сдвиги, выходящие за пределы физиологических.

Отметим также заслушанный в этот день доклад Штуцера и Ивашенцевой о *паратифозных заболеваниях*. Указав на вариabильность последних, докладчики отметили, что паратифозные бактерии могут быть разбиты, по их патогенности, на 3 группы: 1) бактерии патогенные для человека (тип *B. paratyphi* В), 2) бактерии патогенные для человека и животного (тип *B. enteritidis* Gärtneri) и 3) возбудители эпизоотий у животных (тип *B. paratyphi* Glösser-Volga-den'a), причем массовые дозы паратифозных бактерий 3-й группы могут вызвать заболевание и у человека.

Съезд был закрыт 20/V в 8 час. вечера. XI Съезд намечен в декабре 1929 г. или же весной 1930 г., в Москве, причем в качестве программных тем намечены: 1) ревматизм, 2) хронические нетуберкулезные поражения легких и 3) антагонисты *tbc*.

При настоящем Съезде была организована выставка коллекций электрокардиограмм, рентгенограмм, химических препаратов, приборов, книг и пр.

В смысле организации X Съезда можно указать одно нововведение, неполное, мне кажется, удачное, это назначение в некоторые дни по 3 заседания: утреннее с 9 до 2 ч. дневное — с 3 до 6 и вечернее — с 8 до 11 ч. веч. Так как обыкновенно все заседания затягивались дольше назначенного срока, то, конечно, они не могли уложиться в отведенные часы. Это создавало большее утомление участников, для которых выдержать по 3 заседания в день не было возможным. Кроме того, как

и на прежде бывших съездах, на X Съезде поражало обилие докладов на внепрограммные темы, благодаря чему программные вопросы не могли быть надлежащим образом освещены. Наконец, нельзя не отметить еще один недостаток истекшего Съезда.—это отсутствие резюме со стороны председателей отдельных заседаний.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Общие заседания.

Заседание 8 V.

Проф. Н. П. Васильев сделал доклад *о редком случае незарощения боталлова протока и одновременного острого эндо-артериита аорты и легочной артерии*.—Доклад этот, сопровождавшийся демонстрацией препаратов, вызвал вопросы и замечания со стороны д-ра Р. Я. Гасуля и профф. М. Н. Чебоксарова и Н. К. Горяева.

Д-р А. В. Голяев сделал сообщение: *„Свободные фибриновые тела в плевральной полости“*. Сообщение эта будет полностью напечатано в „Казанском Мед. Журнале“.—Прения: д-р Р. Я. Гасуль, профф. Н. П. Васильев и д-р Захаров, отметивший, что, быть может, в возникновении фибриновых тел в плевральной полости сыграли в данном случае роль наличие в плевре воздуха и повышенное содержание Са в соках организма (больной имел спонтанный пневмоторакс и лечился Са).

Д-р К. А. Дрягин: *„Наблюдения над изменениями морфологического состава крови под влиянием мышечных движений“*. Доклад будет напечатан полностью в „К. М. Журнале“.—Прения: профф. Васильев и Горяев, д-ра Герасимова и Кочев.

Заседание 22/V.

Д-р Е. С. Алексеев: *„К вопросу о смене форм клеточных элементов в экссудатах плевральной полости под влиянием бактерий“*.—В прениях по докладу приняли участие профф. Н. П. Васильев и В. М. Аристовский и д-р Н. Н. Благовещенский.

Д-р А. Н. Дмитриев сделал сообщение *о культивировании гонококка*. Автор, пользуя 100 больных гонореей, в отделяемом из уретры которых легко были обнаружены несомненные гонококки, производил сравнительное испытание сред: Abel'a, McLeod'a, асцит-агара, Wertheim'a, Piorowski'ого, Lirschütz'a, кровяного агара и агара Lorenz'a. Посевы материала производились параллельно на 4—6 питательных средах, причем на каждой из них было проведено не менее 25 случаев. Лучшей оказалось среда из кровяного агара, на котором было получено 88% положительных результатов роста гонококков, далее по качеству своему следуют асцит-агар, среда Lorenz'a и среда Wertheim'a, наконец, самые худшие результаты были получены от испытания сред Piorowski'ого и Lirschütz'a. Используя полученные результаты от кровяного агара, докладчик приготовил несколько кровяных сред на плацентарном агаре: 1) с пептоном, 2) с пептоном и нутрозой и 3) без пептона. При параллельном испытании этих сред с кровяным агаром оказалось, что среда из плацентарного агара с кровью без пептона дала наилучшие результаты—98,2% положительного роста гонококков, почему д-р Д. и рекомендует ее для выращивания гонококков.—В прениях по докладу выступали д-ра Благовещенский и Поляков и профф. Аристовский, Вишневский и Васильев.

