

# ЮЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

посвящен вопросам  
научной и практической медицины

О Р Г А Н  
одесского гос. мед. института  
и научной ассоциации врачей

№ 1—2

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

1926

Ф И З И О Л О Г И Я:

О. М. И.

ОДЕССА



# ЮЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Посвящен вопросам научной и практической медицины

Одесса, как культурный и научный центр юга Украины, издавна являлась городом к которому тяготели округа не только б. Одесской губ., но и соседних с ней— б. Подольской и Волынской. Располагая целым рядом научных и практических медицинских учреждений и институтов, Одесса всегда испытывала нужду в своем краевом научно-медицинском периодическом издании.

Предпринимавшиеся до сих пор в этом направлении попытки не удавались, так как тяжелые материальные условия не давали возможности продолжить начатые издания.

В настоящее время Одесский Государственный Медицинский Институт и Научная Ассоциация при Одесском Округе союза „Медсантруд“ приступили к изданию журнала под названием: „Южный Медицинский Журнал“.

Журнал посвящен вопросам теоретической, клинической, профилактической и общественной медицины, организационным и научным вопросам здравоохранения.

Помимо вопросов общего характера, в журнале будут освещаться также и вопросы краевого и местного значения.

По техническим причинам первая книга журнала выходит с опозданием.

Тесный контакт с широкими массами местных врачебных сил и материальное обеспечение журнала дают уверенность в нормальном функционировании его в дальнейшем.

Редакция приглашает принять участие в журнале союзных и зарубежных научных и общественных медицинских работников, чтобы коллективным сотрудничеством помочь поставить журнал на должную высоту.

## Отделы журнала:

- 1) Теоретическая и клиническая медицина.
- 2) Профилактическая и общественная медицина и вопросы организации здравоохранения.
- 3) Реферативный отдел (обзоры и рефераты).
- 4) Научная жизнь. Отчеты о заседаниях союзных и иностранных съездов и научных обществ. Корреспонденции.
- 5) Библиография и рецензии.
- 6) Хроника.
- 7) Вопросы и ответы.

## Редакционный совет:

М. Я. Гладштейн (д-р), А. М. Глузман (д-р), Л. В. Громашевский (проф.)  
Л. Ф. Дмитренко (проф.), В. Л. Елин (проф.), И. Е. Корнман (проф.), М. Л. Левонтин (д-р),  
М. М. Тизенгаузен (проф.), М. Г. Хорошин (д-р), С. А. Якунер (д-р).

Журнал будет выходить раз в 2 месяца, объемом не менее 7-ми листов.

Авторы оригинальных статей получают 20 оттисков; при желании иметь большее количество оттисков автор оплачивает их стоимость, о чем необходимо сообщить при высылке статьи.

Рукописи должны быть четко написаны от руки или на пишущей машинке на одной стороне листа.

Редакция сохраняет за собой право производить в принятых статьях необходимые сокращения и изменения.

з-просим направлять на

срочка: при подписке  
ной подписке рассрочка

нная) телефон 10/81.

е 911—800 экз.



### Проф. В. Н. Образцов

В 5 часов утра 11-го марта 1926 года скончался на 57 году жизни профессор Одесского Государственного Медицинского Института, Директор Нервной Клиники Владимир Николаевич Образцов. Покойный уже три года страдал припадками грудной жабы, истощившей его сердечную мышцу, и погиб от недостаточности последней при явлениях сердечной астмы. Владимир Николаевич работал почти до последней минуты своей жизни, и еще вечером 10 марта, за несколько часов до смерти, читал двухчасовую лекцию по своему любимому предмету и принимал участие в вечернем заседании. Смерть унесла его в разгаре рабочей жизни. Владимир Николаевич с неделю тому назад сдал в редакцию „Южного Медицинского Журнала“ последнюю написанную им статью и разрабатывал материал для новых трудов.

Перу покойного принадлежит свыше 30 печатных трудов, касающихся как общественных тем, так и вопросов невропатологии и психиатрии.

Покойный пользовался любовью студенчества и, как преподаватель, был популярен среди учащихся. Он живо интересовался вопросами организации труда, и мечтой покойного было создать научно-исследовательскую кафедру НОТ'а. Преждевременная смерть безжалостно прервала творческие думы. Товарищи и Медицинский Институт понесли тяжкую утрату, которая особенно чувствительна в настоящий момент, когда воссоздающаяся культура страны настоятельно зовет на широкую дорогу работы все уцелевшие кадры умудренных опытом и знанием научных труженников.

Подробнее об общественных и научных заслугах Владимира Николаевича придется говорить тогда, когда уляжется острое чувство боли, причиненной потерей ценного работника.

Л. Д.

---



# ЮЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ПОСВЯЩЕН ВОПРОСАМ НАУЧНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

№ 1—2

1926 ГОД

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ.

## Encephalitis lethargica acuta, typus inversus, parkinsonismus acutus.

Профессор В. Н. Образцов.

Директор Клиники Нервных Болезней Одесского Гос. Мед. Института.

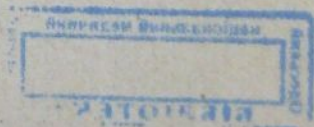
Большое разнообразие клинических форм, которыми проявляется эпидемический энцефалит, можно считать вполне установленным фактом, имеющим немалое эпидемиологическое значение. Изменяемость симптомов в зависимости от времени возникновения эпидемии, различная интенсивность клинических проявлений, одновременное существование симптомов выпадения и раздражения, акцетических и гиперкинетических, исчезновение и новое появление болезненных явлений в течение известного времени, наконец, изменение особенностей клинической картины страдания при каждой новой вспышке эпидемии, — все это является одной из характерных особенностей эпидемии энцефалита, отличающих эту эпидемию от многих других эпидемий, обладающих неизмеримо большей стойкостью клинической картины, чем это имеется в данном случае. Над причинами только что указанных особенностей следовало бы весьма глубоко задуматься, видя в том выражение как свойств *virus'a*, вызывающего страдание, так и своеобразные особенности реакции самой нервной ткани на внедрившееся в нее возбудителя. Уже то обстоятельство, что мы имеем, по мере возникновения новых вспышек эпидемии, значительно уступающих по силе, все новые и новые варианты клинических проявлений, заставляют предположить, что возбудитель болезни, сохраняющий вирулентность в течение столь долгого времени, претерпевает те или иные изменения, и в силу этого вызывает иную реакцию со стороны организма, чем делал это ранее. От каких причин происходят эти изменения, — от соприкосновения возбудителя с условиями внешней среды или тех условий, каковые создаются его пребыванием в организме заболевшего, что является источником новых вспышек и кто разносит заразу, где зараза сохраняется, в какой период больные бывают заразительными и т. д. и т. д., — все это вопросы, которые, так или иначе, затрагиваемы многими исследователями, но мы не можем сказать, что их труды окончательно разрешили бы возникающие недоумения.

Многовековая история эпидемических поражений центральной нервной системы, в частности головного мозга, не разрешая вопроса о специфической природе возбудителей, прекрасно иллюстрировала нам лишь бесчисленное разнообразие форм, которыми это поражение проявляется, вследствие чего, естественно, возникла мысль о предсуществующем *virus'e*, меняющем, так сказать, свое клиническое одеяние и дающем нам различные виды одного и того же страдания. Не говоря уже о фактах, почерпаемых из истории медицины



времен Гиппократ, Церия Аврелиана и Аретея Капподакийского, указывающих на знакомство наших отцов медицины с поражениями мозга, влекущими за собой сонные состояния, медицина среднего и нового времени, начиная с XVI столетия, встречалась многократно с подобными явлениями, возникающими эпидемически, давая им различные названия. Таковы, например, эпидемии, трактуемые как гриппозные, вызывающие летаргические состояния, описываемые Сиденгамом; такова Тюбингенская сонная болезнь 1712 года; такова эпидемия „немецкой спячки“ в 1783 году и „ноны“ 1889—90 г.г. прошлого столетия и многие другие проявления эпидемий, позволяющие симптоматически сблизить все эти заболевания в той или иной степени впредь до точного выяснения истинной природы возбудителя и решения вопроса, принадлежат ли все эти болезни гриппозной эпидемии, как думают некоторые, являются ли самостоятельными, или же они для своего развития требуют предварительного влияния какой-либо иной инфекции и подготовки организма для воздействия на него неизвестного нам возбудителя. Поэтому-то, в виду неразрешенности всех этих вопросов, нам приходится почти исключительно оперировать фактами клинического характера и изучать особенности болезни не только в пределах определенного эпидемического периода, но отмечать особенности страдания в каждую новую вспышку в пределах одного и того же периода. Мы полагаем, что фиксирование клинической картины заболевания в различные моменты, существования эпидемии следует считать приемом чрезвычайно ценным, ибо восстановление клинической картины страдания даже теперь на основании исторических документов недалекого прошлого и то сопряжено с некоторыми трудностями и может повлечь за собой недостаточную точность и ясность. Так, например, относя начало возникновения эпидемии на юге Украины, в частности в Одессе, к концу 1919 года, мы должны сознаться, что эта дата обладает лишь относительной точностью, так как обилие существовавших тогда в Одессе эпидемий не позволяло разобраться в этом вопросе. Нужно думать, что в действительности эпидемия следует отнести к более раннему времени возникновения, так как проскальзывающие случаи относились вначале к осложнениям сыпного тифа и терялись в массе этих заболеваний и многих других эпидемий того времени. Я позволю себе вспомнить о трагической смерти проф. Я. М. Раймиста, с именем которого тесно связано изучение острого энцефалита. Уверенный, что два изучаемые им клинически случая представляют острую форму энцефалита, а не тифозное осложнение, он не принял должных мер предосторожности и сам, заразившись сыпным тифом, погиб от этого последнего. Можно ли было в начале эпидемии ожидать клинически точных описаний этих впервые возникших случаев? Зная местные условия жизни в то время, проведя всю эпидемию в Одессе, я думаю, что требование это почти не выполнимо, а потому чрезвычайно ценный материал и в огромнейшем количестве пропал бесследно, не сохранившись даже в архивах больниц.

За все 5—6 лет существования эпидемии в Одессе мы наблюдали несколько легких вспышек, и при этом замечали, что каждая вспышка вносила какую-либо новую черту и особенность в клиническую картину страдания. Таким образом, на фоне разнообразных клинических группировок, на фоне многочисленных вариантов клинических особенностей следует отмечать особенности, свойственные данной эпидемической вспышке, данному моменту в жизни эпидемии.





Все вышесказанное убеждает нас, что с эпидемическим энцефалитом дело обстоит еще далеко не так благополучно, как может казаться на первых порах. Медленно, но верно, шаг за шагом этот бич человечества вырывает из населения ежегодно известное число жертв, делая их инвалидами, физическими и интеллектуальными, и надолго иногда затягивает роковой исход страдания. Мы полагаем, что учение об энцефалите не является уже законченной главой невропатологии, а богатая иллюстрация форм далеко еще не исчерпана. Вместе с тем, энцефалит попрежнему служит основанием для возникновения многих и крайне интересных проблем, попрежнему является непечатым углом все новых и новых физиологических вопросов, весьма заманчивых по их перспективам.

Пользуясь недавно пронесшейся в Одессе легкой вспышкой острого эпидемического энцефалита, я позволю себе указать на особенности клинической картины и течения случаев, вызванных этим последним обострением.

В самом конце декабря 1925 года можно было заметить, что в амбулаториях Одессы попадают случаи энцефалита, очень недавнего происхождения. Не имея в своем распоряжении контрольного аппарата, мне приходилось пользоваться сведениями, получаемыми непосредственно от врачей. В этом отношении лично я находился в удобных условиях, так как мои довольно многочисленные клинические сотрудники одновременно состояли врачами Рабмеда, а потому, естественно, делились своими наблюдениями со мною. В начале января создалось вполне определенное впечатление о наличии у нас в городе легкой эпидемической вспышки. Числа 14 января я имел сведения о 5 случаях, из которых лично обследовал трех: два случая были проведены через клинику и один наблюдался мною на дому. Все случаи были недавнего происхождения, и начало заболевания проявили даже в один и тот же день. 21 января я сделал коротенькое сообщение в Обществе Невропатологов и продемонстрировал 2 свежих случая, указав на их особенности, а 23 января из газет узнал, что в Москве наблюдается вспышка сонного энцефалита.

Случай I-ый. Больной 36 л., женат, статистик Сельбанка, житель г. Одессы поступил в Клинику Нервных Болезней 19 января 1926 г. с жалобами на непреодолимую сонливость, общую скованность движений и медленную, тихую речь, развившимися всего 6 дней тому назад среди полного, по словам больного, здоровья.

История возникновения данного заболевания заключается в следующем. 6 дней тому назад (13 января 1926 г.) больной отправился в гости, и вечером, сидя за ужином, начал испытывать такое сонливое состояние, что принужден был выйти из-за стола и задремать в соседней комнате на диване. Указанному событию он не придавал значения и объяснил его тем, что последние 5 дней ему приходилось много работать на службе, и он чувствовал себя утомленным. На другой день он отправился на службу, но работать почти не мог; его клонило ко сну, и он принужден был часто прекращать работу, сидя неподвижно, в оцепенении. Тем не менее, возвратившись домой и продолжая борьбу с сонливым состоянием, он вечером вновь отправился в гости, но уже не был в состоянии поддерживать общую беседу, „веки закрывались сами собой“, движения были вялы, речь монотонна, а рот быстро заполнялся слюной. Ночью спал тревожно, часто вставал с постели, испытывая беспокойство. На 3-ий день указанное состояние сделалось еще более выраженным; в болезни ни больной, ни окружающие не сомневались, вследствие чего были предприняты шаги к помещению в клинику.

В анамнестических сведениях ничего особенного не обнаруживается. Больной всегда отличался порядочным здоровьем, венерическими болезнями не болел, вином и табаком не злоупотреблял. Последние годы ему приходилось много волноваться и в личной и в общественной жизни, много работать, вследствие чего нервная система уже давно требовала отдыха, воспользоваться которым он не мог. Переносил ли больной гриппозные заболевания, он точно сказать не может, но не отрицает, что в последние годы у него часто наблюдались какие-то лихорадочные заболевания.

При поступлении в Клинику Нервных Болезней представлял все признаки амиостатического симптомокомплекса: малоподвижное, лишенное мимики выражение лица с полу-



опущенными веками, полуоткрытый рот, застывшая поза тела, неизменное положение тела при движениях, медленный шаг, характерное полусогнутое положение рук, тихая медленная речь с паузами и пр.

Время проводит больной, сидя в кресле в полудремотном состоянии, с полуопущенными веками. На предложение лечь в постель решительно отказывается, так как, лежа в постели, испытывает двигательное беспокойство, заставляющее его постоянно изменять положение тела.

При осмотре больного ясно выступает асимметрия лица: правая носогубная складка сглажена, оба верхние века опущены, но правое значительно больше. Активные движения нормальны по объему и силе, однако могут быть проявляемы лишь после настойчивых предложений их выполнять; движения, по команде, совершаются быстро и правильно. Мышечный тонус слегка повышен как в нижних, так и в верхних конечностях, проявляя при исследовании некоторую степень ступенеобразности. Сухожильные рефлексы равномерно повышены с обеих сторон. Конъюнктивальный и глоточный отсутствуют, корнеальный сохранен. Кожные рефлексы: слева резко выражен защитный рефлекс; брюшных получить не удастся; с правой нижней конечности получают патологические рефлексы — Бабинский, Оппенгейм, Гордон.

При исследовании глазодвигательного аппарата следует отметить, что зрачки одинаковой ширины, нормально реагируют на свет как при прямой, так и содружественной реакции. Акт конвергенции нарушен (парез конвергенции): правый глаз значительно отстает от левого. На близком расстоянии — диплопия. Кожа лица слегка гиперемирована и покрыта сальным налетом; на коже головы — себоррея.

Как поверхностная, так и глубокая чувствительность всюду сохранена.

В руках замечается легкий мелкий тремор, при этом в левой руке этот тремор выражен сильнее.

Со стороны внутренних органов ничего ненормального не обнаруживается. Пульс несколько учащен, 100 в 1'; температура во время поступления в клинику — 36,6°. Аппетит плохой, кишечник с наклоном к запорам.

Таковы объективные симптомы в момент поступления.

Что касается субъективных жалоб, то они сводятся к следующему: каких-либо болезненных явлений у больного не имеется, но он настойчиво отмечает крайне неприятное ощущение внутреннего беспокойства, воспринимаемого им, как чувство неудобного положения тела, в силу чего у него наблюдается потребность постоянно изменять это положение. Поэтому он даже не ложится днем в постель, а находится в кресле. В особенности он страдает, когда ему приходится находиться за обеденным столом и кушать — он принужден часто бросать еду и ходить по комнате.

Несмотря на объективные признаки сонливости и явления физической скованности, больной отмечает стремление к движению. Что же касается сна, то кажущаяся сонливость не подтверждается его душевным состоянием, ибо в последнем нет ощущений приближающегося сна, дремоты, а стремление избавиться от этого тягостного состояния и действительно предаться сну, которого больной жаждет.

Как объективные, так и субъективные данные убеждают нас, что мы имели дело с остро развившимся энцефалитом, давность которого могла быть определена не свыше одной недели. Течение болезни дало нам весьма интересные данные.

23 января, т. е. через 10—11 дней от начала болезни, наступило уже улучшение. Ptosis уменьшился, меньше клонит ко сну, может больше и громче говорить. Все движения несколько живее. Отмечает, что по временам он испытывает непреодолимое стремление „прыгать вверх“, при чем, вполне сознавая абсурдность такового поведения, он все-таки не может противодействовать этому влечению и, действительно, прыгает.

В постели больной лежит с большим трудом, часто меняя положение тела — встает, садится в постели, ходит по палате. Начинает интересоваться, как долго он может проболеть этой болезнью; по временам шутит. Спал довольно удовлетворительно, приняв веронал. 24. I. Обнаруживается еще большее оживление. Хотя опущение век и существует, но значительно меньше. Охотно беседует с окружающими, постоянно сам начиная беседы. Много движется, ходит постоянно по клинике, спускается в нижний этаж без необходимости. Сам заявляет, что испытывает постоянную потребность двигаться; по временам стремиться „прыгать“, прыгает и даже едва не упал во время прыжка. Сознает вполне неестественность своего поведения, считая это поведение явно болезненным. 25. I. Двигательное и речевое беспокойство увеличивается. Содержание рассказов обыкновенное, житейское. Мимика во время беседы оживляется почти до пределов нормального. Ptosis еще существует. Не может усидеть во время обеда, поэтому обедает „стоя“, подходя к столу и, что-либо взяв, ходит. Всем интересуется, вмешивается в жизнь клиники. Состояние своего здоровья считает неудовлетворительным, так как испытываемая им подвижность, говорливость, по его мнению, должна быть отнесена к болезни, так как до болезни он таким не был. Отмечает, что двигательное беспокойство совершенно не соот-



ветствует его душевному состоянию, ибо он прекрасно понимает, что болезнь им переносимая весьма серьезна и ему, конечно, не до веселья и оживления. 28.I. Оживленное состояние продолжается, хотя и стало несколько меньше. Больной более продолжительное время может удерживать спокойное положение тела. При исследовании рефлексов отмечено, что слева имеется нормальный подошвенный, справа защитный плантарный рефлекс. Патологические рефлексы не получают; исчез Бабинский и Гордон. Оппенгейм получается. 30.I. Потребность к движению у больного имеется, но значительно меньше. Больной отмечает, что, повидимому, начинает приходить к своему прежнему здоровому состоянию. Сон очень тревожный, сновидений нет в противоположность тому, что бывало с ним до болезни. С 1 по 5 февраля — прогрессивное улучшение. 6.II. Произведено подробное исследование больного, так как больной намерен покинуть клинику. Из явлений физических можно было лишь отметить, что правая глазная щель несколько уже, чем левая, в левой вытянутой руке имеется незначительное дрожание, большее, чем в правой руке. Мышечный тонус нормален, сухожильные рефлексы повышены, патологические рефлексы исчезли. Сон крайне тревожный, прерывающийся, с длительным периодом засыпания. Настроение удовлетворительное; к своему состоянию относится критически. Двигательное беспокойство выражено весьма умеренно.

6 февраля 1926 г. больной выписан в состоянии значительного улучшения.

Что касается двух остальных случаев, наблюдаемых мною одновременно с только что описанным, то вкратце их истории болезней таковы.

Случай п-ой. Больная девица, 17 лет, ученица профшколы, без наследственного отягощения, но нервная, впечатлительная, много пережившая за последние годы. Непосредственно перед заболеванием очень много работала и волновалась, готовясь к зачетам и экзаменам. 13 января отправилась в школу для сдачи зачета, но оттуда была привезена в тяжелом состоянии с явлениями резко выраженной сонливости, лицо было маскообразным, с полуопущенными веками, речь еле внятная. У больной наблюдалось обильное слюнотечение и парез конвергенции. 19.I. Тяжелое коматозное состояние, взор опущен, слюнотечение, почти ничего не говорит. Нижние конечности в состоянии резкого напряжения и настолько сильного, что нет возможности преодолеть его. Сухожильные рефлексы в виду сильного напряжения мускулатуры ног не удается обнаружить. Патологических рефлексов не обнаруживается. В верхних конечностях наблюдается вялый тонус и одновременно с ним дрожание в обеих руках. Со дня на день состояние здоровья ухудшается. Речь совершенно прекращается, больная плохо глотает. На 10—11-ый день температура начинает повышаться, и в течение 3 дней достигает 40°. На 15-й день от начала заболевания больная скончалась.

Случай п-ий. Больной болгарин, 35 лет, холост, без определенных занятий обратился в амбулаторию Клиники Нервных Болезней на 6-ой день своего заболевания с жалобами на состояние непреодолимой сонливости, наступившей у него с 13 января. Одновременно он испытывал головную боль, слюнотечение, двоение в глазах и тяжесть в веках. Несмотря на сонливость, заснуть, однако, нормальным сном больной не может, постоянно испытывая чувство внутреннего беспокойства, мешающего ему погрузиться в сон. При осмотре больного мы наблюдаем: небольшой двусторонний ptosis, маскообразное выражение лица, медленную походку, парез конвергенции.

21 января больной был мною продемонстрирован в Обществе Невропатологов. При этом можно было уже отметить, что состояние его здоровья улучшается: сонливость стала меньше, ему легче с нею бороться, так как она наступает периодически, несколько раз в день. В промежутках между приступами сонливости больной испытывает потребность к движению и, действительно, он постоянно ходит, так как не может заставить себя находиться в покое. Сон ночью, несмотря на дневную сонливость, крайне тревожный, не успокаивающий больного и не дающий ему отдыха, без сновидений, в замен которых имеются какое-то „перебирание“ в уме прошлого, при том не существенного, не имеющего какого-либо значения для больного, а самого обыкновенного, житейского содержания.

Через пять дней больной вновь пришел ко мне на прием, заявляя, что считает себя почти здоровым, за исключением лишь того, что сон заставляет желать лучшего, а именно—он по прежнему очень тревожный, с мучительным длинным периодом засыпания, частыми перерывами и совершенно не дает отдыха. Физических явлений вышеуказанного амиостатического симптомокомплекса не наблюдается, мимика и движения вполне правильны и достаточны по своей живости и количеству. Паретического состояния конвергенции нет. Настроение больного несколько тревожное, что, однако, он объясняет ожидаемым им отъездом из Одессы на место новой службы. Находясь в несколько возбужденном состоянии, наш больной много ходит и, вообще, замечает он, после болезни у него осталось желание много ходить, что он действительно и делает.

К сказанному добавим, что наш больной всегда отличался прекрасным здоровьем; в прошлом болел сыпным тифом и несколько раз переносил инфлуэнцу. До настоящего заболевания ему приходилось не мало волноваться и испытывать много лишений, безра-



ботицу и т. п. Заболевание вначале не сопровождалось повышенной температурой, но спустя неделю температура повысилась до 37,8° вечером, что, впрочем, было всего дня два. В постель больной не ложился, так как он считал себя настолько крепким, что в состоянии был оставаться на ногах и даже много ходить.

Таковы сведения, касающиеся развития страдания у наших больных, его течения и наиболее выдающихся симптомов.

Я позволю себе кратко изложить особенности последней, правда, весьма незначительной вспышки эпидемического энцефалита на основании исключительно тех данных, свидетелями которых нам пришлось быть в начале января 1926 года.

1. Случай, наблюдаемые в Одессе в вышеуказанный период, следует отнести к острому эпидемическому энцефалиту летаргической формы (*encephalitis lethargica acuta*), по степени выраженности клинических явлений весьма различным, начиная от так называемой амбулаторной формы и кончая апоплектическим энцефалитом (случай II-ой).

2. Особенности этих случаев в отношении развития болезни заключаются в крайне остром развитии болезни, почти не дающем продромального периода или выраженного очень слабо, в быстром достижении страдания до кульминационного пункта и в быстром улучшении или же в печальном исходе; иначе говоря, мы имели кратковременный острый летаргический энцефалит.

3. По поводу продромального периода, мы должны заметить, что он выражен действительно очень слабо, но тщательное исследование анамнеза указывает нам, что больные до заболевания находились в условиях весьма тяжелой житейской обстановки, много работали и много волновались. За 3—4 дня до заболевания они чувствовали усталость, понижение работоспособности, плохое настроение духа и общую нервность. По их мнению, для всего этого было достаточное основание, так как жизнь их складывалась неудовлетворительно, но чему они не придавали особенного значения и полагали, что это никакого отношения к болезни не имеет. Единственное обстоятельство, смущающее их, было то, что сонливость не соответствовала степени их усталости. Обращало на себя внимание еще и то, что, несмотря на моменты, когда им удавалось отдохнуть, они не получали отдохновения, а по-прежнему чувствовали себя разбитыми и уставшими. Поэтому, следует думать, что приступу острого заболевания предшествовал короткий неврастенический продромальный период продолжительностью, приблизительно, в 4—5 дней.

4. Весьма существенной особенностью отличалось течение описанных нами случаев. Как мы указали, уже спустя 1—2 дня от начала болезни наступило стойкое сомнолентное состояние, державшееся приблизительно около недели, после чего мало-по-малу, но довольно быстро, исчезали явления скованности, и на смену им являлось речевое и двигательное возбуждение, длившееся, в свою очередь, около 10 дней. Сравнивая только что отмеченный характер развития болезни с развитием острых форм в 1919—1920 году, мы должны указать на совершенно обратный тип развития этих явлений, а именно, в начале болезни мы обыкновенно встречались с явлениями возбуждения, проявляемого различным образом, а затем оно сменялось состоянием депрессии и сомнолентностью, переходящей в глубокую спячку. Поэтому мы считали бы возможным отнести описанное развитие к обратному типу острого эпидемического летаргического энцефалита (*typus inversus encephalitis lethargicae*).



5. Весьма интересным явлением, мало встречающимся в казуистике эпидемического энцефалита, можно считать острое развитие амиостатического симптомокомплекса, выступавшего в первые же дни болезни. Обыкновенно мы склонны считать амиостатический симптомокомплекс или паркинсонизм последствием острой стадии болезни или постэнцефалитическим явлением. Наши случаи вполне убеждают в возможности развития амиостатического комплекса остро, при чем комплекс этот может столь же быстро и благополучно разрешаться. Можно поэтому назвать подобный паркинсонизм „острым паркинсонизмом“, встречающимся, повидимому, только при энцефалитах и дающим благоприятное предсказание, если дело не ухудшается в ближайшие же дни.

6. К особенностям указанных нами острых случаев следует отнести безлихорадочное начало, поднятие температуры на 9—11-ый день, запоры, временно наблюдавшиеся патологические рефлексy, постепенно исчезнувшие параллельно с улучшением общего состояния больных, и отсутствие жалоб на болевые явления, за исключением незначительной головной боли.

7. Что касается самого летаргического состояния, то оно, собственно, выражалось лишь „сомнолентностью“, представляющей очень много интересного и важного для анализа патологии сна. Так, больной решительно заявляет, что испытываемое им сонное состояние существенно отличается от состояния дремоты, которую мы испытываем при приближении нормального сна. Наоборот, переживаемое им он называет „исканием сна“, овладеть которым ему мешает чувство внутреннего беспокойства и борьба с состоянием оцепенения и физическими симптомами сна, из которых самым существенным следует считать произвольное опускание век. Все это вместе взятое является как бы карикатурой нормального сонного состояния или, как назвал его сам больной, „сном без сна“. О своеобразных явлениях в области этой клинической группировки симптомов я буду иметь возможность говорить в отдельной работе.

8. Наконец, следует отметить наблюдавшиеся у наших больных симптомы „устремления к бегу“ или, вернее, симптомы „вынужденного хождения“ и симптомы „искания поз“. Все эти весьма интересные патологические явления, наблюдаемые мною и ранее у энцефалитиков также послужат темой отдельного сообщения, находя аналогию с тем именно состоянием, которое названо мною „двигательной тоской“ или „*anxietas locomotoria*“.

Таковы, кратко, основные особенности острого проявления энцефалита, если можно так выразиться, самой последней формации.

#### Литература.

- Проф. Я. М. Раймист. Острое эпидемич. воспаление мозга. Одесса, 1920 г.  
 Проф. Я. М. Раймист. О хронич. периоде эпидемич. энцефалита. „Современная Медицина“, 1921 г. Преображенский. Острый энцефалит. Журнал невропатологии и психиатрии, 1926 год. Г. Д. Аронович. Singultus epidemic. „Врачебная Газета“, 1923 г. Acute Epidemic Encephalitis (Lethargic encephalitis). An investigation by the Association for Research in Nervous and Mental Diseases. 1921 г. New-York. E. Wendegowiz. Encephalitis lethargica. Arch. f. Psych- und Nerwenkrankheiten, 1924 г.; Статьи, посвящаемые остр. эпидемич. энцеф. в период. медиц. журналах с 1920—1925 г.; А. Е. Кульков (Москва). К изучению эпидемического энцефалита и его особенности в России. Сборник в честь Г. И. Россолимо. Н. П. Пастовский. Нервные и душевные болезни при инфлуэнце. Москва. И. Ю. Тарасевич. Клиника эпидемического энцефалита, по наблюдениям в Москве. Моск. Мед. Журн. 1922 г.; И. Ю. Тарасевич. Дальнейшие наблюдения по клинике и эпидемиологии Encephalitis epidemica. 1925 г.; Юбил. Сборн. в честь Г. И. Россолимо.



## Размножаются ли туберкулезные бактерии в мокроте, обработанной по способу Шиллера?\*)

Я. Н. Каган и Л. Л. Зайденберг.

Из Иммуно-биологич. отделения Одесского Гос. Туб. Инст. (Зав. отд. д-р Я. Н. Каган).

На бывшем в Одессе в сентябре 1925 г. краевом терапевтическом съезде заведующим лабораторией местного диспансера Укр. Кр. Креста И. С. Шиллером было доложено о практикуемом им способе культивирования туберкулезных палочек в мокроте, который давал у автора весьма благоприятные результаты. Способ этот опубликованный в Centr. f. Bact. (Orig. Bd. 96. Nr. 2), заключается в следующем: мокроту смешивают в равных частях с 75% (по объему) раствором глицерина, прибавляют 2%—5% глюкозы из расчета на общее количество смеси и оставляют в термостате при 37° С. Спустя сутки, сливают верхнюю жидкую часть глицеринизированной мокроты; остающийся на дне густой слой по возможности освобождают от глицерина многократным промыванием водой и центрифугированием. Из промытого осадка делают мазки, фиксируют и окрашивают по Ziehl'ю. По личному указанию автора, лучше повторно окрашивать мазки 2—3 раза, каждый раз подогревая фуксин до кипения, а обесцвечивание вести осторожно в слабой (3%—5%) серной кислоте. Дополнительная окраска — синькой.

Исследуя мокроты с незначительным содержанием туб. бактерий и пользуясь своим методом, автор уже через сутки находил количество их в мазках увеличенным; в дальнейшем число туберкулезных бактерий продолжало нарастать, достигая максимума спустя 1—2 месяца пребывания мокроты в термостате. В последствии автору неоднократно удавалось обнаруживать туб. бактерии в мокроте больных I и II стадии там, где непосредственное исследование мокроты и применение обычных способов накопления (гомогенизацией) давало отрицательные результаты. Кроме туб. бактерий автор при этом часто находил и кислотоупорные сапрофиты, при том не только в мокротах туберкулезных больных (в 28%—I стадии, в 11%—II стадии), но и от здоровых (?) людей (в 22%).

Соблазнительная идея — дать такую среду, в которой могли бы развиваться только кислотоупорные бактерии, кажущаяся простота метода, а, главное, обнадеживающие результаты, полученные автором, побудили нас испытать этот способ, тем более, что в лаборатории Тубинститута мы постоянно располагаем достаточным выбором подходящего материала.

Работу мы вели в трех направлениях: 1) мокроты как положительные со скудным количеством туб. палочек, так и отрицательные от больных I и II стадии, обрабатывались нами по Шиллеру при точном соблюдении всех деталей техники, указанных автором; 2) мы проводили параллельное исследование по Шиллеру и по одному из методов накопления.

Из многочисленных и большей частью известных способов накопления мы выбрали для сопоставления сравнительно новый, опубликованный в 1922 г. способ Везапсона и его сотрудников\*\*). По этому способу мокроту наливают в пробирку и оставляют в термостате при 37° С. на несколько дней, где она частично разжижается, образуя два слоя: верхний — жидкий и нижний — более густой. Из последнего делают мазки и обрабатывают обычным способом. Способ этот по характеру физического воздействия и изменения мокроты напоминает шиллеровский. И здесь и там материал выдерживается

\*) Должено в бакт. секции Научной Ассоциации Одещины в декабре 1925 г.

\*\*\*) Centr. f. Bact. Ret. Bd. 76.



в термостате; и здесь и там происходит расслоение мокроты и исследуется остаток. Принципиальное различие в том, что в то время как прибавляемый по Шиллеру глицерин задерживает развитие большинства присутствующих в мокроте бактерий, по Везапсону бактериальная флора мокроты свободно развивается, способствуя ее разложению и разжижению. В последнем кроется существенный недостаток Везапсовского способа, так как гниющие мокроты издают противный запах, чего абсолютно нет при обработке по Шиллеру. Но это единственная отрицательная сторона в технике названного метода, если не считаться с тем, что как при работе по Шиллеру, так и по Везапсону, приходится манипулировать с материалом, содержащим живое заразное начало, что также представляет безусловный минус, в особенности при массовой обработке мокрот и беспрестанном переливании их из пробирки в пробирку.

Третья серия наших опытов заключалась в том, что мы глицеринизированную по Шиллеру мокроту делили на две приблизительно равные части, и одну из них кипятили в водяной бане в течение 20—30 минут. Затем, обе порции мы помещали в термостат при 37° С., и время от времени исследовали, каждый раз центрифугируя, промывая и вылавливая слизистые комочки.

Результаты наших исследований \*) таковы:

Обычный способ	По Шиллеру	Число исследований
—	—	46
—	+	3
+	—	4
+	+	47 **)
Всего . . .		100

1) По Шиллеру нами исследовано 100 мокрот (см. таблицу), из коих 51 положительный и 49 отрицательных (разумея под этим результаты обычного исследования мокроты). В положительных мокротах шиллеровский способ в большинстве случаев давал явственное накопление туб. бацилл, но и то не всегда, — как это видно по таблице (см. выноску).

В ряде мокрот мы этого не могли констатировать, а в единичных случаях обработка по Шиллеру дала худшие результаты, чем обычное, непосредственное исследование мокроты, что может быть зависело от какого-нибудь случайного обстоятельства (ничтожное количество мокроты, неудачный комочек слизи и т. п.). Среди отрицательных мокрот только в 3 случаях (6%) удалось по Шиллеру найти туб. палочки; при этом ни в одном из исследованных случаев мазок не носил отпечатка культуры, как это бывало у автора. Изредка, правда, мы получали картину группового расположения туб. палочек, но сверка с препаратом, приготовленным из необработанной мокроты, почти во всех случаях показывала такое же гнездное скопление туб. бацилл, хотя и более мелкими кучками. Далее, мы не могли констатировать резко выраженного количественного нарастания туб. бацилл, хотя выдерживали мокроты в термостате при 37° С. очень долго — до 20 и даже до 38 дней. Не наблюдали мы и размножения кислотоупорных сапрофитов. В тех случаях, когда в мазках встречались кислотоупорные палочки, морфологически несхожие с туберкулезными, мы дифференцировали их от последних, обрабатывая мазок спиртом; при этом мы не придавали особого значения расположению кислотоупорных палочек вдали, туберкулезных — вблизи лейкоцитов, не видя в этом ничего особенно характерного, в противовес мнению автора.

\*) в 23 случаях по Шиллеру больше туб. бацилл, нежели при обычн. способе;  
в 16 " количество туб. бацилл приблизительно одинаково;  
в 8 " их по Шиллеру меньше.

\*\*) Количество туб. бацилл не приводится, так как речь идет о сравнительных данных, не касаясь абсолютного числа бацилл в препаратах.



Общее впечатление у нас таково, что в глицеринизированной по Шиллеру мокроте туб. бациллы, равно и клеточные элементы довольно хорошо сохраняются. Благодаря многократному центрифугированию, удельно более тяжелые частицы мокроты оседают, увлекая бактериальную флору, в том числе и туб. палочки, которые, концентрируясь, ведут к заметному накоплению их. Этому способствует и продолжительное выдерживание в термостате, где слизистые частицы вместе с клеточными элементами мокроты постепенно оседают. Само собой разумеется, что по мере оседания плотных частиц растут и шансы обнаружения в осадке туб. бацилл, но это свидетельствует не столько о размножении их в мокроте, как полагает автор, сколько о том, что и на туб. бациллы распространяется закон тяжести, как и на другие форменные элементы мокроты, вместе с которыми они скопляются в образующейся осадке.

Наше мнение мы старались подтвердить, с одной стороны, сопоставлением со способом Bezançon'a, а еще более — с результатами исследования той порции мокроты, в которой туб. палочки были убиты нагреванием. При обработке по Bezançon'у еще в большей степени, чем по Шиллеру, происходит разжижение и расслоение мокроты. И здесь, благодаря продолжительному пребыванию в термостате, плотные частицы успевают осесть, и до такой степени концентрируют туб. палочки в осадке, что нередко обнаруживаются в нем даже без центрифугирования. Как метод накопления, этот способ еще до начала работы по Шиллеру давал нам довольно благоприятные результаты: в положительных мокротах число туб. бацилл в большинстве случаев несомненно увеличивалось в осадке; иногда мы обнаруживали туб. палочки по Bezançon'у там, где при первоначальном обычном исследовании мокроты мы их не находим. В дальнейшем мы начали сопоставлять bezançon'овский способ не только с обычным исследованием мокроты, но и со способом Шиллера.

Число исследований	Результат исследований		Число исследований	Результат исследований	
	Обычный способ	Bezançon		Bezançon	Шиллер
116	—	—	33	—	—
8	+	+	1	—	+
3	+	—	1	+	—
51 *)	+	+	15 **)	+	+

Сводка полученных нами результатов, представленная в таблицах, показывает, что обработка мокрот по способу Bezançon'a и его сотрудников Mathien и Philibert ведет, как правило, к накоплению туб. бацилл, и что в этом отношении способ Bezançon'a заметно превосходит способ Шиллера. Из таблиц можно усмотреть, что был случай, когда туб. палочки были обнаружены только по Bezançon'у, в другой раз — только по Шиллеру; случалось иногда, что в мокротах с единичными палочками в основном препарате исследование и по Bezançon'у и по Шиллеру с целью накопления ни к чему не вело.

При многочисленных анализах мокрот такие случаи всегда возможны: это знает каждый лаборант, систематически применяющий какой-нибудь метод накопления, пользуясь для контроля метода

\*) По Bezançon'у, количество туб. бацилл в препарате больше, чем в препарате, по обычному способу.

\*\*) В случаях с положительными результатами только в 1 сл. „Шиллер“ дал заметно большее накопление, чем „Bezançon“; в 7 случаях количество было приблизительно одинаково, а в 7 по Bezançon'у накопление было заметно больше.



положительными мокротами со скудным содержанием туб. бацилл. Но вряд ли такое явление имело бы место, если бы туб. бациллы размножались в мокроте, а не только концентрировались.

Далее, размножение туб. бацилл, конечно, должно было вести к численному их преобладанию по сравнению с таким способом, где эти бациллы только концентрируются, не размножаясь. Между тем на деле мы наблюдали обратное, и накопление по *Bezanson*'у давало нам часто лучшие результаты, чем „размножение“ по Шиллеру.

Что туб. бациллы по способу Шиллера не размножаются, по крайней мере в очевидной степени, мы еще более убедились в третьей серии наших опытов, сравнивая положительную мокроту, обработанную по Шиллеру, с порцией той же мокроты, в которой бациллы убиты нагреванием. При этих опытах, проведенных нами с 23 мокротами, мы также не могли констатировать численного преобладания туб. бацилл в порции, содержащей живые бациллы. Попутно отметим, что продолжительное выдерживание мокрот в термостате при 37° С. (до трех недель и более) давало нам приблизительно такие же результаты, что и исследование на 2-ой и 3-ий день.

Этот вывод мы делаем на основании результатов исследования мокрот, произведенных в следующие сроки: 18 мокрот были исследованы через 20 дней; 2 мокроты — 19 дней; 1 мокрота — 17 дней; 1 мокрота — 16; 1 мокрота — 13.

Остается добавить, что не имея преимуществ перед способом *Bezanson*'а, способ Шиллера далеко уступает ему и в техническом отношении. Несмотря на кажущуюся с первого взгляда простоту, шиллеровский способ на деле оказывается крайне неудобным и хлопотливым, отнимая много времени, что при массовых анализах еще более чувствительно. Отмывание осадка, хотя и многократное, не освобождает его совершенно от глицерина, и поэтому осадок скользит, плохо пристает к предметному стеклу и с трудом фиксируется.

О том, что при окрашивании и обесцвечивании требуется особая осторожность, говорит сам автор.

В заключение мы должны сознаться в упущении, сделанном нами, которое стараемся теперь восполнить: следовало попутно проверить способность туб. палочки развиваться на питательных средах, содержащих такой высокий (37,5%) процент глицерина, какой входит в состав шиллеровской мокротной среды.

Но этот вопрос представляет самостоятельный интерес; разрешение его в ту или иную сторону не может изменить наших выводов относительно практического значения шиллеровского способа, и поэтому мы решили поделиться полученными данными, не выжидая результата посевов чистой туб. культуры или туберкулезных мокрот на питательные среды с высоким содержанием глицерина.

Выводы наши таковы:

1) Обработка мокрот по Шиллеру не ведет к размножению туберкулезных бацилл, по крайней мере в очевидной степени, а лишь к их накоплению в смысле простой концентрации.

2) Как метод накопления, способ Шиллера уступает способу *Bezanson*'а как по результатам, так и в техническом отношении.

3) Техника получения бактериологических препаратов по Шиллеру неудобна и, отнимая много времени, практически неприемлема, в особенности при массовых анализах мокрот.

4) Способность туб. бацилл развиваться на питательных средах, содержащих 37,5 объемных процента глицерина, требует экспериментальной проверки.



## Об адонилене.

Профессор д-р мед. Л. Ф. Дмитрико.

Директор Диагностической Клиники Одесского Гос. Мед. Института.

Проф. Васильев на с'езде естествоиспытателей и врачей в СПб. в 1901 г. предлагал выключить наперстянку из терапии, находя, что от этого интересы больных не только не пострадают, но даже выиграют (цит. по Г. А. Колосову). Подобную фразу мог произнести только русский врач, хорошо знакомый с применением горицвета (*Adonis vernalis*). Очень далекий от того, чтобы подписаться под таким категорическим заявлением, я могу только сказать, что почти за четверть века моей больничной, клинической и амбулаторной деятельности каждому больному, которому я назначал наперстянку, соответствовало приблизительно 20 больных, получивших горицвет. По временам на целые недели я забывал о существовании наперстянки. Совершенно обойтись без последней я, конечно, не мог, ибо клиника давно уже обнаруживала различные оттенки в действии отдельных сердечных средств, не поддающиеся более точному учету, и индивидуальное отношение некоторых больных к определенным *cardiaca*. Вдумчивый терапевт не может не считаться с этим. С другой стороны, немецкая фармация, знакомая только с наперстянкой, давала усовершенствованные галеновые формы последней, удобные для манипулирования, и завоевывала этим врачебное внимание и симпатии.

То безразличное отношение к горицвету, которое мы встречаем во всех, даже наиболее полных трактатах по болезням сердца, где горицвету обычно посвящается несколько жалких строчек на задворках, объясняется тем, во первых, что Западная Европа просто-напросто незнакома с русским растением, имея собственное, резко уступающее нашему качественно, и тем, во вторых, что наши западные товарищи не умеют обращаться с горицветом и не знают его дозировки.

Еще в 1901 г. на XIX Конгрессе Внутренней Медицины в Германии Rosenfeld обращал внимание врачей на горицвет. В 1904 г. Dr. Mutterer (Mühlhause i. E.) написал на основании двух наблюдений защитную в пользу горицвета статью: „Zur Behandlung von Herzkrankheiten mit *Adonis vernalis*, als Ersatz der sogen. chronischen Digitalistherapie (Die Therapie der Gegenwart. 1904. Ocktober. s. 476).

Автор очень хвалит горицвет за отсутствие свойственных наперстянке побочных действий, особенно кумуляции, за возможность применять горицвет там, где к наперстянке привыкли, или где требуется „хроническое“ лечение.

Если бы автор попробовал горицвет не на двух больных, а на двухстах, и не только в дозировке инфуза из 3,0 — 4,0 на 200,0, а и выше (6,0 — 8,0 — 10,0 на 200,0, то, наверное, он стал бы горячим поклонником горицвета.

Таким образом, от времени до времени, благодаря русским работам, на Западе проявлялся некоторый интерес к горицвету, результатом чего были отдельные статьи и даже препараты. С одним из последних, а именно *Adonigen*'ом, мне пришлось ближе познакомиться и даже сообщить свои наблюдения, где я и привел скудную позднейшую литературу Европы по этому вопросу о горицвете. Препаратом я остался доволен наполовину, и с тем большим удовольствием, поэтому, узнал о появлении русского препарата из русского горицвета, обязанного своим происхождением настойчивым трудам



Московского Научного Химико-Фармацевтического Института (профессор О. А. Степпун).

По одежке встречают, а по уму провожают. Прежде всего, приятно поражает внешность препарата: аккуратная и даже изящная укупорка, ничем не уступающая укупорке немецких препаратов.

Что выгодно отличает Adonilen от других препаратов горичвета, — это его стойкость и стандарт.

Приблизительно —

1 куб. сант. Adonigen'a соответствует 0,1 растения;

1 куб. сант. Adonilen'a соответствует 0,5 растения.

Таким образом Adonilen в 5 раз сильнее Adonigen'a, не говоря о том, что крепость Adonilen'a — постоянная величина и равна (1 куб. сант.) 25 — 30 лягушачьих единиц (F. E., по Gotlieb'y).

По расчету, приводимому в брошюре Государственной Медицинской Торговой Промышленности (Adonilen. Москва. 1925), —

12 кап. Adonilen'a = 1 стол. ложке идеального инфуза из 4,0 — 200,0;

15 кап. Adonilen'a = 1 стол. ложке — из 5,0 — 200,0

18 кап. Adonilen'a = 1 стол. ложке — из 6,0 — 200,0 и т. д.

Этой таблицей я и пользовался при назначении Adonilen'a больным.

Чтобы не повторяться, я скажу, что всасываемость и быстрота действия Adonilen'a не уступают таковым же качествам Adonigen'a; по силе же и верности действия Adonilen стоит безусловно выше Adonigen'a, что облегчает его дозировку и гарантирует правильность назначения. Последнее обстоятельство сослужит в будущем громадную службу в деле признания за границей прав гражданства за горичветом. Всюду, где я применял с успехом горичвет в виде инфуза, я стал постепенно заменять последний Adonilen'ом (уже почти полтора года). Особенно практичным это оказалось летом, когда инфузы очень скоро после приготовления киснут.

Благоприятное действие Adonilen'a мне пришлось наблюдать при всевозможных видах так называемых нервных сердцебиений у людей с невропатической конституцией (*hypersympaticotonia*, *hypovagotonia*), при *palpitationes* и замираниях сердца, особенно у нервных женщин, так легко „умирающих каждую ночь“ (Adonilen 15 — 20 кап.  $\times$  3, в комбинации с NaBr и кодеином). Хроническая слабость сердца, где мы имеем дело скорее с перерождением или атрофией, нежели с гипертрофией, а именно — при легочном туберкулезе, — отвечает на мягкий и настойчивый адонилен *à la longue* (15 кап.  $\times$  3). Я припоминаю случай, где под влиянием упорного назначения адонилена эмбриокардия у туберкулезно-легочного заменилась менее фатальным „маятниковым ритмом“.

Очень уместным оказывался Adonilen в случаях бронхиальной астмы с тахикардией и синюхой, где он, между прочим, действовал благотворно и на отхаркивание (в комбинации с ипекакуаной, где последняя изолировано уже мало облегчала страдания). Adonilen оказывал благотворное влияние (особенно в комбинации с Са и хинином) при тахикардиях у базедовиков, где относительно наперстянки отдельные авторы далеко не единодушны. Хроническое назначение Adonilen'a (по 10 — 15 кап.  $\times$  3) было полезно у сердечных больных в периоды улучшения компенсации, после короткого более энергичного воздействия больших доз (по 20 — 25 кап.  $\times$  4 — 5 р. в день).

Интересно назначение адонилена больным, страдающим припадками грудной жабы. Придерживаясь мнения, что у ангинозных больных, даже при видимо здоровом миокарде, последний принимает



деятельное участие в механизме приступа, а после приступа оказывается поврежденным, я охотно назначал в перерывах между приступами адонилена (по 15 кап.  $\times$  3). Такого антагонизма между состоянием сердца и приступами, какое отмечают некоторые авторы (Wenckebach, Dąbłowski) при грудной жабе, я не отмечал вообще, и в частности при назначении адонилена, и объясняю это мягким действием последнего (в противоположность действию наперстянки, при которой авторы наблюдали возобновление ангинозных приступов после восстановления нарушенной компенсации). При сердечной астме, самостоятельной или присоединившейся к грудной жабе (некоторые авторы, к сожалению, не различают этих симптомокомплексов), я видел хорошие результаты при назначении адонилена неделями и даже месяцами (по 15 кап.  $\times$  3).

