

# ЮЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

посвящен вопросам  
научной и практической медицины

О Р Г А Н  
ОДЕССКОГО ГОС. МЕД. ИНСТИТУТА  
И НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ

№ 3—4

15 АВГУСТА

1926

Физиология:  
О.М.И.

ОДЕССА



# ЮЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Посвящен вопросам научной и практической медицины

---

---

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 местного и краевого значения.

Тесный контакт с широкими массами местных врачебных сил дает уверенность в нормальном функционировании его.

Редакция приглашает принять участие в журнале союзных и заграничных 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.
-



# ЮЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ПОСВЯЩЕН ВОПРОСАМ НАУЧНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

15 АВГУСТА

№ 3—4

1926 ГОД.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ.

## Teratoma cerebelli.

Д. М. Хаютин.

Из института Патологической анатомии Одесского Медицинского Инст. (зав. проф. М. М. Тизенгаузен) и прозекторского кабинета Одесской Округной Больницы (прозектор Д. М. Хаютин).

Помимо опухолей, развивающихся из элементов собственно мозговой субстанции, иногда в мозгу встречаются новообразования, возникающие из элементов, не свойственных мозговой ткани и нормально в ней не встречающихся. Такие тератоидные новообразования мозга по обилию тканей, входящих в их состав, иначе говоря, в зависимости от большей или меньшей степени сложности своего строения, представляют собой градацию переходов от простых холестеатом до высшей степени сложно устроенных опухолей, состоящих из элементов всех 3-х зародышевых листков.

В сравнительно небольшой литературе такие новообразования, еще и до сих пор не выходят за пределы казуистических сообщений. Встречаясь чрезвычайно редко, они, в лучшем случае, бывают распознаваемы при жизни только, как опухоли мозга. В громадном же большинстве случаев они не дают никаких клинических признаков и поэтому почти всегда представляют случайную патолого-анатомическую находку.

Чаще других тератоидных новообразований в мозгу встречаются холестеатомы или жемчужные опухоли. В 1911 г. Шульгин насчитал в литературе 64 таких случая.

Такие новообразования находятся обычно в связи с мягкой мозговой оболочкой и располагаются на основании мозга в окружности Варолиева моста, продолговатого мозга и мозжечка, в пространстве между обонятельными нервами и *corpora sandjantia* (Vostrogem), иногда даже в мозговых желудочках и в спинном мозгу (Шульгин, Трахтенберг).

Другую, сравнительно реже встречающуюся группу таких опухолей составляют дермоиды.

Они не имеют определенной локализации и встречаются в различных отделах мозга (Агапов, Винтелер, Ruschhaupt, Raymond и др.).

Агапов описал дермоидную кисту на основании мозга у женщины 41 года. Эта опухоль, размерами 5×4 см., представляла собою кисту, содержащую около столовой ложки прозрачной желтоватой жидкости, более густой сметаноподобной консистенции на дне кисты. Стенка опухоли, построенная из волокнистой соединительной ткани, выстланная с внутренней поверхности многослойным плоским эпителием, не содержала никаких придатков кожи.

Более сложно построенную дермоидную кисту мозжечка у 33-х летней женщины обнаружил Винтелер. В этом случае опухоль, находившаяся в связи с мягкой оболочкой нижнего червячка мозжечка, содержала: 1) более плотный центр, величиною с грецкий орех, в котором были короткие волосы, 2) тонкую соединительно-тканную оболочку, выстланную многослойным плоским эпителием и 3) жидкое содержимое, консистенции густого меда, в котором было много холестеарина, отпавших клеток плоского эпителия и волос.





Другая дермоидная киста мозжечка описана Ruschhaupt'ом у 24-летнего мужчины, погибшего от туберкулеза легких. Опухоль не давала при жизни никаких клинических проявлений и была случайно обнаружена на вскрытии. Эта киста была заполнена большим количеством черных волос, а в стенке ее, построенной из волокнистой соединительной ткани, выстланной с внутренней поверхности многослойным плоским эпителием, в одном месте располагались хорошо выраженные типичные сальные железы.

Более сложно устроенные тератомы мозга с большим разнообразием тканей, входящих в их состав, представляют собою исключительно редкие случаи.

Такая тератома мозжечка была описана Кишенским и Тизенгаузенем. У 24-летнего мужчины, умершего от распространенного туберкулеза легких, случайно на вскрытии была обнаружена опухоль, величиною с голубиное яйцо, помещавшаяся над IV желудочком в области нижнего червячка и вдававшаяся в обе стороны мозжечка. Опухоль представляла собой кисту с неравномерно утолщенной и местами об'известленной стенкой и была выполнена частью коллоидной, частью крошковатой белого цвета массой с примесью рыжих волос. В стенке кисты, выстланной изнутри одно- и многослойным плоским эпителием, среди фиброзной основы, кроме волос и потовых желез, были найдены хрящевая, костная и мышечная ткани.

Другой случай такой тератомы мозжечка был недавно опубликован Nelly. Этот автор обнаружил тератому мозжечка у 36-летней женщины, которая перенесла в 16-летнем возрасте менингит, и внезапно умерла при явлениях эпилептиформных припадков. Опухоль, занимавшая заднюю и нижнюю часть червячка, состояла из плотной нехарактерной ткани, которая по направлению к нижнему отделу переходила в мягкую, кашеобразную, смешанную с волосами массу. Микроскопическое исследование опухоли обнаружил наряду с многослойным плоским эпителием и сальными железами, также хрящ, жир, далее ходы, покрытые цилиндрическим эпителием и образования, похожие на потовые железы. В эпителии сосудистого сплетения всюду находились маленькие капельки жира. Такие же капельки жира находились и в спинно-мозговой жидкости. Выделенный жир начинал расплавляться при  $t^{\circ}$  в  $34^{\circ}$  и совершенно распускался при  $36^{\circ}$ . Таким образом, при жизни жир должен был находиться в расплавленном состоянии. Поэтому, автор допускает возможность, что большие отделения жира в ромбовидную ямку послужили непосредственной причиной смерти.

Подобное же скопление жира в спинно-мозговой жидкости при дермоидной кисте мозга еще раньше было описано Raunond'ом. Произведенная в этом случае повторная лумбальная пункция дала большое количество жидкости с значительной примесью жировой субстанции. На этом основании автор считает, что добытая пункцией жидкость в таких случаях могла бы помочь постановке диагноза еще при жизни.

Эти краткие литературные сведения дают достаточное представление о том большом интересе, который представляют собою такие новообразования как с клинической, так и с патолого-анатомической стороны, и в известной мере оправдывают опубликование каждого такого случая.

В описываемом мною случае дело касается трупа N., мальчика 11 лет, доставленного в Прозекторский Кабинет Окружной Больницы с диагнозом: Epilepsia. Chorea.

Из истории болезни видно, что мальчик поступил в больницу с жалобами на припадки, которые в течении 4-х месяцев повторялись изо дня в день, сопровождаемая потерей сознания и рвотой. По словам матери, когда ребенку было 7 месяцев, он упал навзничь и ударился головой. 3 года тому назад появилась головная боль, рвота и повышение  $t^{\circ}$ . Приблизительно за год до смерти, у ребенка появились судороги, а 4 месяца тому назад появилась ригидность затылочных мышц и припадок с потерей сознания, длившийся 15 минут. С тех пор припадки стали повторяться все чаще и чаще. За время пребывания в больнице у мальчика повторился припадок, длившийся 10 минут и сопровождавшийся потерей сознания, синюхой и сильным потом. В течение дальнейших 8-ми дней у ребенка было прекрасное самочувствие. Накануне выписки из больницы у больного вновь появился припадок, головокружение, рвота, синюха и судороги, при которых мальчик скончался.

Вскрытие трупа было произведено мною на следующий день (протокол вскрытия привожу в извлечении).

На серозных оболочках точечные и более крупные кровоизлияния. Во внутренних органах резко выраженные явления цианоза.

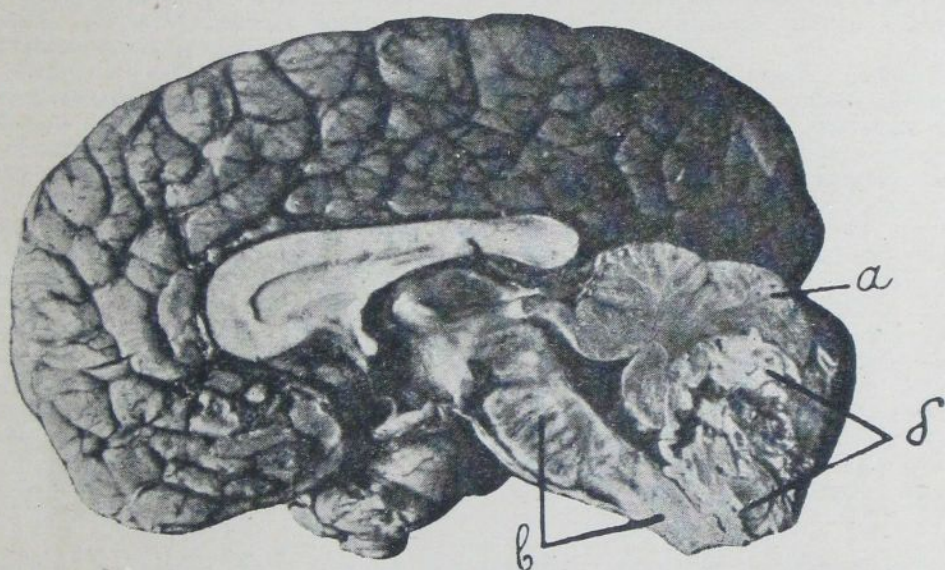
Твердая мозговая оболочка напряжена. Мягкая оболочка на выпуклой поверхности мозга гладка, блестяща, прозрачна. Вдоль передней поверхности нижнего червячка и соприкасающихся с ним небольших участков полушарий мозжечка мягкая мозговая обо-





К РАБОТЕ Д. М. ХАЮТИНА  
TERATOMA CEREBELLI

---



*a*—мозжечек, *б*—опухоль, располагающаяся в нижней половине мозжечка, *в*—стволовая часть мозга



лочка представляется мутной, тусклой, серо-зеленого, а по направлению к спинному мозгу серо-желтого цвета.

В нижней половине мозжечка располагается опухоль, имеющая вид мелкого куриного яйца. Начинаясь в области бугра червячка, опухоль распространяется в обе стороны соответствующих отделов мозжечка и далее спускается вниз. Это новообразование, обращенное широким основанием к верхнему червячку мозжечка, а суженной вершиной направленное к спинному мозгу, имеет в длину 5 см., а по поперечному диаметру в самом широком отделе достигает 4 см. Опухоль имеет вид кисты, выполненной густой массой различной консистенции и цвета. В верхней половине кисты содержимое серо-зеленого цвета, консистенции густого меда. Переходя далее книзу, содержимое приобретает более густую консистенцию и состоит из легко крошащихся блестящих розово-желтых, подобных перламутру, масс. Ближе к задней поверхности мозжечка в стенке опухоли и в плоскости кисты заметно большое количество черных волос, цвета волос на голове, около 7—8 см. длиною. Новообразование находится в тесной связи с нижней частью дорзальной стенки IV желудочка мозга, выпячивая кпереди его сосудистую покрывку. Спускаясь вниз по направлению к продолговатому мозгу, опухоль блестящими перламутровыми массами сдавливает отверстие Magandi, вызывает большое расширение мозговых желудочков и ведет таким образом к их водянке. От мозжечковой ткани опухоль всюду резко ограничена.

Микроскопическое исследование. Опухоль представляет собою кисту, по наружному краю покрытую мягкой оболочкой мозжечка, а спереди соприкасающуюся с дорзальной стенкой IV желудочка. Стенка кисты состоит из бедной клетками волокнистой соединительной ткани. Местами на внутренней поверхности кисты встречаются отдельные участки грануляционной ткани с большим количеством гигантских клеток. По направлению к ниже-переднему краю опухоли, в области соприкосновения ее с дорзальной стенкой IV желудочка видны небольшие соединительно-тканые сосочки. В других местах такие сосочки отсутствуют, вследствие чего выстилающий внутреннюю поверхность кисты многослойный плоский эпителий представляет собою узенькую полосу, состоящую почти на всем протяжении из 4—5 рядов клеток. Ближе к продолговатому мозгу стенка кисты на небольшом пространстве лишена эпителиального покрова, некротизована, и в этом месте имеется особенно большое развитие грануляционной ткани. Верхние слои эпителиальных клеток представляют собою плоские, безъядерные роговые чешуйки. Из придатков кожи часто встречаются волосы, расположенные преимущественно в заднем отделе кисты. Потовые и сальные железы обнаружить не удается. Содержимое кисты состоит из чешуйчатых безъядерных ороговевших пластов, между которыми залегают жировые массы с большим количеством волос и круглых клеток (фагоцитов).

Таким образом, по своему строению опухоль мозжечка представляет собою мешчатую тератому—дермоидную кисту.

Эта опухоль относится к группе тех немногих новообразований, формальный генез которых в настоящее время почти не встречает возражений, и развитие которых связывается с неправильностями в формировании организма в эмбриональном периоде. Обязанная своим происхождением внедрению в период утробной жизни элементов дермы в мозговую ткань, эта опухоль, вероятно, существовала, как таковая, уже ко времени рождения ребенка. Увеличение размеров опухоли носило, повидимому, постепенный характер и шло, очевидно, главным образом за счет растяжения полости кисты скопляющимся в ней содержимым. Поскольку же опухоль не вызвала специфических мозговых явлений, постольку присутствие ее клинически не обнаруживалось. И только чрезмерное скопление в полости кисты бесформенных масс, давивших на дорзальную стенку IV-го желудочка мозга послужило, повидимому, причиной появившихся в последнее время у мальчика припадков. Многочисленные кровоизлияния на серозных оболочках и цианоз внутренних органов свидетельствуют о смерти от асфиксии, которая явилась, повидимому, результатом внезапного изменения внутричерепного давления.

Глубокоуважаемому учителю, профессору М. М. Тизенгаузену приношу свою признательность за указания при исполнении настоящей работы.



## Литература.

Vostroem. Ctbl. f. allg. Pathologie, 1897, т. VIII. Винтелер. „Русский Врач“, 1910. № 25. Helly, Virchow's Archiv, т. 254, 1925. Кишенский и Тизенгаузен. „Мед. Обзорение“. 1910. Raymond. Neurologisches Centralblatt, 1906. Ruschhaupt. Ctbl. f. allg. Pathologie, 1903, т. XIV. Trachtenberg. Virchow's Archiv, т. 154. Шульгин. Современная Психиатрия, 1911. Агапов. Ж. невропат. и псих. им. Корсакова 1904 г.

## К вопросу о сенсibiliзирующем действии экстрактов из щитовидных желез на шейный симпатический нерв.

В. З. Маевский.

Из Физиологической Лаборатории Одесского Государственного Медицинского Института.

Ascher и Flack<sup>1</sup>, Ascher и Rodt<sup>2</sup>, Оссокин<sup>3, 4</sup>, Oswald<sup>5</sup> и другие, стремясь обосновать учение о сенсibiliзирующем действии гормона щитовидной железы, наблюдали повышение возбудимости при раздражении п. depressor, блуждающего нерва, п. splanchnici, а также более значительную реакцию сосудов под влиянием адреналина в том случае, когда в кровяное русло животных вводились различные препараты щитовидной железы или же раздражались п. п. laringei, являющиеся, по мнению Ascher'a и его сотрудников, секреторными нервами щитовидной железы. Исходя из данных Cannon и Cattell<sup>6, 7</sup>, согласно которым секреторным нервом щитовидной железы является шейный симпатический нерв, Robert Lewis<sup>8</sup> наблюдал более сильное повышение кровяного давления под влиянием адреналина, когда производилось раздражение шейного симпатического нерва.

Однако, обратившись к другому отделу симпатической нервной системы, а именно к интересующему нас шейному симпатическому нерву, Ascher и Flack не могли обнаружить повышения его возбудимости. Они пользовались изменениями величины зрачка при раздражении симпатического нерва и не наблюдали какой-либо разницы до и после применения препаратов щитовидной железы.

В то время, как указанные выше авторы пользовались для своих исследований по преимуществу реакцией различных отделов сердечно-сосудистой системы, А. А. Кронтовский<sup>9</sup> описал главные результаты нашей совместной работы, посвященной вопросу о сенсibiliзирующем влиянии гормона щитовидной железы на новом объекте, а именно на glandula submaxillaris кошки. Как видно из приводимых Кронтовским данных, при введении в кровь экстрактов из щитовидных желез коров или взвеси из тиреоидных таблеток раздражение chordae tympani в наших опытах давало более сильное секреторное действие, чем при контрольных раздражениях. Совсем не то наблюдалось нами при раздражении шейного симпатического нерва. Для краткости изложения приведу формулировку результатов этих опытов, сделанную в работе Кронтовского: „Ни в каком опыте с раздражением шейного симпатического нерва нам не удалось обнаружить усиления слюноотделения под влиянием тиреоидных экстрактов — и далее — можно предполагать, с чем согласуются и некоторые клинические данные, что гормон этот повышает возбудимость одних отделов симпатической нервной системы (напр., п. splanchnicus) и не влияет на другие (напр., на шейный симпатический нерв)“. Интересно, что результаты, полученные Кронтовским и мною в



отношении шейного симпатического нерва, совпадали с приведенными выше отрицательными результатами Ascher'a и Flask'a, что еще более подкрепляло выводы, изложенные Кронтовским. Следует заметить, что на ряду с отрицательными данными, при раздражении симпатического нерва электрическим током мы наблюдали более сильное секретное действие адреналина при применении экстрактов из щитовидных желез.

Хотя нет основания отрицать существования особенностей в реакции различных отделов симпатической нервной системы, но признание таких особенностей может быть допущено в каждом отдельном случае с достаточной осторожностью. В виду принципиальной важности вопроса, нами и была предпринята проверка опытов с раздражением шейного симпатического нерва у кошки. Исходным пунктом этой проверки послужило предположение, что в указанной выше работе могла быть допущена ошибка в методике, и что эта ошибка могла заключаться в некоторых особенностях симпатической иннервации, которые нам приходилось наблюдать при других исследованиях со слюнной железой кошки.

Как известно, раздражение шейного симпатического нерва у кошки вызывает довольно живое отделение умеренно вязкой слюны (Langley<sup>10</sup>). Но можно подметить во второй период даже непродолжительного раздражения нерва некоторое замедление темпа секреции. Особенно ясно это наблюдается у кошки при раздражении симпатического нерва на фоне пилокарпинной секреции слюны (Маевский<sup>11</sup>). Но наблюдаемое в этом случае нередко значительное замедление слюноотделения совпадает с одновременным сужением сосудов железы; поэтому трудно решить, имеем ли мы здесь дело с тормозящим действием симпатического нерва или с результатом сужения сосудов. Во всяком случае, отмеченное только что обстоятельство выдвигало следующее соображение. Не было ли раздражение симпатического нерва, продолжавшееся в нашей работе с Кронтовским в течение 30 секунд, настолько длительным, что замедление секреции, наступающее во вторую фазу раздражения нерва, маскировало происходящее в действительности после введения экстракта из щитовидных желез характерное изменение реакции слюнной железы.

Исходя из изложенного, мы решили повторить наши прежние опыты с Кронтовским, допустив только некоторые изменения в методике. При этом главное внимание было обращено на первые 15 секунд раздражения нерва, а отсчет количества выделившейся при раздражении слюны производился в течение каждых пяти секунд.

В виду того, что в нашем распоряжении не было фабричных препаратов щитовидной железы, мы применяли 10% экстракт из свежих щитовидных желез коров, приготовлявшийся на Рингеровском растворе. Экстракт вводился кошкам в *v. femoralis* за 1 минуту до раздражения нерва в количестве 3 к. с. Мы перерезали шейный симпатический нерв, брали его на нитку и раздражали индукционным током одно и то же место нерва при одинаковой силе тока в течение всего данного опыта. Между отдельными раздражениями соблюдался промежуток времени не менее, чем в 10 минут. Движение слюны отмечалось каждые 5 секунд в делениях градуированной стеклянной трубочки.

Ниже, на таблице I приводятся выдержки из опыта, где видно, что введение экстракта из щитовидных желез оказало повышающее возбудимость действие.



Таблица I.

| Время       | Раздражаемый нерв | Продолжительность раздражения в секундах | Количество слюны в делениях трубочки за каждые |      |      | Примечания   |
|-------------|-------------------|--|--|------|------|--|
|             |                   |  | 5''  | 5''  | 5''  |  |
| 11 ч. 41 м. | N. Sympathic.     | 15                                       | 0,75   | 3,75 | 2,75 | Введение в кровь 3,0 к. с. экстракта из щитовидных желез |
| 11 " 51 "   | " " "             | "  | 1,0  | 3,0  | 4,0  |  |
| 12 " 1 "    | " " "             | "  |  |      |      |  |
| 12 " 2 "    | N. Sympathic.     | 15                                       | 3,5  | 3,5  | 3,0  |  |
| 12 " 12 "   | " " "             | "  | 0,5  | 3,5  | 3,5  |  |

Мы видим, что общее количество слюны, выделившейся за 15 секунд после введения экстракта, было немного больше, чем при контрольных раздражениях; но благодаря счету каждые 5 секунд, мы можем убедиться, что разница зависит исключительно от более сильного действия нерва в первые 5 секунд. В дальнейшем, в том же опыте раздражение нерва производилось 30 секунд. При этом не наблюдалось заметной разницы в общем количестве слюны, выделившейся как при контрольных раздражениях нерва, так и после введения экстракта; но все же в случае применения экстракта, за первые пять секунд раздражения отделялось несколько больше слюны.

Приведем далее опыт (таблица II), где влияние экстракта из щитовидных желез на первую фазу раздражения симпатического нерва проявилось особенно ясно. Благодаря применению слабого тока в этом опыте отделение слюны начиналось после весьма продолжительного скрытого периода.

Таблица II.

| Время      | Раздражаемый нерв | Продолжительность в секундах | Количество слюны в делениях трубочки за каждые |     |     |     |     |     | Примечания  |
|------------|-------------------|------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|---|
|            |                   |                              | 5''  | 5'' | 5'' | 5'' | 5'' | 5'' |   |
| 2 ч. 50 м. | N. Sympathicus    | 30                           | 0  | 0   | 0   | 2,0 | 1,0 | 2,0 | Введение в кровь 3,0 к. с. экстракта из щитов. желез (Всего 11,5 делений) |
| 3 " 5 "    | " " "             | "                            |  |     |     |     |     |     |   |
| 3 " 6 "    | N. Sympathicus    | 30                           | 1,0  | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 2,5 | 5,0 |   |
| 3 " 17 "   | " " "             | "                            | 1,0  | 1,0 | 2,0 | 3,0 | 4,0 | 2,0 | (Всего 14,0 делений)  |
| 3 " 27 "   | " " "             | "                            | 0  | 0   | 2,0 | 3,0 | 6,0 | 3,0 |   |
| 3 " 37 "   | " " "             | "                            | 0  | 0   | 0   | 0   | 3,0 | 2,0 |   |
| 3 " 49 "   | " " "             | "                            |  |     |     |     |     |     | Введение экстракта из щитовидных желез (Всего 11,5 делений)               |
| 3 " 50 "   | N. Sympathicus    | 30                           | 0  | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 4,0 | 3,5 |   |
| 4 " 5 "    | " " "             | "                            | 0  | 0   | 0   | 3,0 | 4,0 | 4,0 |   |
| 4 " 20 "   | " " "             | "                            |  |     |     |     |     |     | Введение экстракта из щитовидных желез (Всего 11,0 делений)               |
| 4 " 21 "   | N. Sympathicus    | 30                           | 2,0  | 1,0 | 3,0 | 2,0 | 4,0 | 2,0 |   |

При рассмотрении таблицы II бросается в глаза значительное сокращение скрытого периода отделения слюны после введения в кровь экстракта из щитовидных желез. Если бы принять во внимание только общее количество отделявшейся за 30 секунд слюны (см. примечания), то результат данного опыта пришлось бы считать неопределенным. Однако чрезвычайное сокращение скрытого периода после введения экстракта из щитовидных желез указывает на то, что под влиянием его произошли значительные изменения в возбудимости нервно-железистого аппарата, стоящего в связи с симпатическим нервом.



Не лишним будет привести еще один опыт, где влияние экстракта из щитовидных желез на результат от раздражения симпатического нерва было проверено рядом повторных раздражений нерва (таблица III).

Таблица III.

| Время      | Раздражаемый нерв | Продолжительность раздражения в секундах | Количество слюны в делениях трубочки за каждые |     |     |     |     |     | Примечания                             |
|------------|-------------------|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|--|
|            |                   |  | 5''  | 5'' | 5'' | 5'' | 5'' | 5'' |  |
| 5 ч. 50 м. | N. Sympathicus    | 15                                       | 0  | 2,0 | 1,0 |     |     |     | Введение экстракта из щитовидных желез |
| 6 " 13 "   | " "               | "  | 0  | 1,0 | 1,0 |     |     |     |  |
| 6 " 23 "   | " "               | "  | 0  | 1,5 | 1,0 |     |     |     |  |
| 6 " 33 "   |                   |  |  |     |     |     |     |     |  |
| 6 " 34 "   | N. Sympathicus    | 15                                       | 2,0  | 2,0 | 2,0 |     |     |     | Введение экстракта из щитовидных желез |
| 6 " 43 "   | " "               | "  | 0  | 2,5 | 0,5 |     |     |     |  |
| 6 " 53 "   | " "               | "  | 0  | 2,0 | 1,0 |     |     |     |  |
| 7 " 5 "    |                   |  |  |     |     |     |     |     |  |
| 7 " 6 "    | N. Sympathicus    | 15                                       | 3,0  | 1,5 | 1,5 |     |     |     | Введение экстракта из щитовидных желез |
| 7 " 16 "   | " "               | "  | 0  | 2,0 | 1,0 |     |     |     |  |
| 7 " 26 "   | " "               | 30                                       | 1,0  | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 0,5 |  |
| 7 " 36 "   |                   |  |  |     |     |     |     |     |  |
| 7 " 37 "   | N. Sympathicus    | 30                                       | 2,0  | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 1,0 | 0   | Введение экстракта из щитовидных желез |

И в этом опыте воздействие экстракта из щитовидных желез очевидно. Оно проявилось также главным образом в первые секунды раздражения нерва. Скрытый период, столь выраженный в контрольных раздражениях, весьма сокращался после введения экстракта. Кроме того, в конце опыта при раздражении нерва в течение 30 секунд (7 ч. 26 м. и 7 ч. 37 м.), мы видим, что в последние 15 секунд раздражение дает меньший эффект после применения экстракта из желез, чем до него. Подобные же отношения иногда наблюдались нами и раньше.

Итак, на основании приведенных выше данных, можно прийти к заключению, что экстракты из щитовидных желез повышают возбудимость нервно-железистого аппарата подчелюстной железы кошки на раздражение шейного симпатического нерва. Сенсибилизирующее действие экстрактов из щитовидных желез на шейный симпатический нерв ясно удастся обнаружить только в первые секунды раздражения нерва, что и требует специальных условий опыта по сравнению с раздражением *chorda tympani*. Поэтому, изложенные данные говорят в пользу замечания, высказанного в начале работы, что во вторую фазу раздражения шейного симпатического нерва у кошки вмешиваются какие-то влияния, замедляющие движение слюны. Иногда даже в наших опытах получалось впечатление, требующее еще дальнейшей проверки, что эти влияния усиливались под действием экстрактов из щитовидных желез.

Сопоставляя полученные нами данные с результатами опытов *Ascher* и *Rodt* с раздражением *p. splanchnicus*, можно отказаться от предположения, что существует различие в реакции шейного симпатического нерва и чревных нервов на введение препаратов щитовидной железы. Учитывая некоторые особенности симпатической иннервации можно подметить повышение возбудимости и шейного симпатического нерва. Критикуя полученные нами выше данные относительно действия экстрактов из *gl. thyreoideae* на усиление секреции слюны у кошек под влиянием раздражения *p. sympathici*, мы сталки-



ваемся со следующим предположением: не оказывают ли какого-нибудь побочного действия на секрецию слюны в условиях наших опытов белковые вещества, входящие в экстракт. Чтобы выяснить этот вопрос, мы поставили ряд опытов с влиянием протеинов в условиях слабого пилокарпинного отделения слюны у кошки. К такой форме опытов нас побудили исследования, произведенные нами ранее в совместной работе с Кронтовским: мы наблюдали, что при введении в кровь экстрактов из щитовидных желез временно ускорилось слабое отделение слюны из *glandula submaxillaris* кошки, вызванное маленькой дозой пилокарпина. Из белковых препаратов мы пользовались пока нормальной и антидифтеритной сывороткой лошадей, изготовленной в Одесском Бактериологическом Институте,\*) и 5% раствором казеина. Чтобы проверить влияние этих веществ, мы вводили их в кровь кошке в условиях слабого пилокарпинного отделения слюны (4 — 6 делений трубочки за 15 секунд) в количестве от 1,0 до 5,0 — 8,0 к. с. Полученные в этом отношении результаты носят пока предварительный характер и сводятся к следующему: введение в кровь кошке названных выше протеинов не оказывает заметного влияния на скорость слюноотделения. В то же время введение экстрактов из щитовидных желез оказывало ускоряющее действие на вызванную пилокарпином секрецию слюны. Однако, надо указать на исключения, требующие еще дальнейших наблюдений. В одном нашем опыте с антидифтеритной сывороткой и в другом опыте с нормальной сывороткой мы наблюдали ускорение пилокарпинного отделения слюны. Опытов с экстрактами из различных органов мы пока не производили. Здесь будет уместным отметить, что Понировский<sup>12</sup> со своими сотрудниками не наблюдал влияния тиреоидина на пилокарпинную секрецию слюны у собак с хроническими слюнными фистулами.

Суммируя полученные выше результаты, можно прийти к следующим выводам:

1. Введение в кровь кошке экстрактов щитовидных желез оказывает сенсibiliзирующее, resp. повышающее возбудимость действие на шейный симпатический нерв.
2. Повышающее возбудимость действие экстрактов из щитовидных желез проявляется в значительном сокращении скрытого периода слюноотделения при раздражении шейного симпатического нерва.
3. Повышающее возбудимость действие экстрактов обнаруживается только в первую фазу раздражения нерва вследствие особенностей симпатической иннервации слюнной подчелюстной железы кошки.
4. Введение в кровь кошке лошадиной сыворотки и 5% раствора казеина не ускоряет отделения слюны, вызванного пилокарпином.

#### Литература.

1. L. Ascher и M. Flack. — *Zeitschr. f. Biologie*, 55, 1910 — 11, стр. 83.
2. L. Ascher и W. E. Rodt. — *Centralblatt f. Physiologie*, 26, 1913, стр. 223.
3. N. Ossokin. — *Zeitschr. f. Biologie*, 63, 1914, стр. 443.
4. Н. Е. Оссокин. Диссертация. 1915.
5. Adolf Oswald. — *Die Schilddrüse in Physiologie und Pathologie* 1916. Leipzig.
6. W. B. Cannon a. Mekeen Cattell. — *American Journ. of Physiol.*, 41, 1916, стр. 58.
7. W. B. Cannon a. Mekeen Cattell. — *American Journ. of Physiol.*, 41, 1916, стр. 74.
8. Robert Lewi. — *American Journ. of Physiol.*, 41, 1916, стр. 492.
9. А. А. Кронтовский. — *Врач. Дело*, № 11 — 15, 1921 г.
10. I. N. Langley. — *Journ. of Physiol.*, 1, 1878 — 9, стр. 96.
11. В. Э. Маевский. — *Врач. Дело*, № 10, 12 и 15, 1922.
12. Н. Г. Понировский. — *Врач. Дело*, № 7, 1924.

\*) Приношу благодарность д-ру Э. Ю. Гену за предоставление сыворотки.



## *Bacillus volutans* nov. spec., как показатель загрязнения питьевой воды пометом животных.

Ассистент Д. Костырко.

Из лаборатории каф. Бактериологии О. М. И. (Зав. проф. В. Л. Елин).

В 1917 году нами был выделен из кишечника лошади микроорганизм с резко выраженными морфологическими особенностями — именно: значительная величина и зернистые включения в протоплазме, дающие характерные реакции на волютин. Из-за этой зернистости мы и решили назвать его *bac. volutans*. При дальнейших исследованиях палочка эта была обнаружена в кишечнике коров, коз, овец, кроликов и морских свинок, а также и в помете этих животных.

В 1921 г. этот микроорганизм был нами неоднократно найден в воде одесского водопровода в городской сети. Так как до этого времени в водопроводной воде этот микроб не встречался, то приходилось сделать допущение, что появление его связано с попаданием в фильтры водопровода большого количества помета какого-либо из вышеуказанных видов животных.

При обследовании санитарного состояния фильтров водопровода выяснилось, что летом 1921 г. на территории ст. „Днестр“ был размещен гужевой обоз, доставлявший топливо. Помет лошадей этого обоза и послужил, повидимому, причиной загрязнения фильтров и проникновения в сеть водопровода *bac. volutans*. Осенью того же года обоз был уведен с территории ст. „Днестр“, и с тех пор в водопроводной воде найти *bac. volutans* больше не удавалось.

В колодезной воде нам удавалось находить эту бактерию только в летние месяцы и в тех случаях, когда возле колодца имеется стоянка стад.

Таким образом, присутствие в воде выделенного нами микроорганизма может служить одним из признаков для санитарной характеристики окружающей местности данного водоема.

Микроорганизм этот принадлежит к факультативным аэробам. Длина, в среднем, 55 микрон. Максимальная величина 96 микрон и минимальная 21 микрон. Толщина 23 микрона. Грамм негативна. Подвижность хорошо выражена. Растет на агаре в виде прозрачных мелких колоний звездчатого характера. Желатину не разжижает. На бульоне дает нежную равномерную муть. На картофеле дает сероватый налет. Индола не образует и молока не свертывает. Палочка спороносная. На 2-ой — 3-ий день культивирования ее в термостате при  $t^{\circ} 37^{\circ}$  в теле ее появляется зернистость. Зернышки эти располагаются на одинаковом друг от друга расстоянии числом от 3 до 15. Диаметр их часто превышает толщину палочки. При долгом стоянии бульонной культуры при комнатной температуре зерна выпадают из тела бактерии и образуют тонкую пленку на поверхности среды. Окраска зернистости хорошо удается при пользовании синькой Löffler'a и Giemsa'a.

В доступной нам литературе и систематических указателях описания интересующего нас микроорганизма мы не нашли. По величине же эта бактерия является единственной пока среди выращиваемых на искусственных питательных средах палочек. В 1912 году в Archiv für Protistenkunde была описана Шаудином подобная по величине бактерия, выделенная им из кишечника черного таракана. Но получить ее в чистой культуре ему не удалось — это *b. Büschlii*.



Все же по тем данным, которые приведены Шаудином, можно сказать, что выделенная нами палочка *Bac. volutans* представляет совершенно своеобразный микроорганизм и должна быть выделена, как самостоятельный вид.

## „Ischias“ и пятый поясничный позвонок.

С. С. Налбандов.

Из Центральной Поликлиники Подотдела Рабочей медицины.

Диагноз *Ischias* и *Lumbago* ставится обычно легко и широко. Наличие симптомов и жалоб больных при этих страданиях настолько кажется характерной, что диагноз их не встречает, как будто, трудностей.

Между тем, когда заболевания эти концентрируются в большой массе, как это имеет место на наших тепло-грязевых курортах, и когда материал этот является отсеянным по своей интенсивности проявления и продолжительности течения, тогда наше несколько легкое отношение к диагнозу *L.* и *I.*, как невриту или невралгии седалищного нерва, заставляет серьезно задуматься.

Не говоря о том, что все упомянутые случаи уже по своей клинической картине меньше всего позволяют говорить об *I.*, хотя с таким диагнозом больные эти обычно прибывают на курорт, и трактуются нами, по большей части, как лумбо-сакральные периплекситы, плекситы и радикулиты, тем не менее и эта симптоматологическая, по существу, диагностика, конечно, является мало удовлетворяющей. Не подлежит сомнению, что в основе патогенеза так называемых *I.* и *L.* лежит целый ряд еще мало изученных моментов, среди которых заболеванию ниже-поясничной и крестцовой части позвоночника должно быть отведено существенное место. Нервное отделение Государственного курорта Саки в сезон 1925 г. в лице Балашевой, особенно обратило на это свое внимание, в результате чего получены чрезвычайно интересные данные, подлежащие в настоящее время обработке. Из 79 случаев лумбо-сакрального плексита и радикулита, в 11 случаях, т. е. в 13,9% были отмечены при рентгенировании их структурные изменения в области пятого поясничного позвонка. Такая относительная частота страдания позвоночника при указанных исследованиях, в особенности в случаях, где с внешней стороны при исследовании больного ничто не говорило о существовании страдания позвоночника, и только рентгенирование 6-го открывало наличие болезненных явлений, заставили меня строже относиться к материалу Рабочей Поликлиники, каковой я имел возможность наблюдать в течение последних месяцев (Ноябрь—Март 1925—26 г.).

Прежде чем перейти к разбору моего материала, состоящего из 16 наблюдений, позволяю себе в нескольких словах остановиться на литературе вопроса.

В литературе интересующего нас вопроса приходится учесть два периода: период до Рентгена, когда изучение случаев *I.* и *L.* ограничивалось только клиническим исследованием больных, и период, когда радиография, в частности—радиография позвоночника поясничной области, достигла определенных успехов, позволяющих получить более или менее отчетливые снимки этой области.

Останавливаться на литературе до рентгенирования ниже-поясничной части позвоночника не приходится, так как это мало уяс-



нит вопрос. Отметим только, сопоставления ради, что работы, посвященные этому заболеванию, в частности работа Доброхотова (1913 г.), касающаяся „I. корешкового происхождения“, трактует это страдание, по примеру французских авторов, как заболевание, обязанное, по преимуществу, сифилису.

Обращаясь к литературе последних лет, нельзя не отметить, что I., несмотря на свою повседневность, все же по-прежнему остается не выясненным с точки зрения этиологии и патогенеза (Кальметер).

Ряд авторов (Бушьери, Гейце, Неель), констатировавших у больных изменения спинно-мозговой жидкости (увеличение белка и плеоцитоз), высказывается за корешковый характер страдания, причем Гейце пытается воспользоваться результатами пункции для решения вопроса об интрадуральном или периферическом происхождении страдания. Измерения температуры у большего числа страдающих I и L и констатирование повышения  $t^{\circ}$  у 44% дает возможность Кальметеру (на материале в 185 больных) выдвинуть вопрос об инфекционном происхождении этого страдания, причем Мартин считает первопричиной заболевание полости рта, что имело место в 44% всех его случаев. Говоря однако об общем уклоне работ последних лет, приходится отметить указание авторов на то, что идиопатических случаев I и L сравнительно не много (Раткочи, Клейн), и что большая часть этих заболеваний является вторичным страданием, диагноз которого должен устанавливаться только после всестороннего и тщательного исследования больного (Шустер, Неель). Нельзя не остановиться на большой и чрезвычайно интересной статистике I. Бушьери, обнимающей 220 наблюдений. Из указанного числа больных, в 70% автор констатировал положительные симптомы в поясничной области (болезненность позвонков при поколачивании остистых отростков, ограничение подвижности позвоночника, сколиоз и симптом Кернига), в 40% автором отмечены положительные данные при радиографировании позвоночника и в 50% случаев констатированы положительные данные со стороны спинно-мозговой жидкости (увеличение количества белка). Все это приводит Бушьери к мысли искать причину I. как первичного, так и рецидивирующего, в заболевании позвоночника. Как реальный симптом поворота мысли исследователей в указанном направлении, отмечается целый ряд работ, которые стремятся в этом направлении пролить свет на все еще неясную проблему I и L.

Остановимся прежде всего на сакрализации 5-го поясничного позвонка. Со времени Бертолотти, впервые поставившего в связь поясничные и ишиадические боли с указанным изменением в структуре пятого поясничного позвонка, вопрос этот породил большую литературу, встретив особенно живое внимание со стороны французских и американских исследователей. Сакрализация пятого позвонка рассматривается, как ассимиляция его первому крестцовому позвонку. Ассимиляция эта проявляется то частично (с одной или другой стороны — в смысле значительного развития поперечного отростка пятого позвонка и сращения его с крестцом или тазовой костью), то в смысле полной ассимиляции позвонка с крестцом, увеличивая состав последнего до 6 позвонков. Появление поясничных ишиадических болей — „sacralisation douloureuse“ французских авторов — рассматривается, как результат раздражения и ущемления 5-го поясничного нерва разросшимися поперечными отростками. Страда-



ние, по наблюдению авторов, редко наблюдается у больных до 20-летнего возраста, чаще всего между 20 и 30 годами, что стоит в связи с окончанием окостенения позвонков и крестца. Появление болей связывается обычно с поднятием тяжести или большим мышечным напряжением. Типично, по мнению Буманна, что больной после травмы остается, по большей части, два-три дня работоспособным, прежде чем установится постоянная боль. Последняя захватывает нижнюю часть спины, то или другое бедро (объективно отмечается резкая боль при надавливании по сторонам 4—5 поясничных позвонков). Рассматривая сакрализацию пятого позвонка, как аномалию, создающую своеобразные условия для функции окружающей ткани, в частности заложенных здесь нервных стволов, авторы (Бушьери, Пуль) склонны трактовать этот дефект развития, как *locus minoris resistentiae*, который при известных обстоятельствах может явиться моментом, способствующим возникновению болей на почве периневрита. Такими подходящими условиями следует считать ежедневные незначительные профессиональные травмы (Био-залидо), токсические воздействия, определенные положения тела и ослабление тонуса окружающей мускулатуры, как это имело место в случае Мартиуса после аборта. Анатомическим субстратом вторично развивающихся симптомов со стороны нервной системы являются обычно периневриты, в тяжелых случаях — невриты с глубокими расстройствами чувствительности, понижением коленных рефлексов, слабостью мускулатуры и изменением электровозбудимости ее (Босси, Бертолотти).