Секретарь Н. Вылегжанин.

Хирургическая секция.

Заседание 25/IV.

Пр.-доц. В. А. Гусынин демонстрировал мальчика 16 лет *после amputatio interscapulo-thoracica* по поводу саркомы левой плече-лопаточной области. Докладчик обратил внимание на следующие моменты операции: ампутиацию лучше производить под общим наркозом в виду обширности раны и возможности психического шока; из всех предложенных кожных разрезов наиболее целесообразным

является разрез по Лысенкову вдоль заднего края грудинно-ключично-сосковой мышцы, т. к. им обнажается нервное плечевое сплетение, и открывается более широкий доступ к подключичным сосудам; в целях предупреждения общего шока, перед перерезкою плечевого сплетения необходимо блокировать его впрыскиванием новокаина; операция производится почти бескровно, если, кроме подключичных сосудов, перерезываются также и *aa. transversa colli et transversa scapulae*; для предупреждения воздушной эмболии лучше всего после распила ключицы и рассечения кожи, а также большой и малой грудных мышц вдоль переднебокового края опухоли, энергичным движением отвернуть всю массу ампутированных тканей кзади, вследствие чего подключичная вена натягивается и тесно прижимается к грудной клетке, кровотечение и вхождение воздуха в вену становятся невозможным.—Во время прений по докладу проф. П. М. Красин заметил, что он не видит здесь опасности воздушной эмболии. Проф. В. Л. Боголюбов указал, что подобные операции редко приходится делать хирургу, а если и приходится, то с большою в сердце— вследствие большого увечья больного; случай оперирован докладчиком радикально, и надо надеяться, что больной гарантирован от возможных рецидивов.

Д-ра А. Н. Рыжих и Л. Г. Фишман: *Общий наркоз и функции печени* (экспериментально-клиническое исследование). Докладчики при помощи пробы *Rosenthal's* исследовали на собаках влияние хлороформа, эфира, хлор-этила, гедонала и изопрала на функции печени, причем особенно резкое влияние на последнюю, оказалось, производит хлороформ.—В прениях по докладу д-р Шварц указал, что, изучая действие промышленных ядов на животных и на человека и определяя высоту защитных реакций организма путем реакции отклонения комплемента, он наблюдал на кроликах при хлороформном наркозе значительное падение комплемента в первые 24 часа, выравнивавшееся спустя 3—4 дня. Эфир таких колебаний не давал; в частности хроническое отравление эфиром дало лишь незначительные колебания комплемента. В поздней смерти от хлороформа нельзя, по Ш., винить только печень,—благодаря пропусканию паров хлороформа или эфира через сывыротку, изменяется структура последней, комплемент падает на 50% и больше при хлороформе (при эфире—нет), происходят, повидимому, пертурбации в коллоидной системе, сумма которых и дает смерть. Докладчик д-р А. Н. Рыжих возразил, что при поздней хлороформной смерти все изменения сосредоточиваются в печени; при эфире реже наступает смерть, т. к. при воздействии его на липонды не нарушается поверхностное натяжение среды. Д-р Ю. А. Лейбчик придает огромную роль коллоидным изменениям среды. Возможно, что комплемент является гипотетическим показателем состояния последней. Клинические наблюдения показывают, что хлороформ необходимо изъять из употребления, особенно у полных и жирных особ. Проф. В. Л. Боголюбов указал на большой интерес доклада не только для тех, кто имеет дело с ножом. Насколько данная методика в эксперименте точна,—высказаться трудно, хотя реакция *Rosenthal's* одобряется американским хирургом Mayo и др. Взгляд, что печень сильно страдает при хлороформном наркозе, правилен, но не надо забывать и целый ряд других причин. Проведение наркоза—большое искусство, изучению которого у нас, к сожалению, часто не уделяют должного внимания.

Секретарь П. Л. Циммерс.

Заседание 16 V.

Д-р Н. В. Завьялова *демонстрировала* большую спустя 2½ года после артропластики локтевого сустава по поводу его костного анкилоза. Функциональный результат операции оказался при этом вполне удовлетворительным.—объем сгибательных движений в оперированном суставе достигает 75% нормы.