Имея дело раньше почти исключительно с инфузами горицвета, я охотно и успешно комбинировал эти инфузы *in vitro* с целым рядом медикаментов, сообразно каждому данному случаю (напр., с калийным натрием и уротропином—при ревматизмах и ревматических плевритах, при асцитам; с бромистым натрием и кодеином—при неврозах; с азотисто-кислым натрием—при нефросклерозах и, вообще, гипертониях; с мочегонными—при сердечных и почечных отеках; с иодистым натрием—при кардиосклерозах и нефросклерозах и т. д.). Присоединение этих лекарств к горицвету (даже *in vitro*) не вносило никаких нарушений в действие последнего. Что касается адонилена, то, в виду малого знакомства с химизмом последнего, я избегал смесей *in vitro* и назначал упомянутые комбинации отдельно друг от друга. Мне кажется, что полезной очередной задачей Научного Химико-Фармацевтического Института было бы проверить лабораторным путем, насколько совместимы эти действующие агенты *in vitro*, не создают ли они химических и фармацевтических недоразумений, не мешают ли они проявляться полному действию адонилена и т. д., иначе говоря, возможны ли, например, подобные назначения:

Rp.

Adonileni . . . . .	x.
NaBr, NaJ etc. . . . .	y.
Aq. destillatae . . . . .	200,0.

M. D. S. По стол. ложке в указанное время.

Такие назначения являются удобными по двум основаниям: 1) больной принимает одно лекарство (меньше путаницы в приемах, меньше возни с лекарствами), 2) больные в громадном большинстве случаев больше верят в микстуру, чем в другие формы назначения (а верой больного, как лечебным фактором пренебрегать нельзя!).

Вообще, клиника в тесном единении с физиологией должна подвести твердый фундамент под учение о горицвете, утвердить раз навсегда его заслуженное положение среди *cardiaca* и уточнить тонкости и оттенки его действия и назначения. Для подобных опытов именно необходимы стойкие и точно стандартизованные препараты.

В заключение я считаю своим долгом выразить следующие пожелания. Необходимо удешевить препарат (конечно, без ущерба его качеству), чтобы сделать его доступным массе беднейших слоев населения. Между прочим, прилагаемая при коробке пипетка является почти всегда излишней (и не всегда одинаково калиброванной): больные очень неохотно возятся с нею и предпочитают более простое и, пожалуй, даже более точное отсчитывание капель из бутылочки, —



нужно выпускать в продажу адонилен в бутылочках с калиброванными носиками. Когда адонилен окончательно завоеует русский врачебный рынок, можно будет отпускать его врачебным учреждениям и аптекам в массовых упаковках, предоставляя право разлива на месте, согласно предписанию врача, и оставив мелкую оригинальную упаковку только для экспорта. Что касается разлива в аптеках малыми порциями по рецептам врачей, то пользуясь случаем, нужно пожелать, чтобы государство в законодательном порядке установило единообразную и единомерную определенную калибрацию флаконных носиков с расчетом на спиртные, водные и масляные препараты. Наконец, сторонники горицвета, а таких у нас громадное количество, заинтересованы иметь в своем распоряжении еще одну галеновую форму горицвета, а именно — стойкий сухой препарат (на манер дигипурата в таблетках), более удобный для перевозки и пересылки, более удобный для приема в путешествиях и на службе.

#### Литература.

- 1) Г. А. Колосов. К вопросу об изменениях кровяного давления у сердечных больных с расстройством компенсации под влиянием горицвета. Диссертация. СПб. 1903.
- 2) Г. А. Певзнер. Об условиях экстракции активных гликозидов из *Adonis vernalis*. Труды Научного Химико-Фармацевтического Института. Вып. 3. Москва. 1923.
- 3) О. А. Степун. О препаратах наперстянки, их стандартизации и стандартных титрах. Терапевт. Архив. 1924. Т. II. Вып. 1.
- 4) Л. Ф. Дмитренко. Клинические замечания о горицвете и адонигене, в связи с общим учением о сердечных средствах. Екатеринбург. Медиц. Журнал. 1923. № 13—14.
- 5) L. F. Dmitrenko. Ueber Adonigen bei einigen Tachycardien. Münchener Med. Wochenschrift. 1924. № 4.

### Исследование влияния грязевых, рапных и разводных ванн Куяльницкого лимана на сердечно-сосудистую систему\*).

Пом. зав. кабинета М. А. Ясиновский

Из Кабинета Функциональной Диагностики Куяльницкого курорта (Зав. проф. Е. И. Синельников).

Из Терапевтической секции Одесской Научно-Исследовательской кафедры Экспериментальной и Клинической медицины (Зав. проф. Л. Ф. Дмитренко).

При изучении сущности общей реакции организма на применение тех или иных лиманных процедур, особого внимания заслуживает влияние их на сердечно-сосудистую систему.

Патологическое состояние сердца и сосудов часто является препятствием для проведения лечения желаемой интенсивности, а появление тех или иных признаков нарушения сердечной деятельности порой заставляет прерывать уже начатый курс.

При этом в установлении противопоказаний нет строго выработанных правил. Так, в свое время наличие ясно выраженных органических поражений сердца служило безусловным препятствием для применения лиманотерапии (Мочутковский<sup>1</sup>) и, особенно, грязевого лечения (Fisch<sup>2</sup>, Lüpetan<sup>3</sup>). Однако, по большинству авторов, лиманотерапия в этих случаях не может считаться противопоказанной, особенно при хорошей компенсации (Левин<sup>4</sup>, Пуриц<sup>5</sup>, Усков<sup>6</sup>). В частности, на одесских лиманах она даже предлагалась в качестве терапевтического воздействия при пороках клапанов от суставного ревматизма, при состоянии утомления сердечной мышцы

\*) Доложено на I Всеукраинском Съезде Терапевтов. Харьков, 10—14 января 1926.



и пр. (Финкельштейн<sup>7</sup>, Фалькнер<sup>8</sup>, Верниц<sup>9</sup>, Филиппович<sup>10</sup>). Рапные ванны даже рекомендовались с целью восстановления расстроенной компенсации (Пуриц. I. с.).

Затруднения при установлении противопоказаний или при выборе терапии той или иной интенсивности для каждого данного случая зависят от того, что еще недостаточно определено выяснено, в какие условия работы ставят сердечно-сосудистый аппарат отдельные лиманные процедуры, и какую травму может ему нанести весь курс в целом.

Особенно резко расходятся мнения в отношении кровяного давления, главным образом при грязевых ваннах: одни (Корецкий<sup>11</sup>, Kisch<sup>12</sup>, Творковский<sup>13</sup> и др.) указывают на повышение кровяного давления в этих случаях, при чем иногда до громадных размеров [Корецкий — на 75 mmHg (сфигмоманометр Basch'a)]. По данным Мочутковского<sup>14</sup>, при густых грязевых ваннах 30°—33° R. кровяное давление, после кратковременного повышения (несколько минут), затем падает. Проф. Усков<sup>5</sup> (сфигмотонограф автора старой конструкции), работая на одесских лиманах, установил, как правило, что грязевые ванны 30°—35° R. вызывают, большей частью, повышение кровяного давления, а рапные 26°—32° R. — понижение его.

По новым данным Шавердовой<sup>15</sup> (Пятигорская Грязевая лечебница), через 15—20 минут после грязевых процедур с последующим обмыванием, в случаях нормотонии кровяное давление повышается и понижается приблизительно в одинаковом % случаев, при гипертонии — чаще понижается, при гипотонии — в большем % случаев повышается, т. е. „меняется в желательном для больного направлении“.

Нужно отметить, что всеми упомянутыми авторами определялось лишь систолическое давление, и только новые данные Николаева<sup>16</sup> (Серноводск) и Оницева<sup>17</sup> (Кабинет Функциональной Диагностики на Куяльнике) уже определенно говорят о понижении во время грязевых, серных и рапных ванн как систолического, так и диастолического давления. Николаевым (I. с.) произведено несколько наблюдений, которые отметили наклонность к понижению кровяного давления и к концу всего курса лечения.

Наши наблюдения велись главным образом в направлении изучения влияния на сердечно-сосудистую систему отдельных грязевых, рапных и разводных ванн. Кроме того, наблюдалось еще изменение как систолического, так и диастолического давления по ходу всего лечения.

Все служившие для наблюдений больные, являясь стационарным материалом лиманных санаторий, предварительно тщательно обследовались.

Методика исследования влияния отдельных процедур (для примера табл. I) состояла в двоекратном определении до ванны систолического и диастолического кровяного давления по звуковому методу Короткова с помощью широкой манжетки Recklinghausen'a и ртутного манометра (сфигмоманометр Riva-Rocci периодически проверялся с помощью обыкновенного ртутного манометра), а также в сосчитывании пульса и числа дыхательных движений. Исследование производилось на кушетке в лежащем положении больного, соответствующем последующему положению в ванне.

При этом, второе определение обыкновенно производилось перед самой процедурой в том же помещении. Манжетка после этого уже не снималась. В ванне рука с наложенной манжеткой не погружалась в рапу и грязь, а свободно лежала на краю.



Во время ванны указанные определения производились несколько раз: через 1—2 минуты, часто через 3 минуты, а затем еще 3 раза; в ваннах 15-минутной продолжительности через 5, 10 и 15 минут, а 20-минутной продолжительности — через 7, 13 и 20 минут от начала ванны.

Таблица I.

Наблюдение № 41. Больной К. 17-VII 1925.  
Грязевая ванна 33°—20 минут.

	Кровяное давление		Пuls	Дыхание	Стетоскоп Воска'а			Функц. пробы	
	Систолическое	Диастолическое			Верх.	Аорта	Лег		
До ванны	11h 15m	116 mmHg	64 mmHg	72 в/м	18 в/м	75	100	95	Лж-ст. 66-84 в/м ДД
	12h 40m	116-118 "	66 "	66 "	18 "				72-90-72 в/м
Н а ч а л о в а н н ы									
Ванна	11h 47m	"	"	"	"				
	11h 49m	120 "	56 "	"	"				
	11h 50m	118 "	56 "	"	"				
	11h 54m	116 "	48 "	90 "	16 "				
	12h —	114 "	52 "	96 "	20 "				
	12h 7m	116-128 "	46 "	96 "	20 "	В. 55	А. 70	Л. 80	
После ванны	12h 20m	116-119 "	56 "	76 "	18 "	В. 70	А. 95	Л. 97	Л. ст. 76-108
	1h 25m	118-122 "	68 "	68 "	20 "	В. 75	А. 95	Л. 90	Л. ст. ДД 68-96 84-108-80

Затем манжетка снималась, больного обмывали, он вытирался, отдыхал 5 минут на кушетке, и определения вновь производились через 10—13 минут после выхода из грязевых, и через 7—8 минут после рапных и разводных ванн; а затем в последний раз через 1—1½ часа после ванны (вначале этого промежутка — кратковременный отдых в постельке).

Кроме того, в различные промежутки до, во время и после ванн производились следующие функциональные пробы. 1) Измерение колебания систолического давления после задержки дыхания в положении глубокого вдоха в течение 25 секунд (проба Mosler'a), обыкновенно 4 раза: до ванны, к концу ее, через 10 минут и спустя 1—1½ часа после нее (на таблице I—цифры рядом с данными систолического давления); 2) подсчет пульса при переходе из лежащего положения в стоячее (лж.—ст.)—3 раза: до ванны, через 10 минут и через 1—1½ часа; 3) подсчет пульса после определенного упражнения (10 движений дровосека—ДД) до ванны и спустя 1—1½ часа после нее.

Кроме того, в одном и том же положении больного, 4 раза, в те же промежутки, как и проба № 1, определялась сила I тона на верхушке и II тона на аорте и легочной артерии с помощью дифференциального стетоскопа Воск'а\*).

Таких наблюдений нами произведено 92 у 68 больных, при чем 7° ванн была взята наиболее употребительная на курорте: в полных грязевых ваннах (31°—33° R)—56 наблюдений, в грязевых полуваннах (31°—32° R)—8, в рапных (28°—30° R)—20 и в разводных (рапа + вода Куяльницкого лиманного минерального источника)—8 наблюдений.

При этом в грязевых ваннах (56 наблюдений) обнаружилось, что в первые 1—2 минуты после начала ванны систолическое давление, как это видно на таблице распределения случаев в раз-

\*) На таблице I приводится каждый раз число делений, на которое надо было открыть стетоскоп, чтобы услышать соответствующий тон.



ные периоды ванны (таблица II; в 47% случаев сначала повышается), обыкновенно не более, чем на 10 mmHg, но затем уже к 5—7 минуте оно в 94% случаев оказывается значительно пониженным.

Грязевые ванны.  
Систолическое давление.

Таблица II.

MmHg									В с е р о			
	41-52	31-40	21-30	11-20	1-10	0	+	+	Случ.	—	0	+
Первоначально						56			56:	—	56	
Ванна	1—2m			2	12	1	13	2	30:*)	14(47%)	1 (3%)	15(50%)
	5—7m		2	1	18	32	2	1	56:	53(94%)	2 (4%)	1 (2%)
	10—13m	1	1	3	24	24	—	2	55:*)	53(96%)	—	2 (4%)
	15—20m	1	1	5	26	15	2	2	52:*)	48(92%)	2 (4%)	2 (4%)
Через 10m . . .			1	5	16	12	18	4	56:	22(40%)	12(20%)	22(40%)
Спустя 1—1½h			2	5	31	3	15		56:	38(68%)	3 (5%)	5 (27%)

В среднем это понижение составляет 10 mmHg. Дальнейшее понижение продолжается до конца ванны, но затем идет уже гораздо медленнее — 10—12—13 mmHg (см. табл. III—грязевые ванны, систолическое давление).

Максимально падение давления к концу ванны выразилось в одном случае в 51 mmHg, дойдя до 68% первоначального, в громадном же большинстве случаев оно располагается в пределах до 20 mmHg. Особых различий в реакции у различных групп — лиц без обнаруживающихся уклонений в сердечно-сосудистой системе, гипертоников и лиц с пороками сердца — подметить не удалось.

Таблица III.

В среднем, в абсолютных цифрах	Систолич. давл. mmHg				Диастолич. давл. mmHg				Пульсов. давл. mmHg				Пульс в 1m				
	Грязевые	Полугряз.	Ранние	Разводные	Грязевые	Полугряз.	Ранние	Разводные	Грязевые	Полугряз.	Ранние	Разводные	Грязевые	Полугряз.	Ранние	Разводные	
До ванны . . . . .	124	141	115	130	74	84	62	79	50	57	53	51	77	76	75	78	
Ванна	1—2m . . . . .	+04	+6	-2	-3	-9	-3	-6	-12	+9	+9	+4	+9	+10	—	+7	+3
	5—7m . . . . .	-10	-1	-6	-10	-17	-9	-9	-15	+7	+8	+3	+5	+12	+9	+8	+3
	10—13m . . . . .	-12	-7	-8	-12	-22	-10	-10	-19	+10	+3	+2	+7	+14	+12	+8	+4
	15—20m . . . . .	-13	-5	-9	-12	-25	-7	-12	-18	+12	+2	+3	+6	+18	+13	+9	+3
Спустя 10m . . . . .	-0,6	+2	-1	-3	-5	-2	-2	-2	+6	+4	+1	-2	+7	+4	0	-3	
Спустя 1—1½h . . . . .	-5	-4	0	+1	-3	+0,4	0	0	-2	-4	0	+1	0	-2	-1	-4	

Спустя 10 минут после ванны, давление в 20% случаев уже выравнивалось до первоначального, в 40% случаев было немного пониженным, а в 40% случаев было даже выше первоначального (табл. II). Затем, спустя 1—1½ часа, систолическое давление в большинстве случаев оказывалось ниже первоначального, чаще всего с разницей в пределах до 10 mmHg.

Что касается диастолического давления, то падение его оказалось значительно больше, чем систолического, как в абсолют-

\*) В некоторых случаях в означенное время мы не успевали произвести соответствующих определений.



ных цифрах, так, особенно, в % к первоначальному количеству (табл. IV). В среднем, к концу ванны понижение составляло 25 mmHg (падая до 66% первоначального количества). В некоторых отдельных случаях падение давления было настолько сильно, что при определении по Короткову тон на art. brachialis не ослабевал даже при самых низких показателях манометра.

Таблица IV.

В среднем, в % к первоначальному	Систолическое давление				Диастолическое давление				Пульсовое давление				Пульс				
	Грязевые	Полугряз.	Рапн.	Разводн.	Грязев.	Полугряз.	Рапные	Разводн.	Грязев.	Полугряз.	Рапные	Разводн.	Грязев.	Полугряз.	Рапные	Разводн.	
До ванны . . . . .	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Ванна {	1—2m . . . . .	100	104	98	98	88	96	90	85	118	116	108	118	113	—	109	104
	5—7m . . . . .	92	99	95	92	77	89	86	81	114	114	106	110	116	112	111	104
	10—13m . . . . .	90	95	93	91	70	88	84	76	120	105	104	114	118	116	111	105
	15—20m . . . . .	90	96	92	91	66	92	81	80	124	104	106	112	123	117	112	104
Спустя 10m . . . . .	99	101	99	98	93	98	97	97	112	107	102	96	109	105	100	96	
Спустя 1—1½h . . . . .	96	97	100	101	96	100	100	100	96	93	100	102	99	97	99	95	

Как показывает таблица V распределения случаев по изменению диастолического давления, падение его в грязевых ваннах наблюдалось нами во всех без исключения случаях, при чем чаще всего в пределах от 10 до 40 mmHg. После процедур, давление в большинстве случаев оставалось несколько ниже исходного.

Грязевые ванны.  
Диастолическое давление.

Таблица V.

mmHg	—							0	+	В с е г о			
	51-60	41-50	31-40	21-30	11-20	1-10	1-10			Случ.	—	0	+
Первонач.								56		56		56	1
Ванна {	1—2m . . . . .				3	6	19	1	1	30	28 (93%)	1	1
	5—7m . . . . .			1	14	30	11	—	—	56	56 (100%)	—	—
	10—13m . . . . .	1	2	8	14	25	5	—	—	55	55 (100%)	—	—
	15—20m . . . . .	2	5	5	16	21	3	—	—	52	52 (100%)	—	—
Спустя 10m . . . . .				1	10	30	6	9	56	41 (73%)	6 (11%)	9 (16%)	
Спустя 1-1½h					4	26	6	20	56	30 (53%)	6 (11%)	20 (36%)	

Важно отметить, что диастолическое давление в противоположность систолическому почти никогда не давало в первые 1—2 минуты после начала ванны повышения, а в 93% случаев падало.

Поэтому нам кажется, что наблюдаемое в этот промежуток в 50% случаев повышение систолического давления нельзя связывать с первоначальным сужением сосудов, а следует относить за счет наступающего рефлекторно учащения и увеличения силы сердечных сокращений при еще не успевшем достаточно расшириться периферическом русле (падение диастолического давления в первые 1—2 минуты в 63% случаев не превышает 10 mmHg).

Подобные же условия наблюдаются и при частом повышении систолического давления через 10 минут после ванны, когда усиле-



ние работы сердца вызывается предшествующим обмыванием и физическим напряжением при обтирании, в то время, как диастолическое давление уже почти вернулось к первоначальному. Увеличение силы сердечных сокращений обнаруживается значительным усилением I тона на верхушке к концу ванны (стетоскоп Вок'а), которое держится еще и к 10-ой минуте после окончания ее.

Пульсовое давление, как ясно из изложенного, в громадном большинстве случаев (92%) во время ванны увеличивается: в первые 1—2 минуты из-за частого поднятия систолического давления при уже начавшем падать диастолическом, а в последующее время—ввиду более значительного падения диастолического давления, по сравнению с систолическим. В среднем, к концу ванны *pulsdruck* увеличивался на 12 mmHg, доходя до 124% первоначального (таблица III и IV).

Учащение пульса наблюдалось нами в 92—96% всех случаев, к концу ванны достигая, в среднем, 18 ударов в минуту (123%) (табл. III и IV). Максимально учащение в одном случае достигло 42 ударов в минуту.

При сопоставлении учащения пульса со степенью падения систолического давления, мы должны согласиться с наблюдением Николаева (I. с.), что при большем учащении числа сердечных сокращений, при прочих равных условиях, систолическое давление падает меньше. Действительно, из 36 лиц, без указаний на повреждение сердечно-сосудистой системы, у 20-ти, с падением систолического давления больше, чем на 10 mmHg, учащение пульса, в среднем, было на 13 ударов в минуту, у 16-ти—с падением давления менее, чем на 10 mmHg, — на 21 удар.

Наличие прочной связи между большим учащением пульса и соответствующей меньшей степенью падения систолического давления подтверждается еще и вычислением коэффициента корреляции (по Pearson'у) между этими величинами. Коэффициент оказался очень высоким, равным  $0,75 \pm 0,05$ .

Однако утверждение Николаева, что у лиц с поврежденной сердечно-сосудистой системой и обнаруживающих различные степени недостаточности диастолическое давление никогда не падает так низко, как у нормальных, а число сердечных сокращений проявляет большую склонность к сохранению ритма, — в наших наблюдениях не отмечалось.

Число дыхательных движений во время грязевых ванн участилось в среднем на 4 в минуту, через 10 минут после ванны оно лишь иногда бывало несколько повышенным, а спустя 1—1½ часа почти всегда возвращалось к исходному.

Учащение дыхательных движений в ½-грязевых ваннах составило в среднем на 3 в минуту, в рапных и разводных на 2—2½ движения.

Выбранные нами функциональные сердечно-сосудистые пробы установили большую во время ванн лабильность и усиление реактивной способности сердца.

В то время, как при пробе с задержкой на 25 секунд глубокого вдоха до ванны давление повысилось в среднем на 4 mmHg, к концу ванны это повышение оказалось почти вдвое большим (7,5 mmHg).

Максимальный прирост под'ема оказался в одном случае на 20 mmHg.

Прирост повышения давления при этой пробе к концу грязевых полуванн и рапных ванн был в среднем почти тот же (3 mmHg); при разводных ваннах остался без изменения (1 mmHg).



Учащение пульса при переходе из лежащего положения в стоячее, выразившееся до грязевой ванны в среднем  $+18$  в минуту, через 10 минут после ванны составило в среднем  $+24$  в минуту, через  $1\frac{1}{2}$  часа вернувшись к исходной величине.

При грязевых полуваннах: до ванны  $+13$  в  $-1$ , через 10  $+18$  и через  $1-1\frac{1}{2}$ h  $+14$ . Рапные ванны в те же сроки  $+18$ , 19 и 19 в 1m, а разводные  $+15$ , 19 и 13 в 1m.

Проба с упражнением (10 движений дровосека — ДД) дала как до ванны, так и через  $1-1\frac{1}{2}$  часа спустя после нее приблизительно то же учащение пульса: в среднем, до грязевой ванны 19 в 1m., через  $1-1\frac{1}{2}$  часа спустя 20 в 1m.; до гряз. полуванны 13 в 1m., через  $1-1\frac{1}{2}$  часа спустя 11 в 1m.; до рапной 15 в 1m., через  $1-1\frac{1}{2}$  — 17 в 1m. и при разводных — 24 — 19 в 1m.

При выслушивании стетоскопом Воск'а, как мы уже отмечали, во время ванн обыкновенно получается усиление I-го тона на верхушке, которое при грязевых ваннах несколько сильнее и держится еще через 10 минут после ванны.

К концу грязевой ванны усиление I тона на верхушке составляло, в среднем, 9 делений стетоскопа, через 10m. оно равнялось 7, а через  $1-1\frac{1}{2}$  часа интенсивность тона возвращалась к первоначальной.

В рапных и полугрязевых ваннах усиление это к концу ванны, в среднем, составляло 6 делений, но уже к 10-й минуте после них интенсивность тона выравнивалась.

Максимальные цифры усиления I тона достигали при грязевых ваннах 25 делений стетоскопа.

Вторые тоны на аорте и на легочной артерии также усиливаются, но меньше: при грязевых и при рапных ваннах II-ой тон на аорте, в среднем, усилился на 4 деления к концу ванны, на легочной артерии — на 3.

Реакция сердечно-сосудистой системы при грязевых полуваннах, рапных и разводных ваннах сходна с таковой при полных грязевых (табл. III и IV).

Так, систолическое давление в рапных ваннах пало в 90% случаев, диастолическое давление — во всех без исключения. В разводных ваннах во всех без исключения случаях пало как то, так и другое давление; в грязевых полуваннах — во всех случаях, кроме одного. Pulsdruck, особенно в начале этих ванн, большей частью (приблизительно в 60—85% наблюдений) увеличивался.

Пульс в рапных и полугрязевых ваннах во всех случаях участился, за исключением одного, когда он остался без изменения. Среди 8-ми наблюдений в разводных ваннах, в 2-х случаях пульс даже слегка замедлился.

Однако, как видно из вышеприведенных таблиц, интенсивность реакции при грязевых ваннах значительно больше. Сравнительно большое падение кровяного давления при разводных ваннах, которое получилось при наших наблюдениях, мы склонны объяснять тем, что в числе 8-ми имеющихся всего исследований, оказалось несколько больных со сравнительно малым учащением пульса.

Что касается значения той или иной температуры ванны, то определенной и постоянной разницы в действии ванн разных  $T^{\circ}$ , но одного типа, мы в пределах примененных нами температур подметить не могли.

Чтобы выяснить, какое значение имеет для описанной сердечно-сосудистой реакции тот или иной период лечения, в 6-ти слу-



чаях было произведено наблюдение во время первых (1-ая, 2-ая) грязевых ванн, а затем к концу лечения во время последних (11 — 16-ая) процедур той же Т°. При этом заметной разницы в сердечно-сосудистых явлениях отмечено не было.

С целью изучения изменения кровяного давления на протяжении всего курса лиманолечения, нами была обследована группа до 80 стационарных санаторных больных в начале лечения (I), в середине (через месяц — II) и к концу (через 1½ месяца — III — 51 человек). Некоторые из них обследовались и более 3-х раз, при чем, по возможности больные исследовались в одно и то же время дня; режим санаторный за весь промежуток был более или менее постоянен. Почти все больные проделывали смешанный курс лечения из грязевых, рапных, разводных и минеральных ванн.

При этом обнаружилась определенная тенденция к падению как систолического, так и диастолического давления. Из приведенных таблиц (VI и VII) распределения случаев к I, II и III исследованию видно, что падение систолического давления ко второму исследованию наблюдалось в 77% случаев, к 3-ему — 84%; диастолического — в 76% и 90% случаев, достигая даже до 20—30 mmHg понижения. Pulsdruck сколько-нибудь определенных изменений не обнаруживает, давая увеличение и уменьшение приблизительно в равном % случаев и, главным образом, в пределах до 10 mmHg.

Систолическое давление.

Таблица VI.

	— 31-40	— 21-30	— 11-20	— 1-10	0	+ 1-10	+ 11-20	В с е г о			
								Случ.	—	0	+
I					80			80:		80(100%)	
II		6	27	29	3	14	1	80:	62 (77%)	3 (4%)	15 (19%)
III	2	6	17	18	1	7		51:*)	44 (84%)	1 (2%)	7 (14%)

Диастолическое давление.

Таблица VII.

	— 31-40	— 21-30	— 11-20	— 1-10	0	— 1-10	— 11-20	В с е г о			
								Случ.	—	—	+
I					80			80		80(100%)	
II		4	15	42	4	15		80	61 (76%)	4 (5%)	15 (19%)
III		3	16	27	2	3		51*)	46 (90%)	2 (4%)	3 (6%)

В среднем, систолическое давление понизилось к концу 2-го периода, наиболее изобиловавшего грязевыми процедурами (в среднем, на 1 больного 6 полных грязевых ванн), на 8 mmHg, что при начальных, в среднем, 121 mmHg составляет 6% падения. Понижение диастолического давления составило, в среднем, 7 mmHg (9% первоначального). К концу 3-го периода (3 грязевых ванны, в среднем, на 1 больного) систолическое давление было на 6 mmHg в среднем, меньше первоначального, диастолическое на — 5 mmHg. Pulsdruck, таким образом, в среднем, остался почти без изменения.

\*) Больше месяца, из группы в 80 человек, лечилось лишь 51.



Эту склонность кровяного давления к падению в течение курса лиманолечения почти у всех больных нужно отметить, ввиду сдержанности со стороны большинства врачей к применению лиманотерапии, особенно грязевых ванн, у гипертоников.

На основании изложенного мы приходим к следующим выводам.

1. Лиманные процедуры (грязевые, рапные и разводные ванны) оказывают определенное влияние на кровяное давление.

2. Систолическое давление при грязевых ваннах может подниматься на короткое (1—2 мин.) время, но затем уже к 3—5-ой минуте в громадном большинстве случаев оказывается пониженным. Дальнейшее падение к концу ванны совершается уже значительно медленнее.

В первые 10 минут после ванн давление может достигать величины, даже выше первоначальной, но 1—1½ часа спустя чаще оказывается несколько ниже.

3. Та или иная степень падения систолического давления во многом зависит от частоты сердечных сокращений, — в случаях с большим учащением пульса давление падает обыкновенно незначительно.

4. Диастолическое давление падает во всех случаях обыкновенно с самого же начала, при этом гораздо сильнее систолического как в абсолютных числах, так, особенно, и в процентном отношении к первоначальному.

5. Наблюдаемое иногда повышение систолического давления в первые 1—2 минуты грязевых ванн и немного спустя после них нужно объяснять, повидимому, рефлекторным усилением работы сердца при еще не очень сильно расширенном кровяном русле.

6. Пульсовое давление обычно увеличивается.

7. Пульс почти во всех случаях учащается.

8. Увеличивается, хотя и незначительно, частота дыхательных движений.

9. I-ый тон на верхушке во время процедур и спустя некоторое время после них, особенно после грязевых ванн, усиливается (стетоскоп Воск'а). II-ой тон на аорте и легочной артерии усиливается в меньшей степени.

10. Ряд функциональных сердечно-сосудистых проб, произведенных в различные периоды до, во время и после лиманных процедур, показал повышение реактивной способности и лабильности сердца во время процедур и в первые минуты после них.

11. Действие рапных, разводных и поясных грязевых ванн обычно применяемых температур сходно с действием грязевых, но уступает ему по интенсивности.

12. В продолжении курса лиманного лечения отмечается определенная тенденция к понижению кровяного давления.

Таким образом, хотя после отдельных процедур сравнительно скоро (спустя 1—1½ часа) условия кровообращения в достаточной мере выравниваются, однако клинические соображения диктуют необходимость при проведении курса лиманотерапии, особенно лечения грязью, строго калибровать назначенные процедуры, так как при суммации их могут создаться условия для перегрузки сердца.

И тем настоятельнее выдвигается необходимость подробного изучения и установления различных проб, которые позволили бы, хотя бы приблизительно, учитывать в условиях лиманного лечения функциональную способность сердца в каждый данный момент.



## Литература.

1. Мочутковский. „Материалы к изучению врачебной стороны Одесских ляманов“. Терапевтическая часть. Одесса, 1876.
2. Fisch. (реф. по Ускову).
3. Leibpeltapp. Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 66. N. I и II. (реф. по Ускову).
4. Левян. Медицинское Обозрение 1902. № 3, стр. 219.
5. Пуриц. Отчеты Одесск. Бальнеол. О-ва. Вып. V, стр. 297-303. 1892—98.
6. Усков. Терапевтическ. Обозрение №№ 7, 8 и 9. 1909.
7. Финкельштейн. Отч. Одесск. Бальн. О-ва. Вып. III. Проток. стр. 27-44. 1883—87.
8. Фалькнер. Отч. Одесск. Бальнеол. О-ва. Вып. III. Стр. 110-116. 1883—87.
9. Верниц. Отч. Одесск. Бальнеол. О-ва. Вып. IV. Стр. 121-130. 1887—92.
10. Филиппович. Отч. Одесск. Бальнеол. О-ва. Вып. V. Стр. 260-278. 1892—98.
11. Корецкий. „Грязелечение и применение его к местным бугорковым процессам и сифилису“. СПб. 1888, стр. 161.
12. Kisch. „Бальнеотерапия“. Практ. Мед. 1899, стр. 65.
13. Творковский. Русск. Арх. Патол. Полвысоцкого. Т. VI. Вып. V. (Цит. по Ускову).
14. Мочутковский. Отч. Одесск. Бальнеол. О-ва. Вып. II. Стр. 96. 1881—83.
15. Шавердова. Врачебное Дело. — 10—11, стр. 848-854. 1925.
16. Николаев. Врачебное Дело. № 10-11, стр. 840-848. 1925.
17. Оницев. Доклад проф. Е. И. Синельникова на Всесоюзном Бальнеологическом Съезде в Пятигорске. 1925.

### К вопросу о седиментации красных кровяных телец по материалам Госпитальной Терапевтической Клиники\*).

Ординатор В. Я. Каминский.

Из Госпитальной Терапевтической Клиники Одесского Гос. Мед. Института.  
(Директор проф. В. Е. Ставраки).

В настоящем сообщении мы поставили своей задачей привести результаты исследования характера картины седиментации эритроцитов, при ряде заболеваний по материалам Госпитальной Терапевтической Клиники.

Исследования нами производились по методике Вестергена. Метод Вестергена для клиники удобный, и большая часть наших исследований произведена этим методом.

Аппарат Вестерген-Каца состоит из штатива с 8-ью пипетками, длиной каждая в 30 куб. см., с диаметром в  $2\frac{1}{2}$  мм.

Пипетки разделены на 200 мм. сверху вниз, градуированная часть вмещает 1 куб. см. исследуемой крови. Кровь нами берется из вены median'ы двухграммовым шприцом, который разделен на 20 делений; до 4-го деления втягивается 3,8% раствора n. citricum, пунктируют вены и кровь вместе с n. citricum перемешивают в шприце, затем выливают в пробирку и втягивают из пробирки в вышеуказанные пипетки. Пипетки обязательно должны стоять отвесно, опираясь одним краем в резину, другим закрываются металлическим клапаном. Результаты отсчитывают через час и два часа, затем находят среднюю цифру по формуле  $a + \frac{b}{2}$  где a — число мм. в первый, b — во вто-

рой час. Принимая вышеуказанную формулу, мы достигаем ею более или менее точной средней величины осаждения.

Для выяснения возможных отношений ряда факторов на процессе седиментации эритроцитов в течение дня на одном и том же больном, мы остановились на методике микрометрического типа Балаховского, удобной и тем, что кровь берется из пальца, а не из вены.

Метод этот состоит в том, что берут капиллярную трубку с диаметром в  $\frac{1}{2}$ —1 мм. Трубка разделена на 50 мм. Кровь берут из кончика пальца или из мочки уха. Место укола натирают штифтом из щавелево-кислого калия (нейтрального); на пальце обозначается белый налет, где иглой Франка и делают укол (приготовление штифта см. „Врачебное обозрение“ — № 1 за 1924 г.).

Приставляя к пальцу капиллярную трубку, мы набираем кровь до необходимой нам высоты.

К сожалению, капельный метод Балаховского не точен. Употребляя штифт из Kal. oxalic., мы фактически не знаем, какой концентрацией оксалата мы пользуемся. Кон-

\*) Доложено в Одесском Терапевтическом Обществе 4-го Апреля 1924 г.



центрация  $KaI. oxalic.$ , как нами установлено на опыте, не безразлично влияет на осаждение, а именно: растворы в 0,10%, 0,50%, 1%, 3%, 5% и 10% дали нам разные результаты осаждения при параллельной установке опыта, по методу Вестергрена. При установке контрольных капилляров, когда кровь берется из одного и того же пальца двумя капиллярами, мы не получали одинаковые степени осаждения. Все же метод этот применялся нами у скarlaинозных больных, где получались большие цифры осаждения, и где незначительные колебания в осаждениях нами не учитывались, а кровь приходилось брать у детей, ввиду чего мы и предпочли капельный метод перед всеми другими.

Приступая к изучению седиментации эритроцитов у наших больных, мы всегда ставили опыты в условиях аналогичных, при той же окружающей обстановке, при температуре не выше 20° С. У больного кровь бралась натощак. Пипетки тщательно очищались.

Для проверки, не оказывают ли влияние на осаждение прием пищи и другие случайные условия в течение дня, мы дважды брали кровь у одних и тех же лиц через час и два после еды, по методу Вестергрена, и натощак; никакой разницы в осаждении не получали, как Weichmann и др.

Проверка была сделана нами и капельным методом. У двух субъектов кровь бралась сначала натощак, а затем ежечасно в течение дня 12 раз; полученные цифры указывают на резкое колебание картины седиментации, которое, по всей вероятности, и является результатом неточности метода Балаховского.

Для учета влияния температуры на процесс седиментации, нами ставились контрольные опыты. Две однородные пипетки с одним и тем же цитратом крови ставились в термостат для изучения реакции осаждения при температуре в 25—30—40—50° С, а две другие с цитратом той же крови ставились при лабораторной температуре в 14° С. Результаты следующие: до 20° С в пипетках, установленных в термостате и параллельно при лабораторной температуре, нет заметных изменений в осаждении; начиная с 20° до 50°, осаждение в термостате начинает значительно расти с ростом  $T^{\circ}$ , а осаждение в пипетках с лабораторной температурой идет равномерно. Начиная с 50°, в пипетках термостата начинается заметное замедление, а в некоторых случаях даже свертывание, в то время, как в пипетках с лабораторной температурой продолжается равномерное осаждение. Такое же влияние температуры на осаждение наблюдалось Oettingen'ом и др.

Мы также заметили, что агглютинация играет одну из главных ролей в осаждении. Беря каплю исследуемой цитраткрови, мы переносили ее на предметное стекло и, покрыв покровным стеклом, рассматривали под большим увеличением. При быстро оседаемой крови, кр. шар., сейчас же склеиваясь, собираются в неправильные агрегаты, и чем быстрее выражено осаждение, тем интенсивнее идет склеивание; в медленно оседаемой крови или в нормальной мы видим под большим увеличением, как кр. кр. тельца, не склеиваясь, собираются в монетные столбики. Аналогичное явление замечали также Starlinger и др.

Для проверки влияния на осаждение морфологического состава крови, нами производился у исследуемых больных подсчет кр. кр. шариков, белых, а также подсчитывалось процентное содержание гемоглобина в крови. Таблица I указывает нам на некоторую закономерность между осаждением и числом эритроцитов, а именно: чем меньше эритроцитов в 1 куб. мм., тем быстрее осаждение, но не всегда. Количество же гемоглобина, видимо, не влияет на осаждение; то же можно сказать и относительно других форменных элементов (лейкоцитов).

В патологической крови, повидимому, осаждение в течение уже первых 2—3 часов как бы заканчивается и отвечает полному осаждению, наступающему через 24 часа. В нормальной же крови или



Таблица I

Фамилия	Количество эритроцитов	Количество гемоглобина в %/о	Осаждение в мм.
П.	2.150.000	60	61
Ш.	2.175.000	50	120
Р.	2.176.000	60	32
А.	3.040.000	60	65
Л.	3.500.000	73	10
К.	3.900.000	75	55
М.	3.950.000	65	19
Ф.	4.000.000	50	14
К.	4.140.000	60	60
А.	4.360.000	60	73
С.	4.748.000	85	45
К.	4.926.000	80	45
Л.	5.000.000	75	13
Ж.	5.200.000	75	16
М.	5.400.000	80	35
А.	5.500.000	80	38
К.	5.600.000	70	7
Р.	5.650.000	85	7
В.	6.240.000	77	3
А.	6.250.000	75	6

Таблица II.

Ускоренное осаждение		Нормальное или незначительное осаждение	
Через 2 часа	Через 24 часа	Через 2 часа	Через 24 часа
55 мм.	88 мм.	3 мм.	37 мм.
73 "	84 "	3 "	60 "
73 "	88 "	3 "	60 "
73 "	92 "	5 "	48 "
78 "	91 "	6 "	62 "
81 "	89 "	9 "	80 "
82 "	89 "	9 "	78 "
86 "	91 "	10 "	86 "
105 "	134 "	10 "	78 "
110 "	150 "	10 "	73 "
112 "	126 "	12 "	77 "
113 "	133 "	15 "	83 "
117 "	129 "	19 "	83 "
125 "	147 "	20 "	72 "
170 "	177 "	32 "	70 "

при замедленной реакции картина полного осаждения устанавливается не ранее суточного времени (табл. II).

Небезинтересно отметить, что реакция осаждения эритроцитов идет параллельно с реакцией Матефи и Пирке\*).

Таблица III.

Фамилия	Реакция Матефи				Осаждение
Г.	+	+	+	+	74 мм.
М.	+	+	+	+	72 "
К.	+	+	+	+	69 "
Ш.	+	+	+	+	54 "
А.	+	+	+	+	48 "
О.	+	+	+	+	37 "
Г.	+	+	+	+	69 "
Д.	+	+	(+)		39 "
Д.	+	+	(+)		17 "
Д.	+				11 "
Ч.	-				8 "

Таблица IV.

Фамилия	Реакция Пирке	Осаждение
Г.	+	74 мм.
К.	+	69 "
Ш.	+	54 "
Г.	+	68 "
А.	+	48 "
М.	Слабо положит.	72 "
К.	"	39 "
О.	"	37 "
Д.	"	17 "
Ш.	"	18 "
Ч.	Отрицательная	8 "

Ставя контрольные опыты у здоровых, мы установили (при соблюдении всех вышеуказанных условий), что у мужчин нормальное осаждение равно от 2—5 мм., у женщин от 7—10 мм. в течение первого часа (метод Вестергрена). Всех первичных случаев, над которыми произведены были исследования — свыше 100; у некоторых больных кровь бралась по 4—5 раз; всего было произведено 235 исследований. У туберкулезных больных, коим накладывался пневмоторакс, осаждение производилось несколько раз до лечения пневмотораксом и в периоде лечения пневмотораксом. Полученные результаты приведены в таблице V.

Остальные случаи давали в зависимости от формы и площади распространения туберкулезного процесса, следующие результаты:

\*) Одновременное исследование крови тех же больных на реакции Матефи и Пирке производилось ассистентом клиники д-ром Бабаевым, данными которого я воспользовался, за что выражаю ему свою благодарность.



Таблица V.

Фамилия	ДИАГНОЗ	Осаждение в миллиметрах								Пневмоторакс оставлен	Примечание
		При поступлении	После 3-х сеансов пневмот.	После 5-ти	После 8-ми	После 9-ти	После 10-ти	После 15-ти	После 17-ти		
Щ.	Tbc. pulm. cav. dextra, et pulm. sinistra exsud. decomp. Turb. III	41	—	—	57	—	70	—	—	Перед смерт. 73	Больной погиб от Емрует'ы
А.	Tbc. pulm. cav. dextra et pleuritis sinistra fibros. exsud. dec. Turb. III	43	—	57	—	—	—	57	63	—	Состояние больной оставалось тяжелым. Больная погибла от торакопластики
О.	Tbc. pulm. cav. sinistra prod. compen. Turb. III	31	—	—	8	—	45	—	—	34 59	Процесс перебросился на правое легкое, пневмоторакс после 10 сеансов оставлен. Состояние больной плохое
Н.	Tbc. pulm. cav. sinistra, exsud. decomp. Turb. III	100	80	—	—	40	—	55	—	—	Состояние больного не улучшалось
Г.	Tbc. pulm. dextra ulcer. product. decomp. Turb. III	95	85	—	74	68	—	57	49	—	Состояние больного улучшается, прибавляет в весе
Ч.	T.b.c. pulm. cav. dextra fibrosa compen.	10	8	—	8	—	—	—	6	—	Состояние больного заметно улучшилось, прибавляет в весе

инактивный tbc — норма; первая стадия (Турбан) — незначительное ускорение — 10 — 15 мм. Вторая стадия — 20 — 50 мм., третья стадия 50 — 100 мм. в течение первого часа.

Из приведенных таблиц видно, что постепенное замедление осаждения у туберкулезных больных при накладывании пневмоторакса указывает на благоприятное действие его, а усиливающееся ускорение говорит за отрицательное влияние его.

Больной с tbc гортани дал 10 мм. — незначительное осаждение.

В острых случаях малярии получалось ускорение седиментации; при хронических формах без температуры — норма или незначительное ускорение осаждения (обследовано 23 случая).

Случай с гемофилией, где свертываемость крови в 170 минут равна 70, по Kottmann'у, вязкость 4,6, удельный вес крови 1053, эритроц. 3.500.000, лейкоц. 4.300, Hb. 77% — дал 9 мм. — незначительное ускорение.

У сердечных больных седиментация нормальная. Если же у таковых имелись и другие страдания, как tbc, сифилис, нефрит, получалось ускорение осаждения (15 случаев).

При язвах желудка с ясно выраженной хронической картиной, получалось нормальное осаждение; также при ахилии. При холециститах без желтухи получалось нормальное осаждение. При желтухе, как правило, получалось замедление, но заболевания печени на почве сифилиса с желтухой давали ускорение (обследовано 4 случая).

Все виды злокачественных опухолей внутренних органов, в зависимости от интенсивности и деструктивности процесса, давали то большее, то меньшее ускорение, но всегда выше 40 мм. в первый час.



Один случай с далеко зашедшим раком желудка, с сильной кахексией дал 120 мм. в течение 1-го часа (Аутопсия. Ca. Ventriculi).

При *arthritis deformans et polyarthritis rheum.* получалось незначительное ускорение.

В 2-х случаях с диабетом получили нормальное осаждение; введение инсулина не влияло на осаждение. Все виды заболевания почек дали ускоренное осаждение.

Интересно отметить 4 случая с болезнями органов внутренней секреции; в 3-х — с гиперфункцией щитовидной железы получилось ускорение (14—19 мм.), в одном — с гипофункцией таковой — замедленное осаждение (3 мм. — женщина).

3 случая с сифилисом печени — ускоренное осаждение; по мере применения специфического лечения осаждение падало и в некоторых случаях доходило до нормы.

Скарлатинозным детям реакция производилась микрометодом; лишь в трех случаях осаждение производилось методом Вестергрена, и дало в течение первого часа 65—55—59 мм. — значительно ускоренное осаждение.

По капельному методу, все острые случаи скарлатины у детей, которых было свыше 40, давали ускоренное осаждение, в среднем от 20—25 мм. в течение 1-го часа; в середине болезни получались несколько меньшие цифры, а у выздоравливающих детей получалось нормальное осаждение, если не было осложнений. Всякое осложнение у скарлатинозных больных, в виде отитов, паротитов и т. д., давало ускоренное осаждение. Иногда у совершенно выздоровевших от скарлатины детей, мы получали все-таки незначительное ускорение осаждения; объясняется это тем, что такие дети страдали вершущечным процессом или увеличением желез и т. д.

Выводы. 1. Метод Вестергрена в настоящее время весьма удобен для клиники, но необходимо дальнейшее изучение капельного метода, как метода практически ценного.

2. Осаждение нужно производить всегда при одной и той же температуре, но не выше 20° по Цельсию, в условиях однообразной обстановки.

3. Агглютинирующая способность красных шариков несомненно играет важную роль при реакции осаждения.

4. Если повторное осаждение эритроцитов у одного и того же больного дает ускорение осаждения, то можно предположить наличие какого-либо патологического процесса в организме.

5. Реакция осаждения эритроцитов является ценной для прогноза течения легочного туберкулеза.

6. Реакция осаждения, при лечении наложением пневмоторакса туберкулезных легочных больных, приближается к норме с улучшением картины течения процесса.

7. Реакция осаждения может играть роль в дифференциальной диагностике, между злокачественным новообразованием желудка, язвы и ахилии.

8. Реакция осаждения не является специфичной ни для легочного туберкулеза, ни для других болезней, но может служить подсобным методом ко всем другим, имеющимся в распоряжении клиники.

#### Литература.

1. Westergren. D. M. W. 1923. № 7; Kl. W. 27 — 1922 г. 2. Linzenmeier. Untersuchungen der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Arch. f. Gum. Bd. 113; M. m. W. 1922 г. № 16. 3. Frisch u. Starlinger. Ueber die Klinische Verwertung der Senkungs-



geschwindigkeit der Erythrocyten bei der Jungentuberkulose. Med. Klinik 1921 г. № 38 и 39. 4. Burker. Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten als diagnostisches Hilfsmittel; M. m. W. 1922 г. № 16. 5. Balachowsky. Th. de Genève. 1923 г. 6. Öettingen Beiträge zur Trage des Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen (Biochem. Zeitschrift Bd. 118). 7. Moral. D. m. W. — 3—1923 г. 8. Katz. Kl. — 27 1922 г. 9. Weichmann. Kl. W. — 13. 1922 г. 10. Freund. D. m. W. — 5. 1923 г. 11. Josefowitsch. Med. Klin — 40. 1922 г. 12. Мандельштам. Вр. Газ. 1923 г. — 9—8. 13. Мандельштам. 1924 г. — Жур. для усов. врачей. 1—9. 14. Стояновская. Вр. Газ. 1924 г. — 7—11. Врачебное Дело № 8—9 1924 г.

## О злокачественной лимфогранулеме.

Из Пропедевтической Внутренней Клиники Одесского Гос. Мед. Института  
(Директор проф. Л. Ф. Дмитренко).

Л. Б. Чижина.

В 1832 г. *Hodkin* описал заболевание лимфатической системы, которое характеризуется симптомокомплексом в виде множественного опухания желез, склонности к образованию лимфатических метастазов во внутренних органах и в появлении прогрессирующей кахексии. В случаях *Hodkin*'а не было тождественных изменений желез,—он лишь установил клиническую картину болезни, само же поражение желез в сообщенных им случаях несомненно было самого разнообразного характера, отчасти гиперпластического, отчасти воспалительного. Название псевдолейкемия возникло в то время, когда все за открытием лейкемии стали наблюдаться случаи, похожие на последнюю, но отличающиеся от нее отсутствием лейкемических изменений крови. Сразу было ясно, говорил *Гравиц* еще в 1904 г., что название псевдолейкемия вынуждается лишь крайностью, так как оно выражает лишь нечто отрицательное, но не дает положительного указания на свойство болезни. Действительно, довольно часто под названием псевдолейкемии описывались самые разнообразные заболевания в тех случаях, когда их, по меткому выражению *Вирхова*, некуда было больше пристроить. *Sternberg* в 1898 г. выделил из большой группы псевдолейкемий особую форму грануломатозного заболевания желез, возбудителем которого он тогда считал туберкулезный *virus*. Наиболее простая классификация псевдолейкемий предложена *Naegeli*, который считает, что под этим симптомокомплексом протекают две совершенно различных по своей природе группы заболеваний: 1) гиперпластические процессы, к каковым он относит алейкемические лимфаденозы и миелозы, а также лимфосаркоматоз и 2) группа инфекционных воспалительных опухолей, как то: туберкулез, сифилис лимф. желез и, наконец, лимфогрануломатоз или злокачественную лимфогранулому. Лимфогрануломатоз представляет собой далеко не редкое заболевание, особенно участвовавшее за последнее десятилетие. *Хосроев* до империалистической войны на 10.000 больных ежегодно наблюдал до 10-ти случаев этой болезни. Через нашу кл-ку за последние 1½ года прошло около 200 стационарных больных; из них, четверо оказались больными лимфогрануломатозом. По статистике *Соколова*, на сто человек заболевших — мужчин приходится 54%, женщин 27%, детей 19%; по *Хосроеву*, мужчины заболевают в 69% всех случаев; по *Ziegler*'у, мужчины заболевают вдвое чаще, чем женщины. Из наших 4 случаев — трое мужчин.