Болезненные симптомы при сакрализации не поддаются часто лечению консервативными мероприятиями, почему в случаях упорных и тягостных предложена операция иссечения поперечных отростков (одного или двух) 5-го поясничного позвонка. У ряда авторов (Моор, Гелант, Альфред и Кольбиг) находим указание на производство ими означенной операции. Особенно интересна в этом отношении статистика Буманна, касающаяся 19-ти оперированных им больных сакрализацией: в 14-ти случаях наступило выздоровление, в 3-х — улучшение, 1 — без перемены, 1 оперировался по поводу туберкулезного поражения. Число больных, оперированных автором по поводу сакрализации, достигло 35 человек.

Однако, наряду с указанными взглядами на сакрализацию, нельзя не сопоставить исследования Шюллера. Автор отмечает прежде всего, что сакрализация далеко не является редкой аномалией: среди 25 тазов Бреславльской клиники он нашел ее в 23%. Сакрализация, по мнению Шюллера, является нередко случайной находкой, не давая никаких болезненных симптомов. В связи с этими данными автор, не отрицая возможной зависимости между сакрализацией и I. и L., соглашается на признание этой зависимости только после того, как все остальные этиологические моменты будут исключены. Это положение, как и его собственные наблюдения, приводят автора к отрицанию хирургического вмешательства.

На ряду с сакрализацией выдвинулся вопрос и о лумболизации 1-го крестцового позвонка. Беноччи приводит 6 случаев из рентгеновского архива большой больницы в Болоньи и 1 собственное наблюдение. У больного отмечались резкие боли в бедрах и исхудание мускулатуры. Поставлен был вопрос об операции.

Заметное внимание в деле изучения патогенеза ишиадических и лумбальных болей привлекает в последнее время *spina bifida occulta* ниже-поясничного и крестцовых позвонков.



Работы русских и зарубежных авторов (Маргулис, Шамбурова, Вескотти, Адамс) останавливают на этом дефекте развития внимание клиницистов с точки зрения связи его с заболеванием корешков соответственной области. Лурье и Шамбурова, основываясь на восьми наблюдениях с рентгенограммами, выдвигают чрезвычайно важный вопрос о связи лумбо-ишиалгий у лиц, обладающих *spina bifida occulta*, с физическим перенапряжением и травмой. Интересно, между прочим, отметить, что, по мнению одного из авторов этой работы (Шамбурова), указанная аномалия не представляет собою большой редкости.

В ряду дальнейших указаний на заболевание ниже-поясничных позвонков необходимо отметить спондилолистез, т. е. смещение пятого поясничного позвонка вперед по отношению к первому сакральному (иногда с переломом дужки). Развиваясь то исподоволь — у лиц занятых тяжелым трудом, то внезапно — под влиянием небольшой травмы, страдание это сопровождается обычно усилением лордоза и вызывает резкие лумбо-ишиалгические боли. Для распознавания этих случаев рекомендуется сагитальное рентгенирование больных (Бувменн).

Нам остается еще упомянуть о случаях изолированного перелома поперечных отростков поясничных позвонков, в частности — пятого. Отломки отростков увлекаются обычно окружающей мускулатурой книзу и кнаружи и поражают задние корешки, что сказывается парестезиями, клинически сильными болями, подчас и атрофией мышц ягодиц. В основе этого страдания лежит, вероятно, по мнению Нидлиха, особая ломкость костей, легко проявляющаяся при прямой травме или даже при быстром движении. Что касается переломов тел пятого поясничного позвонка, то они, согласно большим статистикам целого ряда авторов (Тима, Менара, Кохера, Вегнера), встречаются сравнительно редко.

Заканчивая литературный обзор и останавливаясь только на структурных изменениях пятого поясничного и первого крестцового позвонков, я не имел ввиду касаться целого ряда костно-суставных воспалительных заболеваний этой области (*caries*, периоститов, спондилоза, спондилоартритов, страданий связочного аппарата), которые, конечно, также могут явиться причиной лумбальных и ишиадических болей.

Переходя к нашим наблюдениям, число которых равнялось 16\*), отметим, что по данным радиографии они давали следующую картину: рарификация и сплющивание пятого поясничного позвонка в семи случаях; *spina bifida occulta* — в двух случ., сужение щели межпозвоночного хряща между 4 и 5 позвонками и затенение его в двух случ. (из которых у последнего отмечена сакрализация); развитие экзостоза в 5 позвонке в одном случае. В четырех случаях Рентген не дал положительных данных. Таким образом, из 16 случаев, в 12 были констатированы костно-суставные изменения в крестцово-поясничной области. Из общего числа больных, 12 были лица физического труда. Наиболее часто и сильнее всего пораженными оказались корешки L 5, S 1, S 2, на одной стороне — правой в 6 случ., левой в 4 случ. В двух случаях *spinae bifidae* корешки оказались пораженными с обеих сторон и также главным образом L 5, S 1, S 2. В четырех случаях корешковые симптомы отсутствовали. Что ка-

\* ) Истории болезней по техническим условиям не могли быть помещены.



сается остальных симптомов, то чаще всего приходится отмечать ограничение подвижности позвоночника, болезненность при давлении на остистые отростки 4—5 поясничных позвонков и верхней части крестца (в 14 случаях), напряжение поясничной мускулатуры (в 12 случ.) и чувствительность нервных стволов *p. ischiadici, obturatorii et cruralis* (в 13 случаях), причем все три нерва были чувствительны в 7 случ., два первые нерва — в 4 случ. и только один *p. ischiadicus* в 2 случ. Симптом нагрузки на голову отмечался в 8 случ., „Laseg“ в 5 случ.

Случаи с положительными данными Рентгена (12 случ.) распределились следующим образом: 7 из этих больных занимались физическим трудом; у двух — страдание связывалось с физическим напряжением; у трех — развилось без видимой причины (мочекислый диатез). Во всех случаях страдание носило хронический характер, с давностью максимум — в 40 лет, минимум в — полгода. В течении болезни отмечались постоянные колебания в сторону ухудшения и улучшения. Покой, тепловое, грязевое лечение оказывали на течение страдания благотворное влияние.

Уже в литературном очерке я указывал на *spina bifida* и ее роль в развитии лумбо-ишиалгических болей. Здесь я хотел бы коснуться вопроса о частоте этой аномалии (работа Сперанского) тем более, что предположение Сперанского о происхождении *spina bifida* может, на мой взгляд, пролить свет и приблизить нас, может быть, к некоторому пониманию всей той чрезвычайно сложной картины страданий, которые развиваются в крестцово-поясничной области, где пятый поясничный позвонок занимает центральное место.

Согласно рентгеновским данным, Гресснер (1915 г.) устанавливает частоту *spinae bifidae occultae* первого крестцового позвонка в 10%; то же явление, наряду со щелью в дуге 5-го позвонка, тот же автор отмечает в 11,5%. Бэк констатировал *spinam bifidam* крестца в 3,5%. „Если принять, пишет Сперанский, что только последняя цифра Бэка (т. е. 3,5%) соответствует действительности, то и тогда необходимо признать, что % этот чрезвычайно высок, и что в громадном большинстве случаев эта аномалия скелета не сопровождается никакими патологическими изменениями формы и функций органов“. Если же, согласно принятому в анатомии положению, принять, что *spina bifida* первого крестцового позвонка имеет переходные формы, различающиеся друг от друга только количественно, и что к этой аномалии должны быть причислены крестцы, где остистый отросток первого крестцового позвонка только расширен или отсутствует, и дело не доходит до полного расщепления его, — тогда % *spinae bifidae* первого крестцового позвонка должен быть еще более высок. И, действительно, обследования Сперанским ста крестцовых костей показали, что дуга первого позвонка оказалась расщепленной в большей или меньшей мере в 67 случаях, т. е. в 67%, полное же расщепление дуги отмечалось в 24%. Этот результат обследования, по мнению автора, устанавливает парадоксальное на первый взгляд явление, что *spina bifida* первого крестцового позвонка должна быть признана явлением постоянным, и, с этой точки зрения, скорее уже случаи ее отсутствия — аномалией. Это положение, как и равно частое несимметрическое стояние дуг 1-го крестцового позвонка в случаях полного расщепления, привели автора к мысли неудовлетворительности существующей гипотезы происхождения *spinae bifidae sacralis*, как результата аплазии ткани, и выдвинуло вопрос о филогенезе этих явлений. Автором было просмотрено



до 200 скелетов различных животных (в том числе — низших и высших обезьян), причем указанная аномалия ни в одном из скелетов констатирована не была. Это обстоятельство дало основание Сперанскому считать эту особенность присущей человеку, у которого она получила возможность развития при только ему свойственных условиях существования. Такими условиями, по мнению автора, являются вертикальное положение человека и связанное с этим разгибание пояснично-крестцового отдела позвоночника с образованием постоянного поясничного лордоза. Это разгибание позвоночника, особенно сказывающееся на пятом поясничном и первом крестцовом позвонке с образованием излома, носящего название *promontorium*, характеризуется резкими изменениями формы названных двух позвонков: тела их принимают клиновидную форму с острием, обращенным кзади. Эта деформация задних отделов тел указанных позвонков дает основание Сперанскому строить предположение о дальнейшей редукции отходящих в этом месте от тел позвонков дуг в форме расщепления их в той или другой степени. Таким образом, гипотеза автора о генезе *spinae bifidae* как крестцового, так и пятого поясничного позвонка, где она встречается также очень часто, основывается на том, что на долю этих позвонков выпадает главное участие в приспособлении человека к целому ряду новых механических условий существования. Я позволил себе подробно остановиться на работе Сперанского с целью фиксировать внимание на той исключительной роли крестцово-поясничного отдела позвоночника, которая выпадает на него в повседневной жизни человека. Явления филогенеза этой области, сказывающиеся в утрате хвоста и его мускулатуры, укорочении спинного мозга, укорочении позвоночника, и те новые механические воздействия и структурные изменения, которые испытывает пятый поясничный и крестцовый позвонки под влиянием новых условий, переводящих позвоночник из положения почти горизонтального в почти вертикальное, — все это свидетельствует о том, что изучаемая нами область в организме человека может считаться местом, где разыгрывается целый ряд пластических процессов, — местом, которое в структурном отношении, может быть, является еще не вполне законченным, а следовательно и не достаточно устойчивым.

Переходя к нашим наблюдениям и отмечая в них структурные изменения со стороны костной и суставной систем пояснично-крестцовой области, укажем, что аналогичные изменения констатированы были в тех 11 случаях курорта Саки (Балашева), на которых мы останавливались выше. Так, Ремизов, ведавший рентгеновским кабинетом, в своем отчете по курорту Саки за сезон 1925 г. пишет: „Большинство этих больных 35—40 лет. Изменения у них касались исключительно пятого поясничного позвонка и имели следующий характер: суставная щель между 4 и 5 поясничными позвонками была довольно значительно сужена, часто неравномерно на обеих сторонах, размеры тела пятого позвонка были заметно уменьшены, чаще в вертикальном направлении, тени самого позвонка как-то были более прозрачны сравнительно с остальными поясничными позвонками. В некоторых случаях такими же атрофичными были и поперечные отростки. Клинически все это проявлялось большею частью болями в пояснице без или с иррадиацией по тракту седалищного нерва“. Отметим далее, что Бом, работавший в Санатории „Таласса“ в Евпатории, любезно сообщил мне в этом отношении чрезвычайно интересные данные. В сезоне 1925 года он констатировал на рентгено-



граммах в 12 случаях ишиаса изменения в пятом поясничном позвонке, причем изменения носили в некоторых случаях характер рарификации, вуализации позвонка и оседания его на одну сторону. Таким образом, можно сказать, что после того, как исследователи стали обращать внимание на пятый поясничный позвонок, накопился уже сравнительно не малый материал (31 случай, не считая трех наших случаев *spinae bifidae*, где при наличии радикулита с характером лумбальных и ишиадических болей в пятом позвонке отмечались сходные изменения). Такая относительная частота указанных явлений и его громадное практическое значение не могут не вызывать попытки дать этому факту посильное объяснение. Замыкая собой всю колонну позвонков и принимая на себя в связи с этим всю нагрузку последней, пятый поясничный позвонок лишен в то же время возможности передавать в полной мере получаемые им повседневно удары нижележащему плотно укрепленному крестцу. Ущемляемый, таким образом, постоянно между двумя действующими на него активно и пассивно силами, позвонок этот при наличии тех филогенетических особенностей этой области, на которых мы останавливались выше, находится в положении, когда легко могут создаться благоприятные моменты для развития тех или других структурных изменений, как в самой ткани позвонка, так и в окружающем его связочном аппарате и хряще. Сплющивание тела пятого позвонка, рарификация его; иногда одностороннее (чем обуславливается искривление выше лежащей части позвоночника) сужение щели и затемнение межпозвоночного хряща (в некоторых случаях настолько выраженное, что тела четвертого и пятого позвонков представляют вместе с межпозвоночным хрящем одно целое) и, наконец, *spina bifida occulta* первого крестцового позвонка, — все это структурные изменения, позволяющие предположить в основе их процессы атрофического характера.

Новизна вопроса, отсутствие каких бы то ни было указаний в этом отношении со стороны литературы, клиники, патологической анатомии и радиографии не позволяют ближе подойти к разрешению наблюдаемых явлений; констатирование же их по преимуществу у лиц, занимающихся физическим трудом, не оставляет сомнения в том, что повышенный запрос на физическую силу и связанная с этим усиленная травма позвоночника играют здесь несомненную роль производящего момента. Обуславливая целый ряд структурных изменений в позвонках и прилежащих тканях, наблюдаемый процесс не может не отразиться на оболочках и корешках, так интимно связанных в этой области с костно-суставной системой позвоночника. Отсюда — разнообразие клинических картин радикулитов то в форме лумбаго, то неправильно трактуемого ишиаса. Эти диагнозы и наше отношение к больным в смысле лечения их, конечно, не могут быть признаны удовлетворительными. Правда, течение страдания дает несомненные указания на успешное действие покойного содержания больного, теплового и грязевого лечения. Подчас приходится отмечать большие ремиссии, позволяющие помещать этих больных в рубрику излеченных. Однако ретроспективный анализ этих случаев, растягивающихся по своему течению иногда на десятки лет, с несомненностью говорит о том, что болезнь все же, по существу, не исчезала и, от времени до времени, после „злосчастного лежания на земле или сидения на камне“, после всеудовлетворяющей „простуды“ и всеобъемлющего „ревматизма“ дает себя чувствовать в большей или меньшей мере.



Все это обязует нас к случаям так называемым I. и L., иначе радикулитов, отнести совершенно иначе. Не приходится теперь спокойно говорить о невралгии или неврите седалищного или поясничных нервов, не углубив исследования до изучения генеза их (в особенности — при повторном проявлении страдания), что по нашим руководствам, является, между прочим, особенно патогномичным для них.

Применяя в указанных случаях грязевое и тепловое лечение в той или другой форме, не должно упускать из виду его симптоматического значения. При этом лечении несомненно устраняются только те воспалительные изменения в окружающих тканях, в частности — в нервной системе, которые сопутствуют основному болезненному процессу, отнюдь не влияя на последний, связанный со структурными изменениями в костно-суставной системе позвоночника.

Люпо (Лурье и Шамбурова) отмечает, что 90% всех I. и L. обязаны своим происхождением изменениям в позвонках лумбо-сакральной области. Все это требует несомненно нашего серьезного внимания как с лечебной, так и с профилактической точек зрения, в особенности, если вспомнить, что число заболеваний периферической нервной системы нижних конечностей только у застрахованных Одессы (по данным статистики Левонтина) достигает в год от 800 до 850 чел. (отчет за 1923 г.) Назначая указанным больным симптоматическое лечение следует, может быть, подумать о более радикальном — ортопедическом лечении (корсеты), которое поставило бы позвоночник в более благоприятные условия существования; учитывая же громадное значение травмы в происхождении отмечаемых заболеваний, профилактика должна выдвинуть здесь обязательное предварительное рентгенологическое обследование лиц, имеющих в виду заняться тяжелым физическим трудом, на предмет определения пригодности их для этой профессии с точки зрения структурного состояния пояснично-крестцовой области (наличия *spinae bifidae*, сакрализации и других вариаций и аномалий). Что же касается больных, обращающихся, хотя бы впервые, с симптомами лумбо-сакрального радикулита, то и они должны подлежать обследованию Рентгеном на предмет решения вопроса о возможности продолжать их профессию в дальнейшем без ущерба для их здоровья.

Выводы:

1. Диагноз *Ischias*, который ставится слишком широко, должен быть, как диагноз периферического страдания седалищного нерва, строго обоснован.
2. Напряжение поясничной мускулатуры, болезненность при давлении на остистые отростки последних поясничных позвонков и на крестец, ограничение подвижности позвоночника и наличие расстройств корешковой чувствительности — все это исключает *Ischias*, как лумбо-ишиалгию и говорит о страдании корешковом.
3. Менинго-радикулиты и радикулиты лумбо-сакральной области подлежат радиографированию на предмет выяснения участия в этом страдании костно-суставной системы и связочного аппарата позвоночника.
4. Рентгеноскопия и рентгенография крестцово-поясничной части позвоночника при лумбо-сакральных радикулитах отмечает со стороны костно-суставной системы этой области структурные изменения, среди которых рарификация, сплющивание пятого позвонка и изменения межпозвоночного хряща (4—5) встречается особенно часто.



5. Наличие при лумбо-сакральных радикулитах костно-суставных изменений позвоночника, особенно часто отмечаемая у лиц, занимающихся физическим трудом, требует серьезного внимания как с лечебной, так и с профилактической точек зрения.

6. Лечение означенных радикулитов термо-лиманотерапией и другими методами физиотерапии, являющимися симптоматическими, выдвигает вопрос о более радикальной ортопедической терапии.

7. Значение повседневной травмы, как момента, производящего указанное заболевание, выдвигает с точки зрения профилактики предварительное рентгенологическое обследование лиц, имеющих в виду занятия тяжелым физическим трудом, на предмет определения структурного состояния их пояснично-крестцовой области.

8. Обследованию рентгеном подлежат также больные лумбо-сакральным радикулитом на предмет решения их профгодности без ущерба для их здоровья.

В заключение приношу искреннюю благодарность Директору Рентгенологического Института д-ру Е. Э. Эраму, где были радиографированы все больные, и д-ру А. А. Хренникову, который оказал мне большую помощь в деле изучения представляемых радиограмм.

#### Литература.

Доброхотов. Диссерт. 1913 г. Полтава. Bouchieri. Cbl. f. die ges. Neur. und Psych. 1925 г. B. 12—13. Martyn Id. 1925 г. 14—15. Bouman. Id. 1923 г. 7—8. Heinze. Deutsch. Zeitsch. f. Nerven Kr. 1923 г. 3—4. Kleinr Münch. Med. Wochenschr. 1925 г. № 39. Schuster Klin. Wöchenchr 1925 г. № 7. Schüller Bruns, Beiträge Klin. chir. 1924 г. 13—12. Сперанский. Вестн. хирур. и погран. област. 1925 г. кн. 13. Лурье и Шамбурова. Врачеб. дело 1925 г. № 24—26, 1912 г. Харьк. том II. Левонтин. Профил. Мед. 1925 г. № 12. Балашева. Отчет Госуд. курорта Саки, 1925 г. Ремизов. Отчет Гос. курорта Саки 1925 г.

## Материалы к изучению тромбоцитов в клинике.

Беата Кранцфельд.

Из Диагностической клиники Одесского Гос. Мед. Института (Директор проф. Л. Ф. Дмитренко),

Клиническое значение исследования тромбоцитов не отрицается в настоящее время даже убежденными противниками самостоятельности их образования. Не только количественное, но и качественное их исследование завоевывает себе определенное место, хотя по поводу значения той или иной формы нет еще единства мнений. Несмотря на различие методов, которыми пользовались авторы, все же резко выраженные изменения количеств толковались всеми в одинаковом смысле. Так, например: низкое количество тромбоцитов при *anaemia perniciosa*, под'ем после кровепотерь и т. д. Что касается нашей методики, то, пользуясь в основе способом Fopio, мы обращали особенное внимание на то, чтобы выступавшая в каплю 14%  $MgSO_4$  кровь располагалась бы в виде кружка (утерявшего непосредственное сообщение с пальцем) на ее поверхности. Таким образом, до размешивания получается впечатление „птичьего глаза“. Это нужно для уверенности в том, что во время размешивания парафинированной палочкой не поступают новые порции крови. Правильно приготовленная и размешанная капля дает в мазке равномерное распределение тромбоцитов по отношению к эритроцитам, что





крайне важно. Мы подсчитывали количество бляшек, приходящееся на две тысячи эритроцитов, для чего пользовались различными участками (периферическими и центральными) 4-х мазков, считая в одном месте не более 250 эритроцитов. Общее количество последних считалось нами в 3 каплях (вся сетка *Thomas*). Предпринимая исследование, мы во всех наших случаях считались с физиологическими колебаниями: 1) в течение месячных, с каковой целью использовывали межменструальный период, а также 2) с суточными колебаниями, вследствие чего брали кровь во всех наших случаях в одно и то же время — между 12 и 2 часами пополудни. В 70 клинически обследованных случаях, которыми мы располагали, нас интересовало общее количество тромбоцитов, большие и базофильные их формы. Как уже было нами описано, в число первых мы включали так называемые гигантские формы, называя большими все, превышающие три микрона. Базофильными мы считали всех, имеющих отчетливую базофильную зернистость. Приводя протокол исследований, мы будем обозначать общее количество эритроцитов — E, тромбоцитов — T, больших форм — G и базофильных B.

1. Ф. Я., 38 лет, м. Анаемия perniciosa aplastica.  
E—637.500, T—81.600, G—5.380, B—6.940.
2. Б. Ш., 22 л., м. Анаемия perniciosa aplastica  
E—750.000, T—33.750, G—330, B—3030.
3. М. Ш., 35 л., ж. Анаемия perniciosa aplastica. Necropsia.  
E—3.200.000, T—29.600, G—2.660, B—9.810.
4. Г. К., 47 л., м. Анаемия perniciosa plastica. Necropsia.  
E—747.000, T—56.810, G—10.800, B—6.250.
5. Н. Д., 28 л., м. Endocarditis septica lenta. Necropsia.  
E—1.981.000, T—95.100, G—22.800, B—1.900.
6. С. П., 23 л., м. Endocarditis septica lenta. Necropsia.  
E—4.450.000, T—89.000, G—8.010, B—15.130.
7. П. Г., 26 л., м. Endocarditis septica lenta.  
E—2.500.000, T—117.500, G—7.050, B—3.520.
8. К. Ж., 26 л., ж. Endocarditis septica lenta.  
E—3.075.000, T—52.280, G—7.300, B—2.090.
9. К. Ж. 26 л., м. Leucaemia lymphatica.  
E—2.400.000, T—60.060, G—31.800, B—9.000.
10. М. К., 55 л., м. Leucaemia lymphatica.  
E—1.440.000, T—51.840, G—36.800, B—5.200.
11. М. Д. 52 л., м. Morbus maculosus Werlhofii.  
E—1.525.000, T—59.470, G—4.400, B—10.730.
12. И. К., 48 л., м. Lymphogranulomatosis. Biopsia.  
E—3.030.000, T—522.000, G—62.640, B—54.800.
13. Р. Д., 48 л., ж. Erysipelas. Endocarditis acuta.  
E—3.840.000, T—240.000, G—13.200, B—32.400.
14. М. Т., 25 л., ж. Polyarthrit. Endocarditis acuta.  
E—3.975.000, T—204.700, G—26.600, B—38.850.
15. Н. Б. 11 л., м. Chroniosepsis. E—4.310.000, T—321.000, G—32.100, B—52.800.
16. М. Г., 23 л., м. Chroniosepsis. E—2.400.000, T—286.400, G—42.960, B—11.450.
17. Е. К., 47 л., м. Chroniosepsis. E—2.552.000, T—418.600, G—15.700, B—45.000.
18. Д. Г., 46 л., ж. Cholelythiasis. Icterus. Necropsia.  
E—2.125.000, T—98.000, G—4.890, B—4.800.
19. М. Ш., 46 л., ж. Cholangitis. cholecystitis. Icterus. Operatio.  
E—4.960.000, T—168.640, G—16.800, B—8.400.
20. Б. К., 32 л., ж. Icterus haemolytica.  
E—3.210.000, T—128.400, G—2.000, B—12.800.
21. С. П., 33 л., м. Cholecystitis, pericholecystitis (sine ictero). Tbc I. Necropsia.  
E—5.170.000, T—465.000, G—32.500, B—46.500.
22. Х. К., 62 л., ж. Splenomegalia idiopathica.  
E—4.500.000, T—187.000, G—5.600, B—15.000.
23. А. М., 23 л., ж. Morbus Banti? Post splenectomiam.  
E—5.690.000, T—606.000, G—48.500, B—88.880.
24. С. Б., 35 л., м. Morbus Vaquez-Osler. Necropsia.  
E—7.716.000, T—243.000, G—8.500, B—39.000.



25. З. Р., 14 л., ж. Stenosis a. pulm. congenita. Foramen ovale apert. Necropsia.  
E—7.200.000, T—122.400, G—9.790, B—6.120.
26. И. Г., 19 л., м. Insuffic. valvulae mitralis.  
E—6.261.000, T—250.440, G—17.500, B—22.500.
27. А. Л., 35 л., ж. Insuffic. valvulae mitralis.  
E—3.795.000, T—390.700, G—21.510, B—14.340.
28. А. Х., 33 л., ж. Insuff. stenosis valv. mitr.  
E—4.300.000, T—227.900, G—18.200, B—4.500.
29. М. Б., 30 л., ж. Insuff. cum stenosis valv. mitr.  
E—4.300.000, T—161.250, G—17.700, B—17.700.
30. М. М., 33 л., ж. Insuff. cum stenosis valv. mitral. Necropsia,  
E—3.800.000, T—243.200, G—41.340, B—19.500.
31. М. Л., 22 л., ж. Stenosis ostii venosi sinistri.  
E—4.187.000, T—117.250, G—4.900, B—7.030.
32. Е. Л., 20 л., ж. Insuff. cum stenosis ostii venosi sinistri.  
E—4.960.000, T—203.360, G—28.400, B—5.000.
33. Е. О., 73 л., ж. Polyarthritis chronica. Ins. valv. mitr.  
E—4.600.000, T—207.180, G—33.150, B—12.300.
34. А. Ш., 43 л., ж. Mesaortitis luetica. E—4.500.000, T—373.500, G—31.750, B—24.280.
35. Н. Б., 47 л., ж. Insuff. valv. semilunar. aortae.  
E—4.400.000, G—220.000, G—34.100, B—36.000.
36. Р. М., 45 л., ж. Pluriglandulosis (Hypopancreatismus, hypoovariismus, hypothyreoidismus).  
E—6.300.000, T—283.500, G—25.500, B—18.400.
37. Р. К., 32 л., ж. Pluriglandulosis. Hypernephroma. Necropsia.  
E—3.415.000, T—116.110, G—580, B—580.
38. С. В., 37 л., ж. Morbus Basedowii. E—4.200.000, T—294.000, G—23.520, B—26.460.
39. Н. Б., 21 г., ж. Urticaria. E—4.775.000, T—193.400, G—8.700, B—28.040.
40. А. П., 45 л., ж. Asthma bronchiale. E—4.280.000, T—147.200, G—22.080, B—8.800.
41. В. С., 49 л., ж. Asthma bronchiale. E—4.750.000, T—247.000, G—21.000, B—27.170.
42. М. Л., 47 л., ж. Asthma bronchiale. E—4.450.000, T—342.650, G—54.800, B—41.100.
43. А. С., 39 л., м. Asthma bronchiale. E—5.250.000, T—441.000, G—28.600, B—59.500.
44. Я. Г., 56 л., м. Diabetes mellitus. E—4.700.000, T—408.900, G—32.700, B—45.000.
45. Ш. Б., 51 г., м. Diabetes mellitus. E—3.900.000, T—343.200, G—15.450, B—36.030.
46. И. В., 39 л., ж. Diabetes mellitus. E—4.710.000, T—353.250, G—7060, B—45.900.
47. Х. К., 48 л., ж. Diabetes mellitus. E—4.860.000, T—252.720, G—48.000, B—26.590.
48. Е. С., 39 л., ж. Diabetes mellitus. E—4.820.000, T—197.600, G—21.700, B—7.9000.
49. И. П., 50 л., м. Carcinoma oesophagi. E—4.190.000, T—431.570, G—48.900, B—41.780.
50. А. Н., 48 л., м. Neoplasma malignum renis sinistreae.  
E—3.737.000, T—267.000, G—50.600, B—22.600.
51. В. К., 52 л., м. Cr. ventriculi, peritonei et mese nterii. Necropsia.  
E—3.800.000, T—337.650, G—18.520, B—25.300.
52. С. С., 72 л., м. Neoplasma malignum hepatis. Necropsia.  
E—3.110.000, T—127.510, G—11.470, B—15.300.
53. А. Ш., 65 л., м. Carcinoma ventriculi, metastasis in hepato.  
E—3.425.000, T—227.600, G—35.290, B—27.300.
54. Д. К., 66 л., м. Cr. ventriculi. metastasis in hepato.  
E—2.590.000, T—292.500, G—38.000, B—21.950.
55. И. К., 40 л., м. Carcinoma ventriculi.  
E—4.800.000, T—230.000, G—40.250, B—20.700.
56. И. Д., 55 л., м. Neoplasma mediastini et pulmonum.  
E—4.655.000, T—353.800, G—88.500, B—40.680.
57. М. И., 43 г., ж. Gastritis chronica. Anaciditas.  
E—4.300.000, T—193.500, G—25.150, B—24.190.
58. Б. Г., 46 л., ж. Gastritis chronica. Hypaciditas.  
E—4.770.000, T—352.980, G—28.270, B—65.300.
59. Л. Д., 45 л., м. Ulcus ventriculi. E—2.230.000, T—229.700, G—20.700, B—28.700.
60. Ш. С., 44 л., м. Ulcus ventriculi. Haematemesis.  
E—2.375.000, T—446.500, G—48.890, B—29.000.
61. М. К., 30 л., ж. Oophorosalpyngitis. Anaemia secundaria.  
E—3.600.000, T—392.400, G—41.200, B—100.100.
62. Н. Г., 22 л., ж. Oophorosalpyngitis. Anaemia secundaria.  
E—3.040.000, T—367.900, G—31.000, B—18.400.
63. М. А., 39 л., ж. Oophorosalpyngitis. Anaemia secundaria.  
E—3.775.000, T—390.700, G—14.850, B—73.840.
64. А. Р., 27 л. Endometritis. Anaemia secundaria.  
E—3.575.000, T—341.400, G—35.850, B—4.970.
65. А. Л., 27 л., ж. Inanitio. Anaemia secundaria.  
E—3.080.000, T—196.200, G—23.500, B—9.800.
66. Р. Л., 25 л., ж. Atonia intestinorum. An. secundaria.  
E—3.000.000, T—177.000, G—8.850, B—12.390.



67. А. Л., 38 л., ж. Achylia gastrica. Anaemia secundaria.  
E—3.325.000, T—339.150, G—40.700, B—20.340.
68. Е. З., 39 л., ж. Colitis chronica. Anaemia secundaria.  
E—3.350.000, T—294.000, G—55.820, B—8.820.
69. Г. Ф., 10 л., ж. Helminthiasis. Anaemia secundaria (Oxyuris vermicularis).  
E—3.028.000, T—186.750, G—16.800, B—22.400.
70. Л. Д., 31 г., м. Helminthiasis (Taenia solium).  
E—4.990.000, T—167.960, G—23.510, B—12.600.

Просматривая представленный материал, мы видим, что тесной зависимости между эритроцитами и тромбоцитами не существует: для примера возьмем 3 случая с весьма близкими цифрами эритроцитов:

- № 17. E—2.552.000, T—418.600 (Chroniosepsis).  
№ 7. E—2.500.000, T—117.500 (Endocarditis septica lenta).  
№ 54. E—2.590.000, T—292.500 (Carcinoma ventriculi).

Коэффициент корреляции между эритроцитами и тромбоцитами в наших семидесяти случаях указывает, что имеющаяся некоторая связь прямо пропорциональна.

$$K = \frac{\sum x y}{\sqrt{\sum x^2 \cdot \sum y^2}} = \frac{44.769.60}{\sqrt{87.308.42 \times 192.161.64}} = + 0,346 \text{ при вероятной}$$

ошибке 0,0704.

Если остановиться на связи между количеством бляшек и определенным страданием, то нельзя не обратить внимания на то, что болезни, связанные с общим изменением картины крови, дают в большинстве случаев однородные результаты (anaemia perniciosa, leucemia lymphatica, endocarditis septica lenta). Что же касается вторичных анемий с разнообразной этиологией и с количеством эритроцитов от 2.125.000 до 3.975.000, то они дали цифры бляшек от 98.000 до 552.000; в частности, абсолютное число больших форм также резко колеблется от 4.890 до 62.640. Если же мы обратимся к 8 случаям злокачественных опухолей (№№ от 49 до 57), то увидим, что шесть из них дают значительное увеличение числа больших форм. Наши данные заставляют вспомнить исследования Rosenbaum'a, по мнению которого при злокачественных новообразованиях имеются увеличения количества больших форм.

Что касается базофильных тромбоцитов, то установить связь между ними и тем или иным страданием нам не удалось.

Резюмируя наши данные, мы видим, что большой зависимости между эритроцитами и тромбоцитами отметить нельзя, имеющаяся же некоторая зависимость прямо пропорциональна.

Нельзя не обратить внимания на то, что болезни, связанные с общим резким изменением картины крови, дают в смысле количества тромбоцитов у различных индивидуумов в большинстве случаев однородные для определенного страдания данные. Нужны дальнейшие работы, но и сейчас клиническое исследование крови должно интересоваться тромбоцитарной формулой.

#### Л и т е р а т у р а.

1. Deetjen. „Virch. Arch.“ Bd. 164. 1901.
2. Henning. D. m. W. 1922 (S. 1495).
3. Hermann Hueck. D. m. W. № 45. 1925.
4. Беата Кранцфельд. „О тромбоцитах у туберкулезных“. Труды I-го съезда терапевтов 6. Одесской губернии 1925 г.
5. Beata Kranzfeld. „Zur Frage über die physiologische Tagesschwankungen der Thrombozytenzahl.“ Pflüger. Arch. Bd. 210, Heft 4—5.
6. Rosenbaum. Zentralbl. fur Chir. № 8. 1924.
7. Seeliger. „Folia haematologica“ 23.
8. Stahl. Klin. Wochenschr. № 13. 1925.
9. Rudolf Stahl. Zeitschr. f. Kl. Med. 1923.



## К вопросу о лечении бронхиальной астмы хлористым кальцием.

Ассистент С. Х. Бабаев.

Из Госпитальной Терапевтической Клиники Одесск. Гос. Мед. Института.  
(Зав. проф. В. Е. Ставраки).

В виду того огромного практического интереса, который вызывает в настоящее время вопрос о терапии бронхиальной астмы, считаем не лишним поделиться теми наблюдениями, которые нами получены при лечении этой болезни хлористым кальцием на материале Госпитальной Терапевтической Клиники.

Первым этапом на пути правильного понимания патогенеза бронхиальной астмы было появившееся в 1909 г. учение Eppinger'a и Hess'a о ваготонии, которое пролило свет на механизм этой болезни и дало первую руководящую нить ее исследователям. Этой теорией была установлена связь астмы с повышенным тонусом вегетативной нервной системы и этим были как бы намечены пути для ее терапии. Дальнейшие исследования и наблюдения уточнили понятие о ваготонии и детально установили, что причина астмы кроется в нарушении равновесия тонуса между симпатической и парасимпатической нервной системами и что нормальное соотношение между ними может быть достигнуто либо понижением тонуса *n. vagus'a*, либо повышением *n. sympath.* По Pottenger'у, взаимоотношение обеих нервных систем находится в зависимости от соотношения ионов калия и кальция. Действительно, в 1881 г. Sidney, Ringer, а в последнее время Kraus, Zondek, Abderhalden и др. указали влияние солей калия и кальция на вегетативную нервную систему, доказав, что ионы кальция возбуждают *n. sympath.*, а ионы калия—*n. vagus*. Многие авторы, как Howel, Zondek, утверждают, что при помощи нервов происходит автоматическая регуляция концентрации солей калия и кальция. По Nowak'у, Hollender'у, Pottenger'у и др., при бронхиальной астме содержание солей кальция в плазме крови уменьшается, явление, дающее основание заключить, что в основе некоторых случаев астмы лежит ваготония на почве преобладания в крови ионов калия и понижения ионов кальция.

Отсюда естественным является желание воспользоваться указанным свойством кальция для лечения астмы, и в последние годы в этом направлении произведено много опытов. Так, Pottenger, Mayer, Gottlieb, Kayser и др. с целью поднятия тонуса *n. sympath.* вводили больным 5% раствор хлористого кальция, основываясь на том, что при действии солей кальция *n. vagus* косвенно угнетается и приступ астмы ослабевает. Danielopolu одновременно с вливанием хлористого кальция назначал хинин и иод, а Nowak и Hollender давали больным *calcium lacticum* с тиреоидным экстрактом и т. д.

В виду невозможности при бронхиальной астме часто изучить индивидуальную обстановку каждого случая, бывает трудно подойти к выяснению истинной причины припадка, а вместе с этим и к правильной терапии. Поэтому, наряду с уже испробованными нами методами лечения астмы (Врач. Газ., 1925 г. № 17—18 и 1926 г. № 3) мы решили испытать и хлористый кальций, каковой и применен был нами на 24 больных. Мы приступали к лечению больных после тщательного лабораторно-клинического их обследования. Применяли мы 10% раствор хлористого кальция, который нами вводился в вену



в количестве 10 к. с. со всеми необходимыми предосторожностями; впрыскивание производилось медленно в течении 4—5 минут, так как быстрое введение раствора может вызвать шок, а в лучшем случае покраснение лица, чувство жжения слизистой оболочки глотки, иногда боли в груди, тошноту, потоотделение и т. д. Правда, эти явления обычно продолжают лишь несколько минут, а затем бесследно проходят. Наблюдающееся увеличение или уменьшение кровяного давления на 5—10 мм. ртутного столба, быстро приходит к норме, а исследование крови обнаруживает лейкопению с переходом в лимфоцитоз.

Наблюдения над действием хлористого кальция производились нами как в острых случаях из желания аборттировать астматический приступ, так и с последовательным его применением для наблюдений более стойкого его терапевтического действия. Купировать припадок нам ни разу не удалось. Также не наблюдали мы и облегчения в случаях длительного его применения (ежедневно по 10 к. с. в течении 5—6 дней и с промежутками более длительными).

Итак, как показали наши наблюдения над небольшим материалом, хлористый кальций в 18 случаях не оказал никакого эффекта, припадки продолжались с прежней периодичностью и частотой. В 5 же случаях наблюдалось временное улучшение, и в день впрыскивания припадок ослабевал, а через несколько часов нарастал, достигая прежней силы. В одном случае наблюдалось ухудшение состояния больной, но, возможно, здесь была простая случайность, так как в этот день больная находилась в состоянии повышенной возбудимости.

Таким образом, хлористый кальций на нашем материале не оказал ясно выраженного лечебного эффекта и, повидимому, он не является специфическим средством лечения бронхиальной астмы.

#### Литература.

1) Pottenger. Amer. Journ. of the med. sc. 1924—2. 2) Schlossman. Klin. W. 1925—26. 3) Lehner. Klin. W. 1925—44. 4) E. Joel. Клинич. коллоид. химия. 5) Коган. „Врач. Газ.“ 1925 г. № 12. 6) Войнов. „Врач. Дело“ 1924—18—19.

### Клиника сифилиса печени \*).

Ассистент А. Ф. Синани.

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

Тот большой интерес, который в настоящее время справедливо уделяется клинике сифилиса внутренних органов, побудил нас разобрать наблюдавшиеся в клинике случаи сифилитических поражений печени.

По статистическим данным (Leredde, Weislay Gatewood, Schrimpf, нашим \*\*) и др. авторов), сифилис печени занимает второе место среди сифилитических поражений внутренних органов. Наиболее часто поражение печени наблюдается, по Gaucher, Posser, Farqu, между 5—20 годами после заражения. Предрасполагающими моментами, по литературным данным могут быть какие-либо

\*) Доложено в заседании Одесск. Терапевт. Общества в апреле 1925 г.

\*\*) Труды I-го Съезда Терап. б. Одесской губернии.



ранее перенесенные заболевания печени, а также алкоголизм, малярия и, изредка, травма.

Патолого-анатомическая картина печеночного сифилиса уже достаточно изучена. Различаются как патолого-анатомически, так и клинически три основных формы, между которыми, по словам Етегу, существует целая гамма промежуточных форм:

1. Диффузно-цирротическая;
- 2) Гуммозная;
- 3) Амилоидная, с одновременным амилоидом других органов.

Диффузно-цирротическая форма относится к наиболее частым формам поражения печени и сопровождается вначале характерной частичной гипертрофией органа; затем с развитием склеротического процесса, появляется атрофия и с ней и дольчатость. Так, Маугиас описывает случай, где *lobus Spigelii* была величиною со всю печень. Легoux приводит случай, где правая доля была уменьшена, квадратная и *lobus Spigelii* совершенно отсутствовали, а левая составляла  $\frac{1}{5}$  всего объема органа.

Гуммозный гепатит характеризуется присутствием свежих гумм или рубцов, располагающихся обычно у *lig. suspensorium hepatis*, по поверхности печени и у ворот ее. Величина гумм может быть от просяного зерна, горошины до кулака.