Д-р В. Н. Васильев: *О ранениях анилиновым карандашом*. Сообщение о трех случаях подобного повреждения, наблюдавшихся в Госпитальной Хирургической клинике Казанского Ун-та. Отличительными чертами этих своеобразных повреждений являются асептический некроз, окраска окружающих тканей (клетчатки) в соответствующий цвет, резкая воспалительная реакция и сильнейшее раздражение. Обычно в первые 2—3 дня на месте ранения нет никаких изменений, и клиническая картина разворачивается лишь начиная с 3—4-го дня.—В прениях по обоим сообщениям приняли участие д-р М. С. Знаменский, сообщивший по своему собственному наблюдению над ранением чернильным карандашом, и проф. М. О. Фридланд, отметивший прекрасный функциональный результат артропластики, т. к. получение сгибания после операции уже до 30—40% по сравнению с нормой вполне удовлетворяет ортопеду; причину своеобразного течения ранений анилиновым карандашом он склонен, как и докладчик, усматривать в свойствах анилина—сильного антисептического средства.

Проф. М. О. Фридланд: *О повреждениях коленных менисков*. Подробный доклад, с демонстрацией анатомических и патолого-анатомических препаратов и оперированных больных, имел целью ознакомить собрание с повреждениями менисков, встречающимися далеко нередко в практике ортопеда.—В прениях проф. Б. М. Оливков спросил, имеет-ли значение в деле распознавания повреждения аускультация сустава? Докладчик отвечал отрицательно. Д-ра М. И. Грязнова интересует вопрос о последующем функциональном результате операции, заканчивающейся обычно иссечением поврежденного мениска. Проф. Ф. ответил, что о регенерации удаленного мениска не может быть и речи,—функция оперированного сустава почти возвращается к норме, страдают разве только точки движения в суставе. Д-р Ю. А. Ратнер сомневается в том, чтобы в некоторых случаях было возможно провести дифференциальный диагноз между описанным повреждением менисков и начальными формами тбс сустава. Докладчик склонен разделять опасения оппонента и приводит примеры из литературы, когда на операционном столе не находили диагностированного повреждения (разрыва) мениска; может быть, в таких случаях,—к счастью немногочисленных,—и шла речь о начальных формах тбс; не исключается, далее, возможность разрыва мениска в тбс суставах, но мыслимо и обратное положение,—когда на почве травмы (разрыва мениска) может развиваться тбс пораженных суставов.

Д-р М. С. Знаменский: *К казуистике травматических подкожных разрывов селезенки*. Случай касается красноармейца, получившего, после удара копытом, интракапсулярный разрыв селезенки, осложнившийся вторичным разрывом капсулы во время акта дефекации, спустя несколько дней после первой травмы. Смерть от обильной кровопотери, несмотря на предпринятое оперативное вмешательство.—Прения: прив.- доц. В. А. Гусынин, д-р М. И. Грязнов, проф. М. О. Фридланд.

Д-р Н. В. Швалев: *Случай тератомы брюшной полости* (с демонстрацией микроскопических препаратов). Опухоль располагалась ретроперитонеально у корня брыжейки. Случай окончился летально, несмотря на иссечение опухоли начело.—По поводу доклада сделал замечания проф. М. О. Фридланд.

Д-р Л. И. Васильев: *К оперативному лечению некоторых форм выпадения прямой кишки путем сужения заднего прохода кожным жгутиком* (по методу Thiersch'a-Боголюбова). Материал доклада охватывает 15 случаев, оперированных по указанному способу в Казанском Военном Госпитале при проляпсах, главным образом, средней тяжести. Срок наблюдений от 1 мес. до 22. Результаты получились вполне удовлетворительными,—рецидив был только в одном случае, где кожный жгутик выгнился, почему и потребовалось новое оперативное вмешательство. Вообще кожный жгутик в качестве материала для суживающего кольца оказался вполне пригодным,—прочным, эластичным и довольно стойким по отношению к инфекции.—В прениях проф. Б. М. Оливков высказал опасение о возможности развития дермоидных кист в месте трансплантации. Д-р И. С. Венгеровский заметил, что он имеет хорошие результаты от сужения анального кольца простой ниткой. Д-ра В. Н. Васильев и Ю. А. Ратнер высказались, что метод вполне оправдывает себя при проляпсах средней тяжести, при больших же проляпсах надо прибегать к ректопексии и ушиванию расширенной ампулы прямой кишки также по принципу проф. В. Л. Боголюбова. Д-р И. Л. Цимхес, проверявший судьбу кожных жгутиков после вживления их в различные ткани и органы, пришел к выводам, что они вживаются очень хорошо, % нагноения бывает ничтожен, микроскопически наблюдаются воспалительная инфильтрация в окружающей трансплантата и развитие рубцовой ткани; эпителиальный слой исчезает, но наблюдалось развитие эпителиальных кист в месте трансплантата; окончательные выводы ждут дальнейших наблюдений. Кроме того в прениях приняли участие проф. М. О. Фридланд, пр.-д. В. А. Гусынин и д-ра М. И. Грязнов и М. С. Знаменский.

