

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).

№ 3.

М а р т

БИБЛИОТЕКА
ДЕТСК. КЛ.
К. Г. М. И.

БИБЛИОТЕКА
Казан. Университет.
Детской Клиники

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ
† профессора
Семена Семеновича
ЗИМНИЦКОГО.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА

Уч. 5

КАЗАНСКИЙ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Надлежащее одобрение Главной медицинской инспекции

Всего в журнале 12 номеров, из которых 6 номеров в 1930 году. Журнал издается Главной медицинской инспекцией при Министерстве здравоохранения РСФСР.

Содержание: 1. Туберкулез. 2. Лейкоз. 3. Меланхолия.

1930 г.

(ТОМ ВЕДЕНИЯ XIX)

№ 3

М. В. Д. Т.

Печатается на
ф. 100-100
Генерал-штаб
Экспедиции

2.001

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из воспоминаний о † профессоре С. С. Зимницком *).

Д-ра А. М. Предтеченского,

ассистента Пропедевтической Терапевтической клиники Казанского Университета.
(С портретом).

По предложению многоуважаемого председателя Общества Врачей при Казанском Университете на меня выпала честь поделиться своими воспоминаниями о покойном проф. С. С. Зимницком.

Как работавшему с покойным С. С. около 10 лет и связанному с ним личными отношениями, мне вспоминаются многие штрихи из его жизни и по его личным рассказам, и отчасти по оставленной им автобиографии.

С. С. происходил из крестьянской семьи и родился в Могилевской губ., в м. Хиславичах, 2/XII 1873 г.

Вот он мальчиком целые дни часто проводит в лесах и полях Белоруссии со своим отцом-охотником. Здесь, может быть, впервые и зародилась в нем та любовь к природе, которая осталась на всю жизнь у С. С. Отсюда, надо думать, и та потребность—удалиться из города в деревню, на лоно природы, к простым, бесхитростным людям—крестьянам, с которыми С. С. любил коротать время; в свою очередь и крестьяне любили С. С. за его простоту в обращении.

Окончив отлично сельскую приходскую школу, мальчик по особому ходатайству школьного попечителя поступает в гимназию, которую оканчивает с медалью. В гимназии на склад и характер С. С. большое влияние оказывала, конечно, учительская среда, а также товарищество. Из своих гимназических учителей С. С. с особенной любовью вспоминал Вербицкого—писателя-охотника, Белоруссова—словесника, Горшечникова—историка, из товарищей—Россиева (впоследствии историк), Каменского (охотник-поэт), Л. Андреева (известный писатель), Ромера и Глинку—(впоследствии хозяйственники). Под влиянием среды преподавательской и товарищей,—говорит С. С. в своей автобиографии,—у него появилось желание учиться, и С. С. кончает гимназию с медалью, а по окончании гимназии поступает сначала в Горный Институт, затем со второго курса переходит в Военно-Медицинскую Академию.

В годы учения в гимназии, а также и в Академии, первое время С. С.-чу приходилось самому зарабатывать себе средства к существованию в виду тяжелых материальных условий, и он то дает уроки, то играет в оркестре, то занимается перепиской и тем самым добывает себе средства к существованию.

Только на III курсе, с получением стипендии, жить ему становится легче, можно исключительно предаться только занятиям. В Академии,

*) Сообщено в заседании Общества Врачей при Казанском Университете 31/I 1928 г., посвященном памяти † проф. Зимницкого.

где в то время были такие выдающиеся ученые, как проф. В. В. Пашутин, А. И. Таренецкий, В. А. Манассеин, Л. В. Попов, С. С. Боткин и др.,—С. С. особенно вспоминает об этих своих учителях,—он обращает на себя внимание своими недюжинными способностями, а окончив Академию, в 1898 г., одним из первых, оставляется при ней для дальнейшего усовершенствования в науках, причем избирает себе специальностью изучение внутренних болезней в Академической Терапевтической клинике проф. С. С. Боткина. Здесь С. С. проходит ординатуру, сдает экзамены на доктора медицины, пишет и защищает в 1901 г. диссертацию на тему: „Отделительная работа желудочных желез при задержке желчи в организме“. Работа эта выходит из клиники проф. С. С. Боткина и из Физиологического отделения Института Экспериментальной медицины проф. И. П. Павлова, где С. С. под руководством самого И. П. проводил экспериментальную часть своего труда.

После 3-летнего пребывания в Академии С. С. по конкурсу избирается для заграничной командировки с ученою целью. Заграницей молодой ученый получает возможность расширить свой научный горизонт и ставит себе определенные задачи: 1) поработать по тем отделам, которые являются базой внутренней медицины,—по бактериологии и иммунитету, по физиологической химии и патологической анатомии и 2) изучить преподавание внутренней медицины и ведение клиники. Для этого в течение 1902 и 1903 годов он работает у видных европейских ученых: Salkowsk'oro, Chiari, Kaiserling'a, Benda, Kolle, Wassermann'a, Roux, Mesnil'я, Мечникова, Schottelius'a, а также у Leyden'a, Kraus'a, Senator'a, Jaksch'a, Pribram'a, Widal'я, Landouzy, Huchard'a и др., пишет и помещает ряд работ как в заграничной, так и в русской медицинской прессе по бактериологии, патологической анатомии, иммунитету и физиологической химии. Вместе с тем он не замыкается только в узкие рамки медицины,—он изучает жизнь, искусство, посещает музеи, театры, а также знакомится и с частной жизнью, вступает в члены корпорации и становится активным корпорантом. С бесконечным юмором рассказывал впоследствии С. С. о дуэлях на рапирах и шпагах и о других остатках средневековья в корпорациях, каковы посвящение в корпоранты, роль фуксов и т. п.

По возвращении из заграницы С. С. снова в клинику проф. С. С. Боткина. Отсюда в 1904 г. он едет на театр военных действий со своим шефом, изучает там вместе с проф. Боткиным т. наз. манжурский тиф и открывает его возбудителя. По возвращении с Дальнего Востока С. С. избирается штатным пр.-доцентом, а в 1905 г. выдвигается в первые ассистенты клиники. В этой должности он часто, за болезнью проф. Боткина, читает клинические лекции, а также руководит работами прикомандированных к клинике врачей. Наконец, в 1906 г. он избирается профессором частной патологии и терапии в Казанский Университет. С этого времени вся жизнь и деятельность С. С. проходят в Казани, на глазах у всех нас. Здесь, можно сказать, много было прожито и много было пережито!

Мое личное знакомство с покойным С. С. началось в тяжелые годы—в годы эпидемии испанки и сыпного тифа. Первая моя работа с С. С. была в Казанском Военном госпитале в 1918—19 гг., где С. С.

был консультантом. Я помню, как С. С.,—всегда энергичный, всегда жизнерадостный,—со всем пылом предался этой работе. Вспоминаю эти кошмарные дни, когда в Военном госпитале с каждым днем сваливался кто-либо из медицинских работников, и С. С. всех их навещал, ободрял, давал всегда при этом нужный медицинский совет, наконец, свалился и сам он, и очень тяжелой формой сыпного тифа. Сам больной, он еще накануне читал лекцию о сыпном тифе, а на утро уже лежал с высокой температурой. Судьбе угодно было, чтобы он на этот раз справился со своей болезнью и через 5 месяцев снова мог приступить к своей работе, и мы видим, что С. С. теперь, после тяжелой болезни с осложнениями в сердце и в почках, и читает свой основной курс частной патологии и терапии, и ведет госпитальную клинику, и работает, как консультант, в Военном госпитале.

В это время осуществляется заветная, долго лелеемая мечта его,—С. С. получает в свое распоряжение клинику на 45 кроватей,—правда, в старом, захудалом помещении, в бывшей Губернской Земской больнице, почти без инструментария, без необходимых приборов и аппаратуры. Я никогда не забуду, с какими энтузиазмом он принялся за организацию клиники, помню его планы и перспективы относительно работы в ней. Эту работу он начинает с изучения, вместе со своими учениками, функции почек и желудка. Работа эта у всех на виду. Все помнят, как С. С., не жалея сил, в невозможных условиях, в холоде,—в то время лаборатории совсем не отапливались,—проводил целые дни, следя за нашими трудами, интересуясь всякой мелочью, во все вникая, всюду проныкая своим пытливым умом и глазом, подбадривая нас где шуткой, где легким укором, всегда стараясь поддерживать энергию в своих сотрудниках.

Плодом всего этого является ряд исследований, посвященных болезням почек. Как блестящий клиницист-физиолог с оригинальным умом и богатой эрудицией, С. С. не пошел проторенной дорогой в изучении функции больных почек, а создал свой путь—свою методику, во главе всего поставив биологический принцип *nil* посеге. Эта методика, встреченная вначале несколько холодно, нашла себе потом блестящее признание со стороны наших выдающихся клиницистов, как покойный проф. Н. Я. Чистович и проф. Ф. Г. Яновский. Отличительная особенность ее—это ее простота и физиологичность, что отмечается всеми авторами.

Одновременно с этим начинаются работы по изучению желудка. И здесь С. С. проявил также свое оригинальное направление, связав клинику с данными физиологического эксперимента, добытыми величайшим русским ученым И. П. Павловым. Результатом деятельности С. С. в этом направлении явился ряд его трудов по данному вопросу—трудов, которые заинтересовали, между прочим, и американских авторов, а И. П. Павлов, которому покойный посвятил один из главных своих трудов в этой области, благодаря его за посвящение, писал: „Я очень рад и счастлив, что идеи лаборатории нашли себе применение в клинике“.

Продолжая затем углубляться в задачи функциональной диагностики, С. С. в позднейших своих работах затронул сокровеннейшие вопросы о функции желчного пузыря и поджелудочной железы, а также сердечно-сосудистой системы.

Владея в совершенстве иностранными языками и хорошо зная доступную в наших условиях иностранную литературу, С. С. всегда и всюду

придавал большое значение и русской медицинской литературе, которую он также хорошо знал, ценил и высоко ставил, как самобытную. Отсюда его постоянные ссылки на русских авторов как на лекциях, так и в печатных работах, а также на обходах, при разборе больных.

Как учитель и руководитель клиники, С. С. был особенно дорог своей громадной эрудицией, своей колоссальной памятью, своим живым и деятельным умом, который никогда не замыкался и не останавливался на заученных доктринах, а творческим путем шел к созданию своего оригинального направления,—который сам с энтузиазмом работал и заражал других жаждой к работе и знанию.

На одном свойстве этого богато одаренного от природы человека, ученого и поэта я хотел бы особенно остановиться—это на его постоянном стремлении передать другим то, что он сам знал. Это особенно сказывалось на его обходах в клинике и в беседах с С. С., когда он делился со своими сотрудниками буквально всем, что сам знал, что сам вычитал, о чем передумал.

Его блестящая эрудиция и критический ум позволяли ему часто скептически подходить к тому или другому модному научному вопросу и давать ему свою оценку, которая иной раз казалась на первый взгляд неприемлемой, но которая затем почти всегда оправдывалась. С большой наблюдательностью и колоссальной памятью, с глубокой интуицией С. С. часто умел как-то очень легко и просто разрешать самые запутанные случаи в клинике. В его подходе к больному отличительной чертой была именно простота,—всякий запутанный случай, всякий запутанный клубок он с изумительной простотой мог разобрать и распутать, учитывая те явления, которые давали осмотр и наблюдение больного в клинике. В этом отношении он следовал выдающемуся французскому клиницисту Ничард'ю, который заканчивает свою первую лекцию по болезням сердца словами: „Работа в лаборатории,—что бы там не думали, говорили, хотели и делали,—всегда остается скромной помощницей клинической медицины, медицины, которой можно научиться только в больнице, или у постели больного,—французской медицины“. Таким своим направлением С. С. приходил на помощь обыкновенному практическому врачу, часто работающему где-нибудь в деревне, без всяких инструментов и приборов, без рентгена и т. п.

Однако, сам получив хорошую лабораторную подготовку и сам долго работая в лабораториях видных европейских ученых и по патологической анатомии, и по химии, и по бактериологии, С. С. в совершенстве владел и лабораторными методами и мог всегда сам лично указать на тот или иной недочет в работе, учесть тот или иной промах, вовремя предупредить ошибку, что было особенно дорого и ценно в клинике и в лаборатории. К нему всегда можно было обратиться со всяким вопросом и на все получить нужный совет не только научного, но и чисто-практического характера.

Одной из характерных черт работы с покойным С. С. являлось то, что, когда им кому-либо давалась какая-либо работа, или задание, то из этого никогда не делалось секрета,—эта работа всегда была у всех на виду, всякий мог входить в обсуждение и критику данного вопроса, всякий мог вставить свои замечания, высказать свои соображения; этим, я считаю, и создавался тот коллективизм в работе, та солидарность, которые вели к образованию целой системы, целой школы.

Выйдя из недр Боткинской школы, С. С. ушел в функциональный подход Захарьина и таким образом соединил в себе эти оба направления. Поэтому, например, при разборе больных он всегда обращал большее внимание и на анамнез. Он часто любил приводить цитату из Моупан'а, что при болезнях желудка „анамнез—это все“.

Направление Захарьина сказалось и в том, что покойный проф. Зимницкий всегда обращал сугубое внимание на лечение больного, которое проводил всегда строго индивидуализируя. У него в этом отношении не было схем или шаблона. Как клиницист-терапевт, стремившийся облегчить страдания больного, он имел и давал свои рецептурные формы, многие из которых, как „рецепты Зимницкого“, нашли себе широкое применение в практике.

Строгий в работе к самому себе и к другим, всегда сам живой и веселый в обращении с другими, с приветливым лицом, обладавший тонким юмором, веселый и добродушный, любивший и пошутить, и пустить во время остроту, С. С. достигал того, что в работе с ним не чувствовалось никакого гнета, и работать с ним было легко и приятно.

Большой любитель природы и знаток ее, он часто как при разборе больных на обходах, так и на лекциях заимствовал из природы живые и оригинальные сравнения и примеры, которые рельефно отображали то или иное явление и навсегда врезывались в память. Любовь к природе сказывалась так же и в его поэтических произведениях, где большое внимание им уделялось природе и ее красотам. А эти его частые охоты! Ови, конечно, привлекали покойного С. С. не самым желанием настрелять дичи, убить зверя,—это было не по душе С. С., любившему животных, любившему и хорошо знавшему зверей и птиц; его больше интересовали самый процесс охоты и созерцание вокруг природы. Я не помню, чтобы кто-нибудь мог с такой любовью и так картинно описать, как токуют тетерева, как лопаются весной молодые почки на деревьях, или как взвизгивает ввысь жаворонок весной.

В личных отношениях к людям С. С. мог быть и резким, но одно качество, одна черта всегда сказывалась в нем,—это то, что он не помнил зла: после какого-либо резкого разговора через 3—5 минут с ним уже можно было говорить, как будто ничего пред тем и не было, и он сам уже не помнил резких слов. Не в его характере было сказать или подумать: „я этого не забуду, этого не прощу“.

В практической жизни это был человек, который не знал многих практических сторон. Всегда прямой и подчас резкий, враг оппортунизма, не заискивавший никогда и ни перед кем, он, благодаря своей прямоте, не всегда правильно бывал понят другими.

Про нас, русских, часто говорят, что мы умеем работать, но не умеем отдыхать. Это как нельзя больше подходит к С. С.,—работать он умел и работал много, не покладая рук и не щадя себя; об этом говорит вся его деятельность, как профессора, на лекциях которого воспиталось 21 поколение русских врачей, об этом говорят постоянные его доклады и выступления на всесоюзных и других съездах и в ученых заседаниях, об этом, наконец, говорят те около 100 печатных работ, из которых много крупных монографий, а также те мелкие заметки и рецензии, которые точно так же требуют и отнимают много времени. Но отдыхать он не умел: и лето, и зиму, и в будни, и в праздник, и днем, и

вечером, и за чаем, и за обедом он был с книгой или новым номером журнала. Этот человек всегда работал, читал, обдумывал новые работы, не давал себе покою, не давал себе отдыха. Часто целые ночи напролет он проводил за книгой или же писал, и вот, мы видим, что эта напряженная умственная работа повела к обычному для русского ученого исходу—артериосклерозу мозга, того органа, которому он не давал отдыха.

С. С. вышел сам из народа и сторицей заплатил этому народу, а также обществу и науке, той русской медицинской науке, которую он так любил, и на пользу которой он так много работал, не покладая рук. Своими трудами он воздвиг себе нерукотворный памятник во славу русской науки, во славу русской медицины.

Профессор С. С. ЗИМНИЦКИЙ, как ученый *).

Проф. Р. А. Лурия.

В лице профессора С. С. Зимницкого русская медицина потеряла, несомненно, одного из крупных терапевтов, ученого клинициста, весьма одаренного, с пытливым, вечно ищущим умом философа-исследователя. Трудно теперь, когда еще так свежа эта утрата, нарисовать полную и верную картину научных исканий С. С. и дать объективную оценку того, что он внес в нашу науку,—трудно потому, что новые идеи в медицине часто много теряют для современников именно тогда, когда они особенно яркие, особенно парадоксальные, и признаются научной истиной уже значительно позднее, когда они пройдут через все испытания строгой и нередко пристрастной критики. К несчастью, часто это бывает уже тогда, когда творцы медицинских идей, или пламенные проводники их, не могут услышать всеобщего признания и увидеть торжество той мысли, за которую они боролись, с таким пафосом оберегая ее от нападок современников.

С. С. Зимницкий оставил богатое литературное наследство—больше 90 научных работ. Он очень любил и медицинскую науку, и, особенно, научное творчество в ней; он умер с пером в руках, и когда на полу лежал бездыханный труп ученого, на его письменном столе лежала последняя, написанная им, научная работа, опять с новыми исканиями, с новой методикой, и рядом с ней—множество набросков будущих работ, отражавших напряженную, кипучую творческую работу мыслителя-клинициста.

Экспериментальные работы в лаборатории академика И. П. Павлова по физиологии, у F. Salkowsck'ого и C. Neuberg'a по физиологической химии, у Chiari, Benda и Kaiserling'a по патологической анатомии, у Kolle, Dungern'a и Мечникова по бактериологии и иммунитету дали С. С. основательную подготовку по теоретическим дисциплинам, необходимым для научно-исследовательской работы клинициста. Наряду с этим С. С. имел возможность видеть постановку клинического преподавания внутренних болезней у таких мастеров, как Leyden и Senator в Берлине, Widal, Landouzi, Huchard в Париже.

К этому периоду, от 1900 по 1903 г., относятся работы С. С. по патологической анатомии из лаборатории Chiari о частоте артериосклеротических изменений аорты у молодых лиц, где он останавливается на роли инфекционных заболеваний в происхождении артериосклероза в молодом возрасте, и из лаборатории Benda—о туберкулезном заболевании мышцы сердца, где приведена интересная таблица, сопоставляющая 63 случая этого заболевания из литературы, к которым автор присоеди-

*) Сообщено в заседании Общества Врачей при Казанском Университете 31/I 1928 г., посвященном памяти † проф. Зимницкого.

няет три своих случая; на основании этих случаев он указывает, что переход туберкулезного процесса с мышцы сердца на эндокард может играть значительную роль в возникновении острого милиарного туберкулеза. К этому же времени относится работа С. С. из лаборатории Salkowsk'ого о влиянии углеводов на разложение белковых тел, в которой он показал, что накопление *in vitro* молочной кислоты до известного предела прекращает гниение белка. Работа эта, — говорит С. С. в своей автобиографии, — была причиной весьма радужного приема, который оказал ему И. И. Мечников, увидевший в ней огромную базу для своего лактоациллина. Однако, — прибавляет С. С., — впоследствии, когда в другой своей работе, об алексинах, С. С. отрицательно отнесся к способности лейкоцитов вырабатывать алексин, отношение И. И. Мечникова к нему резко изменилось к худшему...

Из работ этого первого периода научной деятельности С. С. заслуживает особого внимания его диссертация: „Отделительная работа желудочных желез при задержке желчи в организме“. Исследуя 12 больных с различными формами желтухи, автор убедился в том, что имеется определенная зависимость между задержкой желчи в организме и секрецией желудка, — что задержка эта вызывает повышение секреторной функции желудка. По совету И. П. Павлова прежде, чем опубликовать свои наблюдения, С. С. решил проверить их экспериментом на животных. Исследуя влияние перевязки *ductus choledochi* на психическую и химическую фазу деятельности желудочных желез собаки, С. С. нашел, что задержка желчи вызвала гиперсекрецию и изменение типа кривых секреции, характерных для различных видов пищи. Эта гиперсекреция захватывала как первую, психическую, — или, как теперь говорят, рефлекторную или кефалогенную, — так и вторую — химическую фазу работы желез желудка. В экспериментальной части своей работы С. С. применил практиковавшееся тогда в лаборатории И. П. Павлова повторное подкармливание для изучения динамики отделения желудочных желез и нашел, что работа последних носит характер астенический.

Можно быть различного мнения о пользе или вреде диссертационных работ и особенно о защите диссертаций, но не подлежит, однако, никакому сомнению, что клинические и экспериментальные работы, серьезно проводимые под руководством хороших учителей, при тщательной литературной обработке вопроса, играют часто решающую роль в судьбе ученого и иногда на всю жизнь определяют его мышление в избранной им дисциплине, а что всего важнее, — дают ему в руки определенный метод. Такое именно влияние оказала диссертационная работа на клиническое мышление С. С. и во многом определила его путь исследователя у постели больного.

Эпиграфом экспериментальной части своей работы С. С. избрал слова *Roger'a Vasco'n'a* — крупнейшего естествоиспытателя средних веков, монаха францисканского ордена (1212—1294 г.): „*Non fingendum, aut excogitandum, sed inveniendum, quid natura faciat et ferat*“*), и это изречение С. С. тысячу раз повторяет во всех своих клинических работах, исследованиях, лекциях и докладах, стараясь так же, как он это сделал

*) Не надо выдумывать и измышлять, но исследовать, что природа делает и приносит.

в своей диссертации, подтверждать клинические наблюдения экспериментом и наблюдать больного, как *experimentum naturae*. И не только этот принцип Вассона нашел отражение в мышлении С. С. в течение его тридцатилетней клинической работы, но самая идея, положенная в основу диссертации,—изучение функции желудочной клетки,—и метод, примененный в эксперименте, подкармливание,—были положены через много лет в основу новых исканий ученого. Последние слова диссертации С. С., слова Riegel'я, что „одна лишь патологическая физиология проложит путь к более точному диагнозу желудочных заболеваний и вместе с тем и более *рациональной* терапии“,—эти слова предопределили его путь клинициста, строителя функциональной диагностики и основывающего свое понимание больного на функциональной патологии.

В следующий период своей научной работы С. С. интересовался преимущественно вопросами бактериологии и иммунитета и, за исключением трех статей, относящихся к клинике болезней сердца, в эти годы—с 1903 по 1913 г.—он публикует исследования почти исключительно по этим вопросам и по клинике инфекционных болезней. Сюда относятся работы С. С. об алексинах, о групповых иммун-телах при тифозных и тифоподобных инфекциях. К этому времени относится также описание (совместно с проф. С. С. Боткиным) манчжурского тифа, который С. С. отнес к группе тифозных заболеваний со своеобразной, но вполне определенной клинической физиономией, дающей, по его мнению, основание считать манчжурский тиф за *morbus sui generis*. Сюда же относятся доклад С. С. на II Съезде Российских Терапевтов о лечении крупозной пневмонии сывороткой и, наконец, изданный в 1913 г. курс лекций, читанный студентам-медикам: „Основы бактерио-биологического распознавания туберкулеза (легких)“. Несмотря на огромные сдвиги, которые произошли с тех пор как в самом учении о туберкулезе легких, так и в понимании иммуно-биологического процесса, лежащего в основании туберкулеза и в толковании самой реакции организма на туберкулин, эта книга С. С. сохраняет и ныне большой интерес, особенно благодаря огромной, собранной там, литературе вопроса, громадному материалу различных исследователей и блестящему, яркому изложению, отличавшему всегда работы С. С.

Перейдя из Военно-Медицинской Академии в Казанский Университет, на кафедру частной патологии и терапии, С. С. очутился в исключительно-неблагоприятных условиях для клинической и научной работы. По какому-то недоразумению, имеющему, к счастью, теперь уже чисто-историческое значение, кафедра эта, являющаяся введением в клинику внутренних болезней, не только не была обеспечена лабораторией и необходимыми приборами, но не имела совсем клинического материала. Дело на ней сводилось к чтению лекций и практическим занятиям на материале Военного госпиталя.

И только через 14 лет заведывания кафедрой частной патологии и терапии С. С. получает возможность работать сначала на больничном, а потом и на клиническом материале. Вот почему только в третий период научной работы С. С. мы видим бурный рост его клинической исследовательской деятельности, в результате чего С. С. быстро выдвигается в первые ряды клиницистов-терапевтов Союза и получает, как ученый, большую известность не только в отечественной, но и в европейской ли-

тературе. И именно к этому периоду, — с 1921 года по день неожиданной и безвременной кончины его 10 декабря 1927 года, — относится 45 работ и 6 крупных монографий С. С.

„14 долгих лет ему не удавалось работать по причинам бытовой и социальной обстановки. Обретя долгожданную возможность, С. С. Зимницкий, ученик проф. И. П. Павлова и С. С. Боткина, получивший клинико-физиологический подход в своем образовании, поставил себе задачей разработку вопросов функциональной диагностики“, — так описывает в своей автобиографии С. С. этот момент своей научной работы.

И надо сказать, что нелегко в кратком очерке перечислить все то, что за эти годы, сначала далеко неблагоприятные для творческой научной работы, создал С. С. Это нелегко сделать потому, что за такой короткий период, всего в семь лет, С. С. затронул в своих научных работах ряд крупнейших и наиболее животрепещущих проблем патологии и клиники внутренних болезней, предложил новые методы исследования нескольких важнейших систем органов, высказал много ярких, оригинальных мыслей и идей о патогенезе некоторых болезней. Можно не соглашаться с освещением С. С. отдельных фактов, можно и, может быть, даже нужно спорить о правильности предложенной С. С. методики исследования и о некоторых выводах его фундаментальных работ, но нельзя ни на минуту сомневаться в том, что это был клиницист-мыслитель с огромным кругозором, с большой творческой научной фантазией и с одной твердой и определенной линией в своих многочисленных исканиях. Надо удивляться той бурной, чисто-юношеской энергии, с которой творил в эти годы С. С., и, перечитывая его работы этого последнего периода жизни, невольно поражаешься неизсякаемому источнику его научного творчества.

Вместе с тем все эти многочисленные и разнообразные работы С. С. объединяет одна идея, предомыляющаяся в разных плоскостях его многогранных клинических исследований и повторяемая ученым с необычным для научных работ пафосом и энтузиазмом. Это — идея динамики болезненного процесса, идея изучения не только и не столько морфологических изменений, являющихся выражением болезни, *sedes morbi*, сколько функциональных колебаний в жизни органов и их систем — *functio laesa*. Подметить эти мельчайшие изменения в функции органа, в его динамике, и ставит себе целью С. С., как клиницист. Изучить механизм этих тонких уклонений старается он, как патолог.

Уже в первой своей работе, относящейся к этому периоду и опубликованной в 1921 г., С. С., предлагая свою оригинальную функциональную пробу деятельности почек, говорит, что этот метод дает возможность „учитывать силы и способности больных почек и, таким образом, оценивать положение болезни по функциональному существу, т. е. жизненно, биологически, а не мертвенно, анатомически, как это делалось прежде“. Здесь, как и в других своих исследованиях функциональной деятельности органов, С. С. стремится, следуя методам И. П. Павлова, разложить работу органа во времени, изучить ее биологически (путем физиологических раздражителей) и определить характер работы органа, или, другими словами, — выявить типы функционального отклонения органа, конституциональные и патологические. Хотя методика исследования почек, анало-

гичная разработанной С. С., и была предложена еще ранее Schlaefer'ом и Hedinger'ом, но это ни в какой мере не умаляет большой заслуги С. С. уже потому, что в основе своей методики Schlaefer и Hedinger положили раздражение почек пробной диетой, С. С. же ограничился одним только клиническим наблюдением, предоставив болезни, как *experimentum naturae*, выявить типы функциональныхклонений при болезнях почек и других расстройствах обмена воды в организме.

В своем прекрасном руководстве о брайтовой болезни С. С. очень метко подчеркивает, что приводимые обычно суточные количества мочи представляет собою мертвые цифры, так как при этом игнорируется, как получается это суточное количество. Предлагая свою методику изучения функции почек, которую он признает строго-физиологической и отвечающей потребностям клиники и практического врача, С. С. считает возможным, применяя ее, объединить в мышлении клинициста под именем нефропатии все патолого-анатомические разновидности нефритов, нефрозов и склеротических почек и называет искусственным разделением этих заболеваний в зависимости только от их патологического субстрата *Morbus Brightii* для С. С.—единое гематогенное заболевание почек, первоисточником которого является процесс, разыгрывающийся всегда в сосудистой ткани почки, от изменений функций которой в последнем счете зависит тот или иной тип нефропатии. „Клубочек и в частности его капсула“,—говорит он в своей статье „Несколько слов в защиту гломерулы почек“ (Вр. Дело, 1925 г., № 8),—не есть инертная часть почек, где царствуют законы чисто-физических корреляций, но, наоборот, там имеют место и совершаются активные, жизненные, биологически определенные процессы: здесь идет секреция мочевой жидкости, а не фильтрация“. Исходя из этого положения, С. С. интересуется при подходе к больному в клинике не грубыми патолого-анатомическими изменениями, показывающими с отдаленной только вероятностью *sedes morbi*, но *functio laesa*, в которой сосудистая ткань почек должна иметь первостепенное значение. Это состояние сосудистой ткани почек и патологические изменения ее он и считает возможным уловить своей методикой и таким образом построить новую классификацию нефропатий на началах не патологической анатомии, а на принципах функциональной патологии.

Страстно, как всегда, защищал С. С. свои взгляды и, противопоставляя их анатомической классификации гематогенных поражений почек Fahr'a, он, заканчивая свою книгу о болезнях почек, образно говорит: „Для изучения нефропатий имеется два пути и способа подобно тому, как для ведения корабля. В последнем случае для решения вопроса о правильности пути можно и должно руководиться и небом, и компасом. Представьте клинициста в положении ведущего корабль. Какие моменты придется переживать ему, если облачное небо закроет от него солнце и звезды? Он будет беспомощен, если у него не окажется компаса. А ведь руководящим светилом для клинического пути у нас пока была патологическая анатомия. Она освещала нам клиническую дорогу, давала направление и курс нашему клиническому странствованию, вела нас, как кормчий, к цели наших исканий. Но, к сожалению, не все клинические задачи она могла осветить, и в эти критические моменты вызывающие взоры клинициста напрасно искали на облачном небе руководящих огней,—их не было“.

Вот почему С. С. считал необходимым для врача идти по „клиническому компасу“, и этот компас он видел в функциональной диагностике. „Запросы функциональной диагностики,—говорит он,—не получают обычно ответа от патолого-анатома. Функциональная диагностика пока остается принадлежностью клиники и только ее одной“.

Вне всякого сомнения, если методика С. С. и не осталась совершенно без возражений, то, как правильно отмечает проф. Губергриц (юбилейный номер „Врач. Дела“ 1 января 1928 г.), она заслуживает большого внимания и внесла чрезвычайно много в вопросы нефропатологии. Заслуги С. С. в деле методики изучения нефропатий особенно значительны потому, что мы все хорошо еще помним, какой хаос представляли всего 15 лет тому назад наши клинические представления о заболеваниях почек, несмотря на тщательную и подробную разработку морфологических изменений в почках патолого-анатомами. Этот хаос,—неизжитый, конечно, совсем еще и теперь,—действительно делал часто клинициста совершенно беспомощным у постели больного. И во всяком случае, путь, указанный С. С., во многом помогает клиницисту и заменяет мертвую схему морфологического подхода живой оценкой динамики патологического процесса не только в почке, но и во всем организме при брайтовой болезни.

Неменьший интерес, чем работы С. С. по нефропатологии и клинике болезней почек, представляет большой ряд исследований его и созданной им школы о функциональной диагностике секреторной деятельности желудка и расстройствах секреции желудочных желез. Эти работы по мысли представляют собою продолжение диссертации С. С., и внимательное изучение их открывает самую тесную связь между ними и идеями, положенными С. С. в основу его первой крупной клинико-экспериментальной работы, вышедшей в свет в 1901 году.

Положив в основу изучения секреции желудочных желез открытые школой И. П. Павлова (Я. Х. Завриевым) и забытые, было, уже различные патологические типы секреции желудка, предложив для определения самой секреции метод двойного бульонного завтрака, аналогичный подкармливанию животных, С. С. вводит своеобразный учет деятельности секреции желудочной клетки, суммируя цифры свободной соляной кислоты и цифры общей кислотности, определяемые 4 раза в течение первого и второго завтрака. Сравнивая суммы кислотностей в разных случаях, С. С. предлагает отличать в клинике больных с нормальным типом секреции — изосекреторный тип, инертный тип, астенический и торпор секреции желудочной клетки.

Этому своему методу определения секреции желудочной клетки С. С. придает огромное значение, говоря о нем: „Эти достижения в клинике мы считаем очень важными: круг и методика функциональной диагностики расширяется, и наша позиция функциональных исканий укрепляется, так как мы видим, что новое направление, разрабатываемое моей клиникой, прочно утверждается на почве содружества клиники, но не с патологической анатомией, как это было во времена диктатуры целлюлярной патологии, а с физиологией по преимуществу, которая должна занимать доминирующее положение руководителя клиники (magister)“. Исходя из этих соображений, С. С., изучая влияние общих патологических моментов, напр., желтухи и отеков, на функции рабочих клеток желудка,

находит связь между этими нарушениями хозяйства организма и описываемыми им типами секреции желудочной клетки и, как рабочую гипотезу, предлагает видеть причину этих нарушений секреции в „ацидозе, как результате расстройств клеточного обмена, который ведет к подавлению жизни, анабиозу клеток и *ab hoc*— торпору в их функции”.

Изучая изменение типов секреции желудочной клетки при различных болезнях желудка, С. С. не считает возможным связывать определенный тип секреции с определенной нозологической единицей и с патологией анатомическим процессом в желудке,—он видит скорее в определении этих типов секреции средство судить о динамике болезненного процесса и считает возможным, больше того, по планомерному переходу одного типа секреции в другой судить также о влиянии терапии диететической и медикаментозной на данное желудочное заболевание.

Наконец, изучая влияние различных лекарственных веществ, действующих на отдельные части вегетативной нервной системы (атропин, пилокарпин, адреналин), на тип секреции желудочной клетки, С. С. показал интимную связь между описываемыми им типами секреции желудочной клетки и состоянием тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы. Больше того, С. С. доказывал возможность путем назначения определенного фармакологического агента перевести один тип секреции желудка в другой, напр., нормальный в астенический—под влиянием атропина, или в инертный—под влиянием пилокарпина.

Все эти достижения дают возможность, по мнению С. С., не только определить функциональную секреторную работу желудочной клетки, но и клинически получить представление о жизни желудка, его работоспособности, размахе ее, так как учет этого необходим для выполнения нашей главной клинической задачи—рациональной терапии. „Нам кажется,—говорит С. С.—что нашими исследованиями нам удалось сдвинуть с мертвой точки патологию желудочных клеток и пробить брешь в той стене, пред которой исследователи, как они ни изменяли и способы, и приемы, и орудия, останавливались и не могли продвинуться дальше. Мы смеем думать, что теперь уже мы обладаем и принципом, и самой методикой, которая позволяет нам изучать *не грубо-материально, а тонко-функционально* жизнь секреторных рабочих клеток и ее вариации”.

Кто знает, какое огромное количество работ посвящено вопросу о секреции желудочного сока со времени открытия K u s s m a u Гем желудочного зонда,—работ, в которых приняли живейшее участие и клиницисты, и патологи, и физиологи,—кто знает, сколько методов и вариаций их предложено для исследования желудочного сока,—тот не удивится, что несомненно-оригинальный подход С. С. к этому вопросу и смелые выводы его, обещающие широкие перспективы в клинике, вызвали ряд существенных возражений с самых различных сторон.

Многочисленные работы С. С. о секреции желудочных клеток, опубликованные на русском и немецком языках, и ряд, как всегда, ярких и темпераментных выступлений автора на нескольких терапевтических съездах привлекли внимание ученого мира к этим работам С. С. и вызвали живейший интерес к ним. Ученый мир разделился на клиницистов, подтверждающих в той или иной мере методику С. С., и на отвергающих ее частично или целиком.

Не время и не место здесь входить в детальное изложение взглядов сторонников и противников новой методики С. С., но уже один тот большой интерес, который был проявлен к его исканиям со стороны целого ряда ученых и клиник, в достаточной мере свидетельствует о значении этих работ и крупных заслугах С. С. в этой области. Отвечая своим противникам на IX Съезде Терапевтов СССР, С. С. говорит: „Что „типы“ существуют,—это факт; что вы не хотите их видеть,—это другое дело и особая статья. Из критики и обмена мыслей родится истина, но необходимо делать это *sine ira et studio* и, главное,—не быть тенденциозным“.

Вот почему, хотя я и не разделяю многих предпосылок, положенных С. С. в основу его методики исследования секреции желудочных клеток, и имею ряд существенных возражений против нее—теперь так же, как и в 1923 году, на I Поволжском Съезде, но я все же должен, как и большинство клиницистов и у нас, и за границей, призвать большую важность работ С. С. в деле изучения секреции желудочной клетки. С. С. прежде всего, несомненно, прав, что в патологии и клинике заболеваний желудка меньше, чем где-нибудь, можно подходить к решению вопроса на патолого-анатомической базе, потому что именно здесь более всего выражены не статические, а динамические процессы, лежащие в основе страдания, процессы к тому же изумительно-тонкие и лабильные. И несомненно, вопросы поведения желудка как при заболеваниях самого этого органа, так и всего организма должны изучаться функциональным методом под знаком функциональной, а не только анатомической патологии. Большая заслуга С. С., несомненно, и в том, что он взял чисто-физиологический курс в клинике желудочных болезней, курс школы И. П. Павлова, и привлек внимание клиницистов к изучению типов секреции желудка, открытой этой школой.

Вне всякого сомнения, споры около „типов“ С. С. Зимницкого еще скоро стихнут, и трудно предсказать, какие перспективы в понимании патологии желудка откроет этот живой обмен мнений и ряд научных исследований, толчек к которым дали оригинальные и интересные работы С. С. о секреторной деятельности желудочных желез и их устройствах.

Непосредственную связь с этими исканиями С. С. в области функциональной диагностики и патологии желудка имеют его работы о патогенезе язвы желудка и о лечении ее инсулином. В этом отношении,— правда, совершенно другим путем, путем наблюдения ряда клинических фактов,—С. С. пришел к той же теории патогенеза язвы желудка, что и Balint, считающий причиной язвы не повышенную кислотность желудочного сока, как это теперь уже и не думают, а усиление ацидоза тканей.

„Для нас,—говорит С. С.,—становилось ясным, что не в дистонии вегетативной нервной системы лежит производящая причина *ulcus'a*, а в изменении среды, в тканях, в их закисании; ацидоз можно рассматривать, как этиологический фактор язв“. Исходя из положения, что инсулин понижает тонус *p. vagi*, обычно повышенный при язвах желудка, С. С. с успехом применил небольшие дозы, в 20—30 единиц инсулина, для лечения язв желудка и видел быстро отличные результаты от инсулинотерапии язв. Трудно, конечно, имея в виду многочисленные теории

патогенеза язвы желудка и бесчисленные методы консервативного лечения их, предсказать судьбу этих работ С. С., но во всяком случае следует отметить и здесь широкий биологический взгляд клинициста, рассматривающего язву желудка не только как местное заболевание органа,—как это думают еще очень многие врачи, особенно молодые хирурги,—а как страдание, выражающее глубокие изменения в общем обмене веществ, в тончайших процессах всего организма, обуславливающих нормальную жизнь клетки слизистой оболочки желудка в кислой его среде.

За последнее время С. С. занялся также исследованием функциональной деятельности желчного пузыря и поджелудочной железы. Он сделал попытку внести новое и в учение о дискинезиях желчных путей, основанное Westphal'ем и др. Применяя одновременно дуоденальное зондирование по Meltzer-Lyon'у и парэнтеральное впрыскивание индиго-кармина по Hatziegani и Halitz'у и вводя больным атропин, пилокарпин, питуитрин и пр., С. С. хотел изучать функцию желчного пузыря без холецистографии. Не представляя собою особенно большого достижения, работа эта, однако, характеризует свойственный С. С., как исследователю, оригинальный подход и стремление внести свое новое и самобытное, как он говорил, в наиболее волнующие клинициста вопросы.

Разработка функциональной диагностики для определения заболеваний поджелудочной железы составляла последнюю и заманчивую мечту С. С. Он неоднократно говорил мне об этих своих исканиях и обещал показать совершенно чистый сок поджелудочной железы, без всякой примеси желчи, добытый по выработанной им методике, которую он называл физиологической, в противоположность методу Katsch'a с введением эфира в duodenum. Доклад об этой методике С. С. хотел сообщить ученому миру на юбилейном X Съезде Терапевтов СССР, и мы услышим там, к сожалению уже не из уст самого автора, какие новые пути в этой темной и интересной области функциональной диагностики открыло вам неиссякаемое творчество С. С. накануне его неожиданной и столь безвременной смерти.

В области сердечно-сосудистых заболеваний, блестящий курс о которых С. С. читал с 1921 года в Казанском Институте для усовершенствования врачей, он в своем богатом литературном наследстве оставил ряд работ о клинике сочетанных пороков сердца, значении дикротии при этих пороках, о роли сифилиса в клинике грудной жабы, об endocarditis lenta, о клинических особенностях гипертонии. В самые последние месяцы С. С., вместе с А. И. Шестаковым, занялся методикой исследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы и в первой работе из этой серии, появившейся в печати уже после смерти ученого, обещает дать новые пути для анализа данных гемодинамики, освещающих кровяное давление, как функцию деятельности сердца и сосудов. Большой интерес для клинициста и практического врача представляют и два выпуска его лекций по сердечным болезням, читанных врачам в Казанском Институте. Не говоря уже о блестящем изложении, исключительно-ярком и образном, делающем увлекательным самое чтение лекций этого большого мастера слова, в этих лекциях, обнимающих всю клинику кардиопатий и отчасти нефропатий, читатель найдет огромную литературу вопроса, изложенную всегда с критическим ее освещением; в этих лекциях яркими блесками разбросаны интерес-

нейшие наблюдения, оригинальные идеи этого мыслителя-клинициста. И постоянным лейтмотивом на этих блестящих страницах, напоминающих творения лучших старых мастеров клиники, звучит современный нам взгляд на болезнь, как на патологическое изменение динамики живого организма.

„Только с точки зрения патологической физиологии и функциональной диагностики,—говорит С. С. Зимницкий,—мы можем растворить в нашем понимании сложную картину патологического процесса. Патологическая анатомия дает нам *substratum mortuum morbi*—надгробный памятник, который ставит смерть над жизнью. Он является, конечно, только мертвым снимком с больной живой натуры, краски которой уловить пока анатомам, по их чистосердечному признанию, не удастся. Не подумайте,—говорит он далее,—что я являюсь отрицателем великого значения патологической анатомии,—нет, я разумный сторонник ее. Но я, как ярый функционалист, считаю нужным говорить об этом с вами, чтобы отметить и еще раз подчеркнуть великое и благотворное для клиники новое функциональное ее направление”.

В этих—как всегда, ярких и страстных—словах С. С. отчетливо видно его клиническое мировоззрение, стоящее на уровне современной медицинской мысли и в некоторых отношениях в самых первых рядах ее. Это клиническое мышление, родоначальником которого можно считать еще Broussais, было намечено Rosenbach'ом в 1873 году и заглохло под диктатурой анатомического понимания болезни и больного, выросшего из пышного, но одностороннего расцвета клеточной патологии. И С. С. Зимницкий является одним из наиболее ярких представителей тех клиницистов, которые, не отрицая великих заслуг патологической анатомии в изучении болезненных процессов, считают, однако, что целью изучения больного является понимание не только анатомического, но патолого-физиологического процесса, выражением которого является болезнь, и что современная клиника, построенная орудием функциональной диагностики, изучает больного, как объект не патологической анатомии, а функциональной патологии.

Эта исходная точка клинического мышления С. С. и является источником как его многочисленных исканий в области функциональной диагностики, так и его исследований, посвященных патогенезу и течению заболеваний различных органов, как выражению изменения динамики организма.

Еще в 1917 году в статье „О направлениях в терапии“ С. С., говоря о гипократовском методе лечения, основанном на изучении болезни, как биологической реакции организма, подчеркивает, что для терапии необходима в каждом конкретном случае оценка этой реакции, и в правильности этой оценки и лежит искусство врача; точная оценка различной реакции организма на патологическое раздражение и есть основа для рациональной медицины.

Это возвращение к гипократовскому пониманию больного, как одного неделимого целого, и болезни, как патологического изменения функций организма, и составляет сущность современного клинического мышления, ярким представителем которого был С. С. Зимницкий.

Внимательно следя в течение ряда лет за иностранной литературой, обладая огромной научной эрудицией в вопросах патологии и клиники

внутренних болезней, С. С. высоко ценил работы русских авторов и постоянно говорил о нашей старой болезни—преклонении пред иностранными авторами с пренебрежением к работам русских медицинских школ. Он с горечью подчеркивал, что в то время, как иностранные авторы совершенно игнорируют работы русских клиницистов, мы не считаем своей обязанностью не только применять в клинике достижения русских ученых, но даже и знать о русских работах. На этот больной вопрос русской медицины, имеющий глубокие исторические корни, С. С. всегда обращал внимание и своей аудитории, и в прессе и, несомненно, в значительной мере имел большие основания говорить об этом нашей молодежи, склонной часто пройти мимо ценнейшей русской работы, чтобы продемонстрировать свое знакомство с последней книжкой американского журнала. Наука, несомненно, *интернациональна*, но едва ли она должна поэтому быть *антинациональной*.

Страстный, убежденный фанатик проводимых им идей, С. С. был пламенным полемистом, и, может быть, именно эта исключительная темпераментность его, дававшая оригинальную и часто ярко-субъективную окраску его докладам и особенно полемическим выступлениям, были одним из существенных препятствий для распространения его блестящих идей и достижений.

С. С. за последние годы выдвинулся в первые ряды терапевтов Союза ССР и, несмотря на ряд противников своей методики, был, вне всякого сомнения, одним из наиболее ярких представителей современной русской терапевтической клиники. Проф. Губергриц, подводя итоги достижениям внутренней медицины в СССР за последние 10 лет, совершенно правильно отмечает выдающиеся заслуги С. С. в разработке различных отделов патологии и терапии внутренних болезней.

С. С., как мы видели, получил возможность клинически работать всего только 7—8 лет тому назад, и в этом очерке о творчестве его, как ученого, трудно с достаточной полнотой исчерпать результаты могучей творческой работы его в эти годы. Охватив самые различные отделы внутренней патологии, С. С. всюду вносил свое оригинальное, самобытное, новое. Так с удивительной, чисто юношеской энергией, всегда полный новых мыслей, новых исканий в науке, жил, творил и пламенно боролся этот мыслитель-клиницист за идею функциональной диагностики и функциональной патологии,—жил и боролся до тех пор, пока незначительные анатомические изменения сосудов так рано, в один миг не прервали блестящие функции его мозга.

Из Гистологической лаборатории Казанского Гос. Университета.
(Директор проф. А. Н. Миславский).

К вопросу о функциональной связи между мозговым придатком и щитовидными и половыми железами¹⁾.

З. А. Затворницкой и В. С. Зимницкого.

(С таблицей рис.).

Памяти выдающегося терапевта-клинициста земли русской, неустанного труженика-искателя, горячо любимого отца-друга одного из нас, безвременно скончавшегося профессора Казанского Университета С. С. Зимницкого, венком на его славную могилу возлагают свой скромный труд авторы.

Вопрос о функциональной связи между отдельными железами внутренней секреции с давних времен привлекал к себе внимание целого ряда исследователей, и, несмотря на громадное количество работ в этом направлении, отдел о взаимоотношении инкреторных органов является одной из самых неясных глав эндокринологии.

В частности, если обратиться к взаимоотношениям между мозговым придатком и щитовидными и половыми железами, то мы имеем значительное число работ, где исследователи пытались установить эту связь даже морфологическим путем, что, понятно, является наиболее заманчивым. Так, Рогович, Stieda, Часовников, Trautmann при парциальной тиреоидэктомии обнаружили в гипофизе наличие особых, несвойственных нормальной железе, измененных клеток, известных теперь под именем „клеток тиреоидэктомии“, а Marrossini и Luciani, Zacherl, Biedl, Schönberg и Sakaguchi, Addison, Обросов, Nukala и Izumi нашли при кастрации в этой железе особый род клеток, получивший с легкой руки Biedl'я название „клеток кастрации“. И названия эти вошли во все элементарные учебники и руководства. Таким образом появление в мозговом придатке в ответ на специфическое раздражение—удаление щитовидных желез или желез половых—специфического же на каждое воздействие ответа, казалось бы, окончательно устанавливало морфологическим путем непосредственную функциональную связь между этими органами.