Амилоидная форма не может считаться сифилитической в собственном смысле, так как амилоидное поражение печени может быть и при всякой другой хронической инфекции. Формы эти редко встречаются самостоятельно, чаще наблюдаются переходы одной в другую. Сифилис печени не сопровождается определенными симптомами, патогномичными для данного заболевания. Поражение печени начинается постепенно, и установить срок начала заболевания не удается.

Один из частых симптомов — это боль; она является следствием перигепатита, носит неопределенный характер и имеет не постоянную локализацию. Увеличение печени, равномерное в начале заболевания, с течением процесса становится частичным. По данным Gaucher, на 14 случая сифилитического поражения печени в 39 определялось ясное увеличение органа. Одновременно с увеличением печени увеличивается селезенка, и, по Gerhard't'y, это увеличение селезенки часто служит вспомогательным дифференциально-диагностическим признаком (между гуммозным гепатитом и раком печени). По Chwostek'y, на 19 поражений печени селезенка была увеличена в 14 случаях; аналогичные данные приводят Gerhard't и другие авторы. Асцит является признаком более поздним и не частым. Желтуха встречается не чаще, чем асцит. Gaucher на 44 случая сифилиса печени встретил желтуху 10 раз; Chwostek на 19 случаев — 9 раз. Повышение температуры — один из частых симптомов при сифилисе печени; температура носит неправильный субфебрильный характер; описаны случаи лихорадки ремиттирующего и постоянного типа. Со стороны желудочно-кишечного тракта отмечается иногда метеоризм, как один из наиболее ранних симптомов; тошнота, рвота, запоры, сменяющиеся поносами, встречаются относительно редко. Изредка отмечаются кровотечения в виде кровавой рвоты, причем они при сифилитических циррозах встречаются реже, чем при алкогольном. Пробы на функциональную способность печени дают не однородные результаты, в большинстве случаев выпадение функции печени не наблюдается, что легко объяснить частичным поражением органа (Hubert), хотя Linser на своем материале



в первой стадии сифилитической инфекции обнаружил нарушение функциональной способности печени в 14% всех больных. Со стороны крови, по Eпhогn'y, Neisser'y, Cabot, наблюдается изменение лейкоцитарной формулы: количество эозинофилов может достигать до 10% и больше, лимфоцитов — до 59%. RW дает положительный результат в 75% (Hubert).

Как мы видим из всего вышеприведенного, клинические симптомы сифилитического поражения печени многочисленны и разнообразны; вот почему распознавать сифилис печени часто бывает чрезвычайно трудно.

Переходим к разбору нашего материала. В Госпит. Терап. Клинике за 11 последних лет наблюдалось 27 случаев сифилиса печени, из которых 20, т. е. 74%, приходятся на последние 3 года. Мужчин 12 и женщин 15; возраст — от 18 до 66 лет.

В 10 случаях поставлен клинический диагноз *gumma hepatis*, в 4 — *hepar lobatum syphiliticum*, а в остальных 13 — *cirrhosis hepatis luetica*. Из всех больных только у 12 сифилис был установлен неопровержимо, при чем от заражения прошло от 8 до 33 лет; все они раньше подвергались не достаточной специфической терапии. В остальных случаях диагноз был менее категоричен, и только после тщательного опроса больного у некоторых удавалось найти опорные пункты в анамнезе и даже добиться признания; у других выступала на помощь положительная RW, и только у немногих (3) диагностика была поставлена на основании терапии — *ex juvantibus*. Злоупотребление алкоголем было отмечено в 4 случаях, малярия — 3, травма — 1.

Боли, ограниченные или рассеянные, наблюдались у 15 больных; у 10 были тупые, но не сильные боли в области правого подреберья, у 3 — в подложечной области в виде чувства тяжести, и у 2 характер болей симулировал желчно-каменную болезнь. Усиливались боли чаще ночью, отдавали в правую лопатку и руку. Печень была заметно увеличена в 19 случаях, в 8 — незначительно. У 9 больных на поверхности печени выступала бугристость, ясно прощупываемая в виде отдельных выпячиваний. Консистенция печени была большею частью плотна. В 12 случаях печень была чувствительна при пальпации. Селезенка была увеличена у 18 больных из 27, прощупывалась, причем выступала не больше чем на три пальца из-под реберной дуги. Асцит наблюдался в 6 случаях: в 3 — значительный, в 1 — средний и в 2 — незначительный. Температура в 11 случаях носила неправильный, субфебрильный характер, в одном — ремиттирующий, а в остальных была нормальной; у двух больных во время пребывания в клинике были ознобы. Желтуха была в 6 случаях, при чем у двух больных была резко выражена. Реакция *Hüman's v. d. Bergh's* производилась у двух больных: в одном случае дала двухфазную реакцию (клинический диагноз — гумма печени), а в другом реакция была прямая, скорая. В настоящее время нами ведутся исследования в этом направлении. В одном случае наблюдалась рвота, поносы; в двух — кровотечение из носа.

RW из 27 производилась у 24; в 16 случаях была положительна (из них в 13-ти резко положительна и в 3-х слабо), в 8-ми случаях отрицательна. Со стороны крови в трех случаях был обнаружен лейкоцитоз — 10.000 — 21.000; количество лимфоцитов колебалось от 19 — 36%, в одном случае было 44%; эозинофилов от 0,5 — 16%, при чем в 6-ти случаях, где был установлен диагноз *gumma hepatis*, количество эозинофилов колебалось от 6 — 16%. У 6-ти больных был обнаружен белок в моче, у 8-ми реакция на уробилин была положи-



тельна, у 2-х были обнаружены желчные пигменты. У 15-ти больных был установлен клинически mesoortitis; в 5-ти случаях были обнаружены периоститы; у 22-х больных от специфического лечения было отмечено улучшение; печень заметно уменьшилась (особенно в случаях, где был поставлен диагноз *gumma hepatis*), асцит также уменьшился, общее самочувствие больных улучшилось. В 17-ти случаях применялась смешанная терапия; в 11 — иодистый калий, ртуть, неосальварсан; в двух — вместо ртути применялся висмут. Каких-либо осложнений от применения мышьяка не наблюдалось. В 5-ти случаях применялась терапия иодистым калием и ртутью в форме микстуры Биетта.

Из разобранного нами материала Госпит. Терап. Клиники можно сделать следующие выводы:

1. Количество сифилитических поражений печени за последние три года возросло.
2. Сифилитическое поражение печени не представляет определенной клинической картины; диагноз ставился на основании целого ряда симптомов.
3. RW при сифилитических поражениях печени в 66% дала положительный результат.
4. Своевременная специфическая терапия дает хорошие результаты, особенно — при гуммах печени.
5. Применение препаратов мышьяка, назначаемых с осторожностью, не противопоказано при сифилисе печени.

За предоставленный материал и руководство приношу искреннюю благодарность проф. В. Е. Ставраки.

#### Литература.

1. König. Berl. Kl. Wochenschr. 1905, № 6.
2. Bauer. „Lues und innere Medizin“ 1910.
3. Hausmann Th. „Dieluetischen Erklärungen der Bauchorgane“. 1913.
4. Gaucher. „La syphilis des viscères“. 1909.
5. Finger, Jadassohn. „Handbuch der Geschlechtskrankheiten. B. III. 1913.
6. Фурнье А. „Руководство к патологии и терапии сифилиса. Вып. V. 1909.
7. Нейман. „Сифилис внутренних органов“. 1903 г.
8. Weislay Gatewood. „The American Journal of the Medical Sciences“. 1925. № 2.
9. Meïrowsky und Pincus. „Die Syphilis“. 1923.
10. Лурья Р. А. Казанский Мед. Жур. 1925. № 4.
11. Штерн Ф. Б. „Врачебная газета“. 1925. № 1.
12. Левин. Журнал для усовершенствования врачей. 1925. № 11.

## Роль педиатрии в психическом развитии ребенка.

Профессор И. Я. Винокуров.

Психофизическое состояние современного детства является в настоящее время чрезвычайно важным вопросом как с точки зрения научной, так и общественной. Перспективы нарождающегося поколения за последние годы рисуются многими исследователями в довольно мрачных красках. В частности по отношению к Украине, по данным Соколянского, на 8 миллионов зарегистрированных детей — 400.000 или 5% составляют дефективные дети.

На втором Всероссийском Съезде педиатров в Москве в 1922 году проф. А. С. Дурново в своем докладе, озаглавленном: „Педология и Педиатрия“, вполне справедливо подчеркивает, что при современном состоянии знания, педиатр не может достаточно успешно вести свое прямое педиатрическое дело без коллизии с педологией,



не обладая более или менее отчетливыми знаниями по психологии и психопатологии ребенка, по педагогике, и не разбираясь в итогах массовых антропометрических, психологических и иных исследований детей. Проф. Гундобин в известном нам руководстве — „Особенности детского возраста“ — уже давно указал на недостаточное знакомство педиатров с психофизическим развитием ребенка.

Не подлежит сомнению, что гармоническое развитие телесной и душевной жизни индивидуума — идеал культурных требований всех времен — остается в полной силе и в наши дни. „В процессе развития животного царства“, говорит Герберт Спенсер, „существует теснейшее соотношение между телесной организацией, физиологическими отправлениями и, дарованиями: чем лучше организовано тело и все его части, чем совершеннее в этом теле происходят физиологические процессы, — тем выше бывают и психические функции, и наоборот“.

Чрезвычайно важным вопросом является — изучение возникновения психической жизни у ребенка, и в какой последовательности идет развитие отдельных его душевных способностей и в дальнейшем. „Духовное развитие человечества“, говорит Пре́йер (Душа ребенка), „в сокращенном виде повторяется в ребенке“.

Основной биогенетический закон, сформулированный Эрнестом Геккелем — онтогенез — представляет собою укороченное повторение филогенеза и первоначально был применяем только к истолкованию анатомо-физиологических фактов, но затем его значение распространилось и на явления психические.

Еще в утробной жизни — в последние 2—3 месяца до появления на свет — человеческое существо обладает известной степенью психической жизни. Проследить утробную психическую жизнь — пока вещь совершенно неисполнимая. „Эту жизнь“, говорит Н. Н. Ланге в своей работе: „Душа ребенка в первые годы жизни“ (Русская Школа 1891 г.), „мы можем всего лучше понять, сравнив ее с глубоким сном; этот сон не вызван утомлением, но обусловлен отсутствием раздражения или, еще лучше, с зимней спячкой некоторых животных“.

Психика ребенка резко отличается от психики взрослого, а потому невозможно перенести на ребенка наблюдения, сделанные над взрослыми, точно также и наоборот. Понимание детской психики представляет несомненные трудности. Мы не знаем природы ребенка, пока не сделаем наблюдений над его действиями при различных условиях.

То, чем должен быть ребенок, потенциально скрыто в нем с первого дня рождения и становится актуальным только после того, как известные стороны его существа развились под влиянием тех или иных условий. Иначе говоря, врожденные качества индивидуума в момент рождения представляют собою только возможности, которые становятся реальностями в большей или меньшей степени в зависимости от того, насколько окружающая среда предоставляет соответствующие условия и стимулы для их развития.

Влияние окружающей среды начинается с момента рождения и продолжается в течение всей жизни, а психическая жизнь каждого индивидуума в сущности ни что иное, как окончательный результат работы всех тканей вместе с нервной системой, или, иначе говоря,

\*) Доклад в годичном заседании Общ. детских врачей при Одес. Гос. Медицинском институте 26 февраля 1926 г.



все процессы нашей душевной жизни стоят в самой тесной связи с функциями нервной системы — *resp.* головного мозга (Эббингауз — Очерки Психологии).

Педиатру по своему положению — близкому контакту с растущим организмом — легче всего уловить те или иные психические дефекты у того или другого ребенка и лучше всего судить об их печальных последствиях.

Ребенок начинает жить почти бессознательно, но с ярко выраженными рефлекторными и инстинктивными тенденциями, причем, однако, нарушение правильного развития его психической жизни может быть вызвано самыми разнообразными причинами.

Первое сочинение по детской психологии, появившееся еще в 1787 году под заглавием: „Наблюдения над развитием душевных способностей у ребенка“, принадлежит врачу Тидеману.

Тидеман не только наблюдает ребенка непосредственно в том виде, в каком его находит, — он старается создать условия, благоприятные для наблюдения и, главное, для объяснения наблюдаемых явлений.

Изучение психики ребенка возможно только путем планомерного систематического и сравнительного наблюдения и исследования. Несомненно, что усовершенствование естественно-научных знаний и разработка методов изучения психических явлений в значительной степени способствовали более глубокому изучению трудной области детской психологии.

Психиатр Куссмаул в 1859 году в своем сочинении: „Наблюдения над душевной жизнью новорожденного“ разработал методику изучения проявления духовной жизни ребенка.

Опыты Куссмаула касались только самых первых проявлений душевной жизни ребенка, и из них он делает вывод об интеллекте новорожденного.

Основателем же психологии детского возраста является физиолог Прейер. Труд его под заглавием: „Душа ребенка“ появился в 1882 году.

С величайшей тщательностью Прейер, пользуясь наблюдением и опытом, следит за постепенным развитием духовной жизни младенца. Работы его дали могучий толчок изучению психологии детского возраста.

Д-р В. Амент — автор прекрасной научно-популярной книжки „Душа ребенка“ — в своем обзоре: „Успехи науки о детях за период с 1895—1903 г.“ (в „Педагогической Психологии“) делит ее историю на два периода: первый — когда изучением детства занимались, главным образом, физиологи, интересовавшиеся прежде всего развитием органов чувств с момента рождения, и второй, когда за исследованием принялись психологи, а потом и педагоги. О детских врачах ни слова...

Психология детства сделалась основой научной педагогики. Вундт, которого считают основателем экспериментальной психологии, основал в 1879 году первую в Европе психологическую лабораторию. Заслуга же использования эксперимента в целях исследования психической жизни детей принадлежит талантливому ученику Вундта — профессору Говардского университета Стэнли Холлу. („Душевная жизнь детей“. Очерки по педологической психологии под редакцией проф. А. Ф. Лазурского и А. П. Нечаева). Изучению психофизического развития детей уделил не мало труда русский психиатр проф. Сикорский.



Весь цикл психической эволюции человека обыкновенно разделяется на следующие периоды (цитирую по Сикорскому): 1) возраст первого детства — от рождения до 7-ми лет; 2) второе детство или отрочество — от 7—14 лет; 3) юношество; 4) период зрелости; 5) период старчества. Возраст первого детства с своей стороны делится на: 1) период новорожденного; 2) период первых трех месяцев; 3) период от 4-х до 10-ти месяцев; 4) конец первого и начало второго года жизни; 5) от второго года до 6 лет.

Если в телесном развитии не замечается никаких недостатков и уродливостей, то все это предвещает нормальный ход психического развития ребенка. Следить за физическим развитием его, заботиться о сохранении его здоровья и об укреплении его организма входит, конечно, в первую очередь в область деятельности детского врача. Но наряду с этим в ту же область педиатра должно входить интегральной частью знакомство с проявлениями психической жизни растущего организма, знакомство с детской природой.

У новорожденного развиты только низшие нервные центры, а именно — центры растительной жизни, т. е. продолговатый мозг с прилежащими частями и органы чувств. Высшие центры (центры душевной или ассоциативной жизни) находятся в зачаточном развитии.

Таким образом, анатомические и психологические факты находятся в полной согласованности. Следует, однако, прибавить, что дети с некоторыми физическими недостатками не всегда лишены возможности нормального душевного развития. С другой стороны, скрытая болезненная наследственность может сопровождаться понижением продуктивности в сфере умственной деятельности и затруднением в психическом развитии ребенка.

У новорожденного нет еще психической жизни: душевная его жизнь возникает лишь с течением времени и весьма медленно. Первое проявление душевной жизни обнаруживается не в сфере познания и воли, а в области чувств. Благодаря приятным и неприятным ощущениям пробуждается психика ребенка уже вскоре после рождения. И, в действительности, мы видим, что в грудном возрасте душевная жизнь складывается из развития функций органов чувств и из возникающих отсюда элементарнейших душевных явлений.

В периоде первого детства (по Сикорскому), к которому принадлежит дошкольный возраст, психическая жизнь обогащается возникновением способности речи, и в том же периоде влияние окружающей среды становится весьма заметным. Преждевременная умственная зрелость влечет за собою нервозность, повышенную утомляемость и расслабленность как в духовной, так и в физической сфере, и в конечном результате — понижение умственной работоспособности. В школьном возрасте у ребенка развивается память, способность к наблюдениям и суждениям. В этом периоде жизни укрепляется и воля.

Что касается вообще развития мыслительной способности, то уже грудной младенец располагает способностью к суждению и умозаключениям. Суждения его, конечно, еще не глубоки: они ведут его к знакомству с предметами, но не к познанию их.

Рассматривая процесс душевного развития вообще, следует признать, что переданные ему по наследству от родителей или предков те или иные наклонности под влиянием воздействия внешних условий могут или развиваться далее, или же подвергнуться задерживающему воздействию, или даже совершенно заглухнуть.



И в этом отношении весьма ценным являются своевременные указания детского врача, сумевшего изучить и постичь влияние привходящих условий. Юная душа, как давно известно, представляет почву, чрезвычайно благоприятную для морального посева. „Семена же для этого посева, говорит проф. А. П. Нечаев (Душевная жизнь детей. Изд. Педагогической Академии), непрерывно доставляются из внешнего мира в форме представлений и понятий, образующихся в окружающей среде“.

Отсюда ясно, какое важное значение имеет пример окружающего в раннем детском возрасте, именно, в силу и того, что у детей способность легко поддаваться внушению и склонность к подражанию развиты в совершенстве. Влияние нравственной атмосферы, в которой живет ребенок, велико.

Душевный рост детей может быть познан лишь путем наблюдений и планомерного исследования. Условия для познания душевной жизни ребенка тем менее благоприятны, чем моложе дитя. Установлено, что низкому уровню психического развития грудного ребенка соответствует и незаконченное развитие его мозга. С другой стороны, также установлено, что чем дольше длится детство у какого-либо живого существа, тем больше времени требуется ему и для периода душевного созревания, которое зависит от „телесного носителя“ душевной жизни (по выражению психологов)—от головного мозга. Чем моложе ребенок тем больше анализ его психических проявлений носит физиологический характер. Установление психических способностей грудного ребенка сперва обычно начинается с констатирования тех функций, каковые у него еще не развиты. Из сенсорных центров мозговой коры у новорожденного в состоянии полной функциональной готовности находится лишь три: это — центры обоняния, вкуса и осязания.

Работы Флексига показали, что последовательность обнаружения элементарных душевных функций у ребенка подчинена некоторой общей закономерности, которая сохраняется несмотря на то, что темп развития у отдельных детей бывает чрезвычайно различен в зависимости, конечно, от индивидуальности.

Все главные душевные функции имеют, каждая, свое время особенно быстрого развития и упражнения. Каждая стадия развития характеризуется определенными душевными и телесными особенностями (существенно важные для душевной жизни части большого мозга почти совершенно лишены миелина). Процессу анатомического созревания мозга соответствуют и быстрые успехи психического развития, которое выявляет из врожденных задатков ребенка различные душевные свойства и способности. Точно указать временные даты, когда в первый раз обнаруживаются отдельные душевные способности, нельзя в силу того, что темп развития этих способностей, как я уж выше упомянул, индивидуально бывает весьма различен и зависит от телесного развития младенца, равно как и от ухода за ним. Постоянна и закономерна лишь последовательность первичных обнаружений различных способностей, как то: фиксирование взора, хватанье, сиденье, хождение, речь и т. д.

Наблюдения показали, что развитие психической жизни постоянно нуждается в новых раздражениях извне. Для душевного развития ребенка важное значение имеет стремление к подражанию.

Стремление, по Мебиусу, на низших ступенях душевного развития является молчаливым руководителем поступков, постепенно сменяемых сознательными чувствами и представлениями.



Таким образом, мы видим, что для душевного развития ребенка стремление к подражанию имеет важное значение: бессознательное подражание постепенно переходит в сознательное и намеренное. В первые три года жизни—инстинктивное и импульсивное подражание безусловно превалирует над сознательно-намеренным.

С другой стороны, в стремлении проявляется начальная предварительная ступень воли, а последняя отмечается вместе с появлением у ребенка активного внимания. Таким образом, стремление и воля действуют совместно, когда ребенок научается владеть собственным телом.

Что же касается одного из важнейших факторов психической жизни ребенка — речи, то образование ее идет по двум путям: 1) нативизма и 2) эмпиризма. В первом случае многое из того, что ребенок говорит, возникло всецело из его своеобразного творчества; многое из употребляемых им слов он никогда и нигде не слышал. С другой стороны, все, что говорит ребенок, почерпнуто в окружающей его среде, и, таким образом, детская речь возникает и путем подражания (и этим путем—главным образом).

Главные характерные черты человеческого существа в различные периоды его жизни обуславливаются не только приобретенным опытом, но и различными инстинктами, которые получают преобладание в разные стадии его существования. Вся духовная жизнь—интеллектуальная, эмоциональная и волевая — развивается из инстинктов.

Не останавливаясь на классификации инстинктов, на базисе каждого в отдельности, укажу лишь на некоторые. Инстинкт, раньше других обнаруживающийся — это инстинкт питания, который в физическом смысле является существенным в раннем детстве, но в духовном — его значение не велико. При неудовлетворении этого инстинкта ощущения голода и самый акт плача является, как полагают, первым осязательным опытом детского сознания. В раннем периоде жизни инстинкт питания обнаруживается чаще мучениями голода, чем удовольствием удовлетворения. Как часто мы видим уже на первом году жизни извращение этого инстинкта, когда ребенок получает слишком рано представление о разнообразных вкусовых веществах, с точки зрения питательности низко стоящих. Подобное извращение вкуса при соответственном руководстве врача может быть несомненно предотвращено. Не менее существенным инстинктом является инстинкт страха. Первое проявление его у детей — вздрагивание при громком звуке, а другое проявление его — боязнь упасть, которая наблюдается у детей между 1 — 2 мес. Явление это указывает на бессознательность инстинкта страха у детей в этом раннем периоде жизни. То же чувство — страх упасть — обнаруживающееся гораздо позже, является уже результатом опыта.

Многие акты детей подражательны вследствие того, что у них существует прежде всего стремление наблюдать, а затем воспроизводить новые акты; и, таким образом, подражание является важным фактором расширения их опыта и подготовки к разнообразным действиям и условиям. В данном случае мы имеем перед собою проявления инстинкта приспособления.

При изучения детского возраста обычно устанавливаются общие положения в области анатомии, физиологии и психологии относительно характера детских свойств в различные периоды детства. Подобные общие выводы несомненно очень ценны, как нормы для сравнения.



Однако, в результатах изучения ребенка всегда подчеркивались большие индивидуальные различия детей, с которыми абсолютно необходимо считаться, — индивидуальность должна быть признана. Классификация же детей по конституции при современном состоянии научных исследований в этой области не может считаться вполне законченной и удовлетворяющей как психолога, так и педиатра-педолога, так как особенности разных темпераментов встречаются у одного и того же индивидуума. Требуется еще продолжительное изучение особенностей каждой индивидуальности для того, чтобы можно было создать более практическую классификацию детей.

В этом кратком и беглом обзоре я коснулся лишь некоторых общих вопросов развития душевной жизни детей. На ряду с изучением естественного порядка физического развития ребенка, детский врач должен, по моему, уделять особое внимание естественному порядку психического развития. Одновременно, конечно, необходимо установление влияния в каждом отдельном случае разнообразных условий и актов в различные стадии развития. В задачу педиатра должно входить более широкое понятие о ребенке, а не только наука о больном ребенке в узком смысле слова.

Современная педиатрия должна опровергнуть положение, высказанное проф. Дурново в своем докладе, „о пассивном сопротивлении педиатров к педологии, не желающих сойти с насиженной позиции лечащих врачей“.

Педиатрия должна, само собою разумеется, базироваться на всестороннем изучении ребенка. Лишь при подобной постановке вопроса патология детского организма должна во многих отношениях значительно расширяться и в то же время более углубиться.

Бесспорно, сравнительно молодая наука — педология в связи с физиологией и психологией раскрыла нам, педитрам, многое из того, что было так мало изучено.

„Искусство успешного управления детьми должно опираться на педологические данные“, говорит проф. Киркпатрик. К сказанному следует прибавить, что изучение ребенка может быть успешно осуществлено лишь при условии взаимной связи между педиатрией и педологией. Это положение является тем более существенным, что педиатр при знакомстве с аномалиями психического развития, в состоянии выполнить одну из ответственных задач „в смысле предупреждения и устранения бесчисленных опасностей“, как говорит проф. Дурново, „подстерегающих организм ребенка, физиологически находящегося все время в состоянии неустойчивого равновесия“. Как трудно представить себе в настоящее время современную педагогику без руководства экспериментальной психологии и педологии, так и непонятна современная педиатрия без основ педологии.

Современный детский врач без педологической подготовки не в состоянии постичь сущности нормальных и аномальных душевных свойств и способностей ребенка в различные годы его жизни. „Девятое десятилетие в изучение ребенка“, „без сомнения всегда изучали с тех пор, как появился первый ребенок на земле, но лишь в наши дни они стали предметом научного исследования“.



## Ортопедия как врачебная специальность и как предмет преподавания\*).

Профессор Н. И. Кефер.

Разрешите мне в этот важный для вверенной мне клиники день поделиться с Вами теми взглядами на положение ортопедии среди других медицинских дисциплин, которые находят, повидимому, в последнее время все большее число сторонников среди современных ортопедов. Но предварительно необходимо бросить хотя бы беглый ретроспективный взгляд на историю нашего предмета.

Эта дисциплина так же стара, как медицина вообще. Корни ее приходится искать в древнейшие времена. Деформации и различные пороки развития считались неизлечимыми и, поэтому, исстари обычно игнорировались представителями медицины и оставались вне сферы их влияния. Но во все времена находились люди, которые тем или иным путем старались помочь несчастным калекам. Дело помощи им находилось, таким образом, в большинстве случаев не в руках врачей, а знахарей, сапожников, кузнецов и т. д.

Однако, у Гипократа имеются уже весьма ценные указания на лечение некоторых деформаций, как, например, искривлений позвоночника, косолапости, контрактур.

Не только в более отдаленные времена, но и значительно позже школьная медицина продолжала игнорировать деятельность этих, стоящих вне ее людей, почти ничего не внося, с своей стороны, в дело помощи при телесных недостатках. В виду этого, развитие ортопедии подвигалось мало, и к началу прошлого столетия она, по свидетельству некоторых авторов, не далеко ушла от того уровня, на котором находилась во времена Гипократа, свыше 20 столетий тому назад.

В общем, ортопедия в течение всего этого огромного промежутка времени являлась, по существу, не врачебной дисциплиной, а искусством, лежавшим вне медицины. Достижения этого искусства в большинстве случаев не только не находили оценки, но даже не упоминались на страницах медицинской литературы того времени именно потому, что корни его лежали вне школьной медицины.

Оставляя в стороне некоторые менее существенные этапы, приходится отметить первый мощный толчок, данный ортопедии немецким хирургом Strohmeyer'ом, который в тридцатых годах прошлого столетия стал производить подкожное рассечение сухожилий. О влиянии этой простой операции с воодушевлением передает известный английский хирург и ортопед Little, сам подвергшийся у Strohmeyer'a этой операции вследствие врожденной косолапости и явившийся апологетом ее в Англии. С этого момента ортопедия приобщилась к хирургическим дисциплинам, и дальнейшие успехи ее тесно связаны с успехами хирургии и медицины вообще.

Широкие перспективы открылись для ортопедии с введением наркоза, гипсовой повязки и антисептики. Целый ряд телесных недостатков стал доступным ношу хирурга. Различные выдающиеся хирурги (Langenbeck, Volkman, Hueter, Mac Ewen и др.) стали оперативным путем исправлять различные деформации скелета, чем и было положено начало ортопедической хирургии.

\* ) Речь, произнесенная 14 сент. 1925 г. на торжественном соед. заседании Одесск. Мед. Факультета и членов 3-го Съезда хирургов Одесской губернии по случаю 25-летия Медицинского Факультета и открытия нового помещения клиники Ортопедической Хирургии.



Однако, хирурги отдавали свое внимание только тем ортопедическим случаям, которые поддавались оперативному лечению. Но этим сфера действия, ортопедии не исчерпывалась. Оставался длинный ряд деформаций, забота о которых продолжала оставаться в руках людей, стоявших вне медицины — бандажистов, гимнастов. Среди последних справедливость требует назвать два имени — шведского гимнаста Ling'a и немецкого бандажиста Hessing'a, — не врачей, но чрезвычайно одаренных людей, обогативших ортопедию весьма ценными вкладками.

Таким образом ортопедические больные принуждены были искать помощи в трех местах: у хирургов, бандажистов и гимнастов, между которыми не только не было контакта, но существовал скорее известный антагонизм.

Так оставалось до третьей четверти прошлого столетия, когда единичные хирурги стали стремиться к объединению этих трех направлений в одних руках. Этот момент тесно связан с двумя именами — Albert Hoffa и Adolf Lorenz. Lorenz, маститый венский ортопед, обессмертивший свое имя бескровным лечением одного из наиболее частых врожденных недостатков — врожденного вывиха бедра — является нашим современником. Рано скончавшийся Albert Hoffa обессмертил свое имя изданием первого учебника ортопедии — огромного труда, давшего полное отражение всем достижениям ортопедии и занявшего, благодаря строго научной обработке, почетное место наряду с лучшими руководствами других медицинских дисциплин.

Этот краткий исторический обзор дает возможность сделать вывод, что ортопедия не откололась от хирургии подобно отоларингологии, урологии и т. д., а развилась самостоятельно и была частично поглощена хирургией.

Поэтому, известный и весьма заслуженный шведский ортопед Patrik Haglund полемизирует против установившегося в последнее время названия „ортопедическая хирургия“. Он полагает, что перемена названия возникла из желания отмежеваться от именующих себя ортопедами бандажистов и гимнастов. Но название это узко, не охватывает предмета. Как не говорят об офтальмологической хирургии, так нет основания говорить об ортопедической хирургии или хирургической ортопедии. Название „ортопедия“, охватывающее как чисто хирургический, так и медикомеханический и физиотерапевтический отделы, лучше всего характеризует нашу науку в целом.

Что касается определения сущности ортопедии и ее границ, то в этом вопросе мы наталкиваемся на весьма значительные затруднения. Все до сих пор сделанные попытки в этом направлении не привели к точному определению. Французская школа определяла ее как учение о врожденных и приобретенных деформациях. При таком определении в область ортопедии приходится включить заячью губу, волчью пасть, атрезия ani, грыжи и прочие заболевания и дефекты, явно лежащие вне ее области. Hoffa определял ее как науку, занимающуюся изучением отклонений формы человеческого тела, их распознаванием, предупреждением и лечением. И это определение не может нас удовлетворить, ибо оно и слишком широко и не одна только форма интересует нас. Эпоха грубомеханических взглядов и чисто морфологического направления давно нами изжита. Помимо того не всякое отклонение от обычной формы является объектом для ортопедии. В то время, как еще очень недавно все у нас стояло под



знаком деформации, в настоящее время все больше места отвоюет себе понятие о функциональном нарушении.

Один из важнейших биологических законов, данных нам Wilhelm'ом Roux, ставит форму в зависимость от функции. Этот закон выведен при помощи исследований и наблюдений над тем органом, который является объектом для ортопедии — из наблюдений над скелетом, причем предшествовавшие наблюдения и исследования хирургов и ортопедов, из которых назову только Volkmanп'a, Hueter'a и Julius Wolff'a, сыграли при этом не маловажную роль.

Ортопедия за короткий промежуток времени выросла в биологическую науку и заняла подобающее ей место среди других медицинских дисциплин.

Таким образом, ясно, что данное Hoffa определение уже не может нас удовлетворить.

Не стану утомлять Ваше внимание приведением многочисленных других определений, так как попыток сделано много, но ни одно из них не является исчерпывающим. Наша наука быстро развивается и, поэтому, вчера данное определение может сегодня оказаться уже не вполне удовлетворительным. Остановлюсь еще на одном.

Patrik Haglund пытается подойти к этому вопросу с разных точек зрения — с точки зрения научной и практической.

Как наука, ортопедия есть патология и терапия двигательного и поддерживающего аппарата в самом широком смысле слова. При таком определении, помимо стационарных и хронических заболеваний, в ее область должны войти также и острые заболевания и вся травматология. По существу, это диктуется логикой, ибо продуктивно заниматься изучением и лечением хронических заболеваний скажем, суставов и костей, можно, конечно, только при близком знакомстве с острым периодом. Помимо этого, самые методы лечения острого периода должны оказаться более рациональными, если применять их будет тот, кто близко знаком с их ортопедическими последствиями.

В практической деятельности ортопедов теперь уже проявляется явная тенденция охватить всю патологию и терапию двигательного и поддерживающего аппарата. В особенности это касается травматологии.

Число ортопедов-специалистов в современном смысле этого слова — еще не велико. Многие ортопедические заболевания находят помощь в хирургических отделениях более крупных больничных учреждений. Однако, как специальность практической медицины, она требует для лечения целого ряда морфологических и функциональных нарушений такого технического навыка, такого специального опыта и таких технических приспособлений, какими обычные хирургические отделения не располагают.

Стремясь заглянуть в будущее, Haglund представляет себе, что между двумя ныне существующими основными группами медицины — терапевтической и хирургической — вклинится третья — патология и терапия двигательного и поддерживающего аппарата, которая поглотит части из той и из другой. Но тогда ортопедия перестанет быть специальностью, а сама станет основной дисциплиной.

Может быть, многим такой взгляд покажется ересью или несбыточной мечтой. О близком осуществлении этой „мечты“, конечно, не может быть и речи. Но если принять во внимание, с одной стороны, какие гигантские размеры приняли наши две основные дисциплины,



размеры, охватить которые лежит уже вне возможности человеческого ума, а с другой, количественный и качественный вес патологии и терапии органов движения — вес одних только мышц составляет одну треть веса тела, — то такая мысль является чрезвычайно подкупающей.

В самом деле: двигательный и поддерживающий аппараты, т. е. скелет со всеми суставами, связками, фасциями, сосудами и периферическими и, отчасти, центральными нервами составляют, по существу, один комплекс органов. Отсюда естественный вывод, что изучение этого единого аппарата, все отдельные части которого находятся в неразрывной зависимости друг от друга, и изучение и исправление его недостатков морфологического и функционального типа должны быть сосредоточены в одних руках.

В своей интересной речи на XIX съезде германских ортопедов о социально-биологическом единстве в ортопедии Biesalski говорит: „Человеческий организм состоит из системы органов и комплекса органов, которые нераздельно связаны друг с другом. Органы чувств воспринимают внешний мир; комплекс растительных органов — пищеварения, изготовления крови, распределения ее, мочеотделения и размножения обеспечивает чисто животную жизнь. Один комплекс органов служит исключительно поддержке и движению. Он, совместно с проявлениями психики, возвращает личность внешнему миру. Он служил тому, чтобы защищаться от врагов и добывать пищу, он же в наше время, если присоединить умственную работу, обеспечивает человеку его социальное положение“.

Каково же должно быть наше отношение к ортопедии, как предмету преподавания, при том положении ее, которое она занимает в настоящее время?

До последнего времени она не только не являлась обязательным предметом, но, как таковая, в виде необязательного предмета преподавалась лишь в немногих университетах не только у нас, но и за рубежом. Студенты получали случайные и безусловно недостаточные сведения от преподавателей хирургии и получали их тем скуpee, чем менее данный преподаватель интересовался этой дисциплиной.

У нас в последнее время сделан огромный шаг, шаг, о котором только мечтают наши зарубежные коллеги: ортопедия введена в число обязательных предметов, учреждены кафедры, открываются ортопедические клиники.

Преподавателям этой дисциплины приходится делать первые шаги. В наших руках сосредоточена задача исключительной важности, состоящая в том, чтобы сразу взять правильный курс и укрепить и удержать занятую позицию. В виду огромного значения этого обстоятельства, нельзя не задуматься над тем, в чем заключается правильность этого курса.

Мы должны прежде всего учесть, что ортопедия не относится к основным предметам. Преподавателю этой дисциплины уделено очень ограниченное число часов. Поэтому не может быть речи о том, чтобы преподавать ортопедию в полном объеме. Волей неволей, приходится ограничиться ознакомлением слушателей с самыми важными главами этой специальности. До последнего времени студенты покидали университетскую скамью в сущности без всяких сведений из этой области и врач, путавший названия *genu valgum* и *varum*, был самым обычным явлением.

С другой стороны, преподавать ортопедию по тому плану, по которому составлено известное и весьма полезное руководство Са-



lot L'orthopédie indispensable, я считаю также не вполне соответствующим нашей задаче. Эта книга дает весьма ценные советы диагностического характера для наиболее ходких деформаций, дает очень ценные технические указания из области техники гипсовых повязок, но в ней совершенно отсутствует то, что мне представляется особенно важным — в ней нет биологического фундамента, нет связующего звена между ортопедией и другими медицинскими дисциплинами. Это не более, чем практическое руководство для начинающего ортопеда. Мне же думается, что мы менее всего должны стремиться готовить из наших слушателей специалистов.

Я склоняюсь к тому взгляду, что наша задача заключается в том, чтобы дать студенту, в общем, понятие о важности нашей дисциплины, ввести его в биологические основы ортопедии, ознакомить с нашими терапевтическими достижениями, искоренить вредный терапевтический нигилизм и, наконец, что особенно важно, дать ему необходимые профилактические сведения. Последнее я считаю особенно важным потому, что ознакомив будущих врачей с ортопедической профилактикой как в младенческом, так и в более позднем возрасте, мы, ортопеды, готовим себе армию соратников для борьбы с калечеством и инвалидностью.

С введением на Украине т. н. уклонов, ортопедия стала обязательной только для Хирургической секции. С прошлого учебного года она была введена также в число обязательных предметов для секции Охматдет. Эту новеллу нельзя не приветствовать, и мне хотелось бы думать, что она является только ступенью к тому, чтобы ортопедия стала обязательным предметом для всех уклонов.

Мой опыт еще не велик, он обнимает всего 4 года. После первых робких шагов, я все смелее стал идти по тому пути, который я только что имел честь наметить. Первоначально холодное и безучастное отношение студентов стало скоро сменяться проявлением интереса к нашему предмету. Сегодня я считаю себя вправе отметить одно весьма существенное достижение — необходимость преподавания ортопедии прочно вошла в сознание нашего студенчества.

Если у меня долгое время не было уверенности в прочности кафедры ортопедии, то теперь, именно благодаря отмеченному достижению, я в прочности ее перестал сомневаться. Наша клиника получила хотя и скромное и недостаточно оборудованное, но свое помещение, что послужит к дальнейшему ее упрочению и развитию. Остается только выразить пожелание, чтобы нам предоставлена была возможность возвести на этом скромном фундаменте здание, достойное той дисциплины, для которой оно предназначено.

## Диагностическое и терапевтическое значение эзофагоскопии.

Профессор А. И. Гешелли.

Несмотря на то, что свыше сорока лет прошло с тех пор, как Микулич положил начало рациональной эзофагоскопии, и целый ряд исследователей — в особенности венская и берлинская школы — неустанно стремились утвердить этот метод исследования и лечения во врачебном обиходе, однако, до сих пор еще нельзя сказать, чтобы он приобрел принадлежащие ему права гражданства. Такое отношение к Э. особенно сказывается в столь важном вопро-



се, как распознавание и удаление инородных тел пищевода. Не только у нас в России, но и на Западе и поныне еще в ходу все варварские и преступные — *sit venia verbo!* — инструменты, которые давным-давно пора сдать в архив или же держать в университетских музеях. Все эти монетоловки, костеизвлекатели, зонды для проталкивания тел в желудок и другие, им подобные „слепые“ приспособления до сих пор еще не только украшают инструментальную полку практического врача, но и являются „инструментами выбора“ для извлечения инородных тел пищевода. Такова цепкая сила привычки и рутины! Не без горести говорит проф. Эйкен, заместитель знаменитого Киллиана, что в вышедшей в 1915 году VI-м изданием очень распространенной книге „Терапия Берлинских Университетских Клиник“ в главе об инородных телах пищевода говорится следующее: „Если инородное тело оказывает зонду некоторое сопротивление, необходимо всячески избегать насильственно его проталкивать. Необходимо попытаться удалить его помощью монеты или костеизвлекателя, а при локализации в верхнем отделе пищевода извлечение часто удается длинным корнцангом. При низкой локализации, в случаях глубокого внедрения в стенку — как то: зубные протезы, кости, — показано сечение пищевода“. Об опасностях всех этих манипуляций — ни слова! А между тем, до чего грозна бывает эта опасность, может рассказать не один хирург и ларинголог. Без особенного преувеличения можно сравнить каждый пищевод с застрявшим в нем инородным телом с бочкой пороха с тлеющим фитилем: малейшее неосторожное движение — а, ведь, все движения, производимые вслепую неосторожны — и взрыв неизбежен.

В своем докладе в Берлинском Медицинском Обществе Эйкен передает о следующем случае. Проглотившему монету ребенку, приглашенный врач ввел монетоизвлекатель. Вскоре после этого ребенок в тяжелом состоянии доставлен был в клинику, где к вечеру и скончался. Секция обнаружила разрыв пищевода на всем его протяжении; инородное тело нигде не было обнаружено. Комментарии излишни! В работе ассист. Эйкаена Г. Киллиана приводится подробно разработанная казуистика 300 случаев инородных тел пищевода, прошедших через клинику за последние 10 лет: почти в 10% можно отметить неудачные попытки удаления или проталкивания помощью тех или иных вслепую введенных инструментов.