Самым важным клиническим симптомом заболевания является припухание желез. Приблизительно в 50-ти % всех случаев первыми



припухают шейные железы, реже *gl. axillares, inguinales, mediastinales* и т. д. В редких случаях опухание периферических желез отсутствует, и весь процесс локализуется в ретроперитонеальных или мезентериальных железах (случай *Dügsk'a*). Первичные опухания желез часто проходят для больных совершенно незаметно. Железы в начале заболевания мягки, с течением времени становятся плотнее. Часто железы спаиваются друг с другом и с подлежащей тканью, вследствие чего становятся неподвижными. Кожа над железами, как правило, не изменяется и с ними не спаивается; железы мало или совсем безболезненны; и боли так же, как и моторные расстройства, появляющиеся в более поздние стадии болезни, можно объяснить сдавлением близлежащих нервов. Нагноение желез бывает нечасто и то, очевидно, вследствие вторичной инфекции. Что касается генерализации процесса, то она не подчиняется никакой плановности, порой даже идет против тока лимфы. Опухание новой группы желез часто сопровождается ознобом, потом и особенно изнурительной лихорадкой; иногда же проходит незаметно. Консистенция желез может быть различной, ибо недавно образовавшиеся опухоли мягки, позже они становятся плотными вследствие разрастания соединительной ткани. Величина пораженных желез колеблется от горошины до кулака. Редко поражаются фолликулы кишечного тракта, миндаины. Грануломатозные поражения кожи редки; пруригинозные или экзематозные сыпи являются очень тяжелыми, частыми и довольно ранними симптомами заболевания. Поражает чесуха преимущественно разгибательные поверхности конечностей. *Ziegler* наблюдал сыпи в 12% случаев. Мы видели зудящую сыпь в нашем случае II. Со стороны кожи можно отметить иногда наблюдающуюся резкую бледность ее, в других случаях зеленовато-желтый цвет, часто местную и общую отечность. Иногда наблюдаются грануломы в периосте, редко в мышцах. Что касается селезенки, то частота ее поражения л-зом колеблется от 60% до 75% всех случаев. В большинстве случаев селезенка так же, как и печень, умеренно увеличена, причем иногда удается прощупать на том и другом органе отдельные узлы. *Naegeli* в одном случае наблюдал колоссальную селезенку, весом в 2.730 гр. В одном случае *Lubarsch'a* селезенка весила 3.000. *Ziegler* отмечает, что иногда увеличение селезенки является первым видимым признаком заболевания, особенно в тех случаях, где заболевание касается брюшинных желез. Изменения периферических желез могут в таких случаях совсем отсутствовать или же появиться позже в очень незначительной степени (наш случай II). Аппетит больных обычно падает. Дисфагические явления могут быть вызваны давлением значительных опухолей на шее. Иной раз наблюдается гипосекреция и даже *achylia gastrica*. Очень часты не поддающиеся терапии поносы. Грануломатозное поражение брюшины сопровождается асцитом. Со стороны сердца и сосудов ничего типического и постоянного отметить не удастся: умеренная дилатация, иногда анэмические шумы, частый пульс; грануломатозные поражения перикарда редки. Со стороны органов дыхания часто наблюдается кашель, как следствие застойного или воспалительного бронхита, а также склонность к плевритам. Вермоль считает, что причина плеврита может быть двоякая: 1) опухоль медиастинальных желез, затрудняющая кровообращение и 2) специфический грануломатозный процесс плевры. Гнойные плевриты, как в нашем первом случае, очевидно, нужно объяснить вторичной инфекцией. Что касается мочи, то количество ее при наличии потов и поносов—невелико. Диазо-реакция



очень часто бывает положительной. Во время лихорадки бывает белок. Часто в моче много уробилина (наш случай II). Со стороны половой сферы можно отметить понижение половой возбудимости, прекращение менструаций у женщин. Переходя к рассмотрению изменений крови, нужно отметить чаще всего наблюдающийся незначительный лейкоцитоз. Менее часто бывает лейкопения—в 4-х случаях Naegeli; в 18-ти из 70-ти случаев Ziegler'a количество лейкоцитов колебалось между 500 и 2.000. В случае Козловского прогрессирующая лейкопения в последние дни болезни дошла до 3.000. У нас, в 3-х случаях умеренный лейкоцитоз, а в 4-м—лейкопения. Раз появившийся лейкоцитоз редко исчезает; наоборот, он имеет тенденцию к дальнейшему развитию. Лейкоцитоз в большинстве случаев идет за счет нейтрофилов. Есть мнение, что в начале заболевания характерен лимфоцитоз, нейтрофилия же развивается в более поздней стадии болезни. Лимфоцитоз можно объяснить реакцией лимфатической паренхимы на раздражение, вызванное развитием грануломатозного процесса в лимф. железах. В этом вопросе Хосроев придерживается особого мнения. Основываясь на значительном в таких случаях % лимфоцитов с азурофильной зернистостью, считая, что это есть состарившиеся экземпляры лимфоцитов, он называет такого рода лимфоцитов—*Lymphocytosis senilis*. Хосроев предполагает, что организм, нуждаясь в данный момент в увеличенном количестве лимфоцитов и не будучи в состоянии продуцировать их, компенсирует это тем, что, наделяя лимфоцитов большей жизнеспособностью, дольше удерживает их в циркулирующей крови. На эозинофилию указывают приблизительно в 20% случаев (наш случай II). Изредка встречаются единичные миелоциты (G. Loague). Анэмия особенно резкой не бывает. Число эритроцитов колеблется между 3-мя и 4-мя милл. Цветной показатель обычно меньше единицы. Число полихроматофилов ограничено, нормобласты редки, число кровяных пластинок часто увеличено. Подводя итог всему сказанному об изменениях крови, мы должны отметить, что особенно специфических и постоянных изменений крови при л-озе нет, так что опираться при постановке диагноза исключительно на таковые—нельзя; но вместе с другими характерными для этого заболевания симптомами, нейтрофильный лейкоцитоз, иногда эозинофилия и явления вторичной анэмии могут поставить врача на путь правильной диагностики. Чтобы дополнить клиническую картину л-за нужно упомянуть еще о лихорадке, которая в большинстве случаев имеет постоянный характер. Изредка лихорадка похожа на таковую при возвратном тифе. Нужно упомянуть об очень часто наблюдавшихся проливных потах и ознобах, которые вместе с быстро прогрессирующей кахексией можно назвать общими явлениями, характерными для л-за. Добавлю еще, что болезнь обычно течет большею частью хронически от 1-го до 3-х лет. Все же встречаются случаи с острым течением (наш случай III), что дало даже повод Ziegler'у выделить л-оз с острым течением в особую форму. Naegeli и Dütск различают формы: шейную, паховую, ретроперитон. и медиастинальную. Хосроев и Ziegler дают более удобную классификацию форм л-за: они различают генерализованную форму, медиастинальную, брюшную или тифоидную, часто комбинирующуюся с ней селезеночную форму и, наконец, наиболее редко встречающиеся формы—остео-периостальную и форму Микулича. Генерализованная форма—тот тип заболевания, когда поражены почти все внутренние и наружные лимф. железы. Болезнь переходит на печень, селезенку и др. внутренние органы. Эта форма



сопровождается всеми теми явлениями, которые только что описаны. К медиастиральным формам заболевания можно отнести те случаи, когда на первый план выступают явления опухоли средостения. При брюшной форме л-за у больного не имеется никаких объективных симптомов заболевания, ибо прощупать поражающиеся в этих случаях забрюшинные и брыжеечные железы очень трудно. Больные обычно попадают под наблюдение врача в стадии резкой кахексии, тяжелой лихорадки, иной раз с прurigинозными сыпями, поносами и болями в брюшной полости. Затем присоединяется увеличение печени и селезенки, диазо-реакция и уробилинурия. При этой форме, чаще чем при другой, наблюдается лейкопения (Хосроев, Ziegler, Heissen и наш случай III). Поносы, увеличение селезенки, бред, сонливость при этой форме заболевания часто ведут к смешению ее с брюшным тифом, и лишь часто присоединяющееся позже опухание периферических лимф. желез, тщательная пальпация желез брюшной полости, в связи с отрицательным бактериологическим анализом наталкивают врача на правильный путь. Иной раз л-оз особенно поражает костный скелет; тогда говорят об остео-периостальной форме его. Если л-оз первично локализуется в слезных и слюнных железах, говорят о симптомокомплексе Микучича.

Что касается патологической аномалии л-за, то это вопрос настолько обширный и сложный, что он должен послужить темой особой работы тем более, что в последние годы имеются случаи, где лишь после тщательных и повторных микроскопических исследований удавалось придти к определенному диагнозу (случай Stahg'a, опубликованный им на Врачебном Съезде в Данциге в 1922 г., и случай проф. Голубова 1924 г., когда два одинаково авторитетных патолого-анатома поставили различные диагнозы). В первой стадии заболевания лимф. железы увеличены, мягки; затем плотность пораженных желез растет, на разрезе они от серо-белого до серо-желтого цвета с отдельными гнездами омертвения. В отдельных органах грануломатозные узлы имеют тот же вид и характер. Характерный вид селезенки с развившимися в ней грануломами в виде более плотных беловатых очагов, выделяющихся на богатой кровью селезеночной ткани, дал повод назвать ее „порфировой“ — Porpffhyrmilz. Микроскопически для л-за характерен полиморфизм клеточных элементов и склонность к склерозу. Диагноз должно считать установленным, если найдены гигантские клетки Sternberg'a, большие одно- или многоядерные клетки, отличающиеся центральным расположением ядер.

Вопрос о причине л-за является еще невыясненным. В настоящее время мы можем только сказать, что имеем дело с хронически протекающим инфекционным заболеванием. Инфекционный характер заболевания подтверждает лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз, осложнения амиллоидом и, наконец, гистологическая картина. Еще в 1898 г. Sternberg описал л-оз, как своеобразный туберкулез лимф. желез, протекающий под видом псевдолейкемии. Однако, в 1904 г. на съезде немецких патолого-анатомов он признал свою ошибку, но остался все-таки при убеждении, что какая-то связь между л-зом и туберкулезом существует. Löffelmann считает вероятной туберкулезную этиологию лим-тоза. К такому же выводу, пришел F. Weinberg в 1922 году. Опыты с положительными находками т-зых палочек пока мало доказательны, ибо железы, пораженные л-зом, могут являться почвой для вторичной инфекции т-зом. Fränkel и Mich в 1920 г. пришли к выводу, что л-оз есть инфекционное за-



болевание, которое вызывается гранулированными антиформиноупорными, но не кислотоупорными палочками. Иванов, Naegeli, Ziegler, Dürck, Рейнберг и многие другие отрицают т-зную природу л-за, считая отрицательные опыты более доказательными, чем положительные.

Таким образом, несмотря на то, что вопрос об этиологии л-за занимает умы клиницистов и патологов уже около 30 лет, современное состояние учения об этом заболевании заставляет нас придти к выводу, что л-оз есть инфекционное заболевание с неизвестным еще возбудителем. Прогноз при л-зе весьма неблагоприятен. В качестве терапии до сих пор были предложены мышьяк—бензол и др., не давшие никаких результатов; рентгеновские лучи приводят иной раз к уменьшению желез, правда, нестойкому. Klewitz und Lilius (1924 г.) описывают утешительные результаты в случаях применения рентгеновских лучей малыми и частыми дозами. Sternberg (1925) также видел больных, состояние которых улучшалось, благодаря лечению рентгеновскими лучами. Один из таких больных прожил 10 л. Клиника проф. Герцена (работа Рейнберга 1924 г.) придерживается взгляда, что в ранних случаях л-за необходима операция с последующим лечением радием или рентгеном. Большая часть других авторов не советует операции, считая (Ziegler), что она может даже ухудшить прогноз.

Подытоживая сказанное о терапии, мы должны сказать, что лечения л-за мы еще не знаем; лишь в иных случаях мы имеем возможность замедлить злокачественный темп заболевания. Обратимся теперь к нашим случаям.

Случай I. Б-ая З. 16 л. поступила в III Совнарболь. 12/XII—1922 г. с жалобами на общую слабость, опухоль желез и периодические поносы. За 2 месяца до поступления в больницу заболела (зноб, жар, ломота во всем теле). Пролежав в постели две недели, больная начала понемногу ходить, чувствовала себя, однако, скверно. В начале ноября З. настолько ослабела, что снова слегла в постель, с которой уже не поднималась. Впервые опухоль желез на левой стороне шеи заметила в октябре месяце. В детстве перенесла корь, в 1919 г. сыпной тиф, в прошлом году возвратный, последние 10—12 м-цев страдает периодическими поносами. 1921 и 1922 годы голодала. Мать 6-ой здоровья; выкидшей у нее не было, имеет трех здоровых детей. Отец болен т-зом. St. Praes. Б-ая прав. телосложения, плохого питания, грудинная кость болезненна при постукивании. В левой надключичн. ямке пакет плотных желез, величиной с детский кулачек. В правом паху конгломерат желез с голубиное яйцо. Все железы твердой консистенции, малоподвижны, кожа над ними не изменена и с ними не спаяна. Сердце и легкие нормальны. Печень и селезенка не прощупываются. Моча—норма. В мокроте т-зных палочек не обнаружено. В крови лейкоц. 32.000, эритроц. 5.187.000. Нб. 60%, Цв. пок. 0,56; нейтр. полин. 84%; эозиноф. 1%; лимф. больших и малых 5%; моноцитов 10%. За время пребывания в больнице б-ная жаловалась на обильные поты, ознобы, бесконечные поносы; лихорадка неправильного характера, доходила до 39°. 23/II—1923 г. б-ная перевелась в нашу клинику. Вне моего наблюдения была около 1½ м-цев. За это время резко ухуддала, пакет л. надключ. желез увеличился. В процесс вовлечены л. околоушная, л. подмышечн. и л. паховые железы. Все пакеты желез, как и прежде, мало подвижны мало болезненны; кожа над ними не изменена и с ними не спаяна. Сердце нормально. Перкуторный тон в области легких притупленный с тимпаническим оттенком. Печень и селезенка на один палец выступают из-под ребер. дуги. Моча нормальна. В крови: эритроц. 2.760.000; Нб. 35%; цв. пок. 0,64; лейкоц. 23.594; нейтр. полин. 84%; лимф. больш. и мал. 11%; моноцитов 5%. За время пребывания в клинике болезнь быстро прогрессировала, железы увеличивались, в процесс вовлекались новые группы желез; силы падали, больную изнуряли обильные поты, ознобы, поносы, лихорадка, боли в области селезенки. Много раз бывали припадки резкой одышки и сердцебиения. В последние недели жизни появился гнойный левосторонний плеврит. В экссудате т-лезных палочек не обнаружено. Во второй половине марта появились быстро распространяющиеся отеки, сначала левой части спины и груди, затем лица и, наконец, всего тела. Лихорадка неправильного типа, доходила до 40°. 16/IV больная скончалась. Терапия применялась симптоматическая; назначался мышьяк. Клинический диагноз: лимфогрануломатоз. Диагноз поставлен на основании характера желез, лихорадки, нейтрофильного лейкоцитоза, анемии, проливных потов и профузных поносов. Исследование вырезанной при жизни б-ой железы, а также секция подтвердили клинич. диагноз.



Случай II-ой. Б-ой Д. 30 л. крестьянин, поступил в к-ку 6/IX—1923 г. с жалобами на опухоль желез, жар и нарастающую слабость. Больным себя считает с 1918 г., когда впервые в пр. подмышечн. ямке появилась „гуля“, величиной с орешек. Одновременно с этим на ногах появилась зудящая сыпь. В 1920 г. появились железы на шее, недавно— в паху. В 1921 г. начался лихорадка, ознобы, больной стал слабеть, периодами совершенно не мог работать. Особенно ослабел в последнее время. Иногда трудно дышать, порой затруднено глотание. Б-ой женат, имеет 3-х здоровых детей. Lues и алкоголь отрицает.

St. Praes. Б-ой правильн. телосложения, питания удовлетв.; кожа на руках до локтей синяя, руки холодны на ощупь. На разгибательных поверхностях нижних конечностей зудящая экзематозная сыпь. Мускулатура плечевого пояса слегка атрофирована. Кроме того, на руках имеются ясно выраженные расстройства чувствительности в виде гипестезий сегментарного характера, захватывающие главным образом территорию 5-го и 6-го шейных позвонков. В л. надключ. ямке несколько отдельных желез, с фасоль величиной. В пр. подмышеч. ямке три железы: одна — с лесной орех, остальные помельче. В лев. подмышеч. ямке единичные небольшие железки; паховые — с горошину. Все железы безболезненны, плотны, с кожей не спаяны, кожа над ними не изменена. Сердце нормально. В области обоих легких перкуторный звук слегка притуплен с тимпаническим оттенком. Справа — спереди над ключицей, сзади до середины лопатки — резкое притупление; такое же притупление слева — спереди в 4-м межреберьи и сзади — до *spina scapulae*. Дыхание всюду везикулярное, жесткое; в области резких притуплений перкуторного звука — выдох с бронхиальным оттенком. Печень и селезенка не прощупываются. Уробилинурия. В крови эритроц. 5.600.000. Нб. 65<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; цв. пок. — 0,58. Лейкоц. 12.400; нейтр. полин. от 60 — 74<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; эозин. от 3 — 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; желудочное содержимое нормальное. Wassermann (+). В мокроте т-зные палочки не обнаружены. За время пребывания в к-ке у б-го наблюдалась неправильного типа лихорадка — до 38,5<sup>0</sup>; поты, ознобы, постоянная уробилинурия и непрекращающаяся зудящая сыпь на ногах. Терапия — мышьяк. 28/IX б-ой выписался. Никаких изменений в состоянии его здоровья за время пребывания в к-ке не произошло. Клинический диагноз — л-оз. Распознавание основывалось на следующих симптомах: характер желез, лихорадка с потами и ознобами, эозинофилия, явления вторичной анемии, постоянная уробилинурия и зудящая экзема ног. Микроскопическое исследование вырезанной 15/IX железы подтвердило клинический диагноз.

Случай III-ий. Б-ой Ш. 36 л, служащий, поступил в клинику 21/VIII—1922 г. с жалобами на боли в пояснице, лихорадку, поты, ознобы и нарастающую слабость. Больным считает себя с 12/VIII, когда впервые стал лихорадить. Однако, в январе и феврале перенес припадки каких-то болей в пояснице, сопровождавшихся повышением температуры. Больной женат, имеет 3-х здоровых детей. Lues и алкоголь отрицает. St. Praes. Б-ой правильн. телосложения, удовлетв. питания. Лимф. железы нигде не прощупываются. Сердце и легкие нормальны. Селезенка плотна, болезненна при надавливании, выходит из-под реберной дуги на 4 см. Печень также болезненна при надавливании, выходит из-под реберной дуги на 2 см. В моче белка 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Диазо-реакция положительна. В осадке зернистые и гиалиновые цилиндры. Кровь: эритроц. 3.200.000 — Нб. 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; цв. пок. 0,42; лейкоц. 4.700; нейтр. полин. 51 — 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; эозиноф. — от 0 до 1,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. За время пребывания б-го в к-ке наблюдалась лихорадка, поты, ознобы, стойкая диазо-реакция. 27/VIII появились в левой подключичной области железки. С этого времени каждые несколько дней опухала новая группа желез. К концу болезни в процесс были вовлечены железы подключичные, паховые и подмышечные. Все железы плотны, с кожей не спаяны, кожа над ними не изменена. К концу болезни селезенка, резко болезненная, выступала на 6 ниже реберной дуги. Пункцией добыта кровь из селезенки, в которой брюшно-тифозной палочки не оказалось. Печень к концу болезни выступала из-под реберной дуги на 6 см.; болезненна; на ней стали прощупываться отдельные небольшие узлы. 20/IX появились отеки ног и кожи живота; с этого же времени начался бред; 28/IX б-ой выписался, а 29/IX скончался у себя дома. Лихорадка, характер желез, опухоль селезенки, узлы на печени, положительная диазо-реакция, отсутствие в крови брюшно-тифозных палочек, явления вторичной анемии и, наконец, отек кожи живота дали нам возможность поставить диагноз брюшной или тифозной формы л-за.

Случай IV-ый. Б-ой Ц. 39 л., кочегар, поступил 19/III—1924 г. в Терапевтическое Отд. Губбольницы с жалобами на резкие боли в пояснице, затруднение при ходьбе, кашель, одышку, сердцебиение, лихорадку и нарастающую слабость. Считает себя больным 6 месяцев, когда впервые появился кашель с мокротой и припухли шейные железы. Тогда же началась лихорадка. Два месяца тому назад появились боли в пояснице, стало трудно ходить. Года 4 тому назад у б-ого припухли шейные железы. Опухоль продержалась несколько месяцев и исчезла, вновь появившись полгода т. н.; в 1919 г. болел триппером, в 1921 — брюшным тифом. Lues и алкоголь отрицает. Женат, имеет здорового ребенка. St. Praes. Б-ой правильного телосложения ослабленного питания. В области грудины, от груд.-ключичн. сочленения вниз имеется выпячивание, болезненное при постукивании. Лимф. железы: шейные — с голубиное яйцо, пр. подмышечн. — с лесн. орех, в л. подмыш. ямке пакет желез с голубиное яйцо; паховые — с горошину; все железы очень плотны, легко подвижны, с кожей не спаяны; кожа над ними не изменена. Легкие: пер-



куторный тон коробочного оттенка; спереди в области выпячивания, а также справа под ключицей резкое притупление. Жесткое дыхание и сухие хрипы. Сердце нормально. Живот слегка вздут, печень прощупывается на 7 сант. ниже реберн. дуги. Селезенки прощупать не удается. Сильная болезненность поясничной части позвоночника. Моча норма. В мокроте т-зных палочек не обнаружено кровь: эритр. 3.900.000; Нб. 45; цв. пок. 0,57; лейкоц. 9.000. Нейтр. полин. 91<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, эозин. 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; лимфоц. 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, моноц. 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Wass. (—). Рентген показал опухоль средостения. Во время пребывания в больнице у Ц. все время наблюдалась лихорадка неправильного типа до 38,5<sup>0</sup>, слабость нарастала, 6-ой перестал вставать, появились отеки сначала на груди, затем на ногах и левой руке; числа 15/VI начались профузные поносы.

Характер желез, лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз и поносы дали возможность поставить диагноз л-за. Микроскопическое исследование вырезанной железы подтвердило клинический диагноз.

Таким образом, мы видим, что л-оз является действительно далеко не редким заболеванием, особенно участвующим за последние годы. Л-оз есть заболевание, повидимому, инфекционного характера, что подтверждается такими симптомами, как лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз, осложнение амиллоидом и гистологической картиной.

Этиология л-за неизвестна. Можно отметить лишь довольно частое присутствие в пораженных железах туберкулезной палочки, которая, возможно, является лишь вторичной инфекцией. Терапии л-за нет. Все до сих пор испробованное, существенных результатов не дало. Вдумчивое отношение к клинической картине всех стадий болезни даст возможность ранней диагностики ее.

#### Литература.

1. Гравиц Э. Клиническая патология крови, 1911 г.
2. Naegeli. Leukaemie und Pseudoleukaemie, 1913. Wien und Leipzig.
3. Соколов. Р. Вр., 1910 №№ 28—30.
4. Хосроев и Кучеренко. Вопросы Научн. Мед., 1911 г. Москва.
5. Ziegler. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. B. III. 1911.
6. Dürck. D. M. W. 1923, № 24.
7. Heissen. Centralblatt f. Al. Fot. u. pat. Anat. Sonderband Z. B. 33. Festschrift f. Schmidt. 1923.
8. Кузнецова-Сегал. Вопросы т-за, 1923, т. I. № II. 2.
9. Вермель. Клин. Медич., 1922. № 2.
10. Козловский. Р. Вр. 1908.
11. Кальфа-Калифа. Вр. Д. 1924. № 8—9.
12. Loygue G. Arch. d. maladie du coeur. 1921 № 8.
13. Рейнберг. Сборник Хир. посвященный юбилею пр. Герцена. 1924 Москва.
14. Sthar H. Münch. M. Woch. 1922. № 3.
15. Голубов. Вр. Дело. 1924 № 1—2.
16. Löffelman. Beitr. Z. Kl. d. Tuberk. Bd. XXIV. H. 3. 1912.
17. Weinberg F. Zeitschr. f. Klin. M., Bd. 85. H 12. M. Ref. Ж. 1922. — 1—3.
18. Fränckel u. Much. B. K. W. 1920 № 41.
19. Klewitz u. Lilius. Kl. W. 1924. № 7.
20. Sternberg. Kl. W. 1925, № 12, s. 599.

#### К вопросу о лечении сифилиса нервной системы\*).

Из мужского кожно-венерического (зав. А. А. Фельдман) и клинического (зав. И. Д. Перкель) отделений Одесского Государственного Дермато-Венерологического Института имени Главче.

А. А. Фельдман и И. Д. Перкель.

Не подлежит сомнению, что труднее всего воздействовать специфическим лечением на сифилитические заболевания центральной нервной системы. Причину этого явления почти все исследователи видят в том, что специфические средства поступают в мозговые ткани в значительно меньшем количестве, чем в другие органы, благодаря существующему в ц. н. с. особому приспособлению — барьеру, препятствующему проникновению большинства токсических веществ в этот важнейший жизненный орган. Поэтому сделаны были различ-

\* ) Доложено в извлечении на II-м Всесоюзном Съезде по борьбе с венеризмом в Харькове 17 мая 1925 г.



ные попытки усиления действия существующих специфических средств на ц. н. с. и отыскания новых, более активных препаратов. Мы не будем их здесь излагать; об этом мы скажем в другом месте. Что касается вспомогательных методов при лечении нейросифилиса, — именно неспецифической терапии его, то этому вопросу нами посвящена особая работа\*). Здесь мы имеем в виду изложить лишь в самых кратких чертах главные из существующих способов применения специфических средств при сифилисе нервной системы (н. с.) и сообщить о применяемых нами методах и получаемых при этом результатах\*\*).

Способы специфического лечения необычайно разнообразны, особенно со времени открытия сальварсана. Однако удается выделить среди них несколько наиболее распространенных. Большинство сифилидологов и невропатологов применяет для лечения сифилиса н. с. и ртуть, и сальварсан, и иод, сочетая их, главным образом первые два, в одновременном применении; меньшинство употребляет только сальварсан, и немногие — только ртуть (Vabinski). Лечение проводится энергичное.

Ртуть дается предпочтительно в виде межмышечных впрыскиваний нерастворимых препаратов. В Германии еще в большом ходу втирания серой ртутной мази. Одно время они были большинством оставлены, но в последние годы, под влиянием учения Hoffmann'a об эзофилаксии, т. е. о защитной функции кожи по отношению к остальному организму в смысле выработки иммунизирующих начал в борьбе с инфекциями, ртутные втирания снова получили большое распространение. Ноппе, сильно разочаровавшийся в сальварсане и еще не имеющий опыта с висмутом, вернулся даже в лечении сифилиса н. с. главным образом к ртутным втираниям и иоду. Во Франции усиленно применялись за последние годы внутривенные впрыскивания цианистой ртути, которые будто особенно благоприятно действуют при заболеваниях н. с.

Из препаратов сальварсана излюбленным является везде неосальварсан, который, хотя и признается многими несколько уступающим по энергии терапевтического эффекта старому сальварсану, но зато является наименее токсичным и наиболее технически удобным. На курс в среднем дают 4—5—6 грамм неосальварсана. Большие колебания существуют в величине отдельной дозы. Большинство придерживается средних доз в 0,6 нео с промежутками в 4—7 дней. Однако, довольно многие, особенно во Франции, считают необходимым доводить дозировку до 0,9 и даже выше—до 0,015 на кило веса (Milian, Ravaut, Legedde). Некоторые предпочитают при нейросифилисе небольшие и частые дозы, как напр., Sicard, который дает ежедневно по 0,15 или через день по 0,3. Некоторые все же применяют старый сальварсан, как более энергичный (Gennepich Noppe).

Иод большинством считается необходимым ингредиентом специфического лечения нервного сифилиса. Из препаратов иода до прежнему доминируют иодистые щелочи. Много употреблявшаяся в годы войны в Германии и России *t-ra jodi* в обычной дозировке—5-15 кап. на прием—слишком мало содержит иода. Kugle введен в терапию сифилиса и прославляется иодистый препарат *mirion*, имеющий будто особое притяжение к больной ткани и дающий здесь действие иода *in statu nascendi*; впрочем, в последнее время он больше подчеркивает неспецифическое действие этого препарата.

В отношении промежутков между курсами и длительности всего лечения большинство склонно руководиться как клиническим течением болезни, так и состоянием *liquor*. Однако, в самой методике лечения при этом существует большое разнообразие. Так, Sicard применяет очень длительное лечение. Он говорит: при хроническом сифилисе н. с. необходимо хроническое лечение. Он дает 7—10 грамм нео в течение 2 месяцев маленькими дозами в 0,15—0,3 ежедневно или через день, затем перерыв на 4 месяца и новый такой же курс и т. д. Сочетает со ртутью только при ранних формах. Метод дал хорошие результаты у некоторых авторов (Roussy, Bloch, Mott, Rogues de Fursac и Furet. Nonne применяет совсем другую

\*) „Русск. Вестник Дерматол.“ 1926, №№ 1 и 2.

\*\*) Для экономии места мы вынуждены отказаться от более подробных литературных указаний и опустить большинство намеченных для изложения более интересных историй болезни, а также некоторые таблицы.



систему: он дает один курс ртутно-сальварсанного лечения — 30 — 40 втираний и 6 — 8 гр. нео по 1 вливанию через 8 дней в дозе от 0,45 до 0,9 или, лучше, старый сальварсан в соответствующей дозировке. Затем, через год еще 1 — 2 таких курса, хотя бы liquor стал нормальным. При *tabes No ppe* обходится теперь одной ртутью — втирания — и повторяет лечение не чаще, чем раз в год. Таким образом, два самых видных знатока нервного сифилиса во Франции и Германии придерживаются совершенно противоположных взглядов на специфическое лечение его как по выбору препаратов и методам их применения, так и по общей методике лечения. Не станем перечислять методов специфического лечения других авторов. Все они имеют между собой то общее, что достигаемый результат, при достаточной энергии и систематичности проведения по тому или иному плану, является в общем очень хорошим при так называемом истинном сифилисе н. с., недостаточным для *tabes* и почти равен нулю при прогрессивном параличе.

В вопросе о liquor при лечении сифилиса н. с. до сих пор не существует единогласия. В то время как одни (Dreyfus, Ravaut Plaut, Fordyce, Gennerich) считают, что надо добиваться во что бы то ни стало нормального liquor, по крайней мере при истинном сифилисе н. с., другие, особенно *No ppe*, резко против этого восстают, ссылаясь на то, что и приведенный к норме liquor не дает гарантии против парасифилиса. Однако, большинство сифилитологов и невропатологов видят в liquor если не единственного, то одного из руководителей при лечении. В самом деле, трудно сомневаться в том, что патологический liquor, не уступающий лечению, является выражением того, что и само сифилитическое поражение н. с. в этом случае не уступает лечению; естественно, поэтому, направление усилий в сторону более настойчивого лечения, которое дало бы желаемый результат. На этом настаивают также Goldscheider и Wittgenstein, Neisser, Moore, Osann.

Несмотря на то, что мы можем найти почти в 100% в мозгу у прогрессивных паралитиков бледную спирохету, и что поражения при *tabes* с несомненностью также всегда вызываются очагами спирохет, все же эти два заболевания занимают в ряду сифилитических поражений п. н. с. совершенно особое место не только по локализации процесса в самой паренхиме мозга, по характеру патолого-анатомических изменений ее, по клиническим проявлениям, но и по особому упорству в отношении специфического лечения. Однако еще Erb указывал, что в ранних стадиях *tabes* можно зачастую достигнуть хорошего результата ртутным лечением. С введением в терапию сифилиса сальварсана, специфическое лечение *tabes* получило особенно сильное развитие. Положительный результат стал получаться очень часто, и никому уже не приходит в настоящее время в голову отрицать необходимость специфического лечения *tabes*. Некоторые французские авторы (Balzer, Souques) говорят даже, что теперь, благодаря раннему специфическому лечению, значительно реже встречаются тяжелые формы *tabes* с резкой атаксией, жестокими стреляющими болями и недержанием мочи.

Одни авторы при *tabes* употребляют исключительно сальварсан, как Plaut, Sicaud; другие — исключительно ртуть, как *No ppe*, Babinski. Но большинство сочетает оба средства. Многие считают необходимым при *tabes* соблюдать осторожность в дозировке: невысокие, единичные дозы, небольшое общее количество, большие промежутки между курсами (*No ppe*). Но другие и при *tabes* применяют энергичное лечение, добиваясь и отрицательных серологических данных, как Leredde, Dreyfus, Fordyce, Wechselmann. Lafoga, как и Dreyfus, считает необходимым хотя осторожное, но длительное лечение *tabes*, по 2 — 3 курса в год.

Особенно хорошие результаты все без исключения авторы получают при раннем лечении *tabes*, и поэтому большой интерес представляет попытка Wittgenstein из



клиники Goldscheider'a выделить синдром praetabes, т. е. того периода, когда еще не вполне ясно выявилась картина tabes, а между тем он уже имеется.

Что касается атрофии зрительных нервов, то на последнем 43-ем съезде немецких офтальмологов большинство высказалось за необходимость настойчивого специфического лечения ее, особенно сальварсаном.

О специфическом лечении прогрессивного паралича почти нет расхождения в мнениях: даже те, которые, как Gennepich, Ravaut, думают, что можно добиться успеха таким лечением в некоторых, особенно ранних случаях, все же не могут похвастать ни числом, ни качеством, ни стойкостью полученных ремиссий. Очень многие, в том числе подавляющее большинство невропатологов и психиатров, считают специфическое лечение п. п. даже ухудшающим его течение; или, как Noppе выражается, п. п. реагирует на антисифилитическое лечение парадоксально.

Пять лет тому назад мы задались целью провести систематические наблюдения над специфическим лечением сифилиса ц. н. с., под контролем клиническим, серологическим и liquor, используя для этого амбулаторный и стационарный материал мужского кожно-венерического и клинического отделений Института. Отчасти, впрочем, мы пользовались также нашим материалом за предыдущие годы, главным образом для получения данных с одним ртутным (собственно ртутно-иодистым) лечением, иногда с 2—3 впрыскиваниями сальварсана. Каждый случай тщательно обследовался также консультантами Института—невропатологом Я. У. Ландесманом и окулистом приват-доцентом Ф. К. Вернке, которым мы пользуемся случаем выразить нашу искреннюю благодарность. В дальнейшем, кроме клинического наблюдения, производилось исследование крови по Вассерману, при чем, если реакция до лечения была положительной, она проверялась по окончании курса и передследующим курсом, а когда она становилась отрицательной—только перед каждым следующим курсом. Исследование liquor, обычное для начала лечения, за исключением редких случаев особого противодействия больных, в дальнейшем делалось после одного, двух или более курсов, в зависимости от полученного клинического эффекта, а особенно от согласия больных.

Несколько слов о том, что мы понимаем под патологическим liquor. Наши взгляды выработались в этом отношении как по литературным указаниям, так и на основании довольно большого собственного опыта, опирающегося на 1600 исследований спинномозговой жидкости у 1387 больных. Среди них было 44 несифилитика с различными кожными заболеваниями. У них лимфоцитоз никогда не превышал 5 на кв. мм.; Ph. I только в одном случае была слабо положительной; общее количество белка не было больше двух делений по Nissl'ю; коллоидальная реакция с mastix и RW в liquor у всех оказалась отрицательной. У 36 несифилитиков с различными заболеваниями ц. н. с., лимфоцитоз только у 2 больных дал по 6 и 7 лимф., у остальных—ниже Ph. I у всех была отрицательной. Белок не был выше 2 делений. RW и mastix дали отрицательные результаты.

Эти данные, в соответствии с результатами наших многочисленных исследований у больных с сифилитическими поражениями ц. н. с., дали нам основание считать лимфоцитоз более 5 уже ненормальным, а более 7—указывающим на явную патологию. Ph. I, изолированная, недостаточна для признания liquor патологическим, но вместе с лимфоцитозом, хотя бы в 6—7 элементов, уже дает патологию. Несмотря на то, что mastix дал нам указания на большую степень специфичности, мы еще воздерживаемся от того, чтобы изолированную мастичную реакцию признавать достаточной для патологии liquor.

Нечего говорить, что RW в liquor не только всегда указывает на патологичность его, но является патогномоничной для сифилиса н. с.

Лечение проводилось, по преимуществу, смешанное: ртутно-иодисто-сальварсанное. Большинство больных подвергалось только ртутно-иодистому лечению или только сальварсанно-иодистому лечению.



В течение последних 3-х лет одна категория больных получала висмутовое лечение: исключительно висмут или висмут+сальварсан+иод, или висмут следовал за проделанными уже курсами другого специфического лечения. Наконец, у некоторых больных, кроме специфического лечения, было применено и неспецифическое.

По общей методике лечения, наши больные должны быть разделены на 2 группы.

I-ая — молодые и удовлетворительного общего состояния субъекты или даже не столь молодые, но достаточно крепкие физически. У них лечение проводилось энергичное, такое, какое мы применяем вообще при лечении сифилиса, именно на курс лечения: 10—15 впрыскиваний салициловой ртути через 3—4 дня, по 1,0 10% эмульсии; 6—8—10 впрыскиваний нео (в некоторых случаях арсола), по 0,6 через 5 дней (у женщин—0,45) и 5—12 бутылок иодистого калия из 10,0:200,0. Висмут только вначале давался нами в виде дерматоля и айроля—10% эмульсия; в дальнейшем мы перешли почти исключительно к 10% эмульсии ксероформа, впервые нами введенного в терапию сифилиса. Предпочтение мы отдаем ему не потому, что он оказывает лучшее терапевтическое действие—в этом отношении мы не могли отметить разницы между различными препаратами Bi, не исключая заграничных, — а потому, что его побочные действия, именно на почки, меньше, чем при дерматоле и айроле. На курс мы даем 15—20 впрыскиваний 10% ксероформа, по 1,0 через 3 дня\*).

Что касается количества таких курсов, то в этом отношении данная группа больных делится на две подгруппы: а) больные во вторичном периоде сифилиса и б) больные с поздними поражениями ц.н.с. У первых курсы давались с промежутком в 1—3 месяца, и общее количество курсов доводилось до 6—7, как обычно у нас проводится хронически перемежающееся лечение, при условии отрицательной R W в крови перед последними тремя курсами. На этом лечение останавливается, если к тому времени также клинические явления прошли, или остались только те проявления заболевания ц.н.с., которые служат лишь выражением рубцовых изменений в нервном веществе, и если liquor пришел к норме. В противном случае лечение продолжается до получения такого результата. При поздних же поражениях количество курсов лечения зависит главным образом от течения болезни и состояния liquor. Здесь промежутки между курсами лечения только в начале небольшие—1½—2 месяца. После 3—4 курсов, при упорно держащихся клинических явлениях или изменениях liquor, — перерыв лечения на ½ года, а затем еще 1—2—3 курса с перерывами по 3 месяца, в зависимости от полученных результатов.

II-ая группа — случаи, когда позднее поражение ц.н. системы, в особенности tabes, касается лиц более пожилого возраста или даже более молодых, но ослабленных, истощенных; у них лечение ведется нами с особой осторожностью. Здесь ртуть дается предпочтительно в виде растворимых препаратов внутримышечно, ежедневными впрыскиваниями sol. Hydr. bicusan. 1½% или Hg. bibrom. 2%, и только при отсутствии этих препаратов — Hg. bichlor. 1½%, по 0,5—1,0 на впрыскивание; на курс до 30, редко 35—40 впрыскиваний.

В ряде случаев мы применяли Hg. bicusan. 1½% внутривенно. По поводу этого метода мы должны заметить, что, вопреки увлечению французов за последние го-

\*) Считаем необходимым указать, что для изготовления эмульсии следует применять ксероформ хорошей марки и растительное масло во избежание неблагоприятных побочных явлений.



ды, мы считаем его, на основании довольно многочисленных наблюдений в разных стадиях сифилиса и в частности при сифилисе ц.н.с., слабее по терапевтическому эффекту, чем тот же bicusanat в той же концентрации внутримышечно. Но этот способ имеет некоторые важные преимущества, которые заставляют нас все же не оставлять его. Это, во-первых, его полная безболезненность; во-вторых, более легкая переносимость; последнее объясняется, повидимому, той же причиной, которая вызывает и меньший терапевтический эффект, т. е. очень быстрым выделением из организма. Это же обстоятельство дает возможность наиболее быстрого выключения вредного влияния ртути, если обнаружится непереносимость ртути и в этой форме. То, что в прежние времена отпугивало некоторых от внутривенных инъекций, — несколько более деликатная техника и большая ответственность приема в виду введения средства непосредственно в кровь — теперь, когда терапия вообще, можно сказать, проходит под знаком внутривенного применения лекарств, это уже мало для кого может служить препятствием. Изредка наблюдаются флебиты с последующей непроходимостью вен, особенно там, где они слабо развиты, и приходится вводить в мелкие вены.

Ртутные втирания нами почти не прописываются в виду малой надежды на правильное их применение нашими больными, в подавляющем числе амбулаторными.

Впрочем, лечение II-ой группы больных за последние годы, с тех пор как мы стали применять висмут, сделалось несравненно более энергичным, приблизившись в этом отношении к I-ой группе, так как новое средство не только переносится лучше ртути, но зачастую даже на подобие сальварсана, тонизирует организм.

Во всех случаях нервного сифилиса, особенно при первом курсе, мы начинаем лечение во избежание Herxheimer'овской реакции, со ртути и иода или висмута и иода, и только после 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 недель такой ртутно- или висмута- иодистой подготовки мы начинаем вводить сальварсан (предпочтительно нео). При этом обычно первые дозировки малые: 1—2 раза по 0,3 нео через 2—3 дня, 1—2 раза по 0,45 через 4 дня и далее по 0,6 через 5 дней. При *tabes* и у очень слабых или пожилых людей мы начинаем с 0,15—два—три раза через день, а затем 1—2 раза по 0,3 и далее по 0,45 через 5 дней, у хорошо переносящих и окрепших доходя до 0,6. Иодистый калий дается нами, по возможности, во все продолжение курса по 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 грамма в день. Только в острых случаях количество иодистого калия доводится до 4 грамм в день. Само собой разумеется, что эти схемы строго индивидуализируются при применении к отдельным случаям.

Всего прошло через мужское кожно-венерическое отделение до апреля 1925 года 719 случаев сифилиса нервной системы. Из них, *tabes*—251 случай, п. п.—64 случая, *lues cerebro-spinalis*—311 случаев, *menigo-recidiv'ов\**—56 сл. и *neuro recidiv'ов*—37 случаев. Однако использовать для данной работы мы могли лишь 285 случаев. Остальные являются неподходящими либо потому, что ускользнули из под наблюдения, до того как успели проделать хотя бы один полный курс специфического лечения, либо это были случаи *menigo*-и *neuro-recidiv'ов* без повторных исследований liquor, что не дает возможности судить о действии лечения на процесс в ц.н.с. Длительность наблюдения у наших больных была от нескольких месяцев до нескольких лет. Рассматривая результаты лечения в ближе прослеженных нами случаях, мы разделили больных на 4 группы: I-ая—с резким улучшением, II-ая—с улучшением, III-ая—без перемены и IV-ая—с ухудшением.

В первую группу вошли случаи, где специфическое лечение оказало настолько сильное действие, что больные могут рассматриваться практически, как выздоровевшие; напр., если исчезли все клинические симптомы поражения н.с., liquor стал отрицательным, и остались лишь явления выпадения, как отсутствие коленных рефлексов, анизокория и т.п., либо сохранились резидуальные явления рубцового характера, напр., после инсультов. Далее, сюда вошли также случаи *tabes*, ставшие стационарными в течение более продолжительного времени. Мы считали эффект резким улучшением и

\*) Под *menigo-recidiv'ом* мы понимаем явления ясно патологического liquor у сифилитика при отсутствии каких-либо клинических явлений, кроме, разве, головной боли.



тогда, когда, при подобного рода клиническом изменении симптомов, liquor еще дает некоторые патологические данные. Кроме того, к этой группе причислены больные, пробовавшие хотя и недолго под наблюдением, но давшие после 2-х, 3-х и даже одного курса очень резкий эффект напр., случай *tabes dorsalis*, в котором через 1½ месяца по окончании курса висмута-сальварсанного лечения не только исчезли все явления раздражения, как стреляющие боли, парестезии, тугое мочеиспускание, но и вернулся коленный и Ахиллов рефлекс с одной стороны, а liquor дал резкое улучшение. Однако в таких случаях, если liquor оказывался неизменным, эффект лечения не квалифицировался, как резкий. С другой стороны, и полное возвращение liquor к норме еще не служило основанием, для того чтобы отнести случай к группе резкого улучшения, если этот результат лечения не сопровождался соответственным улучшением клинической картины.

Из сказанного о группе резкого улучшения до известной степени понятно, какие случаи включались в группу просто улучшения. Надо же оговориться, что только ясное, несомненное для больного и для врача изменение припадков болезни в сторону улучшения, с исчезновением склонности к прогрессированию, служило достаточным поводом для того, чтобы признать улучшение. Одно колебание liquor в сторону улучшения, хотя бы сильное, было для этого недостаточным, кроме случаев *meningo-recursive* без клинических явлений, так как здесь изменение реакций liquor служит единственным мерилем. С другой стороны, ясное клиническое улучшение без улучшения данных со стороны спинно-мозговой жидкости не исключало случай из данной группы.

В следующую группу — без перемены — включены все случаи, не давшие заметного эффекта, или где одни симптомы улучшились или исчезли, но зато появились новые, указывающие на продолжающуюся работу инфекции, напр., исчезновение стреляющих болей и парестезий, улучшение атаксии при *tabes*, но появление недержания мочи или явного ухудшения liquor.

Группа ухудшения не нуждается в особых пояснениях.

Для иллюстрации того, что мы понимаем под той или иной категорией, мы приведем некоторые истории болезни в кратком извлечении.

Набл. № 128. К., ист. бол. А 5694, 24 л., сапожник; явился в отделение 26/IV—1921 г. Зараж. в 1920 г. Получил 2 курса ртутного лечения. *St. praes.*: припадки потемнения или потери сознания, ослабление памяти, головные боли, головокружения; повышение коленного рефлекса слева; анизокория; недержание мочи; liquor: *Ly* 68; *Ph* I +; бел. 6 по *Nissl'*ю; р. *Vacc.* в liquor. ++ при 0,2; +++ при 0,6. Диагноз: *lues cerebro-spinalis*. После 3 курсов ртутно-сальварс. все симптомы исчезли, кроме анизокории; после 4-го курса, 13/VIII—23 liquor—норма. В дальнейшем, до настоящего времени никакого ухудшения. Получил еще 2 курса ртутно-сальв. и 2 курса висмутового лечения. (Резкое улучшение. Длительность наблюдения 3 г. 9 мес.).

Набл. № 152 М., ист. бол. Б 1374, 46 л., преподаватель. Явился в отделение 5/V—22 г. Зараж. 20 л. назад; получил 10 втираний. Настоящие явления 2 года. *St. praes.* Сильные стреляющие боли; резко выраженная атаксия—с трудом передвигается с помощью палки; недержание мочи и кала; очень резкий *Romberg*; отсутствие коленных и Ахилловых рефлексов; анизокория; *Argyll-Robertson*; ослабление памяти и сообразительности; общая слабость; атрофия зрительных нервов; *v.o. utriusque* = 0,1; р. *Vacc.* в крови отриц. *Liqu.*: *Ly* 207; *Ph.* I +++; бел. 1,5; р. *Vacc.* в liquor. +++ при 0,2. Диагноз: *tabes dorsalis*. После курса в 10 впрыскиваний арсола по 0,2—0,4 + иодистый калий—сильное улучшение, которое прогрессировало при следующих 4-х иодисто-сальварсаных курсах, вместе с постепенным улучшением liquor при следующих 3 пункциях, так что исчезли стреляющие боли, недержание мочи и кала; особенно поражает резкое улучшение атаксии—ходит свободно, быстро, без палки; память и интеллект вполне восстановились; общее состояние отличное. Явления выпадения те же. *Visus* по прежнему = 0,1 (одно время было улучшение до 0,2). *Liqu.*: *Ly* 3; *Ph.* I +; бел. 1,5; р. *Vacc.* в liquor. +++ при 1,0. После 3 курсов висмута состояние то же, все реакции liquor стали совершенно отрицательными, кроме р. *Vacc.*, которая все еще дала +++ при 0,8. Интересно, что во время висмутового лечения раза два возобновились стреляющие боли, но вновь исчезли. (Резкое улучшение. Длительность наблюдения 3 года).

Набл. № 123. Г. И., ист. бол. Б 6436, 56 л. Явился в отд. 16/X—23. Зараж. в 1915 г. Получил 2 курса ежедневных ртутных впрыскиваний с 1 вливанием сальварсана при каждом курсе. С 1919 г. явления *tabes*. *St. praes.*: сильные стреляющие боли в ногах; чувство ковра; резкая атаксия; половое бессилие; иногда и недержание мочи; *Romberg* резко полож.; анизокория; *Arg.*-*Robertson*; коленные рефлексы отсутствуют. *Liquor*: *Ly* 8; *Ph.* I +; бел. 1/3; р. *Vacc.* в liquor.—Диагноз: *tabes dorsalis*. После 2 курсов ртутно-сальварсанно-иодистых—одного в 40 внутривен. впрыск. цианист. ртути и 9 нео по 0,3—0,6. другого в 30 внутривенных впрыск. оксициан. ртути + 10 нео, с промежутками в 1½ месяца, и трех висмутовых курсов по 15 впрыск. ксероформа 10% по 2,0—1,0—отмечено: стреляющих болей нет, атаксия резко уменьшилась, также парестезии; но чувство ковра, хотя в меньшей степени, еще имеется; недержание мочи исчезло, но моча идет туго; анизок,



рия меньше; сознание ясное; резкое улучшение общего состояния и самочувствия. В остальном *st. id.* (Улучшение. Длительность наблюдения 2½ г.).