На II Всероссийском Съезде Анатомов, Гистологов и Зоологов одним из нас было доложено о том, что т. наз. „клетки тиреоидэктомии“, представляя из себя закуолизированных базофилов, во-первых, встречаются единичными и в нормальных железах, а, кроме того, такая же вакуолизация базофильных элементов, как и при тиреоидэктомии, в гипофизе

¹⁾ Доложено 19/XII 1927 г., с демонстрацией микроскопических препаратов, на III Всесоюзном Съезде Анатомов, Гистологов и Зоологов в Ленинграде.

может быть вызвана путем инъекции животному раствора солянокислого пилокарпина под кожу.

Затем в работе, напечатанной в *Zeitschrift f. mikroskopische-anatomische Forschung*, Bd. VIII, было показано, что т. наз. „клетки кастрации“ представляют из себя не что иное, как тоже измененные, закуолизованные базофильные элементы, какие получаются в мозговом придатке после тиреоидэктомии и после инъекции пилокарпина. Отсюда был сделан вполне логичный вывод, что эти измененные элементы не являются специфичными ни для тиреоидэктомии, ни для кастрации, не могут рассматриваться как морфологическое выражение непосредственной функциональной связи между гипофизом и щитовидными и половыми железами, и носить имя „клеток кастрации“ или „тиреоидэктомии“. Эти элементы представляют из себя, очевидно, только выражение повышенной функции органа под влиянием каких-то общих условий жизнедеятельности организма, которые необходимо искать в обмене веществ, имеющем что-то общее для этих состояний (З а т в о р н и ц к а я).

Однако для решения столь сложной задачи необходимо некоторое углубление вопроса, необходимо обнаружение этих закуолизованных базофилов при других состояниях, и поэтому мы займем внимание читателей изменениями в мозговом придатке при авитаминозе В, настолько еще мало изученными, что даже в монографиях по данному вопросу относительно изменений в этой железе при названном состоянии либо говорится очень мало (новейшая монография Stepp'a и György), либо они полны противоречий (монография K. Funk'a и R. Berg'a), не смотря на то, что в этом направлении имеется порядочное количество исследований (K. Funk'a, Mc. Carrison'a, Ogata, Kawanita, Oka и Kagoshima, v. Driel'a, Bierry, Portier и Randoins'a, Plaut'a, Nogayo, Katsunuma и Kihn'a), результаты которых, однако, очень неясны и нередко противоречивы.

В качестве опытных животных мы воспользовались белыми крысами одного пола (самцами) в возрасте 1 года и молодыми (в возрасте 1½ мес.), а также обыкновенными сизыми голубями. Голуби (половозрелые самцы) сажались на исключительное питание полированным рисом, а крысы на пищу, состоявшую из 30 грм. автоклавированного мясного порошка, 50 грм. полированного риса, 30 грм. фильтрованного свиного сала, 2 грм. солевой смеси Mendel'я-Osborne'a, 2 грм. хлористого натрия и 1—2 грм. рыбьего жира в день на крысу.

Как голуби, так и белые крысы убивались через различные промежутки для разложения процесса изменений во времени. Параллельно нескольким опытам на голубях убивался контроль; у белых крыс каждый опыт имел свой контроль одного с ним пола и помета. Всего у нас было 35 опытных голубей и 20 контрольных и 25 авитаминозных крыс с соответствующим количеством контролей к ним. Гипофизы убитых животных высепаровывались вместе с мозгом из турецкого седла и фиксировались Zenker-формолом с добавкой уксусной кислоты по Миславскому, по Champy, 10% формолом, и обрабатывались по Колачеву. Затем, после уплотнения в спиртах, железы заливались обычным способом в параффин, и срезы окрашивались гематоксилином, эозином, азури-эозином, Wasserblau - эозином по Wraith'y, Heydenhain'овской модификацией способа Mallory (Azanfärbung), по Mallory, по Kuhl'ю, и

обрабатывались урановым методом на ретикулярный аппарат. Железы же, фиксированные 10% формалином, резались на замораживающем микротоме и красились суданом III с дополнительной подкраской гематейном по Ehrlich-Mann'y.

В виду недостатка места, мы не будем здесь приводить протоколов опытов, а позволим себе ограничиться только кратким резюме их. Прежде всего остановимся на голубях, у которых явления авитаминоза развиваются наиболее интенсивно и в очень короткий промежуток времени (20--30 дней).

Сущность изменений в мозговых придатках, именно, в передней доле их, при авитаминозе В у этих животных заключается в появлении протоплазме значительного числа базофильных клеток особого рода вакуол (см. таблицу, ряд I).

Вакуолы эти (фиксаж Zenker-формолом с уксусной кислотой) кажутся как бы пустыми или рыхло заполненными сетчатой массой, и лишь по краям их мы имеем в виде пунктира маленькие зернышки и глыбки. Глыбки эти местами лежат и внутри вакуол. Однако при других фиксациях (напр., Champy и Колачев) мы видим (см. таблицу, ряд III), что содержимое этих вакуол состоит из гомогенных капель коллоидного вещества, — очевидно, белкового характера, т. к. капли эти не красятся ни суданом III, ни осмиевой кислотой. Таким образом вакуолы эти, с глыбками и зернами в них, являются не чем иным, как результатом неравномерного свертывания коллоидного вещества, — очевидно, высокой дисперсности, — под влиянием фиксажа, осаждающего капельки коллоида и жель (зерна и глыбки), вследствие чего на месте ее получается вакуола с описанной зернистостью. Величина таких вакуолизированных базофилов обыкновенно немного больше рядом лежащих неизмененных базофильных элементов; ядра в них несколько крупнее, пузырькообразной формы и бедны хроматиновой субстанцией; около ядра обычно лежит более густо красящаяся зона, по положению соответствующая ретикулярному аппарату.

В начальных стадиях опыта обычно преобладает мелкая вакуолизация базофилов, — мы имеем в протоплазме их ряд мелких вакуол, затем сливающихся в более крупные и, наконец, в более поздние сроки дающих единичные крупные вакуолы, оттесняющие ядра клеток к периферии и сдавливающие их иногда настолько сильно, что они становятся пикнотичными.

Ретикулярный аппарат (см. таблицу, III ряд) в таких вакуолизированных базофилах оттесняется вместе с ядром к периферии клетки и, будучи сдавливаем вакуолой, теряет свою нежную петлистость, становясь более грубым и компактным. Иногда он превращается в гомогенную глыбку, причем в таких клетках наблюдается и пикноз ядра. Хондриомы обычно располагаются в прослойках протоплазмы в виде нитяных хондриоконт кругом вакуол.

Описанный процесс вакуолизации базофилов обычно достигает своего максимума на 20-й—25-й день, а затем число вакуолизированных клеток уменьшается почти до нормы, и на смену процессу вакуолизации мы имеем, среди нормальных по своему строению клеток, наличие ряда элементов более крупных размеров с светлой, рыхлой протоплазмой, в которой лежит рассеянной бледно-красящаяся зернистость.

Нетрудно убедиться (см. табл., ряд II), что эти клеточные элементы являются производными вакуолизированных клеток, их конечной стадией.

т. к. между ними и этими последними можно найти все переходные формы. Именно эти клетки представляют конечный этап после выделения из клеточного тела содержимого вакуол *resp.* капелек и являются переходом к покоящемуся клеточному типу. В виде отдельных единиц такие клетки попадают и в более ранние сроки.

Наконец, отметим, что параллельно с процессом вакуолизации базофилов в гипофизах голубей, но значительно менее резко, в них происходят изменения и в эозинофилах (см. табл., ряд IV). Изменения эти выражаются в появлении в протоплазме этих клеток ряда мелких и крупных вакуол, содержимое которых, однако, нам не удалось фиксировать ни одним из применявшихся нами фиксажей. Оно не красилось также суданом III и осмиевой кислотой.

Отметим еще, что в гипофизах голубей, лишенных фактора В, происходит до 25-го дня уменьшение, почти до полного исчезновения, внутридолькового коллоида, а затем, в конце заболевания, наблюдается некоторое увеличение его, хотя все же количество его остается ниже нормы.

В задней доле гипофиза содержание коллоида при авитаминозе В обычно бывает несколько понижено по сравнению с контрольными голубями.

Что касается до крыс, то у них при авитаминозе В мы почти не замечаем структурных изменений в гипофизах. Единственное, что можно отметить,—это то, что в железах опытных крыс и крысят в начальные и средние периоды заболевания встречаются несколько чаще вакуолизированные базофилы, чем у контрольных животных. Кроме того, у этих животных при авитаминозе В происходят количественные изменения в составе формирующих железу элементов, именно, увеличение числа базофилов и уменьшение—эозинофилов; впрочем последнее может быть и относительно, в виду увеличения размеров органа.

Из приведенных данных с неоспоримой ясностью вытекает, что измененные, вакуолизированные базофилы при авитаминозе В у голубей имеют такой же морфологический облик, как и „клетки кастрации“ и „клетки тиреоидэктомии“, и являются с ними идентичными. Так как они встречаются единицами и в нормальных железах, то при всех названных состояниях имеет место лишь усиление явления, происходящего и в норме. Отсюда вывод, что имеется какая-то общая причина для кастрации, тиреоидэктомии и авитаминоза, вызывающая усиленное, по сравнению с нормой, появление этих вакуолизированных базофилов в мозговом придатке; памятуя же то обстоятельство, что все микроскопические картины, все морфологические изменения органов суть не что иное, как зеркальное отражение тех или иных процессов во всем организме, выражение различных условий его существования под влиянием самых разнообразных колебаний обмена веществ, мы позволим себе искать интересующую нас *causa movens* в этом последнем.

В самом деле, при авитаминозе В мы имеем резко и сильно выраженное нарушение обмена углеводов с понижением способности организма ассимилировать их и очень высоким уровнем их в крови (Funk и Schönborn, Findlay, Ogata, Abderhalden, Collazo, Schinoda, Alpern и Collazo, Палладин и Кудрявцева). Точно также некоторое понижение ассимиляции углеводов имеется и при порционной тиреоидэктомии с непременным удалением части паращитовидных желез (Falkenberg, Hirsch, Underhill, в особенности же Erpinger, Falta и Rudinger) и при кастрации (Stolper).

Эти данные и дают нам право связать полученные нами изменения в гипофизах голубей, лишенных фактора В, с нарушениями при этом углеводного обмена в их организме и высказать предположение, что изменения эти являются выражением повышенной функции органа в зависимости от нарушений метаболизма. Некоторым подтверждением этому могут служить работы Aschner'a, Borchard'a, Lawrence'a и Hewlett'a, Franchini, Cushing'a и Miller'a, говорящие, что мозговой придаток в своей деятельности является антагонистом поджелудочной железы.

Отметим затем, что процесс вакуолизации базофилов является, очевидно, указателем на быстрое повышение функции органа, в дальнейшем выравнивающейся, вследствие чего у голубей с 25-го дня свободного кормления число вакуолизированных элементов обычно значительно уменьшается, и вместо них появляются светлые, бледно красящиеся клетки, являющиеся переходом от усиленно работающих вакуолизированных элементов к обычному клеточному типу.

Сказанное подтверждается и теми изменениями, какие мы получили в железах у крыс. Эти последние, будучи всеядными, менее зависят от углеводного обмена, чем голуби (зерноядные), почему авитаминоз В у них протекает в значительно более долгий срок и развивается менее бурно, чем у голубей. Вследствие этого в железах крыс мы и не наблюдали явлений, свидетельствующих об остром повышении функции органа, — именно, значительного увеличения процесса вакуолизации элементов передней доли, — а у них происходили главным образом лишь количественные изменения в клетках этой последней, в виде уменьшения числа эозинофилов и увеличения числа базофилов. Эти изменения мы точно также имеем право связать с нарушениями углеводного обмена, только более медленно протекающими, ибо такие же изменения были подмечены K r a u s'ом в гипофизах при сахарном диабете.

Что касается несколько более выраженных, по сравнению с нормой, некробиотических процессов в мозговых придатках при авитаминозе В, то они, не представляя ничего характерного для данного заболевания, обуславливаются усилением деятельности клеточных элементов при нарушенном питании их, вследствие резких изменений обмена веществ.

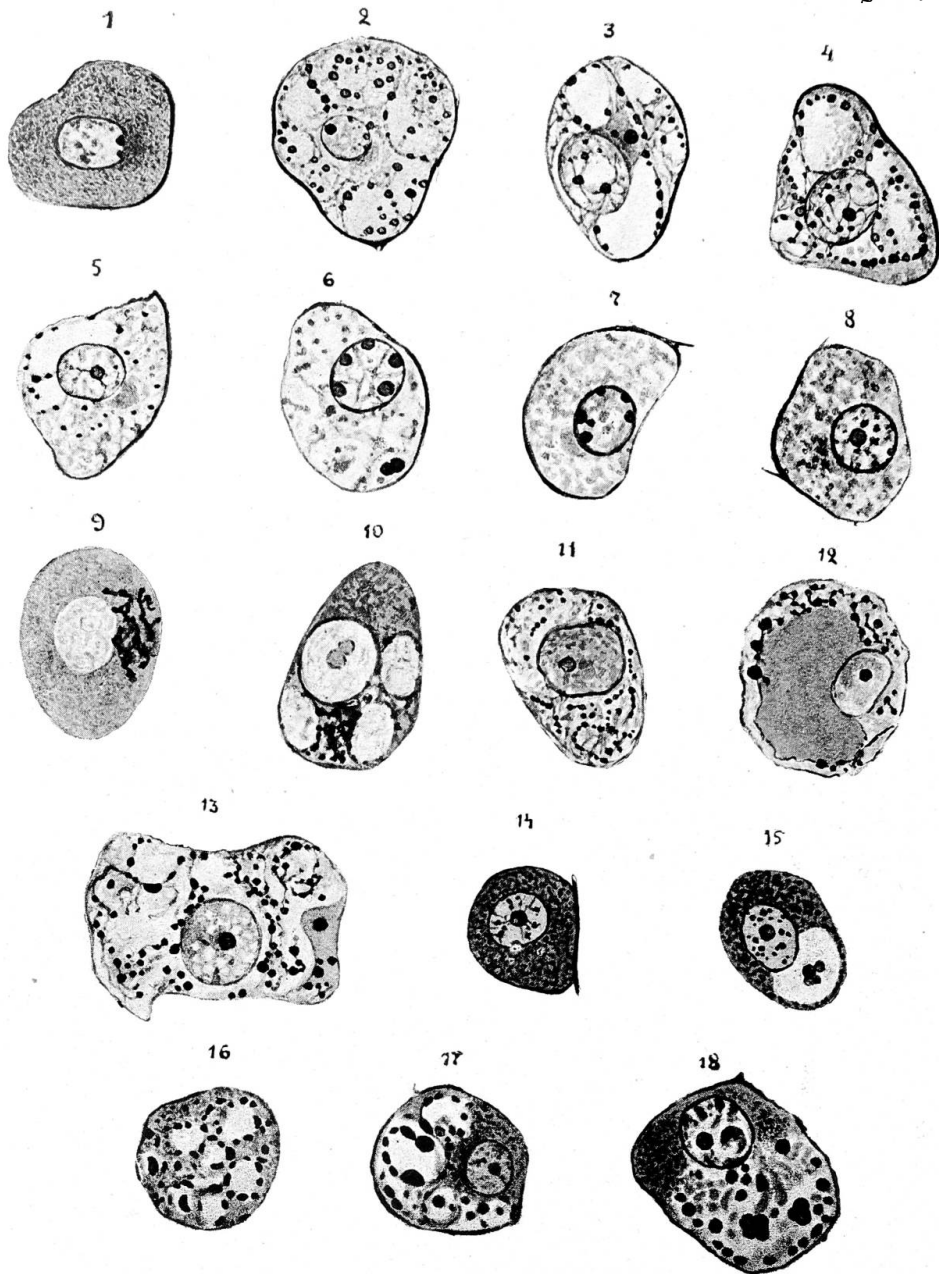
В заключение отметим, что изменения у голубей-самцов при авитаминозе В бывают выражены сильнее, чем у самок, и более значительны в весенний и летний сезоны, чем зимой. Причина этого, очевидно, лежит в некоторой разнице обмена веществ в зависимости, во-первых, от пола, а затем от сезонного диморфизма, имеющего место у птиц.

На основании всего изложенного мы можем сделать нижеследующие выводы:

1) Так наз. „клетки кастрации“ и „клетки тиреоидэктомии“ являются идентичными по своему строению с вакуолизированными базофилами, появляющимися в колоссально повышенном, по сравнению с нормальными железами, количестве в гипофизах В-авитаминозных голубей.

2) Они неправильно носят названия „клеток кастрации“ и „клеток тиреоидэктомии“, ибо эти названия указывают, что они являются морфологическим выражением непосредственной связи между мозговым придатком с одной стороны и щитовидными и половыми железами — с другой.

3) Между тем причина усиленного появления указанных клеток в гипофизе лежит, повидимому, в определенном состоянии обмена веществ,



- 1) Нормальный базофил в гипофизе голубя.
- 2, 3 и 4) Различные стадии вакуолизации базофилов при авитаминозе В у голубей.
- 5, 6, 7 и 8) Различные переходные клеточные формы от вакуолизированных базофильных клеток к нормальному клеточному типу.
- 9) Ретикулярный аппарат в нормальном базофиле.
- 10) Ретикулярный аппарат в вакуолизированном базофиле.
- 11) Хондриома нормального базофила.
- 12 и 13) Хондриомы в вакуолизированных базофилах.
- 14) Нормальный эозинофил гипофиза голубя.
- 15) Измененный эозинофил из гипофиза авитаминозного голубя.
- 16) Вакуолизированный базофил из гипофиза щенка после пилокарпинизации.
- 17) Вакуолизированный базофил из гипофиза щенка после тиреоидэктомии (т. наз. „клетка тиреоидэктомии“).
- 18) Вакуолизированный базофил из гипофиза крысы после кастрации (т. наз. „клетка кастрации“).

В частности в понижении ассимиляционной способности организма по отношению к углеводам, с высоким содержанием последних в крови.

Что касается до морфологии мозгового придатка при авитаминозе В непосредственно, то результаты наших исследований сводятся к следующему:

1) При авитаминозе В в гипофизах у голубей происходит процесс вакуолизации гесп. появления капель вещества, очевидно, белкового характера, в протоплазме базофильных клеток; максимального развития процесс этот достигает на 25-ый день заболевания.

2) С 25-го дня процесс вакуолизации обычно идет на убыль, и в железах появляются светлые клеточные формы, представляющие все переходы от вакуолизированных элементов к нормальному клеточному типу.

3) Параллельно с процессом вакуолизации базофилов в гипофизах голубей происходят и несколько слабее выраженные изменения эозинофилов, состоящие в появлении в протоплазме этих клеток ряда мелких и крупных вакуол, содержимого которых не удалось фиксировать ни одним из применявшихся нами фиксажей; это содержимое не окрашивалось ни суданом III, ни осмиевой кислотой.

4) По мере развития авитаминоза В в передней доле гипофизов голубей происходит до 25-го дня уменьшение, почти до полного исчезновения, внутريدолькового коллоида, а затем в конце заболевания мы имеем некоторое увеличение его, но все же значительно не достигающее нормы; в задней доле содержание коллоида бывает обычно понижено по сравнению с контролем.

5) Процесс вакуолизации клеточных элементов железы говорит за очевидное повышение ее функции при авитаминозе В и, повидимому, находится в связи с состоянием углеводного обмена веществ, имеющим место при названном заболевании.

6) Изменения в железах голубей-самцов бывают выражены резче, чем у самок, и происходят сильнее в весенний и летний периоды по сравнению с зимним.

7) У крыс при авитаминозе В наблюдаются в мозговых придатках увеличение в числе базофилов и, повидимому, уменьшение эозинофилов; качественных клеточных изменений в железах у них почти не бывает, т. е. явления авитаминоза В у крыс развиваются в течение значительного промежутка времени. Указанные изменения в гипофизах у крыс, как и у голубей, находятся в связи с известным состоянием метаболизма углеводов.

8) Явления некробиоза клеточных элементов в железах голубей и крыс при авитаминозе В не представляют ничего характерного для этого состояния и, будучи выражены незначительно сильнее, чем в норме, являются не чем иным, как следствием нарушенного питания железистых клеток, ктому же находящихся в условиях повышенной деятельности, вследствие деструкции обмена веществ.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Abderhalden. Pflüger's Arch. 187, 1921; 195, 1922.—
2) Addison. Journ. of neurol., vol. 28, № 2, 1917.—3) Alpern u. Collazo. Zeit. f. d. exp. Med., Bd. 35, H. $\frac{1}{6}$, 1923.—4) Aschner.

- Handb. d. inn. Sekretion, Bd. 2, 1927.—5) Berg. Die Vitamine. Leipzig-1927.—6) Biedl. Innere Sekretion. Berlin. 1916.—7) Bierry, Portier et Randoïn. Cpt. rend. d. Sol. d. biol., 85, 845, 1920; Chem. Centr., 91, 3, 1920.—8) Borchard. Deut. m. Woch., № 20, 1925.—9) Col-lazo. Bioch. Zeit., 134, 1922; 136, 1923.—10) Cushing. Цит. по Ви-ноградову, Acta medica, 1926, и по Aschner'y.—11) Driel. Ne-derl. Tijd. v. gen., 64, 1350, 1920.—12) Eppinger, Falta und Ru-дinger. Zeit. f. klin. Med., 67, 1909; Verh. d. 25 Congr. f. inn. Med., 1908.—13) Falkenberg. Verh. d. 10 Cong. f. inn. Med. 1891.—14) Fin-dlay. Цит. по Funk'y.—15) Franchini. Berl. kl. Woch., 1910, № 14—16.—16) Funk. Die Vitamine. 1922.—17) Funk u. Douglas. Journ. of phys., 47, 475, 1914.—18) Funk u. Schonbörsn. Ibid., 48, 328, 1914.—19) Hirsch. Zeit. f. exp. Path. 1906, 1908.—20) Izumi. Цит. по Ber. u. d. ges. Phys., Bd. 16, 1922.—21) Kihn. Avitaminosen u. verwandte Krankheitszustände, 1927.—22) Katsunuma. Цит. по Schimazono, Kihn's Avit., 1927.—23) Kraus. Virch. Arch. 1923.—24) Lawrence a. Hewlett. Brit. med. journ., № 3361, 1925.—25) Marrossinie Luciani. Arch. ital. d. biol., t. 56, 1911.—26) Mc. Carrison. Indian journ. of med. res. 1919.—27) Miller. Цит. по Виноградову.—28) Nagayo. Цит. по Schimazono.—29) Nukarija. Klin. Woch., 1925, № 27.—30) Аброев. Рус. Арх. Анатом., 1918.—31) Ogata. Цит. по Shi-noda.—32) Ogata, Kawakita, Oka u. Kagoshima. Mitt., d. med. Fakult. d. Univ. Tokyo, 27, H. 3, 1921.—33) Палладин и Кудряв-цева. Bioch. Zeit., 154, H. 1/2, 1924.—34) Plaut. Zeit. f. d. exper. Med., 32, H. 1/4, 1923.—35) Portier. Цит. по Berg'y.—36) Поро-вич. Arch. de phys., 1888.—37) Затворницкая. Zeit. f. mikr. Anat., Bd. VI, 1926; Bd. VIII, 1927.—38) Schinoda. Pilüger's Arch., 203, H. 1/4, 1924.—39) Schönberg u. Sakaguchi. Frankf. Zeit. f. Pa-thol., Bd. 20, H. 3, 1917.—40) Stieda. Ziegler's Beit., Bd. 7, 1890.—41) Stepp u. György. Avitaminose u. verwandte Krankheitszustände. 1927.—42) Stolper. Zentr. f. d. ges. Physiol., 1911, № 21.—43) Tra-utmann. Frankf. Zeit. f. Path., 18, 1916; Arch. f. wiss. u. prakt. Tierh., Bd. 44, 1918.—44) Часовников. К морфологии мозгового придатка. Томск. 1915.—45) Underhill. Journ. of biol., 1911—12.—46) Zacherl. Цит. по Biedl'ю.

Памяти глубокоуважаемого учителя проф. С. С. Зимницкого посвящает свой труд автор.

К патологии ретикуло-эндотелиального аппарата.

Д-ра Л. И. Виленского.

„Наука одна, и в исканиях ее не должно быть никаких компромиссов и zweideutige Wege. Только тогда можно стать на правильный путь в исканиях истины“.

(Из надписи проф. С. С. Зимницкого).

В предыдущей нашей работе „К учению о функциональной диагностике ретикуло-эндотелиального аппарата“¹⁾ мы, пользуясь методикой Adler'a и Reimann'a, установили, что определение выделения из крови человека коллоидных растворов, производящих интравитальную окраску, дает возможность судить о функции ретикуло-эндотелиального аппарата. Нами были выставлены следующие положения: 1) У здоровых людей через час после впрыскивания в вену 10 к. см. 1% раствора краски в крови остается 30% ее. 2) У инфекционных больных происходит задержка выделения краски из крови в зависимости от тяжести случая: а) при легко протекающей инфекции через час после введения краски в вену в плазме крови больных остается 50% коллоида, б) при тяжелых инфекциях через час после внутривенного введения краски остается 70—80—100% ее. Задержка краски в плазме крови наблюдается также у инфицированных кроликов, а также у белых крыс, зараженных спирохетой Duttoni. В дальнейшем мы продолжили свои исследования и еще больше убедились в правильности выставленных нами положений.

Некоторые из находившихся под нашим наблюдением больных погибли и подверглись вскрытию в секционной кафедры патологической анатомии Гос. Института для усов. врачей (д-р М. Л. Черокова). Исследование органов, полученных при этом, на предмет определения отложения в них красящих веществ и составляло первую задачу нашего настоящего труда.

Если отложение красящих веществ в организме животного в настоящее время сравнительно хорошо изучено при помощи метода прижизненной окраски, то об отложении краски у людей мы имеем лишь очень скудные сведения. Между тем детальное изучение прижизненной окраски имеет не только теоретическое, но и практическое значение. Процессы распределения красок в организме, по мнению Möllendorff'a,

¹⁾ Zeit. f. d. ges. exp. Med., Bd. 54, H¹/₂.

затрагивают много таких проблем, которые представляют чрезвычайный интерес для патологии и фармакологии, и разрешение которых, несомненно, поведет к важнейшим практическим последствиям.

Adler в одном случае, впрыснув больному незадолго до смерти 80 к. см. 1% раствора Congorot, получил интравитальную окраску ретикуло-эндотелиального аппарата.

Benhold, при внутривенном введении Congorot больным, заметил, что у больных с амилоидом происходит быстрое исчезновение краски из крови. Обследуя секционный материал, этот автор установил, что „амилоидная субстанция обладает способностью задерживать Congorot“.

Для исследования функциональной способности ретикуло-эндотелиальной системы у людей Erpinger и Stöhr пользовались ferrum saccharatum. Они заметили, что при различных заболеваниях зернистое отложение впрыснутого железа в отдельных частях ретикуло-эндотелиального аппарата бывает неодинаково, причем наиболее сильное отложение его имеет место в Kupffer'овских звездчатых клетках печени. При хронической лейкемии железо не откладывается в аппарате печени, лимфатических желез и костного мозга. При амилоиде звездчатые клетки печени, эндотелий селезенки и ретикуло-эндотелиальный аппарат лимфатических желез воспринимают его, в области же амилоидной субстанции отложений нет. При вторичной сморщенной почке с явлениями уремии отложения железа были найдены в Kupffer'овских клетках печени, ретикуло-эндотелиальный же аппарат селезенки, костного мозга и лимфатических желез оказался свободен от него. При diabetes mellitus в Kupffer'овских клетках, при сильном ожирении печени, отложения железа не было. Всего у Erpinger'a и Stöhr'a было 12 наблюдений, которые побудили авторов прийти к выводу, что ретикуло-эндотелиальный аппарат человека способен воспринимать железо, и что неодинаковое отложение его при различных заболеваниях может быть использовано, как функциональная проба R. E. аппарата.

Переходим теперь к нашим случаям. Из значительного нашего материала погибло от различных инфекций 8 больных. Приводим краткие выдержки из историй их болезни и эпикриза вскрытий.

I. Больной Г., 35 лет, вес тела 60 кгр. Поступил в Клинику инфекционных болезней Гос. Института для усов. врачей с диагнозом typhus exanthematicus, пробыл в Клинике 7 дней, умер при явлениях нарастающей сердечной слабости. *Diagnosis anat.: typhus exanth., degeneratio parenchym. myocardii, tumor lienis acutus, glomerulo-nephritis acuta.*

II. Больной Д., 21 года, вес 55 кгр., погиб от сыпного тифа на 12-й день болезни. *Diagn. anat.: typhus exanth., hyperaemia cerebri, deg. parenchym. myocardii, bronchopneumonia bilateralis.*

III. Больной П., 35 лет, вес 45 кгр., обширный деструктивный процесс в обоих легких с массой палочек Koch'a в мокроте. *Diagn. anat.: tbc pulmonum utriusque praecipue exudativa, cavernae apicis dext.*

IV. Больной Ч., 6 лет, вес 20 кгр., поступил с диагнозом hydrocephalus chronicus, tumor cerebelli, tbc pulmonum. *Diagn. anat.: hydrocephalus internus, glioma cerebelli, tbc pulmonum, tbc caseosa lymphoglandularum bronchialium, degeneratio amyloidea renum.*

V. Больной Т., 21 г., вес 55 кгр., погиб от возвратного тифа. *Diagn. anat.: typhus recur., hyperaemia cerebri, dilatatio cordis, tumor lienis acutus, degeneratio parenchym. hepatis et renum.*

VI. Больной М., 23 лет, вес 55 кгр., погиб от милиарного тbc. *Diagn. anat.: tbc miliaris почти всех внутренних органов.*

VII. Больной П., 34 лет, вес 40 кгр., клинический диагноз endocarditis lenta, insuf. v. aortae et v. mitralis. Больной считает себя больным с осени 1925 г.,

когда стал замечать ежедневное повышение t^0 , которое по временам достигало 39° , ознобы и поты по ночам. Были, однако, периоды по 2 недели и больше, когда температура была нормальна. Больной сильно истощен. Левая граница сердца на 2 см. кнаружи от l. mam. sin., правая на 1 см. вправо от l. med., верхняя с IV ребра. На верхушке систолический и слабый диастолический шум, усиливающийся резко к основанию. Pulsus celer. Кров. давление 140—30 мм. Селезенка увеличена. Кровь: E.—2.700.000, L.—4850, F.J. 0,7. Моча: уд. в. 1,015, белка 0,9%, в осадке эритроциты. Diagn. anat.: endocarditis exulcerosa- verrucosa v. aortae et verrucosa v. mitralis, insuf. v. aortae et v. mitralis, hypertrophia et dilatatio cordis, atheromatosis aortae, splenitis acuta septica, nephroso-nephritis subchronica. Из крови сердца выращен streptococcus viridans.

VIII. Больная С., 30 лет, вес 34 кг. Клинический диагноз: tbc pulmonum exudativa, ulcera ilei intestinorum. Поступила в Терапевтическую клинику Гос. Института для усов. врачей в тяжелом состоянии, с обширным притуплением и обильным количеством звучных крупно-пузырчатых хрипов во всех долях легких. Больная пролежала в клинике 30 дней и умерла при явлениях нарастающей слабости. Diag. anat.: tbc productivo-exudativa pulmonum, cavernae apicis utriusque et lobi inf. pulmonis sin., pleuritis adhaesiva bilateralis, tbc ulcerosa laryngis, peritonitis tbc, ulcera tbc ilei et coli, degeneratio amyloidea lienis et renum, tbc hepatis.

Всем перечисленным больным было введено в вену, для определения процента задержки краски, за нижеуказанный срок по 10 к. см. 1% раствора Трипанблау или Condorot. В двух последних случаях введено еще добавочно под кожу правого бедра 1% раствора трипановой сини, а именно, в VII случае 86 к. см. за день до смерти и в VIII сл.— 75 к. см. за 14 дней до смерти. Количество введенной краски и срок введения ее были таковы:

I сл.	— в вену 10 к. см. 1% раствора Congorot за 3 дня ante exitum	
II	„ „ „ „ „ „ „ 2 „ „	
III	„ „ 10 к. см. 1% раст. трипановой сини за 30 ч.	„
IV	„ „ „ „ „ „ „ 48 ч.	„
V	„ „ „ „ „ „ „ 60 ч.	„
VI	„ „ „ „ „ „ „ 50 ч.	„
VII	„ „ „ „ „ „ „ 38 ч.	„
и	86 к. см. под кожу „	24 ч. „
VIII	„ „ 10 к. см. 1% раст. трип. сини в вену „	15 дн. „
и	72 к. см. „ „ под кожу „	14 дн. „

Таким образом двум последним больным в различные промежутки времени введено трипановой сини: в VII случае—96 к. см., а в VIII— 82 к. см., т. е. по 2,4 кб. см. на кило веса. Впрыскивая двум последним больным трипановую синь, мы исходили, во-первых, из известной ее безвредности для животного организма, а с другой стороны применили ее как ultimum refugium, в качестве хемотерапевтического средства, ибо трипаноцидное действие ее хорошо известно (Нутро и Марек и др.). При септическом хроническом эндокардите в настоящее время применяется другое красящее вещество—генциана-виолет (Ralph, Кушелевский); возможно, что таким же действием отличается и трипановая синь. В случае же VIII, где существовал ясно прогрессирующий экссудативный tbc, путем введения трипановой сини мы надеялись усилить продуктивный процесс, т. к. имеются некоторые указания, что небольшие дозы прижизненно красящих веществ действуют раздражающе на гистiocитарный и ретикуло-эндотелиальный аппарат.

При вскрытии во всех случаях брались кусочки из различных органов, принадлежащих к R. E. S., а также из легких, почек, подкож-

ной клетчатки; кусочки эти фиксировались в 10% растворе формалина, срезы из них делались на замораживающем микротоме, рассматривались в неокрашенном виде в канадском бальзаме, и только для изучения структуры клеток применялась окраска квасцовым кармином или гема-теином.

В случаях I и II, где был введен Congorot, макроскопически окрашивания кожи, подкожной клетчатки и внутренних органов не было обнаружено. Точно также и микроскоп не дал указания на присутствие краски ни в виде зернистых отложений, ни в виде диффузной имbibции.

В случаях III—VI (трипановая синь) на вскрытии обнаружено было слабое посинение кожных покровов, подкожной клетчатки и внутренней оболочки аорты. Во внутренних органах, благодаря их собственной окраске, насыщения краской не было заметно. Под микроскопом на неокрашенных срезах была видна очень слабая диффузная имbibция в виде пятен в немногих участках подкожной клетчатки, лимфатических желез, печени и стенки аорты; зернистого отложения (Speicherung) обнаружено не было.

Что касается, наконец, случаев VII и VIII, то мы считаем излишним остановиться на них более подробно. При вскрытии этих трупов было обнаружено сильное посинение кожи, подкожной клетчатки, фасций, слизистых и серозных оболочек, внутренней оболочки сосудов и большинства внутренних органов. Картина окраски органов вполне уподоблялась тому, что наблюдается обычно у животных при значительном насыщении органов трипановой синью. Отдельно следует остановиться на избирательной окраске пораженных мест. В случае VII (endocarditis lenta) внутренняя оболочка аорты была диффузно окрашена в слабоболубоватый цвет, местами же выступали участки интенсивно-синего цвета, соответствовавшие атероматозным бляшкам. Отдельно следует отметить интенсивно-синюю окраску клапанов аорты и двухстворки, а также прижизненных тромбов между трабекулами правого сердца. В случае VIII (tbc pulmonum exudativa, tbc laryngis, ulcera ilei et coli) особенно сильное насыщение краской было отмечено на язвенной поверхности гортани, пораженного кишечника и в легких. На разрезе легких буторки и казеозные участки своим синим цветом резко отличались от остальной ткани.

Касаясь избирательной окраски пораженных мест, мы должны отметить, что этот факт известен уже со времен классических опытов Goldmann'a. Уже первые опыты этого автора, с интравитальной окраской Pyrrholblau и Trypanblau, показали, что интенсивность окраски представляет различные вариации. Так, на поврежденном ухе крысы окраска бывает сильнее, чем на здоровом. Искусственно вызывая опухоли у этих животных, Goldmann заметил, что самая яркая окраска была там, где находилась опухоль.

Таким образом сильное отложение краски на пораженной поверхности клапанов сердца и в атероматозных участках аорты в VII случае, а также на язвенной поверхности гортани и кишечника и в туберкулезных очагах легких в VIII случае, следует рассматривать, как определенный Avidität заболевшего органа к краске.

Американский автор Ralph рекомендует лечить инфекционный эндокардит краской генциана-виолет; в одном случае инфекционного

эндокардита, с нахождением *streptococcus viridans* в крови, он получил излечение от 3-кратного внутривенного вливания водного раствора этой краски из расчета по 0,5 mgr. ее на кило веса больного. Кушелевский также рекомендует при *endocarditis lenta* внутривенное вливание раствора генциана-виолета. Возможно, что действие этой краски заключается, помимо стимулирования ретикуло-эндотелиального аппарата к борьбе с инфекцией, также и в местном действии на пораженные клапаны сердца. С этой точки зрения подмеченное нами сильное отложение краски на пораженной поверхности клапанов сердца и на бляшках аорты имеет большой практический интерес, выявляя некоторые вопросы, связанные с красящей терапией. „Таким путем, может быть, было бы возможно фиксировать местно в соединительной ткани циркулирующие в крови при патологических условиях вещества или вызывать их уничтожение на месте отложения. С этой точки зрения, вероятно, объясняется и механизм действия местных раздражающих факторов, которые применяются с терапевтическими целями“ (Boerner-Patzelt).

Что касается окраски аорты в нашем сл. VII, то факт особенно сильного отложения краски на склеротических бляшках ее является особенно интересным в связи с исследованиями Окунева, который впрыскивал трипановую синь различным животным и, изучая характер отложения краски на различных частях аорты, заметил, что у кроликов, белых крыс и морских свинок происходит диффузная имбибиция краски стенок аорты. У собак и кошек, при впрыскивании средних доз, краска распределяется в виде пятен на следующих местах: на месте отхождения *art. anonymae* и *art. subclaviae sin.*, в области рубца *ductus art. Botalli*, у края *sinus aortae* и, наконец, в нисходящей части аорты на месте отхождения *art. intercostalis*. При более сильном насыщении животных краской среди диффузно окрашенной стенки аорты вышеуказанные места выделяются в виде пятен, сильно воспринявших краску. В нашем случае атероматозные бляшки распределялись по преимуществу в тех же местах аорты, и таким образом здесь имела место полная аналогия эксперимента Окунева.

Переходим теперь к результатам микроскопического исследования VII и VIII случаев. Принимая во внимание значительное посинение органов в этих случаях, должно было бы ожидать обильного зернистого отложения краски в R. E. S. Однако, как показало исследование неокрашенных срезов, посинение органов зависело почти исключительно от диффузной имбибиции краской опорной ткани, *Speicherung* же встречалось только в немногих органах и притом в том виде, как мы обычно наблюдаем у животных при первых следах его. Так как результаты в обоих случаях были почти аналогичные, то мы опишем их вместе.

В подкожной клетчатке правого бедра, прилегавшей к месту введения краски, были найдены резкое пропитывание ткани синью и довольно значительное число отростчатых форм гистиоцитов, начиненных грубыми зернами сини. Очень мелкие зернышки в ничтожном числе находились и в отдельных фибробластах. В паховых железах правой стороны, прилегавших к месту укола, было значительное зернистое отложение краски в клетках *reticulum'a* и эндотелия. Содержащие краску клетки лежали, кроме того, свободно в синусах. Клетки фолликулов представлялись неокрашенными. В левых паховых и забрюшинных

железах встречены первые следы зернистого отложения краски, преимущественно в клетках *reticulum'a*; в остальных лимфатических железах *Speicherung* не обнаружено. В эндотелии капилляров печени было отмечено еще заметное отложение мелких зернышек сини, в селезенке — первые следы зернистого отложения краски в клетках *reticulum'a* и эндотелия, в костном мозгу зернистого отложения не обнаружено. В случае VII, при исследовании бляшек аорты, обнаружена диффузная имбибиция как гнезд атероматозного распада, так и клеточных элементов: отдельные гистиоциты в области бляшек содержали зерна сини, тромботические массы клапанов сердца были диффузно имbibированы, немногочисленные клеточные элементы их зерен сини не содержали. Что касается случая VIII, то посинения амилоидной субстанции в селезенке и почках не было обнаружено, в легких оказалось диффузное посинение казеозных очагов, в клеточных элементах бугорков и грануляционной ткани зернистого отложения сини не было, в срезах из краев язвенных поверхностей гортани и кишок найдено слабое диффузное посинение без отложения зерен сини в клеточных элементах. В почках сл. VII была обнаружена диффузная имбибиция извитых канальцев первого порядка без отложения зерен в эпителии их, в почках VIII сл. — отсутствие отложения краски.

Таким образом в первых двух наших случаях (Congorot) мы не получили ни имбибиции, ни зернистого отложения краски в тканях. В сл. III—VI было найдено диффузное пропитывание ткани краской без зернистого отложения ее, в сл. VII—VIII установлена способность R. E. аппарата селезенки, печени, лимфатических желез слабо воспринимать краску в зернистой форме, и только в паховых железах, прилежавших к месту введения краски, было обнаружено значительное зернистое отложение ее. Как рассматривать полученные нами данные?

Теплов, изучая процесс отложения в организме кроликов 2% раствора литионного кармина, установил следующие моменты: 1) первичное диффузное пропитывание опорной ткани, 2) — вторичную имбибицию опорной ткани, 3) вторичное перераспределение краски по клеткам, наконец, 4) все время параллельно идущий подвоз краски к выделительным органам и отложение ее в клетках этих органов с последующим исчезновением из них. Boerner-Patzelt в процессе интравитальной окраски видит две фазы одного и того же состояния, причем первая — диффузная — фаза переходит во вторую, зернистую (*Speicherung*). Таким образом в III—VI наших случаев имела место диффузная стадия окраски по Boerner-Patzelt'у, а в VII и VIII случаях, помимо диффузного пропитывания, отмечено, хотя и слабое, но все же зернистое отложение краски в R. E. аппарате.

Теперь возникает вопрос, отчего в первых двух случаях (Congorot) не было никакого отложения краски в тканях, в III—VI — только имбибиция, а в VII—VIII — слабое зернистое отложение (*Speicherung*) в R. E. аппарате? Отложение красящих веществ в R. E. аппарате, как это в настоящее время точно доказано Schulleman'ом, Pfeiffer'ом, Standenath'ом, Boerner-Patzelt'ом и др. авторами, зависит от целого ряда условий: 1) от свойства впрыскиваемого раствора: а) от электрического заряда коллоидного раствора (откладываются только электроотрицательные коллоиды), б) от степени дисперсности коллоида,

(элективнее откладываются коллоиды с частицами средней величины), 2) от промежутка времени, который прошел между последней инъекцией и исследованием, 3) от физиологического или патологического состояния клеток, на что обратили внимание еще Goldmann и Kijono.

Мы пользовались красками Congorot и Трипанблау — семиколлоидами бензидинового ряда, близко стоящими друг к другу по химической структуре, но безусловно различными по свойству давать интравитальную окраску R. E. аппарата.

В уже цитированной выше нашей статье мы указали, что только при резком насыщении собаки 1% раствором Congorot (10 к. см. 1% раствора краски на 1 кгр. веса) могли получить слабое зернистое отложение краски в некоторых органах. Что же касается наших случаев, то мы ввели I и II больным по 0,16—0,18 к. см. на кило веса — количество слишком незначительное, и отсутствие отложения краски у этих больных скорее всего можно отнести именно на малое количество введенной краски.

Остальным больным мы вливали трипановую синь, представляющую собою семиколлоид высокой дисперсности и обладающую, как известно, энергичной способностью к интравитальной окраске (Bouffard, Goldmann, Aschoff, Schulemann, Möllendorff, Boerner-Patzelt и др.). Большинство этих больных получили внутривенно по 10 к. см. за 1—3 дня до смерти. Конечно, эта доза, по аналогии с Congorot, должна считаться тоже очень незначительной, и отсутствие зернистого отложения у этих больных также может быть объяснено недостаточностью количества введенной краски. Что касается случаев VII и VIII, то здесь общая доза краски была более значительной, и слабое поглощение ее лишь частью ретикуло-эндотелиальной системы (не было Speicherung в костном мозгу и части лимфатических желез) можно было объяснить, помимо дозы, в VIII случае продолжительностью срока, прошедшего между введением краски и исследованием, и в обоих случаях — понижением адсорбционной способности R. E. S. у этих больных.

Для выяснения значения этих моментов нами был поставлен ряд опытов, причем из экспериментальных животных мы остановились на собаках, как животных, более близко стоящих по весу к нашим больным.

Первая серия опытов была поставлена для выяснения вопроса о том, при какой минимальной дозе 1% раствора Трипанблау, введенного в вену или под кожу, получают первые следы зернистого отложения краски в R. E. аппарате. Опыты эти показали, что при внутривенном и подкожном введении краски ниже 1,7 к. см. 1% раствора на 1 кило веса отложения ее в R. E. ни разу не наблюдалось. Speicherung в ближайших регионарных (паховых) железах, при подкожном введении краски, нужно объяснить только непосредственным захватыванием краски из очага массового введения ее; в других же лимфатических железах отложения не наблюдалось. В дозах же от 1,7 к. см. до 2,5 к. см. 1% раствора на 1 кило веса получалось индивидуальное, различной силы, отложение краски в большинстве органов R. E. S. в виде ясного, но, в общем, несильного зернистого отложения, и только в дозах, превышающих 2,5 к. см., имело место уже более значительное или даже сильное насыщение органов R. E. S. Таким образом можно принять, что доза между 1,7—2,5 к. см. для собак является достаточ-

ной для первого ясного выявления *Speicherung*. Мы называем эти дозы минимальными. Нужно еще добавить, что в большинстве наших опытов этой группы даже при сильном насыщении животных краской наблюдалось в селезенке или отсутствие *Speicherung*, или значительно меньшее отложение краски, чем в других органах. Факт этот был подчеркнут *Loungos'om* и *Schleuer'om* и для белых мышей.

Для определения сроков сохранения введенной краски в *R. E.* системе нами было поставлено четыре опыта, где животные убивались через две недели. На основании этой серии опытов мы пришли к выводу, что при введении минимальной дозы у собак в течение 2 недель сохраняется еще *Speicherung* в *R. E. S.* Как известно, *Goldmann* при исследовании органов крыс даже через 10 месяцев после впрыскивания им раствора *Pyrrolblau* мог установить, что в печени сохранялись еще слабые следы краски, ясно сохраняла синюю окраску и кожа, в других же органах отложения не было.

Хотя результаты исследований над животными нельзя перенести всецело на людей, но все же на основании результатов этих двух групп наших опытов можно думать, что слабое зернистое отложение краски у наших больных в случаях VII и VIII не находилось в зависимости ни от дозы, ни от промежутка времени, который прошел между инъекцией и исследованием. Раз это так, то причиной понижения адсорбционной способности *R. E. S.* у наших двух этих больных могло служить только частичное угнетение функции *R. E.* аппарата, зависевшее от деструктивных изменений его в зависимости от основного болезненного процесса.

В самом деле, еще *Ribbert* установил различное отношение к отложению краски в нормальных и больных клетках: в последних кармин или вовсе не появлялся, или окрашивал их диффузно, не отлагаясь в виде зерен. *Goldmann*, вызывая искусственно желтуху у мышей, нашел, что при последующем впрыскивании *Trypanblau* незаметно было зернистого отложения краски в *Kupffer'овских* клетках печени.