А сколько раз попытки эти заканчивались тем, что вместо одного случайного инородного тела в пищеводе оказывалось два: введенный вслепую инструмент застревает, энергичные, слишком даже энергичные усилия оператора не могут его продвинуть ни вверх, ни вниз. Не приходится говорить о том, что переживает в эти минуты врач...

Между тем, Э. является тем именно методом, который дает возможность в подавляющем большинстве случаев свести трудности и опасности, сопряженные с применением старых приемов удаления инородных тел, почти к нулю. „Это та именно область, говорит Г. Штарк, где Э. празднует самую крупную свою победу“. Этот метод прежде всего дает возможность убедиться в том, имеется ли вообще в пищеводе инородное тело — вопрос в высокой степени важный, так как ни самый тщательный анамнез, ни даже рентгенограмма не дают нам всегда полной в этом уверенности. Большой категорически утверждает, что он чем-то подавился, жалуется на сильные боли с определенной локализацией, а между тем Э. обнаруживает полную проходимость пищевода на всем его протяжении. Сколько раз больных уже готовили к операции, а между тем



инкриминируемое тело спокойно лежало где-нибудь дома, как например, в случае Крэнлейна, где проглоченная челюсть оказалась под кроватью больного. Не всегда безупречны в этом отношении и показания, которые дает нам рентгеновское исследование, несомненно в значительной степени облегчившее задачу распознавания инородных тел пищевода. При том разнообразии предметов, которые попадают в пищевод, многие из них по своей структуре не являются объектом для X-лучей, как, например, протезы из твердого каучука, куски мяса, рыбные косточки, мелкие кости и т. д., т. к. они лучей не поглощают, а пропускают. Один из авторитетнейших французских эндоскопистов—Гизе—говорит, что лишь в трети всех его случаев рентгенография дала ему положительные данные. Он указывает, что рентгенограмма только тогда имеет ценность, когда вслед за ней непосредственно следует то или иное вмешательство, например, эзофаготомия, т. к. при большом интервале между снимком и операцией инородное тело может переместиться или же совсем исчезнуть из пищевода (попасть в желудок).

Таким образом, ни анамнез, ни рентгеноскопия, ни, наконец, зондирование—метод относительно безопасный, если только производить его помощью мягкой резиновой трубки—далеко не всегда с достаточной ясностью выясняют наличие, характер и локализацию инородного тела в пищеводе. Всем этим требованиям удовлетворяет одна лишь Э., являющаяся к тому же методом одновременно диагностическим и терапевтическим: непосредственно вслед за обнаружением тела глазом следует его извлечение. В этом, конечно, огромное, несравненное преимущество Э. Не останавливаясь на технике удаления инородных тел *per oesophagoscopiam*, отличающейся крайним богатством и разнообразием экстракционных инструментов—вернее, наконечников к универсальным щипцам, сконструированных сообразно большой разновидности подлежащих извлечению тел,—напомним лишь, что у детей и ослабленных субъектов манипуляция должна производиться под общим наркозом и, конечно, в лежащем положении. Далее необходимо еще указать, что около  $\frac{2}{3}$  всех попадающих в пищевод инородных тел застревают в шейном его отделе. Эйкен полагает, что значительный процент тел, обнаруживаемых в нижних отделах пищевода, попадает туда в результате слепых попыток к удалению или проталкиванию. Тела, ущемляясь в глубоких карманах *s. rugiformis* или же у пищеводного рта, могут быть легко удаляемы помощью так называемого трубчатого шпателя Киллиана, входящего обычно в состав Брюнинговского набора, введение которого, конечно, проще и легче обычной трубки.

Если, как показывают обширные статистики, Э. во всех без исключения случаях при правильном и опытном пользовании ею дает возможность определить наличие и характер того или иного инородного тела, то к вопросу об удалении его помощью эзофагоскопа следует подойти не с такой абсолютной уверенностью. Если имеются авторы, гордящиеся тем, что им ни разу не пришлось прибегнуть к наружному вскрытию пищевода, даже в таких случаях, как застревание больших зубных протезов с крючьями, как например, Гаккер, Штарк и др., то несомненно и теперь еще даже опытный эзофагоскопист сочтет себя вынужденным подчас сделать эзофаготомию, операцию, далеко не безопасную, как показывает ряд авторов, и дающую в общем от 12% до 20% смертности. Таких случаев наберется в общем около 1%, и падают они преимущественно на больных, подвергшихся предварительно тем или иным манипуляциям.



Этим, конечно, эзофагоскопия, как метод сам по себе совершенно безопасный и имеющий за собой лишь два смертных случая, относящихся к периоду его неполной зрелости, нисколько не дискредитируется. Резюмируя современное положение эзофагоскопии в деле удаления инородных тел, мы вместе со Штарком можем выставить следующие положения:

1. Эзофагоскопия является наиболее точным диагностическим приемом распознавания инородных тел, ориентируя врача об их локализации, что крайне существенно для непосредственно вслед за исследованием производимого удаления.

2. Своевременное, раннее удаление тел с помощью Э. является самым верным и, так сказать, нежным методом лечения.

3. Все ранее и, к сожалению, еще и поныне широко применяемые методы удаления и проталкивания должны быть окончательно сданы в архив, как вредные и таящие в себе самих смертельную опасность для больного.

4. Только в исключительных случаях, при особых к тому показаниях, необходимо прибегнуть к эзофаготомии, причем и здесь часто удобно воспользоваться эзофагоскопом, введенным через разрез пищевода с целью удаления инородного тела под непосредственным контролем глаза.

5. От себя позволю себе добавить, что задача клинического преподавателя — внушить слушателям, что удаление инородных тел помощью „слепых“ инструментов есть акт, строго противопоказанный. Если врач не владеет эзофагоскопией, если в силу условий его работы он не имеет под рукой нужного инструментария, его обязанность отправить такого больного в центр, где больному оказана будет специальная помощь компетентным лицом. Для такого врача каждое инородное тело пищевода должно быть неприкосновенно. От того, что инородное тело останется у больного лишним несколько дней, он несомненно пострадает неизмеримо меньше, чем после применения архаических методов к его удалению.

Вторым заболеванием, где эзофагоскопия находит наичаще свое применение, являются стенозы (по Гизе, на 14 человек больных пищеводом у одного — стеноз). В их этиологии главную роль играют, конечно, ожоги кислотами, далее — зарубцевание язвенных процессов сифилитического, туберкулезного, дифтерийного происхождения, а также инородные тела. Стриктуры, развивающиеся в результате рубцового язвенного процесса, располагаются чаще всего в местах физиологического сужения — у входа в пищевод, у бифуркации и в диафрагмальном отделе; сужения на почве кислотных ожогов могут захватывать огромные участки, давая самые разнообразные и разнообразнейшие эзофагоскопические картины. Первое, что бросается в глаза, это резкое изменение пищеводного рта. Это место, где действующее начало обрушивается с наибольшей силой, всей своей массой; на розовом фоне слизистой оболочки резко выделяется белесоватый цвет рубца, обычно эксцентрического, перемещающего вход в пищевод, причем и без того узкая щель может сделаться едва заметной и непроходимой для самых тонких зондов или трубок эзофагоскопа. Если все же удастся осторожно пройти через это сужение, то можно бывает проследить действие жидкости на стенки пищевода, в виде белых тяжей, тянущихся вплоть до кардии. Как форма тяжей, так и их расположение, конечно, отличаются крайней пестротой, начиная от лентообразных до отдельных рассыпанных, как бы вкрапленных по ходу пищеводной трубки.



С точки зрения техники, эзофагоскопия сужений пищевода представляет собой подчас огромные трудности, в особенности когда имеешь дело с множественными стенозами, расположенными в нисходящем порядке. Здесь приходится иногда на протяжении месяцев преодолевать одно препятствие за другим.

Только путем постепенного расширения самой эзофагоскопической трубкой, меняя последовательно ее калибр, или же путем целого ряда других приспособлений (особые расширители, ламинарии и т. д.) удастся, наконец, подойти к диафрагмальной части пищевода. Если и здесь имеются сужения, — а при кислотных ожогах это часто наблюдается, — то преодолеть это последнее препятствие благодаря косому направлению этого отдела почти всегда является непосильной задачей, и нередко приходится прибегнуть к так наз. ретроградной эзофагоскопии, после предварительной, конечно, гастростомии.

Если в клинике удаления инородных тел Э. несомненно произвела полный переворот, то терапия сужений и поныне является далеко неудовлетворительной. Однако и здесь необходимо отметить заслуги Э. Все прежде употреблявшиеся приемы, как то: введение разнокалиберных зондов, разбухающих ламинариев, расширителей по Гаккеру, „зондирование без конца“, — все эти методы, производившиеся вслепую, когда ощупью приходилось отыскивать обычно смещенный просвет с опасностью перфорировать стенку пищевода, теперь применяются под контролем глаза. Старый метод Мезоннева — внутренняя эзофаготомия, вновь воскресший, особенно в Америке и Франции, конечно, также осуществляется гораздо безопаснее, при участии Э. Наконец, в случаях, где сужение локализуется на определенном ограниченном участке, возможно применение электролиза, как это предлагают Гизе и Штарк.

В общем же, нужно сказать, что Э., конечно, не разрешила тяжелой проблемы лечения сужения пищевода. В случаях сужения на почве сдавления пищевода (опухолью гортани и трахеи — в верхнем отделе, аневризмами — в области бифуркации, железами — в области средостения), при Э. видно шарообразное впячивание стенки с неизменной или, при вовлечении в основное заболевание, соответственно измененной слизистой оболочкой. Дыхательные движения отсутствуют, пульсаторные обычно сильно выражены, заставляя думать об аневризме, а между тем, именно диагноз этого заболевания представляет в смысле дифференцирования значительные трудности и на основании одной лишь Э. не всегда может быть поставлен.

Что касается спастического стеноза, развивающегося чаще всего, как вторичный рефлекторный симптом основного органического заболевания пищевода — особенно, как один из ранних признаков рака, то эзофагоскопическая картина при этом страдании довольно характерна. В начальной части у входа в пищевод видно сфинктеробразное замыкание с точечным, не пропускающим зонда отверстием. При попытке продвинуть трубку получается сильное сопротивление, нередко внезапно прекращающееся, слизистая — нормальна. В шейном отделе этого рода стеноз почти не наблюдается. Главная же локализация его это кардия, обстоятельство, впервые отмеченное Микulichем. Характерным для всех спастических сужений пищевода независимо от их локализации является отсутствие дыхательных изменений просвета, выделение слизи, а также максимальность сужения вплоть до уничтожения просвета.

В основе диффузного расширения пищевода лежит или стриктура или же спастический момент; Штарк такого рода расширение



называет спазмогенным. При эзофагоскопии обычно уже в шейном отделе обнаруживается спазм в области входа; далее, по преодолении этого препятствия сразу видна в шейном отделе картина, характерная лишь для внутригрудного отдела, а именно — широкое зияние полости с широкими складками слизистой более темного, насыщенного цвета; размеры полости по мере приближения к кардии увеличиваются. По Гизе, кардия всегда спастически сокращена. Штарк это отрицает, говоря, что более чем в 40% он легко без всякого сопротивления проникал в желудок. В общем, необходимо сказать, что при этом заболевании рентгеновское исследование более полезно, чем Э.

Ограниченное расширение стенки пищевода или так называемый дивертикул может обуславливаться вытягиванием податливой стенки причиной, вне лежащей — это так называемый тракционный дивертикул, — или же давлением на стенку изнутри со стороны полости пищевода — пульсионный дивертикул, причем, как совершенно правильно замечает Штарк, последний развивается из первого, т. е. в основе всякого пульсионного дивертикула лежит предварительный тракционный. Особенное место в классификации дивертикулов занимает так наз. Ценкеровский. Его локализация — передне-боковая стенка пищевода. Хотя Вальденбург еще в 1870 году распознал помощью сконструированного им эзофагоскопа Ценкеровский дивертикул, однако, только за последние 15 лет помощью Э. был поставлен ряд диагнозов дивертикула пищевода. Между тем, несмотря на ряд хитроумных изобретений в виде всевозможных зондов, которыми удавалось распознавать выпячивание пищеводной стенки, ясно, что только непосредственный осмотр дает возможность точно ориентироваться, а именно, установить размеры полости, имеющиеся в ее стенках изменения и ее содержимое, каковое нередко бывает самого неожиданного характера, вроде инородных тел, ничем себя не проявляющих, а между тем, представляющих большую опасность. Конечно, и здесь параллельно с эзофагоскопией ценные услуги оказывает рентгеновское исследование.

Несколько слов о новообразованиях пищевода. Главную роль играет, конечно, рак — наиболее частое поражение пищевода. Хотя в литературе можно найти описание и доброкачественных опухолей, обнаруженных в пищеводе, как то: аденомы, фибромы, кисты, папилломы и миомы, но все они должны быть отнесены к редким находкам. Столь же редки и саркомы. Быть может, из всех локализаций рака, пищеводная является той, где врач чаще всего чувствует свою беспомощность. Несмотря на то, что для распознавания рака пищевода все методы исследования, которыми обычно пользовались и пользуются врачи — тщательный анамнез, осторожное исследование зондом, в особенности рентгеновские лучи — давали возможность в большинстве случаев безошибочно ставить правильное распознавание, все же Э. и здесь сыграла свою видную роль. Значение ее, как диагностического метода особенно рельефно выявляется в случаях раннего распознавания начинающейся инфильтрации стенки, а ведь в деле лечения рака своевременное, раннее распознавание — главное условие возможно успешного лечения. Начальные же фазы заболевания, характеризующиеся лишь явлениями спазма в начальной или конечной части трубки, могут быть распознаны лишь помощью эзофагоскопии. В этом — первая ее огромная заслуга. Далее, возможность удалить под контролем глаза пробный кусочек для микроскопического исследования, выявляющего в конечном итоге нередко сомнительный или предполагаемый диагноз — вторая ее заслуга.



И, наконец, мы знаем, что эзофагоскопическая трубка дает возможность накормить кахектического больного с резким стенозом и смещенным просветом, куда не может быть введен вслепую зонд. Прежде, чем больной решится на гастростомию, эзофагоскоп дает возможность поддержать его в течение известного, иногда довольно продолжительного времени. Считаю нужным еще отметить, что с точки зрения технической случаи рака в области пищевода рта представляют собой наибольшие трудности: здесь введение трубки, встречающей сейчас же сильное сопротивление, сопряжено, при излишней настойчивости и желании во что бы то ни стало пройти ниже места сужения, с опасностью перфорации стенки пищевода, что равносильно смерти для больного. Именно в двух случаях с такого рода локализацией, к счастью — очень редкой, М и к у л и ч потерял двух больных: единственные, кажется, жертвы этого метода.

Заканчивая этот краткий очерк, я считаю своим долгом еще раз напомнить, что эзофагоскопия давно уже завоевал почетное место среди прочих диагностических и терапевтических приемов лечения. Только будучи знакомы с этим методом, врачи смогут в дальнейшем избежать много печальных и тяжелых ошибок.

## О реакции на гематин, как диагностическом методе в акушерстве и гинекологии \*).

Старший ассистент Г. К. Живатов.

Из Акушерско-Гинекологической Клиники Од. Гос. Медицинского Института  
(Директор проф. В. Н. Орлов).

Schottmüller в 1914 г., Thormählen в 1922 г. и Антошина (из клиники проф. Окинчица) в 1923 г. обратили внимание гинекологов на присутствие гематина в крови при скрытых кровоизлияниях. Но так как Schottmüller предложил спектроскопический метод определения гематина в крови, то этот способ с самого начала был обречен на незначительное распространение. Поэтому Антошина решила испробовать весьма чувствительную химическую реакцию на гематин (предложенную Thévenon и Roland в 1918 г. для определения крови при скрытых кровотечениях в кале и видоизмененную в дальнейшем Егоровым), беря каплю сыворотки больного.

Результаты, полученные Антошиной, при диагностике нарушенной внематочной беременности, были настолько демонстративны, что она заканчивает свою работу следующим выводом: „Простой, быстрый, легкий и достоверный способ определения гематина сыворотки при помощи реакции пирамидоном дает основание для более точной и объективной диагностики внематочной беременности“.

Работая в 1925 г. над микрометодикой реакции скорости оседания эритроцитов в гинекологии (доклад на 3-м съезде хирургов Од. губ.), у нас явилась мысль использовать для реакции на гематин остающуюся плазму после окончания реакции оседания эритроцитов.

Неясной стороной оставалось то, что в плазме находился лимонно-кислый натр, употребляемый при реакции оседания для пре-

\*). Доложено Одесскому Акушерско-Гинекологическому Обществу в марте 1926 г.



дупреждения свертывания крови, и поэтому возникал вопрос, не является ли цитратная плазма уже негодной для реакции на гематин. Однако, при проверке было выяснено, что присутствие лимонно-кислого натра не влияет на чувствительность реакции. Реакция оказалась настолько чувствительной, что вполне было достаточно  $\frac{1}{4}$  капли плазмы, чтобы при положительном результате получить красивую, синевато-фиолетовую аметистовую окраску.

Schottmüller, проводя дифференциальный диагноз между вне-маточной беременностью и катарральной желтухой, говорит, что при нахождении в сыворотке гематина — сыворотка окрашена в коричневый цвет; при желтухе, то-есть при наличии уробилина в сыворотке, она имеет бледно-зеленоватый оттенок (Антошина).

Теребинская-Попова в свою очередь отмечает, что работая над реакцией оседания эритроцитов, она находила желтушную окраску сыворотки при нарушенной внематочной беременности, на что также обращает внимание и Мандельштам.

Нам также приходилось довольно часто наблюдать желтоватое окрашивание цитратной плазмы после окончания реакции оседания эритроцитов, однако этот признак (желтоватое окрашивание плазмы) не может служить сам по себе диагностическим признаком, так как последующие реакции на гематин, по Егорову — Антошиной, часто давали отрицательный результат, и, наоборот, получалась положительная реакция при нормально окрашенной плазме (нежно-лимонного оттенка).

При дальнейших наших наблюдениях выяснилось, что эта реакция давала положительный результат не только при внутренних кровотечениях и существующих haematocoele, но и при некоторых других заболеваниях, связанных с распадом эритроцитов и циркуляцией дериватов гемоглобина в плазме крови (кахекия, сепсис). Быть может, она вообще окажется положительной при заболеваниях красной крови, для чего требуются дальнейшие специальные наблюдения в области гематологии. Здесь не лишне отметить, что Ножиков, работая над физиологической билирубинемией, как диагностическом признаке ранней стадии беременности, обращает внимание на положительную реакцию в виде биливердина (билирубин + трихлоруксусная кислота → биливердин) при заболеваниях печени, лихорадочном состоянии, декомпенсированных пороках сердца, рассасывающихся гематомах и пр.

Очевидно, как реакция на гематин, так и на билирубин, не являются строго специфическими, но общими биологическими реакциями, констатирующими какие-то глубокие процессы в связи со всасыванием или распадом красной крови. Таким образом, появление гемолизинов является как бы предварительным условием положительности реакции. Являются ли эти гемолизины в результате рассасывания крови, излившейся в брюшную полость (так называемой перитонеальной крови) или в иное кровевместилище, или они входят в состав эндо- и экзотоксинов, циркулирующих в крови при бактериэмии или токсемии, приходится разрешать дополнительными биологическими реакциями или иными клиническими способами. В этом отношении комбинация реакции на гематин с реакцией оседания эритроцитов и вычислением лейкоцитарной формулы по Schilling'у, а в тяжелых случаях и посев крови могут дать весьма ценные результаты, которые вместе с клиническими объективными данными смогут послужить достаточно основательной базой для правильной диагностики.



Техника реакции на гематин довольно проста. Антошина следующим образом модифицирует известную реакцию Егорова на гематин. Кровь берется из локтевой вены в сухую стерильную пробирку и помещается в термостат при 37° на один час. Затем сыворотка отсасывается и дважды центрифугируется в сухих стерильных пробирках. Через 1 — 2 минуты после соединения ингредиентов определяется окрашивание, и если имеется гематин, то получается фиолетовое окрашивание. Окрашивание держится не более 5 минут, затем исчезает. Серия ее предварительных опытов выяснила, что число капель сыворотки не безразлично в смысле получаемой интенсивности окраски. Также имеет значение число кубиков разведенного пирамидона. Поэтому в каждом случае ставились 3 пробы с различным разведением и отмечалось число пробирок с положительной реакцией. Так как, вообще, чувствительность реакции очень высока и равняется  $\frac{1}{128}$ ‰ наличия гематина в сыворотке (или плазме), то естественно, что при более значительных количествах циркулирующего гематина получилась положительная реакция в 3 пробах с различной концентрацией:

I проба: 3 к.с. 5‰ раствора пирамидона в 96° спирту + 8 капель 50‰ уксусной кислоты + 8 капель перекиси водорода + 1 капля сыворотки.

II проба: 2 к.с. 5‰ пирамидона + 1 к.с. 96° спирта + 8 капель 50‰ уксусной кислоты + 8 капель перекиси водорода + 1 капля сыворотки.

III проба: 1 к.с. 5‰ пирамидона + 2 к.с. 96° спирта + 8 капель 50‰ уксусной кислоты + 8 капель перекиси водорода + 1 капля сыворотки.

Таким образом, наиболее минимальное количество гематина должно давать положительную реакцию только с первой пробой. И действительно, во время периода менструаций первая проба положительна (из 9 случаев в 8 по Антошиной), две другие отрицательны, в то время как при нарушенной внематочной беременности все 3 пробы положительны.

Тот факт, что при менструации получается слабоположительная реакция на гематин, указывает еще раз на то, что во время менструального периода в организме женщины происходит ряд серьезных пертурбаций биологического характера. Является ли это результатом гемолиза красной крови (Carnot, Déflandre), или повышенной проницаемости капилляров при menses (Stefan), или вследствие овариальных кровоизлияний в брюшную полость (Nélaton), — остается еще нерешенным вопросом. Нам кажется весьма вероятным, что появление гематина в циркулирующей крови при менструациях является результатом всасывания экстравазата из *corpus haemorrhagicum* после лопания созревшего Граафова фолликула.

Методика, предлагаемая Антошиной, обладает одним существенным недостатком, это то, что необходимо брать кровь из локтевой вены пункцией. Так как венепункция является ответственной манипуляцией, требующей асептики, навыка, иногда присутствия помощника, то венепункция тем самым не может претендовать на широкое применение, особенно в амбулаторной городской практике или сельской работе. С другой стороны, взятие крови из вены производит неприятное впечатление на больных, особенно, если приходится брать кровь повторно. К тому же, не редки случаи, когда кожные вены слабо развиты или подкожный жировой слой особенно сильно выражен,



что до крайности затрудняет венепункцию, а то и делает ее совершенно невозможной. Нужно добавить, что методика Антошиной требует еще центрофуги, которая не всегда имеется в больницах, а тем более в амбулаториях.

Предлагаемая нами микрометодика ограничивается лишь одной каплей крови из укола. Помимо этого микрометодику реакции на гематин можно одновременно соединить с микрометодикой реакции оседания эритроцитов, которая имеет большое практическое значение.

Техника микрометодики реакции на гематин такова. Берется капля крови из укола пальца и насасывается в пастеровскую пипетку, в которую досасывается 5% раствор *patrii citrici*, из расчета 4 частей крови на 1 часть цитрата. Пипетка градуируется предварительно следующим образом: готовится обычным путем пробирка из двумиллиметровой трубки, длиной в 3 сантиметра. На ней делаются 2 отметки — одна на высоте 5 мм., другая на высоте 25 мм. от дна. До второй отметки наливается вода. Затем из пробирки вода насасывается в тонкую пастеровскую пипетку от второй отметки до первой, и на пипетке делается первая отметка; далее насасывается вода от первой отметки пробирки до дна и делается вторая отметка на пипетке. Таким образом, в пипетке получаются 2 отметки: первая содержит 4 объема, вторая 1 об'ем. Эта градуировка не является абсолютно необходимой для реакции на гематин, но весьма желательна, чтобы одновременно производить и реакцию скорости оседания эритроцитов.

Взятая цитратная кровь выдувается в вышеуказанную пробирку, которая ставится на отстой (необходимо кровь тщательно перемешать, что достигается 2—3-х кратным вдуванием и выдуванием крови в пробирку из пипетки и обратно). Во время отстоя определяется время окончания оседания эритроцитов, что контролируется измерением миллиметровкой. Если реакция скорости оседания не интересует исследующего, и к тому же имеется центрофуга, то можно эритроциты отцентрифугировать и тем самым ускорить оседание эритроцитов для получения чистой плазмы.

После того, как получится достаточный столбик плазмы (не менее половины столба цитратной крови), осторожно плазма отсасывается в чистую пипетку и выдувается в тонкую пробирку) 6—7 мм. в диаметре), в которой приготовлен следующий реактив на определение гематина (модифицировано по Егорову): 1 к.с. 5% спиртового раствора пирамидона + 2 капли 50% уксусной кислоты + 2 капли свежей перекиси водорода. При положительной реакции смесь приобретает аметистовую нежно-фиолетовую окраску, при отрицательной — жидкость лишь немного опалесцирует. Окрашивание появляется после 1—2 минут и держится минут пять.

Таким образом, необходимую аппаратуру для двух одновременных реакций (на гематин и на оседание) можно приготовить самому, и состоит она из градуированной пипетки, двумиллиметровой пробирки и обыкновенной пробирки малого формата. Реактивы также общедоступны и не сложны. Цитрат прибавляется для того, чтобы предотвратить свертывание капли крови и для получения большого объема жидкой части крови.

Исследуемый нами материал обнимает 65 больных, у которых проделано свыше 100 реакций, при чем у всех одновременно проделывалась реакция на гематин с реакцией скорости оседания эритроцитов.



## Эти случаи следующие:\*)

- Случай 1. Инкапсулированное гематоцеле  
 14/VII 25 г. Ск. ос. = 1.43', р. г. + (день операции)  
 15/VII " " = 1.25' " +  
 22/VII " " = 1.22' " слабо +
- Случай 2. Острый гонорройный пельвео-перитонит  
 10/VII 25 г. Ск. ос. = 29', р. г. —  
 15/VII " " = 55', " —  
 4/VIII " " = 2.38', " —  
 7/VIII " " = 2.40', " —
- Случай 3. Инкапсулированное гематоцеле (консервативное лечение)  
 10/VII 25 г. Ск. ос. = 1.45', р. г. слабо +  
 15/VII " " = 1.41', " " +  
 22/VII " " = 1.36', " " +  
 30/VII " " = 2.3', " " +
- Случай 4. Острый сальпинго-оофорит  
 10/VII 25 г. Ск. ос. = 40', р. г. —  
 15/VII " " = 1.8', " —
- Случай 5. Инкапсулированная замочная кровяная опухоль (конс. лечение)  
 10/VII 25 г. Ск. ос. = 35', р. г. слабо +  
 15/VII " " = 59', " " +  
 30/VII " " = 1.30', " " +
- Случай 6. Острый параметрит, ск. ос. = 35', р. г. —  
 " 7. Неоперативный рак шейки (резкая кахексия) ск. ос. = 36', р. г. слабо +  
 " 8. Хронический сальпинго-оофорит  
 15/VII 25 г. Ск. ос. = 1.47', р. г. —  
 30/VII " " = 1.52', " —
- Случай 9. Лихорадящий аборт, ск. ос. = 20', р. г. —  
 " 10. Внутрибрюшное кровотечение (операция in extremis)  
 18/VII 25 г. Ск. ос. = 1 час, р. г. слабо + (день операции)  
 22/VII " " = 1.26', " явно +  
 31/VII " " = 1.15', " очень слабо +  
 5/VIII " " = 2.4', " —
- Случай 11. Катамениальное (менструальное) внутрибрюшное кровотечение  
 17/VII 25 г. Ск. ос. = 1.27', р. г. = слабо + (спустя 30 дней после первого  
 кровотечения)  
 20/VII " " = 1.27', " явно + (после второго кровотечения)  
 31/VII " " = 2.5', " слабо + (10 дней после чревосечения)  
 4/VIII " " = 3.28', " —
- Случай 12. Беременность 2 мес., ск. ос. = 1.30', р. г. —  
 " 13. Субфиксированная ретрофлексия, ск. ос. = 2.28', р. г. —  
 " 14. Missed abortion, ск. ос. = 54', р. г. = слабо +  
 " 15. Неоперативный рак яичников (резкая кахексия), ск. ос. = 39', р. г. +  
 " 16. Инкапсулированное гематоцеле  
 21/VII 25 г. Ск. ос. = 55', р. г. = слабо +  
 4/VIII " " = 1.23', " +  
 7/VIII " " = 1.25', " + (день операции)
- Случай 17. Лихорадящий аборт, ск. ос. = 2.5', р. г. —  
 " 18. Фиксированная ретрофлексия  
 28/VII 25 г. Ск. ос. = 1.45', р. г. —  
 7/VIII " " = 1.20', " —
- Случай 19. Missed abortion  
 28/VII 25 г. Ск. ос. = 2 часам, р. г. слабо + (день операции)  
 31/VII " " = 1.50' " —
- Случай 20. Септический аборт, ск. ос. = 31', р. г. = слабо +  
 " 21. Лохиометра, ск. ос. = 1.15', р. г. = слабо +  
 " 22. Септический аборт, ск. ос. = 49', р. г. = слабо +  
 " 23. Беременность 2 мес.  
 31/VII 25 г. Ск. ос. = 2.55', р. г. —  
 7/VIII " " = 1.40', " + (присоединилось острое воспаление при-  
 датка септического характера)
- Случай 24. Лихорадящий аборт, ск. ос. = 1.13', р. г. —  
 " 25. Инкапсулир. гематоцеле (конс. лечение), ск. ос. = 1.10', р. г. +  
 " 26. Лихорадящий аборт, ск. ос. = 1.40', р. г. +  
 " 27. Глубокая эрозия влаг. части, ск. ос. = 2.10', р. г. —

\*) Реакцию скорости оседания эритроцитов (SR=Senkungs-Reaktion) кратко обозначаем: ск. ос., а реакцию на гематин: р. г.



- Случай 28. Лихорадящий аборт, ск. ос. = 2.30', р. г. —  
 " 29. " " " " " " = 1.45', " " +  
 " 30. Дермоидная киста яичника, ск. ос. = 2.17', р. г. —  
 " 31—34. Беременность 2 месяцев  
 Ск. ос. = от 1.15' до 2.25', р. г. = неизменно —  
 " 35. Инкапсулированное гематоцеле, ск. ос. 2.11', р. г. +  
 " 36. Тубарный аборт, формирующееся гематоцеле, ск. ос. = 1.55', р. г. +  
 " 37. Missed abortion, ск. ос. = 2.15', р. г. +  
 " 38. Перитубарное гематоцеле (день операции), ск. ос. = 1.45', р. г. +  
 " 39. Впередиматочное гематоцеле сформир., ск. ос. = 1.52', р. г. +  
 " 40. Пиосальпингс (старый), ск. ос. = 1.47', р. г. —  
 " 41. Послеродовой сепсис, ск. ос. = 55', р. г. = резко +  
 " 42. Внутриверхнее кровотечение (операция in extremis) ск. ос. = 1.10', р. г. +  
 " 43. Острый параметрит, ск. ос. = 37', р. г. —  
 " 44. Послеоперационный сепсис, ск. ос. = 50', р. г. резко +  
 " 45. Гематоцеле и сепсис (присоединившийся после катастрофы) ск. ос. = 41',  
 р. г. резко +  
 " 46—65. Хронический сальпинго-оофорит  
 ск. ос. = от 2.20' до 2.55', р. г. = неизменно —

Если соединить случаи по характеру заболевания, то получим следующие итожные данные:

|  |     |                                 |         |
|--|-----|---------------------------------|---------|
| 1. Внутриверхнее кровотечение . . . . .      | 3+  | 8. Missed abortion . . . . .    | 3+      |
| 2. Инкапсулированное гематоцеле . . . . .    | 9+  | 9. Лихорадящий аборт . . . . .  | 2+ и 4— |
| 3. Острое восп. женск. пол. сферы . . . . .  | 4—  | 10. Септический аборт . . . . . | 2—      |
| 4. Хроническое " " " " " " . . . . .         | 22— | 11. Сепсис . . . . .            | 3+      |
| 5. Беременность 2 мес. " " " " " " . . . . . | 6—  | 12. Лохиометра . . . . .        | 1+      |
| 6. Неправильное положение матки . . . . .    | 2—  | 13. Эрозия . . . . .            | 1—      |
| 7. Неоперативный рак . . . . .               | 2+  | 14. Киста яичника . . . . .     | 1—      |

Наш еще сравнительно небольшой материал не дает права утверждать, что полученные данные подтвердятся на большом количестве случаев, но все же необходимо отметить следующее. Все случаи внутриверхних кровотечений и инкапсулированных гематоцеле давали неизменно положительную реакцию на гематин. Реакция была положительна также в случаях скопления крови или ее дериватов в полости матки (missed abortion, lochiometra). Реакция была положительна и тогда, когда была инфекция в крови (abortus septicus, sepsis), или была резко выраженная кахексия (cancer inoperabilis).

Интересно, что реакция на гематин продолжалась некоторое время (несколько дней) после удаления крови из брюшной полости, что зависело, очевидно, от всасывания небольших остатков крови, которые по техническим условиям не удавалось удалить. При консервативных методах лечения скопления крови в брюшной полости реакция долгое время оставалась положительной.

Неизменно отрицательную реакцию давали случаи нормальной беременности ранних сроков, также гинекологические заболевания без явлений кахексии или наличия инфекции в крови.

Лихорадящие аборты в 2-х случаях дали положительную реакцию и в 4-х отрицательную. Положительные реакции можно отметить, вероятно, за счет кратковременной инфекции в крови или скопления с последующим всасыванием крови из полости матки. Этот вопрос подлежит дальнейшей обработке, так как в связи с этим, быть может, будет облегчен вопрос о том, в каких случаях лихорадящего аборта надлежит применить консервативное лечение (с положительной реакцией?) и в каких оперативное (с отрицательной реакцией?).

Подводя итоги значения реакции на гематин, как диагностического метода, можно отметить следующие положительные стороны:



1. Реакция на гематин является ценным подсобным методом для диагностирования скопления крови в брюшной полости.

2. Положительная реакция на гематин при лихорадочных акушерских и гинекологических заболеваниях указывает на необходимость бактериологического исследования крови, чтобы исключить инфекцию в крови.

3. Положительная реакция на гематин при злокачественных новообразованиях может указывать на глубокие расстройства в организме, быть может, на иноперабельность случая.

4. Реакция на гематин не является специфической реакцией, но указывающей на циркуляцию дериватов красной крови, возникших под влиянием различных причин.

5. Простота техники микрометодики реакции на гематин делает ее доступной при любой обстановке (как больничной, так и амбулаторной практики).

6. Микрометодику реакции на гематин можно производить одновременно с микрометодикой реакции скорости оседания эритроцитов, что еще более увеличивает ценное клиническое значение этих двух простых по технике реакций.

## К вопросу о лечении ран заклеивкой по способу Вieg'a \*).

П. И. Баков.

Вопрос о лечении ран после классических опытов Pasteur'a сводился, в главных чертах, к предупреждению инфекции и борьбе с нею. К антисептике и асептике, удовлетворительно разрешивших для большинства случаев основную задачу, присоединились в дальнейшем попытки повысить силу сопротивления организма путем искусственного повышения лейкоцитоза, или усиления жизнедеятельности клеточной протоплазмы, или же созданием иммунитета путем вакцинации. Когда главная цель была достигнута и вопрос о борьбе с инфекцией нашел практически удовлетворительное разрешение, естественно выдвинулись новые вопросы и новые требования. Если первую задачу при лечении ран составляет предупреждение и обезвреживание инфекции, то является ли эта задача единственной?

Если наши обычные мероприятия достигают цели в стадии инфекции, то создают ли они наилучшие условия в стадии восстановления тканевого дефекта? И должен ли хирург удовлетворяться нередко получаемыми после нагноения малоподвижными, втянутыми рубцами, указывающими на то, что процесс репарации произошел с недостаточной полнотой?

Вieg на основании своих работ о регенерации тканей пришел к заключению, что необходимым условием полноты процесса возрождения является существование пространства, выполненного питательным матерьялом — сывороткой или кровью. Приложение этой теории к вопросу о заживлении ран привело к новому методу, предложенному Вieg'ом. Гранулирующая рана превращается в замкнутую полость путем приклеивания непроницаемой ткани к ее краям, а питательным матерьялом, по мнению Вieg'a, служат раневые выделения на известной стадии заживления ран. В 1918 г. Salomon опубликовал результаты своих наблюдений над применением Вieg'овского ме-

\*) Частично доложено на конференции преподавателей Ортопедической Клиники Одесск. Мед. Института 10/XI-23 г.



тогда лечения ран. Матерьял Salomon'a обнимал 500 случаев ран и свищей, а полученные результаты были весьма благоприятны и заслуживают самого серьезного внимания. Метод Bier'a, в общих чертах, применяется следующим образом. После того, как проходит стадий острой инфекции и рана начинает покрываться здоровыми грануляциями, тампоны удаляются и на рану накладывается простерилизованная тонкая клеенка таким образом, что ее поверхность не соприкасается с дном раны, а края заходят на окружающую кожу и приклеиваются к последней мастизолом, клеолом или каким-либо другим подходящим клеем. Клеенка покрывается обыкновенной всасывающей асептической повязкой, снабженной достаточным слоем ваты. Гной постепенно наполняет полость раны, местами отслаивает клеенку и начинает всасываться повязкой, но все время получается относительная задержка гноя в полости раны, что составляет одно из основных условий метода Bier'a. Повязки меняются в среднем один раз в неделю; сам Bier оставлял их до 4-х недель. Долгосрочное заклеивание хронических язв мы находим в желатинной повязке Уппа и пластырной повязке Baunton'a, но их авторы не ставили себе сознательной целью искусственную задержку раневых выделений.

По совету проф. Н. И. Кефера, я предпринял в Од. Узл. Ж. Д. Больнице ряд наблюдений над действием заклейки по Bier'у после того, как видел благоприятные результаты, полученные проф. Н. И. Кефером в той же больнице и в Ортопедической Клинике Од. Мед. Института. За период 1923—24 г. у меня было 24 стационарных случая, подходивших для применения Bier'овского метода: 3 разлитых остеомиелита трубчатых костей и 1 ограниченный остеомиелит в хронической стадии, 12 карбункулов, 2 вяло заживающие послеампутационные раны и 6 язв голени и стопы, из которых 5 застаревших, не поддававшихся другим способам лечения. Под наблюдением находилось 19 мужчин и 5 женщин в возрасте от 13 до 78 лет. Считая, что метод Bier'a преследует своей целью не абсолютную задержку гноя, и принимая во внимание, что гной при Bier'овской повязке через несколько дней отслаивает ее от кожи, ища выхода, я вначале не приклеивал клеенки, а накладывал ее в влажном состоянии. Она обыкновенно плотно приставала, так что при следующей перевязке приходилось до известной степени отдирать ее от подлежащей кожи. Так как иногда получалось умеренное раздражение кожи застаивающимся гноем, то я стал применять предварительное смазывание окружающей кожи стерильным вазелином. Нередко применяли для заклеивания и американский липкий пластырь (ARA).

Клеенка накладывалась при карбункулах на 5—13-ый день после разрезов, при остеомиелитах на 7—15-ый день после операции. Такое относительно позднее применение клеенки объясняется понятной осторожностью при применении нового метода. Сам Bier заклеивает раны после операций остеомиелита при первой смене повязки. К указанному времени раны были чисты, за исключением случаев язв и одной послеампутационной раны, на которой местами замечался фибриновый налет. Грануляции большей частью представлялись здоровыми, иногда же были бледны, вялы и малозернисты; выделения обычно кровянистые и гноевидные. Самочувствие больных к началу наблюдения у всех было удовлетворительное, общее состояние ничем не было нарушено,  $t^0$  в большинстве случаев нормальная, иногда же слегка повышенная — по вечерам  $37,1^0$ — $37,3^0$ . Обычно че-



рез 3—4 дня после наложения клеенки на повязке появлялось пятно выделений, указывавшее на то, что гной где-либо отслоил клеенку и начал всасываться повязкой. Самочувствие больных продолжало оставаться удовлетворительным, т<sup>о</sup> держалась на том же уровне, на каком была до применения Вieg'овского метода, или же субфебрильная температура через некоторое время падала до нормы. (Salomon на своих 500 случаях не наблюдал повышения температуры выше 38,5°). Повязки обыкновенно менялись один раз в неделю. При перемене повязки можно было видеть, что клеенка или пластырь в том или другом месте отслоены от кожи. Рана часто бывала до краев переполнена гноем, после удаления которого обнаруживались красные, зернистые пышные грануляции. Если грануляции до наложения клеенки были бледны и вялы или покрыты налетом, то при первой же смене повязки они обычно оказывались здоровыми. Большие раны после трепанаций трубчатых костей выполнялись в уровень с кожей в 24—33 дня; в одном случае ограниченного остеомиелита нижней челюсти через 5 дней получилось склеивание краев раны и наступило заживление без осложнений. Дефекты после вскрытия крупных карбункулов превращались в грануляционную поверхность в уровень с кожей в 2—4 недели. Огромная язва голени, не поддававшаяся другим способам лечения в течение 4 лет, дала через 6 дней пребывания под Вieg'овской повязкой эпителиальную кайму в 1½ поперечника пальца до всей периферии и в дальнейшем зарубцевалась. Язва стопы среди рубцов от ожогов зажила в 3 недели; язва, образовавшаяся после вычленения ножных пальцев вследствие отморожения, зарубцевалась в 4 недели. В последнем случае, когда язва почти зажила, клеенка была заменена повязкой из стерильного вазелина; через несколько дней язва снова увеличилась, но вновь наложенная Вieg'овская повязка повела к стойкому излечению. Травматическая гангренозная язва области внутренней лодыжки 3-хлетней давности, у 72-хлетнего старика, из-за которой он был направлен в больницу для ампутации, зажила под Вieg'овской повязкой. Не лишено интереса наблюдение над одной язвой тыла стопы при начинающейся гангрене мизинца. Язва зажила под клеенкой за 2 недели несмотря на то, что расстройство кровообращения было настолько велико, что прогрессирующая гангрена в дальнейшем скоро захватила область ее расположения.