Набл. № 14. С. С., ист. бол. А 7743, 43 лет, служащий. Явился в отделение 18/VII — 1921 г. Зараж. в 1912 г. Два курса ртутного лечения с 3 вливаниями сальв. *St. praes:* головные боли и боли в спине и в ногах, особенно правой; анизокория; отсутствие реакции зрачков на свет и конверг.; пониж. тактильной чувствительности в спине; болезненность области позвоночника при постукивании; боль в области плечевых мышц и костей. *Liquor:* Ly 208; Ph. I +; бел. 4; р. Васс. в *liqu.* + при 0,2; р. Васс. в крови ++. Диагноз: *meningo-radculitis syphilit.* После 4 курсов ртутно-иодисто-сальварсанных никакого улучшения в клинической картине, терпнут пальцы правой руки, понижение чувствительности в правых конечностях. *Liquor:* Ly 34; Ph. I +; бел. 1¼; р. Васс. в *liqu.* +++ при 0,6; р. Васс. в крови —. (Без перемены. Длительность наблюдения 2 г. 3 м.).

Набл. № 187. Г., ист. бол. 2235. Явился 20/V — 1919 г. Зараж. в 1914 г. Специфического лечения не получал. Явления *tabes* 8 лет. *St. praes:* стреляющие боли, атаксия, затрудненное мочеиспускание; диплопия; *Romberg* положительный; пателлярные и Ахилловы рефлексы отсутствуют; анизокория, зрачки не реагируют на свет; *ptosis* век с обеих сторон. Диагноз: *tabes dors.* После 3 ртутно-сальварсано-иодистых курсов (с 2—3 влив. сальв. на курс) появились парестезии, потеря чувствительности в кончиках пальцев, недержание мочи и кала, половое бессилие. В остальном *st. id.* (Ухудшение. Длительность наблюдения 1 год).

При детальном рассмотрении историй болезни в наших наблюдениях, оказывается, что недостаточный эффект или отсутствие его при одном ртутном или ртутно-иодистом лечении получался не только при слабом, но иногда и при интенсивном лечении, особенно при спинной сухотке. Нельзя того же сказать о сальварсане. Здесь обыкновенно слабый эффект сопровождал недостаточную дозировку, и только редко хорошее сальварсанное лечение, особенно в сочетании со ртутью и иодом, не давало результата при истинном сифилисе нервной системы; даже при *tabes* обычно удавалось отметить улучшение при достаточно терпеливом, не слишком усердном по интенсивности у ослабленных лиц, но зато длительном и повторном лечении. При церебральном и спинальном сифилисе полученное улучшение, поддержанное дальнейшим лечением — обычно оказывается стойким. Нельзя того же сказать о *tabes*. Здесь иногда даже хорошее улучшение, особенно если оно не доведено до резкого улучшения или вполне отрицательного *liquor*, может дать в более или менее близком будущем рецидив; обыкновенно все же в виде новых симптомов, что означало бы распространение процесса, а в виде возобновления прежних, т. е. рецидивов в месте заглохшего было под влиянием лечения очага. Следует затем указать на общеизвестное, впрочем, явление, что зачастую при поздних нервных поражениях не удавалось провести достаточно интенсивного и систематического лечения из-за плохого общего состояния и пожилого возраста, отличающих часто эту категорию больных, особенно табетиков. А это, т. е. систематическое и достаточно интенсивное лечение, служит и по нашему мнению, *conditio sine qua* поп успеха специфического лечения. В этом отношении дело теперь, благодаря висмуту, обстоит значительно лучше.

В ряде случаев, где мы пробовали в свежих стадиях вторичного сифилиса проводить лечение одним сальварсаном, мы получили менинго-рецидивы, обычно без всяких клинических явлений. Дальнейшее, однако, лечение, хотя бы одним сальварсаном, а особенно, комбинированным ртутно-или висмута-сальварсанным лечением, легко уничтожало патологические явления в *liquor*.

Как образец, приводим следующее наблюдение:

Набл. № 132. Б-ой Н. Мих., ист. бол. Б 3735, 22 л., красноармеец. Явился в отделение 23/X — 1922 г. с явлениями *Syph. I et II recens;* р. Васс. в крови ++++. *Liquor:* Ly 3; Ph. I +; Pandy; бел. 1; р. Васс. в *liqu.* —. После курса в 10 нео по 0,45—06,



через 7 дней (всего 5,55), liquor через 2 месяца, при отсутствии клинических явлений и отриц. р. Васс. в крови: Ly 388; Ph. I + +; Pandy + + +; бел.  $2\frac{1}{4}$ ; р. Васс. в liq. + + + при 0,2; + + + + при 0,4. Дано снова 10 neo (5,55). Через 5 дней после этого liq. : Ly 3; Ph. I +; P. + +; бел.  $1\frac{1}{2}$ ; р. Васс в liq. + + + + при 0,2. Через  $1\frac{1}{2}$  мес. желтуха. Через 5 месяцев — рецидив на коже и слизистой. В дальнейшем, 4 регулярных курса висмута с промежутками в 1—2 мес. После этого 19/II—1925 г.: явлений сифилиса нет; liq. : Ly 2; Ph. I, Pandy и Weichbr. —; бел.  $\frac{2}{3}$ ; р. Васс. в liq. —; mastix—.

Эти наблюдения укрепили нас в давнишнем убеждении, что наилучший эффект дает одновременное сочетание сальварсана со ртутью и иодом или с висмутом и иодом.

Результаты лечения атрофии зрительных нервов были у нас до недавнего времени мало ободряющими. Попытки ртутного лечения, за немногими исключениями, не только обычно не могли остановить процесса, но давали часто явное ухудшение. Только с введением сальварсана лечение атрофий зрительных нервов приобрело почву под ногами. Атрофию зрительных нервов, если она не очень далеко зашла, мы обыкновенно подвергаем вначале осторожному, под контролем окулиста, смешанному лечению, при чем в этих случаях ртуть дается только в виде ежедневных впрыскиваний растворимых препаратов, чтобы при надобности сразу можно было приостановить ее действие. В большинстве случаев, однако, ртуть приходится выключать, а терапия проводится только сальварсано-иодистой. Такое лечение в значительном числе случаев дало нам стойкую остановку процесса, либо замедление поступательного хода его. Явно вредного действия сальварсана на атрофический процесс мы не могли констатировать. В нескольких случаях получилось даже улучшение, но лишь временное. Только со времени применения висмута у нас возникли надежды на возможность улучшения атрофического процесса в зрительных нервах, о чем мы подробнее скажем в другом месте. Следует отметить улучшение атрофии зрительных нервов в случае *tabes*, леченном малярией + + сальварсан, — улучшение, хотя небольшое, но которое держится до сих пор, спустя  $1\frac{1}{2}$  года после малярии.

Что касается специфического лечения п.п., то оно само по себе на 15 более прослеженных случаев дало только одно, хотя и резкое, но кратковременное улучшение — в начальном стадии заболевания — после курса Vi. В другом случае — также инициальная форма — ртутное лечение дало сначала ухудшение, но соединенное затем с сальварсаном, вызвало ремиссию, которая, хотя и неполная, с дефектами, но позволяет больному заниматься кое-как своим делом — играет в оркестре — и длится уже свыше двух лет. Во всех остальных 13 случаях отмечено после одного специфического лечения либо, большей частью, ухудшение, либо *status quo ante*.

Таблицы, которые мы здесь представляем (стр. 40), дают общую сводку полученных на нашем материале результатов при различных способах и средствах, в том числе при Vi и неспецифич. терапии. Случаи менинго-рецидивов с повторными исследованиями liquor включены в отдел cerebro-спинального сифилиса. В общем результаты лечения представляются следующими: (см. табл. I и II).

В таблице I обращает на себя внимание меньший процент резкого улучшения при *syphilis cerebro-spinalis* — 41,6%, чем этого можно было бы ожидать при энергичном специфическом лечении „истинно сифилитических“ поражений нервной системы. Объясняется это обстоятельство тем, что известная часть этих случаев не успела подвергнуться достаточно продолжительному лечению вследствие малой у них длительности наблюдения. В этом можно убедиться, если сопоставить эту цифру с соответствующей цифрой следующей таблицы, в которую вошли только больные с длительностью наблюдения более года — 56% резкого улучшения. По той же причине и *tabes* дает во II-ой таблице более благоприятные отношения. Надо еще иметь в виду, что на цифры резкого улучшения сильно влияет не столько рефрактность некоторых случаев по отношению к специфическому лечению, сколько общая слабость или пожилой возраст, столь часто наблюдаемые при поздних формах нервного сифилиса и служащие препятствием к проведению того интенсивного и систематического лечения, какое здесь требуется для полного успеха. Интересно, что общее количество улучшений, наблюдавшихся нами при специфическом лечении *tabes*, совпадает с цифрой, указанной в не-



Таблица I.

## Общие результаты лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ	Syphilis cerebro-spinalis		Tabes dorsalis	
	Число случ.	‰/‰/‰	Число случ.	‰/‰/‰
Резкое улучшение . . . . .	62	41,6	25	26
Улучшение . . . . .	66	44,3	47	49
Без перемены . . . . .	18	12,1	15	15,6
Ухудшение . . . . .	3	2	9	9,4
Всего . . . . .	149	100	96	100

Таблица II.

## Общие результаты лечения в случаях, прослеженных не менее года.

РЕЗУЛЬТАТЫ	Syphilis cerebro-spinalis		Tabes dorsalis	
	Число случ.	‰/‰/‰	Число случ.	‰/‰/‰
Резкое улучшение . . . . .	47	56	19	36,5
Улучшение . . . . .	29	34,5	22	42,2
Без перемены . . . . .	8	9,5	8	15,3
Ухудшение . . . . .	0	0	3	6
Всего . . . . .	84	100	52	100

давно появившейся работе Dreyfus'a, посвященной специально вопросу о лечении этого заболевания, — 75%.

Нельзя слишком сильно подчеркнуть угнетающее действие, которое производит интенсивное ртутное лечение, особенно впрыскиваниями нерастворимых препаратов, на общее состояние организма, в особенности у лиц ослабленных или пожилых, или склонных к вспышкам активного туберкулеза. Это обстоятельство очень часто служит, как мы уже указывали сейчас, причиной неудачи нашего лечения при позднем нервном сифилисе, — либо благодаря необходимости прерывать лечение раньше времени, либо вследствие вызванного этим ослабления интенсивности лечения. Вот почему мы особенно были обрадованы, когда убедились в возможности заменить ртуть, хотя бы в известной мере, новым специфическим средством — в и с м у т о м. Последний не только не оказывает обыкновен-



но такого угнетающего на организм действия, но, наоборот, большей частью общее состояние больных от него явно поднимается.

В терапевтическом же отношении висмут дал нам при нейросифилисе, особенно при *tabes*, столь благоприятные результаты, каких мы раньше от ртути почти не видели, и которые временами превосходят даже эффект от сальварсана. Отличное действие висмута сказывается и на *liquor*, главным образом уменьшением или приведением к норме лимфоцитоза и глобулиновых реакций. Соединение же Bi с сальварсаном представляет в настоящее время, по нашим наблюдениям, наиболее действительный метод специфического воздействия на нейросифилис. Известное представление о качествах Bi, как они обнаружались в наших наблюдениях при лечении различных форм сифилитических поражений ц. н. с., дают нижеследующие две таблицы.

Сравнительные таблицы результатов специфического лечения нейросифилиса различными средствами \*).

Таблица III.

## Lues cerebro-spinalis.

Результат	Ртуть		Ртуть+сальв.		Висмут		Висм.+сальв.		Bi+Sa+Hg	
	Число случ.	0/0 0/0	Число случ.	0/0 0/0	Число случ.	0/0 0/0	Число случ.	0/0 0/0	Число случ.	0/0 0/0
Резкое улуч.	1	11	18	37	15	47	6	46	20	46,5
Улучшение	4	44,5	25	51	14	44	6	46	19	44,2
Без перемен	3	33,5	5	10	3	9	1	8	4	9,3
Ухудшение	1	11	1	2	0	0	0	0	0	0
Всего . .	9	100	49	100	32	100	13	100	43	100

В этих таблицах сведены результаты лечения 237 больных, более прослеженных, из коих, у 138 был применен висмут: один (46 сл.) или одновременно с сальварсаном (26 случ.) или после неуспешного или недостаточно успешного лечения другими специфическими средствами (66 случ.).

Отсутствие в таблицах рубрики лечения одним сальварсаном объясняется тем, что будучи с самого начала появления сальварсана сторонниками сочетания его со ртутью, мы могли впоследствии, при наблюдении случаев, почему-либо проводившихся под одной сальварсанной терапией, убедиться, что таковая иногда, даже при интенсивном лечении, может все же провоцировать вновь или усиливать существующие нервные локализации спирохет (см. стр. 44). Поэтому, как правило, мы никогда не применяем одного сальварсана, кроме случаев abortивного лечения очень раннего серонегативного первичного сифилиса. Те немногие случаи, которые по особым поводам, как нетерпимость в отношении ртути или большинство случаев атрофии зрительных нервов, оставались при одном сальварсанном лечении, были впоследствии лечены все и висмутом и попали поэтому, для окончательного суждения, в рубрику „висмут + сальварсан“.

Не входя в разбор данных, полученных в этих таблицах при лечении нейросифилиса различными специфическими средствами, мы хотели бы только отметить сильное повышение % улучшений при

\*) Кроме указанных средств, повсюду применялся и иод.



## Tabes dorsalis.

Результат	Ртуть		Ртуть+сальв.		Висмут		Висм.+сальв.		Bi+Sa+Hg	
	Число случ.	% ‰	Число случ.	% ‰	Число случ.	% ‰	Число случ.	% ‰	Число случ.	% ‰
Резкое улуч.	0	0	2	7	5	35,7	5	38,5	12	52,2
Улучшение	8	61,5	15	53,6	6	43	7	53,8	10	43,5
Без перемен	4	30,8	5	18	3	21,3	1	7,7	1	4,3
Ухудшение	1	7,7	6	21,4	0	0	0	0	0	0
Всего . .	13	100	28	100	14	100	13	100	23	100

лечения висмутом в обеих группах — церебро-спинального сифилиса и tabes — и главным образом в рубрике резкого улучшения.

И если в церебро-спинальном сифилисе уже один висмут дает такой прекрасный эффект — 47% резкого улучшения и 91% улучшения вообще, — то при tabes последний особенно сильно обозначается, когда сочетается висмут с сальварсаном — 38,5% резкого улучшения и 92,3% улучшения в общем. Максимальный процент улучшений — 95,7%, и прежде всего резких улучшений — 52,2%, достигнутый при tabes сочетанием всех трех специфических — Bi, сальварсана и ртути, может быть объяснен тем, что в этих случаях мы обыкновенно имели дело с больными, долго лечившимися ртутью и сальварсаном и не дававшими резкого улучшения, т. е. до известной степени рефрактными к этим средствам. А в таких случаях, как всеми почти отмечается, висмут особенно хорошо действует\*).

**Выводы.** 1. Доступ специфических средств в ц. н. с. затруднен, поэтому требуется особая энергия и настойчивость при их применении для достижения успеха.

2. Так называемые истинно-сифилитические поражения ц. н. с. вторичного и третичного периода поддаются большей частью энергичному систематическому специфическому лечению обычными способами и средствами.

3. Лечение должно вести, по возможности, до стойкого уничтожения клинических и серологических симптомов.

4. В виду диагностического и известного прогностического значения патологического liquor, следует как можно шире пользоваться методом исследования спинно-мозговой жидкости и при положительном результате его проводить особенно настойчивое специфическое лечение подобных случаев, стремясь, по возможности, к получению стойко-нормального liquor, так как таким путем может быть достигнуто предупреждение тяжелых поздних поражений ц.н.с.

5. Хотя паренхиматозный сифилис ц.н.с. и является как клинически, так и анатомически совершенно особой формой по сравне-

\*) Подробнее вопрос о висмуте в лечении нейросифилиса изложен нами в работе, которая помещена в „Dermatol. Zeitschr.“ за 1926 г., т. XLVI, № 5/6.



нию с так называемыми истинно-сифилитическими нервными поражениями, но в виду того, что и он вызывается очагами спирохет, следует применять к нему специфическое лечение.

6. Спинальная сухотка при помощи специфической терапии в значительном числе случаев поддается резкому улучшению со стороны симптомов раздражения, которое нередко сопровождается стойкостью полученных результатов, т. е. переходом в стационарное состояние.

7. П. п. почти совсем не поддается одной специфической терапии, если не считать наступающих иногда кратковременных ремиссий в начале лечения, при ранних формах.

8. Неспецифическая терапия прогрессивного паралича в сочетании со специфической дает очень благоприятные результаты, особенно инфекционная, по способу Розенблюм—Wagner'a, как это показывают и наши наблюдения.

9. Не только при п. п., но и при остальных формах сифилиса ц.н.с. необходимо дальнейшее испытание неспецифической и, особенно, инфекционной (малярийной) терапии в помощь специфической. Те случаи *tabes* и истинного сифилиса нервной сист., которые упорно не поддаются лечению, в смысле лй клинических явлений или в отношении *liquor*, должны подвергнуться в первую очередь сочетанию с неспецифической терапией, что мы и осуществляем у себя в отделении в последние годы.

10. Висмут является очень хорошим специфическим антисифилитическим средством, в том числе и при сифилисе нервной системы.

11. Наши наблюдения над действием висмута при нервном сифилисе заставляют нас считать в настоящее время его применение в этом случае совершенно необходимым, особенно в сочетании с сальварсаном. Превосходство его здесь над ртутью сказывается не только в несравненно лучшем эффекте, но и в легкой его переносимости, зачастую даже в поднятии общего благосостояния организма, в противоположность ртути.

12. При настоящем положении вещей нам более целесообразным представляется использование всех возможностей, которые нам дают как специфические, так и неспецифические средства в лечении сифилиса нервной системы. Принимая, кроме того, во внимание относительную или полную рефрактность некоторых больных к тому или иному специфическому средству, является показанным сочетание всех специфических (Sa, Bi, Hg, J) друг с другом и с неспецифической терапией, одновременное или последовательное, в тех или иных комбинациях.

#### Литература.

1. А. А. Фельдман и И. Д. Перкель. Русский Вестник Дермат. 1926, № 1 и 2.
2. Babinski. Реф. Медиц. Ж. 1921, № 8/9, стр. 573.
3. Nonne. Syphilis und Nervensystem. 1924.
4. Milian. Реф. Мед. Ж. 1921, № 8/9, стр. 574.
5. Ravaut. Syphilis paludisme, amibiase. 1922, стр. 28.
6. Leredde et Drouet. Traitement de la syph. 1922.
7. Sicard. Реф. Мед. Ж. 1921, № 8/9, стр. 573.
8. Gennerich. Syph. des Z. N. S. 1921.
9. Kyrle. Сифилис. 1923.
10. Roussy. Мед. Ж. 1921, № 8/9, стр. 574.
11. Bloch. Ibid., стр. 575.
12. Mott. Lancet. 1923, № 1, Реф. Zbl. I. Haut u. Geschlechtskr. 1923, стр. 247.
13. Rogues de Foursac et Furet. L'encephale, Janv. 1921. Реф. Ann. des mal. vénér. 1922, — 12.
14. Dreyfus. M. med. W. 1912, № 19.
15. Ravaut. Presse méd. 1919, № 37.
16. Plaut. Dsch. m. W. 1918, № 45.
17. Fordyce. Реф. Zbl. f. d. ges. N. U. Ps. т. 38, стр. 263.
18. Goldscheider u. Wittgenstein. D. m. W. 1924, № 16.
19. Neisser. Цит. по Nonne.
20. Moore. Ibid.
21. Osann. D. m. W. 1924, № 20, стр. 663.
22. Erb. Цит. по Nonne: Diagnose u. Therapie d. syphilis Erer. d. Z. N. S. 1913.
23. Leredde. Le traitement du tabes. 1918.
24. Dreyfus. Zbl. f. d. ges. N. n. Ps. 1924, т. 13, стр. 303.
25. Lafora. Zbl. f. Haut-u. Geschlechtskr., т. 13, стр. 390.
26. Wittgenstein. M. m. W. 1924, № 9.
27. A. A. Feldmann u. I. D. Perkel. Zsch. 1926, т. XLVI, № 5-6.



## Клиническое значение реакции Пирке и Манту в диагностике туберкулеза у детей\*).

Ассистент Г. С. Леви.

Лучше всего поддаются воздействию тех или иных мероприятий ранние стадии туберкулеза; следовательно, все методы, направленные к усовершенствованию ранней диагностики, заслуживают всецело нашего внимания.

Учение Behring'a, Römer'a гласит, что человек заражается туберкулезом в детстве. Возраст этот представляет особенности как в локализации, так и в течении процесса, что затрудняет диагностику. По данным Comby, Hamburger'a и др., чаще всего у детей поражаются железы, главным образом бронхиальные.

Проф. Гундобин объясняет это особенностями их строения: „Богатство кровью и клеточными элементами объясняет частоту поражения лимфатического аппарата в детском возрасте: широкие синусы открывают свободный доступ инфекционным началам, и в то же время очень узкая сеть reticulum надолго задерживает микробов. С другой стороны, пластические процессы в растущем организме, требующие усиленного кровотока, и малая устойчивость, легкая ранимость у детей тканей, облегчающая внедрение патогенных микробов, приводят деятельность желез к высокой степени напряжения и создают благоприятные условия для их заболевания“.

Течение туберкулеза у детей с склонностью к генерализации: из туберкулезного очага может идти диссеминация бацилл и развитие туберкулов в различных органах. Физические методы (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация) у детей являются часто недостаточными. Метод бактериоскопического определения туберкулеза представляет затруднения, так как дети и при наличии мокроты не отхаркивают ее.

Для облегчения возможности получения мокроты Kaufmann катетером, введенным до гортани, отсасывал мокроту, Kossel — отыскивал бациллы в испражнениях, Bertherand — получал содержимое желудка при помощи рвотного и исследовал на бациллы. Все эти затруднения заставили обращать внимание на общие симптомы и метод рентгенографии. Нужно отметить, что одних этих признаков бывает недостаточно для точной диагностики туберкулеза у детей.

В виду важности и огромной профилактической роли раннего диагностирования туберкулеза у детей, особенное значение стало уделяться биологическим реакциям *in vitro* и *in vivo*.

Реакции: агглютинации, связывания комплемента, опсонического показателя крови, Вильдбольца, осаждения эритроцитов; некоторые из этих реакций оставлены, ибо об активности процесса они не могли говорить; по другим ведутся соответствующие наблюдения. Незначительные данные, которые имеются по поводу применения „tuberkulose-diagnosticum“ Fornet'a, не дают у детей соответствующих положительных результатов.

Fornet предложил применение „tuberkulose-diagnosticum“, исходя из того, что благодаря жиро-восковой оболочке туберкулезной бациллы обмен между белковой субстанцией ее, являющейся носителем антигенных свойств, и организмом затруднен, и потому при введении в организм туберкулезных бацилл он лишен способности ответить на это образованием достаточного количества агглютининов, а посему для реакции агглютинации туберкулезные бациллы должны быть обезжирены. „Tuberkulose-diagnostikum“ Fornet'a представляет эмульсию обезжиренных туберкулезных бацилл.

В связи с недостаточностью этих реакций, ценность приобретает модифицированная реакция Пирке, которая была предложена еще в 1907 г., и представляет собой изменение метода Koch'a. Мы применяли реакцию Пирке и Манту в Школьной Поликлинике свыше чем на 1000 детей с 1923 по 1925 г. Применяли мы 100%, 30%,

\*) Доклад, читанный на III-ем Всесоюзном съезде педиатров в Ленинграде в июне 1925 г.



10%, 3% туберкулин и контроль. При этом производили исследование антропометрическое и крови на гемоглобин. Прививка нами производилась после предварительной очистки кожи предплечья; контроль наносился внизу и постепенно переходя к 100% наносился ТАК. Через 24 часа, а иногда и позже, появлялась реакция; в некоторых случаях мы замечали положительный результат и через несколько суток. Пирке отмечает, что это наблюдается при инактивных формах. Реакция проявлялась в виде красноты, а затем образовывалась папула. Никаких нежелательных явлений после Пирке мы не наблюдали. Мы прибегли к тому генерализующему методу исследования, который на основании однократного наблюдения дает представление о состоянии массового детского туберкулеза. Из общего количества в 400 детей от 1—5 лет, клинически подозрительных было 120; реакция Пирке положительная у 178, обнаружено при помощи одной реакции, следовательно, 58. Из 450 детей возраста 8—15 лет, клинически подозрительных у нас было 300, реакция Пирке положительная у 385, обнаружено при помощи реакции 85. Те же цифровые данные при помощи туберкулинового испытания дают и Hamburger (Вена), Nothmann (Дюссельдорф) и Rominger (Фрейбург). Hoffa, Sander, Mogo, Grüning — значительно меньшие цифры, каковые мы находим и в работе И. Я. Винокурова.

Данные относительно реакции Манту были следующие: из 400 детей от 1—5 лет, 100 реагировали положительно, а 210 — отрицательно. Из 450 детей 8—15 лет, 390 реагировали положительно, а 60 отрицательно. Отношение числа положительных реакций к отрицательным (индекс положительных реакций) у детей 1—5 лет = 0,9, 1—15 л. = 6,5.

Из 287 детей, реагировавших отрицательно по Пирке, положительно по Манту реагировало 37 человек. Обратило на себя внимание следующее явление: из реагировавших интенсивно на всех разведениях по Pirquet, отрицательно по Манту реагировало 20 детей (явление контраст-феномена). Реакция Манту давала повышение  $t^{\circ}$ , державшееся, порой, день, другой.

Индекс положительных реакций по Пирке у детей 1—5 л. = 0,8, 8—15 л. = 6.

В процессе работы мы интересовались зависимостью между интенсивностью, количеством положительных реакций в различных разведениях (100%, 30%, 10%, 3%) и клинической туберкулезной формой, согласно наблюдениям д-ра Моделя и Сидельниковой. К 1-ой группе мы относили положительную реакцию при всех разведениях (интенсивную на крепких растворах, отчетливую на слабых), ко 2-ой группе — интенсивную на крепких разведениях, к 3-ей группе — слабую на одном или нескольких разведениях, к 4-ой группе — отрицательные реакции. Если 1-ю группу принять за единицу, тогда отношение 1: 2: 3 = 1:4:6.

Вероятность острого клинически протекающего туберкулеза была из 1-й группы = 0,6 (на 100 детей — 60 больных), из 2-ой группы = 0,25, из 3-ей группы = 0,1.

Заслуживает внимания соответствие между иммунно-биологическими и конституциональными особенностями ребенка (интенсивность реакции, антропометрия и исследование на гемоглобин).

Дети, размеры которых отклоняются от средней меньше, чем на величину вероятного отклонения, причисляются к группе средних типичных детей; остальные же дети либо отсталые „гипонормальные“, либо с хорошо развитыми признаками „гипернормальные“, — согласно данным д-ра Моделя и Сидельниковой из детского диспансера в Москве.



РЕАКЦИЯ	Длина тела		Вес тела		Измер. грудной клетки		Исследование гемоглобина	
	Гипо- нормаль- ные дети	Гипер- нормаль- ные дети	Гипо- нормаль- ные дети	Гипер- нормаль- ные дети	Гипо- нормаль- ные дети	Гипер- нормаль- ные дети	Гипо- нормаль- ные дети	Гипер- нормаль- ные дети
Интенсивная (в проц.)	15	29	22	26	24	30	20	28
Слабая (в проц.) . .	23	20	20	20	23	20	22	21

Согласно и нашим данным, в группе детей с интенсивной реакцией чаще наблюдаются случаи с хорошо развитыми конституциональными признаками (рост, вес, грудная клетка и большой % гемоглобина), в группе детей со слабыми реакциями чаще встречаются случаи с признаками морфологической отсталости и с меньшим процентом гемоглобина. Отсюда напрашивается вывод, что нормальная конституция не предохраняет от возникновения и острого течения процесса, а с другой стороны, что слабое физическое развитие является несомненно в результате хронической туберкулезной интоксикации.

Необходимо отметить, что из 220 детей туберкулезных семей, в возрасте 1—5 лет реагировало положительно на Пирке 128 детей (60%), а от 8—15 лет из 300, положительная реакция — в 265 случаях (88%). Из 180 детей здоровых семей 1—5 л., положительно реагировали 50 (28%), а из 150, 8—15 л. положительно реагировали 120 (80%). В возрасте 1—5 лет, главным образом, сказывается влияние семьи на частоту заболевания туберкулезом, от 8—15 лет — условия, и вне семьи лежащие. Применение реакции Пирке с разведениями, с тщательной отметкой качественного характера ее, с исследованиями морфологической конституции, может быть, даст возможность отделить активную форму туберкулеза от неактивной. Точно так, как методом реакции Пирке осуществилось предсказание Коха, что туберкулину предостит диагностическая будущность, так, возможно, и применением указанных модификаций может осуществиться надежда Пирке на большую диагностическую ценность его реакции.

Интерес представляет исследование крови 100 детей до и после применения туберкулиновой реакции. У туберкулезных детей мы получали в 80% случаев повышение количества лимфоцитов и эозинофилов. При применении у туберкулезных протеиновой терапии мы получали лишь увеличение полинуклеаров.

Специфический характер реакции туберкулезных детей на туберкулин нашими данными также подтверждается.

Казагара по вопросу о специфичности туберкулина говорит, что это вытекает из характерной гистологической картины туберкулиновой папулы (здесь находят гнездовые скопления лимфоцитов вокруг желез и сосудов, а в следующие дни гигантские клетки Langhans'a, т. е. такие элементы, которых нет при других токсинных реакциях).

На основании наших наблюдений мы приходим к следующим выводам.

1. При производстве реакции Пирке желательнее применение 100%, 30%, 10% и 3% туберкулина, исследование морфологической конституции и крови ребенка (методы, облегчающие определение клинической формы туберкулеза).



2. Интенсивность и положительная реакция на нескольких разведениях большей частью совпадает с острым течением процесса и соответствует нормальной морфологической конституции.

3. Слабость реакции соответствует хроническому течению процесса, обуславливающему ухудшение признаков морфологической конституции.

4. Желательно применение реакции Манту после отрицательных данных при применении Пирке.

5. Необходимо производить методические исследования на реакцию Пирке в целях своевременного распознавания туберкулезных заболеваний среди детского населения.

6. Специфичность туберкулиновой реакции объясняет нам изменения в крови: увеличение количества лимфоцитов и эозинофилов.

### Огнестрельные ранения черепа.

Прив.-доц. А. Я. Якубовский.

Наблюдения наши основаны на нашем материале в 144 случая огнестрельных ранений черепа и мозга военного времени. Лазарет Красного Креста находился в глубоком тылу в м. Смеле, Киевской губернии, и больные поступали под наше наблюдение с 4 до 57 дня после ранения, оставаясь в лазарете не менее месяца. Разделяется наш материал на 3 группы.

- I. Непроницающие ранения черепа (твердая мозговая оболочка цела)— 56 случаев.
- II. Внутричерепные повреждения при целости черепной коробки — 4 случая.
- III. Проникающие ранения черепа и мозга — 81 случай.

Из 56 случаев I группы, наблюдался перелом одной наружной пластинки 4 раза; перелом всей толщи черепа 52 раза; перелом лобной кости 11 раз; перелом теменных костей 27 раз; затылочной кости 5 раз; височной—9 раз, при чем в 7 из них—перелом сосцевидного отростка с параличом лицевого нерва в 3 случаях. На 27 случаев перелома теменных костей 7 раз наблюдались параличи конечностей. На 5 случаев перелома затылочной кости 1 раз наблюдалось ослабление зрения.

Из этой группы, оперировано 52 случая: в 50 случаях произведено *debridement*, и только 2 раза, трепанация черепа при помощи трепана; 2 раза наблюдался остеомиелит черепных костей—один раз теменной кости и один раз сосцевидного отростка; последний окончился смертью вследствие септического тромбоза венозной пазухи.

Ружейной пулей ранено 29; шрапнельной—6; осколками снарядов—22. Во всех 56 случаях раны оказались инфицированными. При исследовании раны зондирование ее не допускалось. При операции мы стремились удалять возможно меньшее количество осколков кости, а больше старались уменьшить давление на мозг приподнятием вдавленных осколков помощью элеватора. Все ранения этой группы относятся к касательным.

Ко второй группе ранений нами отнесено 4 случая; в этих случаях пуля прошла по касательной, при чем кости черепа уцелели, сосуды же и стенки пазух разорвались и дали внутричерепные кровоизлияния. Оперировано только 2; выздоровели все 4.



Переломов черепа с повреждением твердой мозговой оболочки и мозга (III группа) мы имели 81 случай; из них — касательных открытых 42 (41,5% всех касательных открытых); касательных закрытых 18 (100% всех касательных закрытых); сквозных сегментальных 2; диаметральные 4; слепых 11; операционных 4; переломов лобной кости 18; теменных костей 43; височных 5; затылочной 11; лобнозатылочных ранений 3; затылочных сквозных через рот 1.

Оперировано 75 (92%) и умерло 17; из неоперированных умер 1. Всего умерло 18, что составляет 22% по отношению к общему числу ранений этой группы.

Расстройства в двигательной сфере при переломе левой теменной кости наблюдались 10 раз; явления паралича прошли совершенно в 7 случаях; в 3-х случаях паралич остался, и в 2-х из них, кроме того, отмечена афазия; из 14 случаев перелома правой теменной кости, параличи половины тела наблюдались 4 раза, каковые явления прошли совершенно.

Из 11 случаев черепно-мозговой травмы затылочной кости, расстройство зрения наблюдалось 7 раз; восстановилось зрение в 5-ти случаях. Психическая ненормальность наблюдалась 2 раза.

Ранений ружейной пулей было 58; шрапнельной — 7; осколками снарядов — 16.

Касательные открытые ранения дали 10 смертей; закрытые 4; слепые ранения 1; диаметральные 3. Осколки костей из глубины мозга от 1 до 2 см. извлечены в количестве от 1 до 18 штук 49 раз. Пуля извлечена из кости (погружение наполовину) — 8 раз, из них, — 2 раза пуля ружейная и 6 раз — шрапнельная. Во всех этих случаях мозг был инфицирован первично, и были найдены кортикальные и субкортикальные конц. абсцессы в 47 случаях; причем на 42 случая касательных открытых ранений обнаружено было 35 абсцессов (кортик. и субкортик. конц., по квалификации Sternhal'я) с 10 смертными исходами. В 6 случаях абсцессы найдены при касательных закрытых переломах с 2 смертными исходами и 3 раза — при слепых; 2 раза при диаметральном с 1 смертным исходом и 1 раз при сегментальном. Всего, следовательно, абсцессы мозга найдены в 58% с 13 смертными исходами (27,6%).

Неоперированные первично огнестрельные ранения мозга дают около 70% поздних мозговых абсцессов с 26,8% смертных исходов (Брускин). Protrusio мозга (вторичное выпирание мозга, по Петрову) получено было нами вместо 15—17% (Новиков, Хельбек) в 25%, и объясняется это тем, что мы оперировали в глубоком тылу на первично инфек. материале и разрушали при этом образовавшиеся уже защитные спайки. При явлениях „выпирания мозга“ мы потеряли 13 больных. Кроме „выпирания мозга“ наблюдался сывороточный эпендимит, острая головная водянка. На 81 случай ранений мозга, выпирание его наблюдалось 36 раз. В 5 случаях выпирания мозга не найден был абсцесс мозга, в 11 случаях абсцесса мозга не обнаружено было выпирание (protrusio) его. Смертность при protrusio cerebri в последнюю войну, по Новикову, 50%, у нас же получилось 38,9%. 10 больных прибыло в лазарет уже с protrusio cerebri; в 26 случаях явление это развилось на наших глазах после оперативного вмешательства (удаление осколков костей, снарядов, вскрытие абсцессов). Пульсация мозга при абсцессах его и protrusio во многих случаях не наблюдалась, в одном же при большом абсцессе мозга она была ясна. Величина выпирания мозга — от лесного ореха до кулака; эти явления в благоприятных случаях проходили



в период от 3 дней до 3 месяцев. Водянка мозговых желудочков наблюдалась 7 раз; выздоровел только 1; 6 погибло при явлениях абсцесса мозга и разлитого менингита.

Люмбальный спинно-мозговой прокол важен в лечебном, прогностическом и диагностическом отношениях (давление жидкости, вид ее, содержание микробов и др.). Прокол этот употреблялся нами широко и принес несомненно большую пользу. В 6 случаях менингоэнцефалита люмбальная пункция дала нам мутную содержащую стрептококков жидкость, и все эти случаи окончились смертью; при серозном же менингите люмбальный прокол дает прекрасный результат; способствуя, между прочим, последующей усиленной продукции спинно-мозговой жидкости, выведению большого количества токсических начал и антител (Corbet). Советуется также при имеющейся при этом усиленной гипертензии церебро-спинальной жидкости интравенозное введение гипертон. раствора поваренной соли, Рингеровской жидкости, глюкозы (30 — 50% раствора до 100 к. с. при очень медленном введении ее в вены). Во избежание чрезмерного повышения давления ц.-с. жидкости после люмбальных пункций Green, Thomas Mears советуют впрыскивание экстракта щитовидной железы, что способствует уменьшению секреции спинно-мозговой жидкости, а Bouwdyk применял впрыскивание пилокарпина, атропина, питуитрина, дигалена и советовал давать бром. Brodet и Trilaff (1894) предложили urotropin, как антисептическое вещество, а в 1908 г. Crowe указал на особое действие его на мозговые оболочки, а затем Cushing и Paug предложили 40%-ый его раствор от 5 до 20 к. с. интравенозно для профилактики и лечения гнойного менингита.

В 20 случаях ранних операций (мы оперировали от 4 до 33 дней после ранения) применен был кожно-надкостный лоскут по Brodiev и получен был хороший результат; обычно же лечение ран мозга проводили открыто (Цеге-фон-Мантейфель).

При protrusio cerebri применялась повязка по Thiersch'y (татарская чалма), и раны заливались стерильным вазелиновым маслом (Губарев).

Костно-пластический способ Varanu мы применили несколько раз в очень ранних случаях, когда при ранней операции можно было рассчитывать на удаление инфекции.

На основании литературных данных и наших наблюдений мы приходим к следующим выводам.

1. Непроницающие ранения черепа дают благоприятный исход.
2. Благоприятный исход дают и внутренние повреждения при целостности черепной коробки.
3. Собственно проникающие ранения черепа и мозга нам дали 22% смертности.
4. Главное осложнение этих повреждений — мозговые абсцессы вследствие первичной инфекции мозга.
5. Во избежание этого нужна ранняя операция в передовых лечебных учреждениях при соответствующей обстановке и оставлении больного на месте не менее 1 месяца.
6. Не только опасна ранняя транспортировка больных, но опасно всякое, вообще, чрезмерное напряжение больных: натуживание, кашель, беспокойное положение в постели.

7. Профилактика инфекции ранений черепа должна заключаться в тщательной асептизации волосистой части головы (бритье). Повторное частое бритье (Le febvre) не рекомендуется, так как может



способствовать развитию экземы и, следовательно, инфекции. Нужно помнить, что кожа при ранении черепа очень чувствительна, и лучше производить бритье под наркозом. Раненому должна быть обеспечена асептическая перевязка при подаче первой помощи, а также внутривенное впрыскивание уротропина, что при экспериментах на животных понижает смертность от менингита с 60 до 14%.

8. *Protrusio cerebri* наблюдалось нами в 25%. Столь значительное увеличение % объясняется производством операций на первично инфек. материале в период сформирования защитных отграничений, разрушение коих давало толчек к местному обострению процесса.

9. Причина смерти — разлитой гнойный менингит.

10. Во избежание излишней травмы при удалении из глубины мозга осколков снарядов желательнее применение электромагнитов (Paug) или способа Bier'a (соответственное положение головы и систематическое методическое поколачивание). С той же целью, при удалении осколков кости и абсцессов вокруг нее необходим предварительный рентгеновский снимок.

11. Пояснично-спинно-мозговой прокол при гипертензии ц.-с. жидкости (абсцесс мозга, *protrusio cerebri*, серозный, шейный менингит, внутричерепное кровоизлияние) является показанным, как мероприятие важное в диагностическом, лечебном и прогностическом отношениях. С этой же целью рекомендуется внутривенное впрыскивание гиперт. раствора поваренной соли, глюкозы и Рингеровской жидкости, а также дача внутрь и в клизмах *Magn. sulf.*

12. Сидячее положение больного уменьшает гипертензию ц.-с. жидкости и облегчает сильные головные боли.

13. В ранних случаях операций применим кожно-надкостничный лоскут по Brodiev с применением небольших выпускников на первое время. Костно-пластический способ Вагану допустим только при совершенно свежих случаях ранений.

14. В виду возможности позднего развития абсцессов мозга — костно-пластическое закрытие дефектов черепа должно быть применено возможно поздно.

15. Процент смертности после проникающих огнестрельных ранений черепа составляет на поле сражения до 70%, в госпиталях около 28%. У немецких хирургов близ фронта смертность отмечена от 45 до 55%, при чем, из числа эвакуированных, в тылу умирало до 30%.

На 141 случай всех видов черепно-мозговой травмы умерло 19 больных, т. е. 13,4%.

#### Литература.

- E. Delorme. *Precis de chirurgie de guerre* 1914 г. Brodiev. *La trepanation*. Paris. 1916 г. Проф. Кузнецкий. Результаты опер. лечения огнестрельных ранений черепа и головного мозга. 1917 г., „Врачебн. Газета“ № 43. Проф. Цеге-фон-Мантейфель. Лекции по военно-полевой хирургии. 1916 г. Проф. Петров. Лечение инфицир. ран на войне. 1915 г. Проф. Петров. Лечение инфицир. ран. 1924 г. Дедов. Черепно-мозговые ранения, по данным сводного № 88 эвакуационного госпиталя. („Русский Врач“ 21—24 1917 г.). В. Н. Новиков. О выпадении мозга при ранениях черепа. „Русский Врач“, Август—Сентябрь 1917 г. Мухаринский. Огнестрельные ранения черепа в районе подвижных госпиталей. „Новое в медицине“ № 11—18 1917 г. Проф. К. М. Сапезко. Два слова о лечении ран. 1914 г. Хольбек. О военно-полевых ранениях черепа. 1911 г. Max M. Peet. *Reduction of increased intracranial Pressure*. „The Journal of the American Medical association“. 1925 г. № 26. Герш. К признакам, определяющим местоположение гнойника мозга Новый Хир. архив. 1925 г. Т. 7 кн. 2. Проф. Боголюбов. К вопросу о замещении дефектов твердой мозговой оболочки и мозга. Новый Хир. архив, 1923 г. Т. 3 кн. 2. Шильцов С. П. К.



казунстике сквозных огнестрельных ранений черепа мирного времени. Новый Хир. архив, 1923 г. Т. 3, кн. 2. Якобсон С. А. Огнестрельные ранения черепа. 1923 г. Новый Хир. архив. Т. 3, кн. 2. Проф. Дитерихс М. М. Послеоперационный период. 1924 г. Maloens. Sur la curabilité de la meningite purulente septique d'origine otique. Annales de Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1925. Т. XLIV. № 1.

## Острое гнойное воспаление околоушной железы при остро-заразных заболеваниях.

О. Г. Калина.

Зав. Ото-рино-ларингологическим Отделением Одесск. Военно-Клинического Госпиталю.

Разразившаяся в 1921—1922 г. в Одессе эпидемия сыпного и возвратного тифов протекала довольно тяжело и давала много осложнений, среди которых не последнее место занимало гнойное воспаление околоушной железы. Я наблюдал 31 случай, из коих в двадцати шести мне пришлось прибегнуть к оперативному вмешательству. Воспалительные явления в околоушной железе обыкновенно возникали на 8—10-й день остро-заразного заболевания, чаще в периоде выздоровления. Воспалительный инфильтрат отмечался в виде припухлости в подавляющем большинстве случаев в области передних долей околоушной железы, а затем он распространялся на задние доли. В 2-х случаях процесс захватил нижние доли железы и вовлек в страдание подчелюстную железу. Приблизительно в 20% случаев процесс поразил обе подчелюстные железы, причем почти всегда развивалось нагноение.

Признаки нагноения, почти как правило, появлялись на 8—10-ый день после появления первых клинических признаков со стороны околоушной железы. Очень редко последняя нагнаивалась в 2—3 дня, причем в этих случаях процесс протекал очень бурно, и в отношении прогноза являлся очень неблагоприятным.

Обыкновенно в первые дни заболевания околоушной железы я стараюсь купировать процесс согревающими компрессами, разными разрешающими мазями (Ung. Crede, Ung. Ichthyoli, Spiritus carphoratus и пр.), но при возрастающей тенденции к созреванию абсцесса перехожу к припаркам и, не ожидая флюктуации, еще при плотной опухоли прибегаю к оперативному вмешательству. В этих случаях мне никогда не приходилось раскаиваться в некоторой поспешности. В тех же немногих случаях, когда я ех *consilio* выжидал размягчения инфильтрата, мне приходилось наблюдать очень разрушительное действие процесса.

Я позволю себе в кратких чертах напомнить топографическую анатомию околоушной железы для того, чтобы уяснить, с какими осложнениями и опасностями мы можем встретиться при позднем вскрытии паротита.

Околоушная железа, заложенная в позадичелюстной ямке, благодаря щелям, которые образуются мышцами, составляющими переднюю и заднюю стенку последней, отделяется от боковой стенки глотки лишь только комком жировой клетчатки. Через эти щели проникают в полость позадичелюстной ямки крупные артериальные и венозные сосуды. Ямка выстлана фасциальным листком, который, однако, со стороны верхней стенки ее (служащей в то же время нижней стенкой наружного слухового прохода) и боковой стенки глотки совершенно отсутствует. Вот почему гнойники околоушной железы легко прорываются в глотку и в наружный слуховой проход, симулируя гнойное воспаление среднего уха. Лицевой нерв и выносящий проток околоушной железы имеют самое интимное отношение к последней.

Таким образом, благодаря тесной связи между сосудами, ухом и глоткой и околоушной железой заранее можно предвидеть те осложнения, какие я наблюдал при позднем вскрытии паротита. И



действительно, мне приходилось видеть параличи лицевого нерва, вследствие того, что гной, омывая ствол нерва у его выхода из шило-сосцевидного отверстия или его ветви, расплавлял их. В 15% гной благодаря указанным выше анатомическим особенностям фасции пробивал себе выход в наружный слуховой проход, в хрящевую и даже костную часть его; причем дело доходило до некроза этих частей, вследствие разрушения надхрящницы или надкостницы. Однако никогда процесс не захватывал барабанной перепонки или полости среднего уха. Между тем, Bezold указывает на то, что гной чрезвычайно редко из околоушной железы вскрывается в наружный слуховой проход, и что он сам видел только два таких случая.

Далее я наблюдал в двух запущенных случаях свищи выносящего протока околоушной железы вследствие расплавления гноем протока на его протяжении.

Наконец, в случаях промедления со вскрытием флегмоны околоушной железы гной прокладывал такие глубокие ходы, что зондом можно было пройти в глубину до основания шиловидного отростка, а вниз до глубоких частей грудино-ключично-сосковой мышцы.

Отмечу, что у больных, которых я пользовал на дому и за которыми уход, особенно за полостью рта, был идеальный, паротиты наблюдались чаще, чем у военно-служащих, находившихся на излечении в военно-лечебных заведениях. Далее паротиты наблюдались одинаково как у людей очень ослабленных, так и у упитанных и более здоровых.

Так как состояние полости рта играет немаловажную роль в распространении инфекции через проток в массу околоушной железы, я обыкновенно рекомендую промывать несколько раз в день полость рта двухпроцентным раствором соды (чуть окрашенной марганцово-кислым калием) из восьмиунцевого баллона, причем шпателью нажимается на язык, а наконечник баллона направляется на твердое небо; при этом голова больного наклоняется вниз, чтоб он не захлебнулся жидкостью. Зубы рекомендую чистить зубным порошком с примесью пергидроля, язык советую вытирать тщательно ватой, смоченной двухпроцентным раствором соды, а потом смазывать Люголевским раствором.

Паротиты, наблюдавшиеся мною в первые дни заболевания сыпным тифом, протекли гораздо тяжелее и в смысле прогноза были гораздо неблагоприятнее чем те, которые появлялись в периоде выздоровления.

В заключение позволяю себе на основании своих наблюдений привести нижеследующие положения.

1. Необходимо рекомендовать не задерживаться долго на согревающих компрессах и на разрешающих мазях, а при отмеченной склонности к нагноению околоушной железы переходить к припаркам.

2. Следует, не выжидая размягчения опухоли и флюктуации, возможно ранее произвести разрез, разрушая тупыми инструментами все прослойки, стремясь сделать рану сплошной. С этой целью я ввожу в рану пеановский пинцет с сомкнутыми ножками возможно глубже, а затем, раскрывши ножки до тахішт'а, вывожу пинцет в таком состоянии из раны.

3. При появлении первых клинических признаков паротита, необходимо осматривать наружный слуховой проход и глотку, так как нередко еще задолго до первых признаков нагноения околоушной же-



лезы в наружном слуховом проходе (в нижней стенке его) и в боковой стенке глотки уже наблюдается выпячивание, вследствие анатомических особенностей фасции, о которых выше упомянуто.

4. Паротит более благоприятен, когда развивается в период выздоровления от остро заразной болезни.

5. Гигиена полости рта, играя, конечно, весьма важную роль в состоянии здоровья больного, особенно остро заразного, однако не предупреждает заболевания околоушной железы. Повидимому, инфекция проникает в последнюю главным образом гематогенным путем.

6. Необходимо отметить, что паротит при остро заражном заболевании редко встречается в детском и юношеском возрасте.

7. Возможно, что редкость паротита у детей, юношей и у молодых крепких военнослужащих, как осложнение остро заразных болезней, даже при плохом уходе за ротовой полостью, зависит от сравнительно редкого поражения у них зубов далеко зашедшим кариозным процессом. Таким образом, нельзя не указать на возможность и стоматогенного происхождения паротита.

### Травматизм глаз.

Е. Фишер.

По материалам II-ой Рабочей Поликлиники г. Одессы за год (октябрь 1924—октябрь 1925 г.).

С самого начала моей работы во II-ой Поликлинике Рабмеда меня поразило сравнительное обилие повреждений глаз у рабочих Пересыпского района.

Заинтересовавшись таким явлением, я отправился на осмотр завода б. Гена (Сельмашзавод им. „Октябрьской Революции“), который давал максимум травматического материала глаз нашей поликлинике, и завел точную регистрацию травм глаза.