Впрочем даже многочисленные исследования последнего времени в области учения о „блокаде“ *R. E.* аппарата не могут дать исчерпывающего ответа на вопрос о причине понижения адсорбционной способности этого аппарата. Произведенные в этом направлении опыты дали в руках различных авторов неодинаковые результаты. Так, *Bieling*, *Isaac*, *Siegmund*, *Neufeld*, *Meyer* и др. получили эффект в смысле блокирования взвесями коллоидных красок и металлов. *Rosenthal* же, *Moses* и *Petzal* не получили соответствующих результатов. *Frankel* и *Grünenberg*, блокируя спленэктомированных кроликов электроферролом и иммунизируя их *B. proteus X/19*, не могли обнаружить разницы в высоте титра у нормальных и блокированных животных. *Кричевский* и *Меерсон* установили, что терапевтическое действие неосальварсана и его стерилизующий эффект находятся в самой тесной зависимости от состояния *R. E.* аппарата: только при нормальной функции последнего сальварсан в состоянии развернуть присущую ему терапевтическую активность. *Леонтьев* нашел, что введение кроликам *Trypanblau* и *Congorot* не влияет на образование агглютининов, и только парентеральное насыщение организма растворами тех же красок в токсической дозе ведет к уменьшению выработки последних. Антиретикуло-

эндотелиальная цитотоксическая сыворотка (приготовленная для селезенки и костного мозга), введенная парентерально, повышает, по этому автору, выработку количества агглютининов. Варшамов в опытах с блокированием ретикуло-эндотелиальной системы не получил положительных результатов, — ни в одном случае блокирования взвешями коллоидных красок и металлов он не установил значительного понижения титра сыворотки; эта неудача не говорит, однако, по его мнению, о том, что ретикуло-эндотелиальная система не участвует в выработке иммунтел, а скорее указывает только на наше неумение должным образом блокировать эту систему. При внутривенном введении кроликам антиретикуло-эндотелиальной цитотоксической сыворотки с последующим иммунизированием эритроцитами барана этот автор получил повышение титра сыворотки по сравнению с контролем. Schulemann указывает, что пигмент, выполняющий у лягушек часть звездчатых клеток, препятствует восприятию витально введенных красящих веществ, и, наоборот, те клетки, которые не содержат пигмента, легко поглощают введенные краски. Kijono и Ribbert констатировали присутствие в печени и селезенке, в протоплазме некоторых макрофагов, зернышки коричневого пигмента, причем в этих клетках отложения впрыснутого кармина встречались лишь в небольшом количестве. Paschkis в первых своих исследованиях, после иммунизации крыс стрептококковой вакциной и последующего впрыскивания им литионного кармина, не нашел отложения краски в R. E. аппарате селезенки. В дальнейших своих исследованиях тот же автор, при иммунизации крыс с экстирпированной селезенкой, с последующим впрыскиванием им красок, не мог установить понижения отложения коллоида и в других частях R. E. аппарата, несмотря на то, что с удалением селезенки остальной R. E. аппарат как бы функционально берет на себя ее работу. На основании своих исследований автор приходит к выводу о чрезвычайной трудности выяснения тех интимных процессов, которые происходят в R. E. аппарате.

В виду того, что *endocarditis lenta*, имевший место у нашего VII больного, представляет собой стрептококковую инфекцию (Schottmüller), нами были поставлены опыты на собаках с иммунизацией их стрептококковой вакциной. Животные подвергались такой иммунизации в течение 5—7 недель, а затем им вводилась трипановая синь. Опыты эти показали, что после иммунизации собак стрептококковой вакциной не только не наблюдается отсутствия отложения краски в отдельных частях R. E. аппарата, но не отмечается и понижения адсорбционной его способности.

Таким образом, не давая категорического ответа о причинах слабого отложения краски у наших больных VII и VIII, мы на основании своих исследований склоняемся более к заключению, что причина эта главным образом кроется в деструктивных процессах R. E. S., зависящих от основного болезненного процесса, подобно тому, как это наблюдали Erpinger и Stöhr по отношению к некоторым своим случаям.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1) Ретикуло-эндотелиальный аппарат человека способен воспринимать коллоидные растворы, обладающие способностью давать интравитальную окраску (Trypanblau).

2) Под влиянием инфекции происходит понижение адсорбционной способности этого аппарата у людей.

3) Для насыщения Р. Е. аппарата собак трипановой синью нужны минимальные дозы, колеблющиеся, в зависимости от индивидуальности животного, от 1,7 к. см. до 2,5 к. см. 1% раствора краски на кило веса животного.

4) Из всей Р. Е. системы собак селезенка слабее всего воспринимает краску.

5) При иммунизации собак стрептококковой вакциной мы не могли отметить бросающегося в глаза понижения адсорбционной способности Р. Е. аппарата.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Aschoff. *Erg. inner. Med.*, Bd. 26, 1924.—2) Goldmann. *Beitr. zur kl. Chir.*, Bd. 43, 1909.—3) Paschkis: *Zeit. f. die ges. exp. Med.*, Bd. 43, 1924.—4) Paschkis. *Ibid.*, Bd. 49.—5) Bieling u. Isaac. *Klin. Woch.*, 1922, № 29.—6) Nissen. *Zeit. f. d. ges. exp. Med.*, Bd. 28.—7) Pfeiffer u. Standenath. *Ibid.*, Bd. 37, 1923.—8) Möllendorff. *Deut. med. Woch.*, 1914, № 41.—9) Ralph. *Рец. Врач. Дело*, 1925, стр. 1046.—10) Boerner-Patzelt. *Zeit. f. d. ges. exp. Med.*, Bd. 34.—11) Bieling u. Isaac. *Ibid.*, Bd. 25.—12) Boerner-Patzelt, Gödel u. Standenath. *Das R. E. System.*—13) Benhold. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 142.—14) Okuneff. *Virch. Arch.*, Bd. 259.—15) Griesbach. *Deut. med. W.*, № 43, 1921.—16) Del Baer. *Wien kl. W.*, № 42, 1925.—17) Adler, Hugo u. Reimann. *Zeit. f. d. ges. exp. Med.*, Bd. 47.—18) Singer u. Adler. *Zeit. f. Immun-Forsch. u. exp. Ther.*, Bd. 41.—19) Siegmund. *Kl. Woch.*, 1922, № 46.—20) Rosenthal. *Zeit. f. Immun-Forsch.*, Bd. 43, 1925.—21) Zinger. *Ibid.*—22) Louros u. Schleyer. *Zeit. f. die ges. exp. Med.*, Bd. 52.—23) Rosenthal u. Spitzer. *Zeit. f. Immun-Forsch.*, Bd. 40.—24) Eppinger u. Stöhr. *Klin. Woch.*, № 31, 1922.—25) Rosenthal, Moses u. Petzal. *Zeit. f. d. ges. exp. Med.*, Bd. 41, 1924.—26) Schulemann. *Arch. f. mikr. Anat.*, 1912.—27) Wilensky. *Zeit. f. die ges. exp. Med.*, Bd. 54.—28) Hutyro u. Marek. *Инф. болезни*, т. 1, 1916.—29) Варшамов. *Журн. микробиологии*, т. 2, 1925.—30) Леонтьев. *Там же*.—31) Кричевский и Меерсон. *Там же*, т. 3, 1926.—32) Теплов. *Арх. Биол. наук*, т. XXV, 1925.—33) Кушелевский. *Каз. Мед. Журн.*, 1926, № 10.—34) Neufeld u. Meyer. *Zeit. f. Hygiene*, 1924, Bd. 103.—35) Fränkel u. Grünenberg. *Zeit. f. die ges. exp. Med.*, 1924, Bd. 41.

О сравнительной ценности некоторых простейших микрометодов количественного определения сахара в крови.

Д-ра Ф. Л. Шпанира.

Количественное определение сахара в крови является весьма важным при ряде болезненных состояний и особенно в последнее время приобретает большое значение при оценке результатов инсулиновой терапии и опасности ее в смысле появления гипогликемии. Важно оно также для определения тяжести нарушения обмена веществ и назначения терапии в тех случаях диабета, когда гликозурия отсутствует, или ничтожна, а равно при инсулиновой терапии недиабетических состояний, где в начале лечения нет гипергликемии, и благодаря этому выступает опасность вызвать последию. Наконец, установлено, что состояние вегетативной нервной системы и эндокринного аппарата вообще находит отражение в содержании сахара в крови.

Из ряда предложенных для этой цели методов большая часть не может удовлетворить практического врача, которому необходим метод легко выполнимый, достаточно обоснованный химически и не требующий ни сложной аппаратуры, ни большой затраты времени, ни взятия у больного значительных количеств крови. Последнее обстоятельство особенно важно в тех случаях, когда исследования приходится производить многократно у одного и того же больного.

Пользующиеся наибольшей известностью методы Bang'a и Folin-Wu при большой точности их пригодны скорее для научных целей, чем для повседневной клинической работы. Сложность реактивов, применение торсионных весов и специальных бумажек—при способе Bang'a, употребление колориметра и необходимость взятия более значительных количеств крови—при способе Folin-Wu, при значительной затрате времени на выполнение кропотливого исследования, естественно дали толчок к поискам, быть может, и менее точных, но зато более простых и удобовыполнимых методов.

Способы Michaelis'a, Lehmann'a-Maquenn'a, Hugh'a McLean'a, Komm'a, Mendel-Bausch'a, Herzfeld'a, Eisenhardt'a, Lewis'a и Benedikt'a, Lorber'a, Flatau, Benedikt'a в достаточной степени сложны как по технике своего выполнения, так и по аппаратуре. Из способов, доступных в обстановке небольшой больницы лаборатории и даже для практического врача, нами были испытаны два—Reist'a и Becher'a-Herrmann'a.

Reist (из клиники Sahli) предложил следующую методику: 0,1 к. см. крови набирается, путем укола мякоти пальца или ушной мочки, в пипетку и выдувается в пробирку с 3 к. см. абсолютного алкоголя. Пипетка повторно промывается. После встряхивания и получасового отстаивания жидкость фильтруют, споласкивают пробирку и фильтр алкоголем (2 раза по 2 к. см. алкоголя) и перегоняют все на водяной бане. Затем вводят в отгон по 0,3 к. см. первого и второго растворов Рауу (см. ниже) и 1,8 к. см. дистиллированной воды, смешивают и подогревают до начала кипения, после чего титруют из пипетки, разделенной на сотые части (или микробюретки) раствором виноградного сахара 1:1000 до обесцвечивания жидкости.

Расчет: для обесцвечивания взятого количества меди (в растворе Рауу) нужно 0,0003 виноградного сахара. Часть этого количества имела в виде сахара крови, недостающая же часть была прилита при титровании. Зная количество потраченного раствора, легко высчитать количество сахара во взятой крови—вычитя из 0,0003 количество сахара, прилитого при титровании.

Если (при гипергликемии) обесцвечивание наступает без дальнейшего прибавления раствора сахара (т. е. если в 0,1 к. см. крови содержится более, чем 0,0003 сахара),—берут удвоенное количество растворов Рауу и соответственно рассчитывают. Предварительно следует всегда проверять титр раствора сахара, причем, если он не совпадает точно с указанным выше, его все же можно применять, внося соответственную поправку путем умножения числа, полученного при титровании с кровью, на найденный титр.

Растворы Рауу готовятся следующим образом:

- | | |
|------------------------------------|--------|
| I. Медного купороса | 4,158, |
| воды дистиллированной до | 500,0. |
| II. Сегнетовой соли | 20,4, |
| едкого кали | 20,4, |
| аммиака жидкого | 300,0, |
| воды дистиллированной до | 500,0. |

Описанный способ лег в основу т. н. гэмоглюкозиметра Weiss'a, им широко рекламируемого. Этот несложный прибор может быть изготовлен домашними средствами.

Второй метод, подвергнутый нами испытанию, предложили Весчер и Неггманн. Чрезвычайно несложный, требующий самых простых реактивов, он может быть выполнен в течение нескольких минут. Техника его такова: в капиллярную пипетку набирают из укола пальца 0,1 к. см. крови и выдувают в пробирку с 1,9 к. см. дистиллированной воды; пипетку повторно промывают; приливают 1,5 к. см. 1,2% раствора пикриновой кислоты, после встряхивания белок отфильтровывают и к 2,1 к. см. фильтрата добавляют 0,3 к. см. 4% раствора едкого натра; смесь кипятят на слабом огне 1—2 минуты, жидкость переносят в градуированный цилиндр на 10 к. см. и доливают водой до 2,4 к. см., после чего рассматривают на белом фоне при падающем свете. В норме она имеет желтоватый цвет с ничтожным коричневатым оттенком. При наличии 0,2% сахара замечается слабый коричневатый оттенок, при большем содержании сахара коричневый оттенок бывает выражен резче. Учет результатов облегчается при применении штандартов—растворов виноградного сахара в 0,1%, 0,2% и т. д., с которыми предельвают реакцию.

Как видно из описания, метод этот весьма прост. Для практического врача особенно ценно обстоятельство, что для выполнения его у постели больного брать с собой приходится весьма немногое: немного эфира, иглу, пипетку, пробирку с водой. Раствор крови с водой можно взять домой и там произвести реакцию.

Метод Becher'a-Herrmann'a был испытан многими авторами. Так, F. Blumenthal произвел ряд проверочных исследований параллельно с определением сахара крови по Folin-Wu и нашел, что данные почти совпадают. Некоторые незначительные изменения, внесенные им в оригинальную методику, мало существенны. F. Lindauer, сравнивая описываемый способ с определением сахара по Michaelis'y, считает его пригодным во всех отношениях. Он настаивает только на необходимости применения удвоенных количеств крови и реактивов, а также советует, применяя штандартные растворы, сравнивать их не при падающем свете, а при проходящем. Becher и Herrmann, подвергнув критическому разбору предложения двух вышеназванных авторов, отвергают их целесообразность и рекомендуют придерживаться оригинальной методики.

Мы задались целью проследить сравнительную ценность описанных двух методов главным образом с точки зрения их точности. Исследования велись параллельно с определением сахара по методу Hagedorn'a-Iensen'a, завоевавшего себе прочное место в клинике в силу своей точности при относительной (сравнительно с методами Bang'a и Folin-Wu) простоте.

Мы не приводим здесь подробного описания метода Hagedorn'a-Iensen'a, т. к. в русской литературе есть несколько детальных описаний техники выполнения исследования по этому методу.

Пользуясь этими тремя методами, мы произвели значительное количество исследований крови у здоровых людей, диабетиков и больных другими болезнями. При этом прежде, чем перейти к изложению наших результатов, отметим, что, хотя по общепринятому мнению физиологическими границами колебаний содержания сахара в крови считаются цифры 0,07—0,11%,—в среднем, по Bang'y, 0,09%,—наши данные, в согласии с результатами исследований Галвяло, Образцова и Федорова, показывают, что норма колеблется в пределах 0,055—0,1% сахара.

Возвращаясь к итогам наших опытов, мы не можем не признать их весьма ободряющими. Некоторые из полученных нами результатов приводим для сравнения.

Таблица I.

№№	Сахар крови в mgr. ‰		
	Hagedorn-Iensen.	Reist.	Becher-Herrmann.
1	74	70	80
2	105	115	100
3	163	160	160
3	136	135	140
3	107	105	100
4	241	240	250
5	310	295	300

Из приведенной таблицы видно, что полученные нами результаты отличались друг от друга весьма мало.

Желая затем выяснить, не отражается ли на точности результатов незначительность количества крови, применяемой для определения, мы поставили ряд опытов с удвоенными количествами крови и реактивов, но особенной разницы в смысле уменьшения границ расхождений отметить нам не удалось.

Нами были также поставлены исследования с растворами виноградного сахара произвольной концентрации. Определения эти, произведенные по трем методам, дали приблизительно совпадающие данные, как показывает таблица II.

Таблица II.

Р а с т в о р г л ю к о з ы в м г р . %		
Hagedorn- Iensen.	Reist.	Becher- Herrmann.
54	56	50
108	110	100
238	242	250
156	152	150
94	91	100
309	299	300
457	461	450

Полученные нами результаты вполне подтверждают т. о. пригодность методов Reist'a и Becher'a-Herrmann'a для определения сахара в крови.

Подводя итоги вышеуказанному, мы вправе сделать следующие выводы:

1) Способ Becher'a-Herrmann'a может служить, как простейший ориентировочный метод, вполне применимый и в поликлинической работе.

2) Способ Reist'a, являясь достаточно точным и для клинических целей, позволяет следить за колебаниями содержания сахара в процессе лечения инсулином.

3) Достоинства обоих этих способов,—простота их методики, отсутствие надобности во взятии значительных количеств крови, быстрота выполнения при достаточной точности,—позволяют рекомендовать их там, где применение более сложных и точных методов представляется затруднительным.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

I. Bang. Mikromethoden zur Blutuntersuchung. Wiesbaden. 1922.—Folin-Wu. Journ. of biol. chem., 1920, 41, 367.—Michaelis. Bioch. Zeitschr., 1914, 59, 167.—Ruszejnski. Leitfaden für biochemische Mi-

kromethoden. 1926.—Pincussen. Микрометодика. 1925.—Mandel u. Steudel. Minimetrische Methoden der Blutuntersuchung, 1924; Kl. W. 1921, № 29.—Гальберканн и Степун. Микрохимический анализ крови. Москва. 1927.—Komm. Münch. med. Woch., 1925, № 38.—Herzfeld. Zschr. f. physiol. Chemie, 77.—Eisenhardt. Münch. med. Woch., 1920, № 48; 1921, № 39.—Lewis a. Benedict. Journ. of biol. chem., 1915, 20, 61; 1918, 34, 203.—Lorber. Biochem. Zschr., 158, 205; Münch. med. Woch., 1925, № 45.—Flatau. Ib., 1926, № 47.—Weiss. Untersuchungsmethoden. Berlin. 1924.—Reist. Münch. med. Woch., 1921, № 39.—Becher u. Herrmann. Münch. med. Woch., 1924, № 42; 1925, № 41.—Blumenthal. Münch. med. Woch., 1925, № 29.—Lindauer. M. m. Woch., 1925, № 34.—Hagedorn u. Jensen. Bioch. Zschr., 1923, 135, 46.—Ивановский. Саратов. Вестник Микроб. и Эпидем., 1925, т. IV, вып. 2.—Поспелов и Цукерштейн. Русская Клиника, 1925, № 16.—Бронштейн и Иваненко-Чоповский. Врач. Газета, 1926, № 7.—Федоров. Там же, № 8—9.

К вопросу о врожденных аномалиях сердца.

Ординатора Ф. К. Пермькова.

(С рис.).

В практической жизни клиники часто приходится наталкиваться на целый ряд затруднений при распознавании врожденных аномалий сердца, так как очень часто имеющиеся налицо данные, могущие служить для диагноза, как границы сердца, шумы его и пр., представляют столь много сходного для различных пороков этого органа, что дифференцировать на основании их порок становится крайне затруднительно. Особенно трудной является диагностика врожденных пороков сердца,—здесь распознавание при жизни больного часто становится лишь в форме более или менее вероятного предположения. „Детальная диагностика врожденных пороков сердца,—говорит Balfour,—есть широкое поле для романтики“.

Врожденные аномалии сердца, описанные в литературе Терманом, Раухфусом, Söhnheim'ом, Виноградовым, Шором, Рогозой и мн. др., очень разнообразны. Среди них можно различать следующие формы: 1) неправильное положение сердца в грудной полости (dextrocardia); 2) врожденные дефекты сердечных перегородок; 3) врожденные сужения (стенозы) легочной артерии или аорты близ места их отхождения от желудочков сердца; 4) врожденные полные зарощения (атрезии) указанных сосудов вначале их отхождения от желудочков; 5) ненормальное отхождение больших сосудов сердца и превратное расположение их; 6) аномалии развития артериальных клапанов; 7) аномалии венозных отверстий и ненормальные впадения легочных и полых вен в предсердия; 8) двухверхушечное сердце (cor biapicale).

Положение сердца в правой половине грудной клетки (dextrocardia) наблюдается довольно редко и сопровождается обычно обратным положением всех органов (situs viscerum inversus), причем правый желудочек функционально и по отношению своему к артериальной системе соответствует левому желудочку, а левый—правому. В других случаях сердце, помещаясь в правой половине грудной клетки, при нормальном положении сосудов, бывает обращено правым желудочком кпереди, а левым—кзади.

Врожденные дефекты перегородок сердца бывают полные и частичные. Первая форма аномалий сердца встречается крайне редко. Перегородки между предсердиями или желудочками иногда совершенно отсутствуют, и оба предсердия или оба желудочка составляют одну полость, так что сердце является трехполостным, состоящим из одного предсердия и двух желудочков (cor trilocularae biventriculare), или из двух предсердий и одного желудочка (cor trilocularae biatriatum). Более часто встречаются частичные (неполные) врожденные дефекты перегородок, которые

наблюдаются или самостоятельно, или, чаще, вместе с другими пороками сердца; в последнем случае они играют важную роль в смысле компенсации кровообращения.

Частичные дефекты могут быть одновременно в перегородках и предсердий, и желудочков, или же только между предсердиями или желудочками. В перегородке предсердий дефект чаще всего выражается в незакрытии овального отверстия (*foramen ovale apertum*). Величина и форма такого незакрытого овального отверстия могут быть различны. Что касается клинического значения, то иногда неполное зарощение овального отверстия совершенно не ведет к расстройствам сердечных функций. В редких случаях эта аномалия у взрослых может иметь значение в происхождении т. наз. парадоксальных эмболий, т. е. закупорок артерий тромбом из вены; первый подобный случай наблюдал *Cohnheim*, описавший смертельную эмболию *art. cerebri* тромбом из вены ноги; известен также случай *Küber'a*, где тромб из вены ноги вызвал эмболию в дуге аорты с закупоркой *art. anoputae* и *a. subclaviae dex.*; клинически эмболия обнаружилась внезапным исчезновением пульса в правой руке.

Врожденные частичные дефекты перегородки желудочков зависят от недостаточного развития ее и дают в результате отверстия различной величины и формы, начиная с небольшого щелевидного отверстия до отверстия в форме овала или треугольника с диаметром гусиного пера, карандаша, или конца мизинца. При этом пороке венозная кровь правого желудочка смешивается с артериальной кровью левого желудочка, вследствие чего у больных наблюдаются прижизненный цианоз и одышка, а также, как правило, гипертрофия и затем дилатация правого желудочка.

Следующая форма врожденных пороков состоит в сужении артериальных сосудов—легочной артерии и аорты (*stenosis art. pulmonalis s. aortae*), или в полном зарощении их просвета (*atresia art. pulmonalis s. aortae*). Подобные стенозы и атрезии названных сосудов наблюдаются обычно в начальных частях их, при самом отхождении от сердца, главным образом в месте расположения полулунных заслонок; позади стенозов и атрезий сосуды являются нормальными.

Особенно интересными в практическом отношении являются стеноз и атрезия легочной артерии. Эти аномалии обычно сочетаются с врожденным дефектом перегородки желудочков и иногда открытым овальным отверстием, причем обыкновенно наблюдаются гипертрофия и дилатация правого желудочка. Поступающая в правое предсердие и правый желудочек, а оттуда в легочную артерию кровь встречает при этих аномалиях препятствия в суженном месте, и поступление ее в *art. pulmonalis* при стенозе происходит в минимальном количестве, при полной же атрезии совсем не происходит. Легочное кровообращение в таких случаях совершается только при наличии открытого овального отверстия или дефекта перегородки желудочков. При этих условиях кровь поступает через дефекты и левое предсердие или левый желудочек, откуда и идет в аорту, обходя место препятствия в легочной артерии. Из аорты часть крови проходит в *art. pulmonalis* через боталлов проток, который в таких случаях обычно бывает открытым. Таким образом боталлов проток является здесь коллатеральным сосудом для легочного кровообращения. При закрытом боталловом протоке легочное кровообращение возможно лишь через расширенные бронхиальные артерии. Во всех таких случаях, благодаря дефектам

перегородок, происходит смешение артериальной крови с венозной, и потому наблюдается у больных прижизненный цианоз. Лица, страдающие этим пороком, весьма редко доживают до зрелого возраста.

Следующая, более редкая аномалия сердца, называемая превратным расположением больших артериальных сосудов, состоит в том, что легочная артерия отходит от левого желудочка, а аорта—от правого. При таких условиях кровообращения жизнь была бы немыслима, если бы не существовал дефект в перегородке желудочков, что обыкновенно и имеет место. Благодаря этому дефекту, происходит смешение крови обоих желудочков, и в оба сосуда поступает и венозная, и артериальная кровь. Конечно, при этом организм недостаточно снабжается артериальной кровью, а в венозной системе наступает сильный застой, сопровождающийся общим цианозом, при котором жизнь продолжается недолго.

К числу менее важных в практическом отношении аномалий сердца относятся пороки с увеличением и уменьшением числа полулунных клапанов аорты и легочной артерии: вместо обычных 3 их наблюдается иногда 4 и 5, или, наоборот, только 2. Увеличенное или уменьшенное число клапанов не имеет большого функционального значения, и эта аномалия наблюдается у лиц всех возрастов.

Пороки развития венозных отверстий вообще наблюдаются крайне редко; точно также довольно редка аномалия превратного впадения вен в предсердия, когда легочные вены впадают в правое предсердие, а полые—в левое, или те и другие впадают в левое предсердие.

В клинике [†]проф. С. С. Зимницкого за последние годы наблюдался целый ряд прарожденных аномалий и пороков сердца. Некоторые из них мы и опишем здесь.

Больной Ч., 20 л., по профессии швейцар, поступил в клинику 16/IV 1927 г. с жалобами на тяжесть в левом боку, головные боли, одышку, кашель с обильной мокротой, по временам с кровью, повышения ¹⁰ и поты. Больным считает себя уже несколько лет. Раньше перенес воспаление легких, тиф и малярию, а в детстве перенес корь. Лues отрицает, курит немного, спиртных напитков не пьет, со стороны наследственности ничего не отмечает; аппетит понижен, по временам запоры.

Больной среднего роста. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки синюшны. Подкожный жировой слой и мышцы развиты удовлетворительно, скелет развит нормально. Над ключицей справа отмечается увеличение лимфатических желез, концы пальцев рук несколько утолщены, синюшны. Подвижность легких в нижних отделах ограничена, нижняя доля справа притуплена, верхушки обоих легких понижены; всюду сухие, а в нижних долях влажные хрипы. Границы абсолютной тупости сердца: верхняя на III ребре, левая на $1\frac{1}{2}$ —2 пальца кнутри от *lin. mamillaris*, правая на 1 палец вправо за *lin. sternalis dex.*, верхушечный толчок в V межреберье, неясный; у основания сердца за грудиной, на уровне прикрепления III ребра слева, выслушивается протяжный, ясный систолический шум, заглушающий II тон; II тон слабый; шум значительно ослабевает по направлению к верхушке, в крупные сосуды не проводится. Кровяное давление Mx 110, Mn 55, пульс 108 в минуту, неровный, слабоватого наполнения. Язык обложен серовато-белым налетом, зубы целы; при глотании пища проходит свободно; нижняя граница желудка на уровне пупка, при пальпации болезненности не отмечается. Печень увеличена, плотновата, болезненна, селезенка тоже увеличена. Мочевыделение свободно, моча кислой реакции, уд. вес 1016, белку $1\frac{1}{4}$ 0/00, сахара нет, уробилин +, индикан +, в осадке единичные эритроциты (3—4 в поле зрения), единичные лейкоциты и клетки плоского эпителия. Рефлексы глоточные и коленные нормальны.

Принимая во внимание то обстоятельство, что верхняя граница сердца стояла на III ребре, и что правое сердце было резко расширено вправо за *lin. sternalis dex.*, мы должны были здесь прежде всего пред-

положить, что растройство циркуляции компенсировалось у нашего больного увеличением и гипертрофией правого желудочка, а наличие длительного резкого систолического шума, распространявшегося по всему сердцу и не передававшегося в большие сосуды, говорило за то, что здесь дело шло не о сужениях легочной артерии или аорты, даже не о стенозах двухстворки или трехстворки, ибо при этих последних шумы развиваются и стихают в верхушке сердца, не разносясь по всему органу, при стенозах же крупных сосудов они, наоборот, вырываются из пределов области сердца и разносятся по крупным сосудам и их разветвлениям далеко за пределы этой области. То обстоятельство, что у больного давно уже наблюдались постоянная синюха и одышка, а также, — что последние фаланги пальцев носили характер барабанных палочек, определенно говорило за хронический характер сердечного страдания. Далее, отсутствие деформации грудной клетки в области сердца (в смысле сердечного горба) указывало на то, что левое сердце в данном случае не принимало особого участия в основной картине болезни, а наличие резкого шума в систолической фазе, — что в сердце существует какой-то неправильный ток жидкости; наконец, постоянная синюха и одышка свидетельствовали с определенностью о смещении артериальной и венозной крови в пределах самого сердца.

Пред нами выступал затем вопрос: где же лежат анатомические условия для возникновения вышеозначенных характерных симптомов? Если бы предположить, что кровь желудочков у нашего больного смешивалась чрез посредство отверстия в межжелудочной перегородке, то тогда бы были гипертрофированы и левое сердце, и правое, и систолический шум распространялся бы далеко по большим сосудам. Но здесь этот характерный симптом отсутствовал, — значит, центр тяжести патологических явлений мы должны были искать в наличии ненормальных отверстий в межпредсердной перегородке. Такое объяснение делает понятным и синюху, и расширение предсердий, и гипертрофию правого желудочка, и стихание систолического шума в пределах сердца. При таком предположении становятся также понятными и наблюдавшиеся в данном случае ослабление верхушечного толчка и уменьшение границ левого желудочка; получилось это оттого, что увеличенное, гипертрофированное правое сердце выдвинулось вперед и обусловило поворот верхушки органа кзади и внутрь, отчего толчек стал неясным, плохо ощутимым, а граница левого сердца отодвинулась назад.

Больной пробыл у нас недолго, жалуясь на сильную слабость, на боль в области груди, одышку, кашель с кровавой мокротой, и уже 18/IV скончался при явлениях нарастающей слабости сердца и резкой одышки. При вскрытии (д-р А. В. Голяев) оказалось, что правая половина грудной клетки несколько выдается по сравнению с левой, околосердечная сумка содержит 50,0 светло-желтой прозрачной жидкости, сердце (см. рис.) имеет две отчетливо развитые верхушки, передняя борозда его несколько углублена, длина левого желудочка—8,8 см., правого—9,8 см., ширина всего сердца—12,0 см. Лежит сердце симметрично по средней линии, приблизительно на 2 поперечных пальца от грудины в обе стороны. Крупные сосуды у верхнего края II ребра. Венозные отверстия пропускают слева 2 пальца, справа—3. Овальное отверстие открыто. Артериальные отверстия воду удерживают. Эпикард гладкий, прозрачный, содержит очень мало жира. Полости сердца содержат густые темнокрасные сгустки. Венозные клапаны слева утолщены, по краям гладки, сухожильные нити тонки. Аорта узка, стенка ее тонка, эластична, внутренняя оболочка гладка и чиста. Об остальных данных, полученных при вскрытии, можно составить представление из эпикриза, которой гласил: *plagioccephalia, thymus per-*

sistens, cor biapiculare, dilatatio et hypertrophia cordis dex., dilatatio art. pulmonalis, hypoplasia aortae, foramen ovale apertum, induratio cyanotica lienum, tbc petrificata lymphoglandularum bronchialium sin., obliteration pleurae bilateralis, tbc acinoso-nodosa productiva pulmonis utriusque lobi superioris, broncho-pneumonia acuta lobi inferioris sin., catarrhus cyanoticus ventriculi et intestinorum, apoplexia pancreatis, hyperaemia passiva hepatis et renum.

Таким образом вскрытие обнаружило в данном случае целый ряд интересных аномалий: foramen ovale apertum, thymus persistens, гипоплазию аорты, cor biapicale. Аномалии эти встречаются крайне редко, особенно



Двухверхушечное сердце.

cor biapicale. В доступной литературе мы нашли лишь один случай, описанный проф. Шором в его книге „О смерти человека“; автор отмечает здесь, что эта аномалия подтверждает взгляд о самостоятельном развитии, а также самостоятельных функциях правого и левого сердца. Aschoff говорит, что разделение сердца на две половины вызвано необходимостью иметь два мотора, каковыми являются, как известно из физиологии, желудочки, как самостоятельно действующие единицы, имеющие самостоятельную нервную систему. Такое понимание сердца, говорит проф. Шор, дает в руки клиницисту и патологу возможность совершенно иначе подходить к разрешению диагностических и терапевтических задач, ибо при назначении терапии обыкновенно думают о сердце в целом, но совсем другое дело—поддержать силы правого и левого сердца, ибо иногда вместо „возбуждающего“ придется дать „успокаивающее“ или „разгружающее“ работу того или другого сердца средство. Клиника уже пошла по пути разделения функций правого и левого сердца, ставя дифференциальный диагноз тромбоза венечных артерий того и другого (Плетнев) и назначая соответственную терапию (Опенховский, Шатилов).

Перейду теперь к описанию второго нашего случая врожденной аномалии сердца, также представляющего значительный интерес:

Больной Т., 16 лет, крестьянин, поступил в клинику 26/III 1927 г. с жалобами на одышку, особенно при лежании, кашель с мокротой, по временам содержащей кровь, часто появляющуюся хрипоту в горле, повышения t^0 и ночные поты. Считает себя больным больше года; одышка и кашель существуют уже несколько лет, в последнее время стали появляться отеки на лице и ногах, а также поносы. Аппетит слабый. В 1921 году болел тифом, в 1926 г.—малярией, о болезнях детства не помнит. Лиц отрицает; не курит и спиртных напитков не пьет. Мать больного умерла от желудочного заболевания, отец—от тифа.

Больной среднего роста, кожные покровы и видимые слизистые слегка синюшны, подкожный жировой слой и мышцы развиты удовлетворительно, кости и суставы нормальные. Границы легких нормальны, справа в нижней доле выслушиваются влажные хрипы, в других долях жесткое дыхание. Границы сердца: верхняя

по верхнему краю IV ребра, правая по *lin. sternalis dextra*, левая на I палец за *lin. mamillaris sin.*, верхушечный толчек в V и VI межреберьях, разлитой; над всей областью сердца выслушивается грубый, протяжный, систолический шум, занимающий и часть диастолы; шум этот проводится в крупные сосуды, в плечевую артерию и дальше. Пульс—96 в минуту, слабого наполнения; кровяное давление Mx 85, Mп 40. Язык обложен, зубы целы, границы желудка нормальные. Печень несколько увеличена, плотновата, болезненна. Селезенка выступает на 2 поп. пальца из подреберья, также плотновата и болезненна. Мочевыделение свободно, моча кислой реакции, уд. в. 1030, белку 1⁰/₁₀₀, следы уробилина, в осадке единичные эритроциты, лейкоциты и клетки плоского эпителия. Кровь: L—8600, Eг—2.900.000, Hb—76%, St—12%, Segm—54%, Mon—3%, Eos—1%, Lym—30%. Посев крови стерилен.

Во время пребывания в клинике у больного все время наблюдались колебания ¹⁰ от 36,8° до 38,6°, временами появлялись поносы, одышка стала прогрессивно усиливаться, развились сильные боли в подложечной области справа, печень увеличилась, пульс становился все слабее, появились отеки на ногах и животе, и I/VI наступил *exitus*.

Рассматривая объективные данные в этом случае, мы пришли к заключению, что выслушивавшийся над всей областью сердца систолический протяжный шум, проводившийся в крупные сосуды и даже в плечевую артерию, и расширение сердца влево указывали на наличие препятствия для движения крови по аорте, напр., *stenosis supravulvaris aortae*; такие стенозы часто наблюдаются на месте зарощения боталлова протока. Кроме того, нами было высказано предположение об эндокардите.

При вскрытии оказалось, что обе половины сердца равномерно увеличены, левое венозное отверстие пропускает 2 пальца, правое—3 пальца, клапаны легочной артерии воду удерживают, аортальные—нет. Эпикард гладок, блестящ, в области борозд содержит немного жировой обкладки. Мышца сердца бледна, дрябла, полость левого желудочка несколько растянута. Близ верхушки заметно втягивание перегородки между желудочками в сторону правого желудочка. Полости левого предсердия и правого желудочка также умеренно растянуты. Из клапанов аорты правый равномерно утолщен, задние же и левый покрыты бородавчатыми разращениями, крошащимися и пропитанными солями извести. Величина их была до лесного ореха, с клапанов они спускались на эндокард, захватывая пространство на 1/2 см. ниже прикрепления клапанов; задний клапан был узурирован и пропускал через отверстие рукоятку скальпели. На 1—1 1/2 см. ниже клапанов аорты, в области *conus arteriosus*, имелось сужение, пропускавшее лишь мизинец; сужение это было образовано складкой ткани мозолистой плотности, серовато-белого цвета; складка эта, имевшая в толщину до 1—1 1/2 см. и в высоту 1—2 мм., располагалась по преимуществу на задней стенке левого желудочка и левым концом своим сливалась с передним клапаном двухстворки, откуда, образуя почти полный круг, она шла к месту прикрепления клапанов аорты и оканчивалась справа на передней стенке желудочка. Здесь к ней примыкала другая, молочно-белого цвета, треугольной формы складка, образовавшаяся от утолщения эндокарда левого желудочка и без резких границ переходившая в последний. Описанные складки образовали карманообразное расширение, в котором и помещались эндокардитические наслоения на клапанах. Стенка аорты была гладка, без изменений.

Эпикриз: *oedema piae matris, hypertrophia et dilatatio cordis, endocarditis ulcero-verrucosa petrificata, stenosis subvalvularis v. v. aortae, degeneratio albuginea myocardii, pleuritis chron. fibrosa adhesiva dex., oedema et induratio fusca pulmonum, hyperplasia lymphoglandularum bronchiorum et mediastini, hepar moschatum, nephrosis grad. II, ascites.*

Установленная на вскрытии находка была для нас неожиданной. Мы предполагали, что дело здесь идет о сужении аорты и об эндокардите, но думали, что это сужение возникло на почве зарощения боталлова протока. Такие случаи нераз встречались и диагностировались в нашей клинике. Единственно, что нас здесь смущало,—это то, что систолический шум захватывал часть диастолы. Последнее обстоятельство могло быть

истолковано наличием известного дефекта в клапанах аорты, как следствия эндокардита. И действительно, эндокардит был найден, но особого, редко встречающегося характера, с такими изменениями и разрощениями на клапанах и на стенках левого желудочка, которые и дали в конце концов своеобразный, еще до сих пор не описанный подклапанный стеноз аорты.

К вопросу о сравнительном влиянии искусственных и естественных минеральных вод.

Д-ра В. П. Григорьевой-Путаловой.

Минеральные воды в лечении заболеваний пищеварительного тракта повсеместно пользуются заслуженною репутацией. К сожалению, они повезде недоступны для широкого пользования в виду их значительной стоимости и зачастую просто вследствие отсутствия их во многих глухих местах. Кроме того, при длительной перевозке в места, отдаленные от Кавказа,—главного поставщика вод у нас,—не исключается возможность изменения самого состава минеральной воды. В силу этих причин особенно Сибирь вынуждена, вместо естественных минеральных вод, пользоваться искусственными, и для нее особенно важным является вопрос о сравнительной ценности той и другой воды — искусственной и естественной. Выяснение этого вопроса и является задачей настоящей работы.

Наши исследования по данному вопросу проводились нами с минеральной водой Эссентуки № 17, как наиболее распространенной в терапии желудочных заболеваний, причем мы систематически исследовали сравнительное влияние с одной стороны естественных Эссентуков, получавшихся нами с места разлива их на Кавказе, с другой — искусственных, которые приготавливались у нас на месте, в Клинической аптеке, согласно анализа натуральных Эссентуков.

Опыты с той и другой водой проводились на людях и одновременно проверялись на собаке с Павловским желудочком.

На людях опыты начинались с исследования желудочной секреции при обычном раздражителе, т. е. завтраке Воас'а-Евальд'а. В дальнейшем испытуемый натощак, за определенный срок до завтрака Воас'а-Евальд'а, выпивал 200 куб. с. искусственных Эссентуков № 17, и у него после завтрака исследовалась секреция желудка. На следующий день у того же субъекта производилось исследование с естественными Эссентуками № 17, данными при тех же условиях и в том же количестве. Так как обычно минеральные воды назначаются за определенный срок до приема пищи, мы, изучая влияние их на секрецию желудка у человека, назначали как искусственные, так и естественные Эссентуки № 17 за 1 час и за $1\frac{1}{2}$ часа до завтрака Воас'а-Евальд'а. У каждого испытуемого исследование желудочного сока производилось по 3—4 раза. Исследование проводились нами на 10 человеках, но в видах экономии места мы приведем ниже их результаты, полученные лишь в 2 случаях, изложив их в виде таблиц.

ТАБЛИЦА № 1.

Н-ров.	Ессент. естеств. за 1 ч. до завтрака.	Ессенуки искусс. за 1 ч. до завтрака.
Через 15' после завтрака 0 куб. с.	12 куб. с.	0 куб. с.
30' " " 10 "	60 "	32 "
45' " " 42 "	62 "	48 "
60' " " 48 "	48 "	38 "
75' " " 12 "	34 "	36 "

ТАБЛИЦА № 2.

Ш-ев.	Ессент. естеств. за 1/2 ч. до завтр.	Ессент. ис- кусс. за 1/2 ч. до завтр.	Ессент. ес- теств. за 1 ч. до завтр.
Через 15' после завтрака 0 куб. с.	34 куб. с.	12 куб. с.	20 куб. с.
30' " " 0 "	34 "	48 "	28 "
45' " " 12 "	32 "	62 "	48 "
60' " " 38 "	38 "	54 "	60 "
75' " " 18 "	22 "	42 "	64 "

Как видно из этих таблиц, как искусственные, так и естественные Ессенуки № 17, будучи назначены за 1 и за 1/2 ч. до завтрака Во а's'a-Ewald'a, повышают секрецию желудочных желез, причем искусственные Ессенуки дают большую секрецию, будучи приняты за 1/2 часа до завтрака, естественные же дают больший сокогонный эффект при приеме за 1 ч. до завтрака.

Параллельные опыты в более широком масштабе были проделаны нами на собаке с Павловским желудочком с кличкой „Quartus“. У собаки этой была предварительно хорошо изучена секреция под влиянием обычных раздражителей, каковы мясо, молоко, хлеб, вода. Затем у ней исследовалась желудочная секреция после дачи Ессенуков № 17—искусственных и натуральных, в количестве 250 куб. с., причем выяснилось, что как те, так и другие не являются сильными возбудителями желудочной секреции,—их сокогонный эффект в наших опытах был равен, а в некоторых случаях был даже меньше, чем простой водопроводной воды. Когда же мы давали эти минеральные воды одновременно с другими раздражителями, именно, с сырым мясом в количестве 100 гр., то получили следующие результаты: в то время, как после дачи одного мяса секреция у собаки за период в 3—4 часа равнялась 8—8 1/2 к. с., при мясе, данном одновременно с минеральной водой, секреция повышалась до 20 куб. с. за тот же период времени, причем как искусственная, так и натуральная вода влияли в этом отношении одинаково.

Если, затем, естественные и искусственные Ессенуки давались собаке за определенное время до дачи мяса, то выявлялась некоторая разница в сокогонном эффекте той и другой воды: в то время, как есте-

ственные Эссендуки давали наибольший сокогонный эффект при назначении их за 1 ч. до дачи завтрака, искусственная вода наибольшую секрецию давала при назначении ее или одновременно с завтраком, или за $\frac{1}{2}$ ч. до него.

В наших опытах искусственные и естественные Эссендуки № 17 вводились в большой желудок собаки за $\frac{1}{2}$ ч., за 1 ч., $1\frac{1}{2}$ и 2 часа до дачи мяса, причем выяснилось, что естественные Эссендуки, будучи влиты в желудок собаки за $\frac{1}{2}$ ч., увеличивают секрецию лишь незначительно—до 12—12 $\frac{1}{2}$ куб. с., тогда как при вливании их за 1 час до завтрака секреция достигала 20 $\frac{1}{2}$ куб. с., а в дальнейшем, с удалением момента дачи завтрака, она постепенно падала, при даче за $1\frac{1}{2}$ ч. достигая 13 куб. с., а за 2 ч.—только 11 куб. с. Искусственные Эссендуки, давая наибольший эффект (до 20 куб. с.) при одновременной даче их с завтраком, или за $\frac{1}{2}$ ч. до него, утрачивали свой эффект при назначении их за 1 ч., $1\frac{1}{2}$ и 2 ч. до завтрака. Так, при даче их за 1 ч. до завтрака секреция достигала 13 $\frac{1}{2}$ —14 куб. с., а при даче за $1\frac{1}{2}$ и 2 часа—только 10—11 к. с.

При вливании собаке той или другой минеральной воды через 1 час после дачи мяса мы получили увеличение секреции от естественных Эссендуков до 18 куб. с., влияние же искусственных оказалось в этом случае значительно более слабым,—за тот же срок времени секреция равнялась 12—12 $\frac{1}{2}$ куб. с.

Что касается продолжительности сокогонного эффекта, то естественные Эссендуки являются в этом отношении значительно более сильным агентом, увеличивая секрецию в 1-й и 2-й часы и затягивая ее до 5 ч., тогда как влияние искусственной воды сказывалось, главным образом, лишь в 1-й час, мало влияя на 2-й и 3-й часы; заканчивалась секреция обычно уже через 4 часа.

Скрытый период сокоотделения при даче натуральной Эссендукской воды несколько затягивается—до 10—12 м., при искусственных же Эссендуках он сокращался до 8—9 м. В табл. № 3 приведен наиболее характерный пример влияния искусственной и естественной воды Эссендуков № 17 на желудочную секрецию собаки.

Т А Б Л И Ц А № 3.

Одно мясо. Скрытый период 9—10 м.			Вливание искусств. Эссент. воды за 1 ч. до дачи мяса. С. п. 8—9 м.		Влияние естеств. Эссент. воды за 1 ч. до дачи мяса. С. п. 11—12 м.	
1 ч.	4 $\frac{1}{2}$ к. с.	всего	9 куб. с.	всего	12 куб. с.	всего
2 ч.	3 " "	8 куб. с.	3 $\frac{1}{2}$ "	14 к. с.	5 $\frac{1}{3}$ "	21 к. с.
3 ч.	$\frac{1}{2}$ "		1 "		2 "	
4 ч.	0 "		$\frac{1}{2}$ "		1 "	
5 ч.	0 "		0 "		$\frac{1}{2}$ "	

Исследуя влияние на желудочную секрецию собаки искусственной и натуральной Эссендукской воды источника № 17, мы изучили попутно, для сравнения, и действие в этом отношении простой водопроводной воды. Опыты с нею ставились в том же виде, как и с минеральными во-

дами, т. е. вода вливалась в количестве 250 куб. с. одновременно с дачей 100 гр. мяса и за 1 ч.—1½ часа до дачи его. Увеличение секреции при вливании водопроводной воды мы наблюдали весьма незначительное, и главным образом при одновременном вливании воды с дачей мяса, вода же, влитая в желудок за 1 или 1½ часа до дачи завтрака, почти не оказывала влияния на желудочную секрецию.

Таким образом на основании наших опытов на людях и собаке с Эссентукскою водою № 17, искусственною и естественною, мы можем сделать следующие выводы:

1) Как искусственная Эссентукская вода № 17, так и естественная, являются безусловными возбудителями желудочной секреции, каковое действие особенно выявляется при приеме воды в связи с другой пищей.

2) Искусственная вода дает наибольший сокогонный эффект при назначении ее одновременно или за ½ часа до еды, тогда как естественные Эссентуки № 17 оказывают более сильное действие при назначении их за 1 час до еды.

3) Сокогонный эффект искусственных Эссентуков падает главным образом на первый час, эффект этот кратковременен, и секреция при даче этой воды незначительно затягивается, натуральная же Эссентукская вода источника № 17 усиливает секрецию в первые 2 часа, затягивая ее на 1 ч.—2 часа и больше.

4) Назначение искусственных Эссентуков через час после еды незначительно влияет на секрецию, увеличивая ее, тогда как естественные Эссентуки оказывают в этом случае больший сокогонный эффект.

5) Скрытый период сокоотделения сокращается при вливании собаке искусственных Эссентуков и несколько затягивается при даче натуральных.

6) Водопроводная вода по сравнению с искусственными и естественными Эссентуками № 17 оказывает весьма незначительный сокогонный эффект, главным образом при назначении ее одновременно с едой.

7) Искусственная Эссентукская вода при правильном пользовании ею,—за ½ часа до еды,—может по своему сокогонному влиянию заменить натуральную.

К вопросу о ринопластике *).

Врача П. Ф. Гусева.

5/VI 1926 г. в Хирургическое отделение Ветлужской больницы поступила больная А. Л., 40 л., с отсутствием кончика носа. Оказалось, что кончик откушен ее мужем полгода тому назад. Отсутствуют как самый кончик, так и часть крыльев носа. За исключением этого никаких болезней у пациентки нет. 7/VI под новокаином сделана операция. Для образования кончика носа взята часть ушной раковины больной, величиною больше одного сантиметра в ширину и около одного сантиметра в длину, во всю толщину, и свободно перенесена на предварительно подготовленную, освеженную удалением рубцовой ткани поверхность носа. Трансплантат хорошо прижился. Нос, к неудовольствию мужа больной, получился довольно красивый. Заживление прошло без каких-либо осложнений. 12/VI сняты швы, а 3/VII больная выписалась. Температура все время была нормальна. Больная на некоторое время задержана была в больнице, чтобы понаблюдать, не будет ли каких изменений во вновь образованном кончике носа, но таковых не наблюдалось.