В случаях ран, проведенных до конца по методу Вieg'a обычно получались мало втянутые рубцы, лежащие почти на уровне кожи. Каких-либо осложнений, нарушавших заживление ран или общее состояние больных, не наблюдалось ни разу. Но нужно отметить в нескольких случаях умеренное раздражение кожи в месте стекания гноя, исчезнувшее после применения безразличной мази; у одного больного — маленькие гнойные пустулы по соседству с раной, подсохшие после срывания пинцетом и смазывания *ti. jodi*; в одном случае — налет на ране, сошедший к следующей перевязке; в одном случае — дурной запах от повязки, исчезнувший после 2 перевязок и не помешавший Вieg'овскому методу привести к очень быстрому выполнению полости после трепанации на всем протяжении б. берцовой кости, без повышения температуры и нарушения общего состояния. Salomon на своем обширном материале не наблюдал никаких серьезных осложнений. От также отмечает возможность появления дурного запаха от повязки и рекомендует против него присыпать внутреннюю поверхность клеенки порошком борной кислоты или дерматолом.



В общем, полученные нами результаты нельзя не признать благоприятными. Наибольший эффект получен при лечении старых язв и при лечении ран в стадии выполнения тканевого дефекта.

Описанный метод кажется противоречащим общепринятому способу лечения ран, но в действительности он только вносит в него известные коррективы. По Вieg'у, необходимо довольно резко отличать стадии острой инфекции от стадия репарации. Если в первом стадии инфекция сильна, гной вирулентен и все силы тканей и отчасти всего организма направлены на борьбу с инфекцией, то во втором — инфекция значительно ослаблена, гной мало вирулентен, а развивающиеся грануляции отделяют защитительным валом окружающие ткани от поверхности и постепенно выполняют дефект.

Наши мероприятия могут быть направлены только на создание благоприятных условий для того или другого процесса. Предупреждение вторичной инфекции остается условием первостепенной важности от начала до конца заживления ран, но если в стадии инфекции мы стараемся оказать посильную помощь организму в его борьбе главным образом путем дренирования раны, то в стадии репарации необходимо поставить грануляции в наилучшие условия их роста. А эти условия, по Вieg'у, таковы: покой, тепло, влажность, отсутствие доступа воздуха, раздражающего грануляции, обильный приток крови, достаточное количество питательного матерьяла. Покой осуществляется постельным содержанием, редкой сменой повязки, бережным обращением с раной, а также отсутствием тампонов, отнимающих у грануляций питательный матерьял, являющихся инородными телами и вредно действующих своим давлением на рост грануляций. Тепло и влага задерживаются в ране непроницаемой клеенкой, которая в то же время препятствует доступу воздуха. Вieg рекомендует нагревать рану при помощи грелок, наложенных поверх повязки, и действительно Salomon получил наилучшие результаты при применении грелок. Что касается питательного матерьяла, то таковым является, по мнению Вieg'a, для грануляций мало вирулентный гной стадия репарации. Проф. Русанов, получивший благоприятные впечатления от применения Вieg'овского метода, производил бактериологические исследования гноя под Вieg'овской повязкой. Если при вскрытии гнойного очага наблюдались чистые культуры патогенных форм, то в дальнейшем появлялись случайные proteus, b. dendroides, b. ps. diptheriae и непатогенные кокки в то время, как патогенные виды давали все меньше и меньше колоний на питательных средах, пока не исчезали совершенно. По мнению Вieg'a, гной, лишенный вирулентности, представляет собой, благодаря богатству белковыми веществами, прекрасный питательный матерьял для грануляций и кроме того содержит в себе вещества, стимулирующим образом действующие на рост грануляций.

Правила, выставленные Вieg'ом, напоминают старые требования Lister'a, каковы: герметичность повязки, — она не должна пропускать воздуха, долгосрочность повязки, иммобилизация шинами, предохранение раны от всякого раздражения — химического и механического, отсутствие тампонов; Lister, как известно, пользовался толстыми резиновыми дренажами, иногда вводимыми через контрапертуры и срезаемыми в уровень с кожей. В повязке Lister'a — беру ее описание у Вельяминова — играл, как известно, большую роль протектив, тонкая шелковая тафта, которая, благодаря особой обработке, была непроницаема для жидкостей. Протектив покрывал непосредственно рану, заходя за ее края, так что раневые выделения



вытекали из-под него. Поверх протектива накладывалось восемь слоев марли, пропитанной карболовым раствором и горячим парафином с примесью смолистого вещества. Под поверхностным слоем марли располагался непроницаемый мэкинтош, а по краям повязки вата; вся повязка туго прибинтовывалась. Всем хорошо известно, что протектив имел своей целью предохранение раны от раздражающего действия карболовой кислоты, что специальная обработка марли и мэкинтош имели назначением уменьшение летучести фенола и что главным всасывающим материалом была вата. Хотя Lister одним из основных требований выставлял дренирование ран, но протектив, заходящий за края раны, не мог не вызывать относительной задержки гноя, и вся повязка с плохо всасывающей марлей и мэкинтошем создавала ту же влажную теплую камеру, что и повязка Bier'a.

Насколько нам известно, способ Bier'a у нас нашел себе малое распространение, но в измененной форме, повидимому, применяется. Так, Н. Л. Блументаль из клиники проф. А. В. Мартынова в своей работе о бестампонном лечении гнойных ран, в которой приводит полученные очень благоприятные результаты, указывает, что в случаях с не вполне разрешившимся воспалительным процессом применялся согревающий компресс из вазелина по Мартынову. Описание этого компресса не приводится, но, повидимому, это есть слой вазелина, прикрытый непроницаемой тканью, т. е. видоизмененная повязка Bier'a.

Bier'овский метод не является универсальным, он имеет свои определенные показания, он приложим к ранам известной формы и в известный период заживления. Наиболее благоприятная форма — это широко зияющая рана с большим кожным отверстием по сравнению с дном причем, полость ее должна быть относительно простой, без глухих закоулков и узких ходов, т. е. рана с отлогими стенками, постепенно переходящими в дно. Важно правильно определить момент, подходящий для применения Bier'овской повязки, иначе говоря момент ослабления инфекции; для этого пользуются наблюдением над общим состоянием больного и видом раны. Практическое решение этого вопроса в наших случаях не представляло затруднений.

К достоинствам метода нужно отнести, кроме быстроты и полноты восстановления тканевого дефекта, безболезненность перевязок и малый расход матерьяла. К недостаткам — раздражение кожи, не превышающее умеренной степени и могущее быть в большинстве случаев предупрежденным предварительным смазыванием окружности раны стерильным вазелином, и запах от повязки, который достиг значительной степени в одном из наших случаев.

В заключение позволяем себе наметить следующие выводы:

1. Bier'овский метод, примененный к язвам, дал у нас заживление в случаях не поддававшихся другим способам лечения.
2. При ранах после операции карбункулов и остеомиелитов в хронической стадии он повел к быстрому и полному восстановлению тканевых дефектов. Полученные рубцы лежали почти на уровне кожи.
3. Вопрос о действии маловирулентного гноя на грануляции не может быть решен одними клиническими наблюдениями и открывает поле для бактериологических и экспериментальных исследований.
4. Наблюдения над действием Bier'овской повязки с убедительностью эксперимента показывают, что задержка маловирулентного гноя при известных условиях не только не расстраивает, но даже



благоприятствует процессу заживления ран. Это положение может служить одним из оснований для более широкого применения бес-тампонного лечения ран \*).

#### Литература.

Salomon. Refer. Münch. med. Wochenschr. 1918 г. Вельяминов. Хир. Архив. 1912 г. Русанов. Нов. Хир. Архив 1924 г. Блюменталь. Нов. Хир. Архив. 1924 г.

### Сифилис и рак языка.

Л. И. Файнгольд и И. Штейнберг.

Из Мужского кожно-венерического отделения Одесского Госуд. Дермато-Венерологического Института им. д-ра Главче (зав. отделением д-р А. А. Фельдман) и из Хирургической Пропедевтической Клиники Ол. Мед. Инст. (директор проф. И. Е. Кориман).

Сочетание сифилиса с другими заболеваниями представляет собою банальное явление уже в виду чрезвычайного распространения сифилиса в населении и очень хронического его течения. Не всегда, однако, сифилис при этом находится в причинной связи с сопутствующим заболеванием, или не всегда эту связь удастся уловить, так что обычно мы констатируем простой симбиоз, большей частью не зная, какое влияние одно заболевание оказывает на другое. Этого нельзя сказать о раке. В ряде случаев удастся с несомненностью установить предрасполагающее влияние сифилиса или того или иного его проявления на возникновение карциномы. Между тем, выяснение этиологических моментов для возникновения одного из самых жестоких заболеваний — ракового новообразования — является весьма важным.

Мало есть научных вопросов в медицине, которые за последнее время вызвали бы к себе такое сильное и живое внимание, как злокачественные новообразования. Изучение этого вопроса идет преимущественно по двум путям: экспериментальному и клиническому. Начиная от Jensen'a, который впервые привил рак груди мышам и проводил культуру опухоли через несколько поколений животных, и кончая последними работами Gue'я и Barnard'a, открывших в опухоли фильтрующийся микроорганизм, мы видим, что основные исследования базируются на изучении общебиологических свойств злокачественных опухолей.

Механические, химические раздражители, сохранение отдельными элементами большого запаса неизрасходованной энергии — все привлекается — говорит Петров — для выяснения заколдованного вопроса о происхождении опухоли. Эти моменты, а также наследственность, социально-гигиенические условия жизни и даже свойства почвы в той или иной степени отмечаются в качестве предрасполагающих факторов у больных с злокачественными новообразованиями.

Кроме того, зачастую наблюдаются комбинации их с другими хроническими инфекционными болезнями; в числе последних видное место занимает сифилис; особенно частой является комбинация сифилиса и рака языка.

Lang, демонстрируя в 1884 году на Восьмом Международном Конгрессе в Копенгагене случай, где имелаась комбинация гуммы и рака на коже, мог заявить, что, не считая случаев появления рака

\*) Истории болезни (24), приведенные автором, по техническим условиям не помещены.



у бывших сифилитиков, это первый известный ему случай подобного рода, а случаев, где одновременно наблюдалась гумма и рак языка, насчитывается всего 3—4.

В этом же году Озеппе опубликовал 67 случаев (своих и чужих), главным образом, рака языка у сифилитиков. Etchevery приводит в 1904 году 13 случаев рака языка, развившегося на сифилитической лейкоплакии, 22 случая, где одновременно имелись проявления сифилиса и рака языка, и 15 случаев рака на слизистой рта у бывших сифилитиков. В 1907 году Ноганд собрал уже 104 случая рака у сифилитиков. В 1925 году Schleicher из Ракового Института в Берлине опубликовал 44 случая рака языка с обращением особого внимания на этиологическую роль сифилиса. В том же году Sachs описал 11 подобных случаев. Затем идут отдельные случаи Ehrmann'a, Гринчара, Strandberg'a, Rosen'a, Birnbaum'a, Holländer'a, Post'a и др.

Если у сифилитиков вообще рак встречается уже не так редко, то этого нельзя утверждать относительно одновременной комбинации активных явлений сифилиса и рака. Представленный нами случай с подобной комбинацией имеет, поэтому, известный интерес. Интерес этот усугубляется еще тем, что кроме сифилиса здесь имелся еще один фактор, сыгравший, быть может, не менее важную роль в образовании рака, нежели сифилис. Фактор этот — профессиональная вредность в виде хронического раздражения языка.

Больной Д., 57 лет, русский, по профессии литограф. У матери было 18 беременностей и 1 выкидыш. В настоящее время у больного 3 здоровых сестры. Остальные братья и сестры умерли: 1 брат умер от „гниения ноги“, 2 брата и 2 сестры умерли в возрасте 2—3 лет от конвульсий; об остальных он не знает. Больной был женат 25 лет. Жена была здорова, была один раз беременна и родила в срок одного здорового ребенка, который умер 1½ лет от „слабости“. В детстве больной перенес корь. В 1895 и 1915 г.г. болел триппером, при втором триппере болел воспалением левого придатка. В 1889 году был шанкр на члене. Лечился присыпками. Никаких явлений до настоящего заболевания не было.

По роду своей профессии больному все годы приходилось пользоваться иглой, которую он смачивал языком. Больной утверждает, что задолго до настоящего заболевания он испытывал, благодаря этому, неприятное ощущение на языке. Временами у него даже появлялись „нарывчики“ на языке, которые исчезали через некоторое время без лечения.

2½ года тому назад больной заметил небольшой нарост, величиной с горошину на правой половине языка, который мало беспокоил его. Вследствие этого он не прибегал к врачебной помощи. Несколько месяцев спустя опухоль начала увеличиваться и беспокоить больного, в виду чего он обратился к врачу Рабмеда. Последний направил больного в хирургическое отделение 2-ой Совнарболи, где был вырезан кусочек опухоли языка.

Гистологическое исследование, сделанное д-ром Х а ю т и н ы м, обнаружило эпителиому. RW дала ++++. Больному предложена операция, но он от нее отказался. Вновь произведенная RW дала ++++. С последним ответом больной обращается в Хирургическую Пропедевт. Клинику Од. Мед. Инст. В виду резко положительной RW и клинической картины гуммы, подтвержденной приглашенным на консультацию проф. Яковлевым, больной был направлен в мужское кожно-венерическое отделение Института Главче.

Status praesens. Больной среднего роста, удовлетворительного питания. Позвоночник искривлен вправо, вследствие чего левая половина грудной клетки значительно меньше правой половины. Поверхностные вены на нижних конечностях расширены. На коже пол. члена имеются 2 пигментированные коричнево-буроватого цвета участки неправильно округлой формы, величиной до 15-тикоп. серебр. монеты. Каждая из этих пигментаций появилась после бывших язв мягкого шанкра. На затылке имеется разлитая не интенсивная пигментация. На правой ягодице и на левой в части ее, прилегающей к межъягодичной складке, имеются депигментированные участки, местами изолированные, величиной до 15-тикоп. серебр. монеты, местами слившиеся, с неправильными контурами, пигментированным ободком и с центром, окрашенным в бледно-розовый цвет. Правая половина языка в передней его части немного уменьшена в объеме в сравнении с левой половиной. На кончике языка имеется дефект слизистой, величиной несколько меньше



10-тикоп. монеты. В этом месте в толще языка прощупывается узелок, величиной с горошину, плотноватой консистенции, не резко ограниченный от остальной массы языка. На расстоянии 2 см. от кончика языка, в правой половине его, примыкая к средней линии, в толще языка залегает эластической консистенции бугристая опухоль, величиной немного больше лесного ореха, несколько выпячивающая слизистую над окружающим уровнем и ограниченная слева глубокой бороздой, а спереди и сзади более поверхностными бороздками. Слизистая над опухолью цианотично-красного цвета, лишена сосочков и блестит; на ней имеется несколько мелких язвочек, из которых при надавливании выделяется гной. Правый край языка имеет неровную поверхность и лишен сосочков. Справа под челюстью прощупывается безболезненная, плотноватой консистенции железа, величиной несколько больше турецкого боба.

Внутренние органы — норма. Нервная система: реакция зрачков на свет и конвергенцию — норма, анизокория ( $S > D$ ); коленные и Ахилловы рефлексы — повышены; Romberg — отрицателен; патологических рефлексов нет; *potentia* — норма; видит и слышит хорошо; жалуется на головные боли по временам (главным образом ночью). Стул, моча — норма. RW, произведенная в лаборатории Института, дала резко положительный результат ++++. Исследование спинномозговой жидкости не обнаружило ничего патологического. Других явлений, указывающих на сифилис, у больного не обнаружено.

Принимая во внимание, что больной 35 лет назад имел язву на пол. члене, принятую за мягкий шанкр; RW при трехкратном исследовании дала резко положительный результат, указывающий на сифилитическую инфекцию в организме; множественность узелков в опухоли; расположение ее на верхней поверхности, характерное для гуммы; эластическую консистенцию, безболезненность и отсутствие функциональных расстройств — мы пришли к выводу, что имеем дело с гуммами языка.

Но в виду гистологического исследования вырезанного кусочка опухоли, давшего картину эпителиомы, приходилось считать, что последняя возникла на гумме, как результат хронической травматизации при постоянной необходимости смачивать иглу языком.

В виду изложенного, нами был поставлен диагноз гуммы языка, осложненной раком. Под таким диагнозом больной был продемонстрирован одним из нас (Файнгольд) в Одесском Дерматологическом Обществе 5/XI—1924 года.

Как мы можем объяснить себе появление гуммы у больного только на языке? Не могла ли и для гуммы в данном случае послужить причиной травма? Связь между раздражением или травмой и локализацией сифилитических явлений уже давно известна. Рецидивные явления чаще всего появляются на местах, подвергающихся раздражению, как на половых органах, вокруг *anus'a*, где этому способствует пот, трение, мацерация; во рту — курение, острые кушанья, алкоголь, кариозные зубы. Известно, что гуммы очень часто локализуются на голених, чаще других мест подвергающихся травме. В литературе имеются указания на появление сифилидов на местах татуировки (Dohi и др.), на местах, где были поставлены кровососные банки (Каплун) и т. д. Впервые систематическое изложение взглядов на роль травмы в происхождении сифилидов и экспериментальное обоснование этих взглядов дано Тарновским в 1877 году и подтверждено Neumann'ом в 1885 году. Этим авторам удавалось при помощи раздражающих веществ вызвать сифилитические инфильтраты у рецентных сифилитиков; у сифилитиков, находившихся в третичном периоде, это удавалось уже реже. Тарновский даже предлагал пользоваться этим способом, как провокационным, для решения в каждом данном случае вопроса об излечении сифилиса. Clément Simon описывает случай сифилиса кости на почве огнестрельного ранения. Vlaenen демонстрировал шоффера, страдавшего 8 лет сифилисом, у которого от давления руля на табачницу, находящуюся в кармане, образовались гуммы на нижней части



живота; точно также появились у больного гуммы на правом бедре от постоянного давления бака с бензином. Lengyel приводит статистику Дерматологического Общества в Cluj, согласно которой из 164 пациентов с гуммоznыми явлениями, 20% приписывали происхождение гуммы травме. Только в трех случаях автор мог подтвердить правильность этого заявления.

Krösl описывает случай больного, пильщика дров, у которого появились сифилиды на местах, которые по роду его профессии подвергались постоянной травме, именно — на правом плече и предплечьи; кроме того, у него появились сифилиды внизу живота, где он носил грыжевые бандажи. Rasini приводит пять подобных случаев и пытается объяснить происхождение гуммы на месте травмы: по его мнению, травма ведет к анатомическому и физиологическому изменению пораженной ткани, вследствие чего тканевые элементы погибают и заменяются новыми, которые уже не обладают местным иммунитетом, в виду чего спирохеты, проникшие в место травмы, не встречают уже отпора и вызывают там сифилитические изменения. Lenzmann также думает, что травма может нарушить установившееся равновесие между бледной спирохетой и иммунными силами организма (латентное состояние) и дать таким образом толчок к активированию инфекции.

Одним из самых излюбленных мест вторичных и третичных сифилидов является, как мы уже указали, рот, в частности язык. По статистике Gerber'a, на 300 случаев сифилиса рта и зева — 65% падает на третичные явления языка. Согласно статистике Fournier, третичные явления на языке (262 случая) встречаются так же часто, как третичные явления на половых органах (271 случай), чаще, чем на небных занавесках и зеве (238 случаев) и твердом небе (229 случаев). Причиной такого частого поражения слизистой языка является несомненно постоянная его травматизация в связи с большой механической работой, им совершаемой — еда, разговор — и благодаря тепловым и химическим повреждениям — горячая пища, алкоголь, табак, острые блюда.

Если мы обратимся к вопросу о связи рака с сифилитическим поражением языка, то прежде всего должны будем указать на мнение Roiger и Fournier, которые считают рак языка у не сифилитиков большой редкостью; они утверждают, что 80% больных раком языка — сифилитики. Gaucher также считает сифилис обычной причиной рака языка. Simpson, наблюдавший 14 случаев рака языка, указывает на хронический lues, как на этиологический момент. Из 54 случаев рака языка, по Broders'у, в 17 (31,49%) установлен сифилис. Cary, изучая 907 случаев опухолей, приходит к выводу, что комбинация рака языка с сифилисом встречается в 3 раза чаще, чем такая же комбинация в других органах. У Regaud в  $\frac{2}{3}$  всех случаев рака языка в анамнезе отмечается сифилитическая лейкоплакия. Küttner, рассматривая 266 случаев рака языка, останавливается на lues'e, как на основной причине возникновения cancer'a. То же можно найти и у Quick'a (на 148 случаев — lues в 35,1%), Sachs'a и др. Vertraud, исследуя 189 больных раком, нашел почти у всех положительную RW. Другой бельгийский автор — Bayet — не мог на своем материале вполне подтвердить столь решительные данные предыдущего автора. Все же он констатирует, что сифилис, особенно наследственный, имеет могущественное влияние на эндокринную систему, а исследования последнего времени обнаружили способствующее влияние расстройств желез внутренней секреции на развитие новообразований.



Octave Monod сообщает статистику Парижского Радиологического Института: из 34 больных раком языка сифилис в анамнезе найден у 17-ти. Он полагает, что в этиологии рака играет одинаково большую роль сифилис, табак и плохие зубы. Küttner также отмечает большую роль табака в этиологии рака, так как он является причиной лейкоплакии, ведущей к раку. То обстоятельство, что рак языка встречается чаще у мужчин, чем у женщин, подтверждает, по мнению многих авторов, влияние курения табаку.

У Küttner'a на 266 случаев cancer linguae отношение мужчин к женщинам равно 10:1, а у Quick'a на 148 случаев 138 приходится на мужской пол и лишь 14 случаев на женский. Babridge, сообщая о 700 раках, также указывает на преобладание мужчин над женщинами. По Тихову, отношение полов выражается, как 70:30.

Если придерживаться точки зрения Зыкова на условия, способствующие развитию рака, то станет понятным, почему поражается возраст от 40 до 45 лет. Дело в том, что Зыков, отмечая развитие рака в организмах с пониженным обменом веществ, считает стариков наиболее подходящими объектами, так как у них химические процессы окисления и восстановления значительно понижены. Точно также метастазирование раковых клеток по лимфатическим сосудам объясняется слабой формой окислительных процессов в этих сосудах. Вполне естественным является, поэтому, развитие рака на старых рубцах, где процессы окисления и восстановления крайне недостаточны. Исходя из этого, можно допустить, что на рубцовых поверхностях, образующихся на слизистой на местах сифилидов, создается та благоприятная почва, которая так часто дает повод к развитию рака.

По Schleicher'у, главной причиной карциноматозного разрастания на языке является хроническое раздражение тканей. Способствующими этому причинами является лейкоплакия, сифилис, курение, алкоголь, механические моменты (травма). Сифилису нельзя, по его мнению, приписывать преобладающей роли в этиологии карциномы.

Таким образом, почти все авторы придают большее или меньшее значение сифилису в происхождении рака языка, базируясь при этом, главным образом, на Virchow'ской теории раздражения. Согласно последней, опухоли обыкновенно развиваются на местах, подвергающихся хроническому раздражению или хроническому воспалению. Мы не станем здесь подробно разбирать различные другие теории происхождения злокачественных опухолей, высказанных после Virchow'a.

Исходя из приведенных литературных данных относительно происхождения сифилитических поражений и рака языка, мы должны в нашем случае допустить, что профессиональное раздражение языка у больного литографской иглой, длившееся многие годы, вызвало сначала локализацию в данном месте третичного сифилида, а затем карциноматозное перерождение.

Для устранения в опухоли нашего больного того, что в ней было от сифилиса, в виду отсутствия симптомов быстрого ее роста, было решено предварительно провести специфическое лечение. Больной получил от 3/XI—24 г. по 14/I—25 г. 20 межмышечных впрыскиваний висмута (10% эмульсии ксероформа по 1,0 гр. через 3 дня), 10 внутривенных впрыскиваний неосальварсана (5,3 гр.) и 110 гр. иодистого калия. После двух впрыскиваний нео в 0,3 и 0,45, 6 впрыскиваний висмута и 50 гр. иодистого калия опухоль на языке в наибольшей



своей части рассосалась, оставив после себя почти плоский узел в толще языка с продольным гребешком, выдающимся над поверхностью, посередине языка. Чем больше рассасывался узел, тем больше увеличивался упомянутый гребешок; под последним образовался глубокий карман, из которого при надавливании выделялась густая белая кашицеобразная масса.

15/I RW +++++, 16/II +—. К этому времени опухоль начинает опять несколько увеличиваться. От 17/II до 24/V больной получил 2-й курс специфического лечения из 15 впрыскиваний ксероформа, 6 нео (3,3 гр.) и 60 гр. иодистого калия. RW 24/IV +++++. В виду того, что после второго курса опухоль не только не обнаружила тенденции к дальнейшему уменьшению, а, напротив, продолжала увеличиваться, то решено было прибегнуть к оперативному пособию, для чего больной поступил в Хир. Проп. Кл. О. М. И.

9/V—1925 г. больному была произведена операция под местной анестезией *sol povocaini*  $1/2\%$ . После предварительной перевязки *art. lingualis*, в полости рта был удален правый квадрант языка, где локализовалась опухоль, в пределах здоровой ткани, отступая на  $1/2$  см. от ее границы. Швы, наложенные на слизистые обеих поверхностей (верхней и нижней) языка, спустя 6 дней прорезались. Рана зажила через 10 дней. По истечении 5-ти недель (18/VI—25) под местной анестезией удалены на правой стороне шеи 2 плотных железки, на левой — одна. При микроскопическом исследовании на разрезе видна слизистая оболочка, под которой имеется атипическое разрастание плоского эпителия, расположенного островками концентрических слоев, в центре которых заметны резко окрашенные ороговевшие массы. Диагноз: *Carcinoma keratodes*. В лимфатических железах особенных изменений при микроскопическом исследовании не найдено.

В настоящее время, через 10 месяцев после операции, никаких явлений рецидива нет.

2/VII—25 г. RW +++++. От 14/VIII по 20/X—1925 3-ий курс из 16 впрыскиваний ксероформа и 6 нео (4,45 гр.) 20/X—1925 RW +++++.

По поводу лечения комбинации рака с сифилисом языка по сей день нет в литературе единодушного мнения. Большинство авторов, писавших о сифилисе и раке, как *Ozenne*, *Etchevery*, *Horand* и др., отмечают улучшение клинических явлений после специфического лечения смешанной опухоли языка. Но это только улучшение временное, как оно наблюдалось и в нашем случае. Поэтому, упомянутые авторы предлагают передать больного хирургу, как только специфическое лечение сделало все, что оно могло. *Monod*, напротив, высказывается решительно против специфического лечения при раке языка, если даже имеется сифилис в анамнезе. Он считает подобное лечение не только бесполезным, но и вредным, так как благодаря ему мы теряем время. По той же причине большинство авторов высказывалось за немедленное хирургическое вмешательство, не дожидаясь результатов специфического лечения (*Küttner*, *Caru*, *Терам*).

В последние годы некоторые применяют во всех подобных случаях только радиолечение (*Regaud*, *Simpson*, *Quick*, *Delbet*). *Monod* прибегает к радию только в запущенных случаях. *Peters* и *Rauchoff* являются сторонниками освещения радием после операционного удаления опухоли, против чего особенно возражает *Delbet*, полагая, что освещение радием ослабляет белые кровяные шарики и соединительную ткань.

Таким образом вопрос о применении и последовательности имеющих в нашем распоряжении методов лечения в случаях наличности комбинированного страдания сифилисом и раком языка до настоящего времени является далеко не решенным. Интересно мне-



ние Вайге'a, который считает, что рак полости рта и области верхних дыхательных путей не так уже злокачественен, и что смертность велика главным образом вследствие слишком поздней или недостаточно радикально выполненной операции. Ссылаясь на гистологические исследования Lenthal Chatle, он предлагает во всех случаях удалять также и *m. geniohyoglossus*, благодаря чему, по его мнению, можно избежать рецидивов.

Хотя в нашем случае биопсия своевременно установила рак языка, но клиническая картина гуммы была так очевидна, что нельзя было отказаться от предварительного лечения, которое действительно вызвало рассасывание наибольшей части опухоли—гуммозной—дав, таким образом, ясные границы того, что принадлежало карциноме и подлежало удалению. Когда опухоль начала вновь увеличиваться, несмотря на продолжающееся специфическое лечение, больной был подвергнут операции.

Выводы:

1. У нашего больного несомненно имелось сочетание гуммы языка и карциномы, что доказывается, с одной стороны, клинической картиной, резко положительной реакцией Вассермана и успехом специфического лечения (рассасывание наибольшей части инфильтрата); с другой стороны, результатом гистологического исследования и неполным эффектом специфического лечения с возобновлением роста оставшейся части опухоли.

2. Хроническая профессиональная травматизация в виде смачивания языком иголки в течение нескольких десятков лет вызвала локализацию нелеченного сифилиса именно на языке.

3. Та же травматизация в дальнейшем послужила, наряду с сифилисом, одной из причин возникновения рака.

4. Сифилис является предрасполагающей причиной для возникновения карциноматозного процесса, особенно на языке.

5. Своевременное и систематическое лечение сифилиса можно считать профилактической мерой против возникновения рака языка.

6. Борьба с усиленным курением, алкоголизмом, профессиональными вредностями также должна служить одной из профилактических мер против возникновения рака языка (в частности, у нашего больного смачивание иглы языком заменено в настоящее время на производстве смачиванием ее мокрой губкой).

7. В случаях опухоли или язвы языка не надо медлить с биопсией.

8. При установлении ракового характера опухоли у сифилитика рекомендуется раннее хирургическое пособие с удалением лимфатических желез по обе стороны шеи. Предварительное специфическое лечение допускается только в тех случаях, когда новообразование не обнаруживает тенденции к быстрому росту и дает несомненные симптомы сифилитического инфильтрата; этим лечением добиваются рассасывания всего специфического и дается возможность судить о том, что подлежит удалению.

9. Заслуживают большого внимания методы лечения раковых опухолей языка лучистой энергией, особенно радием, в виду получающихся иногда, именно при раке языка, даже в запущенных случаях, весьма благоприятных результатов.

В заключение считаем своим долгом выразить искреннюю благодарность д-ру А. А. Фельдману и проф. И. Е. Корнману за ценные указания при составлении этой работы.



## Литература.

1. Lang. Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph. 1884. S. 481.
2. Ozenne. Du Cancer chez les Syphilitiques. 1884.
3. Etchevery. Syphilis et Cancer. Ann. de Derm. et Syph. 1884.
4. Horand. Syphilis et Cancer. 1907.
5. Schleicher. Ref. Derm. Woch. 1925, № 32.
6. Sachs. Ref. Derm. Woch. 1925, № 25.
7. Lenzmann. Monat. f. prakt. Dermat. 1906. Bd. 42. S. 83.
8. Гринчар. Cbl. f. Haut. u. Geschlechtskr. Bd. 11, S. 216.
9. Strandberg. Ibid. 1921. Bd. 4. S. 181.
10. Rosen. Ibid. 1922. Bd. 5.
11. Birnbaum. Ibid. 1921. Bd. 2. S. 359.
12. Holländer. Ibid. 1923. Bd. 7. S. 1.
13. Post. Dermat. Zeit. 1925. Bd. 44.
14. Тарновский. Цит. по Neumann'y, Syphil. 1899.
15. Neumann. Syph. 1899.
16. Clement Simon. Bull. Med. 1921, № 26.
17. Blaenen. Zbl. f. Haut u. Geschlechtskr. 1923. Bd. 12. S. 472.
18. Lengyel. Ibid. Bd. 9, S. 225.
19. Krösl. Wien. Kl. Woch. 1925, № 22.
20. Pasini. Zbl. f. Haut u. Geschlechtskr. 1921. Bd. 2. S. 191.
21. Dohi. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 150.
22. Lenzmann. Zbl. f. Haut u. Geschlechtskr. 1921. Bd. 3, S. 302.
23. Gerber. Handb. der Geschlechtskr. Finger, Jadassohn. Bd. 3.
24. Fournier. Traité de la Syphil. 25. Poirer et Fournier. Цит. по Wulstein und Wilms, Lehrb. d. Chirurgie. 1910.
26. Gaucher. Syphil. et Syphilides.
27. Broders. Arch. of Surgery. 1925, July V. 11, p. 1.
28. Cary. Ref. Z. O. Chir. 1925. Bd. X.
29. Regaud. Paris med. 1921. № 14, p. 265.
30. Küttner. Therapie der Gegenwart. 1924.
31. Quick. Ref. Z. O. Chir. 1921. Bd. XIV.
32. Bertraud. Цит. по Bayet, Bruxelles méd. 1923, № 40.
33. Bayet. Bruxelles méd. 1923, № 40.
34. Mopod. Journal des Praticiens. 1921, № 33.
35. Babridge. Journ. of the Amer. Med. Associat. 1920.
36. Тихов. Хирургия.
37. Зыков. Новая хирургия. 1925, № 6.
38. Герат. Вестник Курского Губздрава. 1921, № 3—7.
39. Simpson. Ref. Z. O. Chir. 1925. Bd. XXIX.
40. Delbet. Ibid. 1921. S. 102.
41. Blair. по Jemisen, ref. Z. O. Chir. 1921.

## Рак языка на сифилитической почве\*).

Консультант-ларинголог Л. М. Розенфельд.

Из Женского Кожно-Венерического Отделения Одесского Государственного Дермато-Венерологического Института имени доктора Главче (Зав. отд. д-р И. Д. Перкель).

Опухоли языка относятся к довольно редким заболеваниям. Чаще всего описываются в литературе доброкачественные опухоли, главн. образом папилломы, ангиомы, миомы и лишь в единичных случаях первичные злокачественные опухоли языка. На XVI-ом Съезде немецких ларингологов Katz продемонстрировал круглоклеточную саркому языка. Описание первичного рака языка приводят Rydygier, Malmstein, Zurakovsky, Baginsky, Katzenstein и Н. Kahn. Brünings в 1925 году отмечает первичный рак языка, как редкое заболевание, тогда как Kronenberg в Handbuch der speciel. Chirurgie Katz'a за 1925 г. указывает на сравнительно редкое поражение раком мягкого неба и сравнительно большое число описаний рака языка (Pinatelli, Friedmann, Pieniazek, Smith).

Остальные описания рака языка (Hofer, Schlemmer) указывают на одновременное поражение мягкого неба, тонзилл, с значительной инфильтрацией шейных желез. Smith приводит случай рака мягкого неба, где все-таки исходным пунктом был, несомненно, язычок.

В русской литературе мы встречаем только у Самойленко случай дегенерации папилломы языка в рак и рисунки опухоли языка и сделанных препаратов. Simpson также описывает случай дегенерации папилломы языка в саркому, но подобная дегенерация отрицается немецкими авторами, в том числе так же и Mikulicz'ем.

Для развития карциномы полости рта и гортани часто подготавливается почва бывшими заболеваниями горла (хрон. катарры, рубцы,

\*) Сообщено в заседании Одес. Дермато-Венерол. О-ва 28 апреля 1926 г.



пахидермия), среди которых особую роль играют хронические сифилитические заболевания горла, хотя на соотношение между сифилисом и раком горла взгляды некоторых авторов расходятся. Все-таки в последнее время нам приходится все чаще и чаще встречать описание злокачественных опухолей, главным образом языка, тонзилл и гортани на сифилитической почве. На основании целого ряда наблюдений и статистических данных установлена вне всякого сомнения связь между этими двумя заболеваниями; одно заболевание предрасполагает к другому. Bergmann и Küttner указывают, что о таком предрасположении уже давно говорилось, чуть ли не с того времени, как начали диагностировать рак языка. Уже вполне доказательна одна статистика Фурнье, которая насчитывает среди 184 больных раком полости рта 155 сифилитиков. Проф. Matsey описывает случаи развития рака языка, неба и гортани на почве гумозного сифилиса.

Воячек в своих проблемах лечения злокачественных новообразований верхних дыхательных путей указывает, что надо иметь в виду существование этих двух болезней, и что рак охотно прививается на сифилитической почве (по принципу прекарциноматоза — обычные воспаления готовят почву для рака, потому что благодаря им в подэпителиальном слое создаются условия, при которых ненормальному эпителию легче вращи. При начале развития к арциномы всегда бывает заметно, что и соединительно-тканый слой около первичного гнезда также принимает участие в процессе — инфильтрируется. Даже такой хирург, как Эсмарх, ставил происхождение саркомы носоглотки в связь с сифилисом, бывшим не только у больных, но даже у отдаленных их предков. Мне лично пришлось наблюдать два случая рака и сифилиса гортани в Институте Главче и один в бывш. Одесской Еврейской больнице.

В виду такой связи между сифилисом и злокачественными новообразованиями горла необходимо особенно энергично лечить всякие сифилитические поражения горла и в случае неуспешности лечения или частых рецидивов производить биопсию, чтобы не пропустить злокачественности заболевания, и подвергнуть больного своевременной операции.

Просматривая доступную мне в области горловых заболеваний литературу, я не мог найти ни одного подобного описываемому мною случая, т. е. карциномы язычка на сифилитической почве.

Данный случай представляет поэтому большой интерес в казуистическом смысле, а также по клиническому течению и данным микроскопического исследования опухоли.

Больная М., 39 лет, крестьянка, замужем 17 лет. Отец больной умер 70 лет от неизвестной причины; мать — от болезни сердца. У матери выкидышей не было; все шесть ее детей живы и здоровы. Муж больной заболел в 1916 году сифилисом и лечится по настоящее время. Больная имела 4-х детей, родившихся в срок живыми и здоровыми. Последний ребенок умер на 7-ой неделе от появления сыпи на теле (по диагнозу лечившего врача — от lues congenita). Больная с детства ничем не болела и только в 1920 г. перенесла сыпной тиф. По словам больной, три года тому назад, т. е. в 1923 году по обеим сторонам язычка появились две небольшие опухоли, которые сначала очень медленно росли и потом слились в одну. Через год после заболевания, в 1924 г., у основания опухоли обнаружилась язва, появилась боль и затрудненное глотание. Врач вендиспансера, заподозрив гумму язычка (RW не была произведена), подверг больную двум курсам смешанного лечения с промежутком в шесть недель (15 впрыск. салиц. ртути и 15 впрыск. салиц. ртути + 9 нео). После лечения опухоль значительно уменьшилась, а язва совершенно зажила; RW дважды отрицательная. В мае 1925 г. снова начала увеличиваться опухоль без образования язвы. Врач вендиспансера подверг больную третьему курсу лечения (при RW: —). 12 впрыск. салиц. рт. + 6 нео + 4 бут. КJ. По словам больной, опухоль опять уменьшилась после лечения. В начале 1926 г. опухоль



начала значительно увеличиваться, и в конце февраля опять появилась язва, а потому врач диспансера направил больную в Институт Главче для выяснения диагноза с отношением: *Syphilis III activa et neoplasma uvulae?*

*St. praes.* Больная средняго роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальны, только на локтях и коленях псориазические бляшки. Со стороны внутренних органов и нервной системы, органов слуха и зрения уклонений от нормы нет. Носовая полость и носоглоточное пространство совершенно нормальны.

В области *uvulae* имеется опухоль величиной с большую сливу, спереди грушевидной формы, сзади состоящей как бы из двух долей, разделенных бороздкой, плотной консистенции. Опухоль покрыта равномерно блестящей розоватой слизистой оболочкой, занимает почти всю полость глотки и спускается вниз до корня языка. У основания опухоли, где она соединяется с мягким небом, имеется поперечная язва с неправильными краями, довольно глубокая, которая как бы отделяет опухоль от мягкого неба.

Язва распространяется кверху больше влево и слегка переходит на мягкое небо. Горлань нормальна. Подчелюстные железы прощупываются, безболезненные, плотные, подвижные, величиною с боб. Паховые железы величиною от чечевицы до боба. RW отрицат., исследование спинно-мозговой жидкости не обнаружило ничего патологического. В Институте больная опять проделала курс лечения — 14 впрыск. ксероформа, 6 влив. нео и 6 бутыл. KJ (10.0 — 200.0). Лечение оказалось безуспешным. Взятые для биопсии кусочки из толщи опухоли (из язвы в виду сильного кровотечения удалось получить только соскоб) при микроскопическом исследовании обнаружили много равномерной плотной соединит. ткани, пронизанной инфильтрационными клетками, состоящими главным образом из полинуклеарных лейкоцитов, и обилие расширенных кровеносных сосудов, наполненных кровью. В этих кусочках атипического роста эпителия не обнаружено.

С такими данными больная была демонстрирована 17-III с. г. в Од. Дермато-Вен. Общ. д-ром П. Ю. Шенфельд. На основании анамнеза, клинических данных, медленного роста опухоли можно было подозревать, что мы имеем дело с медленно растущей доброкачественной опухолью, либо с медленно протекающим хроническим воспалительным процессом с исходом в индурацию у сифилитички. Хотя исследование крови по Вассерману давало все время отрицательные результаты, все-таки нужно признать, что у больной был сифилис: муж больной — сифилитик, последний ребенок погиб на 7-ой недели от сыпи (*lues congenita*), язвы заживали под влиянием специфич. лечения; и патолого-анатомическое исследование опухоли (см. ниже) также подтверждает, до некоторой степени, существование сифилиса, как этиологической причины образования данной опухоли язычка.