Д-р Л. М. Мгеброва, второй принимающий глазник Поликлиники, любезно согласилась вести такую же регистрацию попадавших к ней случаев, за что я здесь считаю приятным долгом принести Л. М. Мгебровой свою благодарность.

В настоящее время я располагаю материалом всех прошедших через глазной кабинет II-ой Поликлиники травматических случаев глаза за период от октября 1924 по октябрь 1925 г. включительно.

Всего через глазной кабинет II-ой Поликлиники прошло за этот период времени 402 случая травм глаз (около 7% всего числа первичных больных).

Из них, как видно из таблицы I, было повреждений инородными телами 362 (т. е. 90,5%).

Таблица I.

Повреждения глаз, по данным глазного кабинета II-ой Рабполикл. г. Одессы за год (октябрь 1924—октябрь 1925 г.)

Инородными телами . . . . .	362	} на наждачных кругах . . . . . 185 } остальных . . . . . 177
Химические . . . . .	26	
Термические . . . . .	2	
Ушибы . . . . .	11	
Укол соломой . . . . .	1	
Всего . . . . .	402	

Из всех повреждений инородными телами, 185 (т. е. 56% поврежд. инородн. телами и 46% всех повреждений) произошли при



работе с наждачным кругом; остальные 177 случаев — при разнообразных работах, но большинство (77) — при ручной обработке металлических частей.

При повреждении инородными телами сравнительно редко страдали оба глаза. Как будто несколько чаще страдает левый глаз.

Более точная локализация травмы в глазу видна из табл. II.

Таблица II.

Локализация при повреждениях инородными телами.

В роговице . . . . .	299	{ в нижних квадрантах . . . . . 250 в верхних . . . . . 38 в лимбе . . . . . 11
В конъюнктиве . . . . .	14	
(век и склеры)		
Поверхностные . . . . .	49	
(в виде общего раздражения глаза)		
Всего . . . . .		
362		

В огромном большинстве случаев страдала роговица (83% всех повреждений инородными телами), значительно меньше — конъюнктива глазного яблока и век; сравнительно небольшое количество было повреждений, при которых травма производила общее раздражение глаза, без обозначения определенного, ограниченного места повреждения; это, повидимому, объясняется тем, что такие повреждения в большинстве случаев — легкие и не доходят до поликлиники. На самом деле, их число, наверное, значительно больше.

Из той же таблицы видно, насколько нижние квадранты роговицы страдают чаще верхних, защищенных обычно верхним веком. Сравнительно очень редко страдает лимб. Если разделить, как это предлагает Busacca Anibaldi, роговицу на 3 концентрических зоны, то по нашему материалу оказывается, что наименьшее число попаданий приходится на лимб (11) и периферическую концентрическую зону (11), подавляющее большинство — на среднюю долю (236), сравнительно, довольно большое (41) — на центральную зону.

Все эти цифры (кроме двух тяжелых повреждений глаз) относятся к более или менее поверхностным повреждениям и выявляют, главным образом, характер повреждений у наждачного круга.

По предприятиям повреждения распределялись следующим образом: из общего числа в 402 случая — 220 случаев (т. е. около 55%) падает на завод б. Гена (между ними подавляющее большинство с наждачных кругов); с крупного машиностроительного завода им. Ленина (б. Беллино-Фендрих) оказалось лишь 18 случаев, что объясняется меньшим количеством рабочих и главным образом тем, что значительный процент повреждений из него попадает в более близкую Глазную Клинику Мединститута и Центральную Поликлинику Рабмеда. Машиностроительная Артель Безработных дала 25 случ.; завод Дзержинского (б. Ораз) авторемонтный, — 13 случ., столько же Городская электро-станция (главным образом — мастерские); 30 случ. 2-ой Госкожзавод (также главным образом мастерские). Во всех этих случаях, опять таки большинство — с наждачного круга. Остальные (27) предприятия дали значительно меньшее количество повреждений (то при работе в мастерских, то, главным образом, с кожевенных заводов — химического характера). По этим данным, сразу видно, насколько большой процент повреждений глаз дают



рабочие, имеющие дело преимущественно с металлическими частями (машиностроительные заводы, мастерские).

Из профессий, чаще всего страдали наждачные шлифовщики и слесаря, что и понятно: они по роду своей работы больше всех имеют дело с наждачным кругом.

Если обратиться к литературе вопроса, то оказывается, что данные как старых, так и новейших статистик вполне аналогичны.

Насколько чаще страдают рабочие физического труда, видно из данных Szilisa 1884 г. (см. Wagenmann<sup>2</sup>), где между 8.780 глазных больных „не рабочих“ оказалось лишь 1,1% повреждений глаз, а между 2.486 рабочими физического труда—40,02%. По статистикам последних лет, на предприятиях Соединенных Штатов Америки насчитывается ежегодно около 200.000 травм глаза, т. е. приблизительно каждые 3 минуты в сутки по одному главному повреждению (Resnick-Carris), а по Würdemann'у (см. Elschinig<sup>4</sup>), было там же за 1919 год даже около 300.000 глазных повреждений. Elschinig (l. c.), сопоставив большое количество статистик, нашел, что работы с железом и сталью дают 80% всех профессиональных повреждений глаз.

Большинство ранений глаз происходит от отлетающих мелких инородных тел. В этом сходятся все статистики. Приведу несколько: по Blessig'у (см. Graup<sup>5</sup>), по данным „Петербургской Глазной Лечебницы“ в 1893 г., отлетающие инородные тела дали 54,1% всех повреждений глаз. По Weidemann'у (1888 г., Wagenmann; l. c.), на 30.000 больных Цюрихской Глазной Клиники было 3.144 повреждения глаз; из них, 1.762 (56% всех повреждений и 5,87% всех больных) — инородными телами. По локализации травмы в глазу — роговица по всем статистикам страдает чаще всего. Так, по тому же Weidemann'у (l. c.), на 1.762 случая повреждения глаз инородными телами — последнее сидело в 16,9% повреждений в конъюнктиве, в 74,68% — в роговице, в 6,015% — в стекловидном теле и менее 1% — в остальных отделах глаза. По Schirbach'у (1901 г.), например, на 3.773 повреждения глаз — было 2.202 повреждения инородными телами (58,4%), из них, конъюнктивы—315, роговицы—1.653, перфорирующих—221, глазницы—13 (Wagenmann l. c.). По Busacca Annibal'у (l. c.), за 1919—1923 г.г. повреждения инородными телами роговицы составляли от 18% до 35% всех глазных больных.

Что касается частоты повреждений правого и левого глаза, то, как и у меня, значительной разницы не отмечается; может быть только у металлостроителей и каменщиков несколько чаще повреждается левый глаз. [Wagenmann (l. c.), также Graup (l. c.) — на 702 случая — железных осколков роговицы 342 на правом, 360 на левом глазу].

Наконец, что касается статистик повреждений при работе на наждачных кругах, то статистики последних лет указывают на их учащение, что объясняется все более распространяющимся применением наждачных кругов на предприятиях. Так, на 32.000 травм оказалось 10.210 травм глаза при работе на наждачных кругах, т. е. 31% повреждений (Resnick; l. c.) По локализации на роговице — цифры Busacca<sup>4</sup> также совпадают с моими, а именно — наибольшее число попаданий в средней концентрической зоне (между центральной и периферической); реже всего страдает лимб. Такие же приблизительно цифры дает Graup (l. c.): на 702 железных осколка в роговице, — только 125 сидело в районе зрачка и таким образом могло дать стойкое ухудшение зрения. Но если считать, что даже менее 1/4 попадающих осколков может дать стойкое понижение зрения — и это уже имеет большое практическое значение и должно приковывать к себе внимание.

Не безинтересны и цифры выданных нашим глазным кабинетом освобождений: по повреждениям, полученным только при работе на наждачных кругах выдано освобождений на 213 дней. По повреждениям, полученным при всех остальных работах, — на 218 дней. Правда, последняя цифра в конечном итоге должна быть значительно увеличена, благодаря двум случаям тяжкого прободающего ранения глаз, закончившихся полной потерей глаза\*).

Оба эти ранения произошли при ручной работе с зубилом. В одном из них, на другой же день осколочек был удален профессором В. Филатовым большим электромагнитом в Глазной Клинике, но в виду наступившей инфекции, которая часто присоединяется к прободающему ранению холодным осколком металла — закончилось атрофией глаза\*\*). Во втором — местоположение осколка осталось невыясненным; глаз потерял зрение вследствие тяжелого увеита, но не атрофировался. Больные находятся еще под наблюдением.

\*) По исчислению Международного Обединения Страховых Бюро и Комиссий, потеря глаза равносильна потере 1800 рабочих дней; по исчислению Американского Бюро Труда — 1.152 дням (см. Вернон<sup>6</sup>).

\*\*\*) Кстати сказать, прогноз прободающих глаз ранений весьма печален; Naab на 230 экстракций электро-магнитом дает 60,8% потерь глаза, Blessig в России — 65% потерь глаза на прободающие ранения глаза вообще (см. Elschinig; l. c.).



Все же, однако, основные вышеприведенные цифры несомненно указывают на очень большое количество освобождений, полученных при повреждениях от наждачных кругов. Если считать, что рабочий завода б. Гена вырабатывает теперь около трех—пяти рублей в день, мы получим свыше 800 рублей, которые Страхкасса должна была выплатить в течение года только по повреждениям при работе на наждачных кругах. И это по случаям, прошедшим через одну Пересыпскую Поликлинику. А таких поликлиник в Одессе пять.

Эти цифры освобождений снова подтвердили создавшееся у меня уже в самом начале работы впечатление о том, какую крупную роль играют наждачные круги в травматизме глаз рабочих и в бюджете Страхкассы.

Поэтому на вопросе о повреждении глаз при работе на наждачных кругах, являющимся, по моему глубокому убеждению, вопросом животрепещущим в жизни одесских предприятий тяжелой индустрии, я и остановлюсь в настоящей статье.

Наждачные круги применяются для шлифовки, как более грубой, так и более тонкой, инструментов и различных металлических частей вырабатываемого фабриката. При работе круг вращается вокруг своей оси с различной быстротой (от 10 до 30 метров в секунду на окружности круга<sup>7)</sup>). При прикосновении к нему шлифующейся металлической части появляются искры, состоящие из мельчайших раскалившихся от силы трения частичек металла и наждачного камня (наждачной пыли). Такие частички металла представляют из себя уже не чистое, а окислившееся железо (hammerschlag немцев).

Большое количество искр образует густой сноп, летящий книзу, и неопасный для глаз рабочего. Относительно небольшое количество искр летит, придерживаясь поверхности круга в направлении его вращения, и по дороге, благодаря центробежной силе, отлетает в стороны.

Если круг покрыт кожухом или подобием последнего, то большинство таких искр добирается до переднего отверстия кожуха и здесь уж вырывается из него и, обсыпая рабочего, легко может влететь ему в глаза. Здесь, на роговице они производят ожог ткани, который в совсем свежих случаях заметен в виде сероватого кольца вокруг инородного тела. Этот серый участок имбибируется ржавчиной, окрашиваясь в темно-коричневый цвет. Такая имбибиция происходит очень быстро: у рабочих, попадавших ко мне через 2—3 часа после ранения, уже ясно обозначалось такое ржавое кольцо. Степень раздражения глаза различна, и, в общем, тем сильнее, чем обширнее разрушение тканей; последнее же прямо пропорционально величине инородного тела, глубине его проникновения в роговичную ткань и степени раскаленности, так как чем раскаленнее частичка, тем больший район уничтожается ожогом. Поэтому, у меня встречались случаи, где поверхностно сидевшая частичка, влетевшая в глаз несомненно в более или менее холодном состоянии давала минимальное раздражение. С другой стороны, бывали при сравнительно больших и глубоко сидящих частичках чрезвычайно резкие явления воспаления, особенно если инородное тело находилось в глазу более суток (например, через воскресенье).

Диагноз имеющейся в глазу частички с наждачного круга обыкновенно очень легок, так как в большинстве случаев сам рабочий приходит с готовым диагнозом заявляя, что ему в глаз попал „наждак“, причем точно указывает и момент попадания. Только в редких случаях рабочий не замечает момента попадания и приходит через несколько дней, обеспокоенный все усиливающимся раздражением глаза. И только в исключительных случаях мы в анамнезе



не находим никаких указаний на присутствие инородного тела. В таких случаях, при малейших симптомах, могущих быть при инородных телах оболочек глаза (светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная ин'екция), необходимо, конечно, особенно внимательное исследование, которое сводится к тщательному осмотру при хорошем освещении и при помощи лупы\*), главным образом роговицы, ибо на ней чаще всего оказывается инородное тело и на ней же легче всего его проглядеть, так как, будучи обычно темного цвета, оно скрадывается на темном фоне зрачка или радужки.

Что касается техники удаления инородного тела, то здесь необходимы 3 условия. 1) Хорошая анестезия, что достигается повторным, в промежутке нескольких минут, впусканием 2—3 капель стерильного 5% кокаина на роговицу; 2) хорошее освещение (лучше всего фокальное; и, наконец, 3) подходящий инструмент. Выбор инструмента зависит от величины инородного тела и от глубины его внедрения в ткани роговицы. При поверхностно сидящем на эпителии роговицы — лучше удалить его тупым путем (например, стерильной ваткой, намотанной на кончик зонда, или небольшим шпателем. Если инородное тело сидит глубже, необходимо прибегнуть к острому инструменту: к долотцу или к игле для инородных тел роговицы. Долотцо прекрасно работает только в том случае, если оно идеально остро; затупившееся же — не годится, так как производит лишь ненужные повреждения ткани вокруг инородного тела (Naab<sup>9</sup>). При очень глубоко сидящих инородных телах, повидимому целесообразным был бы инструмент, предложенный, напр., Naase<sup>10</sup>. Применяя тот или иной инструмент надо помнить одно: необходимо при минимальной травматизации, удалить все инородное тело без остатка; это значит, что необходимо удалить не только само инородное тело, но, если таковой имеется, и весь имбибированный ржавчиной участок ткани вокруг него. Иногда больной, проносивший инородное тело несколько дней, является уже без него (оно самостоятельно выделилось или было удалено товарищами на предприятии) только с инфильтратом, имбибированным ржавчиной. В таких случаях весь этот ржавый участок необходимо удалить. Такое тщательное удаление требуется потому, что пропитанная ржавчиной некротизированная ткань по большей части, как чуждый элемент, выделяется при помощи колликвации окружающей ткани. Но такое самостоятельное выделение продолжается сравнительно долго (в течение 8—14 дней) (см. Wa g e n t a p n), значительно понижая все это время работоспособность больного, в то время, как после основательного удаления — трудоспособность восстанавливается обыкновенно через 1—4 дня. R g a i n (l. c.) считает, что при основательном удалении инородного тела вместе с ржавчиной больной максимум через 24 часа становится работоспособным. По моему впечатлению, это для случаев, где инородное тело сидело в роговице довольно глубоко и в течение более или менее продолжительного времени, слишком короткий срок.

После удаления необходимо на глаз наложить повязку, чтобы дать охрану ранке, и при более глубоко сидевшем инородном теле полезно заложить стерильную, дезинфицирующую (напр., 3% ксероформенную или Hydrarg. oxysulfat 1:5000) мазь.

От впускания атропина следует, по возможности, воздерживаться, так как необходимости в нем в большинстве случаев не имеется, а капля атропина может нарушить трудоспособность глаза долъ-

\*) Весьма полезной может быть при этом бинокулярная лупа, например, Berger'a.



ше, чем заживление ранки роговицы, не говоря уже о всегда возможном риске вызвать глаукоматозный приступ у пожилых рабочих.

В большинстве случаев ранка заживает быстро — в течение нескольких часов или 1—2-х дней, и параллельно с заживлением исчезает и раздражение глаза. В случаях глубокого проникновения в ткань роговицы — а особенно, если инородное тело оставалось в глазу несколько дней и успело вызвать значительные воспалительные явления — заживление затягивается до 7—10 дней. Чрезвычайно редко бывают тяжелые осложнения. В нашей поликлинике таковых, к счастью, пока не было.

Часто, особенно при сдельных работах, рабочие отказываются от бюллетеня и сейчас же после удаления инородного тела возвращаются к станку. Если на роговице, после удаления инородного тела, остается более или менее глубокая ранка, то немедленное возвращение на предприятие безусловно может принести вред рабочему: пыль, дым, невозможность соблюдения во время работы определенных гигиенических правил, напряжение зрения, наконец, что нередко делают рабочие, снятие повязки в целях использования бинокулярного зрения — все это влечет за собою лишнее раздражение больного глаза и затягивает процесс заживления. Не раз рабочий, вернувшийся несмотря на мои предупреждения сейчас же после удаления инородного тела на предприятие, возвращался на следующий же день с резким раздражением глаза, не дававшим ему работать. И, конечно, такое растревоживание больного глаза только удлиняло заживление.

Поэтому я считаю, что каждый рабочий, после удаления инородного тела, проникшего глубже эпителиального слоя роговицы, должен быть освобожден от работы по крайней мере на сутки.

В более редких случаях попадания наждачной искры на конъюнктиву глазного яблока, благодаря контрасту в цвете с подлежащим фоном — она обнаруживается значительно легче, чем на роговице. Удаление частички несколько затрудняется здесь подвижностью конъюнктивы и небольшим кровотоком. Но зато в таких случаях можно действовать значительно спокойнее, чем на роговице.

Что касается прогноза, то он в общем благоприятен: заживление обыкновенно происходит гладко. Если инородное тело не проникло глубже эпителиального слоя роговицы, то оно не оставляет после себя никакого следа. Но после более глубоких инородных тел всегда остается стойкое помутнение, которое, в случае нахождения его против центра зрачка, особенно при повторных попаданиях и сливаний таких помутнений, может дать стойкое понижение зрения и, иногда, понижение довольно значительное. Например, в одном из моих случаев, где рабочему повторно попадали искры с наждачного круга в правый глаз в районе центра роговицы, *visus* этого глаза стойко понизился до 0,5.

Но надо помнить, что, хотя и чрезвычайно редко, как я уже сказал, все же бывают тяжелые осложнения. Lindner<sup>11</sup> описывает случай развития тяжелой, уничтожившей всю роговицу язвы, а Lindemann<sup>12</sup> описывает даже случай симпатического воспаления после попавшей в глаз наждачной искры.

Значит, мы имеем 3 следующих вредных последствия инородных тел с наждачных кругов.

1. Потеря трудоспособности на время заживления, в среднем в течение 2-х суток.

2. Возможность непоправимого понижения зрения и этим стойкого понижения трудоспособности.



3. Возможность, хотя и как исключения, тяжелых осложнений, вплоть до потери глаза и даже угрозы симпатического воспаления, т. е. угрозы полной слепоты рабочего.

Совершенно ясно, что охрана труда должна принять все меры для охраны глаз рабочих от подобных последствий. Такая охрана должна проводиться в двух направлениях.

1. Предохранение глаз рабочих от попадания инородных тел с наждачного круга.

2. Организация правильной медицинской первой помощи.

Какое огромное значение имеют меры, предохраняющие от попадания „наждака“ в глаз, можно судить по тому, что при рациональном их применении возможно полностью предотвратить повреждения глаз работающих на наждачных кругах.

Меры предохранения можно подразделить на 2 группы.

1. Технические, — выявляющиеся главным образом в технических охранных усовершенствованиях вокруг наждачных кругов.

2. Индивидуальные, — т. е. связанные с личностью самого рабочего.

Эти два типа охраны могут применяться или отдельно или комбинироваться.

Безусловно предпочтительнее меры охраны технические, поскольку они при правильном проведении дают все 100% охраны с минимальными неудобствами для рабочего. Но их устройство обходится довольно дорого, и потому пока еще очень туго пробивает себе путь. Значительно проще и дешевле (на первый взгляд) меры чисто индивидуального характера, которые обыкновенно сводятся к ношению предохранительных очков, и при подходящем устройстве последних и добросовестном их ношении могут дать тоже 100% охраны от наждачных искр.

Но вот тут-то мы встречаемся с вечным, наболевшим вопросом о предохранительных очках. Каждый, кто хоть немного знаком с работой на заводах, знает с каким трудом рабочие соглашаются надеть предохранительные очки, и как много найдется рабочих, которых почти никакими мерами невозможно заставить ими пользоваться.

Даже наилучшая модель предохранительных очков причиняет определенные неудобства рабочему. Эти неудобства возрастают в значительной степени при ношении нерациональных предохранительных очков.

Какая из моделей предохранительных очков является для наждачного шлифовщика более подходящей, сказать трудно. В этом вопросе мнения расходятся, и этому расхождению немало способствует то огромное количество различных моделей, выпущенных в свет, как следствие постоянной неудовлетворенности и искания лучшего. Поэтому можно указать лишь на основные качества, которые должна иметь модель предохранительных очков для наждачных шлифовщиков.

1. Стекла могут быть тонкие, но должны быть большие, по крайней мере 38 мм. в вертикаль., 44 мм. в гориз. меридиане (Resnick. l. c.); по Н. К. Т., диам. 50 мм. и не тяжелее 25 гр. общего веса очков (см. Александров<sup>13</sup>); при этом следует отметить, что новейшие тяжелые модели легче старых „легких“ моделей.

Оптическое качество стекол должно быть достаточно хорошим, что дают только хорошо шлифованные стекла. А это, к сожалению, значительно удорожает их, тем более, что благодаря постоянному насаждению и впаиванию отлетающих наждачных искр, поверхность



стекла быстро портится, и стекла необходимо при постоянном их употреблении менять через каждые 3—4 недели. Поэтому, оправы должны быть устроены так, чтобы стекла могли из них легко выниматься.

Выпуклые стекла, на манер часовых, нередко плохо переносятся. Поэтому, следует применять, как тип, стекла плоские. В случаях аномалии рефракции, было бы идеалом вместо плоских стекол в оправу предохранительных очков вставлять стекло, корригирующее соответствующую аметропию. В Америке применяются для этой цели боковые предохранители, которые прикрепляются к обыкновенным корригирующим очкам, превращая их сразу в предохранительные (Resnick I. c.) Даже сравнительно тонкие корригирующие стекла дают полную защиту от наждачных искр, которые не в состоянии, благодаря своей слабой ударной силе, пробить их. Предохранительные очки с корригирующими стеклами, улучшая зрение рабочего, охотно им носят, что имеет большое значение. Но опять мы здесь сталкиваемся с материальной стороной: частая смена пришедших в негодность корригирующих стекол сильно бы удорожала применение таких предохранительных очков. Поэтому предлагалось носить две пары очков — корригирующую, а сверху нее — обыкновенные предохранительные очки. Это, однако, кроме лишней тяжести, влечет за собою сильное запотевание стекол. Во избежание этих двух недостатков теперь выделяются такие очки, где переднее, простое предохраняющее стекло, вставляется в одну и ту же оправу, вплотную перед корригирующим. Это несомненный шаг вперед в технике предохранительных очков.

2. Очки должны иметь боковые предохранители, чтобы абсолютно защищать от искр, летящих снизу и с боков. Сверху искры могут попасть лишь в исключительных случаях и то, повидимому, уже с ослабленной ударной силой, рикошетом, и поэтому защитой сверху можно пренебречь.\*) А это значительно улучшает вентиляцию, что чрезвычайно важно. В боковых предохранителях обязательно должны быть отверстия для вентиляции, защищенные от искр спереди щитками.

Бывало, что с завода б. Гена приходили рабочие с „наждаком“ в глазах, несмотря на то, что работали в предохранительных очках. Это я объясняю тем, что применяемые у Гена на наждаках предохранительные очки, благодаря щелям между оправой и стеклами, с одной, и оправой и лицом рабочего, с другой стороны — не абсолютно защищают от всех летящих снизу и сбоку (и от соседа) искр.

3. Предохранительные очки должны достаточно вентилироваться, ибо плохая вентиляция, кроме всяких неприятных субъективных ощущений в глазах, один из факторов запотевания стекол; последнее же — одна из главных причин нелюбви рабочих к предохранительным очкам. Поэтому необходимо принять меры и против запотевания.

При интенсивном физическом труде, когда рабочий сильно разогревается (и на коже лица, особенно лба, выступает пот), очковые стекла очень легко запотевают с внутренней стороны и настолько ухудшают зрение, что рабочему приходится их снимать и протирать. Для уменьшения запотевания требуется возможно лучшая вентиляция очков, чтобы испарения кожи имели свободный выход, и не

\*) Комиссия по обследованию здоровья аммуниционных рабочих в Америке недавно при рекомендации своих моделей предохранительных очков также указывает, что они могут оставаться сверху открытыми (Вертон I. c.).



очень низкая температура помещения. Но эти меры далеко не всегда гарантируют от запотевания, почему было предложено еще смазывание внутренней поверхности стекол тонким слоем глицерина (кисточкой или с помощью специального „глицеринового карандаша“) или белого прозрачного мыла. В некоторых предприятиях Америки рабочие охотно одевают на лоб специальные полотняные повязки, которые впитывают пот и предотвращают его испарение, что, конечно, уменьшает возможность запотевания стекол (Resnick I. c.).

Вот, собственно, главные пункты, из которых необходимо исходить при выборе модели предохранительных очков для рабочих на наждачных кругах. Конечно, особенно тщательно следует выбирать и индивидуализировать модели для тех, кто весь день занят только этой работой. Для них неудобства этих очков должны быть понижены до минимума. Необходимо также индивидуализировать по роду шлифуемого материала; например, при шлифовке больших поверхностей, вроде отвалов к плугам (на заводе б. Гена) следует обращать особенное внимание на достаточную ширину поля зрения и т. п.

Здесь же возникает вопрос о способе пользования предохранительными очками в тех цехах, где нет постоянного шлифовщика, а все рабочие по мере надобности подходят шлифовать свои затупившиеся инструменты. У нас, в лучшем случае, на таких наждачных кругах висит одна пара предохранительных очков для общего пользования. С этим следует бороться, — в виду возможности случайного переноса глазной заразной болезни. В лучших предприятиях Америки такие очки уже вывелись, и в скорости выйдет общий закон (Resnick I. c.), запрещающий пользование „общественными“ очками. Каждый рабочий должен иметь свои собственные, ему подходящие предохранительные очки, находящиеся в особом ящике или футляре всегда у него под рукой и всегда готовые к употреблению.

В общем же, в подобных именно случаях несомненно целесообразнее было бы главное внимание направить на технические меры предохранения.

Но даже при моделях высшего качества и при строгой индивидуализации их, все же на заводах всегда наталкиваются на упорное отрицательное отношение рабочих к ношению предохранительных очков. Нередко такое отрицательное отношение развивается от ранее применявшихся плохих или неподходящих моделей, развивших у рабочих предвзятое мнение к предохранительным очкам вообще. Основываясь на этом, некоторые американские специалисты считают, что неправильный выбор моделей очков так же вредит делу охраны глаз рабочих, как и полное неупотребление очков (Resnick I. c.). Но главным злом является непонимание рабочими того, что определенные неудобства сторицей оправдываются для их же собственного здоровья и для государства. И вот, для борьбы с этим злом необходимо выдвинуть широко и умело организованную агитацию за предохранительные очки.

К техническим мерам предохранения на наждачных кругах относятся: кожухи, стеклянные рамы и эксгаустеры.

Кожухи обхватывают в виде футляра или большую верхнюю часть круга, заходя ниже оси его, или, что еще лучше, весь круг, оставляя лишь небольшую свободную спереди и необходимую для работы часть круга. Последний тип кожухов, к сожалению, не всегда может применяться, например, при шлифовке больших поверхностей, как отвалов на зав. б. Гена. Материал для кожухов должен



быть солидный (лучше всего из крепких стальных плит), чтобы в случае разрыва камня удержать крупные разлетающиеся осколки, которые могут быть причиной тяжких увечий и даже смерти рабочего. Вместо кожухов на заводе б. Гена имеются металлические перекладины, покрываемые куском брезента, свисающим к кругу спереди, в виде занавесочки над местом работы. Такое приспособление подходит к типу компактных кожухов, но даже в случаях, когда брезентные покрывки содержатся в порядке, что бывает далеко не всегда, они уступают в смысле охраны настоящим кожухам.

Правильно поставленные кожухи дают уже некоторую защиту от отлетающих искр, но далеко не полную. Искры, все же, в большом количестве проскакивают в рабочее отверстие кожуха и летят в лицо работающего. Лазарев<sup>14</sup> предлагает проделывать в задней стенке кожуха щелевидное отверстие, для того чтобы искры вылетали из него в сторону, противоположную работающему. Я не видал еще на практике применения таких щелей, но мне думается, что на наших русских заводах, где часто еще имеется большая скученность станков, такая мера могла бы быть опасной для соседних рабочих и поэтому нежелательной.

Стеклянная рама устанавливается между наждачным кругом и лицом рабочего так, чтобы все, еще отлетающие осколки ею удерживались. Стекло такой рамы должно быть хорошо шлифованным, лучше всего — зеркальным. Ввиду того, что отлетающие искры постепенно покрывают стекло непрозрачным налетом (также, как и стекло предохранительных очков), необходимо время от времени его менять. Поэтому рама должна быть устроена так, чтобы стекло могло легко из нее выниматься. Для значительного удешевления можно в раму вставлять два стекла — одно зеркальное (в сторону рабочего), другое тонкое, простое (в сторону круга). Тогда меняется только это последнее дешевое стекло (см. Resnick l. c.). Абсолютно необходимым условием при применении стеклянной рамы является содержание ее в полной чистоте.

Наконец, последняя техническая мера это „эксгаустеры“ — отсасыватели. При помощи особо устроенной вентиляции, сильная тяга отсасывает и уносит все наждачные искры и пыль через специальные трубы. Такие отсасыватели являются прекрасной мерой охраны и вводятся теперь во всех крупных заграничных предприятиях. Хотя установка их и дорога, но со временем сама себя несомненно оплачивает повышением трудоспособности и уменьшением страховых расходов. Несмотря, однако, на почти идеальное отсасывание искр эксгаустером, для полной безопасности рабочего применяются комбинации предохранительных мер, а именно, чаще всего эксгаустер плюс стеклянную раму или предохранительные очки. Такой комбинацией достигается полная, идеальная охрана глаз рабочего, даже на случай неожиданной, временной заминки в работе эксгаустера.

Само собой разумеется, что кроме всех этих мер предохранения необходимо поставить рабочего, вообще, в наилучшие условия как индивидуальных удобств (удобное положение тела при работе и т. п.), так и обще-гигиенических. На этом я останавливаться не буду, ибо каждому врачу известно, насколько важны достаточное и целесообразное устройство освещения, вентиляция, просторность помещения и т. д. Не буду я также останавливаться на чисто технической стороне установки наждачного круга, качестве его самого, быстроте его вращения. Все это — моменты, имеющие также не малое значе-



ние в вопросе нас интересующем, но они должны уже полностью находиться в ведении технического персонала предприятия.

Отмечу еще, что большое значение имеет также острота зрения рабочего. Чем она слабее, тем ближе рабочий наклоняется к кругу, и тем легче и с большей силой могут попадать искры ему в глаза. И понятно, что в своей статистике Висасса (l. c.) указывает, что особенно часто страдали рабочие с аметропией, косоглазием и одним только зрячим глазом.

Кроме всех этих мер предохранения, необходимо позаботиться и о рациональной первой помощи при попадании искры в глаз.

Из вышесказанного видно, что чем дольше инородная частичка остается в оболочках глаза, тем тяжелее могут быть последствия. Поэтому первая медицинская помощь должна быть возможно скорой.

Чем асептичнее, осторожнее и основательнее происходит удаление инородного тела, тем лучше прогноз. Поэтому первая помощь должна быть квалифицированной.

Для проведения в жизнь этих основных условий было бы желательно, чтобы производственный врач и дежурный лекпом (по крайней мере в медпунктах крупных предприятий) умели бы удалять инородные тела роговицы *lege artis*. Для этого не нужно быть окулистом; достаточно проделать это под наблюдением глазника несколько раз и иметь всегда наготове стерильный 5% кокаин, соответствующий инструмент, лампу и хотя бы одну лупу. Это, я уверен, было бы прекрасной мерой борьбы против имеющихся в каждом цеху „специалистов“ из рабочих „извлекателей инородных тел из глаза“, которые не раз приносят своим товарищам больше вреда, чем пользы. Только в случае особых затруднений при удалении на предприятии, пострадавший должен быть направляем к окулисту.

Но конечно, если лекпом или производственный врач не чувствуют себя достаточно сильными в технике удаления инородного тела роговицы, то единственно, что они могут себе позволить—это осторожно, прикосновением стерильным ватным тампончиком попытаться удалить инородное тело. Если оно совсем поверхностно, это легко удастся. Но если первые же попытки не увенчались успехом, необходимо немедленно, избегая лишней травматизации, направить пострадавшего к окулисту. Не так уж редки случаи, когда даже последнему удаление удастся далеко не легко.

Необходимо подчеркнуть, что для успешного проведения всех этих мер — как профилактики попадания наждачных искр в глаз, так и организации правильной медицинской помощи—огромную роль играет соответственная пропаганда в рабочей среде. В этом вопросе Америка, повидимому, стоит на первом месте (Resnick l. c.)

Кроме всевозможных митингов, лекций, собеседований с рабочими на эту тему, проводится широкая агитация самыми разнообразными плакатами, придумываются остроумные методы санпросвета, имеющие целью повлиять на упрямых рабочих. Здесь открывается широкое и благородное поле деятельности для всякого причастного к охране труда, кто хотел бы своей инициативой принести пользу рабочему.

Но жизнь показала, что несмотря на огромное значение агитации и повышения сознательного отношения рабочих к этим вопросам, все же во многих случаях необходимы и определенные принудительные меры. В некоторых государствах (например, в Германии) закон очень сурово относится к пострадавшим от повреждений ра-



бочим, если последние по своей вине не пользовались имеющимися в их распоряжении предохранительными мерами. Такие рабочие лишались страховой премии. Однако, на деле этот закон, в таком виде конечно не допустимый, никогда не применялся, и поэтому никакого воспитательного значения для рабочих не имел. Повидимому, самой рациональной мерой было бы временное увольнение упрямого рабочего с предприятия.

Возвращаясь к заводу б. Гена, я должен с чувством большого удовлетворения отметить, что за последний год в нем наблюдается крупный прогресс в деле охраны глаз рабочих, в частности при работе на наждачных кругах. Заготовочный цех частично разгружен от наждачных станков, которые перенесены в заново отстроенное, значительно более светлое и просторное помещение. В последнем у наждачных кругов уже работают эксгаустеры с металлическими щитами. Риск попадания в глаза искр наждака при таких условиях несомненно понижается. Еще более крупный шаг вперед представляют из себя наждачные станки для отвалов конструкции инженера завода *Александрова*. На них отвал, подлежащий шлифовке, неподвижно захватывается электромагнитом и механически передвигается под наждачным камнем. Последний почти герметически обхватывается металлическим кожухом, соединенным с эксгаустером. При работе на таких станках достаточно одного человека на 2 наждачных круга; отпадает шлифовка в ручную, что требует немалой затраты физической силы, и, что главным образом интересует нас, абсолютно исключается попадание инородных тел в глаз работающего, без всякого применения с его стороны вспомогательных предохранительных мер.

Недавно, специально для руководства и наблюдения за мерами охраны труда на заводе назначен один из его инженеров—*М. Сергеев*. Совместным трудом такой квалифицированной технической силы и врачебной — в лице производственного врача — *д-ра Берестечко*, очень интересующегося этим вопросом и проявившего в нем много инициативы,—дело охраны глаз рабочих пойдет быстро вперед.

Уже на видных местах появились плакаты, агитационное содержание которых, кстати сказать, следует значительно расширить и углубить. Уже разработаны определенные правила принудительного характера с целью заставить рабочих носить очки. Когда эти правила будут проведены в жизнь, они окажут существенную помощь делу охраны глаз рабочих.

Словом, в этом вопросе на зав. им. Октябрьской Революции кое-что уже сделано. Но впереди еще очень много работы и очень много препятствий. Будем надеяться, что в недалеком будущем совместными силами технического и врачебного персонала и самих рабочих препятствия эти будут преодолены, и глазник, явившийся на завод, сможет констатировать, что для охраны глаз сделано все, что нужно не хуже, а может быть и лучше, чем в крупных зарубежных предприятиях.

Глубоко уважаемому моему учителю—профессору *В. П. Филатову* и старшему врачу II-ой Поликлиники—*д-ру Лагда* приношу искреннюю благодарность за интерес, проявленный к данной работе.

#### Литература.

1. *Busacca Annibale*. Le lesioni superficiali da schegge nella cornea. По рефер. в *Zentrbl. f. d. g. Ophthalm.* XIV, 15, 1919. 2. *Wagenmann*. Die Verletzungen des Auges I, 1915 стр. 37. 3. *Resnick-Carris*. Eye hazards in industrial occupations. New York



1924, стр. 4. 4. Elschmig. Berufsverletzungen des Auges. Medicin. Klinik 1925, 49. стр. 1836—1837. 5. Praun. Die Verletzungen des Auges. 1899. стр. 131. 6. Вернон. Промышленная усталость и производительность труда. Госиздат 1925, стр. 241. 7. Якимов. Разрыв наждачного круга. Гигиена труда № 4, 1925 стр. 126. 8. Wagenmann I. с. II, 1921 стр. 1437. 9. Haab в Elschmig Augenerztliche Operationslehre II des Handb. d. Augenheilk. 3. Aufl. 1922. стр. 1404. 10. Haase Stilettnadel z. Entfernen v. Fremdkörpern aus d. Hornhaut. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. L, 1, 1912. стр. 569. 11. Lindner. Ulcus serpens fulminans. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 52 стр. 62. 12. Lindeman. Sympathische Ophthalmie nach ulcus serpens. Klin. Mon. f. Augenh. LXXV Mai—Juni, 1925 г. стр. 775. 13. Александров. Врачебное Дело 1925 г. № 3. 14. Лазарев. Наждачные точильные кружки и глаз. Русский Офтальмологический Журнал III, 3, 1924 г. стр. 268.

## Социальный уклон лечебной помощи.

(Диспансеризация лечебной помощи).

М. Л. Левонтии.

Настоящему вопросу посвящена довольно значительная литература: имеются отдельные издания на тему о диспансеризации, пестреют медицинские журналы статьями о диспансеризации. Около двух лет уже, как диспансеризация общей лечебной помощи стоит в порядке дня строительства дела медико-санитарной организации Москвы. Казалось бы, что этот организационного характера вопрос должен иметь вполне очерченные формы и быть признанным в общей своей трактовке в широких кругах общественных врачей, работающих в медико-санитарных организациях. Казалось бы излишним ставить и анализировать вопрос: „что такое диспансеризация лечебной помощи“. Пора было бы уже делиться опытом диспансеризации лечебной помощи, в целях углубления и расширения ее методики. Но, повидимому, „в районе действия“ возрождающегося „Южного Медицинского Журнала“, для широких кругов врачей диспансеризация остается „таинственной незнакомкой“. В частности, Одесская Окргдравинсп. вплотную подходит организационно к осуществлению диспансеризации общей лечебной помощи лишь на протяжении последних месяцев — при скептическом отношении со стороны большого круга врачей. Поэтому небесполезно на страницах журнала дать общий абрис этому существенному вопросу.

Прежде всего, необходимо дать общую формулировку „диспансеризации“, ответить на вопрос, что такое диспансеризация лечебной помощи? Ответ должен быть таков: диспансеризация лечебной помощи — это одна из организационных форм лечебной помощи в ряду других форм лечебной помощи, как то: скорая помощь на предприятиях, выездная, помощь на дому, амбулаторно-поликлиническая, стационарная, санитарная и т. д.

В упрощенной организации земской медицинской помощи, все разнородные и основные формы медицинской помощи концентрировались в земском медицинском участке. При развитии специализации, при дифференциации лечебной помощи в условиях города каждая организационная форма становится самостоятельной. Положительный факт специализации и дифференциации влечет за собой два существенных недочета в деле охраны здоровья: расшатывается столь необходимая связь между дифференцировавшимися медицинскими учреждениями, вместе с тем становится затруднительной организационная увязка их — это, во-первых; во-вторых, дифференцированные организационные формы лечебной помощи отрываются от жизненных условий, способствующих появлению и развитию патологических отклонений организма.



Диспансеризация, как организационная форма лечебной помощи, призвана исправить эти недочеты. Поэтому, диспансеризация, являясь организационной формой медицинской помощи, вместе с тем является методом и организационной системой лечебной помощи. Как метод и система, диспансеризация должна пропитать своим содержанием всю медико-санитарную организацию, главным образом основной стержень медико-санитарной организации — амбулаторно-поликлиническую помощь.

В чем заключается содержание „диспансеризации лечебной помощи?“ Исходя из установленного всеми современными научными клиническими методами индивидуального диагноза, диспансеризация имеет своей целью полное, исчерпывающее выявление профессиональной, бытовой, социальной этиологии патологического отклонения и соответствующие социальные мероприятия по отношению к данному больному. В этой части встает целый ряд вопросов. Признавая все значение выявления профессиональной и т. д. этиологии, одни смотрят на это выявление, по преимуществу, как на накапливаемый материал для соответствующих государственных органов по охране и оздоровлению труда. Признавая научную ценность выявления профессиональной этиологии и учета этого выявления, надо отметить, что в текущей работе лечврача эта профессиональная этиология почти не выявляется. Следовательно, требуется очень много организационной настойчивости, требуется большая пропаганда — организационная и научная, чтобы фиксировалось внимание лечврачей на выявлении и учете профессиональной, социальной, бытовой этиологии. Если мы констатируем, что на этиологии внимание не фиксируется, то мы должны считать подход к больному не научным, мы должны опасаться вырождения практической медицины в условиях амбулаторно-поликлинической организации в „фельдшеризм“, „лечебное, медикаментозное, по преимуществу, знахарство“.

Итак, фиксируя внимание на необходимости полного и всестороннего выявления трудовой и бытовой этиологии, диспансеризация, как система, должна тонизировать научно-практический подход лечврача к больному. Как система, в деле выявления трудовой и бытовой этиологии, диспансеризация должна опираться на врачей, изучающих производства, откуда черпаются больные, изучающих условия быта и жилища обращающихся больных. Эти врачи должны быть тесно связаны с амбулаторно-поликлиническими кабинетами, служа для последних консультантами по вопросам трудовой и бытовой этиологии.

Должна ли медицинская организация только накапливать материал, показывающий напряженность патологических отклонений в зависимости от труда и быта, и передавать его в соответствующие государственные органы по оздоровлению и охране труда в целях использования этого материала для социальных мероприятий в области государственного строительства?

Прямолинейные скептики, с одной стороны, и узкие лечебники, с другой стороны, говорят: „дайте хорошую зарплату, хорошее жилище, гигиеническое предприятие прежде всего; медицинская организация не может нейтрализовать вредностей социального порядка“.

Конечно, в основе оздоровления труда и быта лежат мероприятия государственного характера. Но государственное строительство социалистического общества, направленное для под'ема физического и культурного уровня широких трудовых масс — процесс, с одной стороны, и общественная задача, с другой стороны. А потому все



общественные силы, все органы и организации принимают участие в общей задаче. Рациональное направление лечебной работы — предупредительное, профилактическое направление, предусматривающее выявление источника патологии, обстановки, влияющей на патологию, соответствующие меры рациональной, в связи с источником терапии, — являются дополнением в процессе и системе социально-профилактических мер государственного масштаба. С жилищным строительством, улучшением санитарно-технического состояния фабрик и заводов, с проведением законодательства о труде, с регламентацией фабрично-заводской обстановки, с рациональной постановкой дела общественного питания, с пропагандой санкультуры — должна сочетаться система рациональной общественно-медицинской помощи: система профилакториев, праздничных санаторий, ночных санаторий, летних колоний, домов отдыха, диететических столовых и т. д. и т. д.

Таким образом, метод диспансеризации, усвоенный и проводимый в недрах медико-санитарной организации, в процессе своего применения развивается в систему, сливающуюся с общей системой социалистического строительства.

Этот метод, эта система идет в разрез с фетишизмом, преклоением перед установленными и застывшими учреждениями медико-санитарной организации, в разрез с трафаретом медикаментозного снабжения каждого обращающегося к врачу. Но этот метод не исключает, а поддерживает применение современных научных методов исследования (химических, биологических, бактериологических, профессионально-гигиенических и т. п.) и небольшой круг действительно рациональных методов лечебного воздействия.

Имея своей целью предупреждение, профилактику в условиях труда и быта, диспансеризация тесно связана с вопросом ранней диагностики, этим большим вопросом амбулаторно-поликлинической помощи. Несомненно, диспансеризационный метод в своей первой части, — обследовании и выявлении профессионально-бытовой этиологии, — должен способствовать осуществлению ранней диагностики.

Далее, в диагностике имеет значение не столько установление особенностей узко-индивидуального характера, сколько установление патологических отклонений, присущих определенной профессиональной группе. И здесь диспансеризационный метод в своей первой части является существенным подспорьем.

Итак, подводя итог высказанным соображениям, мы должны признать всю ценность применения диспансеризации в существенной ее части: наблюдении и учете здоровья.

В целях осуществления полноты наблюдения и учета вместо трафаретной, принятой обычно в лечебных учреждениях карточной регистрации, поэтому, устанавливается подробный санитарный журнал, включающий в себя целый ряд рубрик, выясняющих весь трудовой стаж, профессиональный, специальный стаж, тарифные данные, данные о жилищных, бытовых условиях, антропометрические данные, подробные сведения о состоянии всех систем и органов, лабораторные данные, данные текущего наблюдения за длительный период (после первичного обследования), данные повторного обследования и, наконец, заключение и постановление медицинской комиссии по диспансеризации с диагнозом и социальной терапией.

В связи с таким полным и всесторонним обследованием, наблюдением и учетом ставится вопрос о возможности охвата существующей медорганизацией достаточного числа диспансеризуемых. Очевидно, что не все обращающиеся могут и должны быть подвер-



гнуты сегодня диспансеризации. Необходим отбор, необходима плановость и система в деле отбора для диспансеризации.

Круг диспансеризуемых должен охватывать лиц, с одной стороны, по признаку болезненности, с другой стороны, по признаку вредности профессии. Таким образом, подвергаются диспансеризации — лица с болезнями социально-опасными в смысле заражения, как то: туберкулез, сифилис, остро-заразные эпидемические болезни; лица с болезнями, социально-опасными по своей хроничности и угрозой инвалидизации; другими словами — больные, стоящие на грани функциональной декомпенсации. Все указанные группы больных по определенному плану отбираются для диспансеризации в порядке текущей работы поликлиники. Здесь новым объектом диспансеризации является по существу лишь последняя группа больных, ибо туберкулезные, венерики, одержимые острыми и хроническими заразными болезнями (тифы, скарлатина, дифтерия, чесотка, парша, трахома и т. п.) диспансеризуются по линии санитарно-эпидемиологического обследования и по линии туб-вендиспансеров. Установлена диспансеризация по линиям детских и акушерско-гинекологических консультаций для детей и матерей, как грунт значительного удельного веса.

Но кроме текущей диспансеризации в порядке повседневной работы поликлиники, должна быть установлена системно, из года в год проводимая плановая диспансеризация либо вредных профессиональных групп, либо особо вредных предприятий. Таким образом, контингент охватываемых диспансеризацией ограничивается количеством и плановостью проведения.

При грубом подсчете, например, по г. Одессе, при проведении текущей диспансеризации четырьмя центральными поликлиниками может быть, при скромных расчетах, диспансеризовано до 300 застрахованных ежемесячно и столько же двумя специальными комиссиями по диспансеризации вредных профессиональных групп, т. е. около 10% застрахованных.

Высказанные соображения о плановости и системности дела проведения диспансеризации должны успокоить скептические опасения на счет возможности охвата диспансеризацией большого количества лиц, ибо не в количестве дело, а в том, чтобы на первых порах диспансеризации были охвачены удельно важные группы больных.

Следующий вопрос, который выдвигается, — это возможность удовлетворения видами социальной помощи; подчеркивается несоответствие потребности в квартирах, белье, домах отдыха, в койках ночных, постоянных санаториях, в пайках по диетстоловым, наконец, в денежных ассигнованиях — с наличием таковых.

В этом вопросе не учитывается ряд моментов. С повышением потребностей естественно должен увеличиваться фонд; в распоряжение каждой центральной поликлиники или советов социальной помощи ассигнованы в настоящем бюджетном году незначительные средства, ибо вопрос о социальной помощи не выпячивался; естественно, что с развертыванием дела диспансеризации в дальнейшем, сметные назначения на социальную помощь должны получить твердую и обоснованную базу. Необходимо с самого начала развертывания дела диспансеризации учитывать потребности, как материал для будущей сметы. Ведь вопрос о сметных ассигнованиях на социальную помощь ставится в плоскости, куда выгодней, куда с большей пользой для предупреждения болезненности следует перебрасывать имеющиеся и предназначенные для оздоровления суммы.



Кроме бюджетных источников фонда Г, предназначенного на лечебную помощь, кроме местного бюджета, и из фондов Стражассы выгодно производить некоторые ассигнования на социальную помощь, дабы предупредить чрезмерные расходы, связанные с потерей трудоспособности. Не без основания в последнее время страховые органы уделяют много внимания вопросу профилактики. Далее, внутри сметных назначений той или иной поликлиники, за счет целесообразного сокращения расходов на медикаменты, могут быть выделены суммы на социальные виды помощи. Наконец, актуальная самодеятельность рабочих низовых ячеек здравоохранения, объединенных в комиссиях по оздоровлению труда и быта при районных поликлиниках, может не мало содействовать делу концентрации фондов социальной помощи.

Вот тот круг основных вопросов, которые выставляются работниками медико-санитарных организаций, когда выдвигается перспективный план диспансеризации лечебной помощи. Несомненно, что диспансеризация выдвигает перед врачами ряд новых практических задач, несомненно, что эти задачи должны быть проводимы в сложной организационной обстановке. Но, если эти задачи целесообразны, рациональны, то они осуществимы и трудности могут и должны быть преодолены.

Продуктивность диспансеризации находится в зависимости от:

1) плановости и организационного единства при проведении ее;  
2) от инициативности и сознательности, проявленной в этом деле врачами; не только от понимания ими задач диспансеризации, но и от умения в текущей работе практически и общественно применить диспансерный метод;

3) от активности районных комиссий по оздоровлению труда и быта и их периферических ячеек на предприятиях.

В соответствии с содержанием диспансеризационной работы стоит и организационная система диспансеризации, выливающаяся в следующие формы:

1) обследующие органы, накапливающие, собирающие материал для выводов и заключений — медицинские силы кабинетов поликлиники, диспансеров (туберкулезных, венерических), детских, акушерско-гинекологических консультаций, районные врачи помощи на дому, специальные комиссии по клиническому обследованию рабочих предприятий, контрольные комиссии, производственные врачи, санитарные врачи, обследующие жилищно-бытовые условия;

2) аппарат, содействующий обследовательской работе на местах и осуществлению мер социальной помощи — районные комиссии по оздоровлению труда и быта из представителей ячеек охраны труда, здравячеек и представителей государственных и общественных органов данного района (инспектора охраны труда, соцстрах, женотдел, КСМ);

3) окружная комиссия по диспансеризации — руководящая, объединяющая всю работу по диспансеризации при Окргдравотделе.