Примененный мною способ был предложен русским хирургом Галиным и применялся, хотя и нечасто, другими русскими хирургами. Мне известны, напр., два случая проф. Н. Н. Петрова¹⁾, который образовал носдрию с помощью свободно пересаженного кусочка ушной раковины, затем случаи С. В. Гольберга²⁾, К. Д. Есипова³⁾, И. А. Полиевктова⁴⁾ и 13 случаев проф. С. И. Спасокукотского⁵⁾— все с удачными результатами, кроме одного случая Спасокукотского, где была неудача, но относительная, которую впоследствии можно было исправить. Спасокукотский отмечает, что в некоторых его случаях кончик носа чернел, но омертвление было поверхностное.

Способ этот удобен тем, что подходящий для пластики материал можно взять у самого больного без особенного ущерба для его здоровья. Хорошие практические его стороны заключаются и в том, что кончик носа получается плотный, не сокращается, и цвет его одинаков с цветом кожи носа (Полиевктон), научный же интерес данного способа—в том, что он доказывает возможность существования для тканей, в течение известного времени, без кровообращения (Герцен).

Из других способов при седловидном носе мною применялся способ Gersuny—14 раз и способ Mangoldt'a—5 раз.

Способ Gersuny, со впрыскиванием парафина, пользуется большим распространением, но имеет крупные недостатки: при нем получают

*) Сообщено 30/XI 1927 г. в Научном кружке при Ветлужском бюро врачебной секции союза Медсантруд.

1) Вестник Хир. и Погр. Обл., кн. XIV, стр. 164.

2) Там же.

3) Новая Хирургия, 1927 г., т. 5, кн. 7.

4) Там же.

5) Новая Хирургия, 1927, т. V, кн. 7.

эмболии, даже угрожающие жизни, и внезапная слепота, как это было в случае Минца и других. Если эти осложнения можно предупредить употреблением более тугоплавких сортов парафина, то все же остаются еще другие, — правда, не такие серьезные. Во-первых, при нем трудно бывает распределить под кожей впрыскиваемую массу так, как бы хотелось, и форма носа получается не всегда желательная, а известно, что больные с дефектами носа, хотя и проявляют готовность переносить различные неудобства и боль, равно соглашаются охотно на повторные операции, но, в то же время, являются очень требовательными относительно результатов и не удовлетворяются лишь частичным исправлением их недостатка. В моей практике был курьезный случай, когда молодая больная, не оперированная, с очень приличным, на мой взгляд, носом, просила сделать ей другой — такой же, как у фельдшерицы Хирургического отделения (больная эта не была истеричка). Во-вторых, в последующее за операцией время, ближайшее и отдаленное, впрыснутая масса может смещаться и изменять свою форму, а иногда частично рассасывается, кожа после операции иногда изменяет свой цвет, и на ней появляются сосудистые расширения. В-третьих, наконец, в случае занесения инфекции трудно с нею бороться, и остаются долго не заживающие свищи.

Все эти неудобства данного способа отмечены в литературе (Вечтомов, Минц, Meyer и др.), причем Stein¹⁾ не видит в опасности эмболии противопоказания для применения подкожных впрыскиваний парафина, так как он считает ее минимальной; лучшим материалом он считает парафин, плавящийся при 42—43°, который он стерилизует при 200° в течение 1/2 часа. За последнее время в литературе отмечены опасные поздние осложнения после впрыскивания парафина²⁾; в одном случае, напр., после впрыскивания его в грудные железы с косметическими целями, через 12 лет в грудной железе появились настолько сильные боли, что пришлось прибегнуть к удалению железы; у другой больной после параффинопластики обеих грудей, через 18 лет, развились флегмоны обеих грудных желез с септическими явлениями, и выздоровление наступило только после ампутации обеих грудей; наконец в третьем случае, после такой же операции, развилась аденокарцинома, причем исследование в этом случае обнаружило, что парафин лежал среди раковых клеток, т. е., повидимому, играл роль хронического раздражителя. Кутепов³⁾ исследовал парафиновую опухоль 2-летней давности. При этом оказалось, что впрыснутый в ткани парафин вызывает клеточную инфильтрацию; клетки дробят парафин на все более мелкие участки и постепенно рассасывают его; в итоге на месте парафина развивается соединительная ткань, постепенно склерозирующаяся и гиалинизирующаяся.

Все эти данные дают право сделать заключение, что на параффинопластику нельзя смотреть, как на безвредный прием, при том всегда дающий желательные результаты.

Из моих 14 случаев ринопластики по способу Gersuny в двух получилось омертвление кожи, чему, быть может, способствовали высокая температура, впрыскиваемого парафина и излишне-большое количество

¹⁾ Deutsche med. Woch., 1901, № 39—40; реф. Вестн. Хир., 1901, № 19.

²⁾ Rose. Zeit. f. klin. Chir., 1925; по реф. Нов. Хир. Арх., 1925, № 49.

³⁾ Журн. ушн., носов. и горл. бол., 1926, № 8; по реф. в Каз. Мед. Журн., 1927, № 9.

его. Форма носа не всегда получалась желательной,—наряду с красивыми носами с горбинкой были и другие, совсем красивые. Вообще очень трудно распределять желательным образом впрыскиваемую массу,—она идет зачастую не туда, куда нужно.

Для впрыскиваний мною употреблялся параффин, какой имелся в аптеке. Параффин этот, особенно в послевоенное время, когда трудно было доставать медикаменты, не всегда был с желательной точкой плавления, что, несомненно, влияло на результаты. Из инструментов мною употреблялись шприц *Stein'a* для твердого параффина и шприц *Flugge*. Последний шприц более сложен и неудобен тем, что проходящая через трубки вода остывает, а это отражается на температуре впрыскиваемого параффина,—последний остывает и сгущается в самом шприце. Можно впрочем пользоваться и этим шприцем для впрыскивания параффина, хотя, по моему мнению, более подходящим является здесь шприц *Stein'a*,—шприц этот, если бы даже параффин в нем и застыл, всегда можно подогреть на спиртовой лампочке или опустить в горячую воду, как то советует *Stein*.

За последние годы, в виду указанных выше неудобств, связанных с впрыскиванием параффина, я перестал применять способ *Gersuny*, а стал для ринопластики практиковать пересадку хряща. Последний был впервые предложен для пластических целей *Lesser'ом* в 1884 году и с тех пор широко применяется для данной цели. Наблюдения показывают, что хрящ отличается жизнеспособностью, не рассасывается, противостоит больше, чем другие ткани, действию пиогенных микробов, врастает даже при нагноении раны, ему, наконец, можно легко придать любую форму. Все эти свойства делают его очень ценным пластическим материалом. Для ринопластики употребление хряща предложено *Mangoldt'ом* уже двадцать лет тому назад; этот способ не получил у нас такого широкого распространения, какого он заслуживает. Из русских авторов им широко пользовался *Вечтомов*¹⁾. При способе *Mangoldt'a* под местной анестезией берется реберный хрящ и через небольшой разрез у корня носа, между бровями, вводится под кожу носа. Хрящ берется с правой стороны, от VI или VII ребра, нужной величины, смотря по надобности. Чтобы придать ему необходимую форму, его обрезают скальпелем. После вставления хряща на раны накладываются швы.

В двух случаях ринопластика была мною сделана не типично по *Mangoldt'y*, именно, разрез был сделан не у корня носа, а по спинке его, по длине ее. Хотя в этих случаях и произошло гладкое заживление раны, и результат получился хороший, но вдоль всего носа остался заметный рубчик, что уже являлось недостатком. В трех других случаях, где операция была сделана типично по *Mangoldt'y*, результат получился хороший. Правда, в одном из них кожа на спинке носа на уровне хряща омертвела, и хрящ обнажился (в этом случае уже при операции заметно было побледнение кожи носа, вызванное давлением кусочка хряща,—дело в том, что, дабы придать лучшую форму носу, я взял кусочек хряща в этом случае потолще и вставил с некоторым усилием; это и послужило причиной омертвления кожи), но в дальнейшем рана зарубцевалась, хрящ не выделился, и получился приличный нос. Только заживление раны

¹⁾ Труды XVII Съезда Русских Хирургов.

здесь несколько затянулось, и больной пробыл в больнице дольше, чем обычно бывает после данной операции. Во всяком разе этот случай показал мне, как важно хорошо подогнать кусочек хряща и вставить его без особенного натяжения кожи.

Хотя у меня случаев ринопластики по способу Mangoldt'a и немного, и я не могу на основании их делать выводов, но о впечатлениях говорить можно, и они—в пользу этого способа. Если трансплантат соответствует по своей величине сделанному ложу,—омертвения кожи быть не должно. Клиника и экспериментальные исследования показывают, затем, что аутопластически пересаженные хрящи могут служить хорошим материалом и в ринопластике, как и для других целей (Lesser, Rehn, Davis, Mangoldt, Мангейм, Зворыкин, Вечтомов и др.). Удобство этого способа, как уже отмечено в литературе, заключается в том, что материал для пересадки здесь легко получить от самого больного,—что хрящ легко режется, и ему можно придать любую форму, пригодную для пластики носа. Во всяком случае в сравнении со способом Gersuny способ Mangoldt'a имеет, несомненно, большие преимущества.

Образование носовой перегородки по способу Liston'a было сделано мною четыре раза—во всех случаях с удовлетворительным результатом. Образованный из верхней губы лоскут у всех больных хорошо прижился. Неудобством данного способа является то, что нижняя поверхность новой перегородки состоит из слизистой оболочки и имеет поэтому красный цвет, который, хотя со временем и бледнеет, но все-таки остается красноватым, отличающимся от цвета кожи. Чтобы избежать этого, предложено делать разрезы на верхней губе так, чтобы явилась возможность повернуть лоскут на 180°,—тогда слизистая оболочка окажется обращенною в полость носа, а кожная поверхность лоскута—книзу. В виду того, однако, что при этом видоизменении получается неодинаковая величина ноздрей (П. И. Дьяконов), я его не применял, предпочитая оставлять своих больных с красноватою нижней частью носовой перегородки, чем с неодинаковой величины ноздрями.

Из Акушерской клиники Казанского Гос. Университета (директор проф. В. С. Груздев) и Акушерской клиники Казанского Гос. Института для усовершенствования врачей (заведующий проф. А. И. Тимофеев).

Материалы к учению о послеродовой инфекции.

Проф. А. И. Тимофеева и д-ра мед. В. В. Дьяконова.

Вопрос о послеродовой инфекции и мерах борьбы с нею, несмотря на свою давность, не утрачивает своей актуальности и в настоящее время. Причиной этого служат два главных обстоятельства: во-первых, тот факт, что, несмотря на все современные асептические предосторожности при ведении родов и введение в жизнь принципов профилактики *sub graviditate*, понизить процент заболеваемости родильниц до желаемого минимума все же не удастся; вторым моментом является то обстоятельство, что до сих пор мы не обладаем вполне надежным методом лечения послеродового сепсиса. Сколько еще спорного в учении о послеродовой инфекции, свидетельствует, напр., уже тот факт, что такой важный пункт в этом учении, как т. н. самозаражение, остается еще окончательно не установленным и вызывает живой обмен мнений (в новейшее время у нас спор между д-ром Абуладзе и проф. Бубличенко). Известный свет на некоторые детали в столь важной главе практического акушерства могут пролить обследования возможно большого клинического материала, проведенного притом по определенным принципам, в одном клиническом учреждении.

Исходя из таких соображений, мы и предприняли обследование всего акушерского материала Казанской Акушерско-гинекологической клиники за время директорства проф. В. С. Груздева, т. е. с 1900 по 1926 уч. г., а также материала Акушерской клиники Казанского Гос. Ин-та для усовершенствования врачей со времени ее открытия в 1920 г. по 1926 г. включительно. Это обследование представляет для нас еще тот интерес, что позволяет ближе подойти к изучению тех влияний, которые оказали на течение послеродового периода в интересующем нас смысле великие потрясения, пережитые народами Европы и нашего Союза, в особенности в последние почти полтора десятка лет.

Принимая во внимание, что характер клинического материала, условия обстановки, качество и размеры снабжения клиник, а также общие принципы ведения дела в обеих клиниках с 1920 года одинаковы, ибо обе они находятся под руководством одного лица (проф. Тимофеев), мы при вычислении статистических данных для периода деятельности клиник с 1920 года сочли возможным объединить материал той и другой клиники в общую группу, первый же период деятельности Университетской клиники, до 1919 года, мы рассматриваем отдельно. В целях придания нашему материалу известной однородности мы исключили из него

случаи преждевременных родов, а также случаи, где женщины поступали в клинику уже в последовом или послеродовом периодах. Из наших статистик исключили мы и случаи заведомо инфицированные вне клинки и поступившие с явными признаками тяжелого септического заражения *sub partu*. Наконец, при своих вычислениях мы не принимали в расчет родильниц, у которых роды были закончены при помощи кесарского сечения.

Собранный таким образом материал обнимает всего 9,065 родов в той и другой клиниках. В частности, 3,863 родов проведены в Университетской клинике до 1919 года, 1,120 родов проведено там же с 1920 по 1926 г., и 4,082 родов проведено в клинике Института. Таким образом объединенный материал обеих клиник для 1919—1926 г.г. равняется 5,202 родам.

Можно считать установленным, что критерием успешности асептических мероприятий, проводимых клиникой, является не столько послеродовая смертность от сепсиса, сколько процент заболевших послеродовой лихорадкой бактериального происхождения, возникшей через родовые пути. При установлении этой последней величины мы сталкиваемся с немалыми затруднениями.

Если даже оставить в стороне до сих пор еще спорный вопрос о возможности чисто-сапрофитного заражения с характером интоксикации, то самый вопрос относительно бактериального происхождения послеродовой лихорадки не всегда решается просто, и в существующих статистиках применяются самые различные критерии при отнесении данного случая в ту или другую группу послеродовых лихорадочных заболеваний. Оставляя в качестве основного признака послеродового бактериального заражения лихорадку, так как она является действительно самым важным и никогда не отсутствующим признаком этого послеродового осложнения, мы, в целях уточнения нашей статистики, считаем наиболее рациональным распределить все случаи послеродовой лихорадки согласно схеме, предложенной Zweifel'em. Этот автор, опираясь главным образом на бактериологические данные Heurlin'a, распределяет послеродовые лихорадочные заболевания на следующие группы:

Группа I a—случаи однодневной лихорадки в первые 5 дней после родов до 39° C in axilla. Эти лихорадки на основании данных Heurlin'a следует считать резорбционными, зависящими от всасывания не бактериальных токсинов, а других химических веществ, являющихся продуктами регрессивного метаморфоза. Следовательно, эту группу относить к числу послеродовых осложнений бактериального происхождения нет оснований. Наоборот, все другие лихорадки, если их нельзя объяснить экстрагенитальными причинами, Zweifel считает бактериальными, зависящими или от всасывания токсинов, или от внедрения самих микробов в живые ткани.

Группа I b—случаи многократного повышения температуры in axilla между 38° и 38,5° в течение первых 5 дней.

Группа II a—случаи однодневной лихорадки после 5-го вечера или выше 39° в первые 5 дней.

Группа II b—случаи 2—3 кратного повышения температуры еще и после 5-го дня, или выше 38,5° в первые 5 дней.

Группа III—случаи многодневной лихорадки, но с выздоровлением не позднее 21-го дня.

Группа IV—случаи настоящей родильной горячки с тяжелыми поражениями половой сферы и нагноившиеся маститы.

Группа V—случаи смертельного послеродового сепсиса (pyosis).

ТАБЛИЦА I.

Период времени	Всего родов	Течение послеродового периода:														Смерть от др. пр.		
		N		Ia		Ib		IIa		IIb		III		IV			V	
		Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%		Всего	%
До 1914 г.	3863	3294	85,2	236	6,1	58	1,5	136	3,5	73	1,8	47	1,2	11	0,21	40	1,03	4
	5202	4401	84,6	328	6,3	117	2,2	106	2,04	122	2,24	72	1,2	29	0,56	11	0,21	18
																редуцир 90,173		

Распределив наш материал согласно указанной классификации, мы получили отношения, приведенные в таблице I, где первая графа характеризует материал Университетской клиники до 1919 г., а вторая—объединенный материал обеих клиник после 1919 года. Изучение этой таблицы показывает, что для второго периода нашей клинической работы результаты в смысле частоты послеродовых заболеваний получились не столь благоприятные, как для первого периода. Интересно отметить, что в той группе лихорадок, которая по *Zweifel*'ю относится в рубрику Ia и, по всем вероятностям, объединяет лихорадки небактериального происхождения, различия между первым и вторым периодами мы не замечаем,—частота лихорадок этой группы остается постоянной, поражая в среднем 6% родильниц (у *Zweifel*'а с 1900 года эта группа дает частоту в среднем 5,5%). Тот факт, что на частоте лихорадок этой группы не отражаются заметно успехи современной асептики (*Zweifel*), как равно не отразилось и некоторое ухудшение в течении послеродового периода по отношению к другим группам лихорадивших родильниц в нашем материале, служит, кажется нам, косвенным доказательством небактериального их происхождения. Мы полагаем поэтому, что родильницы группы Ia не должны отягчать статистику послеродовых лихорадок микробного происхождения и в этом смысле могут быть отнесены в группу нормальных. Если так поступить по отношению к нашему материалу, то количество нормальных родильниц повысится для первого периода нашей деятельности до 91,4%, а для второго—до 90,9%.

Наиболее важным в практическом отношении является то обстоятельство, что ухудшение результатов для второго периода, после 1919 года, произошло у нас за счет увеличения числа наиболее тяжелых форм послеродовой инфекции, относящихся к IV и V группам нашей классификации: для первого периода частота поражений этими заболеваниями определяется в 0,39%, тогда как для второго она равна 0,73%. Что касается смертности от послеродового сепсиса, то она особенно высокой оказалось для Университетской клиники во втором периоде ее деятельности, достигнув 0,3%. Напротив, исчисленную нами для объединен-

ного материала обеих клиник смертность в 0,21% мы считаем возможным еще более понизить до 0,173%, отбросив двух погибших в клинике Института родильниц, которые поступили уже с ясно выраженными явлениями септического перитонита *sub partu*. Если судить о тяжести послеродовых инфекций по количеству погибших, то окажется, что на 15 тяжелых заболеваний первого периода мы имеем 4 смерти (26,6%), а на 38 заболеваний во втором периоде—9 смертей (23,7%).

Очень интересно, далее, проследить детальнее послеродовую заболеваемость для периода до 1919 года по материалу Университетской клиники. Если изучить движение заболеваемости и смертности по отдельным годам, то оказывается, что наилучшие результаты получались до 1914/15 уч. года (считая учебный год с сентября месяца): с 190%₁ по этот учебный год на 3,347 родов мы имели всего 7 случаев заболеваний IV группы (0,20%) со смертностью равной 0—в то время, как на 516 остальных родов этого периода, начиная с 1914/15 уч. года, значится у нас 8 заболеваний IV группы (1,5%) с четырьмя летальными исходами (0,77%); ухудшение в течении послеродового периода, которое мы стали получать в последнее время, фактически началось, значит, со второй половины 1914 года.

Стараясь проследить влияние на послеродовую заболеваемость таких моментов, как акушерские операции и разрывы мягких родовых путей, мы, как и следовало ожидать, нашли, что частота заболеваний, определяемых группами IV и V для родов, законченных оперативно или осложненных разрывами мягких частей родового канала больше, чем при нормальных родах,—в первом периоде нашей деятельности она определяется для оперативных родов в 0,6%, а для родов с разрывами—в 1,1% против 0,3% для нормальных родов. Таким образом для этого периода особенно резкой разницы в течении послеродового периода после оперативных родов и родов с разрывами не получилось, причем несколько больший % заболеваемости пал на роды с разрывами.

Отношения резко меняются для второго периода деятельности клиник: во-первых, частота указанных заболеваний резко возрастает, определяясь для оперативных родов в 7,3%, а для родов с разрывами—в 2%, тогда как для нормальных родов она остается неизменной (0,31%) и в этом периоде клинической работы; во-вторых, приведенные цифры показывают, что опасность инфекции при оперативно законченных родах значительно выше, чем при разрывах мягких частей.

На таблице II мы объединили все роды, законченные при помощи акушерских операций или осложненные разрывами мягких частей, и пред-

ТАБЛИЦА II.

Период времени	Всего опер. родов	Течение послеродового периода							
		N	I а	I б	II а	II б	III	IV	V
До 1919 г.	573	72%	9,3%	2,4%	6,1%	4,8%	4,6%	0,7%	0,18%
После 1919 г.	690	70,4%	7,5%	4,2%	3%	7,4%	5,5%	2,46%	1,02%

ставили частоту лихорадочных заболеваний в послеродовом периоде в процентном отношении к общему числу родов этой группы. И здесь прежде всего следует отметить, что ухудшение результатов во втором периоде особенно коснулось частоты наиболее тяжелых заболеваний — IV и V групп. Бросается в глаза также то обстоятельство, что на частоте однодневных лихорадок, относящихся к группам I а и II а, ухудшение общих результатов и здесь не отразилось (ср. т. I), что позволяет сомневаться в микробном происхождении этих форм лихорадок.

Изучая влияние продолжительности родов после разрыва плодного пузыря на частоту послеродовых заболеваний, мы могли получить следующие данные, представленные на таблице III, где в процентах изоб-

ТАБЛИЦА III.

Период времени	‰‰ заболеваний	Продолжительность родов после разрыва плодного пузыря			
		Менее 3 ч.	4—6 ч.	7—12 часов	более 13 ч.
До 1919 г.	Всех лихорад.	6,4	9,7	6,7	16,2
	Тяжелых заболев. . . .	0,37	0,4	1,64	—
После 1919 г.	Всех лихорад.	5,2	9,3	9,7	9,02
	Тяжел. заболев.	0,56	2,5	3,23	2,6

ражена частота послеродовых лихорадок, причем цифры первой строки охватывают все группы лихорадок, исключая группу I, а цифры второй строки относятся к наиболее тяжелым лихорадочным заболеваниям групп IV и V. Изучение этой таблицы с несомненностью показывает вредное влияние затяжного течения родов после разрыва плодного пузыря, причем интересно отметить, что общая частота лихорадочных заболеваний для того и другого из установленных нами периодов времени остается почти одинаковой, в некоторых отношениях для второго периода даже более благоприятной. В ином виде, однако, представляется дело, если обратить внимание на частоту наиболее тяжелых заболеваний, относящихся к группам IV и V, — тогда окажется, что затяжное течение родов для второго периода нашей деятельности стало давать значительно худшие результаты.

Наконец, в своей статистике мы старались проследить также влияние такого фактора, как coitus. В виду того, что на этот фактор стали обращать внимание лишь в сравнительно недавнее время, мы ввели систематический опрос наших рожениц в этом направлении лишь с 1925 г. В настоящее время мы располагаем материалом в 1,169 родов с точно установленным сроком последнего перед родами coitus'a. При этом частота позднего coitus'a у нас получилась меньшая, чем это мог отметить на своем материале K. R u g e II (Münch. med. Woch., 1921), а именно, мы могли установить, что за 1 день до родов coitus имел место у 2,2% всех наших рожениц, за 3 дня — у 2,9%, за 1 неделю — у 9,8%, за 2 недели — у 10,9%, за 3 недели — у 5%, за 4 недели — у 29,2%, за 2 месяца — у 17,7%, за 3 месяца — у 8,9% и за 4 и более месяцев — у 13,1% всех рожениц. Какого-либо определенного влияния позднего coitus'a на частоту послеродовых лихорадок подметить нам не удалось.

Практически-важной задачей мы считали бы выяснение на нашем материале условий заражения и возникновения инфекций, в особенности в форме наиболее тяжелых их клинических проявлений. В частности, чрезвычайно интересным и важным является выяснение вопроса о том, какую роль здесь играли случаи т. н. „самозаражения“. Не вдаваясь в критику всеми признанного за неудачный термина „самозаражение“, отметим только, что мы понимаем его в смысле спонтанной восходящей инфекции эндогенными микробами по Aschoff'y, который, как известно, под этим названием разумеет те случаи, где инфекция возникает у рожениц, у которых все другие виды инфекций могут быть надежно исключены, и где она вызывается микробами, еще до родов обитавшими во влагалище. Мы вполне отдаем себе отчет в трудностях решения этого вопроса,—тем более на основании материала, изученного лишь клинически. Однако, подробное изучение всех случаев более тяжелых форм послеродовой инфекции, которые наблюдались в нашем материале и которые мы приводим ниже *in extenso*,—изучение их возникновения на протяжении большого ряда лет, в условиях различной внешней обстановки и, возможно, при различных степенях сопротивляемости организма женщин в разные периоды времени—позволяет сделать ряд выводов, практически важных с разных точек зрения. Поэтому на затронутом вопросе мы позволим себе остановиться несколько подробнее.

Принципы ведения родов в первом (до 1919 г.) периоде нашей деятельности несколько отличаются от таковых же для второго периода (после 1919 г.). С самого начала деятельности Университетской клиники под директорством проф. В. С. Груздева строго проводился асептический метод ведения родов, *antiseptica* же оставались на втором плане. Каждая роженица подвергалась неоднократно внутреннему исследованию дежурной акушеркой, ученицами состоявшего при клинике Повивального Института и дежурными студентами. У некоторых рожениц в первом периоде деятельности клиники зарегистрировано по 30 и более внутренних исследований в течение всего родового акта. Подготовка роженицы заключалась в тщательном обмывании наружных половых частей, после сбривания (необязательного) волос, мыльным спиртом и орошении раствором сулемы 1:1000. До 1912 года роженицы получали также мыльную ванну. Мытье рук лиц, ведших роды и производивших внутреннее исследование, проводилось строго по Fürbringer'y. Кроме того, с 1912 года введено было обязательное применение резиновых напалечников. Последовый период проводился строго консервативно. Большого консерватизма клиника придерживалась и при установке показаний к акушерским операциям.

Во втором периоде (после 1919 г.) нашей деятельности при подготовке рожениц мы уже ни разу не пользовались ваннами и при обмывании наружных половых частей раствор сулемы заменили 1½% раствором лизола—на основании работы Leidenius'a (*Arch. f. Gyn.*, Bd. 100), который с лизолом получил лучшие результаты. При мытье рук после механической очистки их водой с мылом мы стали употреблять спирт и *t-ra jodi*. С 1923 г., затем, мы совершенно отказались от внутреннего исследования, которое производим теперь только по определенным показаниям и обязательно в стерильных резиновых перчатках. Роды мы стали проводить по возможности тоже в резиновых перчатках, с 1922 г.

уход за родильницами—в перчатках по „пищетному“ методу. Там, где это представлялось возможным, мы проводили у беременных с патологическим влагалищным секретом профилактическое лечение 0,5% раствором молочной кислоты по Zweifel'ю; что касается профилактической вакцинации (стрептококковой вакциной), то мы проводили ее у беременных лишь в исключительных случаях. К характеристике тех условий, в которых протекает наша работа, считаем необходимым указать, что, будучи сторонниками немедленной изоляции начавшей лихорадить родильницы, мы не всегда можем фактически изолировать такую родильницу из-за недостатка соответствующих помещений и отсутствия специального отделения—в особенности в Университетской клинике—от поступления рожениц, имеющих на поверхности тела гноящиеся раны (напр., после фурункулов, от ожогов и т. п.), опасность которых так хорошо иллюстрируется Zweifel'em.

После этих предварительных замечаний мы приводим далее в хронологическом порядке краткие истории болезни всех заболевших в пределах клиники родильниц с наиболее тяжелыми формами послеродовых заболеваний, отнесенных к IV и V группам нашей классификации, причем, пользуясь также рациональной, на наш взгляд, терминологией Zweifel'я, мы будем говорить о тромбфлебитической форме пиемии (пиемия в собственном смысле слова) и лимфогенной пиемии (септицемия авторов) в тех случаях, когда дело шло явно об общем заражении.

Университетская клиника.

(1900—1919 уч. г.г.).

В 1900-1, 1901-2, 1902-3 и 1903-4 уч. г.г. ни тяжелых заболеваний, ни смертных случаев не было.

1904-5 уч. г. А. Б. (№ родов 111), 5-ые нормальные роды без каких-либо осложнений. Длительность родов после разрыва пузыря 30 м. Тромбфлебитическая пиемия с параметритом. Выздоровление.

1905-6 уч. г. Заболеваний не было.

1906-7 уч. г. В. М. (№ родов 23), 2-ые роды без всяких осложнений. С открытым пузырем 32 м. В анамнезе воспалительный процесс. Тромбфлебитическая пиемия с параметритом. Выздоровление.

1907-8 уч. г. Заболеваний не было.

1908-9 уч. г. А. Я. (№ родов 81), нормальные 2-ые роды без осложнений. С открытым пузырем 55 м. Тромбфлебитическая пиемия. Выздоровление.

1909-10 уч. г. Т. Ж. (№ родов 222), родила 1-ый раз. Разрыв промежности 2-ой степени. С открытым пузырем 1 ч. 55 м. Длительная лихорадка с местным процессом в придатках. Выздоровление.

1910-1 уч. г. Заболеваний не было.

1911-2 уч. г. Л. Х. (№ родов 207), жена врача. Первые роды. С открытым пузырем 2 ч. 5 м. Разрыв промежности 3-ей степени. Двурогая матка, ножное предлежание, выпадение пуповины. Экстракция плода за тазовый конец. Задержка оболочек. Тяжелый септический эндометрит. Выздоровление.

1912-3 уч. г. А. К. (№ родов 199), 5-ые роды. Двойни. Краевое предлежание плаценты. Искусственный разрыв пузыря. Исследована простой бабкой. Септический перитонит на 3-й день после родов. Взята родными на 8-ой день р.р.

1913-4 уч. г. М. К. (№ родов 2-й), 7-ые роды. Ручное удаление последа. Сильная кровопотеря. С открытым пузырем 2 ч. 15 м. Параметрит с лихорадкой интермиттирующего типа. Выздоровление.

1914-5 уч. г. М. П. (№ родов 4), 5-ые роды. В анамнезе воспалительный процесс. С открытым пузырем 2 ч. Задержка хориона. Заболевание без местной локализации типа лимфогенной пиемии. Выздоровление.

М. Е. (№ родов 30), первые роды. Эклампсия. Щипцы. После разрыва пузыря 9 ч. 5 м. Разрыв промежности 2-ой степени. Длительная лихорадка перемежающегося типа без местной локализации. Выздоровление.

1915-6 уч. г. З. М. (№ родов 51), первые роды, без всяких осложнений. После разрыва пузыря 1 ч. 10 м. Смешанная форма пиэмии. Exitus letalis. На аутопсии—задержка плацентарной ткани.

А. З. (№ родов 93), родила 7-ой раз, без всяких осложнений. Длительность родов после разрыва пузыря—25 м. Смерть от септического перитонита на 7-ой день после родов.

Ф. III. (№ родов 126), вторые роды, без осложнений. С открытым пузырем 50 м. Длительная лихорадка без местной локализации. В дальнейшем развился пневмонический фокус. Выписана до выздоровления.

1916-7 уч. г. Р. Р. (№ родов 27), первые роды, без осложнений. С открытым пузырем—11 ч. 35 м. Лимфогенная пиэмия. Перитонит. Exitus letalis.

М. С. (№ родов 31), первые роды. Длительность после разрыва пузыря 2 ч. 38 мин. Разрыв 2-ой степени. Лимфогенная пиэмия. Перитонит. Exitus.

А. С. (№ родов 179), первые роды. Лицевое предлежание. После отхождения вод прошло 2 ч. 30 м. Тромбофлебитическая пиэмия, параметрит, септический язвенный вульвит. Выздоровление.

В 1918 и 1919 г.г. клиника работала с большими перерывами, пропустив всего 113 роженец, среди которых тяжелых заболеваний не было.

Университетская клиника.

(1920—1926 уч. г.г.).

1920 г. Тяжелых заболеваний не было.

1921 г. Заболеваний тяжелых не было (на 146 родов).

1922 г. М. С. (№ родов 12), первые роды. С открытым пузырем 1 ч. 30 м. Послед шероховат. Длительная лихорадка с параметритическим экссудатом. Выздоровление.

Е. К. (№ родов 74), первые роды, без каких-либо осложнений. После излития вод прошло 2 часа. Роды проведены без внутреннего исследования, в перчатках. Септический параметрит. Септический язвенный вульвит. Рожа наружных половых частей. Выздоровление. Ребенок погиб от септической инфекции через пупок.

Е. Р. (№ родов 89), жена врача. Нормальные вторые роды. В анамнезе воспалительный процесс. Разрыв I степени. Длительность родов после отхождения вод 2 часа. Тромбофлебитическая пиэмия. Exitus через 4 месяца после родов.

1923 г. Тяжелых заболеваний за год не было.

1924 г. М. Я. (№ родов 305), первые роды. Слабость потуг. Повторное исследование per vaginam. С открытым пузырем 4 ч. 30 м. Щипцы. Разрыв 2-ой степени. Септический вульво-вагинит. Выздоровление.

Т. Р. (№ родов 318), первые роды, без осложнений. С открытым пузырем 6 час. Была подвергнута внутреннему исследованию акушеркой на дому. Высокая лихорадка постоянного типа без определенной местной локализации. В крови стрептококки. Выписана до полного выздоровления.

Р. Э. (№ родов 355), студентка-медичка, жена врача. Первые роды. После разрыва пузыря 1 ч. 30 м. Внутреннего исследования не было. Роды проведены в перчатках. Разрыв промежности I степени. Пиэмия вначале тромбофлебитического типа, а под конец—лимфогенного с явлениями перитонита. Exitus.

1925 г. М. Т. (№ родов 21), вторые роды. Незадолго до беременности перенесла септический аборт. Роды проведены без внутреннего исследования, в перчатках. С открытым пузырем 45 м. Лимфогенная пиэмия. Перитонит. Exitus.

М. С. (№ родов 22), студентка, вторые роды. Отхождение вод до схваток. Слабость схваток. С открытым пузырем 8 ч. 50 м. Ручное удаление последа. Пиэмия смешанного типа. Выздоровление.

К. III. № родов 29), врач, первые роды, без осложнений. С открытым пузырем 2 ч. Последние дни перед родами легкая ангина. Scarlatina puerperalis. Выздоровление.

М. А. (№ родов 32), студентка-медичка. Первые роды. Слабость потуг. После отхождения вод 54 часа. Щипцы. Ручное удаление последа. Разрыв 2-й степени. Лихорадка пиэмического типа. Септический язвенный вагинит. Метастатический мастит. Выздоровление.

Х. С. (№ родов 39), 5-ые роды. Запущенное поперечное положение плода. В участковой больнице делались попытки поворота. Эмбриотомия. Ручное удаление последа. Тромбофлебитическая пиемия. Смерть.

1926 г. В. М. (№ родов 168), врач, первые роды. Последовое кровотечение. Ручное удаление последа. Разрыв промежности I степени. Лимфогенная форма пиемии с перитонитом. Exitus letalis.

Клиника Института.

(1920—1926 г.г.).

1920 г. Тяжелых септических заболеваний не было.

1921 г. Т. Р. (№ родов 16), первые роды, слабость схваток. После излития вод прошло 28 час. Ручное удаление последа. Лимфогенная пиемия. Выздоровление.

А. Н. (№ родов 79), вторые роды. Слабость схваток. По излитии вод—16 ч. Высокая лихорадка без местной локализации. Выписалась до выздоровления.

К. III. (№ родов 428), первые роды. По излитии вод—25 м. Разрыв второй степени. Лихорадка перемежающегося типа с экссудатом в параметрии. Выписана до выздоровления. Подвергалась внутреннему исследованию.

А. Ф. (№ родов 525), первые роды. За неделю до родов болела инфлюэнцей (?). Ручное удаление последа. Разрыв второй степени. Септический перитонит. Exitus на 5-е сутки после родов.

К. А. (№ родов 557), первые роды, без осложнений. Проведены с внутренним исследованием в перчатках. После излития вод прошло 3 часа. Заболевание типа лимфогенной пиемии с тазовым перитонитом. Судьба неизвестна.

Г. В. (№ родов 590), вторые роды. Проведены с внутренним исследованием врачом и акушеркой. После отхождения вод прошло 2 часа. Длительное заболевание с тяжелым поражением придатков и клетчатки. Выздоровление.

Н. Р. (№ родов 598), первые роды. С открытым пузырем 3 ч. 30 м. В клинике внутреннему исследованию не подвергалась, но дома была исследована акушеркой. Послед шероховат. Тромбофлебитическая пиемия. Флегмонозная ангина. Выздоровление.

М. Ф. (№ родов 609), больничная сиделка, вторые роды. Вагинальное исследование. Тяжелая форма параметрита. Выздоровление.

1922 г. Н. О. (№ родов 202), первые роды, двойнями. С открытым пузырем 5 час. Разрыв промежности 2-й степени. Эклампсия post partum. В анамнезе гнойные бели. Внутреннее исследование 2 раза. Длительная лихорадка с местным процессом в придатках. Выздоровление.

К. Г. (№ родов 382), первые роды. После разрыва пузыря 3 часа. Разрыв промежности 2-й степени. Длительная лихорадка с местным процессом в параметрии.

1923 г. Б. Ф. (№ родов 465), первые роды. После отхождения вод прошло 5 час. Внутреннего исследования не производилось. Роды проведены в перчатках. Больная страдала повторно ангиной. Длительное заболевание с тяжелым поражением правых придатков. Выздоровление.

В. К. (№ родов 509), первые роды. С открытым пузырем 4 ч. Разрыв промежности 2-й степени. Внутреннего исследования не было. Незадолго до родов страдала фурункулезом на руке. Лимфогенная пиемия. Exitus letalis.

Н. Ж. (№ родов 702), первые роды. С открытым пузырем 1 час. Разрыв 2-й степени. Во время беременности гнойные бели. Роды проведены без внутреннего исследования. Лимфогенная пиемия. Перитонит. Exitus.

1924 г. Н. Н. (№ родов 304), вторые роды. После отхождения вод—2 ч. 15 м. Плодное яйцо родилось целиком. Роды в перчатках. В анамнезе—гнойные бели. Внутреннего исследования не производилось. Длительная лихорадка с параметрическим экссудатом. Выздоровление.

С. М. (№ родов 671), первые роды. С открытым пузырем—3 часа 15 мин. Сильное кровотечение. Внутреннего исследования не проводилось. На левой руке рапагитиш. Длительная лихорадка при явлениях септического эндометрита. Выздоровление.

В этом году погибли также две родильницы (№№ 905 и 909), доставленные уже с тяжелыми явлениями септического перитонита sub partu.

1925 г. М. М. (№ родов 12), четвертые роды. Воды отошли 20 час. назад. Поперечное положение. Исследована акушеркой в деревне. Эмбриотомия. Лимфогенная пиемия. Exitus.

А. Г. (№ родов 366), первые роды, без осложнений. С открытым пузырем 50 м. Без вагинального исследования. Coitus за 2 недели до родов. Септический эндометрит и периаднексит. Рожа ягодичной области. Выздоровление.

Е. Л. (№ родов 384), первые роды. С открытым пузырем 2 часа. Оторванная доля послерода выделена по Credé. За день до родов была исследована акушеркой в деревне. Exitus на 4-й день после родов от лимфогенной пиемии. У ребенка развилась рожа в области scrotum.

Е. Т. (№ родов 423), врач, жена врача патолого-анатома, первые роды. С открытым пузырем 5 часов. Без внутреннего исследования. Роды проведены в перчатках. Длительная лихорадка с поражением правых придатков. Выздоровление.

Н. Е. (№ родов 455), первые роды. Двойни. С открытым пузырем 8 ч. 30 м. Исследована врачом в деревне. Кровотечение. Длительная лихорадка при явлениях тяжелого септического эндометрита. Выздоровление.

В. Л. (№ родов 498), первые роды, через 12 час. после отхождения вод. Без внутреннего исследования. Длительная лихорадка с местным процессом в параметрии. Выздоровление.

1926 г. Л. Ч. (№ родов 50), пятые роды. Запущенное поперечное положение. Эмбриотомия. Ручное удаление послерода. Повторное кровотечение. Тампонада. В деревне исследована бабкой. Септический параметрит. Выздоровление.

Т. Д. (№ родов 176), первые роды. Эклампсия. Краниотомия. Исследована вне клиники. Септический параметрит. Выздоровление.

А. В. (№ родов 507), первые роды. В анамнезе аборт. Coitus за 10 дней до родов. Длительность родов после разрыва пузыря—26 час. Ручное отделение плаценты. Вяло протекавшая пиемия тромбфлебитического типа. Выздоровление.

В. Б. (№ родов 630), первые срочные роды. Поперечное положение. Поворот. Coitus за 10 дней до родов. Исследована вне клиники повторно. Длительная лихорадка без местной локализации.

Л. Ф. (№ родов 657), первые роды, через 3 часа после разрыва пузыря. Ручное удаление послерода. В анамнезе—гнойные бели. Длительное заболевание типа тромбфлебитической пиемии. Гнойный мастит. Выздоровление.

При ближайшем рассмотрении приведенного материала бросается в глаза поразительно-низкий процент тяжелых послеродовых заболеваний при 0% смертности до 1914¹/₅ учебного года. Так как все роженицы этого времени подвергались внутреннему исследованию,—часто даже многократному,—то для этого времени мы не можем говорить о возможности „самозаражения“ в указанном нами смысле. Обращает на себя внимание также резкий подъем заболеваемости и смертности с 1914¹/₅ уч. г. Четыре смерти в течение всего первого периода клинической деятельности падают как раз на два года—1915⁵/₆ и 1916⁶/₇ уч. г. В одном случае это были затяжные роды (11 ч. 30 м. после разрыва пузыря), в другом случае имелся разрыв промежности, а двое остальных родов прошли без каких-либо осложнений. Эти два года, особенно неблагоприятные в смысле послеродовой инфекции, знаменуют вообще поворот к худшему, так как в дальнейшем мы уже не могли, несмотря на все старания, получать тех результатов, какие имели до 1914¹/₅ уч. г. Причину указанного явления, думается нам, следует искать в условиях военного времени, когда все врачи клиники одновременно вынуждены были работать в госпиталях для раненых и соприкасаться с гнойными инфицированными ранами, и когда даже в пределах самой клиники находилось отделение для раненых, среди которых нередко встречались больные с гнойными остеомиелитами. Заслуживает при этом внимания, что, хотя возникновение указанных случаев инфекции, несомненно, следует отнести за счет экзогенной инфекции по Aschoffу, накопления этих случаев на протяжении короткого времени с характером внутриклинической эндемии мы не наблюдали ни разу.

Иначе обстоит дело для второго периода нашей деятельности, для которого, по указанным уже выше соображениям, мы объединили материал обеих клиник. В смысле проведения асептических мероприятий в этом периоде нашей деятельности, как уже было указано выше, дело было поставлено возможно строго; однако результаты получились по сравнению с первым периодом хуже.

Приступая к детальному изучению случаев послеродовых заболеваний в Университетской клинике, мы должны отметить, что в 1920—1921 г.г. клиника работала в очень ограниченном масштабе, и посещаемость акушерского отделения студентами была незначительная. Тяжелых заболеваний в эти годы не было. В 1922³/₄ уч. г. роженица № 12 перенесла заболевание группы IV; роженица эта была исследована. Следующее тяжелое заболевание падает на № 74, где требование „Unberührtsein“ немецких авторов было проведено полностью,—роженица не подвергалась внутреннему исследованию, и роды проведены в перчатках. Однако отнести этот случай за счет спонтанной инфекции мы едва-ли вправе, так как развившийся здесь язвенный вульвит и рожа наружных половых частей показывают, что инфекция шла снаружи. К пониманию этого случая следует указать, что уже за некоторое время до родов № 74 в клинике не все было благополучно: роженицы №№ 51, 52, 59, 62, 65, 71, а после № 74 роженица № 80, перенесли заболевания более легкого характера, относимые нами в группу III. Все они подвергались внутреннему исследованию, а роженица № 65 имела otitis externa purulenta. Клиника была временно закрыта для дезинфекции. Роженица № 89, жена врача, у которой роды проведены без внутреннего исследования, заболела смертельной пиэмией уже после очистки клиники. Изучение этого рода заболеваний производит впечатление, что инфекция, пассировавшая через №№ 51—71, дала тяжелое заболевание у № 74, причем с большой вероятностью можно думать, что в переносе ее персонал клиники непосредственного участия не принимал. Относительно погибшей родильницы № 89 можно было бы с большим правом думать о спонтанной эндогенной инфекции,—тем более, что в анамнезе у нее имелся воспалительный процесс,—если бы она по времени не совпала с только что пережитой клиникой эндемией.

В 1924-5 уч. г. было три тяжелых случая,—№№ 305, 318 и 355,—из коих роженицы в №№ 305 и 318 подвергались внутреннему исследованию, а роды в сл. № 355, у жены врача, студентки-медички, были проведены без внутреннего исследования и со стерильными перчатками; несмотря на это, родильница погибла от пиэмии. К характеристике этого случая, который с очень большой вероятностью можно считать за случай эндогенной инфекции, можно добавить, что в клинике заболеваний незадолго до № 355 не было, и что сама погибшая до момента родов продолжала свои студенческие занятия в Бактериологическом Институте.

В 1925-6 уч. г., в декабре—январе, мы имели ряд заболеваний III группы с характером септического эндометрита. Затем последовательно заболели роженицы №№ 21, 22, 29, 32 и 39, причем роженица № 29 (врач) дала заболевание послеродовой скарлатиной, поступивши в клинику с явлениями ангины; роженица № 39, очевидно, поступила инфицированной после попыток к повороту, сделанных в деревне; №№ 22 и 32—обе студентки—перенесли ручное удаление последа; роженица

№ 21 не подвергалась исследованию, роды у ней были проведены в перчатках, так что по отношению к ней принцип „Unberührtseins“ был проведен полностью. Имея в виду данные анамнеза и аутопсии, мы полагаем, что в этом случае мы имели лимфогенную инфекцию из незаглаженного инфекционного очага в придатках.

В 1926-7 уч. г., в октябре, мы имели ряд заболеваний III группы у родильниц №№ 151, 153, 166 и смертельную пиэмию у № 168 (врач). При этом роженица № 151 (студентка) имела сильное кровотечение вследствие задержки последа и была тампонирована, у № 153 была *sub partu* резецирована передняя губа *portionis vaginalis* из-за колоссальной ее гипертрофии, № 166 имела *coitus* за 5 дней до родов, и, наконец, № 168 подверглась ручному отделению последа.

В клинике Института в 1921 году, помимо трех заболеваний, отделенных большими промежутками (№№ 16, 79 и 428) и, вероятнее всего, относящихся к экзогенной инфекции, мы имели настоящую эндемию, начавшуюся с № 514 и поразившую №№ 514 (III гр.), 525 (V), 538 (III), 557 (IV), 584 (III), 590 (IV), 598 (IV) и 609 (IV). Роженица № 525, возможно, поступила уже инфицированной, №№ 538 и 584 не подвергались внутреннему исследованию, № 557 исследована в перчатках. Эндемия имела место в декабре месяце и прекратилась после закрытия и дезинфекции отделения.

В 1922 году имели место два тяжелых заболевания, отделенных большим промежутком времени (№№ 202 и 382) у родильниц, подвергавшихся внутреннему исследованию.

В 1923 году наблюдался опять целый ряд заболеваний—№№ 444 (III гр.), 465 (IV гр.), 484 (III гр.), 488 (III гр.), 509 (V гр.) и отдельно № 702 (V гр.). Интересно отметить, что роженица № 465 не была исследована, и роды у ней проведены в перчатках; но эта больная страдала повторно ангиной, между прочим и незадолго до родов. Роженица № 509 внутреннему исследованию не подвергалась, но при родах получила разрыв промежности, а незадолго до родов имела фурункулез на руке; этот случай, кажется нам, мог бы быть истолкован, как случай экзогенной инфекции вульварными микробами, происхождение которых могло бы быть поставлено в связь с бывшим фурункулезом или переносом их извне без непосредственного участия персонала клиники. Роженица № 702 исследованию не подвергалась, роды у нее были проведены в перчатках; *sub graviditate* она страдала гнойными белями; ни до, ни после этого случая заболеваний в клинике не было, так что случай этот, по нашему мнению, подходит под понятие эндогенной инфекции,—по-скольку, конечно, можно еще исключить возможность самоисследования.

В 1924 г. роженица № 304, не исследованная, роды у которой проведены с перчатками, имела гнойные бели и может трактоваться в смысле эндогенной инфекции (IV гр.). № 611, тоже удовлетворяющая требованию „Unberührtsein“, имела гнойный панариций, почему экзогенное происхождение инфекции здесь весьма возможно. №№ 905 и 909, несомненно, были инфицированы вне клиники.