Секретарь д-р С. А. Смирнов.

Общество Рентгенологов и Радиологов г. Казани.

Заседание 3-е 31 V.

А. Н. Кревер: *Демонстрация рентгенограммы грудной клетки больного с клинически-неясным диагнозом*. На рентгенограмме видна хорошо контурированная, овальной формы, сверху вытянутая тень вдоль легочной артерии и верхнего отдела дуги левого желудочка, которая при просвечивании ограничи-

валась от тени сердца и занимала заднее средостение. Интенсивность ее была меньше, чем интенсивность тени сердца. Справа усматривалась аналогичная тень, но меньших размеров, переходившая внизу у hilus'a в тень сосудов.—В прениях д-р Аксентьев указал, что клинические явления говорят здесь за плевритический процесс. Пр.-доц. Гасуль и д-р Гольдштейн высказали предположение о наличии медиастинита с возможным наличием эмпиэмы. Д-р Мазур дифференцировал образование с опухолью, а д-р Хаскина—с натечным абсцессом.

Д-ра Д. Е. Гольдштейн и И. П. Неворожкин: *К вопросу о дивертикулах пищевода*. Благодаря рентгену находки столь редких раньше дивертикулов пищевода стали более частым явлением. Патогенез их еще до сих пор не вполне выяснен, особенно по отношению к пульсионным и тракцио-пульсионным дивертикулам. Коснувшись клиники и патологии дивертикулов на основании литературных данных, докладчики сообщили о двух собственных случаях тракцио-пульсионных дивертикулов в среднем отделе пищевода, на задне-боковой его стенке. Наполнение дивертикулов совершалось при наклонном положении больного во время приема пищи. Указав на преимущество рентгеновского исследования при подозрении на дивертикул, докладчики остановились в заключение на методах хирургического лечения дивертикулов в шейном отделе пищевода.—В прениях по докладу приняли участие д-ра Кревер, Гольдштейн (который демонстрировал случай малого шейного дивертикула с очень узким отверстием, каковой дивертикул мог быть выжимал больным пальцами снаружи), пр.-д. Гасуль (который привел современную классификацию дивертикулов, дифференциальный диагноз которых не всегда возможен) и д-р Мазур (отметивший важное значение случаев для хирурга), а также д-ра Миркин и Цукерман.

Секретариат О-ва.

Хроника.

165) В Центре разрешен вопрос о постройке в Казани новых клиник для Института по усовершенствованию врачей. На постройку клиник Центр отпускает в течение 5 лет два миллиона рублей. На эти средства будут построены 3 больших здания, с оборудованием, отвечающим последним требованиям техники и медицины. Под постройку клиник Горсовет отвел часть квартала № 77—между Клиническим институтом и Дворцом труда. Около вновь строящихся клиник будет разбит парк. К постройке приступят с будущего строительного сезона.

166) Совнарком РСФСР постановил передать на местный бюджет с государственного целый ряд учреждений, имеющих местное значение, в частности—консультации материнства и младенчества, диспансеры, санатории и пр. В виде компенсации за местным бюджетом будут закреплены дополнительные источники дохода.

167) Президиум ВЦИК'a принял закон, согласно которому все учреждения и организации, приглашающие, чрез посреднические органы Наркомтруда, работников умственного труда, в том числе и врачей, в провинцию, должны взять на себя обязательство выплачивать этим работникам суточные за время переезда и дополнительно за 6 дней, а также возместить расходы по переезду. Кроме того работники, выехавшие в провинцию, получают пособие в размере месячной заработной платы, и в размере $\frac{1}{4}$ пособия получает каждый член семьи. Те работники умственного труда, которые без уважительных причин оставляют работу в провинции ранее года, должны вернуть полученное ими единовременное пособие. За работниками сохраняется право на жилищную площадь в месте их прежнего жительства в течение 6 месяцев.