Проникая диспансерным методом сначала в текущую работу лечущих учреждений, богатого культурными и квалифицированными силами и учреждениями города, необходимо не упускать из поля зрения применение диспансерного метода, его углубления на селе.

Предпосылкой для осуществления диспансеризации на селе является близость участкового врача к населению. Методы проведения диспансеризации на селе, в связи с индивидуальным укладом жизни села, должны в первую очередь формироваться в виде санкультуры быта, питания, жизни.



## Постановка медицинского образования в гор. Одессе \*).

Проф. И. Е. Кориман.

Двадцать пять лет тому назад постановка медицинского образования в Одессе была, как и везде в России, налажена по германским образцам и могла быть признана отвечающей в значительной степени тогдашним средним требованиям.

Учебный план, распорядок занятий, требования, предъявляемые к поступающим, переходящим с курса на курс и оканчивающим студентам, ничем не отличались от таковых на остальных российских медицинских факультетах. Сам медицинский факультет был частью университета, и открытие в Одессе в 1900 г. медицинского факультета было завершением до тех пор неполного Новороссийского Университета.

К сожалению, лица, разработавшие план устройства медицинского факультета в Одессе, не были проникнуты современным духом развития биологии вообще и медицинских знаний в частности, и не учли темпа роста главнейших медицинских дисциплин. Этим, а также рядом причин личного и материального характера, объясняется а priori неудачный выбор места постройки зданий нового факультета, а также самый тип зданий, являвшийся уже для 1900 года несколько устаревшим.

В Германии, занимавшей до войны руководящее положение в развитии биологических и естественно-исторических дисциплин и ставшей главным центром прогресса в медицине, постепенно и планомерно переходили уже тогда к постройке обособленных для каждой отдельной дисциплины крупных зданий, близких друг к другу, но расположенных на большой площади, допускающей дальнейшие пристройки и расширения, обычно за городом.

В этом отношении в Одессе допущена была несомненная организационная ошибка.

Заложенному в 1898 году, открытому в 1900 году при блестящих auspiciis, в богатом красивом городе, расположенном в прекрасной курортной местности, молодому факультету, получившему кадр преподавателей из выдающихся, частью европейских величин (Ф. Н. Шведов, П. Г. Меликов, В. В. Подвысоцкий, Б. Ф. Вериго, С. В. Левашов, К. М. Сапезко, С. С. Головин, Хлопин, Яновский и др.), в дальнейшем определено не повезло. Японская война, события 1905 года и связанные с ними финансовые затруднения сперва задержали, а потом совсем прекратили планомерную постройку факультета, оставшегося и по сей день остающегося без соответствующих зданий для преподавания ряда предметов старших курсов.

Получив хорошо устроенные для тогдашних понятий помещения для преподавания по теоретическим кафедрам и по некоторым клиническим дисциплинам, одесский мед. факультет по целому ряду клинических кафедр остался и по сей день остается недооборудованным. Вот почему в отношении преподавания некоторых клинических предметов еще в довоенное время в Одессе, по сравнению с другими факультетами России, чувствовался несомненный недочет.

Не успела Одесса придти в себя после столь неудачной японской войны, в значительной степени прекратившей торговлю с Даль-

\*.) Речь, произнесенная деканом Мед. Факультета Одесского Гос. Мед. Института на торжественном заседании Факультета 8 сент. 1925 г., по случаю 25-летия существования Мед. Факультета в г. Одессе.



ним Востоком, как периодические закрытия Дарданелл до и во время Балканских войн, еще больше подорвали ее торговое значение, как крупнейшего экспортного и транзитного пункта в порты Ближнего Востока и Средиземного моря.

Европейская война и последовавшая за ней гражданская особенно больно отразились на Одессе в силу ее пограничного и приморского положения, окончательно подорвали благосостояние ее жителей, количество которых уменьшилось почти вдвое.

Всем нам памятни годы разрухи, когда эмблемой города стали валявшиеся по улицам трупы, когда дезинфекционная камера не успевала вывозить умерших, а кладбище их хоронить, когда по улицам бродили тени, либо издалека носившие ведра с водой, либо стоявшие в очередях за жалким и недостаточным пайком.

Говорить о постановке медицинского преподавания при таких условиях как будто не приходится. Тем не менее, Одесский медицинский факультет с гордостью может указать, что не смотря на самые неблагоприятные условия, далекий от центра и зачастую забытый им, он ни на один день не прекращал своей деятельности и в голодное и холодное время, продолжал свое нелегкое ответственное дело, перенеся при отсутствии топлива и света на летнее время центр тяжести работы и назначая лекции на вечернее время, так как все студенты состояли на службах.

Как только наступило более благоприятное время, факультет ожил, студенты стали менее голодны, преподаватели постепенно вышли из состояния нищеты, можно было подумать об улучшении медицинского преподавания и о применении новых методов, повсеместно вводимых на смену старым.

Но прежде всего необходимо установить, в чем состоит медицинское образование, к чему оно должно стремиться и существует ли общепризнанный наилучший путь, при помощи которого наиболее успешно можно достигнуть намеченной цели.

Целью рассадника высшего медицинского образования является дать стране широко образованных людей, хорошо знакомых с основами биологических и медицинских знаний, умеющих правильно подходить к разрешению многочисленных, разнообразных, подчас крайне сложных вопросов как теоретического, так и практического характера, связанных с врачебною деятельностью, одним словом, — умеющих научно мыслить. Sir George Newman (1923) говорит: „Целью медицины, как науки и искусства, является выяснение тех законов или принципов, от которых зависит здоровье или болезнь человеческого рода“. Не подлежит никакому сомнению, что основной целью медицинского преподавания является не фабрикация специалиста ремесленника, нагруженного определенным большим или меньшим запасом фактов, а передача будущим врачам основных научных методов при помощи которых познаются и координируются те или иные факты и возможно сделать те или иные научные выводы.

Современная медицина, вышедшая из среды жрецов и волхвов, побывавшая в плену церковных догматов, все еще заключает в себе значительный элемент искусства, но в связи с грандиозными успехами естественных наук чем дальше, тем больше сама делается наукой.

Изучение всякой науки должно покоиться на научных основаниях, а не исключительно на освященных историей традициях, и заключаться в постепенном и планомерном переходе на основе извест-



ных научных фактов в область, до того неизвестную. Вот почему спор между „натуральным“ методом изучения медицины у латинских народов и англичан, где преподавание медицины сосредоточивалось главным образом в больницах и носило выраженный практический характер, и „университетским“ методом германских народов теоретически должен был бы быть решен в пользу последнего.

Но поскольку медицина еще не стала исключительно наукой, а является соединением науки и искусства, и поскольку результаты ее изучения исключительно следуя одному из этих методов везде оказались в большей или меньшей степени неудовлетворительными, приходится придти к заключению, что в настоящее время нужно искать разумный синтез обоих направлений. Правильное соединение теории и практики, без ущерба для каждого из этих методов, есть идеал современной схемы медицинского образования.

Однако достигнуть гармоничного согласования требований теоретического „университетского“ и практического „натурального“ метода очень трудно, и нигде пока еще этого не удавалось достигнуть. Везде происходят сдвиги, везде производятся более или менее удачные, более или менее решительные попытки реформировать старые методы преподавания, которое в Германии слишком теоретично и пассивно, уделяя главное внимание дидактическим и демонстрационным лекциям и занятиям, во Франции слишком утилитарно и узко профессионально, не давая достаточно широкой научной базы, в Англии слишком застыло в старых узких и неподвижных формах, а в Америке весьма неравномерно — от абсолютно недостаточного до находящегося на весьма высоком уровне, но носящего в обоих случаях типично школьный характер. В Германии в 1919 году врачи потребовали ускоренной работы по реформе всего медицинского образования, закончившейся в 1924 году введением нового порядка. В Англии в 1922 году введен существенно модифицированный учебный план. Во Франции недовольство преподаванием медицины возникло давно: еще в 1789 году, накануне Великой Французской Революции, хирурги и врачи города Arles предъявили ряд требований, из которых приведу:

„III. Les études en médecine seront prolongées et leur terme reculé à celui de 5 années au moins.

„VI. Il sera établi une chaire de médecine pratique dans toutes les universités de royaume“.

Прошло более 110 лет и во Франции начинают тяготиться чрезмерно практическим направлением преподавания. В бытность мою там в 1923 году, мне удалось благодаря лобезности соответствующих деканатов познакомиться с проектами по реорганизации преподавания, которые завершились изданиях 11 октября 1924 года соответствующего декрета. В Америке происходит больше всего изменений: число мед. школ сокращено вдвое, плохие школы закрываются, в хороших производятся интереснейшие попытки по введению новых методов и исканию новых, более научных путей.

И в нашей Одесской Высшей Медицинской Школе были проделаны новые опыты изменения порядка прохождения медицинского курса. От прежнего типа, действовавшего в начале XX века, прилегающего к типу германского „университетского“ учебного плана, стиснутого у нас в рамках ригидной курсовой системы, перешли к теоретически лучшему типу „предметной системы“, оставляющему максимальную свободу индивидуальному выбору и наклонностям каждого студента.



Опыт в условиях нашей действительности оказался неудачным время прохождения курса удлинилось, иногда до совершенно непозволительных размеров, последовательность прохождения отдельных дисциплин грубо нарушалась, общий средний уровень как знаний, так и развития резко понизился.

Несмотря на ряд введенных коррективов, создалась невероятная путаница, с которой удалось справиться лишь с величайшим трудом, путем применения ряда неприятных и зачастую болезненных мероприятий.

Сейчас мы вернулись к „курсовой“ системе со всеми мерами надзора и принуждения „школьного“ характера, когда определенные кадры учащихся одновременно поступают на мед. факультет, одновременно слушают одни и те же лекции и прodelывают одни и те же практические занятия, одновременно подвергаются проверкам и переходят с курса на курс и одновременно, как правило, через пять лет покидают стены медицинской школы.

Удобная с точки зрения управления, эта система почти не дает возможности выявиться индивидуальным наклонностям отдельного студента и, будучи сходной с ныне действующей в Америке системой, страдает, также как и в Америке, излишней ригидностью, ставкой на слабого и среднего студента и проникнута духом не высшей, а средней школы.

С уменьшением количества студентов и улучшением их подготовки и материальных условий, в связи с увеличением количества преподавателей и расширением учебно-вспомогательных учреждений и клиник, несомненно удастся позаботиться об изменениях в порядке прохождения медицинского курса в смысле большей свободы и инициативы студентов и меньшей опеке и повседневного контроля со стороны преподавателей и администрации. К сожалению, при существующих условиях об этом думать еще преждевременно.

На возможность полного обеспечения студентов указывает историческая справка, согласно которой в Багдаде во времена Гарун-Аль-Рашида 6000 студентов медиков учились за счет государства. Об этом же говорит из года в год увеличивающееся у нас количество государственных стипендий, отпускаемых на обеспечение студенчества.

В смысле введения новых методов преподавания также были сделаны попытки сделать преподавание менее схоластическим, из пассивного более активным, причем дело дошло до того, что была сделана попытка ввести принцип самообучения в виде чтения лекций перед всем курсом самими студентами. Роль преподавателя была сведена к направлению работы, исправлению ошибок и формулировке заключений. Всем памятная попытка в 1923 г. в полном объеме заменить прежнее лекционное преподавание таким суррогатом быстро сошла на нет. Зато выявившаяся тенденция прерывать прежнее „торжественное“ течение академической лекции вопросами с мест, вставленными вопросами аудитории, присылкой записок с вопросами и дачей ответов на них, повидимому, прочно привилась.

Но основное требование меньшей теоретичности преподавания, уменьшения чисто дидактических схоластических, иногда крайне скучных и неудобоваримых лекций и предоставление соответственно подготовленным студентам возможности самостоятельно и на практике учиться является настолько правильным и рациональным, что оно, по возможности, должно быть удовлетворено. Данные, сообщаемые из наилучше поставленных современных американских уни-



верситетов, также говорят в пользу своевременности и жизненности выставленных требований.

Что сделано в этом отношении у нас? Во-первых, упразднены, также как в Америке, архаические и мало ценные для медицинского образования предметы: фармация, фармакогнозия, геология; соединены в виде биологии ботаника с зоологией; сокращено и кардинально видоизменено в связи с современным физиолого-биологическим направлением в медицине преподавание морфологических дисциплин — описательной анатомии и гистологии; сокращено по многим кафедрам число теоретических лекционных часов и основательно пересмотрены и переработаны программы по отдельным дисциплинам в смысле удаления из них всего излишнего и устарелого. Затем введены в большинстве кафедр семинарского типа занятия, охотно посещаемые студентами, и принимаются меры к постепенному видоизменению прежних приемов проверки знаний, вплоть до полного изживания экзаменационной системы.

Ввиду появления ряда новых дисциплин, о которых в начале столетия в программах мед. факультетов и не упоминалось (рентгенология, радиология, физическая химия, ортопедия, одонтология и др.), и резкого сдвига всей медицины в сторону социальных и профилактических вопросов с возрастающим преобладанием бактериологии и различных отделов гигиены, поочередно делающихся самостоятельными, — в учебный план пришлось ввести большое число новых важных предметов, оттеняющих профилактическое направление в медицине и первостепенное значение в ней социальных факторов.

Реальное практическое значение профилактического направления решительно во всех мед. дисциплинах огромно.

В самом деле: в Англии в 1923 г. умирало от тифа 229 на миллион жителей, в 1913—41, а в 1922—12. Причем процент смертности заболевших все время один и тот же — 15% — 20%, и ход болезни, как таковой, остался без изменения. Причины: охрана и контроль воды, пищи и устройство канализации, удаление нечистот и др. гигиенические мероприятия. Все это — независимо от введения прививок, которыми широко пользовались лишь в последнюю войну. От натуральной оспы с 1660—1870 г.г., по Farr'у, смертность была 4.000 на миллион, в середине XIX столетия — 575, а в конце его — 14. Причина — предохранительные прививки. От туберкулеза в 1847 г. — смертность 3.189 на миллион. Постепенно падая, она в 1921 г. была 854 и теперь продолжает падать. Причина — общеизвестна.

Наконец, детская смертность в конце XIX столетия ежегодно давала 150 чел. на 1.000 детей, а в некоторых фабричных районах она достигала до 300 на 1.000 новорожденных. В 1922 г. она упала ровно вдвое — 77 на 1.000.

*Nil novum sub se.* Еще в XII столетии знаменитая Салернитанская Школа в Италии имела преподавание „сохранения здоровья“. О том же говорил Парацельс.

Теперь нужно не только вводить специальные отдельные курсы гигиены, но, главным образом, внедрить идеи профилактики в преподавание теоретических наук, особенно физиологии, и во все, так называемые, клинические дисциплины. Специальная хирургия давно стоит на этой точке зрения: удаление увеличенных аденоидов, исправление дефектов организма как врожденных, так и приобретенных, антисептика и асептика, свет, как профилактика инфекции (Van Lee и сделал 800 операций под ультра-фиолетовыми лампами) и т. д.



Однако, в связи с появлением новых дисциплин нагрузка студенчества стала непосильной \*).

Выйти из создавшегося положения возможно либо удлинняя время прохождения курса, как это сделали, напр., шведы и датчане, либо давая возможность студентам избрать определенный круг предметов при условии обеспечения при этом известной цельности преподавания.

В пользу последнего условия говорит и определение цели медицинского образования — дать научное мировоззрение и умение владеть научными методами. Все равно, знание всех фактов для студента невозможно и ненужно. „Нельзя объять необъятное“, говорил Кузьма Прутков и „qui trop embrasse, mal étreint“, гласит старинная французская поговорка.

В силу высказанных соображений, впервые, насколько мне известно, в У.С.С.Р. и, в частности, в Одессе в 1923—24 уч. году была планомерно произведена замена прежнего V курса медфака распределением студентов на уклоны, сообразно уже успевшим выявиться их наклонностям. Это одновременно является интересной попыткой дать выход индивидуальным особенностям отдельных личностей в пределах определенных фиксированных циклов.

Считаю нужным подчеркнуть, что иногда высказываемые страхи „незаконченности“ медицинского образования при введении системы уклонов безусловно неубедительны, так как медицинское образование, по существу медицинских дисциплин, никогда ни у кого законченным быть не может. Это, между прочим, одна из истин, которая должна лечь в основу всяких рассуждений о форме медицинского образования. Все зависит от варьирующего *maximum'a* отдельных приобретенных основных, азбучных знаний, от степени развития медицинского мышления отдельных лиц и от наличности сознания необходимости постоянной дальнейшей научной работы.

Для того же, чтобы обеспечить будущим врачам возможность лично приложить свои силы в избранной области, пользуюсь руко-

\*) Таблица официально предполагаемой продолжительности прохождения медицинских наук в различных странах в 1922 г.

СТРАНА	Число учебных месяцев за все время	Продолжительность ежегодного каникулярного времени	Общая продолжительность обучения
Норвегия . . . . .	} 62	6 мес.	9—10 и больше
Дания . . . . .			
Голландия . . . . .	42	6 „	ок. 7 л.
Швейцария . . . . .	} 49	5 „	ок. 7 л.
Италия . . . . .			
Испания . . . . .			
Швеция . . . . .	56	4 „	ок. 7 л.
Бельгия . . . . .	56—60	4 „	ок. 7 л.
Франция . . . . .	48	4 „	ок. 6 л.
Англия . . . . .	—	3 „	ок. 5 л.
Германия . . . . .	45	— „	ок. 5 л.



водством опытных товарищей, введен, по примеру Германии, стаж, т. е. прикрепление, как правило, на год к одному или к нескольким медицинским учреждениям. При условии предоставления достаточного количества таких учреждений и достаточного использования стажера, польза практического годичного стажа несомненно будет весьма значительна.

Для проверки, насколько медицинский факультет выполнил основную свою задачу — научить грядущие поколения врачей научно мыслить — введена, так называемая, „дипломная работа“, в которой будущий врач выявляет свое знакомство с медицинской литературой, свои способности овладеть определенной темой и свое умение ориентироваться в научных вопросах.

Необходимость публичной защиты этих дипломных работ перед специальной комиссией должна приучать к самокритике и серьезному отношению к научным вопросам.

Осталось сказать еще об одном новшестве — о летнем практикуме, впервые планомерно проводимом, насколько мне известно, в Одессе с 1923 года, и долженствующим быть одним из тех мостов, которые призваны связать преподавание теоретических лабораторных кафедр с практическими клиническими дисциплинами.

Во Франции студенты с первого года поступления на медицинский факультет до ухода из него ежегодно в продолжение не менее 8—9 месяцев обязаны каждое утро посетить то или иное больничное отделение, чем вполне объясняется прекрасное умение французских врачей в обращении с больными и навык во владении различными техницизмами. В Англии Главный Медицинский Совет рекомендует для установления связи между теоретическими предметами и практическими вводить для старших групп обзорные курсы, посвященные анатомическим и физиологическим вопросам в связи с встречающимся клиническим материалом. В Манчестере с той же целью преподавание патологии продолжается на всех курсах.

С целью дать возможность молодым студентам лично удостовериться в важности и необходимости так называемых теоретических предметов первых курсов и в действительной их важности для диагностики и лечения болезней — университет в Пенсильвании ввел для студентов I-го курса один раз в неделю клинические лекции с демонстрацией больных, на которых можно показать значение применения тех или иных данных из анатомии, физиологии, физиологической химии и т. д.

Дабы ознакомить студента I-го курса с больничной обстановкой, студенты в Голландии, под названием „волонтеров“, обязаны по утрам посещать клиники, переходя за год через целый ряд их. Они служат помощниками врачей, записывают под диктовку и, как правило, изучают методы французской диагностики. Студенты второго и третьего года уже не допускаются в клиники и посвящают свое время исключительно работе на теоретических кафедрах. Покончив с теоретическими, так наз. лабораторными предметами, они, обычно на 4-ом году изучения медицины, вновь возвращаются в клиники.

Интересно, что Hellrich (1919) рекомендует введение такого же порядка для Германии, где студент в настоящее время первые 2½ года больных совершенно не видит.

В России, по примеру Германии, медицинская школа всегда страдала излишней теоретичностью и пассивностью преподавания и оторванностью от медицинской действительности: студенты зачастую совершенно не представляли себе, что их ожидает в дальнейшем и



часто приходили в тупик от совершенно простых вещей. Достаточно вспомнить нашумевшие в свое время „Записки врача“ Вересаева.

Введенный 2-хмесячный летний практикум, обязательный для всех студентов, является решительным шагом для реального приближения студенчества к самой гуще работы в учреждениях Наркомздрава и кроме того подготавливает, освещает и дополняет преподавание на всех курсах мед. факультета.

Связывая теорию с практикой, будя мысль студентов, летний практикум принесет им громадную пользу, и наверно внесет живительную струю в довольно таки затхлое болото прежнего академического преподавания.

Но для получения максимальной пользы как для стажера и летнего практика, так и для преподавания медицины вообще, необходимо одно условие, о котором я не перестаю повторять вот уже скоро 10 лет, — необходима органическая связь между преподавательским персоналом медфака и всеми учреждениями Наркомздрава.

Эта связь будет достигнута только тогда, когда все преподаватели медфака будут использованы в учреждениях НКЗ в качестве не непрошенных гостей, а полноправных руководителей медицинской учебной и научной стороной дела, а все учреждения НКЗ включены в сеть учебно-вспомогательных учреждений отдела медобразования профобра. Этим сразу разрешился бы и вопрос о недостатке клиник для 5 курса в Одесском Медицинском Институте.

Установление такой связи, отсутствующей в полном объеме не только в России, является одной из очередных задач, теперь поставленных в Англии и, особенно, в Америке. Будем надеяться, что и в этом отношении мы не дадим себя опередить другим странам.

Заканчивая свои, поневоле краткие соображения о ходе реформы медицинского образования в нашем факультете, я должен упомянуть еще об одном кардинальном условии — это о настоятельной необходимости достаточной подготовки поступающих на медфак. Одних рабфаков при ВУЗ'ах, конечно, недостаточно, не говоря о том, что двухлетний период обучения в нем должен быть соответственно увеличен.

Сейчас по понятным причинам дело с уровнем знаний и подготовкой поступающих обстоит далеко не благополучно, и необходимо принять решительные меры к воссозданию серьезной модернизированной подготовительной школы. Тогда удастся разгрузить медфак от ряда дисциплин, заполняющих его учебный план на первых двух курсах, и несколько облегчить студентов, изнывающих от калейдоскопичности предметов преподавания.

Из сказанного, надеюсь, видно, что мы далеко не считаем существующее положение идеальным и не подлежащим дальнейшим планомерным изменениям.

*Πάντα ῥεῖ* — и надо надеяться, что у нас все постепенно улучшится. Однако, думать, что медицинское образование делается более коротким или что введение новых методов сделает усвоение основных законов для студентов совершенно легким, — конечно, не приходится. „Нет знания без слез“ гласит старая английская поговорка. С другой стороны „научить медицине нельзя“, говорит А. Flexner (1925), „изучение же ее сопряжено с большими трудностями“.

Но как бы в дальнейшем не пошел процесс реформы мед. образования, мы все сегодня здесь собравшиеся можем быть уверены, что все преподаватели нашего факультета в тесном единении



со студенчеством, при поддержке органов власти как в центре, так и на месте, и при содействии руководящих организаций как политических, так и общественных будут неизменно продолжать, как и до сих пор, исполнять свой долг, с полным сознанием своей ответственности, в надежде полностью оправдать высокое доверие, которое оказывает им Республика.

### К вопросу о борьбе с венеризмом на селе \*).

М. Г. Хорошин.

Рассмотрение годовых отчетных данных медицинских участков Одесского округа о движении больных сифилисом и гонорреей показывает, что эти заболевания регистрируются на всех медучастках округа. Однако, в то время, как на одних медучастках венбольные регистрируются в единичных числах и на других в несколько большем числе,—резко выделяется третья группа медучастков, на которых венбольные регистрируются в значительных числах.

Для мест последней группы вытекает организационная задача немедленного открытия специальных венерологических установок, так называемых венпунктов, либо при построении профилактического участка включить в его штаты венеролога для постановки работы по диспансерному методу.

Но развертывание последних (венпунктов и профилактических участков) тесно связано с бюджетными возможностями.

Тяжелое положение сельской сети потребует больших расходов на дальнейшее качественное улучшение постановки дела. Поэтому не приходится рассчитывать, что в ближайшие годы можно будет развернуть в потребных размерах новую сеть специальных медицинских учреждений на селе.

Даже при наличии средств эту задачу не удалось бы быстро разрешить из-за отсутствия квалифицированного персонала.

Поэтому, сохраняя основную организационную задачу, чтобы в каждом районе был бы венеролог, выдвигается вторая задача, которая должна свестись к плановому привлечению к борьбе с венеризмом имеющейся наличной медико-санитарной сети на селе.

Концентрируя свое внимание на выявлении мест очагового распространения венболезней, на развертывание в них венпунктов, недостаточно внимания на местах уделяется той громадной роли, которую имеет общая сельская сеть в борьбе с венеризмом.

Борьба с венеризмом на селе должна строиться по двум колеям одного пути: с одной стороны, выявление очагов, развертывание венпунктов и плановое развертывание профилактических участков с венерологом в его составе; с другой стороны, привлечение к борьбе с венеризмом всей медико-санитарной сельской сети.

Характер и условия работы сети должны быть коренным образом изменены.

Большинство медицинских участков на селе до сего времени ведет работу в духе дореволюционной, пассивной медицины.

Медучасток в борьбе с венеризмом должен перейти на активные методы работы: не ждать прихода больного, а выискивать его, исследовать наиболее ранимые группы населения, стать школой здоровья для села.

\* ) Извлечение из доклада на заседании Одесского Дермато-Венерологического Общества 20/XI—1925 г.



Оседлый характер жизни сельского населения до известной степени облегчает эту работу.

Основная задача медучастка, ставшего на новый путь работы — это учет венбольных. Эта работа приобретает особое значение в связи со скудостью имеющихся сведений о венеризме на селе, а также громадной роли, какую в борьбе с венеризмом имеет осведомленность о всех больных, знание источников заражения и характера распространения.

С 1926 года безусловно должна быть введена карточная система регистрации. Для облегчения работы нет надобности вводить особую карточку для регистрации венбольных. В графе „диагноз“ регистрационной карточки учета первичных в году больных должны отмечаться отдельные формы венболезней, по целесообразно установленной номенклатуре.

Для целей учета венбольных, с проведением в дальнейшем активных методов в оказании лечебной помощи сельскому населению, необходимо ввести взаимные оповещения между медучастками о венбольных, обращающихся к ним из другого участка. Такие же оповещения должны посылаться медучасткам и городскими медучреждениями обо всех обратившихся к ним за помощью венбольных из села.

О венбольных, возвращающихся на село из армии, также должен быть оповещен медучасток. Весьма желательно ведение посельно-подворных списков сифилитиков.

При указанной постановке учета представится возможность уже в ближайшие годы получить весьма ценные материалы.

Следующей задачей активного метода работы медучастка является обследовательская деятельность.

Медицинский участок занимается выяснением источника заражения, привлечением такового к осмотру и лечению.

Привлекает к осмотру членов семьи больного или иного коллектива, в котором больной живет. Привлекает к осмотру лиц, находившихся в контакте с больным.

Устанавливает наблюдение за венерическими больными и их семьями.

При осмотре школьников обращает внимание на выявление среди них венбольных. Семьи селян, принимающих детей на патронаж, должны находиться под тщательным наблюдением.

Медучасток ведет наблюдение за правильностью лечения, привлекая к лечению неаккуратных сифилитиков, хотя бы в первые 2—3 года их болезни.

Все мероприятия объединяются в единую задачу: оздоровить, предупредить.

Врачебный участок, школа здоровья, — принимает активное участие в изменении повседневных вредных привычек, поднимая уровень примитивных знаний по охране здоровья, внедряя знания личной и общественной гигиены.

Санитарной организации, начинающей прочно обосновываться на селе, в этой работе принадлежит руководящее начало, активная работа и содействие.

Особое внимание должно быть уделено организованным группам селянства, которые усвоив сами требования гигиены жилища, питания и т. п., внесут эти требования в свои семьи.

Комсомол в этом деле должен занять первенствующую роль.

Надо стремиться к активному вовлечению селянства через секции санитарии и благоустройства сельсоветов.



Широкие массы селянства должны понять, что нынешний их быт является самым опасным фактором в деле распространения венерических заболеваний. Крестьянство должно осознать, что бытовой сифилис можно изжить, лишь изменив быт.

Перед медицинским участком разворачивается громадная, тяжелая работа, но надо признать, что только такая работа действительно приведет село к оздоровлению.

Много трудностей на пути к проведению этой работы.

Наиболее трудной задачей представляется разрешение вопроса о выполнении указанной работы сельским персоналом, и без того работающего с большой нагрузкой.

В 1925 году в Одесском округе функционировало 19 больничных и 21 амбулаторных врачебных участков с общим числом врачей в 65 человек. На врачебный участок в округе приходится 10.000 жителей, на одного врача менее 7.000 жителей.

В 1874 году в уезде было 4 больничных врачебных участка; однако, в том же году, на уездном съезде земских врачей по вопросу о борьбе с сифилисом, на ряду с другими решениями имеется постановление: „за выписанными из больницы сифилитиками, имеющими местожительство в участке, и за их семьями необходимо иметь постоянный врачебный надзор“.

На врача в то время приходилось до 40.000 жителей, и такое постановление оставалось только благим пожеланием.

В настоящее время при наличии значительных достижений в приближении медпомощи к населению, когда Одесский округ достиг уже намеченной Наркомздравом нормы обеспечения амбулаторной помощи, нельзя ограничиваться пассивными методами работы, но необходимо перейти на активные методы.

Пусть в первое время эти методы будут применены хотя бы в том же селе, где расположен врачебный участок. Это будет уже значительным достижением, ибо, помимо практических результатов в смысле оздоровления села, персонал сельских участков втянется в новую работу, полезные результаты коей очень скоро будут им оценены.

Так называемые профилактические дни, проводимые в настоящее время на многих медучастках и дающие в некоторых местах положительные результаты, далеко не всюду укрепились и привились.

Постигшая неудача на многих медучастках по проведению профилактических дней объясняется тем, что участковый персонал не находил конкретного содержания для работы в эти дни.

Предлагаемые мероприятия обследовательского характера по борьбе с венеризмом являются конкретным содержанием для профилактических дней.

Работу эту должен проводить не только участковый врач, но также и средний медперсонал участка.

Обращая усиленное внимание на новые методы работы необходимо не только не ослаблять, а всеми мерами стремиться улучшить постановку лечебного дела.

Приближение помощи должно выразиться не только в развертывании новых участков в местах, где это нужно и имеется возможность, но и в оказании противовенерической лечебной помощи на всех существующих медицинских участках.

Считаясь с значением ранней диагностики, особенно с точки зрения общественно-профилактической, необходимо в сомнительных случаях использовать городские учреждения и лаборатории.



При профилактических участках должны организовываться лаборатории, которые могут в таких случаях обслуживать не только свой, но и соседние районы.

Медучасток должен быть в мере потребности снабжен противовенерическими лекарственными препаратами, для чего желательное выделение специального окружного фонда.

Средства мест еще скудны. Из госбюджета медучастки дефицитных округов должны получать в виде дотации хотя бы сальварсанные препараты; учитывая громадную пользу такого мероприятия, при отсутствии на местах возможности справиться собственными средствами, Наркомздрав должен в этом вопросе придти на помощь.

Своевременно поставить вопрос о переходе на селе к массовому применению препаратов висмута, как вызывающих меньшую болезненность, в терапевтическом же отношении не уступающих ртутным.

Помощь городских учреждений должна выразиться как в отношении венбольных, так и в отношении сельского медперсонала.

Для первых: консультация, применение лабораторных и других диагностических методов для установления диагноза, применение методов лечения, недоступных на селе, изоляция больных с активными явлениями из сел, близких к городу, и т. п.

Сельский врач должен получить в городском учреждении возможность повысить свою квалификацию — весьма важная задача, без выполнения которой массовая работа на новых началах не получит успеха. В крупных центрах должны быть созданы специальные повторительные курсы, на которых сельские врачи в течение 2—3-х месяцев должны быть введены в курс новейших знаний социальной патологии, профилактики и клиники венерических болезней.

Врачи, пополняющие собою в настоящее время сельские участки, должны быть знакомы с новыми активными методами советской медицины и в то же время уметь распознавать венболезни. Стаж врачей, оканчивающих Медин, должен проводиться не менее 2-х месяцев в специальном венерологическом учреждении.

Необходимо еще остановиться на вопросе об улучшении материального положения сельского медперсонала и, в первую очередь, квалифицированной его группы. Материальная обеспеченность врача сама по себе послужила бы значительным фактором в деле перехода на активные методы работы. И поэтому, начатая по всей республике кампания, уже давшая определенные достижения, должна быть возможно активнее продолжена.

По смете сельского медучастка должны быть отпускаемы средства как на приобретение материалов для санпросвета, так и для выписки специальных медицинских журналов.

Установление постоянной переписки участкового врача с городскими работниками в порядке идейного научного шефства могло бы иметь полезные практические результаты. При этом представляется возможность пересылки на село для прочтения и ознакомления книг и журналов, выписываемых городскими врачами, а в других случаях пересылка кратких рефератов по интересующим сельского врача вопросам.

Таким образом, борьба с венеризмом на селе должна проводиться: а) через венпункты в местах очагового распространения, через организуемые в общем плановом порядке профилактические участки с венерологом в его составе, а также б) через всю медико-санитарную сельскую сеть, которая должна перейти на активные методы работы.



Улучшение материального положения врачей, повышение их квалификации, снабжение участков противовенерическими препаратами для лечения венбольных является обязательными условиями для достижения успеха.

Вся работа должна проводиться в стремлении к повышению общего культурного уровня селян, повышению уровня санитарных знаний, устранения и изжития повседневных вредных привычек быта с вовлечением широких масс селянства в эту работу.

При этих условиях общими усилиями города и села удастся изжить тяжелое социальное бедствие на селе.

## ОБЗОРЫ

### К вопросу о лечении большими приемами жезеза.

И. М. Кранцфельд.

Развитие и совершенствование фармакотерапии определяется не только качеством и количеством предлагаемых новых препаратов, но углублением знания действия старых и испытанных лекарственных средств. С этой точки зрения, сообщаемые в последние годы блестящие и соответственно современным научным данным обосновываемые результаты лечения большими дозами принимаемого внутрь металлического железа, несомненно, являются шагом вперед.

В последнее время опытами Mac Callum'a, Quincke, Gaule установлено, что железо совершает в организме кругооборот, всасываясь в тонких кишках и выделяясь в толстых. Современные клинические и лабораторные исследования v. Noordena, Naegeli, Romberg'a и др. доказали определенное влияние приема железа на состав крови и процессы роста и обмен веществ; при этом, по мнению Morawitz'a, небезучастной остается и эндокринная система.

Итак, введение в организм железа может преследовать двоякую цель: восполнять естественные траты его (Ersatztherapie) и производить возбуждающее действие на органы кроветворные — костный мозг — и инкреторные (Reiztherapie).

Изучение в организме судьбы различных соединений железа открывает ряд замечательных фактов. Наблюдения Kunkel'я, Abderhalden'a и Cloetta показали, что при бедной железом пище все принимаемые железистые препараты служат лишь строительным материалом; при нормальном же питании в то время, как сложные органические соединения (препараты гемоглобина, Ferratin, Fersan и т. п.) не оказывают на организм заметного действия, неорганическое, легко диссоциируемое железо, кроме того, вызывает увеличение количества гемоглобина и эритроцитов, повышение веса тела и т. п., обладая специфическим стимулирующим влиянием на кроветворные органы, на процессы роста и всего тканевого обмена. Таким образом, фармацевтическая индустрия шла по ложному пути, когда, в стремлении улучшить форму железистых препаратов, усложняла их состав, низводя их, в сущности, по действию до обыкновенных пищевых веществ, и, вместо предлагаемых на выбор свыше 400 препаратов, того же успеха можно достичь, по мнению Seydelhelm'a, значительно более дешевой кровяной колбасой.

Далее, выясняется различие в действии железа при физиологических и патологических условиях. Если у здоровых, по данным Morawitz'a и Küh'l'я, даже мясо пищи отражается на составе крови, то даваемое им же железо, как таковое, не оказывает никакого действия. Следовательно, сущность полезного эффекта применения железа при хлорозе и различного рода анемиях является еще более сложным процессом, чем казалось прежде. Применяемые препараты железа можно, с точки зрения ионной теории, по Fischer'у и Th. Paul'ю, разбить на 3 группы: чистого железа и легко или трудно диссоциируемых его соединений; сила действия каждого из них определяется, вероятно, количеством образуемых ионов железа.

Какое отражение нашли эти вопросы в современной клинике?

Лечение массивными дозами металлического железа дало блестящие, превосходящие ожидания результаты при малокровии новорожденных и недоносков — Eichtenstein'у в 1918 г., при послегриппозных анемиях Lindberg'у в 1923 г.; менее постоянные при злокачественном малокровии — Rausch'у в 1924 г., назвавшему такой способ лечения „железным толчком“ („eisenstoss“), даже при самых тяжелых детских анемиях — Klein-schmidt'у и др. Авторы применяют по 0,5 металлического железа, постепенно доводя до 3,0 в сутки, и единодушно отмечают отсутствие при этом каких бы то ни было расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта (даже при длительном употреблении



и общем количестве — как было в одном случае Вагкapa — принятых 210 гр. металлического железа). Для примера достигаемого эффекта достаточно привести наблюдения того же Вагкapa, когда в одном случае хлороза количество гемоглобина возросло в течение 14 дней с 69% до 89%, т. е. на 20%, в другом за 10 дней — с 53% до 85%, т. е. на 30 с лишним процентов и т. п.

Однако, необходимо указать, что предлагаемая терапия является, по существу, лишь возрождением старых забытых приемов. Ведь еще в 1831 г., по первоначальной прописи Blaud, каждая его пилюля должна была содержать 0,25 железа; в настоящее же время количество последнего низведено фармакопеей до 0,09 серно-кислого железа. В вышедшем в 1907 г. руководстве Arneht'a — „Диагностика и терапия анемий“ имеется указание, что при хлорозе в клинике Leube давно применяется до 0,9 Ferri hydrogenio-reducti pro die. Во всяком случае, рекомендуемая сейчас доза в 10 раз превышает обычно указываемую в руководствах фармакологии. Что касается выбора формы лекарства, то дачу железа в виде пилюль Blaud надо признать нецелесообразной. Еще недавно Gröbberg в Выборге выписал пилюли Blaud из 120 различных аптек Европы и получил возможность открыть их присутствие в кале в неизменном виде с содержанием 90 — 97% принятого железа.

Клинико-лабораторные методы, оценивающие деятельность костного мозга (определение количества гемоглобина, счет и морфологическая картина форменных элементов, определение содержания железа и физико-химические исследования), в недавнее время обогатились предложенным Morawitz'ем способом определения способности эритроцитов поглощать кислород — „Sauerstoffzehrung“. В 1924 г. Roessingh подверг изучению с этой точки зрения ряд случаев анемии, леченных большими дозами железа, и наблюдал, напр., что после суточного приема 2,25 гр. металлического железа поглощенные кислорода кровью возросло с 14,66% до 72,04%.

Прежде чем попытаться решить вопрос, отчего зависит успех того или иного лечения болезней крови, необходимо подчеркнуть, что кроветворные органы сами по себе обладают большими регенеративными способностями, и в некоторых удачных случаях, быть может, достигнуто было бы то же и без специального лечения; последнее обстоятельство требует более строгих показаний для ферротерапии.

На чем же в настоящее время основывается применение больших доз металлического железа? Предполагают, что оно в желудке, соединяясь с соляной кислотой, переходит в растворимое хлорное железо. Из физической химии известно, что количество окончательно растворенного железа зависит от содержания соляной кислоты, а скорость растворения — от степени ее диссоциации. По Carlson'у, суточное образование желудочного сока составляет 1500 куб. см., что при средней концентрации в 0,4% равняется 6 гр. HCl; последнее количество в свою очередь может связать 4,6 гр. Fe. Если бы  $\frac{2}{3}$  всей кислоты тратилось на растворение вводимых 3 гр. железа в сутки, последнее происходило бы полностью, но медленно; благодаря этому замедленному ходу реакции значительная часть железа в неизменном виде должна чисто механически покинуть желудок. Нельзя не признать, что при новой дозировке, даже несмотря на эти условия, количество всасываемого хлорного железа все же будет велико.

Вагкар пытается объяснить выносливость организма к большим приемам железа тем, что проходящее по желудочно-кишечному тракту металлическое железо каким-то образом предохраняет слизистую оболочку от прижигающего и вяжущего действия хлорного железа.

Результаты, полученные от новой терапии в Пропедевтической Терапевтической Клинике Одесского Гос. Мед. Института и в Терапевтическом Отделении Окружной Больницы при тяжелых формах хлороза и вторичных анемий, а также в случае злокачественного малокровия (из-за ахилии попутно давалась и соляная кислота) — находятся в полном соответствии с литературными указаниями. Они подтверждают целесообразность и действительную пользу приемов больших доз металлического железа при указанных заболеваниях. Но, если достижения клиники в этом вопросе очевидны и значительны, то теоретическое обоснование их еще требует дальнейших изысканий.

#### Литература.

1. Barkan Kl. W. 1923 № 37-38.
2. Rausch Kl. W. 1924, № 48.
3. Seyderhelm D. M. W. 1925, № 9.
4. Morawitz M. M. W. 1924, № 37.
5. Arneht D. M. W. 1925, № 27.
6. Roessingh Kl. W. 1924, № 16.
7. Kleinschmidt. Новое в медицине. Сборн. 4-ый. Госизд. Украины, 1925 г.
8. Meyer и Gottlieb. Экспер. Фармакология. Практ. Мед. 1913 г.
9. Huchard. Терапия в двадцати средствах. СПб. 1912 г.

#### Из текущей французской литературы по туберкулезу у детей.

А. Н. Великанов.

Французские педиатры и бактериологи выдвинули два вопроса и продолжают их разрабатывать: о внутрисемейных заражениях детей туберкулезом и о профилактических прививках новорожденным. BCG (Calmett'a et Guerin'a). Борьба с внутрисемейными инфекциями базируется на доминирующем мнении французских авторов, что



заражение почти всегда происходит *post partum*. В текущей литературе имеются обстоятельные исследования Debré В. и М. Lelong'a: *Differents aspects de l'hérédité tuberculeuse* (Ann. de med. T. 17, p. 209-234 и 601-623. 1925 г.). Исходя из этих соображений, т. н. Oeuvres Grancher все расширяют свою деятельность, принимая новорожденных сейчас после рождения из туберкулезных семей, где имеется непосредственная опасность заражения для младенца. С 1920 года — год создания этих учреждений — в 7 центрах этих учреждений помещено 439 детей, при чем среди этих детей умерло только 18 детей. Бюджет этих учреждений на 1925 год достиг 800.000 франков. (Arch. de Malad. des enfants, № 6. 1925). Вышеупомянутые авторы, Debré, Lelong и Bernard, обследовали первую группу таких разлученных детей (Bull. de l'Acad. de med. T. 93. p. 299. 1925 г.), причем, как результат искусственного вскармливания, они отмечают гипотрофию в течение первого года жизни. Смертность от туберкулеза среди этой группы детей 7,6%. Ни одного случая конгенитального туберкулеза они не наблюдали.

Вторым был вопрос о предохранительных прививках BCG. После опубликования работ Calmett'a и его сотрудников (Presse med. 49. 1925 г. et Bull. de l'Acad. de med. T. 93, № 24. 1925 г.) многие авторы занялись проверкой этого средства. С 1/VII—24 г. по 1/IV—25 г. троекратной прививке подверглось 2.070 новорожденных, обследовано 423, причем в 137 случаях была возможность инфицироваться в семье. Ни один до 1/VI—25 г. не умер от туберкулезного заболевания. Вообще, из принятых детей умерло 30 детей, и только в 2 случаях менингита допускалась возможность туберкулезной инфекции. Повторенные опыты Wilbert'a на обезьянах (Ann. de l'inst. Pasteur T. 39. № 8. 1925 г.) дали блестящие результаты. Окончательные выводы, однако, до сообщений из различных мест делать нельзя.

Из клинических работ нужно прежде всего остановиться на труде L. Guinon et J. Levesque (Arch. de mal. des enfants, № 8. 1925 г.), которые на основании целого ряда радиограмм проводят дифференциальную диагностику между туберкулезными и нетуберкулезными трахео-бронхиальными аденопатиями. В то время, как туберкулезные занимают по большей части угол между сердцем и большими сосудами в самом hilus'e или по краям трахеи и имеют закругленные и очень ясные контуры, неспецифические аденопатии не дают сплошной тени, а в виде тяжей, идущих от hilus'a и книзу расширяющихся, достигают диафрагмы и дают часто изменение формы последней „Ligne de feston Maingot“. Форму они имеют треугольную, вершиной обращенную к hilus'у. Впрыскивания в бронхиальное дерево lipiodol'я показали, что в образовании теней принимают участие и паренхиматозные ткани.

W. Mikulowsky в своих статьях — *Difficultés du diagnostic de la tuberculose chez les enfants et Presense de bacilles de Koch dans les selles* (Arch. de mal. des enf. №№ 4 и 11. 1925 г.), останавливается на симптоме Brudzins'кого при туберкулезных менингитах, который был положительным во всех 100%, в то время как Kerning давал 40—50% положительных результатов. Разбирая ряд методов исследований, рефрактометрический и реакции с антигеном по Безредка, при туберкулезных менингитах, он придает им большое значение; однако, число положительных результатов не превышает 65—75%. Во второй работе автор приходит к следующим выводам: присутствие бацилл в испражнениях при наличии кишечных явлений подтверждает наличие кишечных изъязвлений; открытые формы туберкулеза в 100% дают ВК в испражнениях; присутствие ВК в испражнениях, когда клиника не дает указаний на поражение кишечника и исследование мокроты отрицательно, является ценным диагностическим данным.

Один из своих месячных обзоров Comby (Arch. de mal. des enf. № 5. 1925 г.) посвящает интересному вопросу о полисерозитах. На основании накопившейся литературы составлена целая классификация, по которой различают парциальные и тотальные, острые и хронические, первичные и вторичные. Как этиологический момент для первичных полисерозитов на первом месте ставят туберкулез, затем следует ревматизм, сифилис и новообразования. При вторичных — в зависимости от того, какой орган имеет доминирующее значение, различают *syndrome cardiaque*, *syndr. hepaticque* et *syndr. renale*. При хронических полисерозитах иногда исходным пунктом является Mediastinum. Помимо плевральных, кардиальных и перитонеальных полостей, в процесс могут быть вовлечены менингеальные оболочки и синовиальные. В последнем случае получается клиническая картина, выделенная в свое время Poncet.

### Новые данные по профилактике сифилиса. (Стоварсол).

А. М. Белозович.

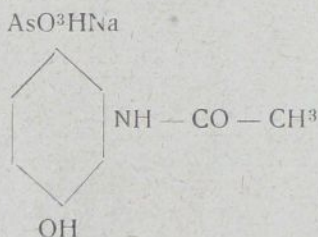
Вопросы профилактики сифилиса, издавна занимавшие в высокой мере внимание как специалистов сифилидологов, так и широких кругов населения, приобрели особую обостренную постановку после последней мировой войны. Значительное увеличение распространения сифилиса в населении, явившееся одним из ее результатов, обусловило необходимость более интенсивной борьбы с болезнью и мобилизовало научную мысль. Бляшко, выпуская в 1922 г. вторым изданием свой известный труд „*Prophylaxe der Syphilis*.“ в VIII томе Weils Hygiene (Epidemiologie) удваивает его размеры, давая в нем обстоятельное и многостороннее исследование вопроса. Касаясь профилактики сифилиса,



в частности профилактики индивидуальной, он рассматривает ряд общественных форм ее, до наиболее разработанного и экспериментально обоснованного применения мазей Мечникова и Нейсера. Он рекомендует многие из способов, как в большей или меньшей мере ведущие к цели, но оговаривает их половинчатое значение, трудности применения и приходит в конечном итоге к заключению, что мы пока не располагаем знанием удобной и надежной личной профилактики сифилиса.

Но уже весна того же 1922 года приносит данные о существенных достижениях в указанной области. А в апреле 1923 года Levaditi делает в Институте Пастера доклад о профилактике сифилиса, в котором излагает результаты своей совместно с Navarго-Martin'ом двухлетней экспериментальной работы над изучением профилактического действия вводимого *per os* химического соединения, названного им „Stovarsol“ или „190“. В основу приведенных работ легло дальнейшее развитие метода хемотерапии сифилиса. Вогсц в 1917 году впервые поднял вопрос о применении антилюэтических терапевтических средств с профилактической целью. Англичанин Magian, вскоре после этого, произвел над самим собою опыт в указанном роде. Он привил себе экссудат твердой язвы и не заболел люэсом, благодаря введению 0,6 гр. арсенобензола. В 1919 году Fournier и Guénot представили уже обширный экспериментальный материал, охватывающий опыт Magian'a. Во всех случаях, при наличии установленного и часто многократного контакта с больными сифилисом, пациенты оставались здоровыми в течение двух- и трехлетнего наблюдения после вливания от 1,2 до 2,0 гр. новарсенобензола во время инкубационного периода. 5 пациентов указанного рода, отказавшиеся от таких предохранительных вливаний, подверглись типическому заболеванию. Практическое значение выявившегося таким путем способа профилактики сифилиса сильно ослаблялось относительной трудностью его осуществления (внутривенное вливание).

Levaditi и Navarго-Martin начали свои наблюдения с изучения оксиамино-фенил-мышьяковистой кислоты и атоксила, с которыми уже работали Ehrlich и Hata. В работах последних исследователей названные соединения не получили практического применения, так как в то время их не удалось получить в чистом виде, что повлекло за собой значительную их токсичность. Levaditi работал уже с абсолютно химически чистыми препаратами, приготовленными благодаря работами Madinaveitia, Treibonera и Puig'a („189“). При подкожном введении выяснилось значительное понижение токсичности последнего соединения, его хорошее терапевтическое действие в опытах на людях, а также профилактическое действие в опытах при спириллозе кур. Но основные опыты по профилактике сифилиса были уже произведены Levaditi и Navarго-Martin'ом с новым видоизменением соединения, именно — с натронной солью уксусно-кислого деривата оксиамино-фенил-мышьяковистой кислоты, препаратом „190“ или стоварсолом, формула которого:



Терапевтическое действие последнего соединения оказалось несколько слабее предыдущего (189), но у него было большое преимущество — возможность введения *per os*.