Из заболевших в 1925 г. следует отметить № 366, где не производилось исследования, и заболевание сопровождалось рожистым воспалением в области ягодиц. Больная № 384, погибшая от пиэмии, и ребенок ее, погибший от *erysipelas seroti*, могла бы получить инфекцию от № 366, но утверждать этого нельзя, так как роженица № 384 была *sub*

partu исследована деревенской повитухой. По отношению № 423 (жена врача) должно заметить, что роды здесь проведены в перчатках, без внутреннего исследования, и что случай этот подходит под понятие эндотенной инфекции—тем более, что перед этим в клинике заболеваний не было, так как она 2 месяца находилась в ремонте. Роженица № 498 (IV гр.) тоже не подвергалась исследованию.

Ряд пуэрперальных заболеваний, наблюдавшихся в 1926 г., относится к родильницам, которые или подвергались исследованию вне клиники, или перенесли акушерские вмешательства в тяжелой форме (чаще—ручное удаление последа).

Подводя итоги нашим наблюдениям, прежде всего постараемся выяснить причины большей частоты послеродовых заболеваний в послевоенное время. Тот факт, что поворот к худшему пришелся как раз на период, когда и врачи, и лечебные учреждения были загрязнены гноем хирургических больных военного времени, показывает, что обычные меры асептики для случаев загрязнения вирулентным гноем оказались недостаточными, так как, несомненно, часть случаев послеродовых заболеваний того времени должна быть отнесена за счет экзогенной инфекции со стороны лиц, принимавших участие при родах. В ближайшее время после мировой войны, в годы гражданской войны и различного рода эпидемий, когда большинство врачей оставались мобилизованными и принуждены были входить в соприкосновение с инфицированными больными, указанный момент инфекции извне оставался в силе. Однако и с прекращением разрухи и улучшением общего положения нам все-таки не удастся достигнуть тех благоприятных результатов, которые мы имели в довоенное время. Мы склонны допустить здесь влияние ослабленной сопротивляемости организма. Если обратить внимание на возраст рожениц, получивших в дальнейшем инфекцию, то окажется, что на 15 тяжелых заболеваний нашего первого периода первороженец было 7 (46,6%), а на 38 заболеваний во втором периоде их было 26 (68,5%). Такое увеличение % первородящих,—следовательно, более молодых женщин,—среди заболевших мы объясняем себе именно ослабленной сопротивляемостью организма, которую в свою очередь легко поставить в связь с годами перенесенных лишений. Дело в том, что окончательное формирование организма этих женщин падало по времени как раз на тяжелые для нашей страны годы, а потому вполне можно принять возможность известного рода дефективности их защитных приспособлений,—дефективности, благодаря которой у них, при прочих равных условиях, легче и чаще могла возникнуть инфекция. Впрочем переоценивать этого фактора мы не склонны. Равным образом мы в нашем материале не имеем данных, которые показывали бы, что частота абортс с сопровождающими их осложнениями инфекционного характера заметно отражается на частоте послеродовых заболеваний. За то мы имели нераз случай убедиться, что появление в клинике стрептококка ведет к накоплению на протяжении короткого времени случаев послеродовой инфекции. Как справедливо подчеркивает Sig wart, здесь дело не может идти о влиянии моментов, ослабляющих организм, а причины этих явлений следует искать в других направлениях. Здесь мы должны отметить, что в самых условиях современной нашей работы можно указать моменты, крайне затрудняющие ее в смысле строгого проведения принципов асептики. Одним из таких моментов, в особенности для клиники Института, является чрезвычай-

чайно энергичная ее нагрузка, вследствие чего больничные койки работают здесь, так сказать, без отдыха, что нельзя признать нормальным, в особенности при возможности перебоев в снабжении чистым и стерильным бельем, каковые перебои нам приходилось переживать до недавнего, сравнительно, времени преимущественно в зимние месяцы. Отсутствие при клиниках специальных изоляторов и особого персонала тоже не остается, конечно, без влияния на послеродовую заболеваемость.

Изучение условий возникновения инфекции у наших родильниц заставляет нас признать, что только единичные случаи с известной вероятностью могли бы быть признаны за случаи спонтанной эндогенной инфекции. Далее обращает на себя внимание тот факт, что ни применение резиновых перчаток во время родов, ни устранение внутреннего исследования, ни уборка родильниц по „пинцетному“ методу не предохраняют их в некоторых случаях от заболевания. Более близкое изучение случаев послеродовой инфекции, возникших на протяжении короткого времени, заставляет нас особое значение признать за тем видом инфекции, который вызывается вульварными микробами, попавшими на наружные половые части свежей родильницы без непосредственного участия персонала клиники, но от ранее заболевшей другой родильницы. В этом смысле наши наблюдения заставляют нас вполне присоединиться к P. Zweifelю, который особенно подчеркивает большую устойчивость стрептококков, долго сохраняющих свою жизнеспособность на средах с примесью крови, каковой являются лохии. Вследствие такой сравнительной стойкости микробов легко происходит загрязнение ими клинического помещения в окружности их носительницы, что имеет особенное значение при довольно большой скученности родильниц, с которой приходится нам иметь дело по условиям наших клинических помещений. При таких условиях становится понятным возможность спонтанной инфекции вульварными микробами при появлении стрептококка в клиническом отделении.

Сравнение наших результатов с таковыми же других клиник показывает, что отмеченное нами некоторое увеличение послеродовой заболеваемости и смертности не есть явление случайное. По данным проф. Бубличенко (Сборник, посв. Окянчичу) для такого большого учреждения, как Гос. Акушерско-Гинекологический Институт в Ленинграде, кривая послеродовой смертности от септических заболеваний дает здесь те же характерные колебания,—с 0,08% в 1914 году она поднимается до 0,55% в 1918 г., а в последующие годы падает, оставаясь все же равной 0,32% в 1923 г.

Заканчивая изложение наших наблюдений, мы позволяем себе сделать из них следующие выводы:

1) В послевоенное время отмечается некоторое увеличение послеродовой заболеваемости и смертности в связи с изменившимся характером самого клинического материала и условий клинической работы.

2) Хотя возможности спонтанной эндогенной инфекции вообще отрицать нельзя, но во всяком случае она играет лишь незначительную роль в увеличении количества послеродовых заболеваний.

3) Наибольшее практическое значение имеет здесь спонтанная инфекция вульварными микробами, которые могут принадлежать данной больной или иметь экзогенное происхождение, причем в этом последнем случае в переносе их непосредственное участие персонала клиники вовсе необязательно.

К методике массовой психотерапии алкоголиков.

Д-ра Н. Спицына.

Как известно, первые случаи применения гипноза для лечения алкоголиков относятся ко второй половине XIX столетия. В 1885 году Voisin'ом было сделано сообщение по этому поводу на Научном Конгрессе в Гренобле; вслед за ним такое же сообщение было опубликовано женевским врачом Ladame'ом. Независимо от них д-р Wetterstrand (Стокгольм) применил гипноз в 3 тяжелых случаях запойного пьянства, причем был достигнут полный успех. В 1887 г. проф. Forel указал на излечение гипнозом одного 70-летнего старика-алкоголика. Затем интерес к применению гипноза у алкоголиков вновь возродился с 1904 года, благодаря работам проф. Бехтерева, Токаевского, Глинского и др. русских авторов. К этому же времени относится и начало функционирования в России психотерапевтических амбулаторий по борьбе с пьянством. Применение массового гипноза началось со сравнительно недавнего времени, и творцом его является покойный академик В. М. Бехтерев (прив. по Мендельсону).

В настоящей заметке мне хотелось бы поделиться своим опытом применения массовой психотерапии алкоголиков, проводимой в Курском Психоневрологическом диспансере. Основанием к этому сообщению послужили, во-первых, некоторые нововведения, сообщений о которых мы не встречали в современной медицинской литературе, и, во-вторых, то, что этот метод возможен в любой не только городской, а и сельской амбулатории.

Наиболее удобной группой для проведения мероприятий, на которых я ниже подробно остановлюсь, мы считаем группу в 15—20 алкоголиков. Она составляется *) из пьяниц по возможности различных друг от друга как по тяжести алкоголизма, так и по социально-материальным признакам (начинающие, с психической дегенерацией, но не в последней стадии, рабочие, крестьяне, служащие, обеспеченные в материальном отношении, дошедшие до нищенского состояния и пр.).

В целях наибольшей ясности изложения я проведу описание методики сеанса в несколько беллетристического виде, отчего, надеюсь, не утратится его практическая ценность.

9 часов утра. В комнате, предназначенной для гипнотерапии, уже собралась вся группа. Тут вы видите бывшего студента, изгнанного за пьянство из ВУЗ'а и различных учреждений, где ему приходилось служить,—бывшего советского служащего, ломовика-извозчика, вагонновожатога, почтенного вида с рыжей бородой уксусовара, пьющего запоем,—делопроизводителя, рабочих, пенсионеров, робких молодых крестьян и пр., и пр. Смесь костюмов, лиц, выражений... Жиденький пиджачок (при 20° морозе), полуопорки и фуражка с ремненным околышем („студенче-

*) К нам алкоголики идут „самотеком“.

ское достоинство“) мирно уживаются с огромными „валенцами“, такой же шапкой и необъятной „спецодеждовской“ шубой вагонновожатого. Бледное, измученное, с усталыми, слегка воспаленными глазами лицо бывшего совслужащего и рядом с ним широкое, красное, с сизым носом и рыжей бородой лопатой лицо уксусовара; затем ряд простых и незаметных лиц; на всех лицах лежит печать „зеленого змия“...

Обыкновенно к каждому сеансу кем-нибудь из группы приводится приятель—такой же пьяница. Мною всем алкоголикам дается задание—в течение недели всеми способами привлечь в диспансер одного из своих „компаньонов“. Сеанс начинается с новичка: его я „исповедываю“ (выражение алкоголиков) по анкете, заключающей в себе ряд вопросов, имеющих целью выяснить: а) количество и вид употребляемого алкоголя, б) с какого времени и под влиянием чего начал пить, в) работоспособность раньше и теперь, г) судимость в связи с алкоголизмом, д) не было ли душевных заболеваний и пр. Затем следует исследование его соматики и психонервного статуса. Ответы „новичков“ обычно бывают двух сортов: некоторые,—уже бывалые,—стремятся подчеркнуть свои успехи в деле пьянства („поставь четверть фунта камсы,—пяти бутылкам голову сломлю“); другие же, особенно молодежь из крестьян и совслужащие, скромничают не в меру, уменьшают свои показания во всем, начиная от количества выпиваемого и кончая замалчиванием об эксцессах при пьянстве. Опрос окончен, новичок усажен на место. Этим кончается первый этап.

Следующий начинается „докладом“ жены кого-нибудь из алкоголиков (я обязываю каждого алкоголика при следующем же посещении привести в диспансер свою жену, либо другое близкое лицо). Доклады жен—это жуткие фотографии быта алкоголиков. Выплывают наружу все „подвиги“, о которых никто из посторонних даже и не подозревал. Побой, ругань матерщиной в присутствии вполне осмысленных детей, прамеры пропивания одежды и обуви („на последние гроши купила ему брюки и пиджачишка, а он, смотрю,—через 3 дня является домой в одних, извините, исподниках“), случаи неудержимых „растройств желудка“ в те же злосчастные исподники, „рыганье“ и пр., и пр. Иной раз больно слушать, как пьяный алкоголик отнимает последнее яйцо у своей 3-летней дочери: „не из сотни он, изверг, взял, а одно, что было, что я купила ребенку,“—повествует жена. Доклады—это кошмарные повести о падении человека, охваченного зеленым змием. Нужно видеть, что делается в эту пору с группой, с героем тяжелой эпопеи. Многие, у кого просветлела голова за 2-3 недели воздержания, плачут, ибо каждая новая повесть—это отражение его собственной жизни, его собственных недавних „подвигов“.

Скажут, что я наношу алкоголику своего рода психическую травму таким приемом. Отрицать этого факта, конечно, нельзя; но нужно, во-первых, помнить, что большинство алкоголиков, имея низкопробную чувствительность, по существу страдают психической анестезией и, во-вторых, принять во внимание нижеследующие соображения, которые руководили мной, когда я вводил этот прием: тщательно изучая психологию алкоголиков, я подметил черту, свойственную почти всем им,—это стремление оправдать свое пьянство. Если спросить у алкоголика, почему он тогда-то напился, он всегда отыщет причину, сообразную с его интеллектуальным уровнем и средой: то его жена обидела и изругала,—„если бы она меня не расстроила, то я бы не напился,“ то его обстоятельства

заставили, — „так сложились дела, что не напиться было невозможно“, то потому он напился, что „его обидели“, „не поняли“, „с горя“ и пр. Доказательства нелепости этих поводов часто не увенчиваются успехом, так как на врача алкоголик все же смотрит, как на официальное лицо, или, во всяком случае, как на человека, который не может его понять; соответственным образом он расценивает и наши доводы. Совершенно иное дело, когда об этом же, среди таких же алкоголиков и в условиях, где исключается возможность воздействия на рассказчика, — повествует жена. Здесь часто затрагиваются моими наводящими вопросами не только чисто „алкогольные“ вопросы, но и вопросы нравственности, самолюбия; в иной плоскости встают перед алкоголиком его отношения к детям, к работе, к тем же „неизбежным причинам“. Если и бывает слабая попытка со стороны объекта повествования реагировать на рассказ в форме оправдания, то нужно видеть, как она встречается „коллективом“, — убийственная насмешка, либо короткое „молчи уж“ — вот ответы; они не так бесследно умирают в его душе, как суховатые рассуждения врача. Мы таким образом вводим принцип оценки нравственного облика алкоголика и его поступков такими же, как и он сам. Это — второй этап.

Третий — моя беседа по вопросам алкоголизма в том виде, как она проводится всюду. Но никогда я не привожу фактов научного характера, не подкрепляя их примерами персонажей всем известных и либо отсутствующих, — когда идет разговор о тяжелых и неизлечимых последствиях алкоголизма, — либо присутствующих, если вопрос касается последствий, легко устранимых с ликвидацией пьянства.

Четвертый этап — массовый гипноз. Он проводится мной примерно следующим образом. „Сядьте поудобней“. При этом желательно, чтобы головы гипнотизируемых опирались на что-либо: спинку дивана, кресла, стену и пр. „Я буду считать, а вы постепенно впадете в дремотное состояние, а потом и заснете. Пристально смотрите мне в переносицу... Раз... два... три... четыре...“. Алкоголики, как известно, легко внушаемы и поэтому обычно на счете 20—25 у целого ряда сидящих смыкаются веки, и только на тех я фиксирую свое внимание, гипнозирую, смотря им в глаза, кто отстает в засыпании. Если же и этот способ не помогает, а счет дошел до 40—50, я им просто приказываю закрыть глаза и сидеть покойно. Через несколько минут — будто мертвые лица. Еще немного продолжаю счет и затем внушаю. Содержанием внушения я обычно беру *resumé* того, что сказано было женой и из своей беседы. „Теперь вы знаете, что не водку вы пьете, держа в дрожащих руках стакан, а кровь, слезы и жизнь своих жен и детей. Вы теперь понимаете, что водка — ваш злейший враг: она отнимает у вас здоровье, семью, имущество, уважение окружающих и даже разум. Я вам внушаю такое же отвращение к водке и злобу к ней, как к своему врагу. Вы решили покончить с этим злом и не только сами не будете пить, но и будете удерживать от этого других. Когда, после счета пять, вы придете в нормальное состояние (а „не проснетесь“, т. к. некоторые, особенно новички, могут и не заснуть в первый раз), вы будете себя чувствовать хорошо, бодро, радостно. Вы гордитесь тем, что возвращаетесь к здоровой жизни, полезной обществу, семье и вам самим“. После счета „пять“ лица оживают. Это — четвертый этап.

Пятый заключается в том, что вся группа хором повторяет вслух содержание внушения. Это внушение я предлагаю каждому алкоголику

твердить про себя 3 раза в сутки. „Как только проснетесь,—прежде всяких дел повторите про себя то, что вы говорили сегодня на сеансе, затем то же нужно сделать в обеденное время и вечером, когда ложитесь спать. И не раз проговорите про себя все это, а 4—5 раз“.

Шестой и конечный этап—это выслушивание разных соматических жалоб своих больных, назначение им лечения, направление к специалистам; выслушиваются также различные жалобы на жизненные неудобства: жилищные, вопросы заработка, отношения с женой и пр. и пр. Весь сеанс отнимает $1\frac{1}{2}$ —2 часа.

Такова методика типичного сеанса с алкоголиками. Однако наши заботы этим еще не исчерпываются: во-первых, обязательным условием я ставлю для них посещение всех публичных лекций по алкоголизму, а если эту лекцию читаю я сам, то своим содокладчиком обязательно выставляю бывшего алкоголика, теперь уже излечившегося. Последний метод я считаю весьма целесообразным, во-первых, в том отношении, что простой рассказ—„содоклад“ бывшего алкоголика лучше самой мастерской лекции врача (в смысле воздействия на массы, разумеется); во-вторых, сами бывшие алкоголики гордятся этим, т. к. с них публичным путем снимается грязь прежней репутации. Содоклад бывшего алкоголика—это своеобразный экзамен и очищение для него.

В мерах воздействия на алкоголиков во время сеанса психотерапии (до гипноза) мы не останавливаемся также на „припугивании“ административными, нажимными мерами воздействия: обещанием сообщить в учреждения о неявке на сеанс, о „прегрешениях“ в периоде лечения, угрозами возбудить ходатайство перед соответствующими инстанциями о признании того или иного субъекта социально-нестерпимым со всеми вытекающими отсюда последствиями и пр. Я убедился, что алкоголики—народ, с которым одним „поглаживанием по головке“ нельзя обойтись.

Вопрос о том, не вызывают ли доклады жен репрессии по отношению к ним со стороны мужей-алкоголиков,—нас весьма интересовал. И я должен заявить, что за всю свою практику (свыше 200 алкоголиков) такого случая не наблюдалось, хотя жены лечащихся делают доклады через каждые две недели лечения своих мужей. Думать о том, что репрессии могут иметь место по окончании курса лечения, конечно, не следует, ибо человек после излечения преобразается в буквальном смысле этого слова,—у него происходит полностью то, что называется „переоценкой всех ценностей“.

Продолжительность курса лечения мы в среднем устанавливаем в 1 месяц с двухкратными еженедельными сеансами. Вслед за месяцем систематического лечения я провожу режим наблюдения и повторения сеансов еще в течение 2 месяцев, причем в течение второго месяца (после лечения) наблюдаемый является 1 раз в неделю, а на третьем месяце—один раз в две недели. Доклады же мы ставим также на сеансах с проходящими лечение группами. Вариации продолжительности курса возможны в зависимости от индивидуальных особенностей случая.

Результаты лечения: полное прекращение употребления спиртных напитков в 50—55%, с „рецидивами“—30%, без заметного успеха—15%. Неудача лечения обуславливается обычно отягощением невропатической наследственностью.

В заключение *me mento*: не пить самому. Все ваше обаяние сейчас же пропадет, если хоть раз группа услышит от вас самих спиртной запах.

К этиологии, патогенезу и клинике слоновости¹⁾.

Проф. И. А. Левина.

Elephantiasis arabum—группа заболеваний с характерным клиническим синдромом, патогенезом, с местной пахидермией и гипертрофией всех слоев кожи и подкожной клетчатки. Обыкновенно различают: 1) спорадическую слоновость, 2) эндемическую, 3) врожденную и 4) вторичную. Если клиническая картина, патолого-анатомические изменения и, пожалуй, патогенез данного страдания изучены довольно хорошо,—того же нельзя сказать об этиологии.

Процесс начинается с отека, воспалительный характер которого то едва намечен (покровы нормальны), то резко выражен (покровы гиперэмированы, более или менее припухли, напряжены, болезненны, лимфатические сосуды, исходящие из болезненного участка, уплотнены, идут в виде красных, болезненных полос до соответствующих лимфатических желез, обычно припухших, болезненных). Общих явлений может и не быть, но чаще воспалительный приступ сопровождается знобом, более или менее сильной лихорадкой, рвотой, а иногда и бредом. Приступ тянется от нескольких дней до двух недель, затем общие явления стихают, местные—же не только не исчезают,—кожа и подкожная остаются инфильтрованными,—но даже увеличиваются. Через несколько времени наступает второй подобный же, но обыкновенно более слабый, приступ, который оставляет покровы еще более припухшими. Ряд подобных припадков,—и слоновость налицо: твердая, непластическая припухлость, склерозный отек, различная по интенсивности гипертрофия подлежащих тканей.

Вид и цвет пораженной поверхности различен, смотря по времени и случаю: вначале процесса кожа гладка, напряжена, суха, лоснится, иногда краснее нормальной (elephantiasis glabra); позднее она становится желтоватой или даже бурой, покрывается эпидермоидальными и сальными массами; в некоторых случаях позднее развивается гиперкератоз,—кожная поверхность становится ороговевшей, шероховатой, бугристой (elephantiasis tuberosa), бывает покрыта то белыми или розовыми сосочками, то серыми или черными (elephantiasis nigra), или гипертрофическими бородавками (elephantiasis verrucosa); между ними проходят борозды, из которых обычно выделяется лимонного цвета или гнойная, вонючая, засыхающая в коросты, жидкость. Сплошь и рядом на пораженной поверхности, самопроизвольно, а особенно под влиянием травмы, даже малейшей, образуются упорные язвы, являющиеся источником

¹⁾ Сообщено в Научном Обществе Врачей Н. Г. У. 15/X 1926 г.

новых лимфангоитов и усиления слоновости. Консистенция пораженного участка лишь редко мягка, эластична (*elephantiasis mollis*), обычно же тверда, плотна, деревяниста (*elephantiasis dura*), при давлении на ней не образуется ямки, кожные покровы не удается собрать в складку, они плотно фиксированы к подлежащим тканям, костные выступы более или менее сглажены. Лишь воспалительные отеки кладут начало слоновости, которой не бывает при механических (перетяжка) или дискразических (сердечные, почечные и т. д.) отеках; *elephantiasis teleangiectodes Neuman's* и *elephantiasis lymphangiectodes Rindfleisch's* должны быть отнесены к сосудистым новообразованиям, а *elephantiasis neurotica* — к фиброзным нейромам.

Развиваясь длительно, толчкообразно, бесконечно прогрессируя, слоновость может тянуться 20—50 лет, поражая любую часть человеческого тела. Однако, благодаря менее благоприятным условиям кровообращения, чаще всего она встречается на нижних конечностях и половых частях.

Нижняя конечность, на которой встречаются все виды слоновости, при поражении элифантiazисом принимает вид колонны или ноги слона. По мере приближения к лодыжкам плотность принимает деревянистый характер. Сплошь и рядом, особенно при бородавчатой слоновости с мадерированным эпидермисом и со зловонным, мутным, клеевидным выделением, образуются неправильной формы и глубины, с сукровичным отделением, язвы (*elephantiasis ulcerosa*), вокруг которых развиваются флегбиты и лимфангоиты коккового характера.

Если слоновость развивается при язвенном процессе голени, то поражается обычно только стопа; если же производящая причина расположена выше, то слоновость в виде вала ограничивается от стопы, („панталоны одалиски“); стопа при этом может сохранить нормальные размеры, но обыкновенно и она бывает отечна, а на пятке и тыле стопы, особенно у пальцев, развиваются бородавчатые разрождения.

При слоновом перерождении голени или половых органов иногда в болезненный процесс вовлекаются бедро и брюшная стенка.

При слоновом перерождении мужских половых частей половой член превращается в грушевидную опухоль, имеющую до 20—40 сант. в длину. Слоново-измененная мошонка может достигать величины головы взрослого человека, а в отдельных случаях она опускалась до середины бедра и даже голени и весила до 60 кило (Prosper Alpin, Larrey и др.); *penis* при такой резко выраженной слоновости мошонки как-бы поглощается ею, и препуциальное отверстие принимает вид бороздки; поверхность мошонки бывает гладка или бородавчата, иногда с резким развитием лимфатических варикозных расширений, лопающихся и выделяющих соломенно-желтую сывороточную жидкость — *lymphoscrotum*.

У женщин большие и малые половые губы при поражении слоновостью достигают иногда колоссальных размеров, симулируя миксому. Проф. Поспелов наблюдал у одной проститутки слоновость клитора, который в виде огромного тестовидного передника закрывал всю половую щель и промежность.

Верхние конечности редко поражаются элифантiazисом изолированно; будучи поражены, они образуют колбасовидные опухоли с перетяжками у локтя и лучезапястного сустава.

Rousseau, Львов и Боголюбов описали случаи слоновости грудных желез, причем в случае Боголюбова последние спускались на 15—17 сант. ниже пупка, а после ампутации оказались весившими 4 кило. Разбирая литературу о гипертрофии грудных желез и базируясь на данных микроскопического исследования, Боголюбов относит к истинной слоновости грудных желез также случаи Grähs'a, Hess'a, Dargai'er'a и Le Double'y'a.

Сравнительно редко элефантиатический процесс встречается на лице и голове, причем здесь слоновость представляется обычно в виде мягковатой, непластической припухлости лица, иногда с расширением лимфатических сосудов слизистой нижней губы, щек и языка, с образованием широких или червеобразных придатков на ушах и шаровидных опухолей на веках, особенно нижних. В некоторых случаях слоновость лица развивается, как вторичный склерозирующий процесс на губах, особенно верхней, при хронической экземе, рините, волчанке, проказе и т. д.

Слоновостью захватывается большею частью несколько участков одновременно, или один за другим. Переход от патологически измененных участков к нормальным обычно постепенен, межпучковые части отечны, более мягки, соответствующие лимфатические железы тестоваты, вследствие отечности тканей иногда не прощупываются.

При патолого-анатомическом исследовании пораженные слоновостью покровы обычно представляются плотными, режутся с трудом, причем слышен бывает хруст, иногда просвечивают, имея вид желатины; на поверхности их разреза часто выступает слегка мутноватая, слабо-щелочная, свертывающаяся на воздухе, жидкость.

Уже собственно - дерма при элефантиазисе иногда достигает 2—3 сант. в толщину, подкожная же клетчатка бывает в 2—3 раза толще, образуя с мышцами, апоневрозом и др. тканями, вплоть до костей, одну плотную, гомогенную, беложелтую, салоподобную, фиброзную, пропитанную лимфой массу, в которой иногда бывает трудно отличить мышцы, сосуды и нервы. Мышцы, пророщенные фиброзной тканью, перерождаются и атрофируются; сосуды, особенно венозные и лимфатические, на разрезе зияют, придавая тканям кавернозный вид; влагалища сосудов и нервов, апоневрозы и межмышечная соединительная ткань утолщены, кости иногда гиперплазированы, покрыты остеофитами.

Под микроскопом эпидермис в начале процесса представляется истонченным, в хроническом же стадии, наоборот утолщен, особенно stratum germinativum. Большинство авторов отмечает, особенно при бородавчатой форме слоновости, умеренный гиперкератоз и акантоз. Что касается отмечаемой некоторыми гиперпигментации на границе эпидермиса и дермы, то Mosely и Morisson ее не видали.

Главные изменения при микроскопическом исследовании замечаются при слоновости, со стороны дермы. Последняя во всю толщу бывает пронизана узловатыми или принимающими диффузный характер воспалительными гнездами, соединительнотканнные волокна ее гипертрофированы и гиперплазированы, отмечается резкое увеличение коллагенной ткани. Что же касается эластических волокон, то между тем, как Marchal и др. допускают уменьшение их или новообразование молодой фиброзной ткани без эластической сети, Alberg считает установленным при элефантиазисе значительное увеличение эластической ткани.

В начале изменения при элифантiazисе локализируются в окружности сосудов лимфатической сети, кровеносные же захватываются позднее. Воспалительный периваскулярный инфильтрат сначала состоит из малых лимфоцитов, потом к ним присоединяются плазматические и отчасти тучные клетки. Стенки сосудов, особенно артерий, бывают склерозированы, утолщены на счет гипертрофии *mediae* и пролиферации эндотелия, ядра которого, вдаваясь в просвет, доводят иногда мелкие сосуды до полной облитерации. Одновременно отмечается, особенно в сосочковом слое, расширение лимфатических пространств и сосудов. Dominici находил присутствие в слоново измененной коже гигантских фибробластов и макрофагов. Большинство авторов отмечает, далее, атрофию волосных фолликулов, сальных и потовых желез.

Вышеописанные изменения распространяются, при элифантiazисе, на подкожную клетчатку и межмышечную соединительную ткань вплоть до перноста. Соответствующие лимфатические железы бывают склерозированы, иногда, особенно при вторичной слоновости, жирно перерождены, укутаны в фиброзные оболочки или в кавернозную лимфатическую ткань.

В патогенезе слоновости играют роль три фактора: стаз лимфы, воспаление и венозный стаз, причем в первую очередь, по мнению большинства, развивается лимфатический стаз, а вслед за ним венозный, результатом которого является отек с последующим или даже с сопутствующим раздражением окружающей соединительной ткани.

Ни один возраст не застрахован от разбираемого заболевания. Некоторые авторы, как Moncorvo, наблюдали его даже у новорожденных (*elephantiasis congenita*), хотя Gauscher и думает, что в подобных случаях дело, повидимому, шло иногда о *naevus mollusciformis*. Из представителей различных классов чаще страдают бедняки. Сырость, дурные гигиенические условия, ожирение, болотная лихорадка предрасполагают к заболеванию слоновостью. Женщины как будто чаще страдают последнею, чем мужчины, что проф. Поспелов объясняет влиянием повторных беременностей. Встречаясь во всех климатах, слоновость в жарких странах—Аравии, Египте, Бразилии, Мексике, на островах Антильских, Зондских, Фиджи и Таити—встречается в виде эпидемий. Из представителей различных рас наиболее предрасположенными к болезни, по мнению большинства авторов, являются негры, хотя по Aguijo чаще поражаются белые и креолы; на частоту страдания последних указывает Gauscher.

Различные инфекции и новообразования, как местный туберкулез, гумозный сифилис, рак,—могут, повидимому, создавать необходимые для развития слоновости патолого-анатомические условия. Es march, Kolienkampfi и др. подметили, что повторные воспаления, напр., повторные приступы рожи и лимфангоитов, а также длительные расстройства питания, именно хронические язвы и дерматиты, вызывают иногда изменение сосудистых стенок, прижатие вен и закупорку лимфатических сосудов с расстройством крово—и лимфообращения и с развитием слоновости. Иногда последняя появлялась при экстирпации группы нагноившихся или склерозированных желез (Gauscher), или при параффиновых инъекциях, которые облитерировали лимфатическое русло.

В 1883 г. Boscardt экспериментально доказал связь слоновости с рожей: в одном случае множественных врожденных фибром кожи,

желая вызвать их рассасывание, он, привив больному рожу, вызвал хроническое отечное состояние, которое в 6 месяцев дало типичную слоновость; рожистые кокки, по мнению Boscardt'a, закупорили при этом в атрофической коже лимфатическую систему и вызвали ее воспаление. Unna, Aschalm, Sabouraud при обострениях слоновости также находили в пораженных тканях стрептококков; Sabouraud, Verneil, Clado получали разводки рожистого кокка даже из поверхностных насечек слоново-пораженной кожи. При этом нет неперенной необходимости, чтобы рожистый процесс локализовался обязательно на пораженной слоновостью покровах,—в случае Richardiére'a, напр., слоновость нижних конечностей развивалась при повторной роже лица; стрептококки распространились, значит, метастатически. Да и другие микробы, по мнению ряда авторов, могут сыграть в этиологии элифантiazиса ту же роль, что и рожистые кокки, давая типичную картину спорадической слоновости (*elephantiasis nostras*). Интересный случай подобного рода мы наблюдали в нашей клинике.

М. П.-в, 21 г., крестьянин, поступил в клинику 9/XII 1925 г. по поводу увеличения половых органов. Большой крепкого телосложения, внутренние органы нормальны. 3 года назад П. перенес тиф, характера которого он не знает; вскоре после того у него появились воспалительная краснота и отечность кожных покровов половых органов. Полгода назад постепенно, без субъективных ощущений, развились увеличение половых частей, особенно мошонки, и деформация члена. За это время воспалительные припадки неоднократно повторялись, 1½ мес. назад развился полный фимоз,—головка не открывается даже при эрекцияx, которые за последнее время часты, слегка болезненны; сношений с момента заболевания не имел, венерическими болезнями не страдал.

При объективном исследовании оказалось, что лимфатические железы у больного, особенно паховые, увеличены, тверды, безболезненны. Член значительно увеличен в длину и в диаметре, дугообразной формы, выуклостью кверху, конец его слегка изогнут и повернут в сторону; мошонка с большой кулак взрослого человека. Кожные покровы члена, особенно крайней плоти, утолщены до 1—1½ сант., утратили свою эластичность, слегка цианотичны и лишь у корня члена, где они собираются в ясно выраженные складки, представляются бедными. Кожа мошонки наиболее резко утолщена в области шва на 4—5 сант. в обе стороны. Там и сама на кожных покровах половых частей замечается мелкая бородавчатость.

21/XII больной переведен в Хирургическую клинику для *circumcisio* крайней плоти и частичного удаления кожи члена и мошонки.

Этиологию чистой врожденной слоновости, какая была, напр., в случае Mainzer'a, где у 4-летней девочки были поражены элифантiazисом обе голени, правая стопа и наружные половые органы, и где не было никаких новообразований типа ангиом, лимфангиом, диффузного фиброматоза, гигантского липоматоза, неврофибром и др. опухолей типа паеви, пытались поставить в связь с амниотическими тяжами. Бергман относится скептически к этой теории, но случай Fieschi, где у 4-месячного мальчика с амниотическими тяжами в нижней трети левой голени оказалась врожденная слоновость, не позволяет сполна отказаться от нее; возможно, впрочем, что тяж этот дал лишь толчок к развитию слоновости, в дальнейшем же последняя развивалась независимо от него. Некоторые авторы, особенно Moncorvo, усматривают причину врожденной слоновости во врожденных расстройствах кровообращения и, главным образом, в наводнении через плаценту сосудов плода стрептококками при роже или лимфангитах у матери с последующим развитием лимфангоитов и у плода. Взгляд этот сближает врожденную слоновость у детей со спорадической—у взрослых.

Тропическая слоновость, поражая в 95% нижние конечности и одновременно половые органы, дает клиническую картину, сходную с картиной спорадического элевантиазиса, только более выраженную, причем она обычно сочетается здесь с огромными варикозными лимфатическими расширениями или с другими припадками филариоза, развивающегося под влиянием паразита *filaria sanguinis Bancrofti* (хилозная водянка яичка, хилурия, гематохилурия, лимфатическая мошонка, филарийные абсцессы, хилозные асциты и т. п.).

Паразит этот живет в больших лимфатических стволах и железах, причем самка дает бесчисленное число зародышей в 300 μ длины и 7—9 ширины со стекловидной оболочкой. Передатчиками болезни являются москиты: кусая людей, они захватывают зародышей филарий, которые в желудке москита, — а по мнению других в его грудных мышцах, — претерпевают метаморфоз, затем в виде личинки лежат на челюстных придатках москита, инокулируются при укусе здоровому человеку и, проникая в его лимфатическую систему, достигают взрослого состояния (взрослая самка имеет 8—10 сант. длины, самец — несколько меньше).

Закупоркой взрослыми паразитами крупных лимфатических сосудов или закупоркой желез и лимфатической сети зародышами и их наплывом в межтоточную соединительную ткань некоторые и объясняют эндемическую слоновость. Другие видят здесь лишь случайное совпадение; указывая, что большинство больных филариозом вовсе не страдает слоновостью, а у большинства страдающих тропической слоновостью ни в крови, ни в пораженных тканях не удавалось находить филарий и их зародышей. Кроме того, чистый филариоз, в противоположность слоновости, начинается обычно безлихорадочно или лишь с незначительной лихорадкой. По мнению этих авторов значительную роль в развитии и тропической слоновости играет инфекция стрептококком. Этим они этиологически сближают ее со спорадической слоновостью, с которой она клинически вполне идентична.

В наших широтах чаще встречается вторичная слоновость в виде склерозного отека или веррукозной формы слоновой пахидермии после годами существовавшего нарушения кровообращения, — расширения вен, тромбозов на почве экзема, язв (сифилитических, туберкулезных, волчаночных, атонических и др.).

Что сифилис может вызвать лимфангиэктатическое состояние и слоновость, — утверждал еще в 1855 г. Allan Webba, который рассматривал сифилис, как причину элевантиазиса половых частей. Об этом имеются указания и у Fournier. Речь идет при этом не об отеке, который наблюдается при шанкром лимфангите (индуриативный отек), а об аналогичном облитерирующему эндоартерииту заболевании стенок лимфатических сосудов, закупорке их просвета с расширением приводящих лимфатических путей. Подобные случаи были описаны целым рядом авторов. В большинстве этих случаев антисифилитическое лечение давало обратное развитие слоновости, и лишь в единичных оно оказывалось безуспешным.

Мы лично в течение 1925/6 уч. г. имели возможность наблюдать 5 случаев слоновости, развившейся на сифилитической почве.

1. К. Г-ва, 47 л., крестьянка, поступила в клинику 3/IX 1925 г. Мать и брат больны гуммозным сифилисом. У самой 15 лет тому назад обнаружались гуммозные узлы и язвы правой голени; 6 лет назад заметила утолщение левой голени, и с тех

пор процесс этот медленно, безболезненно прогрессирует. 5 лет назад гуммозные узлы на левой голени и левом плече изъязвились и за год зарубцевались, года 3 назад подобный же процесс на правом локте, года 1¹/₂—на тыле левого голеностопного сустава узелки с просыное зерно, а через ¹/₂ года такие же эффлоресценции на правом плече и предплечье. Две недели назад в средней трети левой голени снова появились узлы, которые вскоре изъязвились. За последние 7—8 лет отмечает повторные приступы рожеподобной красноты на левой стопе и голени при повышении ¹° и общем недомогании.

Объективно в области плечевых суставов и на правом локте много атрофических рубцов бугоркового сифилида; на плечевых областях, предплечьях, в локтевых сгибах бугорковый сифилид расположен кольцами и полукольцами разной величины, от 1 до 3 сант.; на правой голени рубцы гуммозного сифилида и периститы большеберцовой кости. Оба бедра одинаковой толщины. Левая голень резко, почти вдвое, увеличена сравнительно с правой; кожные покровы ее слегка отечны, местами покрыты гуммозными рубцами и поверхностными язвами, в средней трети ее—безболезненные, еще не вполне изъязвившиеся узлы. Левая стопа в 3-4 раза увеличена сравнительно с правой, сплошь вся покрыта безболезненными, шаровидными, бородавчатыми разрождениями от булавочной головки до 2—3 сант. в диаметре, сидящими на широких основаниях; нормальных покровов не видно, борозды между эффлоресценциями глубоки; цвет разрождений после очистки их от червей (личинки мух) светлорозовый, они дают обильный серозный выпот. Кожа подошвы без разрождений, но сильно утолщена. Ножные пальцы в 5-6 раз больше нормы как в длину, так и в ширину, сплошь покрыты тесно сидящими друг возле друга бородавчатыми, с серозным отделяемым, разрождениями, разрождениями разной величины; пальцы плотно прилегают друг к другу, ногти не изменены, но закрыты лежащими по близости разрождениями. Движения левого голеностопного сустава и особенно пальцев резко ограничены, и больная с трудом передвигается.

За время пребывания в клинике больная проделала рожеподобный приступ на левой голени. После общего специфического лечения (25 инъекций 2% сулемы по 1 куб. с., 6 внутривенных вливаний „914“—в общей сумме 4.05, 9 внутривенных вливаний NaJ - в сумме 54.0 и внутривенное употребление иодистых препаратов) и местного применения на разрождения 10% мыльно-салицилового пластыря больная 6/1 1926 г. выписалась из клиники со вполне зажившими язвами и рассосавшимися гуммозными поражениями; левая нога у нее приняла нормальный вид, и больная, получила возможность ходить свободно (после выписки пришла в клинику, сделав пешком 8 верст).

Микроскопическое исследование взятой при биопсии кожи с бородавчатыми разрождениями дало следующие результаты: в эпидермисе гиперкератоз и умеренный акантоз, в дерме увеличение коллагенных пучков; повсюду разбросаны разной величины расширенные лимфатические пространства, а частью и кровеносные сосуды; сальные и потовые железы атрофированы; под эпителием и около сосудов гнездый инфильтрат, состоящий главным образом из лимфоцитов, плазматических и небольшого числа тучных клеток; стенки сосудов, особенно артериальных, утолщены—главным образом за счет media; ядра пролиферирующего эндотелия вдаются в просвет, и мелкие сосуды облитерированы.

II. А. С-ва, 50 лет, крестьянка, обратилась 17/IX 1925 г. из-за язв и утолщения правой голени. Утолщение это впервые появилось 5 лет назад, после воспалительной красноты, сначала у наружного мыщелка, потом оно охватило всю голень. Через год стали появляться трещины, из которых выделялась прозрачная жидкость, еще через год стали появляться узлы, которые потом распадались, и на месте их получались язвы. За последний год головные боли ночного типа. Родители и брат страдают гуммозным сифилисом.

При исследовании правая голень слегка отечна, кожные покровы голени и стопы довольно плотны, как-бы инфильтрированы; на голени ряд гуммозных рубцов; на тыле и боковой поверхности стопы ряд язв с гуммозным распадом, наряду с ними много гумм до лесного ореха; второй палец ноги в 2—3 раза больше нормы. RW дала задержку гемолиза, RM резко-положительна. Лечь в клинику больная отказалась.

III. И. Г-н, 21 г., житель г. Павлово, принят в клинику 6/1 1926 г. С детства повторные гнойные высыпания на нижних конечностях, особенно правой, при отеке и болях; 8 лет назад безболезненная припухлость правого голеностопного сустава при сохранении движений в нем; повторные приступы рожеподобной красноты на правой конечности.

Кожа коленных суставов синюшна, рубцово изменена; на наружной и внутренней сторонах нижних двух третей голени крупные, гладкие рубцы от 5 до 15 сант. в диаметре; правая стопа и голень увеличены в размерах, покровы их с фиолетовым оттенком, на тыле стопы группа бугорков от конопляного зерна до горошины, покрытых желтоватыми корочками; движения голеностопного сустава безболезненны, слегка ограничены.

После курса специфического лечения (20 ин'екций 2% раствора сулемы по 1 куб. с., 6 вливаний Neo в сумму 3,45 и 11 внутривенных вливаний NaJ в сумме 41,0) резкое уменьшение размеров голени и стопы с почти полным сглаживанием бородавчатости.

IV. В. М-ва, 49 л., крестьянка, принята в клинику 18/I 1926 г. Больная 15 лет,—регулярно 5—6 раз в год у ней были трехдневные приступы зноба, жара, почти бессознательного состояния, сопровождавшиеся рожеподобной краснотой правой стопы и голени, причем до середины бедра тянулись красные полосы. За последние 3 года приступы реже, краснота менее интенсивна. 3 года назад у правой голеностопного сустава снаружи появилась язвочка, которая $\frac{1}{2}$ года оставалась стационарной, затем стала постепенно увеличиваться, и по ее периферии появились бородавчатые разрождения, постепенно увеличивавшиеся в числе и величине. Отмечаются ночные боли.

Правая стопа и голень лишь слегка отечны. Около лодыжек, на пятке и на тыле правой стопы, около пальцев, бурные бородавчатые разрождения до горошины величиною с плотным роговым слоем, а на тыле стопы у голеностопного сустава—разрождения больших размеров; на внутренней поверхности пятки имеются мокнущие участки с зловонным запахом; подобные же разрождения есть на участке в 8—10 сант. на внутренней поверхности голени. Варикозное расширение вен правой нижней конечности. Поверхность tibiae неровная. Язычок и часть мягкого неба почти разрушены, на задней стенке глотки белые рубцы, RW резко-положительная.

В виду того, что больная ин'екции ртути и бисмутогви переносила плохо, применено лечение неосальварсаном и внутривенными вливаниями NaJ; местно же на разрождения применялся 10%—15% мыльно-салициловый пластырь. При таком лечении уже к 27/I бородавчатые разрождения приняла ворсинчатый характер и частью исчезли, к 18/II гиперкератоз резко уменьшился, к 1/III лишь на отдельных участках остались утолщение рогового слоя и кое-где незначительная бугристая поверхность с красновато-синюшным оттенком, к моменту выписки, 6/III, окружность голени уменьшилась на $3\frac{1}{2}$ сант., окружность под'ема—на 5 сант., стопы—на 1 сант., окружность голени—32 с., под'ем—36 с., стопы—28 с.

V. Н-ва, 35 л., гр-ка г. Павлово, поступила I/IV 1926 г. 15 лет назад „после простуды“ появилась боль в ногах, и развились язвы на голенях с довольно большим отделяемым, которые через несколько месяцев самопроизвольно зажили; 12 лет назад началось медленно прогрессирующее, безболезненное припухание голеней.

На обеих голенях спереди, в средней и нижней третях,—типичные гуммозные рубцы и периоститы большеберцовых костей; на тыле левой стопы, около пальцев,—бородавчатые разрождения от горошины до фасолы величиною, плотной консистенции, близко сидящие друг возле друга; обе голени значительно толще нормы; RW положительная, в моче белок от 2 до $3,5\%$.

За время пребывания в клинике больная получила 15 ин'екций 2% сулемы по 1 куб. с., 5 ин'екций Bi, 4 вливания Neo (в сумме 1,65) и подистый калий по 1,5 в день; местно на бородавчатые разрождения прикладывался 10% мыльно-салициловый пластырь. Специфическое лечение не оказало никакого влияния на болезненный процесс в почках. К моменту выписки больной (27/V) бородавчатые разрождения на стопе значительно уменьшились, окружность голеней—также.

O'Sersild считает за прямокишечную слоновость т. наз. ложно-ректальную сифилему Fournier, вызываемую облитерацией паховых и аноректальных желез, вероятно на почве их заражения разными микробами с язв анального отверстия и прямой кишки. По Darier процесс этот аналогичен с т. наз. эстиоменой вульвы (Huguier), которую он в значительном числе случаев и осложняется. Вообще всякая более или менее глубокая язва половой щели, или входа во влагалище у женщины,—туберкулезная, волчаночная, мягкопанкротная, гуммозная, инфицированная раковая, возможно, даже банальная при длительной инфекции,—

может осложняться склерозом и слоновой гипертрофией малых губ, клитора, больших губ, промежности и т. д., особенно при наличии поражения паховых желез, давая клиническую картину эстиомены вульвы Hug uier. Подобный случай мы наблюдали в нашей клинике.

Е. К-на, гр-ка г. Павлово, поступила 17/IX 1925 г. по поводу увеличения наружных половых органов и поражения правого коленного сустава. Больная замужняя, замужем 30 лет, имела 9 беременностей. Лет 25 назад у ней было двухстороннее нагноение паховых и частью бедренных желез. 10 лет назад стала замечать постепенный, безболезненный рост наружных половых органов; было-ли вначале какое-нибудь язвенное поражение на них,—не помнит. Год назад заболел правый коленный сустав,—появились припухлость, затруднение ходьбы.

Активной подвижности в суставе в настоящее время нет, пассивные—резко ограничены, сустав веретенообразно припух, имеются свищи с серозно-гнойным отделением. Большие половые губы резко увеличены, особенно правая, образуя безболезненную опухоль с кулак взрослого человека, с неровной, бугристой, покрытой разной величины бородавчатыми, пигментированными разрожениями поверхностью; подобные же бородавчатые разрожения имеются на нижней части лобка и передней части промежности. Половая щель зияет, при раздвигании губ в глубине выступают слегка увеличенные бугристые малые губы и клитор; по краю больших губ и на их наружной поверхности, особенно в верхней части, несколько поверхностных язв с вялыми грануляциями и серозно-гнойным отделяемым, содержащим массу стрептококков. Над и под пупартовой связкой, особенно справа,—втянутые, неправильной формы рубцы. RW отрицательна.

13/X больная была переведена в Хирургическую клинику для оперативного удаления половых губ. Микроскопическое исследование (И. И. С е н ю т к и н) удаленных губ обнаружило довольно резко выраженный гиперкератоз. В cutis и подкожный клетчатке обильное развитие грубой волокнистой соединительной ткани с незначительным количеством клеток и с сильным расширением кровеносных и лимфатических сосудов. Кое-где разбросаны островки из лимфоидных клеток, местами в виде бугорков с эпителюидными, лимфоидными и гигантскими клетками,—картина tuberculosis cutis.