3-го апреля больная была переведена в ото-ларин. отд. Железно-Дор. больницы, где 4-го апреля мною и доктором Гончаровым была удалена целиком вся опухоль. Операция была произведена под местной анестезией. У основания опухоли было наложено на слизистую оболочку мягкого неба шесть швов, которые на пятый день прорезались. Края мягкого неба у места соединения с опухолью прижжены термокаутером Пакелена. Рана совершенно зажила на 9 день.

Микроскопическое исследование удаленной опухоли, произведенное Завед. Лаборат. Института Главче д-ром Л. Л. Бродским на целом ряде препаратов, дало следующие результаты. Многослойный плоский эпителий и части, прилегающие к основе слизистой, представляет слегка волнистую линию, почти совершенно лишенную отростков. Толщина его, в общем, приближается к норме. Непосредственно под эпителием, в лишенной сосочков рыхлой подэпителиальной основе слизистой, расположено очень большое число сосудов, сильно расширенных, частью заполненных кровью с сильно утолщенными стенками, с сильно набухшим эндотелием. Вокруг них то в большем, то в меньшем количестве (часто непосредственно под эпителием) имеется значительный инфильтрат, занимающий также проме-



жутки между обильными слизистыми железами, залегающими толстым слоем в более глубоких частях слизистой. За слоем желез в такой же рыхлой ткани, вокруг обильных, расширенных и измененных сосудов, как и в подэпителиальной отнове имеется такого же характера инфильтрат, располагающийся, по мере удаления в более глубокие части опухоли, все более и более густыми гнездами.

Продвигаясь в еще более глубокие части опухоли, мы встречаем очаги плотной, равномерно окрашенной ткани, лишенной сосудов, с едва намеченным волокнистым строением, в котором кое-где расположены отдельные клетки инфильтрата. Инфильтрат расположен также то гнездами, то в виде рассеянных клеток в довольно многочисленных, но небольших очагах жировой ткани. В дальнейшем, инфильтрат окружает плотным кольцом лежащие небольшие скопления раковых клеток, причем по мере приближения к язве, лежащей у места перехода опухоли *in vulva* в ножку, соединяющую последнюю с мягким небом, инфильтрат постепенно почти совершенно исчезает, вытесненный распространением ползущего равномерно рака. В самой поверхности язвы — огромное количество жемчужин. Что касается характера инфильтрата, то он почти повсюду один и тот же. Он состоит из большого количества лимфоцитов, местами из большого количества довольно крупных, то овальных, то полигональных, то кругловатых клеток, с сравнительно слабо красящимся ядром. В массе инфильтрата замечается то более, то менее фибробластов и небольшое количество Plasmazellen и Mastzellen. Только в непосредственной близости к язвенной поверхности, под эпителием, вместе с указанными клетками попадает значительное количество полинуклеаров.

В виду наличия на большом протяжении слизистой оболочки значительных гнезд плотной равномерно соединит. ткани, характера инфильтрата, представляющего все признаки хронич. воспалительного процесса (хронической гранулемы), отсутствия бугорков, гигантских клеток и наличия обильного количества сосудов, — можно допустить с большой вероятностью, что здесь долго существовала не типичная гуммозная инфильтрация, к которой в недавнее время присоединилось раковое новообразование.

В настоящее время (18-го мая 1925 г.) у больной на месте соединения опухоли с мягким небом имеется превосходный рубец, мягкое небо совершенно нормально, шейные подчелюстные железы значительно уменьшились в размере, почти не прощупываются и общее состояние больной значительно улучшилось.

В виду злокачественности опухоли, больной предложено удаление шейных и подчелюстных желез и рентгенотерапия.

Считаю своим приятным долгом принести благодарность доктору И. Д. Перкелю за предоставленный мне случай и доктору Л. Л. Бродскому за приготовление и описание препаратов.

#### Литература.

1. Handbuch der Praktischen Chirurgie, I Band 1913 г. 2. Brünings. Die Chirurgie der Mundhöhle (Die Chirurgie, Liefer. 6, 1925 г.). 3. Katz. Handbuch der Speciell. Chirurgie des Ohres und per ober. Luftwege. 1925. 4. Schmidt. Krankheiten der oberen Luftwege. 5. Воячек. Проблемы лечения злокач. опух. Журнал уш., гор. и нос. бол. № 1—2, 1925. 6. Сар мойленко. Вестник уш. бол. 1913 г. 7. Handbuch per Laryngologie. Heimann, II Band. 8. Kann. H. Ann. of otol., rhin. et laryn. Bd. 33, № 2. 9. Monatschr. für Ohrenheil. u. Laryngol. 1907, 1908, 1909, 1912, 1913 и 1925 г.г.



## К вопросу о лечении сифилиса русским препаратом Висмута — *Vijochinol*'ем.

Ф. И. Тарсис и Г. П. Девоянц.

Из женского кожно-венерического отделения Одесского Государственного Дермато-Венерологического Института имени д-ра Главче (зав. отд. И. Д. Перкель).

Как известно, в 1921 г. *Levaditi* и *Sazerac* обнародовали результаты своих блестящих опытов над специфическим влиянием висмута на трипанозомиаз (морской свинки), а также на куриный спириллоз и кроличий сифилис. Опыты эти привлекли к себе всеобщее внимание и интерес, и авторы их нашли вскоре же большое число последователей среди современных экспериментаторов и клиницистов, применявших *Vi* как на животных, так и на людях, больных сифилисом.

Однако, нельзя умолчать о том, что идея о терапевтическом действии *Vi* на сифилис и родственные ему заболевания развивалась постепенно и принадлежит целому ряду авторов. Все те неприятные, подчас тяжелые побочные явления, которые возникают при применении ртути (общее истощение, стоматиты, поражение почек, болезненные инфильтраты), уже давно вызвали стремление отыскать менее токсическое и одновременно более энергичное противосифилитическое средство. Так, еще в 1889 г. *Balzer* во Франции и в 1908 г. *Uhlenhuth* в Германии изучают в опытах на животных свойства *Vi*, считая его специфическим спирохетоцидным средством. В 1913 г. знаменитый *Ehrlich* производит свои эксперименты над соединением *Vi* с сальварсанными препаратами. В 1916 г. *Sauton* и *Robert* доказали безусловное влияние *Vi* на куриный спириллоз. В 1919 г. *Kolle* и *Ritz* производят испытание *Vi* над кроличьим сифилисом.

Из этого краткого исторического обзора видно, что в течение свыше 2-х десятков лет *Vi* был объектом внимательного изучения в смысле специфического влияния его на сифилис, и, наконец, завершением его явились удачные опыты *Levaditi* и *Sazerac*'а в применении *Vi* на животных и больных сифилисом людей.

Последние 4—5 лет, после целого ряда клинических и экспериментальных работ в лучших клиниках Европы, висмут занял прочное положение в терапии сифилиса, наряду с сальварсаном, и почти совершенно вытеснил собою ртуть, во многих случаях превосходя ее по терапевтическому эффекту и отличаясь меньшей токсичностью.

По вопросу о *Vi* скопилась громадная литература, увеличивающаяся с каждым днем. И в настоящее время вряд ли кому-нибудь придет в голову оспаривать все положительные стороны висмутного лечения. *Vi*, можно смело сказать, приобрел право гражданства во всех крупных и мелких венучреждениях как за-границей, так и у нас, будучи применяем при всех стадиях сифилиса и с особым успехом при нервных его формах.

Что же касается побочных явлений, которые получают в результате применения висмута, то нужно сказать, что они значительно слабее, чем от ртути: поражение почек никогда не достигает той интенсивности, как при *Hg.*; стоматиты от *Vi* значительно реже наблюдаются, гораздо доброкачественнее и легче поддаются лечению, чем меркуриальные; химическое раздражение ткани при впрыскиваниях *Vi* значительно слабее, чем при *Hg.*, и это сказывается меньшей болезненностью при инъекциях и меньшими инфильтратами.

Первый препарат висмута, введенный в терапию сифилиса *Levaditi* и *Sazerac*, *Fournier*, *Guénot* и другими, был *Trépol tartrobismuthate de sodium et de potassium*. Но вскоре громадный успех, выпавший на долю *Vi*, повел к появлению различных модификаций солей *Vi*, а также соединению его с хинином, иодом, железом



и т. д. В настоящее время количество препаратов *Vi* насчитывается сотнями под различными патентованными названиями. Препараты эти представляют то коллоидные, то органические соединения висмута.

В 1925 г. был выпущен в свет русский препарат *Vi* под названием *Vijochinol*, представляющий 10% масляную эмульсию (на миндальном масле) и содержащий около 20% металлического *Vi*, около 50% иода и 30% хинина. В конце 1925 г. Институт имени Главче получил в свое распоряжение небольшое количество *Vijochinol*'я для клинического наблюдения.

Всего хорошо прослеженных больных, у которых применялся *Vijochinol*, мы имели 17. Отлично сознавая, что такое число наблюдений является очень скромным, мы тем не менее решили поделиться этими своими первыми впечатлениями, побуждаемые к тому блестящими результатами, полученными от применения *Vijochinol*'я.

Около половины наших больных было помещено в стационарное отделение Института, где ежедневно производилось исследование на спирохету, бралась моча для анализа и *RW* повторно производилась через каждые 5—6 инъекций.

Все наши больные — женщины, в возрасте от 16 до 61 года; по диагнозам распределяются следующим образом: *lues I+II recens* — 1 случай; *lues II recens* — 2 случая; *lues II recidiva* — 6 случаев; *lues III activa (gummosa)* — 6 случаев; *lues congenita activa tarda (gummosa)* — 2 случая.

Продолжительность наблюдения была от 2-х недель до 6-ти месяцев. Мы применяли исключительно биохиноловое лечение — без нео, без иода, без местной терапии. Разовая доза была различная: у одних больных мы начинали от 1,0—1,5 *Vijochinol*'я, постепенно повышая до 3,0; у других мы с первого раза брали на дозу по 3,0 (как это указано в проспекте). Курсовая доза применялась от 30,0—45,0. Впрыскивания производились подогретым до 30°—40° препаратом в ягодицу, в установленные для ртути точки, с промежутками в 1—2—3 дня, в зависимости от вводимой дозы (1,0 *pro die*). Всего нами сделано 147 инъекций. Нами были получены следующие результаты.

Время исчезновения спирохет прослежено нами в 2 случаях: 1) *lues II recens*: из отделяемого папул *ad genitalia* спирохеты исчезли после 1-ой инъекции (3,0 *Vijoch.*) на 3-ий день от начала лечения; 2) *lues II recid.* — спирохета из генитальных папул исчезла после 2 инъекций (6,0) на 7-ой день.

Первичная эрозия у задней спайки (1 случай) зажила после 6 инъекций (11,0) на 15-ый день. В 2-х случаях *lues II recens* розеола исчезла в 1-м случае на 16-ый день, после 5 инъекц. (15,0), во втором случае — на 9-ый день, после 4 инъекц. (12,0). Что же касается *lues II recidiva*, то в двух случаях *roseola recidiva* рассосалась на 11-й день, после 4-х инъекц. (9,0); в 3-х случаях рецидивные мокнущие папулы на слизистой половых частей исчезли на 15—16—21 день, после 4—5—8 инъекций (12,0—24,0). Мы имели 1 случай лентикулярных и акнеформных папул, рассосавшихся на 21-й день, после 7 инъекц. (21,0). Вегетирующие папулы *ad anum* (у одной больной) начали уплощаться после 3-х инъекций. на 9-ый день, исчезли после 5 инъекций (15,0), на 20-ый день.

Таким образом, мы видим, что в отношении проявлений первичного и вторичного сифилиса *Vijochinol* проявляет себя как сильное спирохетоцидное средство, которое может быть приравнено к мышьяку, уступая ему, однако, в силе и скорости действия. На сифилитические эффоресценции (розеола и папула) *Vijochinol* действует весьма энергично, превосходя в некоторых случаях ртуть. По этому поводу мы вспоминаем сравнительную оценку силы действия мышьяка, висмута и ртути, приведенную *Milian*'ом: если мышьяк равняется 10, то висмут равняется 7, а ртуть — 4.

Переходя к рассмотрению третичных форм сифилиса, которых у нас было 8 случаев, мы можем сказать, что здесь эффект от *Vijochinol*'я получился блестящий. Уже после 1—2 инъекций гуммозные язвы на коже и слизистой полости рта начали очищаться от грязного налета, теряли вокруг воспалительную зону. Поверхностные гуммы заживали после 3—4 инъекций (6,0—9,0) на 13—16-ый день. В одном случае тяжелого остео-периостита с глубокими свищевыми ходами, существовавшего 1½ года, мы получили полное заживление после 10 инъекций (30,0), на 30 день. В одном случае разлитого гум-



мозного инфильтрата на мягком небе мы видели полное рассасывание (без изъязвления) после 4 инъекций (12,0), на 16 день. Такое успешное воздействие Bijochinol'я на гуммозный сифилис мы объясняем наличием в нем большого количества иода (почти наполовину).

Весьма интересны полученные данные о влиянии Bijochinol'я на RW, а именно: в 2-х случаях мы видели явно провокационное действие: 1) lues III act. — до лечения RW + или —; на 12-й день после 6-й ин'екц. (15,0) + — или +; через 2 мес., после тех же 6 ин'екций (больная больше не лечилась) ++++; 2) lues III act. RW до лечения + или +++: после 6 ин'екц. (15,5), на 16 день от начала лечения ++++. Таким образом, Bijochinol выявил в данном случае провоцирующие свойства, которыми обладают в известной мере и другие препараты висмута, как, напр., из употребляемых нами в Институте, Hergofom, Dermatol, и может с успехом быть использован для замены Neosalvarsan'a в классической провокации по Milian'у. В 3 случаях с ++++ RW осталась неизменной в течение курса в 15 ин'екц. (45,0), будучи исследована за это время 2—3 раза; в дальнейшем мы этих больных не наблюдали. В 4-х случаях RW резко положительная сдает и даже становится отрицательной, а именно: 1) lues II recidiva—в начале лечения ++++; после 5 ин'екций (12,0) остается ++++; еще после 5 ин'екц. (15,0) на 11-ый день ++ или ++++; 2) lues II recidiva—RW ++++ в начале лечения; после 7 ин'екц. (18,5) ++++; еще после 5 ин'екц. (15,0) на 20-ый день (—); последняя RW, дважды повторенная, держится 1½ мес.; 3) lues II recidiva:—RW ++++. После 8-й ин'екц. (21,5) на 24-ый день +; еще после 3 ин'екц. (9,0), на 14-ый день (—); последняя RW держится 2 месяца; 4) lues III activa—RW ++ до лечения; после 7 ин'екц. (20,0) RW—; затем больная получает еще 3 ин'екц. (9,0); RW., дважды повторенная, остается отрицательной в продолжение 4½ месяцев.

В этих случаях влияние Bijochinol'я на RW можно считать исключительно энергичным.

Заканчивая обзор наших наблюдений, мы можем добавить, что в наших случаях мы не видели ни одного осложнения. T<sup>0</sup> не повышалась ни у одной больной. Поносов, головных болей, желтухи, описанных у других авторов, пользовавшихся различными препаратами Vi, мы не наблюдали. У 3-х больных имелась легкая скоропроходящая альбуминурия. Также не пришлось нам видеть явлений гингивита и стоматита, несмотря на плохое, в общем, содержание полости рта у наших больных. У 9 больных мы наблюдали висмутовую кайму; у 3—отложение металлического висмута в виде каймы на слизистой губ и десен.

Мы хотим подчеркнуть, что сами инъекции переносились больными превосходно. Ни болезненности на месте укола, ни инфильтратов мы почти не наблюдали. Общее состояние не только не ухудшалось, как мы это нередко наблюдали при ртути, а наоборот, становилось лучше — больные заявляли, что чувствуют себя бодрее и крепче, чем до лечения. Такое влияние на общее состояние больных объясняется, повидимому, присутствием в Bijochinol'e хинина, оказывающего общее стимулирующее действие.

Итак, резюмируя наши наблюдения, мы можем сказать, что в препарате Bijochinol мы имеем надежное противосифилитическое средство, которое, будучи очень энергичным, обладает малой токсичностью и прекрасно переносится больными.

Всем известно, что лучшие заграничные препараты Vi очень дороги и недоступны в нашей массовой работе. Однако нам не приходится особенно жалеть об этом, так как по имеющимся у нас литературным данным относительно Trèpol'я, Neotrèpol'я, Bismogopol'я и др. (Levaditi, Ландесман, Перкель, Фельдман, Брычев В. Фельдман) оказывается, что Bijochinol по своему терапевтическому эффекту не уступает им, а Брычев при этом подчеркивает, что Bijochinol менее токсичен и совершенно не вызывает местных явлений.

Недостаточность наших наблюдений не дает нам права делать окончательные выводы, но все же полученные нами прекрасные ре-



зультаты от применения Вижохинол'я дают основание полагать, что дальнейший опыт подтвердит все вышеописанные свойства данного препарата.

#### Литература.

1) Levaditi. Le bismuth dans le traitement de la Syphilis. 1924. 2) Wallon. Bismuth et ses composés dans le traitement de la syphilis. 1923. 3) Ландесман, Перкель, Фельдман. Опыт применения препаратов Висмута (Trépol и Neo-Trépol) при сифилисе. Врач. Газета. 1924, № 4. 4) Бричев. О лечении сифилиса Trépol'ем. Венер. и Дерматол. 1924, № 1. 5) Его же. Висмутовое лечение сифилиса русским препаратом—Вижохинол'ем. Венер. и Дерматол. 1925. № 1. 6) Эфрои и Гржебин. К вопросу о терапевтическом влиянии Вижохинол'я и Висмута при сифилисе центральной нервной системы. Там же. 7) Гржебин. Гисто-патологические изменения в продуктах сифилиса под влиянием лечения висмутом. Венерол. и Дерматол. 1925. № 2. 8) V. Feldmann. Sur la toxicologie d'un composé bismuthique de la serie des bismuthates.

### Опыт учета психопатии населения Одесского округа.

Л. И. Айхенвальд.

Для правильной постановки вопроса по борьбе с психопатией среди населения того или иного округа, необходимо, конечно, выявить предварительно размеры таковой болезненности и формы, в которые последняя выливается. Определить это наиболее точным способом может перепись душевно-больных;\* она суммирует количество душевно-больных того, либо иного округа или района, выявляет клинические формы психических расстройств, виды потребной помощи (госпитализация, патронаж, выдача пособия, посещение диспансера и пр.) и, наконец, устанавливает психопатологический индекс или коэффициент психопатии для той или другой территориальной единицы.

За недостатком средств и отчасти квалифицированного персонала, проведение в жизнь переписи в настоящее время затруднительно. Возможно, что с организацией сельских диспансеров или с установлением института окружных обследовательниц — удастся исчислить, хотя бы приблизительно, итог психически-больных на периферии. Пожалуй, это могла бы без особых затруднений выполнить предстоящая в конце текущего года всеобщая перепись населения при условии включения в опросный лист соответствующих 2—3 граф.

Как бы то ни было, необходимость в производстве переписи душевно-больных назрела особенно теперь, когда село стало центром нашего внимания.

С целью выяснения, хотя бы в приблизительном масштабе, положения невро-психиатрической помощи в Одесском округе на участках, равно и степени насыщения населения психопатией, разосланы были чрез Инспектуру Здравоохранения, во все мед. участки округа анкеты, заключающие следующие вопросы: 1. Число жителей в участке. 2. Ведется ли учет душевно-больных и невротиков. 3. Приблизительное количество указанных больных на участке. 4. Какие виды лечебной помощи оказываются душевно и нервно-больным. 5. Приблизительный % больных, нуждающихся в госпитализации.

\*) Последняя перепись душевно-больных на Украине произведена была в Одессе в 1921 г.



6. Имеются ли случаи истязания, жестокого обращения с больными, содержание больных на цепи и т. п. 7. Бывают ли случаи, когда душевно-больные являются социально-опасными. 8. Какие формы душевных болезней преобладают. 9. Устанавливается ли связь между потреблением алкоголя и душевными заболеваниями. 10. Распространен ли алкоголизм и другие виды наркоманий. 11. Имеется ли возможность переписать душевно-больных. 12. Необходимо ли и своевременно ли установление непосредственной связи между участком и псих. больницей.

Из 45 мед. пунктов Одесского Округа заполнили анкеты 27, т. е. 60%, с населением около 300 т. жителей.

Из анкет удалось выяснить, что специального учета душевно-больных нигде не ведется, они регистрируются в общих приемных журналах. Всего анкетами под'итожено 282 больных, из коих 90 психически ненормальных и 192 невротика, преимущественно истеричных. Как на более распространенные формы заболеваний указывается на слабоумие, эпилепсию, истерию и хронический эпидемический энцефалит. Социально опасных среди больных нет; они без замедления отправляются в Одесскую психиатр. больницу. Грубое обращение с больными в форме истязания в семье отмечено лишь в одном случае. Связь душевных расстройств с потреблением в населении алкоголя не констатирована, но алкоголь сам по себе распространен в 14 участках из 27, т. е. в 50% всех мест. В одном из участков „алкоголизм заметен в высокой степени среди обоих полов и во всех возрастах, начиная с 8—10 лет“.

Связь мест с психиатрической больницей признается всеми анкетами своевременной и желательной (66% всех ответов). За перепись душевно-больных высказалось 44% мест.

Таковы в общем краткие суммарные данные анкеты. Уже эта первая у нас на юге скромная попытка уяснить психопатический индекс сельского населения позволяет сделать некоторые выводы, высказать некоторые пожелания, а именно:

1. Среди населения округа рассеяны душевно-больные и невротики, из коих только наиболее тяжелые попадают в фокус зрения врачей.

2. Учет душевно-больных необходимо проводить в участковых амбулаториях особо от других больных.

3. Мед. участок является пока, до учреждения диспансера, первым этапом, направляющим душевно-больного в Одессу, в псих. лечебницу.

4. Каждый госпитализируемый больной должен снабжаться заполненным на участке опросным листом.

5. На селе должна проводиться антиалкогольная сан. просвет. работа.

6. О каждом выписываемом из псих. лечебницы больном, возвращающемся к себе на место, необходимо уведомлять участок для учета такого больного.

7. Очень желательно установление связи между псих. больницей и участком в целях взаимного информирования о том или ином душевно-больном, напр., о каждом поступающем в больницу самоотеком — помимо мед. участка, равно и о возникающих на практике вопросах, связанных с оказанием псих. помощи.



## К вопросу о кампаниях „ремонта“ здоровья застрахованных.

(Некоторые итоги по г. Одессе)

М. Л. Левонтия.

Возможность использования метеорологических и климатических условий летнего периода в целях восстановления здоровья рабочих побуждает разворачивать на протяжении лета ряд медицинских учреждений, имеющих большое значение в деле „ремонта“, восстановления здоровья.

Является вопросом, должны ли мероприятия, организуемые в летний сезон, быть исключительно „сезонными“, и не могут ли эти мероприятия в большей своей части существовать круглый год—не целесообразнее ли последнее?

Вопрос этот, повидимому, решается в положительном смысле в обще-союзном масштабе в отношении Домов Отдыха и некоторых других учреждений; в Одессе же, к сожалению, этот вопрос организационно еще не разрешается.

Не останавливаясь на этом важном вопросе, мы имеем в виду проанализировать накопившиеся в Одесском Рабмеде (Одес. отд. Всеукр. Инст. Раб. Мед.) данные за два года (1924\*) и 1925 г.г.) учета ремонтных кампаний. Данные, как нам кажется, имеют практический интерес, хотя и не являются исчерпывающими по вопросу „итоги ремонтных кампаний“. В самом деле: какие выводы следовало бы иметь в виду по поставленному вопросу?

1. На сколько удовлетворяется нужда в различных видах сезонной медпомощи? 2. На сколько с годами продвигается вперед дело удовлетворения сезонной медпомощью? 3. На сколько продуктивны результаты этой помощи? 4. Каковы нормы нуждаемости в указанном виде медпомощи?

По 2-му и весьма важному 3-му вопросу, к сожалению, мы не имеем материалов, ибо дело учета тех или иных мероприятий в направлении их продуктивности рассеяно по соответствующим ведомствам (Курортный отдел, Страхкасса) и не охвачено единством плана разработки.

Наши данные основываются на отчетах производственных врачей, через руки которых проходили направляемые в Д. О., для лиманного и для санкурортного лечения. Производственные врачи производили предварительный отбор для Д. О.; они же и направляли вместе с завкомами. Для лиманного и курортного лечения, отбирая, производственные врачи направляли больных через кабинеты специалистов поликлиник в отборочные комиссии и учитывали у себя фактически направленных постановлениями отборочных комиссий.

В 1924 г. было, таким образом, взято под учет 116 предприятий с числом застрахованных в количестве 20.323, в 1925 г. — 82 предприятия с числом 21.130 человек.

Нуждаемость в различных видах сезонной медпомощи видна из нижеследующей таблицы (I).

н у ж д а л о с ь

Таблица I.

| Годы | в Д. О.   |            | в лим. леч. |            | в сан. кур. леч. |            |
|------|-----------|------------|-------------|------------|------------------|------------|
|      | абс. чис. | на 100зас. | абс. чис.   | на 100зас. | абс. чис.        | на 100зас. |
| 1924 | 4231      | 21         | 1547        | 8          | —                | —          |
| 1925 | 6040      | 29         | 1558        | 7          | 1396             | 7          |

\*) По 1924 г. см. мою ст. „Професс. Жизнь“ 1924 г. № 64, стр. 50.



Эти данные говорят, что в среднем до 30% застрахованных фабрично-заводских предприятий нуждается в Д. О. 7—8% нуждается в лиманном лечении и 7% в сан. курортном лечении (Аркадия, Кавказ, Крым).

Однако, указанный средний % застрахованных колеблется в зависимости от группы производств.

Так, степень нуждаемости (данные 1925 г.) в Д. О. имеет максимум у работников нарсвязи — 47%, затем в нисходящем порядке по степени нуждаемости идут рабочие по обработке кожи (кожевенные заводы и обувная фабрика) — 44%, полиграфпроизводства — 43%, металлообработки — 32%, пищевкусовой промышленности, транспорта — 25%, химпроизводства — 23%, обработки дерева — 22% и текстиль — 21%.

Степень нуждаемости в лиманном лечении дает такие коэффициенты (на 100) по отдельным группам производств: обработка кожи — 14%, транспорт — 11%, полиграфпроизводство — 10%, металлообработка — 7%, химпроизводство и обработка дерева — 7%, нарсвязь, пищевкусовая промышленность — 5% и текстиль — 4%.

Нуждаемость в санаторно-курортном лечении выражается в следующем виде: максимум — полиграфпроизводство — 25%, затем в нисходящем порядке идут: нарсвязь — 20%, обработка дерева — 10%, металлообработка — 6%, обработка кожи, транспорт — 5%, пищевкусовая промышленность — 4%, текстиль, химпроизводство — 3%.

В общем же на первый план по нуждаемости в интересующих нас видах помощи выдвигаются — печатники, кожевенники и обувники, почтовики; металлисты занимают среднее место. На этих профессиональных группах лежит печать широкого комплекса вредностей условий труда.

Какова степень удовлетворения нуждаемости? Иллюстрацией служит таблица II.

Таблица II.

## НА П Р А В Л Е Н О

| Годы | в Д. О.   |             | для лим. леч. |             | для сан.-кур. леч. |             |
|------|-----------|-------------|---------------|-------------|--------------------|-------------|
|      | абс. чис. | на 100 зас. | абс. чис.     | на 100 зас. | абс. чис.          | на 100 зас. |
| 1924 | 1721      | 8           | 545           | 3           | 180                | 0,8         |
| 1925 | 2585      | 12          | 286           | 1           | 199                | 0,8         |

Таблица показывает, что в Д. О. удовлетворено в среднем до 40% нуждающихся. Однако же имеются значительные колебания в степени удовлетворения нуждаемости по различным группам производств. Так, на первом плане по удовлетворению нуждаемости в Д. О. (данные 1925 г.) стоят текстильщики (60%), затем идут в нисходящем порядке: химики (58%), металлисты (46%), обработка кожи (44%), обработка дерева (42%), пищевики (41%), транспорт (40%), полиграф (36%) и нарсвязь (20%).

Данные эти говорят за то, что при организации Д. О., при расчете необходимого числа мест, союзным органам (Окрпрофсовету, Соцстраху) необходимо установление твердого плана, основанием которому должна служить степень нуждаемости в зависимости от особенности производств. Организация Д. О. находится исключительно в руках профсоюзных органов, как и основные средства на организацию таковых. Надо считать, поэтому, организацион-



ным дефектом, что нарсвязь и полиграфпроизводство значительно отстают сравнительно с другими производственными группами в удовлетворении нуждемости в Д. О.

Степень удовлетворения нуждемости в лиманном лечении в среднем достигает—18%, а в санкурортном лечении—12%.

Средний % удовлетворения лиманным лечением имеет резкие отклонения по различным группам производства: максимум удовлетворения нуждемости в лиманном лечении (30—27—26%)—это в группе обработке кожи, обработки дерева, нарсвязи, пищевкусовой промышленности; минимум в группах: полиграфпроизводство (6%), транспорт (10%), далее идут текстильщики (14%), металлисты (17%), химики (20%). Очевидно, что распределение лиманных мест по союзам не исходило из данных, достаточно обоснованных, из данных действительной нуждемости. Недопустимы такие резкие колебания в удовлетворении нуждемости; недостаток лиманных мест должен регулироваться равномерным распределением их.

Что касается степени удовлетворения нуждемости в санкурортном лечении, то и здесь имеются резкие отклонения для отдельных производственных групп от средней степени удовлетворения нуждемости. Максимум удовлетворения нуждемости в этом виде помощи достигает в производственных группах: обработка дерева (30%), обработка кожи (26%), текстиль (20%); в пределах средней степени удовлетворения нуждемости стоят производственные группы: химпроизводство (18%), пищевкусовое (16%), металлообработка (13%); сильно отстают по степени удовлетворения нуждемости: полиграфпроизводство (5%), нарсвязь и транспорт (9%).

Приведенные данные говорят за неправильное распределение наличных мест лиманной, курортной помощи, если исходить из медицинского основания, т. е. степени нуждемости по предварительному медицинскому осмотру. Ведь в „степени нуждемости“ в том или ином виде помощи выражаются особенности, вредности производственного характера. Повидимому, на такого рода распределении мест, какое мы имели в прошлые годы, отражаются организационные дефекты предварительного распределения мест по отдельным союзам.

Для целесообразного распределения мест возможны различные организационные пути, но каждый из них должен быть строго продуман, планомерно проведен, а в процессе работы должен быть учет, в целях последовательной проверки продуктивности его.

Один путь—это передача наличных мест в центральные поликлиники. Учет нуждающихся в лиманном лечении, курортном, а также в Д. О., должен проводиться на протяжении всего зимнего периода в поликлиниках; материалы должны подготавливаться в связи с диспансеризацией лечебной помощи (учет и наблюдение подлежащих Д. О., лим., кур. лечению, как на прошедших, так и проведенных курс лечения в прошлый сезон). Комиссии по оздоровлению труда и быта должны распределять места в Д. О., на лиман и т. п., основываясь на данных заключения медицинских комиссий по диспансеризации центральных поликлиник. Этот путь, нам кажется, наиболее целесообразным. Направление в указанного характера учреждения идет вслед за наблюдением, предварительным отбором в поликлинической обстановке, а регулируется ответственной комиссией по оздоровлению труда и быта.

Менее целесообразным является путь—распределение мест Страхкассой или профсоюзными органами по союзам, предприятиям.



Здесь метод — кабинетный, оторванный от жизни, поликлиники, непосредственного опыта и наблюдения. Отборочные комиссии, являющиеся регуляторами направления, имеют дело с ограниченным материалом. При последнем пути распределения мест должна быть точно и полно учтена нуждаемость, необходимо, на основании большого количества данных, обладать „нормами“, коэффициентами нуждаемости по отдельным группам производств.

Основным выводом из представленных нами данных является — необходимость полного учета, системного учета, единства плана учета и обработки данных организации медпомощи по имеющим громадное профилактическое значение видам: Д. О., лиманному и санаторно-курортному делу.

Такого рода учет и соответствующая статистическая разработка данных учета должна внести плановость и больше продуктивности в деле удовлетворения указанными видами медпомощи.

## Вопросы канализации в современном поселке.

Гражд. Инженер С. С. Аглицкий.

Преподаватель Одесского Государственного Медицинского Института.

Рост нашего советского жилищного строительства связан главным образом с развитием поселков — городского, полусельского и сельского типа. Пред нами большие достижения в области рациональной планировки жилищ, стандартизации отдельных элементов зданий, упрощения и удешевления конструктивных деталей и т. д.

Опыт показывает, что к вопросу современного поселкового строительства нельзя подходить исключительно с точки зрения благоустроенного жилища, как такового. Рационально построенное жилище само по себе еще не гарантирует здоровую обстановку его обитателям, пока не будет разрешен полностью целый ряд факторов санитарного благоустройства поселка.

Правильная зональная планировка поселка с определением направления и характера улиц, проветриваемость и освещаемость их, плотность застройки и заселения, наличие зеленых насаждений и, наконец, вопросы здоровой питьевой воды и канализации, — все это условия, без которых строительство современных поселков не может и не должно быть осуществлено.

Если в городах центра, органы здравоохранения умеют стойко направлять и отстаивать все упомянутые стороны здоровой обстановки поселков, то на периферии мы видим разрешение всех этих вопросов случайно, иногда хаотично.

В наших экономических условиях наиболее трудным и отставшим из всех затронутых вопросов санитарного благополучия поселков, является определение правильного метода обезвреживания и удаления сточных вод, т. е. kloзетных и хозяйственных.

Ознакомить санитарного работника с новейшими завоеваниями техники в этом вопросе, которых сумели добиться в Америке и Германии, является основной целью настоящей статьи.

Для городских поселков, расположенных внутри канализованного района, выбор системы удаления сточных вод затруднений не представляет, так как здесь естественней всего использовать существующую в городе канализационную систему и примкнуть к ней.



К сожалению, в такие благоприятные условия могут быть поставлены только те отдельные поселки, которые примыкают к одному из 13-ти канализованных во всей нашей Федерации городов. Что касается поселений, расположенных вне канализованных районов, то для них является сложный вопрос, насколько вообще совместно устройство канализации с потребными материальными затратами.

Статистические данные Упр. Канал. М. К. Х. дают интересные цифры, из которых можно усмотреть:

1) Для поселков, застроенных двух-квартирными одноэтажными домами при интенсивной застройке и благоприятных грунтовых условиях, — стоимость постройки канализации на 1 жителя составляет 100—150 руб.

2) Для поселков, застроенных четырех-квартирными и блочными домами при более интенсивной застройке и благоприятных грунтовых условиях — постройка канализации на одного жителя составляет 30—50 рублей.

Для рабочего поселка в Иваново-Вознесенске, застроенного преимущественно двухэтажными блочными домами, — стоимость канализационной сети обошлась по исполнительной смете на 1 жителя в 42 рубля. Для поселка в Глухове, застроенного преимущественно одноэтажными домами, стоимость канализационной сети по исполнительной смете обошлась на 1 жителя в 120 рублей.

Стоимость очистных сооружений находится в прямой зависимости от размеров поселка; так, при населении в 500 жителей стоимость на 1 жителя составляет 60 руб., при 1000 жителях — 45 руб., а при наличии 5000 жителей всего — 25—30 руб.

Из приведенных данных опыта, мы усматриваем, что выгодность устройства канализационной сети находится в прямой зависимости от способа застройки поселка. При особняковом характере застройки устройство и содержание канализации обходится настолько дорого, что не находится ни в каком соответствии с приносимой практической пользой.

В настоящих условиях, как Америка, так и Германия, по экономическим соображениям, в большинстве внегородских поселков от устройства канализации отказываются.

По современному состоянию техники, для не канализованных поселков, с целью предоставления жителям комфорта промывных клозетов, конечно, при наличии водопроводных сооружений, единственно целесообразным является применение подпочвенного орошения с предварительной очисткой сточных вод в небольших сооружениях, известных в санитарной технике, под названием „Септик-Тенков“.

Септики, в которые непосредственно поступают из домовых приемников фекальные массы и хозяйственные промывные воды, осветляют их путем осаждения взвешенных и тяжелых нерастворенных примесей стоков в особые загнивательные камеры, где осадки подвергаются процессу брожения, гниения и гидротизации. В результате сложные органические вещества разлагаются на соединения более простые, при чем часть осадков уничтожается совсем, переходя путем гидролиза в газы или безвредные растворы.

Наблюдения над септик-тенками показали, что количество образующихся в них осадков незначительно, ибо поселившиеся в септиках анаэробные бактерии способны уничтожать громадные количества нерастворенных органических веществ и даже перераба-

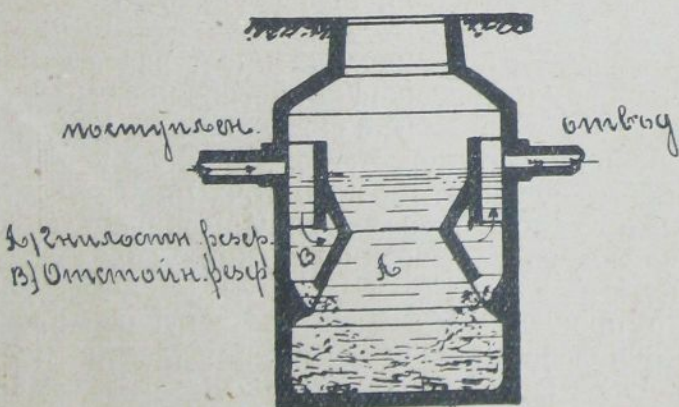


тывать их полностью без остатка, оставляя лишь неподдающиеся разложению вещества. Перегнивший и переработанный ил издает слабо ощущаемый запах, не могущий отравлять ближайшие места.

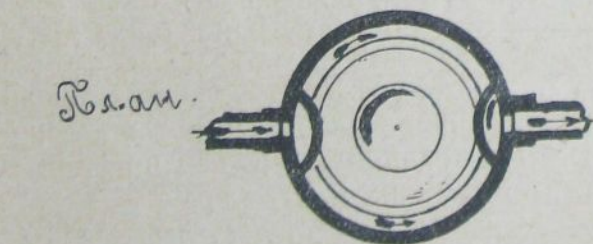
Ряд германских фирм, как то : „Kremergesellschaft—Berlin; Abwasserreinigungsgesellschaft — Wisbaden (Klärgrube „Oms“), Dyckerhoff und Widman — Biebrich a. Rh.; Dorf Müller — München, внесли в принцип устройства домовых септиков ценные усовершенствования. В основе своей конструкции конкурирующих фирм очень сходны между собой, отличаясь главным образом в изменении деталей.

Септик системы „Klärgrube Kremer“ (см. черт. 1) представляет собой бетонный колодезь диаметром от 0,8 метр. до 1,5 метр., разделенный на две камеры: верхнюю, служащую исключительно для осаждения взвешенных частей из стоков, и нижнюю, представляющую гнилостный резервуар, в котором осадки подвергаются процессу разложения.

Движение жидкости в колодце совершается по вертикальному направлению, причем взвешенные нерастворенные части, вследствие изменения скорости движения (от 5 — 10 мм. в сек.), оседают вниз



Черт. 1.



Черт. 2.

и сползают через нижние прозоры в приемник для ила. Внутри колодца подвешена железобетонная или чугунная воронка и цилиндр. Под воронкою стенки колодца снабжены кольцеобразным выступом, препятствующим газам и всплывающим осадкам попадать в верхнюю камеру. В системе „Oms“ (см. черт. 2) железобетонная воронка изменена и представляет собой два конических кольца, из которых выделена осадочная камера с кольцеобразными прозорами внизу и вверху.

В обеих системах сточная жидкость поступает с одной стороны

в осадочную камеру и вытекает на противоположной стороне через водяной затвор в сточную сеть. Преимущество этих конструкций выражается главным образом в том, что поднимающиеся при гниении



газы и увлекаемые вверх осадки, не могут проникнуть в верхнюю камеру, где происходит исключительно процесс отстаивания. Осветленные стоки, будучи совершенно свободными от примесей продуктов разложения, являются в дальнейшем пути стоками, частью обезвреженными и без всякого запаха.

Отдельные домовые септики применяются не только при коттеджной или особняковой застройке, но также для спаренных домов и при групповой застройке. При правильном устройстве они не требуют ухода, эксплуатационные расходы отпадают, — контроль один раз в год для ревизии и удаления неразложившихся нерастворенных примесей.

Стоимость сооружений отдельных тенков близка к стоимости устройства канализации при густой застройке. Осевший ил может быть утилизирован в разжиженном или свежем виде для сельскохозяйственных целей.

Дальнейшее удаление и распределение стоков, прошедших механический процесс очистки в тенке, производится путем подпочвенного орошения. Только в тех случаях, когда ввод сточной жидкости в почву гигиенически не допустим, предварительная очистка в септиках должна быть дополнена очисткой искусственно-биологической для полного обезвреживания стоков от органических примесей, находящихся в растворенном состоянии. Достигается это присоединением небольшого биологического фильтра к любому очистному септику.

В подпочвенном орошении самыми существенными моментами устройства оросительной дренажной сети являются: достаточное сечение труб, уклон их, глубина заложения и вентиляция.

Практика последних лет установила минимальный диаметр крайних ветвей сети в 10 см., чтобы избежать продолжительного скопления воды и перегрузки почвы. Наиболее благоприятный уклон от 0,6% до 1% для легких почв и 6% для вязких.

С санитарной точки зрения большое значение имеет вентиляция сети, так как процесс окисления и нитрофикации растворенных органических веществ продолжается в сети и почве. Если на нижнем конце сети поставить вентиляционную шахту, соединенную с атмосферой, а верхнюю часть сети соединить с водосточными трубами, то в сети и прилегающих к ней слоях почвы в силу разницы высот, температур почвы и наружного воздуха, возникает циркуляция воздуха, благоприятствующая деятельности бактерий.