168) Президиум ВЦИК решил приступить, начиная с 1928/9 г., к осуществлению системы периодических прибавок к основным окладам врачей, фельдшеров, сестер, санитаров и сиделок в психиатрических учреждениях. Прибавки устанавливаются за каждые три года непрерывной службы, причем таких прибавок может быть не больше 3. Каждая прибавка устанавливается в размере 20% оклада.

169) НКЗ и НКП разъяснили, что организуемые на местах комитетами Кр. Креста и Кр. Полумесяца краткосрочные курсы сестер военного времени и кружки первой помощи не дают никаких прав на занятие в мирное время должностей квалифицированного среднего (сестринского) медперсонала.

170) Черноморское окруправление союза Медсантруд постановило распустить Туапсинское бюро врачебной секции за травлю врачей-евреев со стороны отдельных членов бюро.

171) Предан суду врач местечка Черный Остров (Проскуровского окр., УССР) Фельдман за халатность, результатом которой была смерть больной. Последняя была привезена в больницу местечка с признаками воспаления брюшины. Фельдман, осмотрев больную, не принял никаких мер и уехал за 10 верст на именины. Больная пролежала без врачебной помощи день и ночь. На утро, когда ей стало совсем плохо, послали за Фельдманом, но, когда он приехал, больная лежала уже при смерти; операция не помогла, и женщина скончалась (Изв. ЦИК'а № 135 (3369)).

172) По телегр. сообщению корреспондента «Известий ЦИК'а (Изв., 1928, № 140) от 18/VI «вчера состоялось открытие первого всеукраинского крестьянского санатория на Хаджибеевском лимане и нового санатория им. Кагановича на Куяльницком лимане. Старшим врачом санатория назначен крестьянин Ветченко, получивший медицинское образование при советской власти».

173) Наркомздравом РСФСР П. А. Семашко приглашен из Америки проф. Кан для ознакомления наших серологов с его способом серодиагностики сифилиса.

174) При Всеукраинской Академии Наук организуется Украинский Микробиологический Институт, директором которого назначается акад. Д. К. Заболотный.

175) Восстановление Крымских курортов энергично продолжается. На 1 июля здесь развернуто 2,800 коек — на 500 больше, чем в прошлом году.

176) В Киеве пущен в ход бездействовавший в течение 1½ лет хлороформный завод. Ежегодная продукция завода — 20 тонн.

177) 8 июля скончался, на 72-м году жизни, от кровоизлияния в мозг один из виднейших профессоров-терапевтов нашего Союза Феофил Гаврилович Яновский.

178) По сообщению т. Дейчмана на бывшем недавно Съезде Бактериологов, население СССР потребило спиртных напитков, кроме самогона, в 1923/4 г. — 9,6 милл. литров, в 1924/5 — 48 милл., в 1926/7 — 360 милл. и в тек. году — 480 милл. Помимо того, населением было выпито еще приблизительно такое же количество пива (Изв. ЦИК'а, 1928, № 128).

179) В июне месяце в Кенигсберге состоит съезд врачей Германии и СССР, по вопросу о борьбе со скарлатиной.

Письма в редакцию.

I.

11 июня с. г. скончался Николай Маркианович Волкович, заслуженный профессор Киевского Мединститута, академик, основатель и председатель Хирургического Общества, на протяжении 45 л. своей учено-врачебно-педагогической деятельности обучавший многие поколения врачей. 13 июня с. г. похоронен на Байковом кладбище. Киевское Хирургическое Общество в заседании своем от 18 июня единогласно постановило: 1) Ходатайствовать о присвоении Обществу имени основателя и бессменного (в течение 20 л.) Председателя. 2) Взять под свою опеку могилу незабвенного Н. М. и образовать Комитет для постановки памятника, достойного имени покойного. Настоящим Комитет обращается с покорнейшей просьбой к многочисленным его ученикам и почитателям направлять свою лепту на постановку памятника: Киев, Пушкинская 9, Казначей Киевского Хирургического Общества А. С. Деленсу, Г. Б. Быховский, М. Б. Юкельсон, С. Л. Тимофеев, А. А. Чайка и Л. П. Марьянич.

II.

К статье д-ра Н. Б. Галанта. «Социальная психиатрия». Каз. Мед. Ж., № 6, 1928, стр. 578—586.