В описанном сейчас случае туберкулезное поражение желез, имевшее место 25 лет тому назад, подготовило почву и содействовало развитию слоновости половых органов при их поражении туберкулезом с одновременной инфекцией tbc язв стрептококками. Но и один разлитой туберкулез паховых желез с их распадом может вызвать слоновость половых органов, как это было в случае Dujarier и Laroche'a. Наблюдения Follet и Gaucher показали, далее, что вторичную слоновость может вызвать оперативное удаление лимфатических желез—раково или туберкулезно перерожденных, или воспалительно измененных. Riedel на этом основании предупреждает быть осторожным с удалением желез,—конечно, не раковых,—помня о возможности развития слоновости, хотя надо сказать, что таковая развивалась и без удаления желез при неоперабельном раке грудной железы. Мы имели возможность наблюдать начальную стадию развития слоновости половых органов при туберкулезно измененных паховых железах.

Больная А. Н-на, 22 лет, поступила в клинику 10/X 1925 г. С 3-х лет в пахах, в подколенных ямках и на голених у нее то появлялись, то зарубцовывались язвочки. Паховые железы периодически весной и осенью воспалялись, нагнаивались и заживали втянутыми рубцами. 3 года назад на больших половых губах появились 2-3 бугорка, затем число их стало увеличиваться. Сифилиса и туберкулеза у родных не отмечает, половой жизнью не жила.

Больная анемична, жесткое дыхание на верхушках и под левой лопаткой. Железистый аппарат увеличен, особенно подчелюстные железы справа, они плотны, но безболезненны и подвижны; паховые же железы неподвижны, спаяны с рубцово измененной кожей; рубцы с мостиками, типичные для язвенной скрофулодермы; такого же характера рубцы в подколенных ямках и на самой голени. На больших половых губах, больше на левой, ряд розоватых, как бы просвечивающих, бородавчатых, от конопляного зерна до горошины величиною, сидящих на широком осно-

ваний, изолированных друг от друга разрощений; разрощения эти не вызывают никаких субъективных ощущений. Кожа половых губ, особенно по периферии разрощений, восковидна, плотна, инфильтрирована. RW отрицательна.

Разрощения удалены (при разрезе кожи хруст). Микроскопическое исследование их (И. И. Сеньюткин) обнаружило гипертрофию эпителиального слоя и сосочковые разрощения его. В подлежащей ткани много салных и потовых желез. Гаалинизация пучков соединительной ткани; картина хронического воспалительного пролиферативного процесса.

В другом случае мы наблюдали развитие слоновости голени и стопы при волчанке верхней трети бедра, без поражения бедренных и паховых желез, но здесь не обошлось без влияния кокковой инфекции.

Больной И. Л-в, 16 л., гр-н Нижнего - Новгорода, поступил в клинику 26/III 1926 г. Больной 4 года назад пронзил гвоздем левую пятку, после чего развились гнойники, занявшие всю стопу; процесс длился около 2 лет; вскоре после поранения пятки в верхней трети бедра бугорковала сыпь. Пролечал курс специфического лечения, а потом, когда RW оказалась отрицательной, подвергся рентгенизации. Месяца 2^{1/2} назад впервые отметил резкий рожеподобный кратковременный приступ на стопе и голени с общими явлениями—жаром, знобом, головную болью; за это время перенес 4 подобных приступа.

При объективном исследовании левая стопа и голень отечны, утолщены: кожные покровы синюшны, сухи, горячи наощупь; на подошве и пятке мокнущая сыпь; на тыле левой стопы, у 2-го и 3-го пальцев, небольших размеров плотные бородавчатые разрощения, вокруг которых и на пальцах кожные покровы утолщены, плотны; подвижность левого голеностопного сустава слегка ограничена; в верхней трети бедра почти циркулярно расположен серпигинирующий люмпозный процесс. После повторной его рентгенизации подмечено обратное развитие этого процесса, мокнущая сыпь на пятке исчезла, но слоновость стопы и голени пока (9/VI 1926 г.) осталась в том же виде.

Тот факт, что волчанка, гуммозный сифилис и туберкулезное поражение желез встречаются в наших краях часто, тогда как слоновость попадает сравнительно редко, заставляет нас задуматься над вопросом, достаточно-ли одних этих факторов для развития разбираемого нами страдания, или, быть может, и здесь нужны вторичная инфекция стрептококками, либо другими микробами, повторные лимфангоиты, либо рожеподобные приступы, как это мы видели в случаях тропической и спорадической слоновости. Литературные данные и наши личные наблюдения свидетельствуют, что и при вторичной слоновости рожеподобная инфекция играет не менее выдающуюся роль, чем при других формах.

В 1896 г. Gaucher, сообщая о больном с невротическим отеком верхней конечности, где кожа локтя, предплечья и кисти была поражена слоновостью с трофической гангреной на отечных местах, допускает возможность elephantiasis neuroticae вазомоторного характера, полагая, что, при подобном состоянии сосудисто-нервной системы, достаточно, повидимому, незначительных инсультов, чтобы вызвать слоновость. П о с п е л о в, приводя свой случай el. neuroticae, предполагает, что отек и лимфангоиты зависят от воздействия или токсинов рожистого кокка, или воспалительных продуктов, или задержанных в организме недоокисленных продуктов обмена веществ.

Но эти трофические отеки Meige, или ложная нервно-артеритическая слоновость A. Mathieu, лишь близки к настоящей слоновости, отличаясь от нее и клинически, и патолого-анатомически, и патогенетически. Возникая без видимой причины, часто при невралгических болях и судорогах, без местных воспалительных явлений и без признаков органического поражения нервной системы, эти обширные местные отеки быстро или постепенно становятся фиброзными, при них кожа всегда гладка, без лимфатических расширений, не собирается в складки; излюбленные места—

нижние конечности, одна или симметрично обе, иногда липо и верхние конечности, но половые органы и стопа, за исключением ее тыла, обычно щадятся. Чаше поражаются девушки после полового созревания, или молодые женщины, причем процесс или остается стационарным, или, прогрессируя, вызывает затруднения движения. Улучшение и даже полное исчезание этого процесса давали опотерация (тиреоидин, оваринин), массаж и бинтование. Патолого-анатомические изменения мало известны. Meige допускает поражение спинного мозга и симпатической системы; отмечают также совпадение со *spina bifida occulta* (Leri), а некоторые сближают этот процесс с микседемой. Один случай таких отеков мы наблюдали в конце 1925/6 уч. года.

Больной Н. М-в, 42 л., крестьянин, поступил в клинику 24/III 1926 г. Два года назад у него при болах в суставах, пояснице и в пахах в несколько дней развился, начиная с коленных суставов, резкий отек всего тела. При надавливании на отечную кожу оставалась часами не исчезающая ямка. Через 6—7 месяцев после того припухлость верхней части туловища, — сзади до ягодично-бедренной складки, спереди до пупка, — исчезла, а ниже этих границ сделалась очень плотной, не поддающейся давлению со стороны пальца.

Кожа живота ниже пупка собирается в крупные толстые складки, на бедрах сделать это труднее, — получается лишь одна складка, а ниже колен и на тыле стопы, где покровы цианотичны, сделать это и совсем невозможно. Покровы подошв не изменены. Половой член увеличен, своей задней поверхностью подтянут к увеличенной несколько более кулака взрослого человека мошонке; имеется фимоз; покровы половых органов утолщены, плотны, слегка бугристы. Правая носогубная складка сглажена; на щеках два втянутых рубца — след огнестрельного ранения в империалистическую войну. Кожные покровы резко увеличенной хрящевой части носа синева-фиолетового цвета с отдельными, кое-где шелушащимися узелками. Кисти увеличены в длину, суставы средних фаланг припухли, искривлены, пальцы цианотичны, слегка согнуты; лучезапястные суставы деформированы, утолщены, в процесс вовлечены и сухожильные влагалища; движения в лучезапястных суставах слегка ограничены; еще более резко ограничены движения в голеностопных и, особенно, в коленных суставах. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют. Суточное количество мочи 1750,0. Гемоглобина 60—70%, лейкоцитов 9,200. RW отрицательная. Нервная система (д-р А л е к о в): анестезия нижней ветви правого тройного нерва; язык несколько отклонен влево; зрачки умеренно сужены, реакция их нормальна. Болевая и тактильная чувствительность нормальны, отмечается расстройство температурного чувства; глубокая чувствительность и статическое чувство без изменений. Сухожильные рефлексы верхних конечностей повышены. Ахиллов отсутствует; отсутствуют и кожные брюшные нижние, с подошвы, с cremaster'a и со слизистых ослаблены, остальные нормальны. Красный дермографизм. Атрофия мышц обеих предплечий, мелких мышц кистей и уплотнение thenar'a и hypothenar'a обеих рук. Как медикаментозное лечение, так и опотерация (тиреоидин) остались без влияния на болезненный процесс.

Мы имели здесь, таким образом, типичный случай трофического отека Meige — с тем лишь отличием от описанных в литературе, что здесь имелось также поражение болезненным процессом кожных покровов половых органов. Увеличение размеров носа и кистей у нашего больного надо считать за явление акромегалии.

Резюмируя все сказанное относительно истинной слоновости, мы позволяем себе думать, что это — не только клинический синдром, и что во всех ее четырех формах играет значительную, если не первенствующую, роль стрептококковая или вообще кокковая инфекция, все же остальные условия, о которых мы упоминали при разборе каждого вида слоновости, лишь ускоряют развитие болезненного процесса, накладывая на него тот или другой, часто своеобразный отпечаток. В прямой зависимости от того, имеем-ли мы возможность воздействовать на тот или другой дополнительный фактор, стоит как прогноз каждого случая, так и наши терапевтические мероприятия.

О судебных делах врачей.

Т. Д. Элштейна,

ассистента кафедры социальной гигиены Гос. Института для усов. врачей
в Казани.

(Окончание).

Переходим ко второй группе случаев—случаев *обвинения врачей в служебных преступлениях*.

Такого рода случаи вполне естественно ожидать, и даже в довольно большом количестве, так как громадное большинство врачей в советском государстве состоит на государственной и общественной службе, и в служебных условиях всегда возможны как упущения и злоупотребления, так и недоразумения, могущие послужить основанием для судебного дела. К чести нашего врачебного коллектива следует сказать, что все же таких случаев очень немного, и большая часть таких дел представляет собою недоразумения, раздутые до несоответствующих размеров.

В этой плоскости за 1927 год нам пришлось столкнуться с четырьмя делами: 1) д-ров Ш. и К. (г. Бугульма), 2) д-ров П. и К. (военных врачей г. Казани), 3) д-ра Ж. (участк. врача Мензелинского кантона) и 4) д-ра К. (участк. врача Арского кантона).

1) Дело д-ров Ш. и К. состоит в том, что эти врачи отказались во внеслужебное время осмотреть некую гражданку Чивелеву, приведенную следователем для целей экспертизы. Эта гражданка, как оказалось, была на утреннем приеме у д-ра К., но тогда обратилась к врачу за лечебной помощью, каковую и получила: что касается бумажки следователя, то она ее на утреннем приеме не предъявляла и с просьбами об экспертизе не обращалась. Недовольный случившимся следователь после окончания занятий в амбулатории стал требовать сначала от врача К., чтобы он произвел осмотр; но д-р К. спешил, по поручению старшего врача, в тюрьму, также на срочный осмотр, и поэтому от осмотра Ч. отказался, посоветовав обратиться на квартиру к д-ру Ш. Следователь явился к последнему и в том же тоне приказа стал требовать осмотра. Так как время было после 3 часов дня, то врач отказался от осмотра и произвел его лишь после вполне корректной просьбы об этом по телефону секретаря канткома ВКП. Следователь, считая, очевидно, что пострадал его престиж представителя власти, возбудил против обоих врачей судебные преследования по ст. 111 У. К.

Это дело—явно неосновательное. Один из пунктов „Инструкции о правах и обязанностях участкового медперсонала“¹⁾, регламентирующих правила судебно-медицинского исследования, именно п. 8, гласит следующее: „День и час судебно-медицинского освидетельствования устанавливается по соглашению между органами дознания или следствия и врачом“²⁾. Ясно, что в этом случае имелось правонарушение не со стороны врачей, а со стороны самого следователя. Последнему следовало бы знать условия, при которых он вправе требовать экспертизы от врачей, а за-

¹⁾ Инстр. от 11/III 1926 г., Бюлл. НКЗ РСФСР, № 5, 1926.

²⁾ Ibidem, п. 8.

одно и Кодекс Законов о Труде, распространяющийся и на врачей и воспрепятствующий эксплуатировать их труд в внеурочное время. Нам кажется, что следовало бы привлечь к ответственности самого следователя за превышение власти.

2) Следующий случай—дело по обвинению врачей П. и К. по ст. 193 12/II о воинских преступлениях У. Код.

Существо дела в том, что психически-больной красноармеец Гайнутдинов, во время не изолированный врачами, будучи на карауле, выстрелом из винтовки убил дивизионного ветеринарного врача Щеглова. На допросе убийца заявил, что он хотел убить врача и стрелял из мести и ненависти к врачам вообще. На следствии оказалось, что ближайшими воинскими начальниками красноармейца еще за несколько месяцев до катастрофы были замечены дефекты в психике Г., выражавшиеся в писании бессмысленных записок на имя т. т. Калинина, Ворошилова и др., а также в замкнутости, мрачности и т. п. Г. обращался несколько раз в околоток, но врачами он не был признан душевно-больным, и в тетради делались лишь отметки об его соматическом состоянии. Приблизительно за месяц до убийства старший врач д-р П., ознакомившись с записками Г., нашел необходимым отправить его в Психиатрическую Лечебницу для исследования и отдал об этом распоряжение, но сам через 2 дня выехал в служебную командировку, перепоручив это дело оставленному им вместо себя заместителю, д-ру К. (стажирующему врачу). Последний сделал несколько попыток отправить красноармейца, но, по разным обстоятельствам, это сделать ему не удалось, и Г. продолжал оставаться в полку. По возвращении из командировки старший врач упустил из виду этот случай и не проверил выполнения своего поручения. В результате Г., наряженный в караул, совершил убийство. Так как убийца оказался невменяемым, то на скамью подсудимых попали врачи.

Дело рассматривалось 26-27/IX 1927 в г. Казани, в выездной сессии Военного Трибунала Приволжского Военного Округа; врачи были признаны виновными и присуждены: д-р П.—к одному году лишения свободы со строгой изоляцией и заключением под стражу тотчас после объявления приговора, д-р К.—к той же мере наказания, но условно, с испытательным сроком в два года.

Настоящий случай,—очень трагический в том смысле, что врачи были признаны косвенным образом виновными в убийстве их же коллеги,—очень поучителен с разных сторон. Во-первых, из него вытекает необходимость самым тщательным образом и быстро выполнять всякого рода обязанности, связанные с судьбой больного человека, в смысле своевременного осмотра, оказания помощи, экспертизы и т. п. Между тем у нас очень часто наблюдается волокита в этом отношении; хорошо, если все сходит благополучно, но не мешает помнить, как катастрофически иногда может кончаться такой как-будто невинный случай, как задержка в изоляции психически-больного человека, и т. п.

Во-вторых, необходима большая тщательность в распознавании заболеваний и умение в массе симулирующих узнавать подлинно-больных. Между тем, как и в данном случае, наблюдается часто на почве весьма развитой симуляции перегибание палки в противоположную сторону, и в силу этого обстоятельства также возможны разного рода несчастья.

В-третьих,—это связано с предыдущим соображением,—нужно возможно больше чуткости по отношению к больным: душевно-больной красноармеец стрелял во врача из мести и ненависти, вследствие именно того, что врачи не доверяли его болезни и не облегчали его болей. Правда, мотивы душевно-больного не есть показатель здоровых суждений, но все же *post factum* выяснилось, что душевно-больного в околотке лечили от бронхита, инфлуэнцы и т. п., а не поместили в Психиатрическую больницу, не уволили с военной службы. У него накопилось ожесточение про-

тив врачей, он в них увидел своих врагов и, как человек ненормальный, свой протест воплотил в форме варварской расправы с врачом. Пусть в этом случае слишком выражены крайности; но внимание и чутье к больному, больше человечности и меньше формализма—одно из лучших средств обхождения с больными, а следовательно и лучшее профилактическое средство против эксцессов по отношению к врачам.

Это все—уроки, которые необходимо вынести из этого процесса каждому отдельному врачу.

В то же время здесь имеется ряд обстоятельств, смягчающих вину наших врачей. И у них, как у большинства врачей в наших лечучреждениях, колоссальная перегрузка в амбулатории, множество административных обязанностей, канцелярская переписка и т. п. Могло случиться, что за горой неотложных дел ускользнул из поля зрения один из очень обычных и весьма частых случаев отправления красноармейца на экспертизу. Ведь, если бы не катастрофа, задержка в изоляции не служила бы, вероятно, предметом судебного преследования. В то же время при довольно частой симуляции далеко не так просто распознать душевную болезнь,—тем более, что ряд суждений убийцы на первый взгляд, как нам удалось убедиться из материалов, не вызывает никаких подозрений в душевной ненормальности. С другой стороны мы считаем, что кроме врачей некоторую ответственность должны были бы нести и ближайшие воинские начальники красноармейца, которым было известно, что он должен быть направлен в Лечебницу, что он душевно болен, и, следовательно они не должны были давать ему оружия,—тем более, что в течение долгого времени этот красноармеец в караул не назначался. Все же несли ответственность лишь одни врачи.

Как ни подойти к этому случаю, его следует, на наш взгляд, считать поучительным как с точки зрения личного поведения врача, так и с точки зрения более четкой организации условий и распорядка работы врачей.

3) Дело д-ра Ж., уже знакомой нам по делу о неоказании помощи, вкратце сводится к тому, что она оставила во дворе милиции старика, навязанного ей за несколько недель перед тем в больницу, но совершенно не нуждавшегося в лечении. Врач Ж. считала, что выполнила свои обязанности по отношению к старику, и передала его милиции для отправки домой, что и было сделано на ее глазах начальником милиции. Все же последний передал в суд жалобу на оставление в милиции врачом больного человека. Следствие ведется.

В данном случае действия милиции нельзя считать правильными. Больница не есть учреждение призрения, и при ее нужде в койках она не может позволять себе роскоши содержать здоровых людей только потому, что их не берут домой.

В общем, насколько мне известно, атмосфера на месте создавалась такая, что д-р Ж. оставила участок. Кто во всех этих недоразумениях больше виноват,—врач или органы сельской власти,—и почему они не урегулированы мирным путем, можно было бы установить лишь путем выяснения на месте всех обстоятельств, что и надлежит сделать соответствующим органам здравоохранения; все же нельзя не пожалеть о том, что большой район остался без врача, и в конечном счете пострадали интересы населения.

4) Переходим к последнему случаю—делу д-ра К., которое мы считаем необходимым также отнести к данной группе. Здесь на сцену вы-

ступает весьма острый вопрос—о частной практике врача и об ее квалификации, как взятки.

Втечение некоторого времени у нас было весьма распространено преследование врачей за частную практику, как за взяточничество, в особенности на участках. После разъяснений НКЮ и Верхсуда¹⁾ в 1926 г. число привлечений по 117 ст. несколько уменьшилось. В последнем циркуляре НКЮста предлагалось „проявлять особо-внимательное отношение к вышеуказанной категории дел и не допускать привлечения медработников к ответственности без достаточно-серьезных к тому оснований“. К сожалению, внимание и осторожность—качества далеко не распространенные, даже у некоторых судебных работников, к которым обращено это предложение. С другой стороны сама по себе частная практика—такое зло, что у врача, состоящего на службе, она как-то невольно вливается в его служебные отношения, а поэтому при очень ортодоксальном подходе к служебным обязанностям врача она может весьма часто квалифицироваться в несовсем выгодном свете. Так, например, весьма часто больной попадает на койку в лечебное заведение или клинику через домашний амбулаторный прием врача или профессора; за произведенную в больнице операцию, если врач занимается частной практикой, он считает вполне естественным принять гонорар; весьма распространен у многих больных обычай благодарить врача на дому за удачно проведенное лечение в больнице, за внимание, уход и т. п. Трудно учесть все те самые разнообразные грани, на которых частная практика соприкасается и вступает во взаимодействие и сотрудничество со служебными функциями врача, занимающегося частной практикой. Несомненно только одно, что в советском государстве, где дело здравоохранения почти полностью огосударствлено или обобществлено, частная практика была бы только частным явлением, а не проблемой социального порядка, если бы не ее интимная связь через посредство частно-практикующих врачей с койками, специальными учреждениями (рентген, физиатрия и т. д., и т. д.) в наших лечебных заведениях, которые обслуживаются этими врачами. Вот почему частная практика, которая еще в сознании наших старых врачей-общественников в дореволюционное время оценивалась, как зло, несовместимое с истинным призванием врача,—в наше время в социалистическом обществе является сугубым злом, поскольку она в значительной мере процветает за счет использования государственных лечебных учреждений.

Чтобы избежать вредных явлений, связанных с этим злом, лучшим и как-будто самым простым средством было бы запрещение частной практики для врачей, состоящих на государственной и общественной службе. Но это пока по целому ряду обстоятельствам невозможно. Мы не имеем возможности войти сейчас в рассуждения о причинах, обуславливающих существование частной практики. Приходится мириться с фактом, а, следовательно, и с некоторыми неизбежными вредными сторонами этого факта. Правда, следует вести и борьбу с частной практикой, но несколько с другого конца и более квалифицированными средствами, чем это делается некоторыми представителями власти на участке.

¹⁾ См. циркуляр НКЮ № 101 1926 г., Бюлл. НКЗ РСФСР № 12 1926 г., и разъяснение НКЮ № 187 от 20/X 1926 г., Бюлл. НКЗ № 24 1926 г.

Красноречивым примером такого рода коллизий на почве частной практики может служить дело д-ра К. (участкового врача с. Алата, Дуб'язской вол., Арского кантона).

Речь идет о привлечении к ответственности за взяточничество старого участкового врача (с 20-летним участковым стажем, за всю свою многолетнюю службу не имевшего никаких порицаний) в связи с тем, что этот врач принял пять рублей, предложенные ему гр-ном Мухитдиновым, мужем одной больной, находившейся на излечении в участковой больнице, для улучшения питания больной и приобретения лекарств, которых не было в больнице. Откинем мотивировку, приводимую врачом, чтобы оперировать только с фактами, и будем считать, что врач получил пять рублей в виде вознаграждения. Все было бы очень спокойно и в порядке вещей, если бы не внезапная порча отношений с неким гр-ном Халиуллиным, односельчанином Мухитдинова, считающим себя *persona grata* на селе в качестве члена вол'ячейки ВКП. Явившись в пьяном виде в амбулаторию, он стал скандальничать и ругаться, и, когда врач принял меры к удалению его из амбулатории, он при всех больных назвал его взяточником. Считая себя оскорбленным, врач сообщил об этой выходке Халиуллина в Кантонный Комитет ВКП. Узнав об этом, Халиуллин сделал официальное заявление о „взятке“ врача, и заварилось дело.

Попутно выясняются тяжелые условия работы, создавшиеся в результате этого инцидента: расстроены взаимоотношения с органами власти на селе, врач потерял душевное равновесие и с трудом несет свои обязанности в атмосфере враждебного окружения. Судебный следователь допрашивает врача, но, между прочим, не привлекает к ответственности „взяткодателя“, что не может не создать впечатления односторонности и тенденциозности ведения всего этого дела.

Как следует отнестись к этому делу?

Тов. Сольц в одной из своих статей в газете „Правда“¹⁾ по поводу одного „нелепого дела“ совершенно справедливо указывает, что наделать судебных дел можно сколько угодно, — всегда для этого можно найти формальный повод; но все-таки и здравым смыслом тоже следует руководиться.

В случае с нашим врачом нам казалось бы тоже крайне полезным привлечь здравый смысл. Верно, что совсем этичен поступок врача, принявшего гонорар за лечение больной, находившейся в больнице. Верно, что с точки зрения прямого, формального толкования закона недопустимо получение в какой бы то ни было форме вознаграждения за выполнение действий, входящих в служебные обязанности лица, состоящего на государственной или общественной службе. Верно, что с частной практикой во всех ее видах с точки зрения общественной медицины и социальных принципов нашего государства следует бороться. Но не следует забывать, что мы находимся не в идеальной ассоциации, а в государстве, которое только еще строится и, следовательно, содержит еще много пережитков старого, слишком прочно вросших в нашу жизнь. Лишь путем постепенного преодоления этих пережитков, их отмирания и замены новыми, более совершенными жизненными формами будет развиваться жизнь нашего общества. И с частной практикой будет происходить такой же процесс естественного отмирания, когда государство разовьет сеть общей, специальной и профилактической помощи, достаточную для насыщения потребностей населения, и поставит врача в условия полного материального обеспечения. В настоящих же условиях, пока нет в полной мере ни того, ни другого, частная практика слишком живуча, чтобы рассчитывать на ее ликвидацию репрессивными или другими мерами механического характе-

¹⁾ См. статью «Нелепое дело», газ. «Правда» от 3 янв. 1928, № 2 (3834).

ра. Необходимо лишь поставить ее в рамки закономерности и безвредности для общественных интересов.

Разбираемый нами случай с участковым врачом К., если к нему подходить не с абстрактной точки зрения, а с точки зрения реального здравого смысла, конечно, есть одно из тех „нелепых“ судебных дел, к борьбе с которыми так энергично призывает тов. Соляц. Прежде всего мы можем здесь с таким же правом допустить приведенные врачом мотивы (приобретение недостававших лекарств и диететическое питание больной), как и мотивы лица, привлечшего врача к ответственности. Далее, здесь нет прямых атрибутов взятки: вымогательства, угрозы, создания условий зависимости лечения, какого-либо злоупотребления и т. п. Наконец, здесь бьет в глаза тенденция личной мести, расправы с врачом: заводится дело, врача допрашивают, а *horribile dictu* — „взяткодатель“ даже не фигурирует в деле совершенно. Тут ясно, что соединенными усилиями решили выжить старого участкового врача с участка.

Но, конечно, не сельским „законникам“ придется решать вопрос, что ценнее для участка: заслуженный, опытный участковый врач, которого можно в его ошибках исправить по линии профессиональной организации или органов здравоохранения, или торжество своеобразной „законности“, использующей первый неловкий шаг врача, чтобы расправиться с этим врачом, а заодно и с интересами здравоохранения большого сельского участка. Советская страна умеет дорожить культурными силами на селе и в особенности старыми и заслуженными участковыми врачами, которых не так много на селе, и находить более лояльные способы регулирования тех недоразумений, которые возникают в их работе. Прокуратура ТР, в которую мы передали это дело, уже затребовала с места материал, и мы не сомневаемся, справедливо рассудит как врача, так и тех, кто использует судебное преследование, как средство расправы с врачом.

Заканчивая этот отдел, мы полагаем, что подробный разбор этих случаев оправдывается в известной мере тем общественным интересом, который отмечает эти случаи.

Переходим к последней группе, именно, к *эксцессам против врачей*.

Мы все еще помним то общественное возбуждение, которое 2 года тому назад возникло вокруг вопроса о массовых расправах населения с врачами. В связи с этим обстоятельством нашими общественными и профессиональными организациями, органами здравоохранения и юстиции, центральной и провинциальной прессой были проведены энергичные кампании под девизом „в защиту врача“. Наступило некоторое успокоение. Но за последнее время мы вновь наблюдаем тревожные симптомы: втечение 1927 года в ряде мест произошли эксцессы против врачей, и в частности совершены варварские убийства в Самарканде, Ново-Сибирске и Харькове. Погромные настроения находят отзвук в таких элементах населения, которые мало просвещены в вопросах медицины, возможностях здравоохранения, не дисциплинированы общественно и питаются, несомненно, импульсивным стремлением путем самосуда добиться того удовлетворения, которого не могут дать суд и законные способы преследования врачей. К этому присоединяется еще весьма распространенное

воззрение, что с больного не взыщется, что болезнь, нервное состояние — достаточное основание, чтобы считаться невменяемым, а следовательно и свободным от ответственности и наказания по суду. Симптоматично в смысле таких настроений анонимное письмо, полученное харьковским Здравотделом вскоре после убийства врача Эстерман. Некий гр-н, нашедший для себя удобным скрыть свою фамилию и под таким прикрытием смело выступать от имени „ленинградской общественности“, в этом письме оправдывает поступок убийцы, как акт мести за смерть ребенка, и с своей стороны прибавляет: „Слава Кочетовой, а с врачами мы будем расправляться судом Линча“. Не следует, конечно, переоценивать значение подобного рода настроений, — они все же явления в общем не массовые, рассеянные, но нельзя в то же время недооценивать и тех факторов, которые питают эти эксцессы, и необходимо вести самую решительную борьбу как с общими условиями, порождающими это зло (дефекты в организации лечебной помощи, невежество и дикость населения и т. п.), так и с теми отдельными субъектами, которые лучший способ удовлетворения своих прав видят в дикой расправе с врачом.

Вот почему следует считать своевременным оживление общественного внимания к этому вопросу. В связи с этим обстоятельством в газете „Правда“¹⁾ появилась статья председателя ЦК Союза Медсантруд тов. Сеньюшкина под заглавием „На борьбу с темнотой и дикостью. (В защиту врача)“. Аналогичная статья появилась в тот же период времени и в газете „Труд“. В этих статьях речь идет об охране жизни и труда врачей, и особенно подчеркивается необходимость вести воспитательную и просветительную работу среди населения для создания нормальной атмосферы вокруг работы врачей. Эти меры должны, конечно, идти параллельно с общим улучшением всей постановки лечебной помощи населению как в качественном, так и количественном отношении.

Обращаясь теперь к казуистике эксцессов против врачей по Татарской республике, мы должны отметить, что выступления против врачей носили у нас различный характер, начиная с трагического случая выстрела безумца во врача и кончая корректным увольнением врача без предупреждения и объяснения причин. Не считая дела с убийством ветврача Щеглова (о котором мы говорили выше), мы за 1927 год имеем 3 покушения на жизнь врачей во время исполнения ими служебных обязанностей. Далее, оскорбления врачей (5 дел) имеют различные степени виртуозности, начиная от обругания оскорбительными и нецензурными эпитетами и кончая дебошем на территории больницы. В 3 случаях имеются неправомерные действия органов власти по отношению к врачам: в одном случае — немотивированное и оскорбительное недоверие со стороны милиции к экспертизе, произведенной врачами, и в 2 случаях — нарушение прав врачей со стороны органов здравоохранения. Наконец, нам пришлось разбирать 1 случай травли участкового врача сотрудниками участковой больницы.

Конечно, этими делами далеко не исчерпывается фактическая картина нарушений прав врачей: речь идет лишь о тех случаях, по поводу которых врачи обратились в Бюро Врачебной Секции. В действительности же врачи множество оскорблений как словами, так иногда и действиями,

¹⁾ От 27/IX 1927 г., № 220 (3752).

оставляют без внимания, не желая тратить время и нервы на судебную процедуру.

Рассмотрим вкратце в указанной выше последовательности наши случаи.

А. Группа покушений на жизнь врачей.

1) В поликлинике Института для усовершенствования врачей, на вечернем приеме по нервным болезням, больной Кицаев Сергей, недовольный лечением другого врача, принимавшего накануне, набросился на врача К. с ножом, крича „Крови хочу!“ Врач излочился, повалил больного и успел выбежать из поликлиники. Больной был арестован вызванной по этому поводу милицией.

2) В том же кабинете, месяца 2 спустя, студент Вост.-Педаг. Ин-та Голямов, явившийся на прием без записи, но в виду возбужденного состояния получивший обещание врача быть принятым тотчас после больного, уже находившегося на осмотре у врача, от нетерпения стал стучать ногами, затем толкнул в грудь сестру и ударил женщину-врача К. табуреткой по голове. По счастью, удар оказался неопасным для жизни.

3) В амбулатории пересыльной тюрьмы заключенный Шувалов, недовольный врачом Б. за отказ в выдаче наркотического средства, подкрался с кухонным ножом к дверям амбулатории, поджидая выхода врача. Случайно проходивший в это время лекпом заметил злоумышленника и успел его обезоружить.

Б. Группа оскорблений врачей.

1) Оскорбление участк. врача Ново-Чурилинской б-цы Н. милиционером Ахмадуллинным. Этот милиционер, недовольный отказом в приеме в неурочное время, явился на квартиру врача (женщины) в 3 часа ночи и оскорбил ее такими словами, которые врач в своем заявлении не находит возможным назвать.

2) Нанесение оскорбления участковому врачу Свияжской больницы д-ру М. На улице, среди бела дня, к врачу подошел некий гр-н, поднес к самому лицу врача сжатый кулак, потряс им и заявил, что, если его жена Моисеева, подпольная повитуха, будет приговорена к тюремному заключению, он свернет шеи всем медицинским работникам, начиная с врачей. Оказалось, что жена этого субъекта была арестована на основании заявления больной, поступившей в больницу с явлениями сепсиса вследствие аборта, произведенного бабкой при беременности в 4½ месяца.

3) Оскорбление врача Д. при исполнении им служебных обязанностей. Одна больная, имевшая конфликт с женой врача, явилась в клинику, где врач в то время работал, и публично, при больных и служащих, нанесла ему оскорбления обидными для его достоинства словами. На суде больная старалась доказать, что врач, лечивший ее в свое время частным образом, не должен был брать от нее вознаграждения, как от застрахованной, а потому он действительно не заслуживает ничего иного, как тех эпитетов, которыми она его наградила.

4) Оскорбление врача С., участкового врача Бугульминского кантона. В один прекрасный день на территорию больницы явился заведующий сельским кооперативом гр-н Бадретдинов с заряженным ружьем и заявил врачу, что он намерен убить больничную собаку. Несмотря на категорическое запрещение врача и приведенные доводы, что выстрел может переполюбить больных, которым как раз в тот день была произведена операция, Бадретдинов все же выстрелил и убил собаку во дворе больницы. На другой день он не отпустил больнице продуктов (за наличный расчет) и, явившись на квартиру к врачу, позволил себе говорить с ним в тоне оскорбительных слов и угроз, чему были свидетелями врач Глазного отряда и работники больницы. Дело было передано в суд, но дебошир был оправдан. В его поведении было лишь констатировано „нарушение общественной тишины и нетактичное отношение к врачу“. Дело обжаловано в высшую инстанцию.

5) Но все эти случаи бледнеют по сравнению с разыгравшимся в Казани скандальным эпизодом оскорбления врача при исполнении обязанностей ответственных руководителями правосудия Татареспублики¹⁾.

¹⁾ Этот случай получил всесоюзную огласку благодаря напечатанию в „Правде“ от 17 янв. 1928 г. талантливого фельетона Мих. Кольцова под заглавием „Председатель главного суда“.

Обстоятельства дела вкратце следующие: 7 октября 1927 года врач станции скорой помощи д-р Ш., вернувшись около 12 час. ночи с вызова к больному, узнал от фельдшерницы, что его срочно вызывают от имени председателя Главсуда на квартиру к больному Байбекову. Врач немедленно поехал. На улице он был встречен гр-ном Сайфульмулюковым, который осыпал его руганью и угрозами пристрелить за опоздание. В квартире он перевязал раны на руке Байбекову, укушенному собакой, и посоветовал на другой день обратиться в Микробиологический Институт за предохранительной прививкой на случай, если собака окажется бешеной. Окончив свое дело, врач собирался уехать к следующему больному по очередному вызову. Но не тут-то было: лошадь врача гр-н Сайфульмулюков, вопреки желанию врача, отправил с каким-то военным в Микробиологический Институт за врачом; д-ру Ш. пришлось остаться и ждать возвращения лошади. Во время ожидания к врачу несколько раз подходил гр-н с значком ЦИК ТССР на груди, ругался по адресу врача самой отборной руганью, рвал находившуюся на враче походную сумку с медикаментами, а когда врач попытался его урезонить, заявив ему, что „эта сумка советская, ее трогать не следует“, этот гр-н неожиданно нанес врачу удар кулаком по уху. Врач пытался на месте выяснить личность нанесшего ему оскорбление, но находившиеся в квартире скрыли от него фамилию и звание этого лица. Следует отметить, что в квартире Байбекова была пьяная обстановка, и все эти лица были нетрезвы.

Можно себе представить, какой получился ужасный конфуз, когда на другой день выяснилось, что лицом, ударившим врача, оказался сам Председатель Главсуда Татреспублики Р. Султанов, а гр-не Сайфульмулюков и Байбеков были его помощниками по должности.

Врачем было подано заявление в Областной Комитет ВКП, в Бюро Врачебной Секции, в Татнаркомздрав и в ТНК РКИ с подробным описанием инцидента. Дело это находится в стадии следствия.

Случай этот не нуждается в комментариях. Нам кажется только, что инциденты подобного рода подчеркивают лишний раз, насколько актуальна та тема, которой мы посвятили столько внимания.

В. Группа нарушений прав врачей органами власти.

1) В Рыбно-Слободской больнице (в кантонном городе Татреспублики) комиссией в составе двух врачей, акушерки и представительницы Женотдела была произведена экспертиза одной женщины-истерички, заявившей подозрение на изнасилование ее в состоянии гипнотического сна. Комиссией было точно установлено, что в данном случае девственность не нарушена. Эта особа подала тогда заявление в Женотдел о том, что она подозревает врачей в неправильном заключении. На этом основании больная была отвезена в сопровождении представителей милиции в гор. Чистополь, где первоначальное заключение было подтверждено. Весь этот случай произвел крайне тягостное впечатление на врачей, так как они совершенно незащищенно были заподозрены в даче ложного свидетельства.

Действия милиции здесь были, безусловно, неправильны, так как отвод против врачей мог быть ей заявлен лишь до производства освидетельствования врачами, поскольку же недоверие к врачам было выражено *post factum*, милиция совершила правонарушение по отношению к вполне полномочной комиссии органов здравоохранения, поставив интересы частного лица выше авторитета общественного органа.

2) и 3)—дела по нарушению прав врачей органами здравоохранения. В одном случае участковому врачу с 14-летним стажем работы на одном и том же участке, доктору И., Елабужским Здравотделом было предложено без всякого объяснения причин перевестись на службу в Елабугу, а в случае несогласия выполнить это предложение к определенному сроку предоставлялось „действовать в подыскании должности по Вашему личному усмотрению“,—иначе говоря, он отпускался на все четыре стороны. Лишь вмешательство Бюро Врачебной Секции и личный выезд на место председателя Бюро, д-ра А. Я. Плещицера, положили предел этой истории, возникшей на почве интриг, и врач остался на своем участке.

Другой случай касается увольнения с должности врача в г. Казани. Врач М., служащий в амбулаторном учреждении одной из окраин города, получает совер-

шенно неожиданно приказ Татнаркомздрава об увольнении его с должности „вовсе“. Этому увольнению не предшествовали ни предупреждения, ни замечания, ни акты, отмечающие недостатки в работе этого врача. Хотя впоследствии и оказалось, что такие недостатки были, все же на врачебную массу не могла не произвести самого удручающего впечатления такая методика увольнения врача, несколько не укладывающаяся в рамки нашего советского трудового права.

В тесной связи с этой группой, хотя и несколько особняком, находятся трения и конфликты между врачом и подчиненным ему средним и младшим персоналом. Хотя взаимоотношения между медицинскими работниками различных категорий весьма точно определены в декрете СНК РСФСР „О профессиональной работе и правах медицинских работников“¹⁾ и в „Инструкции о правах и обязанностях участкового медперсонала“²⁾, тем не менее на практике сплошь и рядом вспомогательный персонал больниц не сознает границ своей компетенции и своих прав и вмешивается в дела врачей. На этой почве возникают конфликты, начинаются интриги против врача, в эти интриги иногда вовлекаются больные, отдельные представители сельской власти, больше связанные с младшими работниками больницы, чем с врачом, и начинается временами скрытая, временами явная борьба, не гнушающаяся никакими средствами для того только, чтобы скомпрометировать врача и выжить его с места службы. Это особенно резко сказывается в таких врачебных участках, которые по многу лет не имели врача и обслуживались старым, обжившимся на одном месте фельдшером, большею частью ротным, ставшим своего рода помещиком на участке. Когда в такую обстановку приезжает врач, да еще молодой, он сразу сталкивается с крайне неприязненной атмосферой, так как разрушает созданный на участке уклад, ограничивает в правах подчиненных ему лиц, — словом, создает непривычные, крайне тягостные и к тому же еще материально невыгодные условия для прежних хозяев участка. Вот почему, в этих условиях, врач иногда бывает окружен враждебным отношением своих ближайших сотрудников по участковой больнице, которые подстерегают каждую его ошибку, каждую неловкость, затруднение и стараются, иногда создавая клевету на врача, дискредитировать его перед населением и органами власти и тем самым создать невозможные условия для продолжения работы на участке.

Таких случаев, конечно, много. За этот год и мы имели в Татреспублике весьма яркий случай.

В сентябре месяце 1927 года в местную газету поступила заметка, озаглавленная следующим образом: „Этого врача от нас уберите“. Автор, скрывшийся под вседонимом „Большой“, сообщает, что врач Куле-Каминской участковой больницы Арского кантона д-р Д-а „любит по десять дней гулять в городе, фельдшера без ее разрешения ничего сделать не могут“. Далее сообщается, что врач занимается частной практикой в утренние служебные часы, отказывает в посещении на дому больным из волости и весьма охотно принимает у себя и навещает на дому больных из Марийской области, так как последние яко бы несут ей всякие продукты в награду за лечение и выдачу им лекарств.

Заметка эта напечатана не была, но, в связи с ней, Арский Кантоздравотдел и Кантогделение союза Медсантруд произвели расследование на месте, и тут выяснилось, что никаких фактов, подтверждающих обвинение, нет. Врач, будучи по делам в городе Арске, заболел и получил

¹⁾ От 1 дек. 1924 г., Бюлл. НКЗ РСФСР № 1, 1925 г.

²⁾ От 11 марта 1926 г., Бюлл. НКЗ РСФСР № 5, 1926 г.

официальное освобождение на 10 дней через Врачебно-Контрольную комиссию, в чем у нее имеется документ, а на время ее болезни больницу, по поручению Здраводела, навещал врач из соседнего участка. Остальные обвинения (злоупотребление частной практикой, пристрастие к больным из Марийской области и пренебрежение к больным - татарам и т. п.) на месте также не подтвердились. Зато попутно выяснилось, что на участке фельдшерами ведется ожесточенная травля врачей. Оказывается, один из фельдшеров на протяжении последних трех лет сумел сглотить двух участковых врачей, д-ров К. и В., системой доносов и жалоб, и теперь взялся за д-ра Д., спровоцировав, очевидно, на написание заметки кого-то из больных.

К сожалению, Здраводел и Отделение союза Медсантруд не выявили, как следует, всего положения вещей, так как из их переписки с ВИК-ом и Врачебной Секцией видно только, что они ограничили свою задачу лишь реабилитацией врача. Нам казалось бы, что от руководящих делом Здравоохранения в Арском кантоне и от Кантонного Исполнительного Комитета следовало бы ждать более внимательного отношения к судьбам участковой медицины в кантоне. За один только 1927 год в кантоне имели место 3 крупных конфликта на участках: кроме описываемого недоразумения на Куле-Каминском участке с д-ром Д., в смежном участке (село Алата) преследуют старого участкового врача д-ра К., создавая против него судебное дело о взятке, а в Ново-Чурилинской больнице того же кантона милиционер ночью врывается к женщине-врачу д-ру Н. и оскорбляет ее последними словами. Что же это за условия для работы врачей?

Наблюдает ли Здраводел за жизнью врачей на своих участках?

Нам кажется, что существующее положение вещей не обещает ничего хорошего для сельской медицины Арского кантона, если экстренно не будут приняты самые энергичные меры к оздоровлению условий работы врачей на участках этого кантона.

Вот, в сущности, вся та казуистика (20 дел), которая составляет наш материал за 1927 год. По всем этим делам наше Бюро имело суждение и свои решения в защиту врачей проводило через прокуратуру Т. Р., отзывчивость которой мы считаем своим приятным долгом здесь подчеркнуть.

Мы далеки от мысли считать, что у нас уж очень много „врачебных дел“. Наоборот, в условиях недостаточности нашей лечебной организации можно было бы ожидать гораздо большего количества столкновений между населением и деятелями здравоохранения, врачами. Все же, если за это время произошло убийство врача в Казани и имело место несколько покушений на врачей, если в сознании населения, а иногда и некоторых представителей власти еще недостаточно кристаллизировались представления об обязанностях врачей и об их правах, если, с другой стороны, и в работе самих врачей есть некоторые недостатки и требуются коррективы,— нам кажется, ознакомление с судебными делами и конфликтами в работе врачей может быть поучительным в смысле выяснения слабых сторон в состоянии здравоохранения и в методах работы наших врачей. Несомненно, что лучшим способом обеспечить нормальные условия работы врачей является качественный и количественный подъем дела здравоохранения: приближение медпомощи к населению, устранение

Сифидитическая лихорадка.

Запод. Ростовским п/Д. Венерологическим диспансером

д-ра А. К. Платовского.

Сифидитическая лихорадка заслуживает специального внимания исследователей.

Лансерецки.

В настоящем очерке я постараюсь в кратких чертах осветить чрезвычайно интересный, не получивший еще окончательного своего разрешения вопрос о сифидитической лихорадке. Ближайшей причиной, побудившей меня представить сифидитическую инфекцию, как лихорадочный процесс, являются наблюдения авторитетных работников в данной области (Buschke, Fischer, Egeud и др.), заявляющих, что за последнее время сифилис протекает нередко с лихорадочными повышениями ¹⁾.

Но прежде, чем начать рассмотрение интересующего нас вопроса, я считаю нелишним дать исторический обзор тех позрений, которые предшествовали окончательному признанию за сифилисом способности вызывать лихорадку.

В далекие от нас времена сифилис большинством врачей рассматривался, как заболевание, протекающее у человека атипичически. «Morbus gallicus est morbus absque febre», — формулировали некоторые старые авторы свои взгляды на этот счет. К числу таких авторов, которым сифидитическая лихорадка, как таковая, была совершенно неизвестна, принадлежат Joann Ferneli, Antonius Galius, Gaspar Torella, Hieronymus Frascatorius, Joann Benedictus, Montesaigus, Nicolaus Massa, Vella, Antonius Benivenius, Ferri, Manardi и др. Необходимо, впрочем, оговориться, что уже и в те времена мы видим немалое число авторитетных авторов, признававших сифидитическую лихорадку. Ulrich v. Hutten, Phrisius, Almenar, Vandelis, Hock de Brackesau, Lobera признавали лихорадку за один из симптомов сифилиса. Gabriel Fallopi в своем трактате о галльской болезни указывает, что при lues'e порой наступает маленькая лихорадка. Ferrerius наблюдал ознобы на почве сифилиса. Alexander Petronius писал об длительной сифидитической лихорадке.

Однако потребовалось много времени, прежде чем взгляд на сифилис, как на лихорадочную болезнь, претерпевая ряд изменений в процессе научной эволюции, занял в конечном итоге прочное место в смысле своего признания. Этому мы обязаны, главным образом, Guntz'y, Wunderlich'y и Lancereaux. Все они, а также Frank, Werthof, Fregichs, Stoll и др., уже вполне утвердительно заявляют о существовании лихорадки при сифилисе. Mattiol также определенно говорит, что при интериических формах сифилиса он констатировал лихорадочное состояние, причем, говорил о характере этой лихорадки, он указывает, что в наблюдавшихся им случаях он был свидетелем то легкой, то перемежающейся то изнурительной формы лихорадки.

Fournier описывает лихорадку, которую ему приходилось наблюдать непосредственно перед периодом сифидитических высыпаний, так и во время таких проявлений сифилиса, как, напр., воспалительные заболевания суставов, надкостницы, лимфатических желез, лимфангоиты и пр.

Все это явилось тем основным путем, следуя по которому, медицинский мир постепенно признал за сифилисом болезнь, которая может сопровождаться лихорадкой в зависимости от появления тех или иных специфических симптомов. Таким образом начало создаваться учению о так называемой «симптоматической» лихорадке при сифилисе.

Одной из главных форм такого лихорадочного процесса при lues'e является высыпная лихорадка, проявляющаяся, по описанию Baumler'a, в виде повтор-

приступ
в пошат
в пе
пред
ли
же при
крит
ста

Кроме
существование
процесса, п
Fournier
смысле". Н
чается от п
жения или
совершенно
инфекцион

Вот.

врачу необ
рые являют
должное вл
лены, а ме
тисков, стре
сифилис со
незначитель
ленке меди
пших боль
стику без
последние
Ewald'a
сифидитич
ныи или

Эти
lues'a, — не
последнее
известное
хождение
же мнения
литическо
протяжени
по форме
и полиарт

Зат
нтия уч
метав бс
терапии.
радки, ко
ишем воз
стах тем
вопроса
что сиф
укладыва

Ш
сифилисе
отдельны
может да
legmiten
ческую к
объектив
вацию, д

На
стадиях
lich п.

ая лихорадка.

нерологическим диспансером
Платовского.

Сифилитическая лихорадка
живает специально
дователей.