В результате подобного процесса очистки мы имеем гигиеническое удаление нечистот и использование заключающихся в них питательных веществ для садовых и огородных культур.

Для тяжелой почвы, особенно глинистой, впитывающей медленно, длина сети должна быть увеличена в сравнении с песчанной в несколько раз.

Для ненарушения капиллярности почвы с целью сохранения способности почвы удерживать воду на известной глубине, жидкость не должна подниматься выше 10 мм. и распространяться при впитывании в каждую сторону канала минимум на 0,5 м.

Глубина залегания каждой сети зависит от промерзаемости грунта. Принято считать достаточной глубину в 70 см. от поверхности почвы. Между подошвой оросительной сети и наивысшим уровнем стояния грунтовых вод должен оставаться слой грунта для поглощения сточной жидкости, мощностью в 50 см. для легких и 30 см. для тяжелых почв.



Придерживаясь санитарных норм на душу населения—60 литров в день сточной жидкости, можно установить, что потребность в земельной площади, которая должна поглотить и переработать стоки составляет на душу приблизительно 32 кв. метра при легких и 60 кв. метр. при тяжелых почвах (см. черт. 3).

В сельских и полусельских поселках, при отсутствии какого-либо водопроводного сооружения с интенсивной сельско-хозяйственной и огородной культурами следует безоговорочно отдать предпочтение системе „торф-клозетов“, т. е. сборанию и удалению нечистот в смеси с обезвреживающими и уничтожающими запах веществами.

После ватер-клозетов это устройство является наиболее гигиеничным. Обезвреживающими веществами являются растительная земля или сухой торф.

Значение растительной земли заключается в том, что она впитывает в себя жидкие части нечистот и поглощает зловонные газы; бесчисленные микроорганизмы, находящиеся в земле тотчас приступают к минерализации органических веществ и тем препятствуют переходу их в зловонное гниение. Количество растительной земли, потребное в день на 1 человека, составляет 1 кгр.

Торф-клозеты устраиваются с подвижными сосудами, при чем содержимое компостируется земляными прослойками и после достаточного разложения закапывается в землю или свозится в компостную кучу, из которой население берет созревшее удобрение.

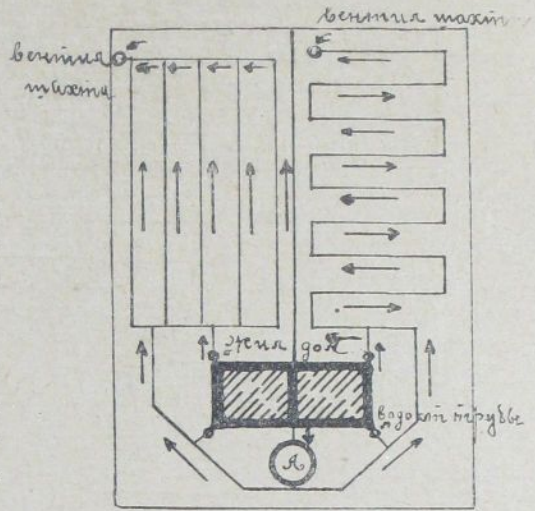
Практикою введены усовершенствования земляных клозетов, позволяющие производить засыпку нечистот автоматически.

Из таких устройств можно отметить систему инж. Тимоховича, в которой при закрывании крышки стульчака происходит автоматическая засыпка нечистот определенным количеством земли равномерным слоем. Цинковый ящик для сбора нечистот рассчитан на 10 пользований, т. е. на хранение 20 кгр. компоста.

Торф-клозеты совершенно не издают запаха и могут быть располагаемы даже в комнатах.

Устройство обыкновенных выгребов, применяемых у нас при выгребной системе удаления нечистот, должно быть в настоящее время вычеркнуто из современного поселкового строительства. В отношении же выгребов с переливами и подземным отводом сточных вод, то недостатки этой системы настолько значительны, что она должна быть отброшена; вновь поступающие в приемник нечистоты вытесняют в сеть жидкость, зараженную фекалиями и дают в потоках сети дурной запах. Кроме того, устройство и содержание таких выгребов сравнительно дорого.

Итак, мы видим, что в вопросах санитарного благоустройства современного поселка целесообразное решение и выбор методов обезвреживания и удаления стоков является чрезвычайно актуальным.



Черт. 3.



Санитарный врач совместно с санитарным инженером должны стойко приводить в жизнь новейшие достижения и опыты современной техники и гигиены, особенно там, где создается новая культура и решаются величайшие социальные проблемы нового жилья.

### Л и т е р а т у р а .

- 1) Fortschritte der Abwasserreinigung. D-r Ing. Imhoff. Berlin 1925.
- 2) Hauskläranlagen und Kleine Kjäranlagen. Frank und Rhyms. Wasser und Abwasser. Bd. 16. 1921.
- 3) Von der Entwässerung der Kleinhaussiedlungen. Genzmer. Gezundh.-Ing. 25 März. 1922.
- 4) Die Entwässerung von Siedlungen und Ruhrkohlengebiet. Techn. Gemeindeblatt. D-r Ing. Imhoff. 20 Juni 1921.
5. Richtlinien für Abwasserbeseitigung in Siedlungen. Landesanstalt für Wasserhygiene. Berlin. 30 Juni. 1922.
- 6) Waring. Modern Methods of sewage disposal. 1911.
- 7) Стр. пром. № 9, 11 1925.

## ОБЗОРЫ

### Терапевтическое значение кальция.

П. Л. Гинзбург.

Современная клиника широко пользуется последними достижениями физической химии, в частности — учением об ионах. Целый ряд вопросов клинической медицины получает в свете этого учения совершенно новое толкование; естественно, что должны соответственно измениться и те терапевтические мероприятия, которые направлены на устранение патологических процессов.

Особенное внимание уделяется в последнее время вопросу о терапевтическом применении кальция, значение которого в экономии человеческого организма чрезвычайно велико. Достаточно указать на то обстоятельство, что лишение извести влечет за собою смерть клетки; здоровый человек с большим постоянством поддерживает концентрацию кальция в своих жидкостях; в кровяной сыворотке, напр., содержание кальция колеблется в пределах 10—12 миллиметров в 100 кубич. сантиметров сыворотки; эти данные относятся к разным людям; у одного и того же человека амплитуда колебания кровяного кальция не превышает половины миллиграмма; цифры, не соответствующие вышеуказанным, с несомненностью указывают на наличие патологических процессов в организме.

Как известно, кальций, наряду с калием, натрием и магнием, участвует в создании ионного равновесия, т. н. изоионии; благодаря этому, физиологическая активность кальция определяется не только специфическими, ему присущими свойствами, но находится также в существенной зависимости от соотношения трех остальных катионов. Как представитель щелочно-земельных элементов, кальций обладает уплотняющим клеточные коллоиды действием, но помимо этого свойства, он имеет целый ряд особенностей, отличающих его от магния, стронция и бария.

Издавна известным представляется отношение кальция к заболеваниям костной системы: рахиту и остеомалации; при первом заболевании известь плохо усваивается растущей костью, при втором — уже усвоенная известь костью теряется. Отрицательный баланс кальция, возникающий при остеомалации, стоит, очевидно, в связи с гиперфункцией внутрисекреторного аппарата яичников; на известковый обмен влияют и другие эндокринные железы: зубная, щитовидная и эпителиальные тельца. Наступающие после удаления паразитовидных желез явления тетании находятся в зависимости от обеднения организма солями кальция. Зубная железа также способствует ассимиляции кальция, которой она переводит в трудно диссоциируемое соединение. Тетаноидные состояния, наблюдающиеся при пилороспазме, стенозах кишечника, сопровождаются увеличением щелочности крови и падением содержания в ней кальция (до 5,8 mgr); при рахите концентрация кальция уменьшается до 8,6 mgr.; назначение извести в таких случаях сопро-



воздаётся несомненным терапевтическим эффектом. Наряду с усиленным вымыванием из крови и костной системы, имеются заболевания, при которых, вследствие гиперкальцемии, наблюдается избыточное отложение кальция в тканях организма: *calcinosis universalis*, кальциевая подагра Schmidt'a, образование компактного вещества в костномозговых полостях — *Marmor Knocher Albers-Schönberg'a*. Отношение кальция к сердечно-сосудистой системе рисуется в следующем виде: кальций, как отмечает Wiggers, абсолютно необходим для сердца; находясь в избытке, он настолько повышает тонус сердечной мышцы, что последний может достигнуть пределов, препятствующих сокращению. *Digitalis* и кальций, иногда называемый минеральной наперстянкой, взаимно усиливают свое действие; по наблюдениям Billigheimer'a, в тех случаях, когда внутривенное введение хлористого кальция не вызвало хотя бы кратковременного кардиотонического эффекта, наперстянка также не проявляла свойственного ей специфического действия на сердечную мышцу: таким образом, отрицательная кальциевая реакция могла бы служить указанием на бесцельность назначения дигиталиса. С другой стороны, кальций необходим для того, чтобы сердечные средства могли развить присущее им действие. Так, напр., в среде, лишенной кальция, *strophantin* совершенно не проявляет своего действия, а эффект от наперстянки ослабляется (H a p d o v s k y). Благодаря этому, систематическая кальциотерапия при сердечных заболеваниях сенсибилизирует сердце по отношению к дигиталису, повышает диурез (влияние на сердце и на почечный фильтр), а также понижает, по наблюдениям Loewi, кровяное давление. На эндотелий сосудов кальций влияет уплотняющим образом, уменьшает порозность их стенок и ограничивает таким образом явления экссудации при воспалениях (плеврит) и пропотевание жидкости в серозные полости и ткани при поражении почек. Действие кальция не ограничивается только кровеносными сосудами, но распространяется и на кровяную ткань: кальций увеличивает вязкость и ускоряет свертываемость крови; эти свойства делают вполне рациональным повторное внутривенное введение кальция при кровотечениях (особенно почечных и легочных). В последнее время Kulin указывает на понижение содержания кальция в крови при эссенциальной гипертонии, благодаря чему отношение кровяного калия к кальцию увеличивается; в норме оно равно 1,70 — 2,15; при эссенциальной гипертонии оно колеблется в пределах 2,08 — 2,97. Подобные же изменения обнаружены при целом ряде вегетативных неврозов: бронхиальной астме, язве желудка, сенном насморке, крапивных поражениях кожи, хронических экземах, т. е. заболеваниях, сопровождающихся усиленной экссудацией. Здесь применение кальция также является вполне обоснованным. Интересно отметить, что после лечения астматических припадков кальций находили в бронхиальной слизи. По меткому замечанию Bruck'a, известь ответственна за всю группу экссудативного диатеза.

Колебание содержания кальция, resp. его уменьшение при вегетативных неврозах становится вполне понятным, если вспомнить, что кальций, по Zondek'y, является специфическим катионом для симпатического нерва. Во время гипноза и под влиянием психических моментов Glaser наблюдал значительное, далеко выходящее за пределы нормы колебание содержания кальция в крови. Недостаточность кальциевого обмена установлена Lombroso при эпилепсии. Nernst также указывает на крупную роль, которую играет кальций в процессах возбудимости нервной ткани; повышение его концентрации, вызывая относительное уменьшение содержания натрия и калия, ведет к понижению возбудимости нервной системы, чем и может быть объяснено благоприятное успокаивающее действие извести при невротических состояниях. Явления легкой утомляемости, часто наблюдаемые при этих состояниях, также очевидно находятся в зависимости от уменьшения содержания кальция, поскольку они могут быть устранены назначением последнего. Glaser указывает, что при лихорадочных заболеваниях концентрация кальция в крови также изменяется, и ставит это обстоятельство в зависимость от вегетативно-нервных центров, вызывающих повышение температуры при лихорадке также посредством нервно-регуляторного механизма. Выше мы уже указывали на отношение кальция к эндокринному аппарату, тесно связанному с вегетативной нервной системой; эти отношения построены на принципе взаимности, благодаря чему кальций обладает способностью влиять на активность гормонов: так, напр., он усиливает действие инсулина и подавляет влияние тиротоксина. Терапевтическое значение применения кальция при поносах и диспепсиях складывается из двух факторов: способности его подавлять экссудацию и тормозить кишечную перистальтику.

Отношение кальция к почкам не является еще окончательно выясненным; впрочем, полученные в последнее время благоприятные результаты его применения при нефритах делают его весьма ценным терапевтическим средством при некоторых почечных заболеваниях.

Диуретическое действие кальция на здоровую почку проявляется до той поры, пока в организме имеется избыток слабо связанной воды; мочегонный эффект очевидно вызывается не только специфическим действием кальция на почечную паренхиму, но и влиянием его на сердечно-сосудистую систему. При процессах застойного характера механизм действия кальция лежит в его обезвоживающей способности. При нефритах, осложненных отеками и трансудатами (т. н. лимфатическом кровотечении Wright'a), назначение кальция сопровождается иногда резким повышением диуреза; очевидно, что



в таких случаях кальций действует уплотняющим образом на чрезмерно набухшую под влиянием воспалительного процесса почечную паренхиму, и, т. к. сюда присоединяется еще способность извести освободить из тканей организма слабо связанную воду, то диуретический эффект кальция становится вполне понятным. Возможно, что лечебное действие молочной диеты отчасти сводится к содержанию в молоке известковых солей.

Если в настоящее время целесообразность применения фармацевтических препаратов кальция при нефритах является спорной, то терапевтическое значение минеральных вод щелочных земель, как бы обладающих способностью „открывать“ почечный фильтр, является общепризнанным. Содержание кальция в крови при тяжелых нефритах резко уменьшается и достигает иногда 5 mg. в 100 куб. см. (Myers).

Кальций принимает большое участие в борьбе организма с туберкулезной инфекцией. Schlossman указывает, что в 100 гр. нормальной лимфатической ткани содержится 0,041 гр. СаО, в творожистом распаде желез 7,62 гр., а в подвергнувшихся омертвлению творожисто-перерожденных железах — 32,2 гр. СаО. С другой стороны, общеизвестным является факт чрезвычайно низкой заболеваемости туберкулезом рабочих по обжиганию извести и гипса; эти данные с несомненностью указывают на серьезное значение, которое должна играть известь при лечении туберкулеза; так как бугорчатка сопровождается отрицательным балансом кальция, то кальциотерапия туберкулеза является вполне обоснованной.

К вышеизложенному следует добавить, что кальций, обладая уплотняющим (гелотонным) действием на клетку, препятствует растворению эритроцитов, замедляет действие токсинов, уменьшает чувствительность организма к инфекциям; уплотняя сосуды, он ограничивает экссудацию при отравлении иодом, тиозинамином, горчичным маслом и дифтерийным токсином; далее, он обладает способностью понижать возбудимость известных отделов нервной системы; при вымывании кальция путем усиленного введения шавелевой кислоты, наступает повышение возбудимости нервной системы, проявляющееся в симптомах спазмофилии.

Главными показаниями для назначения кальция являются: кровотечения, бронхиальная астма, туберкулез, энтериты, рахит, тетания, заболевания нервной системы невротического характера и поражения кожи анафилактического происхождения.

Из препаратов кальция употребляется его хлористая и молочно-кислая соли, реже уксусно-кислая и углекислая. В последнее время Schlossman рекомендует Calcium citricum, который, по его наблюдениям, при длительном применении повышает содержание извести в крови и выгодно отличается от хлористого кальция тем, что не имеет неприятно-горького вкуса последнего. Обычный путь введения кальция — per os. В тех случаях, когда по роду заболевания кальциотерапия не требует длительного применения, лучше всего вводить его непосредственно в вену, чем достигается быстрое получение терапевтического эффекта (кровотечения, кожные сыпи после применения лечебных сывороток и т. д.). В таких случаях вводят повторно 5 куб. сантиметров 10% раствора Calcium chlorati, принимая все меры против попадания жидкости в подкожную клетчатку (некрозы!).

Но и при лечении туберкулеза Розен рекомендует внутривенный способ введения (1% — 1,5% раствор до 300 куб. см. на „сеанс“; период кальциотерапии делится на два шестинедельных цикла вливаний, по 15 „сеансов“ в каждом; между циклами десятидневный перерыв). Введение препаратов кальция подкожно или внутримышечно нежелательно вследствие раздражающего действия извести. При внутривенном введении кальция иногда отмечается скоропреходящее чувство озноба и жара.

О более или менее значительной кальциотерапевтической роли известковых вод можно говорить лишь тогда, когда воды эти потребляются непосредственно из источника и обладают максимальной физической активностью.

Для поддержки рационально проводимой кальциевой терапии необходима соответствующая диета, в состав которой должны входить пищевые вещества, содержащие известь в легко усвояемой форме: сюда следует отнести главным образом молоко и зеленые овощи.

#### Л и т е р а т у р а.

- Billigheimer. Ztschr. f. klin. Medicin B. 100. H. 4—6. Handovsky. — Deutsche Med. Woch. 1923. № 45. Kylin. — Kl. Wochenschr. 1925. № 39. Zondek. — Deutsche Med. Wochenschr. 1924. № 13. Glaser. — Münch. Med. Wochenschr. 1925. № 10. Glaser. — Врачебное Обозрение. 1925. № 1. Schade. — Phys. Chemie in d. inner. Medizin. Dresden. 1923. Myers. — Practicae chemicae analysis of blood. London. 1924. Schlossman. — Kl. Wochenschr. 1925. № 26. Розен. — Кальциотерапия туберкулеза. ГИЗ. 1924.



## РЕФЕРАТЫ

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

**А. Н. Roffo.** Об одной реакции для диагностики рака. (Zeitschr. f. Krebsf. т. 23, стр. 89, 1926). Все предложенные до сего времени реакции для диагностики рака (Freund и Kammer, Solomon и Saxl, Ascoli, Fischer и Rogé, Botelho и др.) не оправдали возлагавшихся на них надежд и для практического врача оказались непригодными. Автор предложил следующую простую реакцию: 5 капель 1:1000 водного раствора Neutralrot прибавляют к 2 куб. сант. прозрачной сыворотки испытуемого больного. В случае наличия опухоли сыворотка окрашивается в красный цвет; при отсутствии опухоли окраска быстро желтеет. Приготовление сыворотки должно быть очень осторожное, так как малейший гемолиз дает неправильные результаты. Для измерения интенсивности окраски автор пользовался калориметрическим методом с раствором фенол-фталеина и аппаратом Bürker-Leitz'a. Свою реакцию автор проверил как на раковых крысах, так и на людях, при чем и те и другие дали 100% положительных результатов. Контрольные опыты, произведенные с самыми разнообразными больными неизменно давали отрицательный результат, также как и опыты с сывороткой здоровых людей и животных. Ни степень развития процесса, ни возраст больного не влияют на результат реакции. Реакция, по мнению автора, объясняется изменением физико-химических свойств сыворотки раковых больных, и находится в связи с содержанием липоидов, главным обр. холестерина. Результаты опытов приложены к работе в виде таблиц.

А. Т.

**Teutschlaender und Fr. Kronenberger.** Об опытах с *Bact tumefaciens*. (Ztschr. für Krebsforsch. 1926, Bd. 23, H. 3, S. 177).

С целью проверки работ Blumenthal'a, Auler'a и Meyer'a, получивших при инъекциях *Bacterium tumefaciens* опухоли как у растений, так и у животных, авторы предприняли аналогичные опыты с культурой *B. tumefaciens*, взятой на берлинской биологической станции. Прививки указанной культуры герани (*Pelargonium*) дали быстрое развитие опухолевых узлов. Однако, по гистологическому строению, по скорости реакции на прививку, по отсутствию вторичных узлов авторы склонны принять возникшие образования скорее за гранулемы, чем за истинные blastомы.

Совершенно отрицательные результаты получились при инъекциях упомянутой культуры белым мышам и крысам.

Указывая на полученные ими отрицательные результаты, противоречащие работам Blumenthal'a и его сотрудников, авторы оговариваются, что причина их, может быть, кроется в различии применявшихся культур *B. tumefaciens*. Получение штамма последней непосредственно от Blumenthal'a оказалось для них невозможным.

С. Холдин.

**А. А. Максимов.** Туберкулез тканей млекопитающих в культурах. (Annaples d'anatom. pathologique. Т. III. № 1. 1926 г.).

Автор заражал культуры тканей лимфатической железы, сальника и межмышечной соединительной ткани кролика туберкулезными бациллами и получал развитие бугорков из круглых эпителиоидных и гигантских клеток с последующим творожистым перерождением. Главную роль в образовании бугорка играли ретикулярные клетки лимфатической железы, а затем лимфоциты. Из них образовались полибласты, эпителиоидные клетки и гигантские элементы. Гигантские клетки образовались гл. о. путем слияния эпителиоидных элементов. Только в межмышечной соединительной ткани образование гигантских клеток шло путем amitотического деления ядра без последующего деления протоплазмы, поэтому в этих культурах гигантские клетки были малы. Эндотелий сосудов, мезотелий брюшины (в культурах сальника) и фиброласты в построении бугорка участия не принимали.

А. Т.

**А. Д. Тимофеевский и С. В. Беневоленская.** Опыты с эксплантацией белых кровяных шариков с туберкулезными бациллами. (Archiv f. experim. Zellforsch. Т. II, № 1, 1925 г.).

Авторы заражали туберкулезными бациллами культуры кроличьих лейкоцитов, выделенные по способу проф. Авророва. Полинуклеары почти не участвовали в фагоцитозе туберкулезных бацилл, не размножались и быстро погибали. Лимфоциты и моноциты энергично фагоцитировали, превращались в полибласты и эпителиоидные элементы. Гигантские клетки развивались почти исключительно путем слияния эпителиоидных элементов. Однако, совершенно исключить другой способ развития их (именно путем деления ядра без последовательного разделения протоплазмы) нельзя.

А. Т.



## ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

**W. Schoendube.** Современное состояние вопроса о неоперативном лечении желчно-каменной болезни. (D. m. W. 1926. № 12).

В последнее время учение о желчно-каменной болезни обогатилось целым рядом новых данных. Специальные диагностические методы исследования (холецистография, введение в двенадцатиперстную кишку серно-кислой магнезии и пептона, инъекции гипофизина) показали, что холелитиазис—одно из самых частых заболеваний. Вместе с тем оказалось, что существует огромное количество случаев маскированного холелитиазиса, протекающего под видом нервных диспепсий, ахилий, запоров и болей в пояснице, плечевых невралгий, мигреней и головокружений (*vertigo e vesica fellea laesa*). Огромное количество „каменосителей“ указывает на большую склонность холелитиазиса к излечению; по мнению автора, в случаях заболевания желчных путей имеются нарушения в вегетативной нервной системе, ведущие к дискинезу в области этих путей; что касается образования камней, то оно, повидимому, вызывается не воспалительными явлениями, а изменениями в холестеринном обмене.

В настоящее время еще не имеется строгих показаний к применению двух видов терапевтического вмешательства; пассивного, т. е. приведению желчных путей в состояние покоя при колике, и активного, т. е. широкому опорожнению и дренажу системы желчевыделительных органов. Эмпирически в течение последних десятилетий выбирают середину между этими двумя крайностями, применяя лечение Карлсбадской водой. В случаях острого приступа с повышением температуры прибегают к успокаивающим средствам (постельное содержание, морфий либо его дериваты, атропин, горячие припарки и т. д.). Но и здесь могут быть случаи, когда показана активная терапия (интра-дуоденальные вливания серно-кислой магнезии, инъекции гипофизина), способствующая отхождению камней путем усиления сокращений пузырных мышц. Показания к активной терапии, по мнению автора, имеются: 1) при свежей полной закупорке желчного протока с сильной желтухой, 2) при наличии небольших (величиной до вишневой косточки) конкрементов и, наконец, 3) в случаях, когда имеется противопоказание к операции и либо последняя решительно отвергается. Все остальные случаи должны лечиться либо покоем, либо хирургически. Но и активная терапия редко излечивает, она скорее только переводит заболевание в латентный стадий.

В случаях желчной колики, сопровождающейся лихорадкой, применяется хлехваль—до 10 куб. см. 1% раствора внутривенно. Что касается терапии во время интервала, то, при явлениях инфекции, наряду с обычной терапией (салициловые и уротропиновые дериваты, хинин, антипирин и т. п.) следует искать входные ворота инфекции (кариозные зубы, миндалины); при преобладании явлений застоя—активная терапия; желчегонные и желчеобразовательные вещества; к первым принадлежит гипофизин, ко вторым—желчные кислоты; обоюдосторонним действием обладают: масло, пептон, сернокислая магнезия, подофиллин; лучше всего действует комбинация серно-кислой магнезии и гипофизина. В случае спастических явлений в области желчных путей—атропин, небольшие дозы камфоры либо ментола. Для затруднения образования камней, помимо вышеупомянутого дренажа—регуляция питания и пищеварения, соответствующий образ жизни; следует избегать больших количеств жира (затрудняет пищеварение и повышает холестеринный обмен); однако жир обладает также желчегонным действием, на чем и основано лечение маслом. Масляные клизмы автор не рекомендует. При запорах—обычные средства; при суб- и анацидных случаях—соляная кислота; при повышенной кислотности назначают *magnesium-perhydrol* и советуют избегать сладких веществ, алкоголя, кофе, холодных и пряных кушаний и напитков. В практике редко попадаются чистые случаи, и тут врачу лишь путем тщательного анализа удается решить вопрос, как вмешаться: активной либо пассивной внутренней терапией или же оперативно. Взамен специальных средств, представляющих смесь желчегонных, желчеобразовательных, противовоспалительных и дезинфицирующих веществ, автор рекомендует пользоваться чистыми препаратами; либо, в случае необходимости, их комбинацией по выбору врача.

П. Гинзбург.

**M. Rosenberg.** Новое в лечении желтухи. (D. med. W. 1926. № 12.).

Желтуха, являющаяся ни чем иным, как симптомом, может быть по происхождению гемолитической либо гиперхолоемической. При гемолитической желтухе, сопровождающейся увеличением красящего вещества желчи в крови и тканях (гипербилирубинемия), имеется поражение ретикуло-эндотелиальной системы; единственным действительным методом лечения при этой форме желтухи остается удаление селезенки; хотя после спленэктомии и не наступает увеличения стойкости эритроцитов, тем не менее желтуха исчезает в течение нескольких дней после операции. При гиперхолоемической желтухе, когда в крови повышается содержание не только билирубина, но и всех составных частей желчи (гл. обр. желчных кислот), этиологическими моментами служат: 1) застой желчи, 2) инфекция желчных путей и 3) дегенеративное поражение печеночной клетки. В от



дельных случаях желтухи принимают участие один или несколько вышеназванных факторов.

Для устранения застоя желчи пользуются желчегонными (cholagoga) и вызывающими повышенное образование желчи (choleretica) средствами. Сильнейшим желчегонным является серно-кислая магнезия, вводимая в виде 20% раствора (20 — 40 куб. стм.) через тонкий зонд в двенадцатиперстную кишку; вероятно, что благоприятное действие Карлсбадской воды основано на содержании в ней этой соли. Другим желчегонным является гипофизин, вызывающий сильные сокращения желчного пузыря (Kalk и Schoendube); впрочем, практического применения он еще не получил. Желчеобразовательным действием обладают желчные кислоты; однако, их препараты могут служить дополнением к обычной терапии. Лечение маслом основано на желчеотделении из двенадцатиперстной кишки. В качестве лучшего холеретического средства, Brugch, исходя из экспериментов над собаками, рекомендует Atophan-natrium в 10% растворе с кокаином (Icterosan), который лучше вводить интравенно, во избежание болезненных инфильтратов. В последнее время вместо атофана предложено его соединение с салициловой кислотой (Atophanyl) — в количестве 10 куб. стм. 10% раствора, которое, наряду с желчегонным действием, обладает дезинфицирующими и болеутоляющими свойствами. При ущемлении камня в желчных путях применяется комбинация атропина (до 1 mgr.) и папаверина (до 5 сгр.). При чувствительности к атропину — эумидрин либо новатропин. При инфекции желчных путей употребляют дезинфицирующие средства: салморфин (1 гр. × 3 в день), салол, уротропин, боровертин, большие дозы салициловой кислоты (до 6—8 гр.), холеваль, внутривенные инъекции холефлавина (0,1 — 0,2, в 10 — 20 куб. стм. воды) и, наконец, комбинацию 40% раствора уротропина, 16% р. салицилово-кислого натра и 4% р. Coffeini natro-benzoici под названием циклотропина (5 куб. стм. внутривенно).

В случае паренхиматозной дегенерации печени, в целях фиксации в ней гликогена, который является защитой против гепатотропных вредностей — интравеннозная инъекция 20 гр. декстрозы либо левулезы с последующим введением 20 единиц инсулина. Подобная инсулиновая терапия дает хорошие результаты при подострой атрофии печени. Если поражение печеночной паренхимы имеет сифилитическую этиологию, можно, и даже нужно, по наблюдениям некоторых авторов, применять Salvarsan. Хирургическое лечение показано при несостоятельности внутреннего, при ущемлении камня, ведущем к стойкой желтухе, длящейся без изменения 2 — 3 недели, при подозрении на оперативный случай рака. Имеются сообщения о хороших результатах при оперативном лечении подострой атрофии печени, клинически протекающей в виде т. н. cholangitis lenta; операция состоит в удалении пузыря, являющегося источником инфекции, и широком дренаже желчного протока. В последнее время французские авторы (Gilbert и др.) сводят приступы желчно-каменной болезни, как и бронхиальной астмы, к коллоидо-клизическому шоку и рекомендуют для десенсибилизации прием в течение 1 — 2 месяцев за час до каждой еды по 1 mgr. пептона.

П. Гинзбург.

**M. Hende и E. Rosenzweig.** Селезенка, ретикуло-эндотелиальная система и обезвреживание ядов (D. m. W. 1926. № 8).

При обезвреживании ядовитых продуктов как возникающих в процессе обмена веществ, так и вводимых в организм экспериментально, кроме печени принимают участие и другие органы; последние, в случае поражения печени, способны ее замещать; к этой „системе органов обезвреживания“ относится ретикуло-эндотелий Aschoff'a, в частности — селезенка; в ней обычно накапливаются антигены типа токсинов, и после спленэктомии печень и костный мозг берут на себя продукцию противотел.

Авторы экспериментировали над выносливостью мышей по отношению к алкалоидам (стрихнину, хинину и кокаину): 1) при нормальных условиях, 2) при уменьшении количества ретикуло-эндотелия путем спленэктомии, 3) при „блокаде“ ретикуло-эндотелиальной системы посредством внутривенного введения 33% раствора ferri oxydati saccharati и, наконец, 4) при комбинации последних двух способов. Опыты авторов стрихнином дали отрицательный результат в смысле наличия разницы в выносливости различных четырех групп мышей; опыты с хинином оказались неудачными; наибольшая разница в выносливости получилась при опытах с кокаином: нормальные мыши оказались более выносливыми к алкалоиду, чем подвергшиеся спленэктомии; особенно большой эта разница в выносливости была в тех случаях, когда спленэктомия сочеталась с „блокадой“ ретикуло-эндотелия.

Выводы авторов: 1) ретикуло-эндотелиальная система принимает участие в обезвреживании алкалоидов в организме; 2) этой обезвреживающей деятельностью обладает не одна только печень.

П. Л. Гинзбург.

**J. Voas.** О провокации скрытых кровотечений (D. m. W. 1926. № 9).

Автор предлагает в качестве метода, значительно облегчающего распознавание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, систематическое применение горячих припарок и льняного семени, прикладываемых к подложечной области; благодаря прогреванию под



лежащих тканей наступает гиперемия язвы, сопровождающаяся кровотечением, и в случаях, где раньше химические пробы на скрытые кровотечения давали отрицательный результат, после применения припарок уже на второй день и не позже четвертого автору удавалось доказать присутствие крови в испражнениях посредством реакции с бензидином; реакция эта держалась в течение нескольких дней и иногда имела тенденцию нарастать. Припарки прикладываются каждые 2 часа и должны быть обязательно настолько горячими, чтобы в течение первых двух дней вызвать стойкое покраснение вплоть до появления пузырей на коже живота. Своему способу автор дает название метода провокации или накопления скрытых кровотечений; в виду того, что обычно язвы желудка и двенадцатиперстной кишки дают положительную реакцию на скрытые кровотечения непостоянно автор считает свой способ очень ценным диагностическим методом, особенно тогда, когда дело касается сомнительных и атипических случаев, или когда нужно решить, является ли имеющаяся язва свежей (флоридной) либо зарубцевавшейся; в последнем случае и метод накопления дает отрицательный результат.

В заключение автор указывает, что способ этот имеет не только диагностическое, но и терапевтическое значение, т. к., вызывая гиперемия и улучшение кровоснабжения язвенной поверхности, он способствует зарубцовыванию язвы. Статистика Leube с убедительностью показывает, что местное лечение теплом при желудочно-двенадцатиперстных язвах сопровождается значительно лучшим лечебным эффектом, чем современная новопротиновая терапия.

П. Л. Гинзбург.

**M. Loerger et G. Marchal.** Блуждающий нерв и язва желудка (*La Presse méd.* 1926. № 2, стр. 17. 18).

Физиологические и анатомические исследования об отношении блуждающего нерва к язве желудка повели к созданию теорий, рассматривающих язву, как следствие неврожного поражения: неврогенная теория трофического происхождения язвы (Schüller, Ehnog) и спазмогенная теория Bergmann'a, который видит *primus movens* язвы в гиперваготонии (сильные сокращения мышечных волокон разрушают мелкие сосуды *muscularis mucosae*, получают мельчайшие инфаркты и некротические зоны, увеличивающиеся вследствие самопереваривания).

На основании литературных данных и собственных исследований авторы приводят ряд соображений против этих теорий: резкая ваготония бывает без всяких язвенных поражений, и многие язвенные больные не являются чистыми ваготониками. Экспериментальные данные еще далеко не доказывают трофического действия *vagus'a* на желудок: язвы желудка после перерезки блуждающих нервов получаются в сравнительно небольшом проценте случаев (особенно на больших животных) и не чаще, чем при других воздействиях, напр., гастролитических сывороток, продуктов зубной инфекции, при мацерации слизистой.

Предшествующие часто язве гиперсекрецию и склонность к спазмам в результате ваготонии нужно рассматривать, как почву для заболевания, а не как причину его.

Останавливаясь на уже известных функциях блуждающего нерва в желудке (возбуждение моторной и секреторной деятельности, вазомоторное действие), авторы на основании своих прежних опытов добавляют к этому еще подавляющее влияние *vagus'a* на лейкопедез, который, по их мнению, постоянно имеется в полости желудка.

Все упомянутые реакции — спазм, уменьшения асекреция, гиполейкопедез — имеются при язвах, особенно малой кривизны, вместе и с другими ваготоническими симптомами (саливация, брадикардия, усиление глазо-сердечного рефлекса). Несомненно при язвах и поражение блуждающего нерва в виде нервита, описанного Loerger'ом и Schulmann'ом еще в 1912 г.

Это поражение *vagus'a* не должно рассматриваться, как чистая ваготония в физиологическом смысле слова, а только в анатомическом, так как в стволе блуждающего нерва есть, как парасимпатические, так и симпатические волокна (Morat).

Но, являясь вторичным, это поражение скоро, в свою очередь, начинает влиять на функцию пораженного язвой желудка; может вызвать псевдотабетические кризы, спазмы; увеличивает кислотность, уменьшает лейкопедез, подавляет защитительные силы слизистой, мешает рубцеванию и агграврует таким образом течение язвы.

В заключение авторы советуют при лечении язв прибегать к атропину; они предпочитают применение его *per os*, считая этот способ здесь более подходящим, чем подкожный.

М. Ясиновский.

**W. Burke and J. Newton.** Притотвление раствора генциан-виолета для внутривенных инъекций (*The Journ. of Amer. Med. Ass.* 1926. № 8).

Лечение красящими веществами септицемии, наряду с благоприятными случаями, насчитывает и немалое число неудач, которые, по мнению авторов, часто могут быть об'яснены неправильным приготовлением растворов краски. В зависимости от растворяющего генциан-виолет вещества могут меняться: токсичность, бактерицидное действие, стойкость и концентрация водородного иона раствора. Выделение бактерий из кровяного русла зависит и от действия краски и от защитных сил организма; краска не разру-



шает тела бактерий, а только прекращает размножение последних; краска — в лучшем случае только вспомогательный метод; если же она применена не надлежащим образом, то может и повредить. Растворы генциан-виолета должны быть свежее приготовленными и по реакции насколько возможно приближаться к нейтральной; стерилизация не нужна, ибо раствор краски обладает бактерицидной силой; кроме того высокая температура влияет на концентрацию водородного иона растворителя.

Авторы испытывали в качестве растворителя краски: 1) физиологический раствор, 2) дистиллированную и 3) водопроводную воду, 4) 3% раствор двууглекислого натра и 5) буферный раствор дистиллированной воды ( $0,3 \text{ NaH}_2\text{PO}_4 + 0,387 \text{ Na}_2\text{HPO}_4$  на 100 куб. см. воды), последний оказался более токсичным, чем раствор краски в двууглекислом натре, но менее ядовитым, чем раствор краски в дистиллированной воде. Лучшим растворителем для генциан-виолета в смысле стойкости раствора, наибольшего приближения к нейтральной реакции и наименьшей токсичности является тот, который по своим физико-химическим свойствам занимает место между содовым и буферным растворами. Токсический эффект инъекций генциан-виолета является кумулятивным, и поэтому последние не должны повторяться слишком часто. При внутривенном введении кролику на 1 кг веса 11 мгт генциан-виолета нельзя было установить повышения бактерицидности его крови по отношению к белому стафилококку; имело место лишь торможение его развития; по отношению же к кишечной палочке отсутствовало и это влияние. Таким образом, при оценке значения лечения септицемии красящими веществами должны быть приняты во внимание многочисленные факторы.

*П. Гинзбург.*

## ХИРУРГИЯ

### **I. Ionesco.** Техника расширенной спинно-мозговой анестезии. (La Presse Médicale. 1926, № 10, p. 145—147. С четырьмя рисунками).

Автор с 1908 г. распространяет применение спинно-мозгового обезболивания для всех решительно оперативных вмешательств. Для укола в спинно-мозговой канал, он пользуется по возможности тонкой иглой с коротким острием, длиной в 6 см. Для введения ан. раствора он пользуется шприцом Рекорда в 2 куб. см., но можно применить для этого любой шприц. Анэст. раствор состоит из дистиллиров. воды, собственно обезболивающего вещества — стоваина — и вспомогательного или исправляющего вещества, каковым прежде был стрихнин, а с 1922 г. является кофеин. Автор не видит противопоказаний для прибавления кофеина, за исключением того неудобства, что в больших дозах он вызывает задержку мочи. Последнее не имеет места, если не превысить дозы в 0,2 гр. Для растворения кофеина в воде, необходимо добавление бензойно-кислого натра. Особо автор настаивает на необходимости индивидуальной дозировки количества вводимого анэст. вещества, строго сообразуясь с состоянием больного. Так, доза для ослабленных пациентов после кровопотери, травматических или нервных шоков, продолжительных инфекций и, особенно, для раковых больных должна быть значительно понижена.

Что касается места укола, то автор производит введение ан. вещества в трех местах:

1) под VII шейным или между I и II грудн. позвонком — верхняя шейно-спинная пункция — для высокой анестезии (голова, шея, верхние конечности, верхняя часть грудной клетки).

2) между XII спинным и I поясничным позвонком — спинно-поясничная пункция для средней анестезии (органы верхнего отдела брюшной полости) и для одной части низких анестезий (кишки и нижние конечности);

3) между IV и V поясничным позвонком — нижняя поясничная пункция для второй части низких анестезий (органы нижнего отдела брюшной полости, промежность и наружн. половые органы). Кроме того, автор пользуется для некоторых случаев (торакопластика, обширные ампутации груди, гинекологич. операции) одновременно двумя пункциями. Пункция производится обычно на сидящем больном по средней линии.

Дозировка анестезирующего вещества должна быть минимальной.

Дозировка автора для высокой анестезии: к 2 куб. см. дистиллир. воды, содержащей 0,6 — 0,7 гр. бензойно-кислого натра и 0,5 гр. чистого кофеина прибавляют непосредственно перед пункцией 0,03 до 0,06 гр. стоваина в зависимости от общего состояния больного.

Для средней и низкой анестезии автор к 1 куб. см. дистилл. воды, содержащей 0,3 гр. бензойно-кислого натра и 0,2 гр. чистого кофеина прибавляет различное количество — от 0,04 до 0,08 гр. стоваина. Если анестезия не поднимается достаточно быстро, необходимо больного опустить головой вниз, но лишь на несколько секунд.

Для обширных операций на грудной клетке автор комбинирует два укола, причем через верхнюю шейно-спинную пункцию вводится  $\frac{1}{3}$ , а через спинно-поясничную пункцию остальные  $\frac{2}{3}$  раствора. Дозировка автора при этом: к 1 куб. см. стерилиз. воды, содержащей 0,3 гр. бензойно-кислого натра и 0,2 гр. чистого кофеина прибавляют, в зависимости от общего состояния больного, от 0,04 до 0,06 гр. стоваина.



Для гинекологических операций автор рекомендует введение ан. раствора поровну тоже через два укола — через спинно-поясничную в нижнюю поясничную пункцию, причем дозировка автора: к 1 куб. см. дистилл. воды, содержащей 0,3 гр. бензойно-кислого натра и 0,2 гр. чистого кофеина прибавляется от 0,06 до 0,08 гр. стоваяна.