Наблюдения Levaditi и Navarго-Martin'a над несколькими сериями кроликов, различными путями зараженных сифилисом, дали очень хорошие и согласные результаты. Типичным примером этой части наблюдений может служить третья серия: два зараженных кролика получают через 5 часов после заражения по 0,25 стоварсола, три других зараженных кролика получают по такой же дозе стоварсола спустя 23 часа после заражения. У контрольных кроликов на двадцать второй день после заражения устанавливаются спирохеты, тогда как все получившие стоварсол кролики за все время длительного наблюдения остаются здоровыми.

Исследователи из наблюдений над животными приходят к выводу, что стоварсол обладает сильно выраженной способностью предупреждающего действия по отношению к экспериментальной инфекции бледной спирохетой (дермотропная и невротропная разновидности). Введенный кроликам *per os* через два, шесть, двенадцать, двадцать четыре часа, через два дня и даже через семь дней, после заражения значительными дозами вируса, он препятствует развитию болезни. Минимальной испытанной дозой является 0,1 на килограмм веса животного. Профилактическое действие препарата при введении *per os* оказывается таким же успешным и при заражении посредством полового контакта.

Такие же определенные и успешные результаты получены Levaditi и Navarго-Martin'ом при изучении профилактического действия стоварсола при сифилисе человека. На первом месте здесь стоят два случая чистого эксперимента.



I. N. N. двадцати пяти лет, с его согласия, был привит 3 февраля 1922 г. на обеих руках дермотропный сифилитический вирус в значительной дозе. Тот же вирус был привит в надбровные дуги обезьяне *Macacus cynomolgus* № 13. Через 2½ часа и через шесть часов после заражения N. N. принимает по 2 грамма (всего 4 грамма) стоварсола per os. У обезьяны появляются на десятый день папулезные поражения, которые впоследствии прогрессивно развиваются. У N. N. не наблюдается никаких местных поражений в течение 47 дней наблюдения, и реакция Bordet-Wassermann'a остается все время отрицательной.

II. N. N. тридцати двух лет, не болевший сифилисом и с отрицательной р. Bordet-Wassermann'a, добровольно подвергся заражению сифилитическим вирусом путем скарификации на обеих руках. Аналогично и одновременно была заражена в надбровные дуги обезьяна *Macacus cynomolgus* № 11. Через пять часов после скарификации N. N. принимает per os 2 грамма стоварсола. Заметных побочных последствий принятой дозы при этом не наблюдается. Результат: обезьяна обнаруживает спирохетные поражения на 11-й день. N. N., принявший стоварсол, остается здоровым, после нескольких месяцев наблюдения. Все время реакция Bordet-Wassermann'a остается отрицательной.

За приведенными опытами Levaditti следуют более обширные наблюдения L. Fournier, Guenot и Schwartz'a в Hôpital Cochin (21 наблюдение) над действием стоварсола в случаях очень вероятного заражения. Девять из приведенных наблюдений касаются женщин, мужья которых были носителями твердых язв с установленными спирохетами. Давность язв у последних колебалась от трех дней до трех недель, что делало очень вероятным длительный половой инфицирующий контакт с женами. У всех указанных женщин отрицательной реакцией Bordet-Wassermann'a была исключена возможность сифилиса в прошлом. Доза стоварсола колебалась от 1,0 до 1,5 грамм pro die, всего от 4 до 7 грамм в течение 5—6 дней. Во всех девяти случаях заболевание сифилисом не наступило, хотя без принятия стоварсола такое было весьма вероятно.

Из остальных наблюдений приводим следующий пример.

Наблюдение XVI. Гр. R. имел многократные сношения с женщиной при наличии у нее на больших губах двух твердых язв (спирохеты установлены) трехнедельной давности. Сифилис в прошлом не было. Реакция Bordet-Wassermann'a отрицательна. 8-го апреля 1923 г. он принимает 0,75 грамм стоварсола; 9-го и 10-го по грамму, 13-го — 0,75; 20 и 21-го по грамму. Всего 5,5 грамм. Три исследования крови, произведенные 29 апреля, 22 мая и 24 июня, дали отрицательный результат. Никаких признаков сифилиса.

Из побочных воздействий на организм при приведенном применении стоварсола отмечаются авторами редкие случаи скоро проходящей эритематозной сыпи, а также иногда легкого поднятия температуры, слабости, рвоты, поноса. Отмечаются также случаи противомышьяковой резистентности, как и в других случаях лечения мышьяковистыми препаратами.

Что касается лечения уже имеющихся сифилитических поражений стоварсолом, то оно оказывается менее успешным, чем лечение неосальварсаном, и возвраты наблюдаются чаще. Как лечебное средство при введении per os, стоварсол поэтому имеет мало перспектив. Однако он может играть значительную роль в тех случаях, когда вливание неосальварсана по каким-либо причинам оказывается неосуществимым.

Как профилактическое средство, стоварсол вызвал большой интерес. По вопросу существует уже значительная литература, подтверждающая выводы первых исследователей. Ведется обширная работа по дальнейшему изучению свойств соединения при профилактическом применении. Во Франции в настоящее время ведется обширный опыт профилактики стоварсолом среди моряков. Помимо специфической роли при профилактике и лечении сифилиса, стоварсол нашел широкое и успешное применение и при ряде протозойных заболеваний, как *Iambliosis*, *framboeisa tropica*, амебная дизентерия и др.

Стоварсол выпускается в форме таблеток, содержащих по 0,25 грамм чистого вещества. Принимается стоварсол по предложенному в 1922 году L. Fournier и вошедшему в практику способу.

Syphilis. а) Очень свежее заражение: по 3—4 таблетки утром натощак в течение трех дней. в) Заражение, имевшее место около двух недель назад: две вышеприведенные серии с промежутками в 3 дня.

Амебная дизентерия. Две таблетки в день в начале болезни, потом дозы уменьшаются, и промежутки между приемами удлиняются.

Другие заболевания 1—2 таблетки в сутки \*).

**XII Гигиенический конгресс** (Париж. 19—25 окт. 1925 г.). *Revue d'Hygiene*. 1925. № 12.

И. Дайлис.

Первой программной темой на конгрессе был вопрос о сифилисе. Падает ли заболеваемость, уменьшается ли распространение его, вот что интересовало конгресс. По этому вопросу было несколько докладов, из которых основным — проф. Rautier.

\*) Приложенный автором подробный литературный указатель не помещен по техническим условиям.

Ред.



Доминирующим мнением, высказанными почти всеми докладчиками, является, что: 1) годы 1919 — 1920-ый были кульминационными в распространении сифилиса; 2) с 1920 г. отмечалось резкое падение сифилиса, достигшее к 1923 году почти 50% прежнего числа; 3) с 1923 года наблюдается стабилизация числа заболеваний, а в некоторых провинциях даже небольшое повышение кривой заболеваемости.

Надо сказать, что данные эти базируются не на вполне точном и достаточном материале. Обязательной регистрации сифилиса во Франции нет; не было и специальных обследований, и все выводы докладчиков основываются или на личных впечатлениях, или на мнениях отдельных вендиспансеров (*services annexes*), или вольнопрактикующих врачей. Единственно заслуживающими внимания являются цифры заболеваемости первичным сифилисом в армии. Заболеваемость первичным сифилисом во французской армии на 1000 чел. состава с 1916 по 1924 г.г. выразилась следующими цифрами: 14,16; 21,10; 20,29; 11,51; 6,43; 2,68; 3,02; 2,38; 2,49.

Из этих цифр ясно видно резкое падение сифилиса в армии в сравнении с годами войны и первыми послевоенными. До войны, надо сказать, коэффициент заболеваемости сифилиса в армии равнялся 5 — 6 на 1000.

Резкое падение сифилиса, по мнению докладчиков, объясняется несравненно лучшей организацией борьбы с венерическими заболеваниями, чем до войны, и в этом сыграла значительную роль „Французская национальная лига борьбы с венерической опасностью“ (*la Ligue Nationale Française contre le peril vénérien*). Прекращение падения и даже некоторое новое увеличение докладчиками объясняются, во-первых, недостаточно проводимым гигиеническим воспитанием и пропагандой, во-вторых, поздней обращаемостью больных за помощью, в-третьих, недостаточной подготовкой врачей и неумением вследствие этого провести правильно лечения *lues'a*, в-четвертых, наличием еще знахарства и шарлатанства и, наконец, в-пятых, заносом венерической инфекции иностранными рабочими (поляками, чехо-словаками, итальянцами, испанцами и пр.). Этот последний пункт особенно подчеркивали докладчики.

Мероприятия, проводимые в настоящее время, конгрессом были признаны удовлетворительными. Предложено обратить особое внимание на иностранных рабочих; они должны обследоваться при въезде в страну и затем периодически, не менее двух раз в год. Кроме того, предложено усилить пропаганду среди населения.

Докладчик, выступавший от французских колоний (*Legot*), в противоположность докладчикам от метрополии, нарисовал тяжелую картину огромного роста сифилиса среди туземных народов. Распространение его настолько велико, что угрожает непосредственно самому существованию тамошних рас.

Второй программной темой была мальтийская лихорадка. Вопрос этот для Зап. Европы чрезвычайно актуален, ибо, как показали статистические данные, распространение этого заболевания довольно велико и из года в год заметно усиливается. В настоящее время поражен ряд провинций в Италии, Испании, Сев. Африке; имеется большая заболеваемость в Тунисе, Марокко, Судане, Капских колониях; зарегистрированы заболевания в Индии, Китае, Сев. Америке (в штатах: Аризоне, Техасе и др.), в Южной Америке (Перу и др.); наконец, в последние годы отмечается нарастание заболеваний во Франции, где поражены уже 14 департаментов и о. Корсика. Основные доклады *Aublant* и *Vignot* очень подробно осветили все вопросы. Эпидемиологически подчеркивалась тесная связь и зависимость заболевания с эпизоотией повального выкидыша (*abortus epizooticus*) среди овец и коз. Докладчиками указывалось, что только эти два вида животных являются передатчиками мальтийской лихорадки; коровы, среди которых также встречается эпизоотия повального выкидыша, повидимому, судя по всем эпидемиологическим данным, в распространении мальтийской лихорадки роли не играют.

Доминирующий способ заражения — потребление овечьего или козьего молока и сыра. Возможны и другие способы заражения — через навоз, через соприкосновение с запачканной мочей и кровью кожей при разделывании туш зараженных животных (5 случаев в г. Doubs); возможен перенос инфекции комарами и мухами; не исключается возможность непосредственной передачи инфекции от человека человеку (сообщения *Dargein* и *Bellile*).

Возбудителем заболевания является *micrococcus melitensis*. Имеется тесная связь, точно еще не выясненная, между этим микробом и *bac. abortus*, и *Burnet* считает вполне возможной такую формулу: мальтийская лихорадка = *m. melitensis* = *b. abortus* = повальный выкидыш.

В докладах указывалось на ряд серологических методов диагностики (с мелитином), на проведенное некоторыми лечение вакциной, давшее хорошие результаты и, наконец, на возможность профилактической вакцинации. Для последней применялись убитые нагреванием тела и *m. melitensis* и *b. abortus*. Вакцинация проводилась и подкожно и *per os* (подкожно — 2 инъекции с 7-дневным перерывом по 900 миллион тел; *per os* — 4 приема подряд по 100 миллиардов убитых тел). Реакция — ничтожная; результаты же получились в ряде случаев вполне удовлетворительные. Вакцинировать можно и животных, но и после этого последние продолжают выделять микробов и способны заражать.

Единственными профилактическими мероприятиями, могущими предотвратить дальнейшее распространение инфекции, являются, по мнению докладчиков, правильная поста-



новка ветеринарно-санитарного надзора и рационализация продажи молока и сыра (запрещение продажи из зараженных местностей, продажа пастеризованного или кипяченого молока). Наконец, очень важным является правильный уход и содержание скота, борьба с мухами и комарами.

Вопрос о стандартизации методов бактериологического исследования питьевых вод был третьей программной темой конгресса. Докладчик, проф. *Rochaix*, произвел анкетное обследование 18 лабораторий, при чем оказалось, что каждой из них применялись различные методы бактериологического анализа воды; в особенности резки отличия в интерпретации получаемых результатов. Проф. *Rochaix* свой доклад расчленил на 2 части: на вопрос о методах предварительного анализа воды и методах постоянных текущих анализов. Основными методами в первых случаях являются обычно применяемые исчисление колоний и обнаружение *bact. coli*. Докладчик подробно остановился на методике и указал, что для диагностики *b. coli* необходимы: положительная реакция с *methylene-roth*, отрицательная реакция *Voges-Proskauer* (с *acetyl-methyl-carbinol*'ом) и образование индола. Определению титра *coli* докладчик не придает большого значения.

Для текущих анализов докладчик предложил быстрый способ — посев на бульон с *neutralerot*; при наличии в воде микроорганизмов кишечной группы реакция положительна; при этом чувствуется неприятный запах сероводорода или масляной кислоты (*b. enteritidis sporogenes*). Эти признаки показывают загрязненность воды фекальными массами. Для получения результатов нужно 48 часов.

В заключение докладчик предложил избрать специальную комиссию для разработки единообразной методики анализа воды.

После заслушания двух докладов обзорного характера, одного — посвященного новейшим достижениям в области бактериологии и эпидемиологии, и другого — существующим тенденциям в области постановки санитарного дела и санитарного законодательства, конгрессу был представлен ряд внепрограммных докладов. Из них можно отметить сообщение д-ра *Vaillant* о противодифтерийной вакцинации анатоксинам *Ramon*. Им произведены прививки 700 детям в 6 деревнях; в 94% не было никакой, или была очень слабая реакция, в 4% отмечалось небольшое повышение температуры, в 2% — лихорадка в течение 24—48 час.; среди привитых было всего 2 случая заболевания, при чем один из них заболел после 2-ой прививки. Докладчик считает ненужным во время эпидемии проведение реакции *Шика*, а рекомендует вакцинировать поголовно всех.

Следующий доклад касался вопроса школьной профилактики при коклюше и дифтерии. По поводу последней докладчики *P. Vigne* и *Cremer* указывают на частое смешение *b. diphteriae* с *b. diphteroïdes* и предлагают, на основании своего опыта, считать патогномичной лишь длину палочки; детей же, выделяющих короткую палочку, они не считают даже подозрительными и разрешают им посещение школы. По поводу коклюша докладчиками указывалось на нецелесообразность и ненужность до сих пор применяемой длительной изоляции больного. Они приводили исследования *Chievitz* и *Meuser*'а, которые показали, что палочку *Bordet* и *Gengou* можно находить постоянно в носо-глоточном секрете лишь в первые дни болезни, на 15-й день эти палочки отсутствуют уже в 1/3 проб, на 20-й день — в 2/3 проб, а через месяц все пробы отрицательны. На этом основании докладчики предлагают допускать в школу уже через 30 дней, после начала спастического кашля.

Доклад *Tellier* представляет практический интерес. Он доказывал чрезвычайную важность наличия в каждом доме санитарной книги, куда вписывались бы все данные санитарно-демографического характера, в особенности данные о заболеваемости и смертности. Докладчиком по таким книгам, ведущимся в Париже с 1908 года, проведена интересная работа по изучению влияния жилищ на смертность. Конгрессом было принято предложение проф. *Baуlaс* об оплате извещений о заразных больных.

Из других принятых предложений надо отметить резкую резолюцию, предложенную *M. L. Migon*'ом, о недопустимости не прекращающейся частой смены руководящего мед. делом состава в зависимости от частой смены министерств.

## РЕФЕРАТЫ

### ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.

**Ludwig F.** О влиянии питания на рост карцином у мышей и сарком у крыс. (*Zeitschr. für Krebsforsch.* 1926, т. 23, стр. 2).

Автор производил перевивки раковой опухоли белым мышам, пища которых была лишена витаминов в течение 10—12 дней до перевивки и столько же времени после нее.

Из 60 обработанных таким образом животных, ни у одного не получилось опухоли, в то время, как из контрольных 60 мышей (не лишенных витаминов), 57 дали развитие раковой опухоли. Аналогичные результаты автор получал при перевивках сарком белым крысам с предшествующим витаминным голоданием в течение 50—60 дней до



перевивки: у части крыс (35,7%) опухоли вовсе не развивались, в остальных случаях (64,3%) опухоли росли медленнее, чем у контрольных, а момент смерти отдался.

Сравнивая полученные результаты с данными своих предыдущих опытов (Schweiz. med. Wochenschr. 1924, № 10), в которых витамины выключались из пищи только с момента перевивки, при чем не получалось заметных уклонений от контрольных мышей, — автор приходит к выводу, что отсутствие достаточного количества витаминов в организме животного создает неблагоприятные условия для развития опухоли. Автор полагает, что одного воздействия раздражителей (механического, термического, химического или паразитарного характера) недостаточно для возникновения опухоли; необходимо еще присутствие в организме соответствующего запаса витаминов.

*С. А. Холдин.*

**De Nabias.** Что может дать радиотерапия цилиндроклеточных раков. (Bull. de l'Assoc. française pour l'Etude du Cancer. 1925. XIV. № 9. стр. 499).

Автор приводит 7 случаев рака грудной железы, где была применена радиотерапия.

Главная задача, по мнению автора, сводится к захвату в сферу действия радия как всего новообразования с пограничными участками тканей, так, особенно, и всей окружающей лимфатической системы, которая здесь очень развита и состоит из поверхностных (подкожных) и глубоких (связанных с дольками железы) лимфатических сосудов. Те и другие связаны с подмышечными железами как одной, так, отчасти, и другой стороны, а также с надключичными железами соответствующей стороны и, наконец, некоторые из них, отходящие от глубоких долек железы, проробают большую грудную и межреберные мышцы и выходят на внутреннюю поверхность грудины, часто анастомозируя с сосудами противоположной стороны.

Исходя из этих анатомических данных, автор предлагает особый нагрудник из сложенной в несколько раз кисеи, который заходит за противоположный край грудины, покрывая вместе с тем надключичную и подкрыльцовую впадины большой стороны. На этом нагруднике укрепляются пластырем, на расстоянии 4 см. друг от друга, от 14 до 18 трубочек, содержащих каждая 10 mgr. Rad.

Пользуясь указанным методом, автор добивался полного исчезновения опухолей, в среднем в течение 25 дней без повреждений здоровых тканей.

Хотя полученные результаты прослежены в течение не долгого периода после применения радиотерапии (от 8 дней до 1 и 10 мес.), тем не менее они позволяют прийти к выводу, что цилиндроклеточные раки поддаются действию радия не менее плоскоклеточных и могут быть с успехом подвергнуты радиотерапии.

*С. А. Холдин.*

**P. Lesèpe и A. Lacassagne.** Наблюдения над случайной прививкой злокачественной опухоли человека. (Annale d'anat. pathol. 1926, т. III. № 2).

Студент, извлекая шприцем лимфу, скопившуюся под рубцом после экстирпации рака груди, от неосторожного движения больной глубоко вкол себе в ладонь иглу шприца. Через  $\frac{3}{4}$  часа место укола выжжено гальванокаутером. Через 2 года в ладони появились боли, особенно по ночам, а затем опухоль; немного позже обнаружен пакет желез под мышкой. Железы вылушены; микроскопически в них найдено хроническое воспаление. Через  $\frac{1}{2}$  года вылушена опухоль ладони, которая микроскопически оказалась саркомой. Через месяц, в виду появившихся вторичных узлов на предплечьи, было произведено вылушение плеча.

При гистологическом исследовании экстирпированной опухоли груди найден мозговидный рак.

При гистологическом исследовании опухоли, развившейся у студента, найдена веретенообразноклеточная саркома.

Для объяснения данного случая автор допускает 3 возможности. 1) Пересаженные в ладонь клетки эпителиомы груди превратились в саркоматозные клетки под влиянием приспособления к новому хозяину. Аналогичные явления наблюдали Ehrlich и Arolant в опытах с перевивками рака мышей. 2) Эпителиома груди, привитая на руку, приняла настолько атипичный вид, что стала похожа на саркому. 3) Никакой перевивки в данном случае не было. Саркома развилась спонтанно на месте рубца после укола и выжигания. Последнее объяснение автор считает наименее вероятным.

*А. Т.*

#### ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА.

**K. Grassheim.** Стронциевая терапия и ее экспериментальные основания. (Kl. Wschr. 1925, № 39).

Применение стронция при заболеваниях скелета основано на способности его возбуждать и усилённому новообразованию костную ткань и сенсibilизировать ее к восприятию кальция. Поэтому стронций показан в тех случаях, когда повышено расплавление костной ткани или имеется недостаточное образование новой: при т. н. „голод-



ных остеопатиях", остеопорозе у стариков, *osteogenesis imperfecta*, *osteopsathyrosis congenita*, нарушениях в образовании костной мозоли после переломов. Противопоказано применение стронция в тех случаях, когда новообразованная костная ткань имеет остеоидный характер; необходима также осторожность при назначении его беременным и кормящим грудью. Автор дает до 6,0 молочно-кислого стронция *pro die* в препарате, содержащем рыбий жир.

Действие стронция на нервную систему сводится к понижению возбудимости периферического ее отдела; центральным действием стронций не обладает. Рационально сочетание стронция с бромом (*strontium bromatum*) при общей успокаивающей и болеутоляющей терапии. Влияние стронция на вегетативную нервную систему заключается в понижении преобладающего тонуса блуждающего нерва и раздражении симпатического. На этом основывается стронциевая терапия при бронхиальной астме (по Кемпinski результаты получаются лучшие, чем при лечении кальцием), крапивных заболеваниях, ангионевротическом симптомокомплексе после введения неосальварсана.

После кратковременного понижения, стронций повышает кровяное давление и показан при тех формах гипертонии, когда понижение кровяного давления ведет к понижению диуреза; действие стронция на почки аналогично действию кальция.

Стронций дополняет хинидиновую терапию при нарушениях ритма; в сочетании с наперстянкой он усиливает действие последней и позволяет употреблять ее в меньших количествах.

От кальция стронций выгодно отличается тем, что не обладает побочным действием (озноб, чувство жара, некрозы при попадании в подкожную клетчатку).

П. Гинзбург.

**S. Wassermann.** Симпатический параганглий левого сердца и его функция. (*Deutsche med. Wschr.* 1925. № 45).

Прижатие блуждающего нерва на шее (*Druckversuch Czermak'a*) вызывает замедление сердечной деятельности, возникающее, по мнению *Czermak'a*, благодаря прямому раздражению *n. vagi*. *Hering* указывает, что механизм этого замедления является не прямым, а рефлекторным: прижатие вызывает раздражение так наз. *sinus caroticus* (место бифуркации *art. carotis communis*), передающееся через *ramus descendens n. glossopharyngei* центру блуждающего нерва. *Düppner* считает, что чувствительным воспринимающим прибором этого рефлекса надо считать не *sinus caroticus*, а каротидную железу (*glomus carcticum*), состоящую из хромаффиновой ткани. Существование аналогичного хромаффинового образования обнаружено *Wiesel'em* непосредственно около левой венечной артерии сердца, позади левого уха; оно расположено между петлями *plexus cardiacus* в эпикардиальной жировой ткани. По мнению *Wassermann'a*, этот симпатический параганглий обладает не только адреналовой, инкреторной функцией, но является также чувствительным прибором, воспринимающим, гл. образом, колебания кровяного давления. В отдельных случаях *Wiesel* наблюдал тонкую нервную ветвь, идущую от левого сердечного ганглия к этому хромаффиновому образованию, и поднимает вопрос о функциональной связи последнего с *ganglion stellatum*. Эти данные дают основание *Wassermann'у* провести полную аналогию между каротидной железой и сердечным параганглием. Отсюда он заключает, что в патогенезе грудной жабы принимает участие рефлекторный механизм, в котором хромаффиновое образование играет роль концевое чувствительного прибора (*sensibles Endorgan*); последний же, по автору, воспринимает раздражения, возникающие главным образом, или даже исключительно, в левом сердце (в области правой венечной артерии *Wiesel* подобного образования не обнаружил). Наблюдаемые при стенокардии гастро-интестинальные симптомы, явления со стороны дыхательного и мочеотделительного аппаратов, побледнение и сильное потение *Wassermann* связывает с раздражением параганглия *Wiesel'я*, и считает, что механизм возникновения грудной жабы является рефлекторным. Так как изменение давления в аорте может влиять на давление в *art. coronaria sinistra* и вызвать таким образом приступ стенокардии, то *Wassermann* считает, что спор об аортальном, либо коронарном генезе грудной жабы потерял свое значение.

П. Гинзбург.

**René Leriche.** Грудная жаба. (*La Presse Méd.* 1925. № 82, стр. 1361).

*René Leriche* приводит четыре случая операций над симпатическим нервом, проливающие свет на патогенез грудной жабы.

В первом случае, касавшемся больного, никогда раньше не имевшего ангинозных приступов, автор после электризации левого звездчатого узла (*ganglion stellatum*) наблюдал появление резкой боли в предсердной области и в первых двух—трех межреберных промежутках. Эта боль сопровождалась чувством сильной тоски. Больной жаловался на невыносимые ощущения со стороны сердца. При этом наблюдалась только незначительная одышка, как следствие боли. Анестезирование нервного узла (ноокаином) прекратило совершенно тяжелый эффект электризации.

У других двух больных автор электризацией верхнего полюса упомянутого узла вызвал очень живую болезненную иррадиацию в руку соответствующей стороны; элек-



тризация же нижней половины узла дала болевой эффект преимущественно со стороны сердца и предсердечной области.

Щипание нервного узла давало такие же, но менее интенсивные явления.

Электризация последних *rami communicantes* вызвала боль в руке и ключичной области; на электризацию VIII-ой веточки довольно сильной болью реагировала область верхушки лопатки; на электризацию же VII-ой веточки отвечала область внутренней части руки и кисти.

Щипанье давало тот же эффект, который не получался после предварительной анестезии новокаином.

Автор отмечает, что пульс *art. radialis* во время этих исследований, повидимому, не ускорялся.

В итоге, заключает автор, электрическим возбуждением I-го грудного узла возможно вызвать нечто очень похожее на приступ грудной жабы.

Другой род опытов был произведен во время операции над женщиной, уже годами страдавшей частыми припадками грудной жабы. Во время операции под местной анестезией (пересечение симпатического ствола между III-им шейным и I-ым грудным узлами, перерезка *rami communicantes* последних шейных пар, и, наконец, перерезка корешков позвоночного нерва) больная внезапно почувствовала наступление приступа грудной жабы: появились обычные для больной чувство тоски и сжатие в сердце с иррадиацией в область грудной клетки и левой руки. Автор впрыснул новокаин в нижний шейный узел, который был в это время уже обнажен. Приступ моментально прекратился. Операция была благополучно окончена. На 3-ий день после операции у больной был легкий приступ грудной жабы, после чего больная без дальнейших приступов благополучно выписалась из отделения на 10-ый день после операции.

Итак, анестезирование (инфильтрацией) последнего шейного ганглия совершенно останавливало начавшийся приступ, даже при условии полной физиологической связи *rami communicantes* со спинным мозгом.

Ф. А. Ашкинази.

**Weil W. H., Heilmeyr Ludwig.** Внесердечное действие наперстянки. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. B. 147. N. 1/2.)

Авторы изучали влияние терапевтических доз наперстянки на функции различных органов. Препарат вводился внутривенно и отмечалась реакция отдельных органов до, во время и после дачи наперстянки. Опыты ставились на здоровых, а также на таких больных, которые по роду своего заболевания безусловно не могли оказать влияния на результаты опытов.

В отношении почек авторы установили, что наперстянка вызывает обессоливание организма путем повышения выделения хлористого натрия; это действие наперстянки не зависит от притока воды; диуретическое же действие препарата зависит от количества доставляемой почкам жидкости; при этом концентрация белков в крови повышается, а напряжение углекислоты падает вследствие раздражения дыхательного центра; т. е. наперстянка вызывает также увеличение отделения желудком соляной кислоты и повышение кислотности мочи, то щелочность крови увеличивается и водородный показатель ее возрастает. Увеличение щелочного резерва крови зависит от того, что почка, усиленно выводя кислые валентности благодаря раздражению блуждающего нерва, не пропускает щелочей. Влияние наперстянки на внутреннюю секрецию поджелудочной железы, иннервируемую почти исключительно блуждающим нервом, состоит из двух фаз: первой, сопровождающейся гипогликемией (раздражение железы) и второй — гипергликемической (торможение железы), наступающей после гипердигитализации. В течение первой фазы наблюдается увеличение выделения соляной кислоты желудком, во время второй — уменьшение. Такое же тонизирующее действие наперстянки на блуждающий нерв установлено на моторной функции желудка и толстой кишки; наблюдения производились под контролем рентгеновских лучей. Наперстянка вызывала уменьшение содержания иода в крови в тех случаях, когда оно было повышено (при чисто сердечных и тиреотоксических тахикардиях); большие дозы дигиталиса вызывали увеличение концентрации иода в крови. Следовательно, лечебные дозы наперстянки возбуждают поджелудочную железу, тормозят щитовидную; дозы токсические вызывают обратный эффект. Обусловленное наперстянкой увеличение щелочности крови (алкалоз) повышает мышечную возбудимость, благодаря чему возникает тетаноидное состояние. В общем, наперстянка обладает свойством повышать тонус блуждающего нерва, оказывает двухфазное действие на отделительные функции желудка, почек, щитовидной и поджелудочной желез и увеличивает щелочность крови. С практической точки зрения очень ценно является способность наперстянки дехлорировать организм. В виду способности средства увеличивать секрецию соляной кислоты, авторы применяют его при тех нервных формах диспепсии, которые не сопровождались гиперхлоридрией, и отмечают благоприятные результаты, достигнутые ими. В тех случаях, когда при лечении наперстянкой, вследствие алкалоза наступали тетаноидные состояния, авторы видели хорошие результаты от внутривенного введения хлористого кальция.

П. Ганзбург.



**Garipuy et Mériel.** Внутрисердечное впрыскивание адреналина при мнимой смерти новорожденного. (La presse méd. 1926. № 12. p.80).

Авторы применили в одном случае белой асфиксии новорожденных способ оживления сердца путем внутрисердечного впрыскивания адреналина. Ребенок родился белым, биения не было ни на уровне сердца ни на уровне пуповины. После 5 минут напрасных попыток оживления с помощью искусственного дыхания и ритмических потягиваний языка — впрыскивание 1 куб. см. 1:1000 адреналина.

Техника: вертикальный укол (игла должна быть длинной и тонкой) на уровне V левого межреберного промежутка на середине расстояния между срединной и сосковой линиями; здесь не было необходимости, как у взрослого, держаться самого края грудины с целью избежать внутренних сосудов молочной железы и плевро-пульмональных загибов, т. к. ребенок еще не дышал, и легкие были прижаты к позвоночному столбу. Как только кровь показалась в шприце, был введен раствор адреналина. Ребенок сейчас же произвел вдох, и сердце начало биться; затем — искусственное дыхание, и через 15 мин. дыхание установилось.

Авторы советуют не ждать с впрыскиванием более 6 минут, т. к. максимальный срок резистентности нервных центров, при отсутствии орошения кровью, не более 10 — 15 мин. Впрыскивание адреналина, произведенное ими в другом случае через 45 мин., осталось безуспешным. После впрыскивания необходимо продолжать искусственное дыхание. Техника проста, и каждый акушер должен иметь шприц и раствор адреналина наготове.

*М. Ясиновский.*

**Prof. P. Morawitz** (Würzburg). К терапии язвы желудка. (Münch. Med. W. 1925 г. № 47 стр. 1995—1997).

Большую частоту язвы желудка и 12-типерстной кишки, наблюдаемую в последнее время, автор не считает преходящим явлением и отнюдь не следствием войны. В настоящее время диагностика этих заболеваний участилась благодаря развитию рентгенологических исследований и хирургическому опыту. В связи с широким распространением язвенных заболеваний, лечение их имеет несомненно большое практическое и социальное значение.

Morawitz на основании 462 случаев собственных наблюдений решительно высказывается в пользу преимущественного терапевтического лечения язвы желудка и 12-типерстной кишки. Оперативное вмешательство показано: 1) при тяжелых двигательных расстройствах желудка, 2) неукротимых кровотечениях, 3) при язвах, грозящих перфорацией, а также 4) при упорно рецидивирующих язвах, не поддающихся внутреннему лечению.

Успехи хирургов омрачаются появлением после гастро-энтеростомии тяжелых страданий, так называемой, по Pribram'у, „болезнь гастроэнтеростомированных“. Мучительная боль является одним из важнейших симптомов этого заболевания.

При подобных страданиях обычно не находят анатомических изменений, и пища, большей частью, проходит через желудок и соустье свободно; только в ничтожном числе случаев боли были обусловлены сращениями, при чем на *ulcus Jejunum* указаний не имелось.

Желудочные боли вызываются, вообще спазмами гладкой мускулатуры желудка причем на операции язвы может и не оказаться. Склонность к спазмам, обусловленная возможно, конституциональными условиями, не может быть устранена оперативным лечением, вследствие чего операции в таких случаях не улучшают болезненного состояния.

Наиболее употребительными методами внутреннего лечения в настоящее время являются способы Lenhartz'a, Leube и Sippe. Первый метод дорог, и автор редко применял его, пользуясь этим способом только в тяжелых случаях при кровоточивых язвах. По методам Leube и Sippe, было лечено 300 больных. Общими для обоих способов являются „диета щажения“ (Schonungsidät), теплые укутывания и 14-дневный полный постельный покой. При этом Leube рекомендует щелочи в виде различно составленных порошков, а Sippe назначает каждые полчаса поочередно то смесь щелочей (из *Natrii bicarb.* + *Calcii carb.* aa — при склонности к поносам, и смесь из *Natrii bicarb.* + *Magn. ustae* — при склонности к запорам), то глоток молока или кусочек сухаря. Оба метода имеют свои преимущества: лечение по Sippe — в частых, небольших приемах пищи (вследствие чего желудок никогда или почти никогда не бывает пустым); по методу же Leube преимущество заключается в одновременном назначении белладонны. Morawitz комбинирует преимущества обоих методов, но вместо белладонны назначает атропин, начиная с 1 mgr. в день (по  $\frac{1}{4}$  на дозу), и затем повышает дозу ежедневно до появления сухости во рту.

Протеиновая терапия, по мнению Morawitz'a, не может конкурировать с другими методами лечения, и автор рекомендует пользоваться ею только в случаях безуспешного лечения другими способами.

*Ф. Ашкинази.*



**Dr. S. Dobryszyski. Протеинотерапия желудочной и дуоденальной язвы.**  
(Internacia Medicina Revuo\* 1926 j., № 1.)

Автор применял новопротин в случаях желудочной и дуоденальной язв, соответственно подобранных и детально наблюдавшихся, а также в неск. случаях других заболеваний пищеварительного канала: холелитиаз, рак желудка, язва, осложненная Твс риптон. Выводы следующие: 1) Внутривенное применение новопротина нужно начинать с дозы 0,01. Эта доза обычно не дает поднятия  $t^0$ , или лишь незначительное—37,2.—2) Далее, необходимо постепенно повышать дозу до 0,2, чтобы получить небольшие поднятия  $t^0$ .—3) Одновременно очень рекомендуется применение типичного лечения молоком и висмутом, особенно в упорных случаях.—4) При осторожной дозировке новопротина общие симптомы незначительны. Не наблюдалось побочных осложнений в других органах.—5) Наиболее характерным и разительным следствием протеинотерапии является почти полное прекращение болей.—6) Дуоден. язвы как будто успешнее поддаются протеинотерапевт. лечению, чем язвы желудка.—7) Этот метод часто оказывается действительным в случаях, не поддающихся другими методами; однако, возможны рецидивы.—8) Метод имеет значительную ценность благодаря тому, что он позволяет лечить амбулаторно.—9) Если язва желудка осложнена скрытым Твс, — протеинотерапия обуславливает повышение  $t^0$  и побочные симптомы.—10) При холелитиазе вышеуказанное обезболивающее влияние является скоропроходящим, неясным или совершенно отсутствует.—11) Полученные результаты должны привлечь к дальнейшему применению протеинотерапии при хронических желудочных и дуоденальных язвах.

*А. Бабадаглы.*

**M. Chiray et J. Pavel. Патогенез печеночной колики.** (La Presse méd. 1926. № 12, стр. 177—179).

Указывая на недостаточность в настоящее время классических теорий печеночной колики, стараящих ее в зависимости от прохождения камня и ущемления его в желчных путях, авторы возражают также против теории Tripiey и Paviot, которые ищут объяснения болевого синдрома в местной инфекции брюшины и считают печеночную колику только выражением острого локализованного перитонита.

Основываясь на экспериментальных и клинических данных, они видят главную причину колик в спазматическом сокращении желчного пузыря, проходящие же камни и пристеночные воспаления являются не более, как благоприятствующими моментами. За это говорят: 1) внезапное начало и окончание некоторых колик просто под влиянием волнения, напр., горя; 2) сокращенное течение некоторых приступов, часто длящихся менее одного часа, иногда несколько минут; 3) внезапное появление пароксизмов боли во время печеночных колик; 4) вызываемые подобно эксперименту у субъектов с хроническим холециститом пузырьные боли, в виде настоящих колик в миниатюре, когда, как следствие введения magn. sulfur. в двенадцатиперстную кишку, происходит сокращение желчного пузыря.

Что касается причины, вызывающей эти сокращения, то авторы видят ее в ненормальном раздражении вегетативной нервной системы. Всякая причина, могущая побудить вегетативные рефлексы, может вызвать колику. Здесь велика роль ряда моральных элементов — горя, страха, гнева и др. эмоций. В таких случаях камень, пребывающий в пузыре, мобилизуется и уже вторично ущемляется в пузырьном и желчном протоках. Обильная еда, нарушение режима, злоупотребление напитками действуют аналогичным образом, вызывая нарушение равновесия в вегетативной нервной системе. Таков же механизм колик при протеинотерапии, серо- и аутогемотерапии.

Продолжительные колики (несколько часов) авторы объясняют уже вторичными повреждениями, вызванными начальным спазматическим сокращением, травмировавшим воспаленную ткань, или уже вторично ущемленным камнем.

Наблюдающиеся иногда колики после холецистэктомии зависят, по мнению авторов, от того, что стенка ducti choledochi замещает стенку пузыря и дает ту же реакцию.

Авторы в заключение останавливаются и на работах немецких исследователей, которые также доказывают вегетативный субстрат печеночной колики, и отводят в ее патогенезе основную роль вегетативной нервной системе: Westphal.—Zschr. f. klin. Med. T. XCVI. 1923. стр. 105 и Löwy.—Wien. Kl. W. 1924. № 34 и 35.

*М. Ясиновский.*

**Karl Paasche. К вопросу о терапии патологических форм, вызванных энцефалитом.** (Allg. Z. für Ps. № 83—1/2).

Трудности дифференциальной диагностики между постэнцефалитическими психозами и другими психотоматическими душевными расстройствами заслуживают внимания, потому что при психотоматических реакциях, вызываемых гриппом, своевременно не проводится специфическое лечение. Между тем, психозы, возникающие после гриппа, осложненного энцефалитом, встречаются значительно чаще, чем это принято думать.

Легкое течение первичной инфекции и слабое проявление неврологических симптомов объясняют то обстоятельство, что часто не распознается связь между гриппом



и последующим психическим заболеванием. Поэтому, показан такой терапевтический метод, который мог бы быть применен без колебаний в случаях не совсем ясных.

Исходя из теоретических оснований, автор в нескольких случаях постэнцефалитических заболеваний центр. нервной системы пользовался внутримышечными инъекциями легко растворимых солей ртути. Речь идет о формах, где преобладают психотические явления или же преимущественно стриарные симптомы.

В некоторых из этих случаев раньше применяли инъекции presolodin'a, но без успеха, тем более следует рекомендовать Hg — растворы.

Применение 1% раствора Hg. oxysulfat'i, а именно 10 кб/см в течение 20 дней — интраглютеально — (по 1 кб/см через день) давало хорошие результаты.

После перерыва в 10 — 14 дней — повторение. Исследование мочи обнаруживало отсутствие раздражения в почках. Крепким пациентам автор усиливал дозы. Инъекции переносились легко.

В двух случаях энцефалит, как этиологический момент, был распознан не сразу; лишь спустя некоторое время обнаружили легкие нарушения со стороны глазных мышц, саливация и нарколепсия. Заболевание психозом предшествовал грипп, на что вовсе не было обращено внимание.

Л. Айхенвальд.

## ХИРУРГИЯ

**Prof. Fritz Lange.** Нуждается ли Германия в заграничных курортах для своих туберкулезных детей? (M. m. W. 1926 г. № 5).

Статья посвящена вопросу, чрезвычайно важному и актуальному не только для Германии, но и для нас. В самом деле, нуждаемся ли мы для наших туберкулезных детей в заграничных курортах? Автор, как ортопедист, касается только хирургического туберкулеза. Для лечения этой категории больных необходимы врачебные приемы, целесообразное питание, солнце и свежий воздух. Первые два фактора имеются в распоряжении внутри страны; под сомнением остается поэтому только третий. В отношении солнца и воздуха Германия не может конкурировать с некоторыми горными курортами Швейцарии, особенно с Leysin. Но возникает вопрос, является ли разница в климатических условиях настолько существенной, что вне этих курортов результаты значительно хуже. Автору приходится лечить ежегодно свыше 300 детей, страдающих туберкулезом костей и суставов. Лечение только отчасти стационарное; более продолжительному стационарному лечению подвергается лишь 15% всех детей. Питание нередко оставляло желать лучшего. Лечение заключалось преимущественно в ортопедических мероприятиях, т. е. в покое и разгрузке больной конечности при помощи рекомендуемых и немецкой ортопедией гипсовых повязок и аппаратов. Как только прекращались боли, ребенка на месяцы отпускали домой. Проведение лечения солнцем или его суррогатами обыкновенно оказывалось невозможным; применялась только аэротерапия, которой придавалось большое значение (продолжительное пребывание на воздухе, сон при открытом окне).

F. Lange приводит результаты лечения коксита (больные наблюдались 3—10 лет!) и сопоставляет их с результатами Kisch'a (клиника Bier'a) и Rollier (Leysin):

	Выздоровели	Не выздоровели	Умерли
Lange	74%	15%	11%
Kisch	73%	19%	6%
Rollier	79%	16%	4%

Если результаты Rollier несколько выше, чем в Мюнхене и окрестностях Берлина, — то необходимо учесть, что больные Rollier принадлежат к состоятельным классам, и питание их значительно лучше. Эти цифры показывают, что можно одинаковой цели достигнуть различными путями. Не сомневаясь, что при лучших климатических и экономических условиях можно было бы значительно улучшить результаты лечения, Lange приходит к утешительному выводу, что даже при нынешних условиях они не хуже заграничных. Он полагает, что не иначе дело обстоит и с легочным туберкулезом. Необходимо бороться с очень распространенным мнением, что туберкулезного ребенка достаточно передать в климатический санаторий; не менее важно применение правильных врачебных приемов.

Н. И. Кефер.

**В. Р. Хесин.** Операция паховой грыжи, по данным эксперимента. (Новая хирургия, 1926. Т. II стр. 77—87).

Автор приводит весьма интересные результаты своих опытов на 13 собаках, которым сперва искусственно был сделан дефект в области мышц пахового промежутка с последующим мышечным закрытием дефекта различными способами, чаще всего изолированным подшиванием к Пупартовой связке прямой мышцы, выводимой через боковой разрез в ее влагалище. Кроме того изучался результат пластики и удвоение апоневроза.



Оказалось, что подшитая к Пуп. связке прямая мышца во всех случаях отошла, причем при кэтгутовых швах восстанавливалось прежнее положение, а при шелковых швах последние почти все оставались на Пуп. связке, мышца же оказывалась подтянутой к Пуп. связке, получая внизу косое направление, причем между ней и Пуп. связкой находился слой рубцовой ткани. При микроскопическом исслед. во всех случаях шва мышцы, в последней были найдены глубокие изменения атрофического и некробиотического характера, независимо от наличия или отсутствия инфекции. Размер изменений зависит от течения инфекции, от колибра швов, и оказался больше при шелковых, чем при кэтгутовых швах.

Полное восстановление целостности апоневроза автор наблюдал при зашивании его кэтгутовыми узловыми швами с тщательным линейным прилаживанием краев и с аккуратной очисткой от жира. При применении шелковых швов состояние апоневроза было хуже. Удвоение апоневроза возможно, но вид его несколько меняется: при сохранении его пучкового и волокнистого строения оказывался измененным его характерный цвет—последний был более тусклый. Для получения хороших результатов при удвоении апоневроза необходимо сшивать кэтгутовыми узловыми швами листки с одинаково идущими пучками волокон, сохраняя тонкий слой клетчатки, покрывающий апоневроз, но тщательно очищая его от жира. При отворачивании лоскута из влагища прямой мышцы, он сохранялся, но либо истощался, либо рубцово изменялся, что автор объясняет необходимостью реконструкции его в смысле изменения направления его волокон в соответствии с новым направлением тяги.

Данные экспериментальной литературы совпадают с результатами автора, который делает ряд клинических выводов: мышечная пластика для закрытия паховых промежутков целесообразна, особенно при атрофических мышцах и широком кольце; при хорошо выраженных мышцах и невысоком паховом промежутке целесообразен линейный шов апоневроза кэтгутем, а при высоком паховом промежутке—удвоение апоневроза нар. кос. мышцы; при плохих мышцах и плохом апоневрозе нар. кос. м. успех операции под сомнением; при этом полезно закрытие дефекта отвороченным лоскутом из влагища прямой мышцы; для всех швов целесообразнее применять кэтгут.

Таким образом, экспериментально подтверждаются имеющиеся сомнения в целесообразности пластического создания мышечной стенки пахового канала по способу Bassini.

В заключение автор приводит ряд данных из клинической литературы, из которых видно, что % рецидивов после операций по Bassini доходит до 10%, а по некоторым американским авторам до 20%, что многие авторы получают хорошие результаты, отказавшись от мышечной пластики, причем одни придерживаются апоневротической пластики или удвоения апоневроза (Girand, Piltzmann, Harrison, Moser и др.), тогда как другие (Karewski, Lameris Ronfl, Mermingas и др.) в последнее время обходятся без мышечной и без апоневротической пластики как у детей, так и у взрослых, ограничиваясь тщательной выской перевязкой и удалением грыжевого мешка.

*И. Корнман.*

**Н. Harttung.** Исследования о времени кровотечения при язве и раке желудка. (Brems. Beitr. zur kl. Chir. Bd. 134. N. 3. 1925).

Время кровотечения, определяемое уколом мочки уха и снятием собирающейся капли фильтровальной бумагой, не имеет ничего общего со свертываемостью крови. Так, внутривенное введение гипертонических растворов поваренной соли, не изменяя свертываемости крови, уменьшает время кровотечения.

При язве желудка время кровотечения значительно увеличено, при раке—нормально.

Внутримышечное впрыскивание собственной крови дает быстрое уменьшение времени кровотечения.

*И. Корабельников.*

## КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

**W. Kollе.** Экспериментальные исследования сифилитического и возвратно-тифозного спирохетоза. I. О биологических отличиях разных сифилитических штаммов, об инфекционном и истинном иммунитете при сифилисе. (Deutsche med. W. 1926. № 1).

Производя опыты прививки свфилиса кроликам различными штаммами бл. спирохеты, К. убедился, что штаммы Truffi, Nichols'a и Kuznitzk'ого—все дают до 100% удачи. Повторная прививка раз зараженному животному того же штамма не удается. Но прививка кролику спирохет другого штамма дает до 57,1% удачи. Эти замечательные опыты перекрестной прививки (воспроизводящие, впрочем, лишь такие же опыты французских авторов Marie и Leuaditi и Fournier и Schwartz'a, опубликованные еще в 1923 г. Реф.) доказывают существование у кролика инфекционного иммунитета по отношению к гомологичному штамму и отсутствие его при гетерологичных штаммах. Между тем, у человека, зараженного сифилисом, имеется иммунитет ко всем штаммам бл. спирохеты, т. к. у него заражение никогда не удается; у него имеется инфекционный панимунитет в противоположность инфекционному моноиммунитету у кроликов.



Принимая, что реинфекция при сифилисе доказывает излечение его, и что abortивное лечение удается в очень большом % случаев, как это автору удалось выявить в 1922 г. и экспериментально на кроликах, он указывает, что если в Германии принять число abortивно излечивающихся только в 10—20% общего числа ежегодно заражающихся, то на основании приблизительных расчетов должны были бы ежегодно наблюдаться тысячи реинфекций. Между тем, во всей литературе их насчитывается всего несколько сот. На основании этих данных К. приходит к мысли, что у человека при сифилисе, в противоположность кролику, существует не только инфекционный, но и истинный иммунитет.

Эту разницу иммуно-биологических отношений у кролика и человека К. объясняет большей приспособленностью бл. спирохеты к человеку. Исходя из приведенных исследований, К. выражает предположение, что прогресс. паралич, tabes, аортит возникают на почве недостаточного развития иммунитета, не препятствующего поэтому размножению оставшихся спирохет.

Поставив со своими сотрудниками целый ряд дальнейших опытов с целью проверки и лучшего освещения полученных данных и вытекающих из них заключений, Kolle надеется выяснить точнее столь существенные для патологии сифилиса вопросы иммунитета.

А. Фельдман.

**Meigowsky.** Процессы почкования спирохет первичного шанкра. (Arch. f. Derm. und Syph. Bd. 149. N. 1. 1925).

Продолжая свои еще в 1914 г. опубликованные наблюдения над морфологией бледной спирохеты, М. нашел в одном из своих препаратов несколько мест, микрофотограммы которых он воспроизводит, и которые, по его мнению, служат убедительным доказательством того, что бледная спирохета размножается почкованием, при чем почки отходят от тела бледной спирохеты в тех местах, где наблюдаются более темно окрашенные узелки, зернышки хроматинового вещества; иногда почки находятся на стебельках, в виде спор. Эти картины заставляют М. думать, что спирохета принадлежит к нитевидным грибкам и образует споры. Таким образом, возбудитель сифилиса может быть и не в виде спирохеты. Косвенным доказательством существования спор у спирохет служит то обстоятельство, что фильтрат культуры *spirochaetae icterogenes* остается заразительным, и что Buschke и Strob в мозгу у иммунных к *resurgens* у мышей уже не находили спирохет, между тем эти мозги оказывались заразительными.