в кратких чертах осветить историю
эпидемического сифилиса, его возбудителя,
причины, побуждающей к развитию
инфекционного процесса, являющегося
Buschke, Fischer, Freund
или протекает нередко с

не интересующего нас вопроса о
различиях, которые предшествуют
обности вызывать лихорадку.
мнимоиством врачей рассматривается
ретически. «Morbus gallicus»
старые авторы свои взгляды
сифилитическая лихорадка, как
или Fournier, Antonin, G.
Lancaster, Joann, Bened.
Vella, Antonin, Bened.
рочем, опровергнуть, что
ых авторов, признававших
Phrisius, Alshenar, V.
называли лихорадку за одну из
трактате о галльской болезни
или лихорадка. Ferrerius
Petronius писал о дилемме

я, прежде чем взгляд на сифилис
ид наименований в процессе
что в смысле своего признака
Wunderlich, Lancet, Stoll и др., уже
и при сифилисе. Материал
формах сифилиса он рассматривает
рактате этой лихорадки, и
детелем то легком, то переносимом

оторую ему приходится
ических высыпаний, так
воспалительные заболевания
инфекции и пр
гом, следя по которому
лезнь, которая может
х или иных специфических
о так называемой «сифилис

рабочного процесса при
писанию Bäumler'a

ных приступов озноба или вечерних лихорадочных пароксизмов. Надо заметить, что и понятие о высыпной лихорадке входит в понятие температуры тела не только в период общего сифилитического высыпания, но и в период непосредственно предшествующий появлению признаков общего заболевания. Но наблюдениям Günz'a лихорадка даже особенно часто начинается именно до момента появления на коже признаков сифилиса. В этом обстоятельстве некоторые сифилидологи усматривали критерий общего заболевания Lucas'ом, — как говорит Fournier, сифилис с этого момента становится конституциональным.

Кроме симптоматической лихорадки, авторами давно уже признавалось существование при сифилисе как бы самостоятельного специфического лихорадочного процесса, появляющегося вне сифилитических высыпаний и названного проф. Fournier «эссенциальной» или «сифилитической лихорадкой» в собственном смысле. «Напомню», — говорит Fournier, — что эта лихорадка существенно отличается от предыдущей тем, что она обнаруживается независимо от всякого поражения или явления, которым ее можно было бы объяснить. Она имеет характер совершенно самостоятельного симптома и, повидимому, прямо обуславливается инфекцией без посредства какого-либо этиологического момента».

Вот, собственно, те два основных вида сифилитической лихорадки, которые врачу необходимо иметь в виду при наличии высыпаний¹⁰ у сифилитика, и которые являются достаточным стимулом, побуждающим сифилидолога обращать на них должное внимание. Прошло уже много времени с тех пор, как они были установлены, а между тем мы еще и теперь нередко лихорадку, наблюдаемую у сифилитиков, стремимся объяснить целым рядом этиологических факторов, среди которых сифилис совершенно не фигурирует, или, в лучшем случае, ему отводится весьма незначительное место. Здесь, повидимому, играют роль слишком детальное разделение медицинских дисциплин, частое соприкосновение венеролога с лихорадочными больными вообще и трудность для него провести дифференциальную диагностику без участия представителей других специальностей. С другой стороны и эти последние без участия венерологов могут просматривать сифилис, — случаи Isgräel'a, Ewald'a и др., где хирурги лишь во время операции констатировали в печени сифилитическое изменение, вызывавшие длительную лихорадку, служат убедательными иллюстрациями этого факта.

Эти случаи говорят, далее, за необходимость своевременной диагностики Lucas'a, — необходимость тем более настоятельную для современного врача, что за последнее время некоторые авторы, как Buschke и Stimpke, констатируют известное изменение в клинической картине заболеваний сифилитического происхождения — в том направлении, что они чаще протекают с лихорадкой. Такого же мнения придерживаются и F. Freund, описавший в 1925 г. 3 случая сифилитической лихорадки, характеризовавшейся продолжительными пароксизмами на протяжении 2 и более недель, причем больные в этих случаях напоминали, как по форме лихорадки, так и по самому течению процесса, больных брюшным тифом и полиартритом.

Затронув вопрос о сифилитической лихорадке в свете исторического развития учения об ней, коснувшись трудностей, связанных с ее диагностикой, отметив большое значение своевременного распознавания ее для рациональной терапии, я должен был бы, хотя в самых общих чертах, описать те формы лихорадки, которые приходится обычно наблюдать у сифилитиков. К сожалению я не имею возможности в кратком обзоре останавливаться детально на всех особенностях температурных кривых, наблюдаемых в таких случаях, — разработка этого вопроса может явиться темой специальной работы; я ограничусь лишь указанием, что сифилис может дать нам самые разнообразные температурные кривые, не укладывающиеся подчас ни в одну из существующих классификаций.

Проф. Дурья совершенно прав, когда он в своей работе «О висцеральном сифилисе» говорит: «Сифилитическая лихорадка, независимо от того, поражен ли отдельный орган сифилисом, или инфекция гнездится в неизвестном нам месте, может дать все типы температурных кривых, причем febris continua, remittens et intermittens, причудливо комбинируясь, дают в высшей степени запутанную клиническую картину, и, пожалуй, диссоциация между относительным благополучием объективного состояния внутренних органов и длительной, не поддающейся толкованию, лихорадкой симптоматична и составляет особенность febris lucae visceralis».

Надо заметить еще, что сифилитическая лихорадка наблюдается в различных стадиях сифилиса. Lancereaux, Werthof, Stoll, Günz, Frank, Wunderlich наблюдали ее у больных с твердым шанкром, Fournier, Millard,

Julien при lues secundaria, Böhmeler, Kempner, Hill, Шатенштейн, Пазарон, Раттор, Петрова, Раевская и др. у третичных сифилитиков.

Заключив свой краткий литературный обзор о сифилисе в свете новых данных и принимая во внимание современные работы, говорящие о некотором изменении в настоящее время случаев лихорадочного течения сифилиса, я хотел этим обзором фиксировать внимание перелогов-практиков на вопросе, от которого мы обычно в своей практической деятельности держимся на значительном расстоянии, но который по своей важности вполне заслуживает иного отношения к себе.

Рефераты.

а) Инфекционные болезни и иммунитет.

101. *Сывороточное лечение сибирской язвы.* По Bodin'у (Presse med., 1927, № 62) сывороточное лечение этой болезни с полным правом вытесняло все другие способы лечения. При нем почтипали все местные меры. Жидкая сыворотка превосходит по действию сухую.

102. *Реакция фиксации комплемента.* По Чернохостову (Журн. Эксп. Бюлл., 1927, № 20) фиксация комплемента как в специфических реакциях (токсин и антитоксин), так и в неспецифических (коллоидные растворы металлов), а также в Wassermann'овской реакции, идет за счет всего комплемента, а не отдельной его фракции. Специфичностью во всех этих реакциях является не фиксация комплемента, а те процессы, которые ведут к образованию физико-химических комплексов (связанных иммуно-биологически или не имеющих такой связи), способных фиксировать (адсорбировать) комплемент.

А. Вайнштейн.

103. *Об индивидуальных свойствах лексина.* Фризе и Зильбер (Журн. Эксп. Бюлл., 1927, № 20) различают два свойства комплемента: 1) гемолитическую способность и 2) способность связываться (девиальность), не стоящая в связи друг с другом (комплемент с хорошим гемолитическим титром может плохо связываться, и наоборот). Наблюдения над рядом сифилитических сывороток показали им, что при одних и тех же ингибиентах и методике, у одного и того же лаборанта будут получаться различные результаты в одних и тех же сифилитических сыворотках—в зависимости от различной девиальности отдельных комплементов (при одном и том же гемолитическом титре). Обычно применяемая при реакции Wassermann'а смесь нескольких комплементов (от нескольких морских свинок) не устраняет вышеуказанного дефекта, т. е. она ведет себя так же, как и отдельный комплемент. Идеальным было-бы, помимо гемолитического стандарта, устанавливать и адсорбционный стандарт (девиальность), но пока это вне пределов наших возможностей.

А. Вайнштейн.

б) Туберкулез.

104. *Подключичная инфильтрация в начале легочного тбс у молодых людей.* Assmann (Klin. Woch., 1927, № 45) описывает инфильтрат в подключичной области, который ему приходилось наблюдать у лиц, находившихся в контакте с открытыми формами тбс. При соответствующем лечении (пневмоторакс) течение такого инфильтрата благоприятно. Учение о подключичном инфильтрате представляет большой теоретический и практический интерес, так как переносят наше внимание от верхушки к подключичной зоне.

М. Машбаум.

105. *Заражение употребленного плода фильтрующимся тбс вирусом.* Как известно, тбс палочка имеет фильтрующуюся невидимую форму, которая, по опытам Rabinowitsch-Kempner (Deut. m. W., 1927, № 47) проходит у беременных животных (морские свинки) через плаценту, превращаясь в молодом поколении в кислотоупорную палочку. Врулентность этой палочки, повидимому, очень низка,—она редко вызывает прогрессирующий тбс у молодых животных.

М. Машбаум.

106. *Новорожденные* 1927, № 1) сообщает, что способность от тяжелых форм тбс у новорожденных с тяжелыми поражениями. Исследовав шестерых из них нашел, что у 3 из них прививки сывякам сока тбс по Ziehl'ю не вызвали на прогресс тбс и мог в этих случаях тбс без специфически тбс, что дети туберкулеза, который не всегда с тбс, который, далеко не всегда тбс.

107. *Экспериментальная* 1927, № 1) сообщает, что при введении тбс в матку, токсичность которой меньше, чем при введении тбс в матку. В ча тбс токсина оказалась, что здесь дело шло об явлении тбс и яичник тбс, который не всегда тбс, который, далеко не всегда тбс.

108. *О бугорчатке* 1927, № 3) около половины тбс, который не всегда тбс, который, далеко не всегда тбс.

109. *Рентгенодиагностика* 1927, № 3) что при рентгеном склерозировании тбс, который не всегда тбс, который, далеко не всегда тбс.

110. *Новый* 1927, № 3) что при рентгеном склерозировании тбс, который не всегда тбс, который, далеко не всегда тбс.

106. *Новорожденные туберкулезных матерей.* Chevrolat (Gynéc. Obstet., 1927, № 1) сообщает, что из 319 туберкулезных родивших его матерей 36 погибли от тяжелых форм тбс в первые 10 дней после родов, отмечая также наклонность больных с тяжелыми формами бугорчатки к абортам и преждевременным родам. Исследовав шестерых преждевременно родившихся от тбс матерей детей, он у 3 из них нашел тбс бактерии непосредственно в железах; от других путем прививки сливкам сока из органов была выделена палочка, плохо красящаяся по Ziehl'ю и не вызывавшая специфических изменений. Автор обратил, далее, внимание на прогрессирующий упадок питания детей, рожденных тбс матерями, и мог в этих случаях путем прививок доказать наличие кислотоустойчивых бактерий без специфических патолого-анатомических изменений. По его мнению возможно, что дети туберкулезных матерей являются носителями туберкулезного вируса, который всегда соответствует типу Koch'овской палочки, и патогенность которого, да еще еще депатченая, характеризуется не анатомическими изменениями. А. Т.

107. *Экспериментальные исследования о влиянии тбс токцина на женскую половую сферу* впервые призвал Yoshida (по реф. Ber. d. d. ges. Gyn., Bd. XII), впрыскивавший кроличкам определенную дозу взвеси убитых тбс палочек, токсичность которых была строго установлена. При этом автор гораздо легче, чем при введении других микробов, получал гистологические изменения в яичниках в матке. В частности, в яичниках взрослых кроличек специфической для тбс токцина оказалась дегенерация фолликулов средней величины. Возможно, что здесь дело шло об явлениях иммунитета. У молодых животных влияния на развитие матки и яичника можно было добиться только длительным применением небольших доз. Со стороны труб и влагалища заметных изменений при впрыскивании тбс токцина автор не наблюдал. Влиянием этого токцина на яичниковую паренхиму У. а объясняет неблагоприятное влияние тбс на плодородность животных. А. Т.

108. *О бугорчатке брюшины.* По Luginbuhl'ю (Bull. Beitrage, Bd. 140, N. 3) около половины всех больных с бугорчатым воспалением брюшины выздоравливают — безразлично, лечены они были оперативно, или консервативно. Главную роль играют здесь произвольные лечения. Поэтому наша терапия должна ставить на первом плане укрепление выносливости организма к самозлечению. С. Г.

6) Рентгенология.

109. *Рентгенодиагностика костных и суставных заболеваний.* В этой области следует отметить указание H. Friedrich'a (Fort. auf d. Geb. b. Königl., Bd. 36, N. 3.), что путем вдвигания воздуха в коленный сустав удается определить рентгеном склерозированную жировую клетчатку, которая во многих случаях является причиной ущемлений, или же сопутствующим моментом при повреждении мениска. — Фрумкин (ibid., N. 1) сообщает, что в случае сифилиса коленной чашки он видел на рентгенограмме остеопитические наслоения при полном отсутствии атрофии в суставе и чашке. — Рейнберг (ib.) описывает несколько случаев остеомиелитических абсцессов, не давших свищей или секвестров и распознанных исключительно рентгенологически. Абсцессы эти часто локализируются в мета-и энифизарных участках длинных трубчатых костей (ibid.). — При болезни Kaupand, по данным Bogak'a (ib., N. 3.) на рентгенограммах находят в конечностях резкие дефекты без секвестров на почве резорпции некротических участков с деминерализацией тканей. Р. Гасуль.

110. *Новый способ рентгеновского исследования duodeni.* Ввиду трудностей, с которыми сопряжено рентгеновское исследование 12-перстной кишки по обычным способам, Ргйбгаш (Arch. f. klin. Chir., Bd. 148) рекомендует прибегать при этом исследовании к введению воздуха. Сначала вводится дуоденальный зонд до середины нисходящей части 12-перстной кишки, в через него в кишку вводится 10—15 н. с барита, после чего область duodeni массируется. Затем в стоячем положении больного через зонд вводится в кишку воздух посредством обыкновенного резинового баллона. В стоячем же положении делается и снимок. Преимущества этого способа автор видит в резкой контрастности получаемой картины и отсутствии раздражения кишки. Н. Цингес.

111. *Рентгенодиагностика почечных заболеваний.* Th. Cobb (Klin. Chir., Bd. 148) во всех случаях, где имеет место раздражение и почечных лоханок, а также при наличии гнойных процессов в почках, рекомендует вводить в почечную лоханку, вместо той или другой кости, теплый воздух. Применив этот метод в 305 случаях на 192 больных, всегда получал при нем прекрасную рентгеновскую картину и ни разу не наблюдал осложнений.

И. Циммер

112. *Современное лечение тbc гортани* по должно быть лишь местным, ибо тbc гортани есть процесс, сопровождающий легочный тbc. Rickhals (Strahlentherapie, Bd. 20, S. 291) не разделяет пессимистического взгляда на лечебность процесса в гортани. Так же, как и при легочном тbc, большую роль здесь играют климатические и гигиенические факторы. Одно из важнейших условий выздоровления, по автору, это—молчание. Schweigekirg. Капель должен быть подан Доминирующее значение, однако, наряду с лекарственным лечением (5—10% ментоловое масло с тирлопином—хвойным экстрактом, 30—80% молочная кислота при язвах, кризолган или трифал внутривенно) и гальванокаустикой принадлежат здесь рентгено-и гелпотерапии: под действием лучей процесс заживления тbc язв несомненно ускоряется. Противопоказано лечение лучами при экссудативных формах. Техника рентгенотерапии: 2—3 круглых поля от 4 до 6 сант. в поперечнике, фокусное расстояние 24 сант., фальт—4 мм. алюминия, нагрузка трубки 2—2½ М. А. Доза—от 6 до 10 на поле. Освещение 3 раза в неделю, затем пауза в 3 нед. и повторение. Радий не дал автору положительных результатов.

Р. Я. Ласуль.

113. *Лечение тbc хориоидита x-лучами.* G. Вгап и J. Неггайзер (Klin. Mon. f. Augenh., 1927, № 79) в 3 случаях болезни после освещения глазами приемами x-лучей получили быстрое обратное развитие тbc процессов в глазах, и именно, сначала продуктивных, а несколько медленнее—выпотных.

С. С-в.

г) Внутренние болезни.

114. *О сочетании сердечной астмы и грудной жабы.* По Вриппу (Wien. kl. W., 1927, № 41) встречаются случаи, в которых существуют одновременно приступы одышки и припадков грудной жабы. В некоторых из них вприскивание вытяжки мозгового придатка, которая обыкновенно прекрасно действует при чистой сердечной астме, быстро устранила все явления.

С. С-в

115. *К лечению болезней желудка.* По наблюдениям N. Jядиса и R. Klim'a (Wien. med. W., 1927, № 38—40) даваемые через короткие промежутки времени большие приемы углекислой извести и жженой магнезии очень благоприятно действуют при неосложненных, некровоточащих язвах желудка (и 12-перстной кишки) и при кислом гастрите, если одновременно назначается не раздражающая, молочно-растительная диета. Суточная доза извести может при этом достигать 20—40 грм., а магнезия дается в таком количестве, чтобы устранить раздражающее действие первой. Обыкновенно при таком лечении наступает быстрое и прочное ослабление припадков. Особенно благотворное действие оказывает такая терапия на явления спастического запора.

С. С.

116. *Сифилис легких.* Fr. E. Tylesote (Lancet, 1927, № 13) утверждает, что легочный сифилис, возможность которого у взрослых некоторыми авторами совершенно отрицается, а другими, особенно специалистами по бугорчатке, считается за редкость, на самом деле вовсе не так редок. Автор описывает 16 случаев этой болезни, из которых 12 наблюдал лично. У детей болезнь эта называется белой пневмонией, гуммами, или тем и другим вместе; у взрослых встречаются: 1) фиброзная форма с изъязвлениями в гортани, трахее или бронхах, которые ведут к бронхоэктазиям или пещерам, с гуммами или без них; 2) хроническая межлунная пневмония; 3) гуммы; 4) повреждения, обусловленные своим возникновением сифилитическому артериосклерозу, с инфарктами, легочными эмболиями и серо-фибринозным плевритом; 5) легочный артериосклероз с сильным отекотом. Припадки часто тождественны со встречающимися при др. легочных заболеваниях. Обычный симптом—кровохарканье, редко пагубное, а равно бронхоэктазии. Нормальное или слегка повышенное кровяное давление (в противоположность бугорчатке) говорит за сифилис. Выдающееся значение в симптоматологии занимает одышка. В случаях «бугорчатки» с повторным ненахождением палочек выделяет

...м, влажны и прох
(своеобразный
...примы подиет
...натуре.

117. *Смертность*
(Klin. W., 1927,
годы смертей от тромб
...Института)
у больных с внутренни
...эпидемиологическую р
...особенно у людей

118. *Пирамид*
...1) описывает
...брюшной тиф
...то за ревма
...на бедре ист-
...часть бедра снаруж
...ной кости заметно
...и костью светлос- ме
...была подвергнута о
...логически, оказался

119. *Смерти*
Chir., 1927, № 50) с
смертельного исход
к операции и техни
...местной анест
...безеда. После опе

120. *Роль с*
несколько опытов
№ 17) нашел, что
ность сальника ве
не отражается на
кровя.

121. *Опера*
med., 1927, № 60)
операция против
лейкемии. бол. Н.
при тbc, спфилис
хорошие результ
из 8 случаев тbc
лей. В эту же г
тухот, с геморра
булеи. До опер
диагноза. Самую
завия осложнени
автор отмечает:
трофический ци
и повторно в
а также кормле
и) вприскивана

122. *Леч*
V. Blatz и J.
сторонниками с
мнению, при э
рошай дренаж
...возможность пиф
...возно от живо
...мертвой кости

дело RW; важны и проявления сифилиса в др. органах, а равно помогают иногда р-лучи (специфическим фиброз вдоль сосудов). Для лечения наиболее пригодны большие дозы подистого натрия, итирования серой мази или сочетания ртути с подистым натрием.

117. *Смертность от тромбоза и эмболий легочной артерии.* Т. Габл (Klin. W., 1927, № 46) обращает внимание на нарастание за последние годы смертей от тромбоза и легочной эмболии (по материалам Гамбургского Патологического Института). Наростание это замечается также, даже особенно, и у больных с внутренними болезнями. Но предположению автора здесь играет важную этиологическую роль столь частое теперь применение подожженных пересыщенных, особенно у людей, расположенных к тромбозу и эмболиям.

д) Хирургия.

118. *Паратифозный остеомиелит.* Eljasberg (Warsz. Szator. Lek., 1927, № 1) описывает следующий случай: больная 2 года тому назад перенесла якобы брюшной тиф и с той поры чувствует боли в правом бедре, принимаемые врачами то за ревматические, то за неврагические; наружных признаков заболевания на бедре нет, — имеется только сильная боль при надавливании в средней части бедра снаружи; рентген: «на наружной поверхности средней части бедренной кости заметное наложение надкостницы; между утолщенной надкостницей и костью светлое место, в нем вдоль кости длинный, тонкий секвестр». Больная была подвергнута операции. Гной, найденный в кости, будучи исследован бактериологически, оказался содержащим палочки паратифа С.

М. Вайнберг.

119. *Смертность при операциях по поводу зоба.* R. Syring (Zentr. f. Chir., 1927, № 50) сообщает о 1000 случаях операций по поводу зоба без единого смертельного исхода. Такой успех он объясняет строгой выработкой показаний к операции и техникой оперирования: Как правило, автор пользовался при операции местной анестезией, применял перевязку всех 4, редко 3 сосудов щитовидной железы. После операции в рану вводился на 24 часа дренаж.

Н. Циммерс.

120. *Роль сальника при интрабрюшинных кровотечениях.* Поставив несколько опытов на животных (собаках), И. М. Фишельсон (Вр. Дело, 1927, № 17) нашел, что, вопреки мнению некоторых авторов, всасывательная способность сальника весьма невелика, и что резекция части или даже всего сальника не отражается на скорости и интенсивности излившейся в брюшную полость крови.

Р.

121. *Оперативное лечение спленоомегалий.* E. Weil и Grégoire (Pr. med., 1927, № 60) делят спленоомегалии на 2 группы: 1) пролиферативные, где операция противопоказана, — сюда относятся спленоомегалии при лейкомии, псевдолейкемии, бол. Hodgkin'a и саркоме селезенки; 2) воспалительные хронические, — при lbc, сифилисе, kala-azar, малязии и пр. В последней группе отмечены хорошие результаты от спленэктомии: у Mayo, напр., было 7 удачных случаев из 8 случаев lbc селезенки и 5 удачных случаев — из 6 язвотических спленоомегалий. В эту же группу могут быть отнесены спленоомегалии с гемолитической желтухой, с геморрагиями, с хронической анемией, с симптомами Banti, с полиглобулией. До операции автор указывает на необходимость точного этиологического диагноза. Самую операцию рекомендуется производить возможно раньше — до появления осложнений со стороны печени (асцит). Из подготовительных мер к ней автор отмечает: а) определение функции почек и печени (атрофический и гиперτροφический пиэроз печени противопоказуют операцию; б) переливание крови и повторные инъекции венециана (последняя инъекция за час до операции), а также кормление больных печеночным бульоном в случаях тяжелых анемий; в) вырешивания антипневмококковой вакцины.

Н. Грамов.

122. *Лечение септического остеомиелита костей черепа и лица.* V. Blair и J. B. Brown (ref. Journ. de chir., 1927, № 4) являются горячими сторонниками старого консервативного метода лечения данной болезни. По их мнению, при этой последней надо прежде всего возможно раньше установить хорошую дренаж очага с минимумом оперативной травмы, потом ждать, пока virulence инфекции не уменьшится, и мертвая кость не отделится самопроизвольно от живой, и, наконец, в этот благоприятный момент вынуть все осколки мертвой кости, затрагивая как можно меньше грануляции. Авторы энергично вос-

сразу против современных способов ранней радикальной операции, имеющих целью сразу удалить всю большую часть кости.

123. *Причины кровяной рвоты после операции.* Jungbluth (Zentr. f. Chir., 1927, № 50) ставит послеоперационную кровавую рвоту и слюну 1) с послеоперационным ацидозом, 2) с тромбопенией и 3) с внутрибрюшинной послеоперационной гематомой.

124. *Лечение послеоперационных осложнений.* E. Вацманн (Schweiz. med. W., 1927, № 44) рекомендует для устранения жидкости после операций капельные вливания в прямую кишку 400—800 куб. см. ромашкового чая с прибавкой 20 капель опийной настойки: только дети, к сожалению, не удерживают их. При послеоперационном илеусе часто хорошо действует внутрипенное вливание пятиурины, 2—4 куб. см., при продолжительности вливания 15—20 мин.; можно с целью вводить внутривенно и подкожно, в количестве 1 куб. см. с 10 куб. см. горючего масла. При шок и коллапсе очень рекомендуют внутривенные вливания янтарного сахара, обычно 150 куб. см. 20% раствора с прибавкой 10 единиц адреналина.

125. *Транспульмин после операций.* Средство это, представляющее собой стерильный раствор основного хинина и камфоры в эфирных маслах, успешно применяется по Jung (Munch. m. W., 1927, № 44), для лечения бронхоэктазий, инфекционной астмы, бронхитов и пневмоний. Для предупреждения послеоперационных пневмоний оно вводится по 2 куб. см. в мышцу ежедневно в течение 5 дней после каждого пугающего наркоза. Если, несмотря на эти профилактические впрыскивания, развивается легочное заболевание, то впрыскивания продолжают до исчезновения признаков последнего (в среднем оно проходит через 7 дней). При 305 пугающих наркозах (смесями наркоз, хлороформ и эфир), продолжительностью до 3 часов, установлено было 5 начинавшихся пневмоний: 4 из них быстро исчезли при лечении транспульмином, одна же больная, несмотря на него, скончалась (жирное сердце). При послеоперационном применении транспульмина бросилось в глаза отсутствие признаков сердечной слабости и, кроме того, скорое возобновление кишечной перистальтики у лапаротомизированных (из 115 оперированных, получивших транспульмин, у 102 она возобновилась через 14 часов, у 1 же через 4, а у остальных—через 13 часов после второго приема лекарства). Объясняется это влиянием хинина на кишечник.

е) Ортопедия.

126. *О причинах и лечении перемежающейся хромоты.* По Mendel'ю (Klin. W., 1927, № 21) предрасполагают к этой болезни: еврейская раса, принадлежность к состоятельным классам, мужской пол и возраст за 40 л. Причины: врожденная узость сосудистой системы, нейронатическое предрасположение, семейная склонность, диабет, подагра, никотин, сифилис, алкоголь, промачивание ног, плоская стопа и т. д. Болезнь характеризуется расстройствами двигательными, чувствительными и сосудодвигательными. Поражаются при ней не только ноги, но и руки, язык (затрудненная речь), мышцы глаз и гортани, спинной мозг, сердце (angina pectoris), аорта, кишечник и т. д. Самый выдающийся симптом—отсутствии или малость пульса (особенно на a. dorsalis pedis, a. tibialis postica и a. poplitea). В лечении главное—покой. Предохранительные меры: избегать холода и сырости, при начинающихся болях—покой, удобная обувь, упорядочение диеты (поменьше мяса, белков, соли, холестерина и алкоголя). Причинное лечение назначается в зависимости от этиологии. Симптоматически: под, диуретики, стрихнин, мышьяк и т. д., особенно же natrium nitrosum (0,2:10,0 воды, ежедневно 12—14 инъекций под кожу, 20—30 впрыскиваний). При сильных болях antineuralgica. Физическое лечение: осторожный массаж, гальванические ножные ванны, ванны углекислые, кислородные и т. д., лечение в Гаштейне, Висбадене. В самых тяжелых случаях периаптерральное иссечение сочувственного нерва. При угрожающей гангрене—своевременная ампутация.

127. *Отдаленные результаты оперативного укрепления плечевой головки при ее рецидивирующем вывихе* проследил на большом собственном материале M. S. Penderson (Surg. gyn. and. obst., 1926, № 1). Из 19 человек, оперированных путем капсулопластики, 8 получили прочное выздоровление (42,1%), 6—улучшение (31,6%), и у 5 операции осталась без успеха (26,3%). Из 8 оперированных по Claigmont'у (проведение лоскута m. deltoidei через foramen

acromioclaviculare и подмышечное (62,5%) в у

128. *Лечение* *транспульмина* *после операций* *псевдартроза* *оперирована* *следующей* *редрессации* *голеней* *концов* *и* *отделение* *пластинки* *по* *всей* *д* *ставлены* *с* *трех* *по* *креплены* *с* *надкост* *срока* *обнаружена* *в* *каблучке*. *На* *рентген* *картинке* *и* *что* *с* *ром* *никакого* *опера*

129. *Местные* *1926, № 84)* *в* *33* *с* *трубчатых* *костей,* *во* *впрыскивании* *1* *лоса,* *до* *соприко* *с* *переломом* *мышц* *квивание* *внутри* *су* *чтожение* *рефлекто* *ров* *и* *фиксацию*

130. *Прием* *(Revue d'Orthopé)* *при* *выправлении* *вывихов* *локтевой* *отводится* *на* *90°* *руками* *оператор* *пальцы* *скрещив* *последний* *выиз* *вниз,* *затем* *бист* *ища* *при* *молот* *локоть* *встал* *и* *в* *приложении* *жесткого* *сустава* *мов* *со* *смещен* *и* *верхних* *кон* *когда* *нижний* *и* *мешком.*

131. *О.м.* *1927, № 12)* *на* *днет* *операции* *кавалыцев* *с* *р* *кожи,* *преиму* *зает* *резкое* *и* *увеличение* *и* *и* *прочем* *исве* *операции* *суб*

132. *О* *на* *кроликах* *доказали,* *что* *(при* *Keratitis* *и* *вену.* *Уж* *можно* *быва*

quadrilatorum и подмышку с фиксацией к прос. coracohumerali, у 5 пациентов выздоровление (62,5%) и у 3 — успеха не было (37,5%). Трое больных, оперированных по методу Ikenosyan et Josserlin (подшивание лоскутка головки голени посредством лоскутка fascia lata к акромиону, Berl. klin. Woch., 1917, S. 525), все (100%) дали прочное выздоровление.

128. Лечение врожденного псевдартроза голени костно-надкостничными трансплантатами. G. Moutier (Revue d'Orthopédie, 1927, № 4) приводит случай псевдартроза у 5-летнего мальчика и нижней трети голени. Больная была оперирована следующим образом: подкожная телотомия Ахиллова сухожилия и редрессация голени; после обнажения места псевдартроза ожигание суставных концов и отделение надкостницы кругом, затем вымывание костно-надкостничной пластинки по всей длине tibiae и деление ее на 3 равных кусочка, которые представлены с трех поверхностей tibiae надкостницей снаружи; эти кусочки прикреплены к надкостнице tibiae катgutовыми швами. Гипс на 3 месяца. После этого срока обнаружена прочная консолидация отломков. Ребенок ходит на подплате каблук. На рентгенограмме структура костей голени кажется более или менее нормальной и что особенно интересно, псевдартроз малоберцовой кости, на котором никакого оперативного пособия не было предпринято, также консолидировался.

А. Алексеева-Козьмина.

129. Местная анестезия закрытых переломов. Perrin (Presse med., 1926, № 84) в 33 случаях применил местную анестезию при закрытых переломах трубчатых костей, причем в 31 случае получил успех. Техника анестезии состоит во введении новокаина с адреналином под надкостницу, в самый очаг перелома, до соприкосновения с костным мозгом, и расположенные по соседству с переломом мышцы. При внутрисуставном переломе присоединяется еще вливание внутрь сустава. Через 15 минут получается полное обезболивание и уничтожение рефлекторных контрактур, что чрезвычайно облегчает вправление отломков и фиксацию их.

Н. Кипченко.

130. Прием „цепи“ при вправлении некоторых переломов. R. Tillier (Revue d'Orthopédie, 1927, № 2) сообщает об удачном пользовании этим приемом при вправлении переломов. Прием „цепи“, применяемый при вправлении задних вывихов локтевого сустава (по идее Joubert), состоит в следующем: плечо отводится на 90°, нижняя часть его, над локтевым сгибом, охватывается обеими руками оператора таким образом, что ладони покоятся на передней стороне плеча, пальцы скрещиваются, а большие пальцы упираются в остопоп и нажимают последний пизп по направлению к предплечью; предплечье же свободно свисает вниз; затем быстрым и сильным движением вытягивают предплечье наподобие цепи при молотье. Обычно достаточно бывает одного такого движения, чтобы локоть встал на место. Механизм действия „цепи“ в данном случае состоит в приложении центростремительной силы, соединенной с быстрым растяжением вывихнутого сустава. Автор с успехом применяет этот прием для вправления переломов со смещением костей, главным образом при переломах нижнего конца луча и верхних концов костей предплечья. Вообще он рекомендует его во всех случаях, когда нижний отломок кости слишком мал для захватывания рукой или инструментом.

А. Алексеева-Козьмина.

ж) Офтальмология.

131. Омоложение при глаукоме. Проф. А. С. Чемолосов (Р. Офт. Ж., 1927, № 12) на основании 3 собственных случаев и литературных данных рекомендует операцию омоложения (в виде двусторонней перевязки отводящих семенных канальцев с резекцией части придатков) для некоторых случаев первичной глаукомы, преимущественно воспалительной; операция эта в подобных случаях вызывает резкое повышение общего жизненного тонуса, повышение остроты зрения, увеличение поля его и понижение внутриглазного давления. Указанные изменения впрочем всегда резки и долговременны, сменяясь через 3—4 недели после операции субъективным и объективным ухудшением.

Р.

132. О введении неосальварсана в глаз путем миктофореза. Опытами на кроликах Abramowicz и Grossman (Warsz. Czasop. Lek., 1927, № 10) доказали, что введение неосальварсана непосредственно в глаз путем миктофореза (при keratitis parenchym.) дает гораздо лучшие результаты, нежели при инъекции в вену. Уже при 20-минутном миктофорезе с 1% раствором неосальварсана можно бывает обнаружить мышьяк в передней камере глаза. М. Вайнберг.

133. *Вспомогательная терапия.* По Sallenger (Klin. Mbl. f. Augenheilk., Bd. 79) этот синтетический препарат, схожий с эфедрином, будучи введен в водном растворе в конъюнктивальный мешок умеренное расширение зрачка на 2-3 часа без паралича accommodation. Устойчиво можно прибавкой к 5% раствору фетонина 0,5% томатропина. С. П.

134. *В технике экстракции старческой катаракты.* Проф. Ellis (Arch. f. Aug., Bd. 91) сообщает о трех вспомогательных приемах при экстракции старческой катаракты, которые кажутся ему весьма ценными. В его клинике теперь применяется регулярно, даже при нормальном извлечении катаракты ретробульбарная анестезия. Игла около 3 см. длиной вкалывается в дермо-эпитеальном квадранте на правом и в периферическом на левом глазу, на границе между конъюнктивой глазного яблока и переходной складкой, наискось, в мышечную порочу. Только у весьма чувствительных больных, при глазном и операционном радужке, нужна бывает вторая инъекция в противоположном месте. Для инъекции применяется 1-1½ куб. сант. 2% раствора новокаина. Польза этого приема много обезболивания, состоит в понижении самопроизвольных движений глаза, всех направленных, уменьшения мышечного давления даже в первые часы после операции и, наконец, в уменьшении напряжения, которое нарушает разрыв и способствует выпадению стекловидного тела. Второе мероприятие, рекомендуемое автором,—это смазывание ран глазного яблока 5% i. jodi; особенно ценно, если конъюнктивальный мешок не вполне освобожден от микробов. Наконец, третье, что рекомендует Е.,—это инъекция стерильного воздуха в переднюю камеру в тех случаях, когда роговица, вследствие слабой эластичности, очень западает после операции. Для этого на сухой стерильный працевский шприц надевается туго натянуто-придвинутая игла, держится над пламенем спиртовки, и через раскаленную иглу испускается в шприц воздух; после охлаждения иглы воздух выдувается приблизительно до половины передней камеры. Автор считает такое наполнение передней камеры особенно ценным тогда, когда вытечет много жидкости при дисцизии последующей катаракты, а также после разрыва передних синехий при leucoma adherens.

Е. Волженский.

3) Акушерство и гинекология.

135. *О временной стерилизации самок путем парантерального введения сперматозоидов.* М. С. Найдич (В. Эндокр., 1927, № 3) произвел ряд опытов на кроликах с впрыскиванием (подкожными или внутривенными) самкам эмальев из сперматозоидов (кроличьих или бычьих). Опыты эти убедили автора, что парантеральное введение сперматозоидов ведет к временной стерилизации самок без нарушения остальных функций их половой системы и в частности овуляции. Механизм этой временной стерилизации, по мнению автора, близок к механизму иммунизации, ибо при этом в сыворотке животного образуются антитела, не обладающие строго-видовой специфичностью,—т. наз. спермотоксины. По мнению автора, длительность бесплодия находится в прямом отношении к концентрации спермотоксинов в сыворотке. Указанная стерилизация самок может быть достигнута парантеральным введением как живых, так и умерщвленных живчиков, Р.

136. *Новейшие успехи в терапии бесплодия.* Sellheim (по Ber. d. f. Ges. Gyn., Bd. XIII) дает сводку современных методов исследования и терапии бесплодия. Многие из этих методов связаны с именем автора. Продувание труб, в особенности же сальпингография—позволяют точно установить степень и место непроходимости труб. Для случаев, где непроходимым является участок в р. isthmica трубы, автор рекомендует т. н. ретроградное продувание, которое производится через абдоминальное отверстие трубы при чревосечении и позволяет более точно установить, какой отрезок трубы мог бы оказаться функционально-пригодным. При производстве сальпингостомии S. рекомендует в новообразованное отверстие трубы вводить фитиль из катгута, который предохраняет от склеивания краев отверстия. При непроходимости интрамуральной части трубы S. рекомендует резекцию здорового участка трубы и имплантацию его в матку на новом месте, для производства таковой операции автором предложен особый инструмент—тубоимплантатор при помощи которого очень удобно продвигается в стенке матки канал для имплантации в матку личинки при отсутствии труб, или при полной их непроходимости. Результаты имплантации личинки в матку: из 56 подобных операций беременность наступила 7 раз, причем было 2 аборта и 5 срочных родов. А. Тимофеев.

37. Non
возраст
Если
после вы
тиренная
пройти тако
осторожно
рконси
прибавить к
статистика на

139. K
obs. v. 4
через лапар
оная немедл
которая так
по мновани
дается на 1
вагинально.
живом плод
та являет
операция у
состоянии
нал справ
из француз
года пос
шена при

139.
антисепт
Gyn. Bd.
и проводи
дается 50
и к это
Вначале
втечение
постепен
ваз также
всего уд

14
Вагет
заболе
методов
протек
татом,
сметан
пригод
операц
лечени
васямо
опера
позага
общег
вмеща
что го
при л
образ
сторо
стун
ство
после
с нар
глетс

187. Консервативное лечение воспалительных заболеваний придатков

Личная пропаганда Л. и Б. Г. (Lyon med., 1927, № 16) считают, что операция выбора лапаротомия. Во многих случаях приходится удалять матку, причем возраст женщины и число детей у нее играют большую роль в выборе операции. Если при трубном аборте яйцо совсем выделено, трубу можно иссечь после инвагинации стенок и тщательной остановки кровотечения. Сильно растянутая и разорванная труба, как ранее и удалявшаяся матка, не позволяет провести такого консервативного образа действия. При двусторонней атрофии следует осторожно выдвинуть яйцо после разреза фимбриального конца трубы, который затем реконструируется. При беременности в средней трети трубы проводится прибегать к ее резекции. После удаления трубы яичник, по возможности, следует сохранять на месте. А. Т.

138. Кесарское сечение по методу Portes'a. Phaneuf (Surg., obst., v. 44) описывает технику операции и устанавливает показания к ней. Через лапаротомный разрез матки извлекается из брюшной полости, и брюшная рана немедленно и тщательно зашивается. После этого следует опорожнение матки, которая таким образом остается лежать вне брюшной полости. Через 1—2 мес. по окончании всех явлений инфекции, делается релаксация, и матка погружается на место в брюшную полость, или, в крайнем случае, ампутируется суправагинально. Автор считает эту операцию показанной 1) при инфекции матки и живом плоде, 2) при инфекции матки и мертвом плоде, если влагалищная операция является невозможной или опасной, 3) при мертвом плоде, когда влагалищная операция угрожает перфорацией матки, 4) взамен операции Pott'a при тяжелом состоянии матки и с целью огнестойкой ампутации матки к тому времени, когда больная оправится от шока. Автор, помимо своего удачного случая, приводит 16 случаев из французской литературы, из коих 2 окончились летально. Одна женщина через 2 года после операции Portes'a вновь забеременела и была благополучно разрежена при помощи кесарского сечения. А. Тимофеев.

139. Лечение послеродовой инфекции интравенозными инъекциями антистрептококковой сыворотки рекомендует Jonesen (по Ber. n. d. ges. Gyn., Bd. XII), подчеркивающий, что лечение должно начинаться возможно раньше и проводиться при помощи больших доз. Техника состоит в том, что больной вводится 500 к. с. физиологического раствора соли с адреналином в течение 1 1/2 час. и к этому раствору постепенно прибавляется антистрептококковая сыворотка. Вначале прибавляют одну каплю последней; затем, после введения 100 к. с. раствора, в течение следующих 15 минут добавляют, по 1 к. с., 10 к. с. сыворотки; наконец, постепенно в остающийся раствор добавляют еще около 100 к. с. сыворотки, усиленная таким образом постепенно ее содержание в растворе NaCl. Таким путем лучше всего удается избежать явления анафилактики. А. Тимофеев.

140. Лечение воспалительных заболеваний маточных придатков Baer (Med. Klin., 1927, № 20) сообщает о принципах лечения воспалительных заболеваний придатков, принятых в клинике Rankow'a. Помимо физиотрических методов лечения, как лед, тепло, свет, диатермия, особое внимание уделяется здесь протеинотерапии (терпихин, казеозин, повопротин и пр.), от которой особых результатов, впрочем, не получается. При гонорройных заболеваниях рекомендуется смешанная вакцина (b. coli, стрепто — и стафилококки). Рентгенотерапия особенно пригодна при туберкулезных, а также гонорройных поражениях. В острых случаях операции никогда не применяются, в хронических случаях, когда консервативное лечение остается без результата, применяется всегда радикальная операция, независимо от возраста больной. Whitehouse (по Ber. n. d. ges. G., Bd. XII) при операциях по поводу острых сальпингитов получил 7,5% смертности, а потому полагает, что в острых случаях этой болезни операция показана лишь при развитии общего перитонита или при наличии гноя, причем лучшим и наиболее простым вмешательством является влагалищный разрез с дренажем. Curgis (ibid.), полагая, что гонококки в верхних отделах полового канала могут жить лишь короткое время при лечении гонорройных поражений придатков придерживается консервативного образа действий и получает 90% излечений. Воитто (ibid.), наоборот, является сторонником активной терапии даже при острых гонорройных сальпингитах и приступает к операции, как только прекратится лихорадка. Оперативное вмешательство может заключаться в дренаже, сальпингитомии или сальпигосомии. Это последнюю В. считает операцией выбора, т. к. с созданием сообщения трубы с наружным воздухом устраняется возможность образования интрасальпинкса, в достижается немедленное обратное развитие воспалительного процесса. А. Т.

141. *Результаты лечения рака матки радиумом* сообщает I. K. d. (Zeit. f. Gyn., 1927, № 7), применявший для интритиматочного введения 535 мг. радия на portio vaginalis 90 мг., на 24 часа, причем сеансы повторялись через 4 дня и зависимость от состояния больной. Из 432 больных, леченных с 1917 г. и живых 45,8%, причем 17 из них живут более 10 лет после лечения. 15—18—более 8, 13—более 7, 28—более 6, 25—более 5 и 26—более 4 лет. Три женщины впоследствии получили беременность, благополучно доносили ее до конца, родили живых детей, но сами погибли от послеродовых кровотечений. Наиболее результат получается от радиотерапии у женщин в возрасте старше 40 лет. Из 18 больных раком тела матки в живых 61%, из 9 больных раком влагалища—только 33%.

и) Гоноррея.

142. *Экспериментальная гоноррея у животных с измененной конституцией*. Получить экспериментальную гоноррею у лабораторных животных до сих пор почти не удавалось. Единичный успех в этом деле, полученный Борю и Шеррипорной при помощи сенсбилизации 50% желчью, многими взят под сомнение. Штернберг, Шедропич и Рабинович (Вр. Дело, 1928, № 1), исходя из положения, что инфекция и иммунитет как всего организма, так и отдельных органов зависит от внутрисекреторной деятельности эндокринных желез, экспериментировали над кастрированными белыми мышами. У последних в периоде овуляции, в противоположность нормальным мышам, из влагалища исчезают безядерные роговые глыбки гликогена, и в связи с этим нормальный кислый секрет влагалища становится щелочным. У таких кастрированных белых мышей авторам удалось вызвать экспериментальную гоноррею вагины в виде длительной инфекции в течение многих месяцев с метастазами и постоянным выделением гонококков. Сенсбилизация желчью и штаммы гонококков при такой экспериментальной гоноррее роли не играют. Своей работой авторы подчеркивают роль химизма тканей в процессе заражения и связь этого местного химизма с внутрисекреторной деятельностью эндокринных желез.

143. *Сравнительная ценность различных способов провокации переломов*. По Siemens'y (Munch. med. W., 1927, № 45) за последние 7 лет на 1500 случаев переломов у мужчин в Мюнхенской клинике, в которых по окончании курса лечения гонококков не было обнаружено, таковые появились после искусственной провокации у 143 чел., а именно, после одной механо-биологической провокации (массаж с одновременным вырыскиванием артрита или гоноаргина) в 35 случаях, после механо-биологической и вслед за ней Lugo'вской (введение на 2 минуты Lugo'вского раствора 1:2:500)—в 60 случ., после одной Lugo'вской—в 42 случ. и после Lugo'вской, а за ней механо-биологической—в 6 случ. Общий вывод автора—тот, что провокация Lugo'вским раствором далеко превосходит все обычные, комбинированные механо-биологические способы, давая приблизительно в 10 раз менее неудач. С все поэтому и надо начинать—все лучше после паузы в 8 дней.

144. *Лечение гонорреи прививками малярии*. В последнее время ряд немецких авторов (Lengemann, Hoffmann, Scherberg) с большим успехом применяет искусственные прививки малярии при мужской и женской гоноррее, в особенности осложненной и трудно поддающейся местному лечению. Резким диссонансом в этом отношении является работа Тер-Гаспарьяна (Вен. и Дерм., 1927, № 10), который, работая в малярийной местности (Сухум), имел под своим наблюдением более года 114 гонорройных больных, страдавших одновременно естественной малярией. По наблюдениям автора последние сокращает инкубацию гонорреи и резко ухудшает течение последней; отсюда—крайне отрицательное отношение его к методу искусственных прививок при гоноррее. Автор упускает весьма важное обстоятельство, на которое указал творец малярийной терапии при прогрессивном параличе, Wagner-Jauregg: различие между естественной малярией и искусственной. Несмотря на один и тот же возбудитель, первая течет в виде хронической, изнуряющей инфекции, с трудом поддающейся лечению, вторая—в виде острой, легко abortивруемой химическим инфекцией с поднятием естественных защитных сил организма в духе Reiztherapie. Причины такого различного течения пока неизвестны. P. e. ф).

А. Вайнштейн.

Были-ли, впрочем, это действительно гонококки,—подлежит сомнению. Ред.

145. *Лечение*
4) испробов
моррей. При
Jauregg'a в
Наилучшие ре
ступов с высо
малярии на го
высокой 10; в
Клинически г
жизненном
бенно хорошо
тите, подостр
чательного из
дамы наступ
автора к да
лшь весьма
невной гово

146.
ность, при
звездоскопа
(Ж. Уши
дностью п
одинаково
рочения,
особенно

147
№ 3—4)
сферного
шхтерот
звукпро
с повыш
булярно
ванных
таги, в

1
№ 5), 1
итальян
модифи
дефект
вой по
ским
обшир

двиг
морф
татом

Р.-л.
анал
о ве
явл
вил
нос
счи
по
не
уст
та

145. *Лечение гонорреи мазарией*. Scherhögner (Wien kl. Woch., 1927, № 44) испробовал прививку малярии у 15 мужчин и 2 женщин, страдавших гонорреей. Прививалась *malaria tertiana* штаммом из клиники проф. Wagner-Jauregg'a в Вене. До и после прививки проводилось и местное лечение гонорреи. Наилучшие результаты получились у больных, которые проделывали 10—12 приступов с высокой температурой. Причину благоприятного действия искусственной малярии на гоноррею надо искать в повышении жизнедеятельности гонококков при высокой известную роль играет здесь и реактивная способность организма. Клинически прививка искусственной малярии на течении гонорреи сказывалась уменьшением секреции, просветлением мочи, рассасыванием инфильтратов. Особенно хорошие результаты дало лечение при подостром паренхиматозном простатите, подостром эпидидимите и аднекситах. Полного излечения, однако, т. е. окончательного исчезновения гонококков, автор не наблюдал ни в одном случае. Рецидивы наступали, хотя и спустя довольно долгое время (год). В общем отношение автора к данному методу лечения гонорреи—довольно сдержанное: он считает его лишь весьма ценным вспомогательным пирогенным средством для лечения осложненной гонорреи.