В моей статье: «Социальная психиатрия» вкралась ошибка, которую грешно было бы оставить неисправленной. На стр. 582 я пишу: «О гигиене нервов (а также

психических способностей) говорил до Сикорского также швейцарский психиатр Forel, опубликовавший отдельную монографию по этому вопросу». Когда я писал это, я не имел перед глазами книги Forel'a: «Hygiene der Nerven und des Geistes», которую я здесь имел в виду. Усумнившись потом, что Forel опубликовал эту свою книгу раньше, чем Сикорский произнес свою речь о задачах нервно-психической гигиены и профилактики (на I Съезде отечественных психиатров в 1887 г.), я просил Forel'a сообщить мне, когда впервые вышла в свет его книга «Hygiene der Nerven s. des Gestes». На мой запрос Forel ответил мне, что эта его книга в первом издании вышла в свет в 1903 г., а в седьмом издании, в издательстве Ernst Heinrich Moritz в Stuttgart'e, в 1922 г. Итак Forel опубликовал свою книгу: «Hygiene der Nerven und des Gestes» 16 лет спустя после того, как Сикорский говорил на I Съезде отечественных психиатров о психической гигиене. Таким образом остается думать, что психическая гигиена впервые зародилась в России, а потом уже начала усердно изучаться везде иначе.

Ив. Галант (Москва).

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

26) Какие книги можно рекомендовать по вопросу об экссудативном диатезе и его проявлениях в детском возрасте?

Ответ: Рекомендую книгу проф. Маслова „Учение о конституциях и аномалиях конституций в детском возрасте“, 1925, и книгу Энгеля „Конституциональные аномалии и болезни обмена веществ“, 1927.

Проф. В. Меньшиков.

27) Какие сочинения можно рекомендовать по вопросу о витаминах и значении их для детского организма?

Ответ: Функ. Витамины. 1928.—Фурман. Учение о витаминах. 1926—Степп. Вести. Туб., 1927, № 6 (обзор).—Меньшиков. Витамины и их значение для организма. Каз. Мед. Ж., 1926.—Шаферштейн. К вопросу о содержании витаминов в продуктах детского питания. Журн. ран. дет. возр., Харьков, 1927.—Руднев. Авитаминозы растущего организма. Днепр. Мед. Ж., 1927 (обзор).

Проф. В. Меньшиков.

28) Прошу указать литературные источники на русском и немецком языках, по вопросу о раннем вставании оперированных больных.

Подписчик № 333.

Ответ: Вопросу этому посвящена монография Bier'a в руководстве по оперативной хирургии Bier'a, Braun'a и Kümme'l'a, т. III, стр. 55, изд. IV и V. Там приведена и литература вопроса. Руководство это в настоящее время переводится на русский язык (изд. „Техника и Производство“, Ленинград).

П. Цимхес.

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

INSULIN „HÖCHST“

ВЫВЕРЕННЫЙ, УСТОЙЧИВЫЙ ПРЕПАРАТ

Оригинальная упаковка

Флаконы в 5 см = 100 единиц
 „ „ 5 „ = 20 „
 „ „ 5 „ = 300 „

PLASMOCHIN

Синт. 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

Оригинальная упаковка „Bayer“.

Флаконы	в	25 табл.	} Дозировка по 0,2 гр.
„	„	500 „	
Жестянки	„	50.000 „	

Ампулы: 1% раствор—коробки по 10 ампул по 1,2 см

„	„	„	10	„	3,2	„
„	„	„	100	„	1,2	„
„	„	„	100	„	3,2	„

Генеральное представительство для СССР:

IGERUSSKO

Handelsgesellschaft m. b. H. Berlin NW 7.

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

Образцы по требованию лечучреждений бесплатно.
 Литература к услугам врачей.
 Обращаться к представителям Игерусско в Москве.



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д^{РА} БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА ИЗ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).

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

ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.

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

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

Пересылка и упаковка за наш счет.

Врачам и лечебным учреждениям для испытания высылается бесплатно.



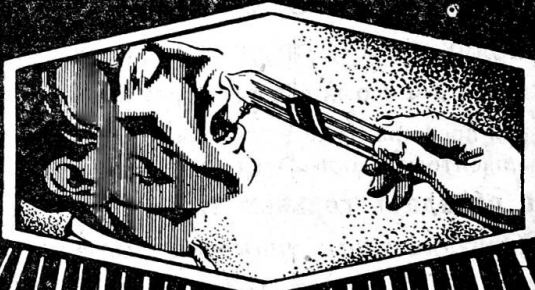
ЗАКАЗЫ,
ПИСЬМА
И ДЕНЬГИ
АДРЕСОВАТЬ

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

ГАЛЕН-МОСКВА

МОСКВА

№5
А. ГЕРЦЕНА



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

ХАЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

Гален



Москва