А. Фельдман.

**Eg. Hoffmann.** О сифилитической инфекции трупным матерьялом, а также о паразитизме бледной спирохеты. (M. Med. W. 1926 г. № 5).

В этой статье автор затрагивает два интересных вопроса: 1) возможно ли заражение сифилисом от трупов сифилитиков и 2) могут ли бледные спирохеты паразитировать некоторое время на поверхности кожи или слизистой человека, не проникая глубже и не вызывая сифилиса. Основываясь на собственных исследованиях и наблюдениях целого ряда авторов, он считает вполне возможным заражение сифилисом от мацерированного сифилитического плода, трупа врожденно-сифилитического ребенка и трупа взрослого сифилитика, ибо бледные спирохеты сохраняют свою жизнеспособность, особенно во внутренних органах трупа, от 24-х часов до нескольких дней. Приведя 9 вполне достоверных и 5 весьма вероятных случаев профессионального заражения сифилисом от трупов, автор рекомендует медперсоналу, соприкасающемуся с такого рода матерьялом, принимать меры предосторожности.

Что же касается вопроса о паразитизме бледной спирохеты, то автор признает такую возможность сомнительной, несмотря на имеющиеся в литературе подобного рода единичные наблюдения, и считает необходимым вести в этом направлении дальнейшие наблюдения.

Б. Каплуи.

**Eg. Hoffmann.** О шансах на раннее излечение сифилиса при помощи сочетанной хемотерапии, а также некоторые замечания по поводу лечения малярией. (Dermat. Zeitschr. Bd. XLV. N. 5/6. Nov. 1925).

Автор вновь настаивает на многократно за последние годы рекомендованном им методе специфического лечения ранних форм сифилиса с максимальным использованием тех возможностей, которые нам предоставляет смешанное висмута-сальварсанное лечение. Схема его в настоящее время такова: 10—12 впрыскиваний нео-сальварсана по 0,6 даже по 0,75 для мужчин и 0,45 (иногда 0,6) для женщин и столько же впрыскиваний Vi (напр., Mesuroл до 0,8 или Bismogenol до 1,0—1,25 на курс), при чем впрыскивания нео и Vi делаются в один и тот же день, два раза в неделю. В ранней серонегативной стадии первичного сифилиса дается один такой курс; позже, особенно при полжизнтельном колебании, хотя бы миомлетном, р. Васс,—2 курса, а во вторичном периоде—3 курса, при чем 2-ой и 3-ий курсы не должны уступать по силе первому, и проводятся с промежутком в 5—6 недель между первым и вторым и в 2—3 месяца между 2-м и 3-им курсами. При этом способом получается, по материалам Боннской клиники,



излечение при серонегативном первичном сифилисе почти в 100%, при серопозитивном сифилисе—в 82%. Проверка liquor у леченных этим методом больных дала только 5—10% патологических изменений, в то время, как это число у нелеченных и особенно при недостаточном лечении доходит до 60%. При патологическом liquor, несмотря на максимальное лечение, Н. в настоящее время прodelывает еще прививку малярии с 2-мя впрыскиваниями сальварсана—Vi до малярии и максимальным висмут-сальварсанным курсом после малярии. Безопасность прививной малярии можно считать доказанной. Если вместо Vi приходится давать ртуть, то Н. предпочитает ртутные втирания.

*А. Фельдман.*

**P. Ravaut.** Церебро-менингеальные изменения сифилитического характера у новорожденных и детей. („La Syphilis dans ses rapports avec la fonction de reproduction“. Paris, 1923—1924).

Этот чрезвычайно важный вопрос имеет лишь 20—25-тилетнюю давность. Благодаря работам Parrot, Hutinel'я и автора, который первый произвел в 1901 г. лумбальную пункцию у ребенка с врожденным сифилисом, была обнаружена сифилитическая природа менингита и других менингеальных явлений. Церебро-менингеальные явления могут наблюдаться во все периоды врожденного сифилиса. Но начало их закладывается главным образом к моменту рождения, когда нервная система имеет много шансов быть пораженной во время той спирохетной септицемии, которою является врожденный сифилис, как в утробе матери, так и в первое время после появления на свет. Наблюдающиеся в более позднем периоде более серьезные, локализованные поражения нервной системы, как гемиплегии, параличи различных нервов, а также случаи tabes, миелитов, прогрессивного паралича и т. п. у детей, а также и эпилепсия,—все это—дальнейшее развитие бывших в ранние дни после рождения менингеальных поражений. Они диффузны, поверхностны, быстро проходящи, и в этом их главная отличительная черта и главная опасность, потому что они легко просматриваются врачами, а позднее обнаруживаются уже в виде более тяжелых изменений. Эти изменения могут проявляться лишь патологическим liquor, который всегда говорит за менингеальные поражения у ребенка. Отсюда явствует важность лумбальной пункции у детей. Легкие, преходящие менингеальные явления врожденно-сифилитических детей бывают в виде то ничтожных конвульсий, ригидности затылка, то лишь одних „закатываний глаз“, задираания головы к потолку. Эта форма сопровождается повышенным давлением в родничках и спинно-мозговой жидкости, расширением вен головы, особенно височных, и бывает обыкновенно у детей исхудавших, с гидроцефалическим черепом. Наряду с этим легким типом встречается и тяжелая форма—клинически настоящий менингит, который иногда трудно дифференцировать от эпидемического церебро-спинального или туберкулезного. Незначительным симптомам первой формы соответствует и незначительность макроскопических изменений нервной системы—в виде легких поражений мозговых оболочек, которые могут остаться незамеченными. Здесь дело идет о поражениях, локализующихся вокруг вен, артерий и лимфатических путей и затем внедряющихся в оболочки. Этот процесс можно было бы назвать meningovascularitis syph. В спинно-мозговой жидкости таких детей не находили спирохет. Таким образом, менингеальные реакции у маленьких детей могут оставаться латентными в течение многих лет, чтобы впоследствии проявиться самыми разнообразными поражениями нервной системы. Отсюда ясна необходимость раннего диагноза этих поражений и раннего интенсивного их лечения.

*Н. Левенсон.*

**A. Buschke и M. Gumpert.** Сифилис и аборт. (Med. Klin. 1926. № 5).

Авторы, выступая против статьи закона, допускающей аборт только в случае явной опасности продолжения беременности для жизни матери, и отвергая чисто юридический подход или одностороннее медицинское показание к аборту, считают, что к разрешению этого важного вопроса надо подойти также с точки зрения социальной и евгеники. Пока нет возможности предоставить каждому новорожденному ребенку минимум жизненных удобств, до тех пор будет законным всякое стремление к прерыванию беременности. Это стремление является еще более обоснованным, если ребенок может быть одержим врожденной болезнью или дефектами, которые сделают его тяжелым бременем для родителей. Из передающихся от родителей к детям болезней, могущих угрожать жизни и здоровью ребенка, сифилис играет самую важную роль, так как поражая плод в утробе матери, он сильно повреждает находящиеся в стадии образования органы. С другой стороны, факты показывают, что начиная даже энергично лечить сифилитичку-мать в самый благоприятный для плода момент, т. е. с 3-го месяца до конца беременности мы не всегда можем все-таки надеяться на благоприятный результат этой терапии. Надо еще прибавить, что подобное энергичное лечение не всегда безразлично для матери. Далее, надо считаться с тем, что всякая мать, желающая сделать себе аборт, может тайно выполнить свое намерение, и что значительное количество матерей, зная о последствиях сифилиса для потомства, стремится заранее избавиться от последнего. Практически



авторы, тем не менее, осторожно подходят к разрешению этой проблемы. Они отвергают допустимость аборта при сифилисе, как общего правила, так как это повело бы к злоупотреблениям и значительно увеличило бы количество аборт. Они считают аборт при сифилисе матери допустимым в следующих случаях: когда имеется опасность для жизни матери; при невозможности правильно и интенсивно лечиться во время беременности; в случаях семейного нервного сифилиса; при тяжелом социальном положении. При этом, всякий раз гинеколог, сифилидолог и общественная власть должны решить вопрос, нельзя ли избегнуть аборта. Если решено совершить его, необходимо руководствоваться следующими правилами: он должен быть выполнен до 3-го месяца беременности, в общественной клинике, после того как общественные организации безуспешно попытались устранить социальные показания к абарту. Этим путем авторы надеются вырвать дело аборта из рук знахарей до того момента, когда улучшится тяжелое материальное положение немецкого народа. Тогда опять проснется у народа здоровое желание иметь детей, а стремление к обрыванию беременности само собой умрет.

*Л. Файнгольд.*

**Ch. David.** Скрытая гонококковая инфекция; гонококконосители. (Ann. des malad. vénér. 1925. № 1).

Существование хронической гонорреи в виде утренней капли, при отсутствии каких бы то ни было субъективных ощущений—факт давно известный. Не получило еще широкого признания существование у мужчин гонорреи без выделений и нитей в моче в течение продолжительного времени. Это даже не больные, а гонококконосители, которые тем опаснее, что не знают о своей заразительности. Клинические наблюдения говорят за то, что больной, хорошо леченный и спровоцированный обычными методами, при полном отсутствии каких-либо следов заболевания в течение недель, месяцев или даже лет (10, 15 или 20 лет), вдруг, после эксцесса или без видимой причины, дает обострение гонококкового характера. Автор приводит 3 случая. В 2-х—гонококковый абсцесс простаты через 15 лет после инфекции; все время никаких следов болезни; жена одного из них избежала инфекции (!?Реф.), жена второго заболела гоноррейным артритом. В третьем случае, после алкогольного эксцесса во время путешествия, при отсутствии подозрительного соитус,—обострение бывшей 20 лет тому назад гонорреи, не дававшей в течение этого времени никаких проявлений (отсутствие капли по утрам, нитей и мути в моче). Автор считает, что случаи такого рода многочисленны. (Подобные случаи описывались и раньше: случай Hartmann'a 10-тилетней, случай Luys'a 45 и 55-тилетней давности и др.; референт наблюдал случай 8-милетней давности. (Реф.).

Спермокультура, на основании наблюдений автора, обнаруживает большое количество таких гонококконосителей. У подобного рода больных классические методы лечения обычно безуспешны; результаты получаются только от аутовакцинации (12—15 инъекций).

*Г. Ланда.*

**J. J. Stutzin.** Польза и вред от массажа предстательной железы. (Zeitsch. f. Urologie 1926. B. 20. N 1).

Автор, на основании анатомии, гистологии и топографии простаты, приходит к выводу, что массажирование предстательной железы приносит часто не пользу, а вред. Автор статистических данных не приводит, но сообщает, что уже в течение 4-х лет при лечении простатитов обходится без массажа железы. Учитывая, что массаж простаты является общепринятым методом лечения, имеющим сторонников в среде большинства авторитетных урологов, S. считает целесообразным проверку этого метода на стационарном материале, параллельно проводя больных с массажем и без массажа предстательной железы.

*Л. Лейтес.*

**Агне Клем.** Борьба с венерическими болезнями и положение вопроса о проституции в Норвегии (Новый законопроект). (Derm. Wochenschr. 1926. № 1.)

Автор сообщает, что до последнего времени в Норвегии не существует специального закона по борьбе с венеризмом, несмотря на то, что в 1840 году была введена в Норвегии регламентация проституции. В 1860 году последовало опубликование ряда распоряжений по вопросам здравоохранения, но в отношении половых болезней точных указаний не было. Отмена регламентации проституции относится к 1887 году, больше из соображений этического свойства. В 1899—1900 г. был внесен в стортинг законопроект по борьбе с венерическими заболеваниями, но он не был принят. И лишь после войны, в 1919 году, образована департаментская комиссия, предложившая в прошлом году законопроект, каковой еще пока не прошел через законодательные инстанции, но, по мнению автора, безусловно будет принят стортингом без изменений. Основные моменты законопроекта: —Доступ к лечению венериков должен быть как можно более легким. Медпомощь венерику должна быть оказана без всякой проволочки. Лечение должно быть бесплатным. Государство берет на себя все расходы по борьбе с венеризмом. С



введением бесплатного лечения вводится и обязательное лечение, даже в принудительном порядке. В городах с населением в тридцать тысяч должны быть созданы соответствующие поликлиники. Город несет расходы по лечению венбольных. Обязательно оповещение о вензаболеваниях; сведения даются анонимно, даже если больной в заразной стадии. Неспециалистам воспрещается лечить венериков. Специальные мероприятия по санпросвету и личной профилактике хотя и обсуждались в комиссии, но в законопроект не вошли.

*Л. Лейтес.*

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

**V. Kermorgant.** Сообщение по поводу изучения этиологии свинки. (Annales de l'Institut Pasteur. 1925. № 7).

В начале заболевания в слюне больного автор обнаруживал подвижную спирохету, в которой он усматривает специфического возбудителя болезни. Эта спирохета, растущая на анаэробных средах, находится в симбиозе с подвижной бактерией — факультативным аэробом. В период своего развития спирохета проходит стадию образования зерен, фильтрующихся через свечу Chamberland'a. Прививкой спирохеты обезьянам удалось вызвать заболевание, аналогичное паротиту. В стадии фильтрующегося вируса возбудитель, введенный в testis кролика, вызывает орхит. Сыворотка выздоровевших суб'ектов обладает, даже спустя несколько месяцев после выздоровления, агглютинирующими и литическими свойствами по отношению к спирохете.

*Е. Ревич.*

**E. V. Kartacheef.** Наблюдения над белыми кровяными шариками в крови при возвратном тифе. (Annales de l'Institut Pasteur. 1925. № 12).

При изучении изменений белых кровяных шариков при возвратном тифе (при отсутствии молодых полинуклеаров с вакуолизированной протоплазмой, отклонение лейкоцитарной формулы влево) автору удалось обнаружить явления фагоцитоза в крови. Во время периода падения  $t^0$  среди моноцитов были замечены большие белые клетки, достигающие величины 70 микр. Присутствие в их протоплазме лимфоцитов, моноцитов и эритроцитов указывает на то, что они играют роль макрофагов. При изучении сухих окрашенных препаратов крови обнаруживается по окружности этих клеток большое количество спиралл, по отношению к которым вышеупомянутые клетки играют роль фагоцитов. Фагоцитарная деятельность этих клеток выражается в частичном или полном поглощении ими спиралл.

*Е. Ревич.*

**A. Staub.** Четырехгодичный опыт вакцинации против куриной холеры. (Annales de l'Institut Pasteur. 1925. № 12).

Автор приводит результаты вакцинации против куриной холеры сохранившимся у него в лаборатории штаммом *pasteurella* кролика, совершенно безвредным для курицы. Результаты вакцинации, проведенной в некоторых пораженных куриной холерой птичьих дворах, были поразительны. Заболевания после вакцинации совершенно прекратились; были случаи выздоровления тяжело больных птиц. Для получения длительного иммунитета автор предлагает после вакцинации этой, называемой им первой вакциной производить вакцинацию второй вакциной, полученной им из ослабленной культуры птичьей *pasteurella*, которая, вследствие предварительной иммунизации вакциной *pasteurella* кролика, не вызывает заражения.

*Е. Ревич.*

**H. Jausion et Ed. Diot.** Местные повязки из вакцинированной желатины. (Corruptes rendus des séances de société de biologie. 1925. № 19).

Авторы предлагают употреблять с терапевтической целью желатину, на которой предварительно была посеяна определенная культура. Такая желатина приобретает после 48 часов роста на ней культуры новые свойства, благодаря которым она действует разрушающим образом на ту культуру, которая на ней выросла. Отмытой от микробных тел желатиной смачивается непромокаемая повязка, которая прикладывается к септической ране либо к инфекционному кожному процессу. Можно приготавливать и поливалентную вакцинированную среду, путем последовательного засева с несколькими микробами, снимая каждый. Авторы пробовали экспериментально проверять действие такой вакцинированной среды. Засеяв желатину определенной культурой и получив соответствующий рост, они снимали поверхностный слой желатины и, освободив ее от микробов, снова сеяли на нее ту же самую культуру. Никакого роста не получалось. С терапевтической целью применялись также повязки в 1 случае стафилококкового absces'a затылка в 1 случае сибирской язвы шеи, при *ycosis'e* бороды, при *lupus'e* — во всех случаях терапевтический эффект был вполне успешный.

*Гейфтер.*



**R. Labbé.** Случай кошачьей чесотки у ребенка 10-ти лет. (Archives de Médecine des Enfants. 1925. № 6.).

Зудящие сыпи у детей часто относят за счет поражения желудочно-кишечного тракта. Среди таких высыпий встречается одна форма—папулезного характера, с неопределенной локализацией, с наклоном быстро распространяться. Эта сыпь заставляет думать о кошачьей чесотке. Дальше, автор приводит наблюдавшийся им случай. Девочка 10 лет была приведена на консультацию в диспансер по поводу появившегося у нее зуда, усиливающегося ночью. Сыпь в течение нескольких дней охватила все тело; папулезная, красная, около 3-х мм. в диаметре, в некоторых местах расчесано и покрыто корками. На пальцах рук и между ними, а также на ногах, никакой сыпи не было. Из опроса девочки выяснилось, что несколько дней тому назад в дом была взята кошка, у которой на голове и спине были струлья. Эта кошка спала с девочкой в кровати. Был произведен осмотр кошки и установлено заболевание ее чесоткой. По применению соответствующего лечения, девочка через несколько дней выздоровела. Отличительными признаками вышеописанной сыпи служат: 1) отсутствие определенной локализации и охватывание всего тела, 2) зуд, усиливающийся ночью, 3) анамнез больного. Случаи передачи чесотки от кошки к человеку давно известны в ветеринарии. Но только недавно G. Thibierge'ом был описан целый ряд заболеваний кошачьей чесоткой и остановлено на ней должное внимание. Автор рекомендует всем педиатрам учитывать данное заболевание при диагностике папулезных сыпей,

М. Пинзуд.

**S. Costa, R. Novasse, L. Boyer.** Экспериментальное заражение устриц брюшно-тифозной палочкой. („Comptes Rendus des séances de la société de Biologie.“ 1925 № 21.).

Роль устриц в распространении брюшного тифа, указанная впервые в 1896 г. Шантемессом, в последнее время все чаще и чаще останавливает на себе внимание исследователей. Указание некоторых авторов на массивную инфекцию при заражении устрицами (смертность в 3 раза выше обычной) вызывает недоверие к роли воды водоемов, проникающей через щель в створках устриц внутрь и вызывает предположение, что наибольшую роль в заражении устрицами играет само тело устрицы, представляющее хорошую среду для размножения брюшно-тифозной палочки. Опыты, поставленные авторами, вполне подтверждают это предположение. Заражая трех устриц тифозной палочкой путем впрыскивания эмульсии в толщу тела, они обнаружили на 15—19 день гибель всех устриц. Патолого-анатомическое исследование дало картину настоящей тифозной септицемии, сопровождающейся лейкоцитарной инфильтрацией. Во всех без исключения органах были обнаружены тифозные палочки. Вторая серия опытов основывалась на помещении устриц в морскую воду, предварительно зараженную культурой брюшного тифа. В одном из двух резервуаров, содержащих зараженную воду и опытных устриц, спустя семь дней было обнаружено заражение всех 4-х помещенных устриц, причем 2 из них представляли вышеописанную картину болезни, а 2 другие хотя на вид и казались совершенно здоровыми, но в печени, мантии и в жабрах через 13 дней после помещения их в резервуар, содержали брюшно-тифозные палочки. В это время в воде резервуара палочек Eberth'a обнаружить уже не удалось.

Е. Ревич.

**G. Ramon.** Методы увеличения продукции антитоксинов. (Annales de l'Institut Pasteur. 1926 г. № 1).

Иммунизируя лошадей подкожными впрыскиваниями дифтерийного токсина или анатоксина, автор заметил, что наибольшее содержание антитоксина в крови после иммунизации встречается у тех лошадей, у которых в виде осложнений наблюдалось образование на месте впрыскивания нарывов. Вызывая искусственное нагноение, путем прибавления в антиген гноеродных возбудителей, автор получал те же результаты. Увеличение обычного количества антитоксина в крови после иммунизации отсутствовало или достигало ничтожных размеров, если появление абсцесса вызывалось вне места подкожного впрыскивания антигена. В виду возможных осложнений, автор решил попробовать вызывать на месте впрыскивания не нагноение, а только воспалительный отек путем введения различных веществ. После многих опытов, выбор его остановился на муке тарюса, которая после предварительной стерилизации смешивается с антигеном в количестве 1—2% и вводится под кожу. В то время, как у контрольных лошадей количество антитоксических единиц в 1 куб. см. сыворотки колебалось от 375 до 500 ед., у опытных животных количество это было от 600 до 800 ед. и в одном случае дошло до 2.500 ед. Аналогичные результаты получились и при иммунизации лошадей столбнячным токсином.

Е. Ревич.

**M. Nicolle и E. Cesari.** Влияние специфических иммунных сывороток на культуру патогенных микробов. (Annales de l'Institut Pasteur 1926. № 1).

Автор произвел ряд опытов выращивания патогенных микробов (гонококка, палочки сибирской язвы, пнеймококка, палочки дифтерии, столбняка, тифа, паратифа А) на средах, содержащих сыворотки животных, иммунизированных против вышеупомянутых ми-



кробов. Оказалось, что наибольший рост давали микробы, культивированные на средах, содержащих специфическую для данных инфекций противомикробную или противотоксическую сыворотку. Объяснение этого удивительного явления, по мнению автора, может быть двояким: 1) хороший рост микробов на среде с специфической сывороткой объясняется появлением в этой сыворотке антител, направленных против продуктов обмена жизни микробов (Bridré, Jouan); 2) в результате агглютинирующего действия специфической сыворотки (микробы обычно растут на такой среде в виде трудно разрывающейся пленки) получается скопление (конденсация) в этой пленке на поверхности тел микробов питательных веществ, находящихся в среде.

Е. Ревич.

**I. Beenstierna.** Экспериментальное заражение проказой низших обезьян. (Annales de l'Institut Pasteur. 1926 № 1).

Автору удалось материалом, взятым из лепром двух больных проказой, заразить низших обезьян, причем отсутствие туберкулезной инфекции у вышеупомянутых двух больных было доказано контрольными опытами на свинках. Инкубационный период продолжался от 37 до 45 дней. У всех зараженных обезьян в мазках, взятых из лепром можно было обнаружить большое количество кислотоупорных и грамм-положительных палочек, ничем не отличающихся от палочек проказы; гистологически и клинически образовавшиеся узлы были также идентичны человеческим лепромам.

Е. Ревич.

**E. Brumpt.** Кладка и сопротивляемость яиц *Aporheles maluipeennis*. (Annales de parasitologie. 1925. № 4).

В процессе исследования малярии в Нормандии, автор собрал ранней весной (между 6 и 18 апреля) большое количество самок *Aporheles maculipeennis* в коровниках, конюшнях, и пр., причем у всех почти самок брюшко было наполнено яйцами. Самки были очень прожорливы. Они искушали автора, несмотря на то, что только что имели возможность питаться кровью животных. Отсюда скептическое отношение автора к возможности «трофической профилактики» (Roubaud). Наблюдая за кладкой яиц, автор констатирует что для кладки самка становится передними лапками на край сосуда с водой, а задними четырьмя—на поверхность воды, причем брюшко всегда остается параллельно воде, никогда с ней не соприкасаясь. Самки клали по 100—200 яиц, со скоростью 6—10 яиц в минуту. Яйца в момент кладки белые, с течением времени чернеют. При  $t^0$  в  $10^0$ — $12^0$  из яиц вылупливались личинки через 8 дней. Таким образом, автор не разделяет мнения других наблюдателей, полагающих, что яйца самок *Aporheles* в хлевах, все стерильны в зависимости от аммиачных выделений мочи и навоза. По вопросу о сопротивляемости яиц и источнике продолжения рода *Aporheles mac.*, автор приходит к следующим выводам: 1) яйца, помещенные на открытом воздухе и 72 часа во влажной среде при  $t^0$  в  $12^0$ — $15^0$ ; 2) яйца, заключающие уже личинки, могут при  $t^0$  в  $12^0$ — $15^0$  во влажной атмосфере сохранить жизнеспособность 6 дней; 3) наблюдения над кладкой яиц самками *Aporheles mac.* не согласуются с гипотезой о зимующих яйцах, обеспечивающих размножение этих насекомых с наступлением нового года.

И. Шухат.

## НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

### О терапевтических съездах.

Успех I Съезда Терапевтов г. Одесской губернии, устроенный по почину Одесского Терапевтического Общества, наглядно показал органическую потребность врачебного мира г. Одессы и тяготеющих к ней районов в периодическом общении и коллективном обмене мыслей, независимо от съездов большего масштаба. Съезд состоялся в сентябре (2—6) и привлек 536 участников, из коих 25% пришлось на долю приезжих. Об актуальности программных тем и плодотворности съезда не приходится говорить: подробности об этом можно найти в прекрасно и своевременно изданных «Трудах Съезда», обнимающих собою 250 страниц. Одесса сделала почин на юге в смысле съездов, не менее удачным продолжением которого явился I Всеукраинский Съезд Терапевтов в г. Харькове (10—15 января 1926 г.), собравший 590 участников. Инициативная роль Одессы была оценена по достоинству, и следующий II Всеукраинский Съезд Терапевтов назначен в Одессе в сентябре 1927 года. Есть основания надеяться, что этот съезд сольется воедино с очередным Всесоюзным Съездом. Вопрос этот разрешится в мае 1926 г. на Всесоюзном Съезде в Москве. Конечно, ни Всесоюзные, ни Всеукраинские Съезды не будут служить помехой очередным съездам г. Одессы с ее районами. Для II Одесского Съезда были намечены темы: 1) Одесса, как курорт; показания и противопоказания к пользованию им; 2) Показания с точки зрения терапевта к хирургическому вмешательству при болезнях желудочно-кишечного тракта и печени; 3) Иод,



как лечебное средство; 4) Сифилис внутренних органов. Для II Всеукраинского Съезда темы избраны следующие: 1) Сифилис сердца и сосудов; 2) Заболевания суставов и их лечение; 3) Хронические колиты; 4) Тема желательная — Бронхиальная астма. На I Всеукраинском Съезде был избран постоянный Совет Украинских Терапевтических Съездов в составе: постоянный председатель проф. Ф. Г. Яновский (Киев); члены — проф. И. И. Файншмидт, С. Г. Якушевич, Е. А. Черников, М. И. Лифшиц и приват-доц. В. М. Коган (Харьков); В. В. Виноградов, М. М. Губергриц, Н. А. Свенсон, Н. Д. Стражеско (Киев) Я. Ю. Бардах, Л. Б. Бухштаб, Л. Ф. Дмитренко, В. Е. Ставраки (Одесса); К. И. Пенкославский, А. Ф. Држевецкий, А. М. Корицкий и Н. П. Знаменский (Екатеринослав).

### 1-е Всеукраинское совещание по охране здоровья рабочей молодежи.

С 27/II по 1/III в Харькове состоялось 1-е Всеукраинское совещание по охране здоровья рабочей молодежи. Совещание имеет большое общественное значение, не столько в организационном отношении, хотя, по преимуществу, оно носило характер организационного строительства охраны здоровья рабочей молодежи, сколько в отношении установления системы профилактических мероприятий по охране здоровья рабочей молодежи. Намечены веши, по которым в дальнейшем должно идти дело оздоровления рабочей молодежи. До съезда не было единства линии. Положения съезда должны дать основные принципы, которыми необходимо руководствоваться в деле системной, шаг за шагом проводимой, упорной работы по оздоровлению рабочей молодежи, в недрах органов здравоохранения, в частности рабочей медицины. До съезда была неустойчивость организационной формы: охватит ли рабмед должны заниматься вопросами оздоровления рабочей молодежи? С установлением института оздоровления рабочей молодежи (ОЗРМ) в рабмеди, НКЗ и подотделах (бюро) рабмедов на местах — оформлена организационная структура. Является излишней тратой слов — доказывать, что профилактическую работу среди застрахованных следует начать с рабочих подростков, при поступлении их на работу, при медицинском и психо-техническом отборе, при обучении на предприятии или фабзавуче; закалка здоровья при первых шагах профессиональной деятельности, гигиенические навыки с юных лет производственной работы — вот та твердая база профилактики, на которой легче проводить дальнейшую профилактическую работу по оздоровлению труда рабочих вообще. От инициативности, понимания основных задач профилактической работы, как представителями рабочей молодежи, выделяющей из своей среды инспектуру, так и руководителями бюро рабмедов, а также специалистами, зависит дело закрепления профилактических позиций в охране здоровья рабочей молодежи. Не следует давать себя увязнуть в потоке повседневных индивидуальных запросов непосредственной помощи и терять перспективу системно проводимого оздоровления. На повестке стояло 12 докладов, из них доклад Э. М. Каганна: Влияние профвредностей на здоровье подростков и способы борьбы с ними — не состоялся по болезни докладчика.

Исходным докладом следует считать доклад т. Фридзеда: — Состояние здоровья рабочей молодежи по статистической разработке данных медосвидетельствования рабочих-подростков в 1923—24 г. по всей Украине. Медосвидетельствование охватило в 1923 г. — 11 т., в 24 г. — 15 т., в 25 г. — до 30 т. рабочих подростков; полного охвата рабочих подростков, таким образом, нет ежегодным медосвидетельствованием. Несмотря на дефекты в методике медосвидетельствования, таковое показало необходимость серьезного внимания к здоровью рабочих-подростков. У 12% рабочей молодежи (а в крупных промышленных центрах у 14%) найден явно выраженный туберкулез легких или подозрение на туберкулез. Если прибавить следы перенесенного туберкулеза, то ослабленные легкие имеются у 18% всех подростков Украины, а свыше 25% их в крупных городах. Порок сердца найден у 2,8%, функциональные неврозы еще у 4%. Таким образом, заболеваниями сердца страдает около 7% подростков, а в городе около 15%; количество нуждающихся в немедленном лечении в крупных городах достигает 30—40%.

Вывод: рабочие подростки нуждаются в диспансеризации. Этот вопрос развывается докладом т. Либермана — Диспансеризация рабочих-подростков и ее значение. В докладе выясняются все стадии диспансеризации — от отбора учета до распределения, — выполнения лечебно-социальных предписаний. Диспансеризация должна пойти на смену ежегодным медосвидетельствованиям. Последние могут быть, подобно переписям населения, раз в 5—10 лет; постоянство, системность наблюдений за здоровьем и системность мероприятий покрывается диспансеризацией. Медосвидетельствование ежегодное носило характер кампании летнего оздоровления в целях определения в Д. О. и т. п. На место „кампаний“, носящих в себе недостатки спешности, должна стать системная диспансеризация. Дальнейшим углубленным методом оздоровления является профессиональный отбор (доклад д-ра Роговского) и системный врачебно-санитарный надзор в школах фабзавуча (доклад д-ра Рохлина). Центральными моментами профессионального отбора являются: учет требований, предъявляемых производством к тому или иному органу или всему организму, противопоказания со стороны молодого орга-



низма. Врачебно-санитарный надзор включает в себе преподавание гигиены, прививку гигиенических навыков, наблюдение и консультация при обучении в соответствии с физиологическими нормами и т. п. Живой силой, проводником этой профилактической работы является фабрично-заводской (производственный) врач, специализирующийся в этой важной области оздоровления рабочей молодежи. Ставка на производственного врача является актуальной, ибо уже имеются кадры врачей, знающих производство и посвящающих себя исключительно делу проведения профилактики в условиях фабрично-заводской жизни. Далее, на с'езде был выдвинут вопрос физического развития в школах фабзавуча (доклад т. Бляха), вопрос, который должен быть поставлен в системе профилактических мероприятий по оздоровлению рабочей молодежи. Наконец, половое воспитание рабочей молодежи (доклад т. Писаревой) заканчивает весь круг важнейших вопросов по охране здоровья рабочей молодежи.

Каждый из указанных вопросов требует углубления в практическом его проведении, требует коллективной проработки, умелого подхода при его осуществлении. Прошедший с'езд оформил общий план, дал общие директивы. Активно проявляемый интерес врачей периферии должен, несомненно, дать продуктивные результаты в деле оздоровления рабочей молодежи.

М. Л.—ин.

### Краткий отчет о деятельности общества детских врачей при Одесском Государственном Мед. Институте за период февраль 1925 по февраль 1926 г.

За отчетный период общество имело 14 заседаний, на которых сделано 13 докладов и независимо от них продемонстрировано 15 больных и 3 патолого-анатомических препарата. Доклады и демонстрации сопровождалась таблицами, рисунками, снимками, макро- и микроскопическими препаратами. За истекший период общество делегировало своих членоев на 3-ий Всесоюзный С'езд Педиатров и на Всеукраинский и Всесоюзный С'езды по Охматдету. Участники с'ездов информировали общество в ряде докладов с работами с'ездов. В одном из своих заседаний общество чествовало В. О. Мочана по поводу 25-тилетия его врачебной деятельности. В объединенном заседании с Акушерско-Гинекологическим Обществом, где был заслушан доклад Г. Г. Стукса: „О совместимости беременности и кормления грудью и о показаниях к перерыву беременности у кормящей матери“, был выработан ряд положений, которые, признавая беременность во время лактации с биологической точки зрения явлением не желательным, указывают, что вопрос о перерыве беременности нужно индивидуализировать, считаясь прежде всего с состоянием матери, а затем с состоянием ребенка, его возрастом и временем года.

По докладу В. К. Гукевича: „Опыт патронажа Одесского Дома Грудного Ребенка“ Общество, согласившись с тезисами, пришло к заключению, что опыт этот должен быть продолжен и расширен.

Вопросам педологии были посвящены доклады проф. Н. Н. Тарасевича: „К вопросу о сексуальных переживаниях современного детства“; В. С. Красуского: — „Опыт сравнительного изучения конституциональных особенностей детей нормальных, морально дефективных и душевно-больных детей“ и проф. И. Я. Винокурова — „Значение педиатрии в психическом развитии ребенка“. По заслушанным докладам высказана необходимость объединить работу педиатров и педологов, и искать связь психических явлений не только со средой, но и с физиологическими и конституциональными особенностями детского организма. По вопросу о расстройствах питания в раннем детстве был сделан доклад А. Я. Фельдмана: — „О молочных расстройствах питания, по данным 4-й консультации в Одессе“. По докладу проф. И. Я. Винокурова: „О постановке преподавания педиатрии в Германии“, Общество определенных выводов сделать не могло, особенно в вопросе об уклонах охматдета.

Вопросам острых и хронических инфекций посвящен ряд докладов и демонстраций: А. И. Скродкий и Л. Я. Бардах — „К вопросу о профилактике и лечении скарлатины сывороткой рековалесценто“, д-р Бердичевская, — „Случай Tetanus neonatorum, успешно леченный специфической сывороткой“. Она же демонстрировала больного малярией с одновременным присутствием в крови возбудителя типа tertiana et tropica. Д-р Черемушкина — Больного с Meningitis cerebro-spinalis с годовой продолжительностью. Улучшения дали повторные выпускания спинно-мозговой жидкости. Д-р Ровинский и Бандуровская — 2 случая Diabetes insipidus на почве lues'a. Д-р Эбертс — Encephalitis luetica. Туберкулезной инфекции уделены сообщения д-ра Полаевского — Tub. solitarius ножки мозга — демонстрац. макро- и микроскопических препаратов. Диагноз поставлен при жизни по симптому Benedict'a. Д-р Ройзман — демонстрирует 2-х больных с каверной и бронхо-эктазией, при чем проведена дифференциальная диагностика как на основании клинической картины, так и картины крови и рентгеновских снимков. Д-р Великанов — 2 случая лимфангоита при реакции Pirquet. Д-р Левина — Erythema nodosum с пышной Pirquet. Д-р Бандуровская — „Отчет о деятельности детской санатории в Лустдорфе“. Общество, обсудив вопрос вообще по санаторизации детей в Одессе и признав, что она недостаточна, считает своей за-



дачей разработать план. Д-ра Баккал и Ровинский — „Реакция осаждения при различных инфекционных заболеваниях“. Из результатов должно быть особенно отмечено замедление при всех 11-ти случаях туберкулезного менингита. Затем, следовали демонстрации с редкими по форме или локализации заболеваниями: 1) Д-р Ровинский и Глеклер — Случай саркомы уретры у 13-ти тысячной девочки. 2) Д-р Ровинский — Опухоль средостения. 3) Д-р Поплавский — Опухоль средостения. 4) Д-р Великанов — Болезнь Mikulicz'a. 5) Д-р Леви — Ichtyosis serpentina. 6) Д-р Леви — Случай генуинного нефрита, при чем при демонстрации разобрана дифференциальная диагностика почечных заболеваний. 7) Д-р Каневская — Morbus Banti. 8) Д-р Гукевич — Случай добавочной грудной железы. 9) Д-р Бердичевская — Случай одновременного пребывания в кале 3-х видов глистов.

*А. Н. Великанов, Г. Г. Стукс.*

Список врачебных дипломных работ, заслушанных при Одесском медицинском факультете и утвержденных факультетской комиссией в январе и феврале текущего года.

1. Крупина А. А. — Осложнения сыпного тифа и их патогенез в освещении новейших научных данных.
2. Френкман Э. З. — Сравнительная оценка методов копрологического исследования на глистоношение.
3. Яловой Л. А. — Патогенез круглой язвы желудка.
4. Баль С. Д. — Малярия в Тираспольском детгородке в 1925 году.
5. Круглякова Н. И. — К патогенезу круглой язвы желудка.
6. Явник А. Б. — Лечение малярии.
7. Загура Д. Г. — Современное лечение сифилиса.
8. Файнгерц М. И. — Современное лечение сифилиса.
9. Коробкина М. Я. — Эндокринные железы и их влияние на ротовую полость.
10. Швец Г. А. — Волчья пасть.
11. Личинский Ш. Х. — Альвеолярная пиоррея; этиология, диагностика и лечение.
12. Певзнер С. С. — Волчанка носа.
13. Власюка В. К. — Лечение бронхита.
14. Штрафун Я. И. — О сравнительной ценности проб на кровь и их клиническое значение.
15. Шкловская С. С. — О патогенезе гипертоний и лечение их.
16. Берман Л. И. — Альвеолярная пиоррея.
17. Юрковецкий Б. И. — Альвеолярная пиоррея.
18. Бараб-Тарле Е. Ш. — Профессия и ее влияние на половую сферу женщин.
19. Симонова М. И. — К вопросу о дефектах боковой стенки живота.
20. Живатова Е. С. — Правовые консультации охраны материнства и младенчества и их значение в общей работе схматдета.
21. Хелимский М. А. — Лечение сибирской язвы колларголом.
22. Литваковский Н. В. — Выделение хлоридов под влиянием лиманных процедур.

Многоуважаемый тов. редактор!

Не откажите в любезности напечатать в Вашем журнале следующее письмо:

К товарищам врачам, окончившим б. Новороссийский университет (медицинский факультет) в 1911 году.

Уважаемые товарищи!

В настоящем, 1926 году истекает 15-тилетие со дня окончания нами медицинского факультета.

Собрание врачей выпуска 1911 года, работающих в Одессе, решило ознаменовать эту годовщину товарищеской встречей. Оно считает, что такая встреча предвостит несомненно интерес, не только личный, но и общественный, ибо это даст возможность подсчитать наши ряды, подвести итоги нашей работе, учесть научный и общественный наш актив.

Это тем более интересно, что наш выпуск является детищем 1905 года, когда двери университета впервые широко открылись для многих товарищей с прежним общественным и политическим стажем, а это, несомненно, должно было отразиться на всей дальнейшей работе.

Для проведения встречи собрание выделило Организационное Бюро в составе тов. Громашевского, Нейштадта, Зильберштейн, Леви и Дайлиса.

Оргбюро обращается ко всем товарищам выпуска 1911 года, желающим принять участие в товарищеской встрече, с просьбой списаться с Оргбюро по адресу: гор. Одесса, Внешняя, 2, кафедра социальной гигиены медицинского института, ассистенту И. Л. Дайлису.

*Оргбюро.*



# М. И. ГОРБАТЕНКО и Г. А. КАНУННИКОВ

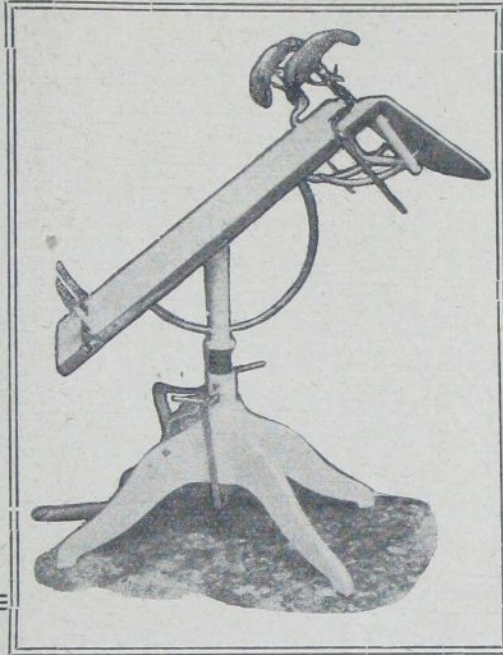
ОДЕССА, ул. ХАЛТУРИНА (б. Гаванная) д. № 1.

ФИРМА СУЩЕСТВУЕТ С 1907 Г.

ТЕКУЩИЙ СЧЕТ УКРАИНБАНКА 829

**СОБСТВЕННОЕ ПРОИЗВОДСТВО МЕДИЦИНСКОЙ МЕБЕЛИ и ХИРУРГИЧ. ИНСТРУМЕНТОВ**

ОБОРУДОВАНИЕ  
БОЛЬНИЦ,  
САНАТОРИЙ,  
ЛЕЧЕБНИЦ  
и  
ВРАЧЕБНЫХ  
КАБИНЕТОВ



ПОЛНОЕ ВОС-  
ТАНОВЛЕНИЕ  
ВСЯКОГО РОДА  
ХИРУРГИЧЕС-  
КОЙ МЕБЕЛИ  
и  
ИНСТРУМЕН-  
ТАРИЯ

## „УКРМЕДТОРГ“

УКРАИНСКОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО  
ТОРГОВЛИ МЕДИКАМЕНТАМИ и ЛЕЧТРАВАМИ

ОДЕССКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ:

КОНТОРА и ОПТОВЫЙ СКЛАД ул. Жуковского 20.

ТЕЛЕФОН № 1-59.

ОТПУСК РАЗНОГО РОДА МЕДИМУЩЕСТВА АПТЕКО-  
УПРАВЛЕНИЯМ, ОКРЗДРАВАМ, РАБМЕДАМ И ДРУГ.  
ЛЕЧ. И ХОЗУЧРЕЖДЕНИЯМ НА ЛЬГОТНЫХ УСЛО-  
ВИЯХ. — ЗАГОТОВКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ФАБРИКА ИЗГОТОВЛЯЕТ ВСЕВОЗ-  
МОЖНЫЕ ГАЛЕНОВЫЕ ПАТЕНТОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ; УГЛЕКИСЛ.  
ВАННЫ, ФЛУИНОЛЬ, ПРЕДМЕТЫ САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ, ПАР-  
ФЮМЕРИИ, КОСМЕТИКИ И ПРОЧЕЕ.

УЛ. СТАРОСТИНА № 91. ТЕЛЕФОН 21-98.

РОЗНИЧНЫЙ МАГАЗИН С ХИРУРГ. И ОПТИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ

УЛ. ЛАССАЛЯ 15 ТЕЛЕФОН 26-33

Большой выбор зубоврачебных и пр. хирургических инструментов и оптических принадлежностей



# АПТУПРАВЛЕНИЕ

ОДЕССА, УЛ. БАРАНОВА, 10; ТЕЛ.: 21-82, 17-81

„ОПТИКА — ХИРУРГИЯ“ СПЕЦИАЛЬНЫЙ МАГАЗ.  
ХИРУРГИЧЕСКИХ И  
ОПТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ ◦◦ ОДЕССА, ЛАССАЛЯ, 16, ТЕЛ. 28-57

БОЛЬШОЙ ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ИН-  
СТРУМЕНТАРИЯ, АППАРАТОВ, ЗУБОВРАЧЕБ-  
НЫХ МАТЕРИАЛОВ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИ-  
НАДЛЕЖНОСТЕЙ

ОПРАВЫ И СТЕКЛА ОЧКОВ И ПЕНСНЭ ВСЕХ  
НОВЕЙШ. КОНСТРУКЦИЙ, ИСКУССТВЕННЫЕ  
ГЛАЗА

ГИГРОСКОПИЧЕСКАЯ ВАТА ВЫСШ. СОРТОВ  
СОБСТВЕННОЙ ВАТНОЙ ФАБРИКИ

## МАГАЗИН

МЕДИЦИНСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ  
И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИНАДЛ.

п/у Б. ЗАВ. „В. НУРИК“

ОДЕССА, САДОВАЯ, 17; ПОЧТ. ЯЩ. 1164

ИЗГОТОВЛЕН. АППАРАТОВ И ИНСТРУ-  
МЕНТОВ ПО ЧЕРТЕЖАМ И МОДЕЛЯМ

ЦЕНЫ сообщаются  
по первому запросу

ПРИ ЗАПРОСЕ МОЖНО ССЫЛАТЬСЯ НА  
№ КАТАЛОГА ЛЮБОЙ ДОВОЕН. ФИРМЫ

## Бр. ГЕРМАН

ЧЕЧЕРИНА, № 54

(БЫВШ. УСПЕНСКАЯ)

25-06 ТЕЛЕФОН 25-06

РАЗНАЯ АПТЕЧНАЯ  
ПОСУДА И ПРОБКИ

## МАГАЗИН

ВИКТОРА ФИШЕРА Г. ОДЕССА,  
САДОВАЯ, 15.

МЕДИЦИНСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ  
собственной мастерской  
и лучших зарубежных фабрик

ПРИЕМ ЗАКАЗОВ  
на оборудование больниц, лечебниц  
и амбулаторий

ЛАБОРАТОРНОЕ СТЕКЛО

Починка, точка, никелировка инструментов выполняется в нашей мастерской.

ПРИ МАГАЗИНЕ  
усовершенствованная мастерская  
БАНДАЖНО - ОРТОПЕДИЧЕСКИХ  
ИЗДЕЛИЙ

БЕСПРУЖИННЫЙ БАНДАЖ  
(системы Фишера)



## СОДЕРЖАНИЕ

стр.

### Оригинальные статьи:

В. Н. Образцов (проф.). Encephalitis lethargica acuta, typus inversus, parkinsonismus acutus . . . . .	3
Я. Н. Каган и Л. Л. Зайденберг. Размножаются ли туберкулезные бактерии в мокроте, обработанной по способу Шиллера? . . . . .	10
Л. Ф. Дмитренко (проф.). Об адонилене . . . . .	14
М. А. Ясиновский. Исследование влияния грязевых, рапных и разводящих ванн Куяльницкого лимана на сердечно-сосудистую систему . . . . .	17
В. Я. Каминский. К вопросу о седиментации красных кровяных телец по материалам Госп. Терапевт. Клиники . . . . .	26
Л. Б. Чижина. О злокачественной лимфогранулеме . . . . .	31
А. А. Фельдман и И. Д. Перкель. К вопросу о лечении сифилиса нервной системы . . . . .	37
Г. С. Леви. Клиническое значение реакции Пирке и Манту в диагностике туберкулеза у детей . . . . .	50
А. Я. Якубовский. Огнестрельные ранения черепа . . . . .	53
О. Г. Калина. Острое гнойное воспаление околоушной железы при остро-заразных заболеваниях . . . . .	57
Е. Фишер. Травматизм глаз . . . . .	59
М. Л. Левонтин. Социальный уклон лечебной помощи . . . . .	71
И. Е. Корнман (проф.). Постановка медицинского образования в гор. Одессе . . . . .	76
М. Г. Хорошин. К вопросу о борьбе с венеризмом на селе . . . . .	84
Обзоры . . . . .	88
Рефераты . . . . .	94
Научная жизнь . . . . .	100

### ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ

Стр.	Строка	Напечатано	Должно быть
26 •	27 и 28 снизу	Вестергена	Вестергрена
26	20 снизу	вены	вену
45	25 снизу	(стр. 40)	(стр. 46)



# АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО

ПРОИЗВОДСТВА И ТОРГОВЛИ

ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ  
И МЕДИЦИНСКИМ ИМУЩЕСТВОМ

## „ГОСМЕДТОРГПРОМ“

МОСКВА, Кривоколенный пер. № 12, телефоны № 5-72-84, № 5-03-34,  
ХИРУРГИЧЕСКИЙ СКЛАД—Кузнецкий Мост № 16, телефон № 2-16-25.

### ОДЕССКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ:

улица Халтурина (б. Гаванная) № 11, телефон № 10-81.

## НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

ПРОИЗВОДСТВА ЗАВОДОВ „ГОСМЕДТОРГПРОМА“

- АДОНИЛЕН** (Замена Инфуза Адонис Верналис) — препарат Черногорки—Адонис-Верналис. Содержит всю сумму активных глюкозидов из травы Адонис-Верналис и свободен от балластных составных частей травы, раздражающих желудочно-кишечный тракт.
- ГИТАЛЕН** (Русский Дигален) — препарат Наперстянки (Фолиа Дигиталис) — содержит, главным образом, глюкозид—Гиталин.
- ДИГИНОРМ.Р.** (Русский Дигипурат) — как и германский Дигипурат „Кноль“, содержит дигитоксин, дигиталенин и ангидродигиталин. Три упомянутых сердечных средства стандартизуются в Научном Химико-Фармацевтич. Институте НТО—ВСНХ.
- ГРАНУЛЕЗА** — лечебно-перевязочный и кровоостанавливающий материал — продукт химико-механической обработки Целлюлозы. По своей гигроскопичности во много раз превышает Лигнин, марлю и гигроскопическую вату.

## ПРОДАЖА ВО ВСЕХ АПТЕКАХ

ЛИТЕРАТУРА И ОБРАЗЦЫ ВЫСЫЛАЮТСЯ ПО ТРЕБОВАНИЮ КЛИНИК,  
БОЛЬНИЦ И ВРАЧЕЙ.

ЗАГОТОВКА ЛЕКАРСТВЕННОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО  
СЫРЬЯ ДЛЯ ЭКСПОРТА И СОБСТВЕННОГО ПРО-  
ИЗВОДСТВА.

ТРАВЫ, ЛИСТЬЯ, ЦВЕТЫ, ПОЧКИ, ЯГОДЫ, СЕМЕНА, КОРЫ, КОРНИ,  
ЛИКОПОДИЙ, СПОРЫНЯ, ШПАНСКАЯ МУХА, МУРАВЬИНЫЕ ЯЙЦА,  
ЛИСТВЕННИЧНАЯ ГУБКА (АГАРИКУС) И ДРУГИЕ.