А. Вайнштейн.

к) Болезни уха, носа и горла.

146. *Костная проводимость при сифилисе*. Исследовав костную проводимость, при помощи камертона, с проверкою показаний больных при помощи фонендоскопа, у 239 сифилитиков с нормальным слухом, д-р В. Е. Перекаллия (Ж. Ушн., Нос. и Горл. Е. 1897, № 5—6) нашел, что укорочение костной проводимости представляет частый (62,7%), хотя и непостоянный признак сифилиса, одинаково часто наблюдаемый во всех периодах последнего. В основе этого укорочения, по мнению, лежит у сифилитиков несколько причин, из которых автор особенно выдвигает изменения в костях черепа.

Р.

147. *Изменения слуха у шахтеров*. Д-р Артурюнов (Вестн. Р.-Л.-О., 1927, № 3—4) задан целью изучить влияние на лабиринтную функцию различного атмосферного давления, которому подвержены шахтеры. У большинства обследованных шахтеров слуховая функция вообще оказалась значительно пониженной, костная звукопроводимость—укороченной. Последнее обстоятельство автор ставит в связь с повышенным кровяным давлением горнорабочих. Изменения в состоянии вестибулярной функции оказались тоже довольно значительными. Почти 50% обследованных страдали частыми головокружениями в 22,4% отмечался спонтанный нистагм, в 23,4% имелось нарушение равновесия тела.

Н. Бодровский.

148. *К вопросу о ринопластике*. Д-р Гозулов (Вест. Рино-Л.-О., 1927, № 5), рассматривая существующие методы ринопластики, отдает предпочтение итальянскому, в частности Лехе-Говеской модификации его. Недостатком этой модификации является то, что при отрезывании лоскута от руки и шивании в край дефекта носа руга должна быть на долгое время фиксирована у головы неподвижной повязкой. Автор в одном случае соединил Лехе-Говеский лоскут с филатовским стеблем и при этой комбинации сделал возможными для больного довольно обширные движения руки.

В. Грозов.

149. *Аппендицит и ангина*. Отмечая частоту совпадения признаков аппендицита и ангины, Schnitz (Med. Klin., 1927, № 44) считает ее понятной при морфологическом сродстве обоих органов и легкости заноса через кровь, результатом чего может быть и общее заражение.

150. *К вопросу о трахеобронхоскопии*. Проф. В. К. Трутнев (Вест. Р.-Л.-О., 1927, № 5) из основанных литературных данных и собственного опыта анализирует вопрос о трахеобронхоскопии, причем особенно подробно говорит о выборе между верхней и нижней трахеобронхоскопией и методах анестезии. Автор является сторонником верхней трахеобронхоскопии и оперирует взрослых, как правило, под местной анестезией, детей—без всякой анестезии. Ввиду большой трудности, в некоторых случаях, выявления инородных тел в гортани и бронхах проф. Т. считает необходимым производить трахеобронхоскопию в каждом случае неясного по этиологии стеноза верхних дыхательных путей, при бронхоэктазах, длительных, не поддающихся лечению бронхитах и в случаях легочного кровотечения, когда не установлены положительные указания на тбс. В этих случаях трахеобронхоскопия часто является не только диагностическим, но и лечебным методом.

С. Ижонин.

Рецензии.

5. Sommer: *Familienforschung, Ererbungs- und Rassenlehre*. III Auflage mit 51 Abbildungen. VII+319. Leipzig, 1927. Preis brosch. RM. 30.

Достовернейшая книга Гиссенского профессора психиатрии R. Sommer'я об исследовании семей и учении о наследственности и расах состоит из двух главных частей. Первая часть посвящена исследованию семей и учению о наследственности и содержит 21 главу: 1) учение о генеалогических знаках; 2) кровосмешение, аффиксис и эпимиксис; 3) методы исследования семей; 4) геральдика, как часть учения о генеалогических знаках; 5) руническое письмо и другие символы в их отношении к учению о генеалогических знаках; 6) семейное сознание и исследование семей; 7) идеи происхождения и наследования в литературе; 8) регенерация и дегенерация; 9) расовая гигиена; 10) продолжение рода и наследственность; 11) зародышевые клетки у человека; 12) наследственность, развитие, культивирование; 13) законы наследственности; 14) соматическое исследование с точки зрения учения о наследственности; 15) психологическое исследование с точки зрения учения о наследственности; 16) индивидуальная психология и исследование семей; 17) психопатология и наследственность; 18) криминальность и наследственность; 19) ренесанс и исследование семей; 20) старая флорентийская фамилия Soldani; 21) моя родословная.

Вторая часть книги, — учение о расах и племенах, — содержит 12 глав: 22) семья и раса; 23) человеческие и животные задатки; 24) учение о происхождении видов; 25) учение о расах Европы в связи с клиническими изобретениями; 26) древнейшая европейская раса; 27) ледниковый период и белая раса; 28) переселения белой расы; 29) эпимиксис, как ключ к истории культуры; 30) самые древние культурные ценности белой расы; 31) история немецкого народа с точки зрения исследования семей и учения о наследственности; 32) пути переселения, переселение народов и смешение рас; 33) германские племена.

Стоило бы остановиться на более или менее подробном разборе каждой из упомянутых глав книги, так как везде в книге имеются новые идеи и оригинальные взгляды, ознакомиться с которыми следовало бы каждому врачу, следящему за развитием медицинских наук и смежных с ними областей, терпящих, в конце концов, в таких вопросах, как переселение народов и смешение рас. Однако это значило бы растянуть рецензию книги на несколько десятков страниц. Придется поэтому удовлетвориться краткими указаниями на то самое существенное, что имеется в книге S., и мимо чего нельзя пройти, не упомянув, даже в краткой рецензии. Сюда относятся, прежде всего, учение автора об эпи-

S. различает три различные формы соединения зародышевых элементов для производства потомства: 1) Inzucht, когда брак происходит между лицами, находящимися между собой в более или менее близком родстве (напр., брак дяди с племянницей); 2) аффиксис, когда в брак вступают лица различных семей, не состоящих между собой ни в каком родстве. Эта форма соединения зародышевых элементов является среди людей особенно распространенной, благодаря сильной флюктуации, происходящей в определенных группах населения в связи с улучшением и все возрастающей быстротой передвижения, а также в связи с развивающейся индустриализацией страны. Наконец, третья форма соединения зародышевых элементов это — эпимиксис, которую S. считает самой важной формой, так как, по его наблюдениям, именно это соединение зародышевых элементов ведет к зарождению гениальных личностей. При эпимиксисе децедент рода, в котором, благодаря целому ряду предшествовавших родственных браков (Inzucht), развилась и зафиксировалась вполне определенное свойство, вступает в брак с дочерью фамилии, являющейся совершенно разнородной с фамилией этого децедента. Итак, случай, когда, после предшествовавшего ряда родственных в семье браков, происходит, наконец, смешение (брак с особью из чужой семьи), в есть эпимиксис. Эта форма играет большую роль в наследственности как людей, так и животных, ибо при ней в случаях, где род, благодаря постоянному кровосмешению, хотя и зафиксировал ряд характеризующих его свойств, но, с другой стороны, отягощен опасностью дегенерации — род этот получает новую кровь.

Смотря по тому, писем-ли мы при эпимиксисе дело со смешением двух родов, где в обоих до того времени практиковались родственные браки (Inzucht)

с фиксированием свойственных каждому роду особенностей, или же двух родов, из которых один только практиковал родственные браки, можно различать эпитимиксис первой и второй степени. Для зарождения гениальных личностей эпитимиксис второй степени, где в соединения вступают две „высококвалифицированные“ наследственные массы, имеет особенное значение, и S. так и выражается, что „гений есть действительный эпитимиксис“.

Везде в своей книге S. старается доказать, что именно эпитимиксис является главным фактором, производящим гения и гениальность. Говоря об отдельных гениальных личностях, о гениальных семьях или „гениальных периодах“ (так автор именует те периоды в истории развития человечества, когда на арену деятельности выступали одновременно многие гениальные личности, вызывая бросавшиеся в глаза расцвет во всех (или некоторых) областях науки, искусства, техники и т. д.; как примеры таких периодов, S. приводит итальянский ренессанс, английский ренессанс (эпоха Шекспира), немецкий ренессанс (эпоха после 30-летней войны, и т. д.). S. выдвигает фактор эпитимиксиса, как основу всякого прогресса, называя его в конце концов „ключом к истории культуры“ (гл. 29). Все культуры—египетская, ассирийская, греческая, римская и т. д.—являются, как доказывает S., результатом эпитимиксиса различных рас.

С другой стороны S. допускает мысль, что эпитимиксис может вести и к ухудшению рода. Рассматривая в главе „криминальность и наследственность“ вопрос, имеется ли наследственное предрасположение к преступности, автор решает его в положительном смысле и указывает на эпитимиксис, как на фактор, вызывающий такого рода предрасположение. Эпитимиксис в таком случае сводится к тому, что в брак вступают лица двух различных семей, в которых до того времени, благодаря родственным бракам, преступные наклонности сделались стойкими свойствами и при скрещивании этих семейств особенно сильно выявлялись у потомков, являющихся, таким образом, на свет „врожденными преступниками“.

Очень оригинальны и поучительны взгляды автора на дворянство. S. различает двоякого рода дворянство: дворянство, как сословие (сословное дворянство), но имеющее вередко за собой никаких других заслуг кроме высоких титулов и больших материальных богатств, и естественное дворянство (natürlicher Adel). Под этим последним он разумеет людей, одаренных от природы высокими душевными качествами и способностями. Все высокие и ответственные посты в государстве должно занимать естественное дворянство, а не бездарные личности, если они даже принадлежат к низшему сословному дворянству. Все судьбы государства, его расцвет и упадок зависят от того, кто находится у кормила правления: бездарное сословное дворянство, или естественное дворянство. В связи с этим S. различает эволюционное и инволюционное состояние государства. При эволюционном состоянии глава государства привлекает к сотрудничеству наиболее одаренных и способных к тому людей, т. е. естественное дворянство; такова, напр., эпоха Фридриха Великого, когда этот просвещенный монарх руководствовался в своих назначениях исключительно одаренностью личности и ее способностью занимать тот или другой ответственный пост. Наоборот, эпоха Вильгельма II является инволюционной эпохой, т. е. у власти стояло при этом императоре не естественное дворянство, а бездарные представители сословного дворянства, что повело к тому, что Германия в империалистическую войну потерпела поражение. Эпоха Вильгельма II по S. есть инволюционная эпоха германского государства. Дальнейшая судьба последнего и всякого государства вообще будет зависеть от того, естественное-ли, сословное-ли дворянство будет оставаться у власти и управлять им.

В такой же и еще большей мере оригинальны, остроумны и основательны высказываемые автором взгляды, идеи и гипотезы во всех других вопросах, которые рассматриваются им в различных главах книги. При этом автор поражает огромной своей всесторонней эрудицией, высоким даром наблюдательности и умением излагать самые сложные вопросы в простой, всякому доступной форме. Взяв, к примеру, те главы книги, где автор описывает дороги, по которым шло переселение народов, способствовавшее, по его мнению, смешению рас,—процессу, благодаря которому, по закону эпитимиксиса, получились самые одаренные и высокультурные расы земного шара. Автор в этих главах обнаруживает блестящие знания древней и новой географии, плабообретенные им не только из книг, но и благодаря собственным научным путешествиям, во время которых он занимался исследованием ряда трудных географических вопросов. Он везде в своей книге так увлекательно излагает и старые, давно известные научные данные, что и они кажутся у него новыми.

Вообще книга S. принадлежит безусловно к самым ценным научным книгам нашего времени. Вопросы наследственности разобраны в ней не с узкой точки зрения развития отдельной личности, а с точки зрения развития племени, расы, государства, развития их цивилизации и культуры. Книга S. это — история человечества с точки зрения учения о наследственности. В этом смысле она является единственной в своем роде во всей науке о наследственности, а если принять во внимание высокие нравственные взгляды, высказываемые автором в книге, его здоровый оптимизм и его веру в человека и человечество, то, пожалуй, его книга является единственной в своем роде во всей помощи научной литературе послепослевоенного времени, литературе полной оптимизма и осуждения человека и человечества на близкую окончательную гибель. Побольше бы подобных книг, — я помню расцвет столь важной для всего человечества немецкой науки обеспечен!

Ив. Галакти (Москва).

Проф. В. Н. Молчанов. *Растройство роста и развития у детей*. Москва. 1928 г. Издание Сабашниковых.

Цель настоящей книги, как указывает автор, — в том, чтобы вызвать среди широкого круга врачей интерес к заболеваниям, проявляющимся растройством роста и развития у детей. Обычно заболевания эти не фиксируют на себе внимания врача и часто остаются без правильного распознавания и лечения, между тем как своевременно предпринятое лечение их, по словам автора, может иногда радикально изменить ход развития и предупредить тяжелые последствия.

Проф. М. причинами описываемых растройств считает два фактора: эндогенный, связанный с конституциональными особенностями организма, и экзогенный — внешние вредные влияния (питание, инфекция, внешняя среда в широком смысле слова).

В отношении генеза автор указывает на три пути для воздействия этиологических факторов: это — ткань растущего организма, регулирующие рост органы, т. е. эндокринные железы, и нервная система с ее вегетативными центрами. Клиническое изучение патологических форм роста и развития наталкивается на большие затруднения. До сих пор еще наши сведения о физиологии роста и развития крайне скудны, и даже нет достаточных данных для того, чтобы сказать, что считать нормой для роста и развития ребенка в любой период его жизни. Существует большая неясность в группировке и номенклатуре патологических форм роста и развития. Относящаяся сюда громадная казуистическая литература в большей части представляет сырой материал, трудно поддающийся обработке. В силу указанного, проф. М. говорит о необходимости более точной характеристики отдельных форм и одностороннего понимания различных названий. Допуская существование смешанных форм, в клинике следует различать с одной стороны растройство роста, с другой — растройство развития.

Автор предлагает следующую классификацию растройств роста и развития, основывая ее отчасти на клинических симптомах, отчасти на генезе:

Растройства роста.

I. Нанизм и субнанизм, карликовый и очень низкий рост.

A) Непропорциональный.

- 1) Хондродистрофия.
- 2) Врожденная ломкость костей.
- 3) Рахит.

B) Пропорциональный.

- 1) Первичный нанизм или мипваторный тип.
- 2) Гипопластический.
- 3) Эндокринный: а) тиреогенный, б) гипопизарный.
- 4) Церебральный, сердечный и др.
- 5) Дистрофический.
- 6) Неясные и смешанные формы.

II. Гигантизм и субгигантизм.

A) Общий гигантизм.

- 1) Пропорциональный.
- 2) Непропорциональный: а) гипопизарный или акромегалический, б) генитальный или евнухоидный.

Отсталое (1)
1) Инафанте
2) Инафанте

1) Пропор
2) Непроп
Согласно у
форм, как в отнс
образом
а также
Половые случаи
тотом изучени

и отсталости
и отсталости
и отсталости
и отсталости
и отсталости

ное развитие. П
порционально-пр
ально-гениталь
Как выдал
скую картину от
явное представл
растройство. По
чего вмешате

Появлении
ных клинически
чение о растрс
книга хорошо,
Тред автора ви
словен. Книга
вообще широко

В. Э. Са
В предис
является «опыт
ником на практ
тирует себя от
жены некоторы

Книга со
часто встречаю
чевы: 1) грыжи
6) гидронефроз
Особенно
сущности кажд
и в связи с эти
то автор больш
вопросов же те

Каждая
и в заключени
ного. Каждая г
обсуждаемого в
выпущено. Пря
автором положи
черкнуто значе
Будучи
хорошим руко
ные взгляды и

Б) Частичный инфантизм
Распространенный инфантизм

(Отсталое развитие (инфантилизм)).

- 1) Инфантизм конституционально-врожденный
- 2) Инфантизм приобретенный

Преждевременное развитие

- 1) Пропорциональное.

2) Непропорциональное: а) преждевременное развитие интеллекта, б) преждевременное физическое и половое развитие, в) гирсутизм

Согласно указанной классификации автор дает характеристику отдельных форм, как в отношении клиники, так и в смысле генеза. Он обращает внимание главным образом на те случаи растройства, где поражаются многие эндокринные железы, а также вегетативная система, каковые растройства имеют часто наследное происхождение. Подобные случаи с трудом поддаются точной характеристике и нуждаются в тщательном изучении. Примерами упоминаемых форм являются паллозия hypoplasia и infantilismus — растройство, которые иногда бывает трудно разграничить. Автор вносит предложение вообще избегать названия „infantilismus“ и заменять его названием „athleosis“, предлагая считать инфантизмом те формы, где обнаруживается более или менее равномерная отсталость всего развития. Под „athleosis“ следует понимать, по М., только гармонически-целое преждевременное развитие. В виде самостоятельных форм проф. Молчанов выделяет непропорционально-преждевременное развитие — „stasogenitosomia praecox“ и супрареинально-генитальный синдром, или гирсутизм.

Как выдающийся клиницист, проф. М. дает в своей книге яркую клиническую картину отдельных форм, и всякий, знакомящийся с его трудом, получает ясное представление об очень сложном симптомокомплексе, отражающем данное растройство. Получает разрешение и вопрос о возможности того или другого лечебного вмешательства.

Появление труда проф. М. следует особенно приветствовать, так как подобных клинических монографий, где так полно и картинно было бы представлено учение о растройствах роста и развития, в литературе мы еще не знаем. Названная книга хороша, и ряд рисунков и таблиц придает ей исключительную ценность. Труд автора вполне оправдывает ту цель, которую он указывает в своем предисловии. Книга может быть рекомендованной не только врачам-педиатрам, но и вообще широкому кругу врачей и воспитателей.

Проф. В. Меньшиков.

В. Э. Салищев. *Клинические занятия по хирургии*. Госиздат. 1927.

В предисловии к своей книге автор подчеркивает, что его руководство является опытом руководства для учащихся, знакомящихся с хирургической клиникой на практических занятиях по групповому методу. Этим самым он гарантирует себя от упреков за ту схематичность и элементарность, с которой изложены некоторые главы его книги.

Книга содержит 7 глав, посвященных разбору болезненных форм, наиболее часто встречающихся (по мнению автора) в клинике. Таким образом сюда включены: 1) грыжи, 2) аппендицит, 3) холецистит, 4) эхинококк печени, 5) нефролизис, 6) гидронефроз и 7) остеомиелиз.

Особенное внимание уделено автором этиологии и патолого-анатомической сущности каждого заболевания; затем тщательно разобраны симптомы заболевания и в связи с этим — дифференциальная диагностика. Что касается вопросов лечения, то автор больше останавливается на показании к оперативному вмешательству, вопросов же техники касается только с принципиальной стороны.

Каждая глава руководства иллюстрирована несколькими историями болезней, и в заключение каждой главы предложена схема клинического исследования больного. Каждая глава представляет из себя более или менее законченное изложение обсуждаемого вопроса. Изложение кратко, ясно. Основные положения подчеркнуты выпукло. Приводимые истории болезни удачно иллюстрируют подчеркиваемые автором положения. В частности при разборе этиологии грыж убедительно подчеркнуто значение конституции и анатомических данных.

Будучи предназначена для студента, книга эта является для последнего хорошим руководством, предлагая ему в краткой, ясной, отчетливой форме основные взгляды на наиболее часто встречающиеся в клинике болезненные формы.

Но в стремлении к схематичности автор, мне кажется, в некоторых пунктах может повести молодого читателя по неправильному пути, налагая вопрос слишком односторонне. Принявши, напр., для себя точку зрения Наппуа в вопросе образования желчных камней в желчных путях, автор четко и приводит только эту точку зрения, совершенно упуская из виду другую точку зрения—Асchoff'a. А раз данный вопрос является еще спорным, учащийся, мне думается, не должен вестись преподавателем по одной линии без оговорок о другой точке зрения.

При чтении главы о грыжах чувствуется необходимость разбора патологии ущемленной грыжи. этой важнейшей главы о грыжах; между тем автор, приводя одну кратчайшую историю болезни больного с ущемленной грыжей, более вопрос об ущемленных грыжах не уделяет ни слова. Никак нельзя, далее, согласиться с автором, что у носителей громадных почечных грыж с жирными стенками живота «нельзя применять местной анестезии» (63 стр.), и в связи с этим (и возрастом) надо считать у них противопоказанной операцию. Оперировать таких больных можно, причем оперировать под местной инфильтрационной анестезией, которая в умелых руках удается легко.

В общем нужно сказать, что руководство пр.-доц. С. составлена оригинально, и появление его в связи с занятиями по групповому методу—своевременно. Если руководство не могло бы удовлетворить врача-хирурга, то оно, удовлетворяя студентов, является далеко небезразличным для хирурга, близко стоящего к делу преподавания. В пределах поставленной задачи автор прекрасно справился с ней. Книга издана очень хорошо и тщательно, если не считать несоответствия оглавления главам текста. Можно пожелать автору успеха в разработке дальнейших глав клинической хирургии согласно проводимому им плану. *Н. Соколов.*

Schinz, Baensch und Friedl. *Lehrbuch der Röntgendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie.* XVIII + 1131 стр., 1722 рентгенограммы и рис., 5 фототабл. Изд. G. Thieme, Leipzig. 1928. Цена 90 мар.

Настоящее, роскошно изданное и снабженное на редкость отчетливыми репродукциями рентгенограмм, руководство по рентгенологии, специально по рентгенодиагностике хирургических заболеваний, отличается от других объемистых немецких и французских учебников-сборников тем, что все изложение в нем проведено под углом зрения специалиста-хирурга-рентгенолога (Schinz—Цюрих), не пожалевшего труда и средств, чтобы в каждой главе каждого отдела рентгенологические данные сопоставить с анатомическими и хирургическими данными. Несмотря на хирургический уклон, в этом объемистом труде представлена вся рентгенодиагностика внутренних заболеваний, по богатству материала не уступающая известному учебнику Азешап'а. В частности, 458 стр. занимают здесь заболевания скелета, около 618 стр.—внутренние заболевания, а 100 стр. посвящены мочеполовому аппарату. При этом каждый отдел отражает все те достижения последних лет, которыми гордится современная рентгенология.

Во введении дана теория рентгеновской картины на экране и снимке, верная трактовка которого требует не только патолого-анатомических знаний, но и знания техники его получения и законов перспективы и контраста. В I разделе широко представлена и богато иллюстрирована вся костная патология на основе изучения кровоснабжения и фазы окостенения скелета в периоде роста и нормальной архитектуры в зависимости от функции, возраста и позы. Обширные главы трактуют здесь о различных аномалиях роста, развития и питания костной системы (атрофия, гипертрофия, остеопороз, склероз). Особое место занимает учение о переломах, где на прекрасных рентгенограммах и анатомических препаратах представлена вся область повреждений скелета. После изложения воспалительных заболеваний костей (остеомиелит, туберкулез и сифилис) следуют обстоятельные главы об уродствах, опухлях и системных заболеваниях скелета на почве конституциональных эндокринных расстройств и об эпифизарных некрозах костных ядер (остеохондропатиях). В главе о диагностике заболеваний черепа мы имеем рентгенодиагностику придаточных полостей носа и изображение данных энцефало—и вентрикулографии. Второй отдел книги обнимает рентгенодиагностику заболевания внутренних органов грудной клетки и брюшной полости. Детально передавы здесь все применяемые в настоящее время методы контраста—положительного и отрицательного (бронхография, пневмоперитонеум, рельеф слизистой желудка и кишечника, холецистография, пилелография и др.). Отделом об урологических заболеваниях заканчивается этот капитальный труд, доставляющий при чтении и изучении его не только радость познания, но и истинное эстетическое наслаждение. Прив.-доц. Р. Я. Гасуль

1
рытос
ири
Викт
Д
и оары
принял
сечкв

С
лом и
плазм
и тка
жащем
влияем
опред
НСI. Н.
слабых
тектин
до 2/3 (1
концент
лпоявы
Впрены
и д-ра С
П
на лны
кин и (

За
Д-
улы. С
казал, ч
белковым
изят был
наиболее
бном, п
даются в
ложены
парат до
и не соде
является
осаждени
серы, кот
раств
можно счи
Гидролиза
Slyk c
азота и да
из диаман
ирув пол
всего под
в глубине
режущи
распре

Заседания медицинских обществ. Общество Врачей при Казанском Университете.

Физиологическая секция.

Заседание 23/I.

Пр.-доц. Н. Н. Русецкий: *О влиянии интравенных влияний электролитного кальция и хлористого магния на мышечный тонус у больных иридинским м.м.*—В прениях участвовали профф. И. М. Соколов и К. Р. Викторов, пр.-д. С. П. Афонский, д-ра Ардатов и Сергиевский.

Д-ра Н. В. Пучков и В. В. Краснов: *О мочевино-образовательной и барьерной функции печени после выщелачивания надпочечников.*—В прениях приняли участие профф. К. Р. Викторов и В. М. Соколов, пр.-д. Н. Н. Русецкий и С. П. Афонский.

Заседание 30/I.

С. П. Афонский: *К вопросу о влиянии липоидов на диффузию кислот и щелочей в студне.* Исходя из предположения, что липовидная фаза протоплазмы должна оказывать определенное влияние на диффузию кислот и щелочей в тканях, автор поставил опыты с диффузией кислот и щелочей в студне, содержащем холестерин и лецитин. Для опытов брались студни желатины и агара с добавленным гидролизом, холестерином или эмульсией лецитина плюс индикатор. Диффузия определялась в миллиметрах. Наблюдения велись от 3 до 5 дней. Были обследованы HCl , H_2SO_4 , $\text{C}_2\text{H}_3\text{O}_4$, $\text{C}_2\text{H}_3\text{O}_2$, $\text{C}_2\text{H}_3\text{O}_3$, NaOH и NaHCO_3 . Опыты показали, что при слабых концентрациях холестерина в большинстве случаев ускоряет диффузию лецитин—замедляет. При увеличении концентрации липоидов до 0.3 (холестерин) и до 2% (лецитин) оба липоида замедляют диффузию. Совместное действие при слабых концентрациях дает сумму влияний. Автор делает предположение, что в тканях липоиды выполняют роль системы, регулирующей диффузию кислот и щелочей.—В прениях приняли участие: проф. К. Р. Викторов, пр.-доц. С. А. Шербаков и д-ра Сметкин, Смирнов и Пучков.

Проф. К. Р. Викторов: *Материалы по действию продуктов распада на мышцы.*—В прениях приняли участие д-ра Пучков, Кибяков, Сметкин и Смирнов.

Заседание 13 II.

Д-р А. Н. Поляков: *К вопросу о структуре гемоглобиновой молекулы.* Сообщив кратко литературные данные о состоянии вопроса, докладчик указал, что в своих исследованиях он интересовался в гемоглобиновой молекуле белковым компонентом—глобином, как наименее изученным. В качестве объекта взят был гемоглобин лошадиной крови, так как работы предшествовавших авторов, наиболее полные по своим результатам, были произведены именно с этим гемоглобином, причем эти работы, в виду их противоречивости и недостаточности, нуждаются в проверке. Докладчик применил новый способ получения глобина,—предложенный еще в 1911 году, но не опубликованный,—позволяющий получить препарат достаточно чистый, по крайней мере обладающий постоянными свойствами и не содержащий примеси железа и др. веществ. Полученный этим способом глобин является кислотным производным белка, дает все цветные реакции и реакции осаждения. Исключение составляет лишь реакция Molisch'a и на отщепление серы, которых глобин не дает. Для выяснения структуры глобин был гидролизован 1% раствором HCl в автоклаве при 6 атмосферах в течение 6 часов. Такой гидролиз можно считать полным, т. к. пробы на полноту гидролиза дали максимальные цифры. Гидролизат был исследован на распределение азота в глобиновой молекуле по v. Slyke'y. Последний способ позволяет определить более мелкие группировки азота и даже непосредственно определить отдельные аминокислоты и некоторые из диаминокислот, количество же прочих диаминокислот можно вычислить. Резюмируя полученные результаты, докладчик пришел к выводу, что 1) глобин ближе всего подходит по своим свойствам к глобулинам, чем к гистонам, и что 2) сера в глобине находится главным образом в виде цистина (несмотря на отсутствие реакции на отщепление S). Кроме того, докладчиком было дано более полное распределение N по сравнению с предшествовавшими авторами (определено до

98% слишком всего N), и высказано предположение, что в гемоглобиновой молекуле находится две глобиновых молекулы. — Доклад вызвал оживленные прения. Выступившие в них проф. К. Р. Викторов, проф. В. М. Соколов, пр.-д С. И. Афонский и д-р З. М. Блюмштейн единогласно подчеркивали важность выводов и большую ценность работы автора.

Пр.-доц. С. И. Афонский: *О влиянии концентрации H-ионов на проницаемость мембран для пептонов и виноградного сахара.* Автор брал мембраны (мочевой пузырь, рыбий пузырь, пергамент) и исследовал скорость прохождения через них растворов пептона и глюкозы при изменении Ph как в жидкости внутри диализатора, так и в среде, куда происходила диффузия. Виноградный сахар определялся по Bertrand'y, а пептоны — колориметрически по принципу бигретовой реакции. Опыты показали, что при Ph в диффузионной жидкости 6,5, а во внешнем сосуде 7,0 диффузия как пептона, так и виноградного сахара ускорилась, при равных же Ph не изменялась. При изменении Ph в обратную сторону эффект соответствующим образом менялся. Эти данные автор связывает с условиями всасывания пептонов и глюкозы в кишечнике, где господствует также слабощелочная среда, которую он считает оптимальной для всасывания пептонов и глюкозы. — Прения: проф. К. Р. Викторов, д-ра В. Р. Дмитриев, З. М. Блюмштейн, П. А. Нудин.

Заседание 22/II.

Пр.-д. А. Д. Гусев: *Методика получения стойких кристаллов гемоглобина из крови человека.* Автор, отметив, что до сих пор еще не была разработана методика получения стойких кристаллов гемоглобина из крови человека в больших количествах, предлагает следующий способ: эритроциты трупной крови, после тщательного отсасывания сыворотки и процеживания их через полотно, разрушаются двукратным замораживанием и оттаиванием. Полученный лаковый раствор оставляется на сутки при комнатной t°, затем к нему добавляется охлажденный 95° алкоголь с 1% пирогалловой кислотой (30 к. с. на 100 к. с. раствора эритроцитов), и смесь ставится на холод для кристаллизации. Полученные кристаллы на фильтре промываются холодной водой в смеси со спиртом (30%) и пирогалловой кислотой (1%), растворяются в минимальных количествах теплой воды, и к раствору вновь прибавляется спирт с пирогалловой кислотой. Вся эта операция повторяется несколько раз до тех пор, пока не будут получены кристаллы, свободные от всяких примесей. — В прениях по докладу приняли участие проф. К. Р. Викторов, д-ра А. Н. Поляков, В. Р. Дмитриев и З. М. Блюмштейн.

Е. Н. Павловский: *К вопросу об эластичности ткани легких.* Докладчик исследовал влияние сильных ритмических растяжений легких, а также перерастяжений, на эластическую силу легких. Для суждения об изменении эластичности их он измерял, в одной части своих опытов, выдыхательный воздух после наполнения легких до определенного давления помощью особо сконструированного аэрографа, состоявшего из наполненной водой коробки, в которую была опрокинута другая коробка, двигавшаяся на оси и уравновешенная так, что чрезвычайно легко поднималась подводимым под нее выдыхаемым воздухом. Высота поднятия записывалась на закопченном барабане. Перед каждым записываемым выдохом, при котором легкое раздувалось до 2 мм. давления Hg в трахее, легкое раздувалось до давления в 10 мм. Hg. Полученная кривая в результате дала постепенное уменьшение выдыхаемого воздуха. Отсюда докладчик выводит, что легкие все меньше и меньше вытесняют из себя воздух вследствие постепенной потери эластичности. Объем их при этом заметно увеличивается. Если сделать перерыв в раздуваниях, то эластичность легких восстанавливается в зависимости от продолжительности перерыва и степени потери эластичности. В другой части опытов П. производил измерения выдыхаемого воздуха и получал те же результаты. При этом он растягивал легкие, помещая их в герметически закрытое пространство с определенным отрицательным давлением, в полость же легкого впускал воздух из градуированного и частью наполненного водой сосуда, который через резиновую трубку сообщался с другими сосудами, как противовесом. При ритмических растягиваниях легких отрицательным давлением в 140 мм. водного манометра в искусственной плевральной полости автор получил постепенное увеличение входящего воздуха. Из этого вытекает, что эластичность легких падает, так как легкие меньше сопротивляются растягиванию, и, следовательно, воздуха входит в них больше. Перерывы растягиваний имеют то же следствие, т. е. восстановление эластичности. Сильные перерастяжения (20—25 мм. Hg. в плевральном пространстве) вызывают мало обратимое ослабление эластичности легких. — Прения: д-ра П. А. Нудин и В. Р. Дмитриев, Секретарь М. Сергеевский.

Хирургическая секция.

Заседание 8/II.

Проф. М. О. Фридлянд: К вопросу о лечении привычных вывихов коленного сустава. Ознакомив собрание с сущностью страдания, докладчик продемонстрировал больного, оперированного им по собственному оригинальному методу. Принцип способа сводится к тому, чтобы пысенаровать и перенести т. гестус femoris, находящийся при описанном страдании в состоянии резкой латеропозиции, в медиальную сторону, укрепив его в новом положении рядом швов к медиальной группе мышц бедра—sartorius, adductor magnus и vastus medialis. В застарелых случаях операцию целесообразно дополнить капсулотомией с латеральной стороны и капсулографией с медиальной стороны. Для исправления резких степеней девиации valgum необходима добавочная остеотомия. Способ докладчика может быть применен как при полном, так и неполном, а равно и перемежающемся латеральном привычном вывихе коленного сустава. По этому способу докладчиком было уже прооперировано с неизменным успехом 7 случаев застарелого наружного вывиха patellae.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов и д-р И. Л. Цымхес.

Проф. И. П. Васильев: Что нужно иметь в виду при гистологическом исследовании биопсированных кусочков и вообще тканей частей? Подробно остановившись на тех требованиях, какие вынужден предъявлять патологический анатом к клиницистам при взятии и сохранении кусочков, предназначенных для микроскопического исследования, докладчик считает необходимым, в целях успешной диагностики, снабжать изъятые кусочки клиническими данными. Далее докладчик предостерегает от излишнего увлечения биопсией, как методом, чреватом иногда опасными для жизни пациента осложнениями, каковы быстрый рост и распад злокачественных новообразований после частичного иссечения их или нарушения целостности вновь образованной вокруг неоплазмы капсулы.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов и Н. В. Соколов, д-ра А. Н. Рыжих и И. Л. Цымхес. Секретарь секции д-р С. А. Смирнов.

Венерологическая секция.

Заседание 28-е 9/II.

Н. Колоколов демонстрировал больного с *lues maligna* после лечения Zittman'овским декоктом. Больной безрезультатно испробовал раньше все виды специфической и неспецифической терапии, после применения же декокта все объективные явления сифилиса у него исчезли.—В прениях выступали проф. Пильнов и д-ра Миркин, Ашанин, Лизеровский и Батунин.

Б. С. Биккенин демонстрировал больную с *lues III activa*. Больная 63 лет, с ослабленным питанием, перенесла 3 года тому назад сыпной тиф, венерические болезни отрицает, выкидышей и мертворождений не имела, продолжительность болезни около 10 мес. Поступила в клинику с поражением кожи лица, шеи и груди, где имелись узлы величиной с грецкий орех и горошину; узлы эти были плотны, местами в центре представлялись размягченными, местами имели прорывы на подобие свищевых ходов, откуда выделялась желтовато-белого цвета гнойная масса. Вместе с узлами на тех же участках встречались различной величины втянутые рубцы, у больной замечались также асимметрия лица и деформация грудной клетки, со стороны полости рта отсутствие язычка, наличие рубцов по заднему краю мягкого неба и на задней стенке глотки. Кожа на носу и над глазами везде была синюшно-красного цвета, инфильтрирована. Рубцы везде также были синюшно-красны за исключением полости рта, где они выглядели беловатыми. Диагностика колебалась между скрофулодермой, актиномикозом и третичным сифилисом. Исследование на грибки и тбс палочки дало отрицательный результат. Реакция Wassermann'a и Хитрово дали по 4 плюса. Специфическая терапия новоарсенолом и подистым кали дала быстро хороший эффект—узлы рассосались.—Прения: д-ра Ашанин, Потапчик, Яснитский, Батунин и проф. Пильнов.

М. Батунин и А. Окулов сделали сообщение о сальварсанных дерматитах. Остановившись вначале на теориях патогенеза этих дерматитов и приведя типичную клиническую картину их, они сообщали о 2 случаях дерматита после новарсолана (другого специфического лечения в этих случаях не проводилось). У одного больного сыпь была скарлатиноформная, у другого имела лихеноидный характер. Перечислив затем различные методы терапии сальварсанных

дерматитов, авторы на основании данных литературы ни одному из них не отдавать предпочтения. Методы профилактики сальварсаниных дерматитов также разнообразны и несовершенны, ибо неизвестен патогенез этого заболевания, и поэтому проводить профилактические мероприятия в массовом масштабе очень трудно. По делая категорических выводов, авторы позволили только выдвинуть на основании своих наблюдений, 2 положения: 1) причину возникновения дерматитов в указанных 2 случаях можно было, по-видимому, объяснить перегруженностью организма больных новарсоланом (в одном случае было введено последнего 285 мл в течение 17 дней, в другом—1,05 мл в течение 5 дней) и замедленным его выведением; 2) в виду того, что кожной реакции на применение компрессов из новарсолана и смазываний им здесь не наблюдалось, и один больной впоследствии безнаказанно перенес введение 0,45 новарсолана, возникает мысль, нельзя ли объяснить эти дерматиты простым отравлением мыпыком.—В прениях по докладу выступили пр.-доц. Яснитский, д-ра Ашанин, Починков, Батулин, Виккелин и проф. Нильпов.

Научный Кружок врачей в Уфе.

В 1927 г. президиум Кружка состоял из председателя Д. И. Татарникова, товарищей его М. В. Вакуленко, В. И. Кржановского и Г. С. Розенцвита и секретаря Н. М. Под'якова. В Кружке в течение года были сделаны следующие доклады:

1) Розенцвит. К лечению тбс кожи лучами Röntgen'a.—2) Олейников. Результаты исследования учащихся детей на глисты по способу перинального соскоба.—3) Муравьева. Гельминтиазис и санитарное состояние детских домов в г. Уфе.—4) Вакуленко. К казуистике пластической операции Лехер'а на нижней конечности.—5) Болдин. К казуистике альбицизма.—6) Гермайзе. Демонстрация рентгенограммы зрпиа bifidas ossulae.—7) Спесивцева. К учению о дифтерии и дифтероидах и их биохимическая диагностика.—8) Уточникова. Отчет о Съезде врачей в г. Свердловске.—9) Репин. О применении аутогемотерапии при эпилепсии.—10) Он же. О действиях углекислоты на вегетативную нервную систему.—11) Страхов. К казуистике разрывов матки во время родов.—12) Кржановский. О факторах вирулентности и парциальных антигенах возбудителя дифтерии.—13) Гермайзе. Диагностическая ценность рентгеновского исследования желудка в свете новейших данных.—14) Хованский. К вопросу о серодиагностике сифилиса с активной сывороткой (метод Нesch'tal).—15) Маркова. О вестибулярном симптомокомплексе при энцефалите.—16) Мраморнов. Демонстрация больных: 1) с резекцией левой доли печени при мультикулярном эхинококке, 2) с поддиафрагмальным абсцессом, 3) с резекцией части желудка при гумме.—17) Стернина. Случай огнестрельного ранения сердца (демонстрация).—18) Вакуленко. Об оперативном лечении огнестрельного ранения сердца.—19) Татарников. К функциональной диагностике желудка.—20) Романович. Патолого-анатомическая казуистика (демонстрация препаратов).—21) Вакуленко и Репин. Опыт хирургического лечения в клинике эпидемического энцефалита.—22) Хасанов. Демонстрация больного с саркомой печени.—23) Мельников. Демонстрация препарата литоцедрона, пробовавшего в брюшной полости 21 год.—24) Голубцов. Этиология, профилактика и лечение скарлатины.—25) Мельников. Демонстрация больного с врожденной дэкстрокардией.—26) Татарников. К симптоматологии врожденных комбинированных пороков сердца.—27) Мраморнов. Аутогемотерапия при маститах.—28) Маркова. К лечению менингита по методу буксации.—29) Симанова. Демонстрация ребенка с врожденным пороком сердца.—30) Под'яков. О применении пневмоторакса при лечении тбс легких.—31) Кочуров. Иммунизация при скарлатине по способу Белоновского.

Хроника.

47) Ученым Советом при НКЗ Татареспублики рассмотрен вопрос о проведении в Казани вакцинации против тбс по Calmette у (вакциною BCG).

48) В виду частых отказов безработных врачей от службы в деревне без уважительных причин, Биржа Труда в подобных случаях будет отныне ставить

в книжке отказанного штамп. При повторном отказе такой врач будет сниматься с учета Биржи и исключаться из профсоюза. (Вр. Г., 1928, № 3).

49) Запрещение врачам, состоящим на гос. службе, работать в частных лечебницах (см. № 29 «Хроника») вызвало в Москве и Ленинграде ряд протестов и ВЦСПС постановил ходатайствовать об отмене безусловного запрещения этого совместительства.

50) Совещание специалистов по охране материнства при НКЗ вынесло постановление, согласно которому больничный врач имеет право отказывать в производстве аборта женщинам, у которых аборт медицински противопоказан, хотя бы эти женщины и имели ордера на производство аборта.

51) В первых числах апреля предполагается организовать всероссийский трехдневник по охране материнства и младенчества.

52) НКЗ РСФСР вновь возбудил пред НКТрудом СССР вопрос о регистрации на Бирже труда бывших проституток. НКТруд отвечал, что вопрос этот не может быть решен в положительном смысле, так как на бирже труда и без того немало безработных, которых биржа труда не в состоянии удовлетворить работой. (Вр. Г., 1928, № 3).

53) Заканчивается оборудование первой в СССР фабрики медицинских термометров с выработкой в первый год 50 тыс. штук.

54) На освободившуюся в Ташкенте, за смертью проф. Новикова, кафедру акушерства и гинекологии избран проф. Тавилдаров.

55) Коллегия НКЗ УССР отменила свое первоначальное постановление о перенесении VIII Всесоюзного Съезда Акушеров и Гинекологов на 1930 г., — Съезд состоится (см. ниже), как и было постановлено VII Съездом, в мае тек. года.

56) В конце мая тек. г. в Ленинграде состоится III Всесоюзный Одонтологический Съезд.

57) 24 февраля тек. г. в Днепропетровске открылось Научное Акушерско-Гинекологическое Общество, председателем которого избран проф. Г. Ф. Цомакион.

58) Проф. Н. М. Какуюшкин возбудил ходатайство о разрешении ему издавать в Саратове новый гинекологический журнал под названием «Русский Архив Гинекологии».

59) Офтальмологическая секция Харьковского Мед. Общества чествует 22 IV тек. г. профессора Павла Николаевича Барабашева по поводу 50-летия его научной, педагогической и общественной деятельности.

60) 11 марта состоится чествование профессора Одесского Медицинского Института Н. К. Лысенкова по поводу 35-летия его научной, педагогической и врачебной деятельности.

61) Врачебная семья г. Саратова повесела за последнее время ряд тяжелых утрат. В декабре 1927 г. лишился жизни (отравился морфием) офтальмолог д-р Энеидов. В январе погибла от сепсиса, после операции удаления кисты яичника, известный хирург д-р Ализова. Почувствовав себя больной, покойная настояла, чтобы операцию у нее произвела ее личный друг, д-р Искова-Василева, при ассистенции женщин-врачей. Печальный исход операции так подействовал на производившую ее д-ра И.-В., что на 3-й день после смерти д-ра Ализовой и она покончила с собой, врыснув себе токсическую дозу морфия.

62) Мозг покойного проф. С. С. Зиямидкого поступил для исследования в Институт мозга Наркомздрава РСФСР, где уже изучается мозг покойного В. И. Ленина.

63) К 1/I тек. г. население Москвы составляло 2,142 тыс. чел.

64) По данным «Проф. Мед.» (1928, № 2) в Харькове на душу населения приходится всего 5,7 кв. метр. жилой площади, тогда как в Москве—6,9, в Киеве—8,1, в Одессе—9,2 и в Ленинграде—13,5.

65) Насколько распространена у нас фабрикация самогона, показывают следующие данные, приводимые в «Проф. Мед.» (1928, № 28): за один только месяц в лишь в 20 губерниях было оптрафовано за варение самогона более 48 тыс. чел., и отобрано 11,662 аппарата (да сдано добровольно 2700 шт.).

66) Первый Международный Конгресс по психогигиене назначен на апрель 1929 г. Местом его будет Вашингтон (в Америке).

67) В Париже, в июне текущего года, состоится Международный Конгресс по охране материнства и детства.

68) Наиболее низкая смертность в прошлом столетии была, из всех Европейских стран, в Норвегии; в первом десятилетии текущего столетия последняя

уступила это место сначала Дании, потом Голландии, а теперь рекорд в этом отношении стремится побить Германия.

69) В 1911 г. в Англии было зарегистрировано 276 смертных случаев от паркоза, а в 1926—уже 556. (Вр. Г., 1928, № 3).

70) В истоктом 1927 г. Упсальский Университет (в Швеции) торжественно отпраздновал 450-летие своего существования.

71) В № 1—2 «Сарат. Вест. Здравоохр.» за тек. г. напечатаны впечатления проф. Н. Е. Осипова о посещении им клиник в Йопе и Галле. Статья наводит на очень печальные размышления нас, работающих в отечественных университетах: она свидетельствует, какого «огромного размера дистанция» отделяет хотя бы Казанский Университет даже от второстепенных германских университетов в смысле оборудования.

72) По данным Лершанпа число абортон в Германия, несмотря на запретительные меры, быстро растет: в 1911 г. их было 240 тыс., в 1923—500 тыс., а в 1924—815.750 на 1,313,625 срочных родов). (Проф. М., 1928, № 2).

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

6) Встречаются-ли в литературе случаи эхинококка легкого с прободением диафрагмы в брюшную полость?

Подписчик № 1194.

Ответ: Эхинококк легкого редко прорывается в брюшную полость. Из литературных источников по интересующему Вас вопросу можно указать: 1) Труды I Съезда Хирургов Северо-Кавказского края 23-26 сент. 1925 г.; 2) Острогорский И. Вестн. Хир. и Погр. Обл., т. XI, кн. 33; 3) Струникова, Врач. Дело, № 11—13 и № 24—26 1924; 4) Сокол, Врач. Дело, № 24—26 1924 и 5) Абражанов. Врач. Дело, №№ 9—10 и 11—12 1923 г. *И. Цимхес.*

7) Просьба сообщить литературу по вопросам об эхинококке суставов и дермоидных кистах селезенки.

Подписчик № 1153.

Ответ: 1) Эхинококк в области коленного сустава встречается очень редко. Обычно эхинококк в таких случаях локализуется в подколенной ямке, в кости или окружающих тканях, причем иногда может прорваться в коленный сустав. Некоторые литературные данные по этому вопросу имеются в монографии проф. П. И. Тихова «Повреждения и заболевания коленного сустава», Рус. Хир., т. 6, 1915. См. также Орловский, «Казуистике эхинококка с редкой локализацией», Хирургия, 1903.

2) Дермоидные кисты селезенки представляют исключительную редкость. Michelson (Die Ergebnisse der modernen Milzchirurgie, Erg. d. Chirurgie und Orthoped., Bd. VI) упоминает об отдельных наблюдениях холестериновых и дермоидных кист селезенки (Litten, Virchow, Orth).

Проф. В. Л. Боголюбов.

ПОПРАВКА.

В ст. д-ра И. Л. Цимхеса «К распознаванию и патологии поддиафрагмальных нагноившихся эхинококков», помещенной в № 2 «Журнала» на стр. 210 напечатано:

строка 9 снизу «...вследствие умирания паразита...»

должно быть:

» 4 » «...является нагноение вследствие умирания...»

«...вследствие инфекции и умирания паразита...»

«...является нагноение с умиранием...»

МЕДИ

Издание

Выходит при
Медицинском
Института д

От