Автор пользуется готовыми ампулами фирмы Poulens в Париже, причем в первой ампуле имеется готовый раствор кофеина с бензойно-кислым натром в дистил. воде, а во второй стерилизов. порошок стоваина. Перед введением, жидкое содержимое первой ампулы вводится во вторую, причем стоваин быстро растворяется, после чего можно приступить к инъекции. Автор произвел всего 6200 спинно-мозговых обезболиваний, из них 1387 высокой анестезии и 4183 средней и низкой без смертных случаев и осложнений. Из числа этих обезболиваний за последние 3 года автор произвел 1312 анестезий со стоваином—кофеином, из них 277 высоких и 1035 средних и низких, без всяких осложнений, причем он особенно настаивает на прекрасном и спокойном течении высоких анестезий, при добавлении кофеина.

*И. Корнман*

**M. Appelmans (Louvain).** Изовискозные впрыскивания в кровь. (Arch. internat. du méd. expér. Vol. II. fasc. 1. 1925).

Мировая война выдвинула на первый план вопрос о внутривенных вливаниях для замещения кровопотерь. Bayliss (1917 г.) пытался его разрешить, делая вводимые жидкости не только изотоничными, но и изовискозными, прибавляя к ним гумми-арабик (6%). Практические успехи были не настолько велики, чтобы позволить отказаться от переливаний крови.

Опыты автора на животных привели к следующим данным:

После внутривенного введения изотонического раствора соли (NaBr) концентрация гемоглобина не изменяется. Если вводимый раствор сделать и изовискозным, то получится значительное разведение крови и падение концентрации гемоглобина; кажется, что вся введенная жидкость остается в сосудах. Однако, концентрация гемоглобина возвращается к норме за 10—20 и не более, чем за 30 минут.

Гумми-арабик остается в крови в течение нескольких дней в относительно больших количествах; через 3 дня около  $\frac{1}{2}$  введенного количества циркулирует в крови.

Непосредственно после введения изовискозной жидкости, вязкость крови резко повышается, но к тому времени, как концентрация крови (гемоглобина) возвращается к норме, организм успевает выравнять эту чрезмерную вязкость и даже приводит ее к величинам ниже нормы, хотя гумми-арабик в это время еще полностью циркулирует в крови.

Смешивание крови с изовискозными растворами *in vitro* не изменяет скорости оседания эритроцитов. После внутривенного введения изовискозных растворов получается значительное и стойкое (до 3 дней) ускорение оседания эритроцитов.

*И. Корабельников*

**Priv.-Dz. Opitz.** Переливание крови в педиатрии. (K. Wschr. 1925. № 46).

Успех переливания зависит от выбора donor'a и техники переливания. Автор базируется на пробе Nürenberger'a (Dréitropfenprobe). Собственно переливанию предшествует внутривенное введение 10—20 кб. см. крови. Без этой „биологической“ пробы авт. не обходится ни в одном случае. Даже младенцам не следует вводить для пробы менее 10 кб. см. После этого вливания наблюдают в течение нескольких часов за ребенком, за его температурой, исследуют мочу (гемоглобин). Кровь родственников переносится не лучше крови посторонних.

В педиатрии методом выбора является не прямое переливание. Авт. вливает больш. частью в вены черепа. V. jugularis для больших переливаний пользоваться нельзя во избежание острой перегрузки правого сердца. Венами конечностей ввиду их малого калибра пользоваться б. ч. не удастся. Вливание в синус, автор считает трудным и очень опасным.

Для предотвращения свертывания авт. применяет *Natr. citricum*. Авт. неоднократно пользовался с успехом кровью, стоявшей на льду 24, 65 и даже 85 часов. Один раз после вливания крови, простоявшей 50 часов, были явления гемолиза. Часто применяемые авт. повторные переливания от одного и того же donor'a, как правило, переносятся хорошо.

Авт. большей частью вливал  $\frac{1}{5}$ , нередко  $\frac{1}{4}$ , иногда  $\frac{1}{3}$  всей массы крови гесертор'a. Повышения температуры в первые 24 часа после переливания у детей часты, после переливания более 100 кб. см. наступают, как правило. На более, чем 200 переливаний авт. имел 1 случай смерти при явлениях гемоглобинурии, каковой случай можно поставить в вину переливанию.

В вопросе о способе действия крови спорным пунктом является: имеется ли здесь терапия замещающая или раздражающая (Substitutions или Reiztherapie). Авт. приводит ряд данных, доказывающих жизнедеятельность перелитых эритроцитов. Не отрицая воз-



возможности раздражающего действия в ряде случаев, авт. подчеркивает замещающее действие особенно в терапии детских анемий. Как и всякий чужеродный белок, перелитая кровь может действовать в смысле протеинотерапии. С другой стороны вводится материал для постройки новых эритроцитов. С улучшением кровоснабжения органов и повышением кровяного давления улучшается функция костного мозга, что приводит в усиленной регенерации элементов крови.

Нужно учитывать и действие компонентов плазмы перелитой крови. Сюда относятся повышение свертываемости крови. После переливаний повышается сопротивляемость организма, в частности по отношению к инфекциям.

Показания к переливанию крови должны быть строго очерчены. Анемии после кровопотерь сравнительно редки в детской практике. Превосходны результаты при алиментарных анемиях, где действие переливания быстрое и стойкое. В этих случаях переливание показано: 1) если число эритроцитов меньше 1,5 мил. в куб. мм.; 2) если их больше этой цифры, но на лицо одновременно и инфекция; 3) если не наступают регенеративные процессы при обычной терапии или если повторная инфекция угрожает жизни больного. При послеинфекционных анемиях переливание показано и при меньших степенях анемии. Авт. указывает на широкое применение переливаний американскими врачами для лечения инфекций и интоксикаций. Большая область применения переливаний — геморрагические диатезы. Недействительно переливание при лейкемии и лимфосаркоматозе.

*И. Корабельников,*

**Virgil Jonesco. О симптоме Лафона при прервавшейся внематочной беременности.** (Реф. по Gynecologie et Obstetrique № 1, 1926).

Автор первоначально рассматривает особенности симптома, описанного Laffon'ом, при прервавшейся тубарной внематочной беременности; он полагает, что боль, локализуемая столь отдаленно от места разрыва трубы, а именно в области груди, плеча, лопатки или даже шеи, появляется через несколько минут или часов после болей внизу живота.

Jonesco интересуется также вопросом о происхождении этих болей — есть ли это рефлекс типа болевых точек Head'a, как полагает Laffon, или они появляются вследствие раздражения всей брюшины излившейся в задний Дуглас кровью. Появление более или менее ясной иррадирующей боли может свидетельствовать о значительности разрыва и интенсивности кровотечения. Jonesco систематически искал этот симптом, и из 11 случаев разрывов трубы он нашел его только в 7 сл.

Итак, хотя этот признак, как и многие другие клинические признаки, не является постоянным, но тем не менее всегда его нужно искать, так как при его наличии диагностика кровотечения из-за разрыва трубы более часто сможет быть подтверждена. Jonesco полагает, что этот симптом может быть включен в число других симптомов прервавшейся внематочной беременности.

*Ал. Зарницкий.*

**Prof. Hammerschlag. Возможно ли переливание крови при внематочной беременности?** (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXIX. Hf. 1/2 J. 1925).

Автор оперировал 195 случаев внематочной беременности. В 29 случаях был едва ощутимый, несощитывающийся пульс. Считает возможным переливание крови только при разрывах трубы с тяжелыми проявлениями острой анемии. Из 29 тяжелых случаев, было 7 смертных исходов: 2 в начале операции, 3 в конце (из них, в двух случаях переливание крови и в одном внутривенное вливание) и 2 в послеоперационном периоде от илеуса. Из 22 выздоровлений, было переливание крови 4 раза, и 18 раз интравенозное вливание физиологического раствора + камфора + кофеин. Автор считает переливание крови излишним и не достигающим цели. Самое главное в терапии — быстрая операция, при чем отмечает, что „удивительно с какой быстротой улучшается пульс и общее состояние больной при остановке кровотечения“. Опирается на экспериментальные работы Lusen'a и Кпог'a, что влитая кровь является нефункционирующей и скоро погибающей. Течение послеоперационного периода у больных после переливания крови не дает лучших результатов, чем у других.

*Г. Живатов.*

## КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

**Kolle и Evers. Экспериментальные данные о сифилитической инфекции без явлений.** (D. m. W. 1926. № 14.)

Исходя из своих наблюдений, сделанных во время экспериментального изучения профилактического действия висмута при заражении сифилисом, Kolle подверг экспериментальной проверке вопрос о возможности сифилиса без твердого шанкра и даже без вторичных явлений, на что имеются указания в клинике, когда больные, особенно табе-



тики и прогрессивные паралитики, категорически отрицают сифилис в прошлом. Авторы закладывали депо из нерастворимого висмута в ухо или под кожу бедра у кроликов и затем через 4 недели производили у них прививку сифилиса. Спустя 2—3 месяца, при отсутствии каких бы то ни было симптомов происшедшего заражения, депо висмута удалялось хирургическим путем, и тогда через 8 недель приблизительно, на местах произведенной в свое время прививки, как будто неудавшейся под влиянием Vi, возникал типичный твердый шанкр. Значит, Vi не воспрепятствовал заражению, а только не дал проявиться симптомам его, ни первичным, ни вторичным. При этом заложенное при прививке депо спирохет не оставалось на месте, а последние давали общую инфекцию, что доказано было авторами при помощи введенного Brown и Pearce метода прививки поплитеальных желез зараженных животных, дающего 100% удачи; прививка этих желез от животных, у которых заражение под влиянием депо Vi ничем не обнаруживалось, и, значит, как будто не удалось, давала положительный результат.

Далее авторы поставили следующие опыты. Известно, что при прививке кроликам сифилиса удача получается только в 90%, у остальных 10% (нулевые, по терминологии Kolle) предполагалось всегда, что заражение не произошло вследствие невосприимчивости. И вот производя прививку поплитеальных желез „нулевых“ кроликов, даже через 6 месяцев после неудачного заражения, авторы получали почти неизменный успех, т. е. эти нулевые на самом деле оказываются зараженными сифилисом, но последний протекает у них латентно, без каких бы то ни было симптомов. То же явление было констатировано у „нулевых“, получающихся в преобладающем числе случаев прививки сифилиса кроликам при помощи человеческого материала. В одном случае прививка поплитеальных желез такого „нулевого“ также дала 0; но поплитеальные железы от этого последнего, вновь перевитые, дали на этот раз, т. е. уже в третьем пассаже, типичный шанкр. Авторы полагают, что результаты этих опытов могут быть перенесены на человеческий сифилис и могут объяснить столь частое отсутствие в анамнезе у несомненных сифилитиков указаний на предшествовавшую инфекцию таким бессимптомным ее течением, благодаря, повидимому, особым свойствам данных спирохетных штаммов. Кроме того авторам удалось в некоторых случаях, после безуспешной попытки реинфицировать кроликов, зараженных одним штаммом (напр., Truffi—штаммом) и излечившихся от клинических явлений, другим штаммом (напр., Nichols—штаммом), получить при помощи поплитеальных желез такого „успешно“ излеченного и „безуспешно“ реинфицированного животного прививку типичного твердого шанкра, в котором обнаружены были как спирохеты Truxfi—штамма, так и спирохеты Nichols—штамма. Таким образом животные были не только суперинфицированы, но получилась и генерализация суперинфицированных спирохет.

Как авторам удалось в одном и том же шанкре дифференцировать спирохеты одного штамма от спирохет другого, об этом они обещают сообщить позднее. (Эти, как и в предыдущем № реферированные замечательные опыты Kolle и его сотрудников проливают свет на самые темные и запутанные вопросы патологии сифилиса. Реф.)

А. Фельдман.

### W o r m s. Экспериментальный сифилис у кроликов и обезьян, протекающий без явлений (D. m. W. 1926. № 19).

Brown и Pearce, а за ними ряд других авторов, обнаружили неизменное участие лимфатических желез в сифилитической инфекции у кролика при применении Nichols—штамма, что доказывается удачной прививкой этих желез здоровым животным—в 87,5%. Автор вместе с Manteufel'ем, подтвердил это и по отношению к другим спирохетным штаммам. Этот факт имеет большое значение для проверки действия профилактических, лечебных и иммунизирующих методов при сифилисе, так как в вопросе о том, имеются ли в организме данного животного спирохеты, способ прививки желез дает более точные результаты, чем прежний способ реинфекции, и имеет такое же значение, как прививка органов животного. Но главным поводом для данного сообщения является желание автора доказать, что метод прививки желез только в одном пассаже на одном животном недостаточен, что неудачная прививка еще не доказывает отсутствия спирохеты проверяемого животного, и что для этого необходимо у привитого животного, если инфекция у него ничем не проявилась (так называемые нулевые) экстирпировать железы и привить их третьему животному, так как эксперимент. Сифилитическая инфекция, как показал Kolle, как неоднократно это подтверждает автор, может протекать у животного без всяких симптомов. Для доказательства W. поставил след. серии опытов. В первой серии 9 кроликов, успешно привитых сифилисом и затем самостоятельно излечившихся от проявлений, значит, в латентном периоде подвергались лечению сальварсаном; через несколько недель после этого поплитеальные железы у этих животных были экстирпированы и привиты другим, здоровым кроликам. Когда по прошествии 3 мес. у последних никаких явлений сифилиса не обнаружилось, их поплитеальные железы были перевиты третьей серии животных, в предположении, что животные 2-ой серии могут быть „нулевыми“, в смысле Kolle; и действительно, одно из животных 3-ей серии дало через 8 мес. типичный шанкр со спирохетами. Далее привив двум обезьянам сифилис в область бро-



вей и не получив в течение 6½ мес. никаких проявлений инфекции, W. перевил их паховые железы кроликам и получил у одного из них типичный шанкр со спирохетами. Таким образом была доказана возможность асимптомного течения сифилитической инфекции и у обезьян. Отсюда один шаг к предположению о возможности асимптомного течения сифилиса (по крайней мере, до поры до времени) и у человека. Соответственные опыты автором предприняты, и о результатах их будет в ближайшем времени опубликовано.

*Б. Каплун.*

**Kolle и Evers.** Быстрота проникновения бледной спирохеты из места заражения в регионарные лимфатические железы. (D. m. W. 1926. № 26).

Попытки abortивного излечения сифилиса при помощи вырезывания твердого шанкра исходили из предположения, что в первичном периоде сифилис представляет чисто местное заболевание. Методы профилактики сифилиса применением вскоре после заражения дезинфицирующих средств в местах возможного проникновения бледных спирохет в ткань (Мечников, Neisser, Schereschewsky) также основывались на предположении, что последние еще не успели уйти далеко от места инфекции. Авторы решили подвергнуть вопрос экспериментальной проверке. С этой целью они производили прививку животным в кожу мошонки, после предварительной скарификации ее, втиранием спирохетного материала в течение одной минуты, а затем экстирпировали через различные промежутки времени регионарные лимфатические железы (в данном случае, значит, паховые) и прививали их другим; здоровым животным. Оказалось, что у кролика, у которого расстояние желез от места прививки равно 6 см., последняя давала положительный результат уже через 30 минут, а у морской свинки, где железы отстояли на 4 см., удачный результат прививки получается через 5 мин. Schmidt — Ott, повторивший эти исследования у кроликов по отношению к спирохетам возвратного тифа и к трипанозомам, обнаружил последние в железах уже через 2 мин. после прививки. В применении к человеку эти опыты доказывают безнадежность попыток уничтожения проникших в ткань возбудителей болезни местным углублением дезинфицирующих средств, хотя бы непосредственно вслед за заболеванием. Поэтому несравненно надежное в целях профилактики сифилиса вскоре после возможного заражения внутривенное впрыскивание достаточно высокой дозы сальварсана, способной уничтожить все спирохеты, успевшие уже далеко и повсюду распространиться в тканях и железах. Местные дезинфицирующие средства могут уничтожить только тех возбудителей болезни, которые еще находятся на поверхности кожи и не успели проникнуть в ткани.

*А. Фельдман.*

**Hübner.** Из консультативной практики. (D. m. W. 1926. № 5).

Heller. Педлежит ли жена, при свежей сифилитической инфекции мужа, противосифилитическому лечению немедленно после того, как она подвергалась возможности заражения, т. е. до появления у нее сифилиса.

Hübner. Возражение. (Deutsche med. Woch. 1926. № 16).

В отделе „Из консультативной практики“, введенном в этом году в журнале „D. m. W.“, Hübner пишет, что обратившемуся к нему за консультацией врачу по приведенному в заглавии поводу, посоветовал немедленно провести профилактическое лечение жены больного 4 — 5 впрыскиваниями сальварсана. Обосновывает он свой совет тем, что в этих случаях возможность заражения определяется им в 99%, а между тем лечение сальварсаном в это время почти наверняка купирует инфекцию; риск же побочных явлений от сальварсана при современных контроле над изготовлением препарата и технике его применения, а также лечении этих побочных явлений, представляется незначительным, особенно при сравнении с благом купирования инфекции. Правильность своих взглядов Hübner подтверждает ссылкой на 8 случаев успешно проведенного им в подобных условиях профилактического лечения с контролем, длившимся годами.

Против этих положений ополчается Heller, оценивающий гораздо ниже возможность заражения, так как допускает у человека состояние временного иммунитета к сифилису, которое он подтверждает двумя примерами из своих наблюдений. С другой стороны, он считает, что в этом периоде инфекции необходимо такое же лечение, как и после появления первичного склероза, и поэтому предлагаемое Hübner'ом лечение является недостаточным в случае действительного заражения. Но и при более энергичном лечении, 100% abortивного излечения сифилиса не бывает. Шансы излечения сифилиса одинаковы в серонегативном и серопозитивном первичном сифилисе и в свежем вторичном сифилисе (!? Реф.). В таких условиях профилактическое лечение недопустимо, ибо подвергает значительную группу лиц, на самом деле не заразившихся, риску побочных явлений сальварсана и тяжелой длительной психической травме (сифилофобии) вследствие неуверенности в том, было ли заражение или нет. Исходя из этих соображений, Heller отвергает профилактическое лечение сифилиса и рекомендует выждать с лечением до появления твердого шанкра, а в случае надобности и до положительной Вассермановской реакции и даже вторичных явлений.



В своем возражении Hübner оспаривает положение Heller'a о возможности „временного иммунитета“ к сифилису, а также доказательность в этом отношении его двух случаев, и повторяет свои доводы, главным образом, в отношении женщины, у которой не всегда можно обнаружить первичное поражение во время, при особенностях анатомического устройства ее половых органов, но готов согласиться с ним, что у врачей и акушеров, у которых после операции или родов обнаружилась ссадина на руках, подвергаясь немедленной дезинфекции, можно выждать появления твердого шанкра, при котором еще с достаточной уверенностью можно абортивировать сифилис.

*А. Фельдман.*

**С. Н. Пигина. К вопросу о социальных факторах в патогенезе сифилиса костей и суставов.** („Введение в социальную патологию хирургических болезней“ сборник под редакцией проф. Голяницкого).

Разнообразие клинических проявлений сифилиса во всех его периодах, как и все разновидности полиморфизма наружных проявлений этой болезни можно поставить в связь не только с биологическими свойствами бледной спирохеты и врожденными свойствами организма, но и с влиянием социальной среды.

Значение социальных факторов в патогенезе сифилиса проявляется как в определенных санитарных условиях, благоприятствующих распространению болезни, так и во всем цикле производственных и бытовых этиологических моментов болезни, влияющих на ее дальнейшее течение.

Так, легко поставить в связь преимущественную локализацию поражений с наиболее травмируемой или функционирующей областью. С этой точки зрения понятны папулезные поражения анальной области у степного населения (езда верхом), папулезные поражения глотки у лиц, работающих на открытом воздухе, нервные локализации болезни у представителей умственного труда и т. д.

Общеизвестен факт, что самого разнообразного характера травма, может провоцировать гуммозный процесс. Это провоцирующее значение травмы в этиологии гуммы отмечает ряд авторов (Lesser, Lang), и вполне установлено в хирургической патологии (König, Lesser, Willius и др.). (Автор не отмечает нашего соотечественника проф. Тарновского, который экспериментально изучил этот вопрос и дал обоснования к пользованию травмой для решения вопроса об излечении сифилиса. Реф.).

Еще чаще наблюдаются гуммозные поражения костей и суставов после предшествовавшей однократной или повторной тупой травмы.

Автор приводит 7 случаев, прослеженных ею, появления гумм и специфических заболеваний суставов, которым предшествовали либо травма, либо охлаждение.

В основу дальнейших работ автором положен метод травматизации для диагностики третичного сифилиса при отсутствии несомненных его проявлений.

В ряде сомнительных случаев ударом молотка по *crista tibiae*, под местной анестезией, а также поднадкостничным впрыскиванием 10—15 куб. с. собственной крови больного, автору удалось получить развитие через 3½—6 недель типичных гумм и гуммозных опухолей.

Только ясное представление о значении условий производства и быта, влияющих на происхождение заболевания и на особенности течения его, даст возможность разумно построить профилактику отдельных проявлений позднего сифилиса у рабочих.

*М. Хорошин.*

**Milian et Lotté. Язвенно-гуммозный травматический сифилид.** (Bulletin de la Société Française de Dermat. et de Syphilogr. 1926. № 3).

Вопрос о травматическом сифилисе (т. с.) не нов. Поднятый в 1923 г. Delpech'ем, затем Jobert'ом, Virchov'ым и особенно Verneuil'ем, также и Fournier, он был Тарновским перенесен на экспериментальную почву. В 1908 году Milian снова поднял этот вопрос, указав на его судебномедицинское значение. В дальнейшем были опубликованы подобного рода наблюдения и многими другими авторами. Опыт последней войны показывал, что т. с. не является исключением. Механизм проявления т. с. объясняется по-разному. По Clément Simon'у, при травматизации кости, содержащиеся в надкостнице и костном мозгу спирохеты проникают в травмированные места и вызывают здесь сифилитический продукт. В других случаях, когда ранение поверхностно, Pasini объясняет развитие т. с. разрушением тканей и отсутствием во вновь образованной ткани местного иммунитета. Milian'у кажется более простым иное объяснение: при сифилисе, как и при других инфекциях (туберкулез, проказа и др.), паразиты циркулируют в крови. Они останавливаются и размножаются в местах, подвергшихся травме, или в рубцах, ибо там имеется прекращение, замедление, либо обратное движение крови в капиллярах. Характер проявлений т. с. зависит от периода сифилиса, в котором находится больной: *osteoperiostitis* возникает при вторичном сифилисе; гуммы, бугорковые сифилиды — при третичном. Milian и Lotté представили шоффера, у которого на месте ранения при падении, на передней поверхности голени, спустя неделю развилась гумма, типичная по форме изъязвления и полициклизму. RW положительная. Сифилис больной отрицает. Значительное улучшение от специфического лечения.

*М. Хорошин.*



**Milian et Périn. Травматический сифилис.** (Bul. de la Société Française ad Dermat. et de Syphilogr. 1926. № 5).

Авторы доложили о случае распространенного вторичного папулезного сифилида у мужчины 68 лет. Шанкр три месяца тому назад. Во время высыпания больной по поводу бронхита поставил себе на спину банки. Развившиеся папулы на местах, где стояли банки, величиною от чечевицы до франковой монеты были расположены на 5—10 миллим. одна от другой, тогда как папулы на других местах имели меньшую величину: от булавочной головки до просяного зерна и отстояли одна от другой на несколько сантиметров. Не приходится сомневаться во влиянии травмы в данном случае. (Аналогичный случай был представлен в прошлом году д-ром Б. Я. Каплуном в Одесск. Дерматол. Обществе. Реф.)

*М. Хорошин.*

**Проф. В. Елин, д-р О. Хлопецкая, д-р Г. Попов. О местном специфическом лечении гонорреи.**

(Доложено на заседании Одесского Дермато-Венерологического Общества 27-го января 1926 г.)

Исходя из теоретических работ Безредки, Zinger'a и Adler'a, Bass'a, Singer'a и Елина о сущности иммунитета, авторы решили применить для лечения гонорреи женской и мужской не antivirius, а гонококковую вакцину.

Вакцина готовилась на асцит-агаре. Культуры брались двухдневные; поверхность агара, сплошь заросшего гонококком, смывалась таким количеством физиологического раствора, чтобы кубический сантиметр жидкости приходился на квадратный сантиметр зараженной площади. Микроорганизмы убивались нагреванием при 50° С. и для консервирования прибавлялся хлороформ в количестве 1,0%.

При женской гоноррее тампонировались orificium ext. уретры, orf. ext. uteri. и влагалище. На тампон обычно уходило 3—5 к. с. вакцины. Производилась тампонация при соблюдении всех требований асептики; перед тампонацией делалось спринцевание влагалища кипяченой водой без всякой примеси дезинфицирующих веществ. Тампон оставлялся на 24 часа, после чего вынимался и заменялся новым. Больные подвергались тампонации два дня под ряд. Затем следовал один день перерыва, потом снова два дня тампонации и день перерыва. Всего тампонаций производилось от 10 до 12. Гоноррея предварительно устанавливалась бактериологически.

Из 11 женщин, леченных по этому способу, было 6 взрослых и 5 девочек в возрасте от 8 до 12 лет. Продолжительность гонорреи у взрослых от 4-х месяцев до 1-го года. У всех эррозии большей или меньшей величины на port. vagin. uteri. Отделения желто-зеленоватого цвета. Уже после 4—5 тампонаций наблюдались значительные улучшения — резкое уменьшение выделений, начало эпителизации эррозий, которая начиналась отдельными беловатыми островками, постепенно расширяющимися: вместе с тем наблюдалось исчезновение субъективных признаков — жжения и резей при мочеиспускании и исчезновение болей внизу живота. После 10—12 тампонаций бели совершенно прекращались, эррозии эпителизовались окончательно, и повторные бактериоскопические исследования давали полное отсутствие гонококков. Исследование выделений производилось ежедневно. Причем после 5—6-го тампона замечалось постепенное уменьшение лейкоцитов. Больные субъективно и объективно выздоровели. Лишь в одном случае после окончания курса, боли вновь появились, но обнаружить в выделениях гонококков не удалось. После произведенных провокаций, в мазках бывали обнаруживаемы единичные лейкоциты; гонококков не было.

Дети болели гонорреей от 8-ми месяцев до 2-х лет. Обычное противогонорреинное лечение не давало результатов, и в выделениях постоянно бывали обнаруживаемы гонококки. Проведенное по предложенному способу дало блестящие результаты.

На тампон давалось 2—3 куб. сант. вакцины лечение. У детей тампонировалось влагалище; компресс из вакцины клался в области вульвы. Все девочки выздоровели и после многократных бактериоскопических проверок были признаны здоровыми и выписаны из больницы.

У мужчин применялся способ спринцевания вакциной. Брались случаи с острой гонорреей. Спринцевание начиналось с  $\frac{1}{4}$  шприца Тарновского и доводилось до целого шприца. Вводилась вакцина 1 раз в день; в мочеисп. канале задерживалась в течение 5-ти минут с предложением больному не мочиться в течение 4—5 часов. Всего давалось 8 спринцеваний на курс.—2 дня подряд с одним днем перерыва. Всего подверглось лечению 13 человек. В 2-х случаях было получено излечение после 6 спринцеваний, подтвержденное провокацией и бактериоскопическим исследованием. В 11 случаях наблюдались временные улучшения, но полного излечения не последовало. Осложнений при применении вакцины не наблюдалось.

*Аутореферат.*



## ОБЩЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА

**D-r Morquio.** Пузырчатая глиста в легком у детей. (Arch. de Méd. des Enfants. 1926 г. №1).

Начиная с 1908 г., через клинику в Монтевидео прошло более 100 случаев пузырчатой глисты у детей.

Автор считает необходимым остановиться на этом заболевании, в виду относительной частоты его, с одной стороны, и интереса как клинического, так и терапевтического, с другой.

Болезнь эта является преимущественно болезнью деревни, так как там имеются на лицо моменты, благоприятствующие передаче глист. Постоянным носителем и передатчиком человеку глисты — *taenia echinococcus* — является собака. Попадание этих глист происходит при близком контакте детей с собаками, через пищеварительные пути.

Основываясь на частоте локализации паразита в легких у детей, автор высказывает предположение, что заражение происходит также и через дыхательные пути, при вдыхании яиц паразита с пылью.

Среди мальчиков наблюдается большая частота заболевания, чем среди девочек; наиболее частые годы — от 8 до 12 лет.

Ссылаясь на статистику локализации глист, устанавливающую для печени — 70%, легкого — 10%, автор, на основании своих случаев, считает локализацию глист значительно более частой в легком, чем в печени (цифры не приведены).

Пузырчатая глиста легкого клинически выражается как в физических, так и функциональных явлениях, которые могут быть, в зависимости от случая, резче или слабее выражены. Наблюдаются от самых легких латентных форм вплоть до самых тяжелых, сопровождающихся лихорадкой, кашлем, иногда спазматическим одышкой, кровохарканьем и т. д. Некоторые формы могут быть смешаны с плевритами, или же с подострым туберкулезом.

Вообще, диагностика пузырчатой глисты в легких очень трудна; одними из главных методов является: 1) рентгеноскопия и 2) интрадермальная реакция.

Последняя основана на чувствительности носителя пузырчатой глисты, лающего на месте введения под кожу жидкости, взятой из пузыря другого животного, пораженного глистой того же вида, резкую реакцию (местную), исчезающую в последующие 2 — 3 дня.

Продолжительность заболевания различна. Большею частью — несколько лет.

Лечение может быть только хирургическое, однако, прибегать к нему не всегда является необходимым, ибо в большинстве случаев (90%) наблюдается самоизлечение: вместе с рвотой выходит содержимое эхинококкового пузыря, вскрывшегося в просвет дыхательных путей. Профилактика заболевания должна иметь в виду роль собак в его распространении.

М. Пинзул.

**Проф. I. Vegne.** Гистологический этюд о случае аппендицита от охууес. (Annales de parasitologie. 1925 г. № 1. P. 60 — 67).

Внимание автора было обращено на 10-летнего мальчика, у которого в течение целого года наблюдались нервные припадки. Они появлялись с интервалами в несколько дней, выражаясь в потере сознания, бледности лица и последующей головной боли. В анализе никаких нервных заболеваний, ни наследственных, ни приобретенных.

Истинная эпилепсия была исключена проф. Guillaing'ом, который заподозрил глисты. Исследование faeces на глисты дало отрицат. ответ. Также не было жалоб на зуд в заднем проходе. В это время у больного развился аппендицит и ему была произведена операция.

В удаленном отростке найдены 10 — 12 охууес verm., из которых одни свободно „купались“ в смеси крови и тканевого распада, другие глубоко внедрились в слизистую appendix'a. В кишечнике глисты найдены красные кровяные шарики и распад различных клеток, находившихся в процессе переваривания. Все охууес были молодые самки, еще не содержавшие зрелых яиц. Также не найдено ни одного яйца в области appendix'a. После операции все явления у больного прекратились.

И. Шухат.

**F. Gieszynski et H. Gileczek** — Нас. Частота кишечных глист у детей г. Варшавы. (Arch. de Méd. des Enfants. 1925 г. № 10.).

Богатая германская литература по поводу глистоношения у детей, отмечает значительное увеличение случаев данного заболевания после войны.

Как причины, способствующие распространению, указываются: во-первых, питание, которое сводилось главным образом к углеводной пище; во-вторых, скученность солдат на фронте и антигигиенические условия их жилищ и третий момент — занос этих паразитов в свои семьи, после расформирования фронта.



Германские авторы точно так же, как и французские паразитологи, указывают на одну из важных причин — нахождение на поверхности свежих овощей большого количества яиц глист.

Приведенные статистические данные Langer'a из Праги говорят о значительно большем поражении детей деревни, чем города. Так, среди деревенских детей заражено 52%, среди городских — всего 3,7%.

Не имея аналогичного сравнительного материала в отношении Польши (заболеваемости до и после войны), авторы приводят лишь данные произведенного ими теперь исследования.

Материалом для исследования служили дети, поступившие в клинику (в Варшаве), и школьники из 4-х школ. Возраст детей — от 2-х месяцев до 15-ти лет.

По поводу эозинофилии при существовании кишечных паразитов, авторы высказываются, что этот признак не постоянен. Так, в восьми случаях аскаридоза, в 2-х из них количество эозинофилов превышает среднее, а в остальных — на границе нормы.

Из 11 случаев *trichocephalus*'а, два из них дали 6% эозиноф., один — 5%, один — 4%, а все остальные до 1%.

Для нахождения как глист, так и яиц, авторы считают самым лучшим материалом — испражнения, при чем рекомендуют не ограничиваться однократным исследованием при отыскании их.

Авторы считают самым удобным и надежным — модифицированный метод Fuelleborn'a (концентрированным раствором соли). Применялся ими также метод Telemann'a, но он гораздо труднее, дороже и менее надежен. Несколько исследований было произведено по методу Javita — центрифугирование материала со смесью эфира и 25% формалина. К определенным выводам в отношении этого метода авторы не пришли.

Что же касается исследований на присутствие *oxyuris*, то материал всегда собирали вокруг *anus*'а влажным тампоном. Такой способ авторы очень рекомендуют.

Всего ими было исследовано 935 детей. Из них 35 приезжих из деревни.

Поражение глистами достигает 40%. Распределяются они следующим образом: *Ascaris lumbricoid.* — 142 случая — 15,7%; *Trichocephalus disp.* — 173 сл. — 19,1%; *Oxyuris vermic.* — 25 сл. — 2,7%; *Taeniae* — 23 сл. — 2,5%.

По полу, в отношении аскарид и *trichocephalus* разницы почти нет. При *oxyuris* поражение девочек встречается в 4 раза чаще, чем у мальчиков.

Заражение ленточными глистами также в 3 — 4 раза чаще у девочек.

По национальности тоже имеются некоторые отличия. Так, у евреев не обнаружены, ни *t. solium*, ни *t. saginata*, что ставят в связь с условиями их питания.

Среди 935 исследованных отмечается отсутствие *botriosephalus*, который авторами считается вообще очень редким в Польше. В 4-х случаях было найдено заражение *Taenia papae*, но установлено, что все они привезены из России. О роли возраста в отношении глистных заболеваний сделать определенные выводы авторы затрудняются. Любопытно отметить, что в 3-х случаях были найдены глисты у грудных детей.

В заключение автор говорит, что частота поражений глистами зависит от культуры и гигиенических условий страны.

М. Пинзул.

**Ch. Joyeux. Hymenolepis nana et Hymenolepis fraterna.** (Annales de parasitologie. 1925. № 3. P. 270 — 280).

Автор этой статьи ставит вопрос о цикле развития 1) *Hymenolepis frat.*, 2) *Hymenol. nana*, 3) об их идентичности.

1. На основании опытов над мышами и крысами, которые являются хозяевами *Hym. frat.*, автор присоединяется к мнению Grassi, и Rovelli (1892 г.), Scott'a (1923 г.), Woudland'a, (1924 г.) и Graybill'a (1924 г.), что цикл развития *Hym. frat.* — прямой, что промежуточного хозяина у этой цестоды не имеется.

2. Calandrucchio накормил в 1906 г. ребенка яйцами *Hym. nana*. На 19—26 день после заражения он находил в испражнениях ребенка яйца *Hym. nana*.

Sacki (1910 г.), Uchimura 1922 г.), Woudland (1924 г.), заражали мышей и крыс яйцами *Hym. nana* и на 16 — 17 день находили яйца этой цестоды в испражнениях зараженных грызунов. Таким образом, автор приходит к заключению, что цикл развития цестоды *Hym. nana*, как и *Hym. fraterna*, также прямой, без промежуточного хозяина.

3. Есть ли *Hym. frat.* крыс и мышей и *Hym. nana* человека одна и та же глеста или оба вида различны? Linstow, Moniez, Blanchard и Gastellani — дуалисты, Grassi, Lutz, Mingazzini, Massari — унитаристы.

На основании изучения морфологии этих цестод, результатов экспериментальных заражений, разного географического их распространения и выраженной специфичности *Hym. fraterna* для грызунов, а *Hym. nana* для человека — автор присоединяется к мнению дуалистов.

И. Шухат.



**Domingo Mosto et Pablo Bosq.** *Taenia saginata*, фиксированная в человеческом кишечнике. (C. R. De la Societé de Biologie. 1925. № 29).

Описывается случай обнаружения при вскрытии, *Taenia saginata* в верхней части тощей кишки человека. Голова паразита была фиксирована посредством присосков перпендикулярно к стенке кишечника между двумя ворсинками. Через голову и место ее прикрепления был произведен ряд срезов. Приводится подробно описание гистологической картины и приложены снимки.

*М. Продан.*

**R. Abel.** Смертность от брюшного тифа среди мужчин и женщин в Пруссии до и после мировой войны. (Zeitschr. f. Hygiene und Infekt. Bd. 102 H. 2).

Изучая смертность от брюшного тифа среди мужчин и женщин в Пруссии с 1905 по 1922 г., автор отмечает повышение ее среди женщин с 1917 г. по сравнению с мужчинами. До 1917 г. смертность была выше среди мужчин. Причиной такого явления автор считает широкое проведение предохранительных прививок в армии. Одним из наиболее ярких доказательств правильности этого мнения служит то, что явление это наблюдается лишь среди тех возрастных групп, из которых мужчины призывались в армию, где они и подвергались прививкам. Среди прочих возрастных групп соотношение сохранилось прежним, т. е. наблюдается большая смертность среди мужчин. Причем интересным является то, что это уменьшение смертности сохраняется вплоть до 1922 г., несмотря на прекращение прививок в 1918 г. Таким образом, длительность действия прививок должна считаться равной не 6-8 месяцам, как это обычно принимается, а 4-5 годам. Прививки, проведенные во время войны, влияли не только на понижение смертности среди мужчин, но и на понижение заболеваемости.

В заключение автор указывает, что одной из главных мер борьбы с брюшным тифом должны быть предохранительные прививки.

*С. Шнитман.*

**V. Möllers.** Распространенность туберкулеза в Германии. (Ztschr. f. Hyg. u. Infekt. Bd. 103. H.2)

Смертность от туберкулеза в Германии, повысившись резко во время войны (1913 г. — 14,3 на 10.000, 1918 г. — 23,0), по окончании ее стала падать, достигнув в 1921 г. довоенных цифр. Но с 1922 г., вследствие ухудшения экономических условий, она снова начинает идти в гору. Весьма важным моментом является резкое повышение заболеваемости туберкулезом среди детей, в том числе и грудных. Цифра б-ых открытой формы туберкулеза по данным автора, превосходит в настоящее время 200.000 чел., причем особенно важным моментом является то, что койками может быть обслужена лишь 1/10 этих заразных б-ых. И автор указывает, что для правильной борьбы с туберкулезом необходимо не уменьшать, как имеется тенденция, а увеличивать число коек.

*С. Ш.*

**H. Güns.** Новые точки зрения в эпидемиологии натуральной оспы. (Ztschr. f. Hyg. u. Infekt. Bd. 103. H.2).

Наличие при оспе на слизистой верхних дыхательных путей пустул, содержащих оспенный вирус, определяет распространение ее путем капельной инфекции. Этот путь распространения является наиболее чистым и важным; между тем на него обращается мало внимания, и в целом ряде руководств по инфекционным болезням о нем даже не упоминается. Передача оспы капельным путем и обуславливала пандемическое распространение оспы до введения прививок. Автор считает, что благодаря капельной инфекции и поддерживаются отдельные случаи оспы в настоящее время. С начала XX-го столетия оспа стала обнаруживать склонность к очень легкому течению (Sanaya — Роскен, „Alastrim“), причиной чего считают ослабление вируса. В течение свыше 20-ти лет в Сев. Америке наблюдались также очень легкие случаи оспы, но в последние годы опасность оспы резко усилилась, что автор объясняет процессом регенерации вируса. В виду этого автор указывает, что легкие случаи оспы не должны недооцениваться, и борьба с оспой не должна ослабляться. При чем в виду наличия капельной инфекции изоляция б-ых не может быть единственной мерой и не может заменить активной иммунизации.

*С. Ш—н.*

**E. Wernicke.** Воспоминания о борьбе с дифтерией в Познани.

Врачи, боясь анафилактического шока, часто не применяют антидифтерийной сыворотки. Автор указывает, что за 20 лет работы он не наблюдал ни разу тяжелых заболеваний в результате применения сыворотки. Поэтому он горячо рекомендует применение сыворотки даже в подозрительных и легких случаях, не ожидая результатов бактериологического исследования.

Далее автор приводит смертельный случай дифтерии, подтвержденной опытами на животных после секции, где при бактериологическом исследовании он не получил



роста дифтерийного бацилла, но где пышно вырос бацилл, подобный proteus (proteusartige). Изучая это явление, он нашел, что bac. proteus в культуре подавляет рост дифтерийной палочки.

В заключение автор приводит случаи, доказывающие огромную роль бациллоносителей и бацилловыделителей в распространении дифтерии. (Работа представляет собою неопубликован. наблюдения автора, сделанные им в Познани несколько лет т. назад. Респ.)

С. Ш.

#### Kutscher К. Карантинные меры в округе Allenstein.

Для проведения мероприятий против занесения в Восточную Пруссию из Советской России и Польши инфекционных заболеваний, как сыпной тиф, оспа, холера, установлены на границе в Prostken и Gros Koslau санитарные учреждения. Мероприятия эти направлены на отправляющихся через границу и сводятся к освидетельствованию всех, задержке и наблюдению за лицами, подозрительными по заболеванию, обезьянливанию всех, дезинфекции платья, прививкам и т. п. Затем, большое внимание уделяется первым случаям заболеваний в округе. Все эти меры дали очень хорошие результаты. Пять случаев сыпного тифа в округе в течение 1921 и 22 года относились почти исключительно к польским рабочим, переправившимся через границу без контроля. В 1923 же году и в начале 1924 г. не было ни одного случая сыпного тифа или оспы.

С. Шнитман.

## НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

### 50-ый съезд германских хирургов в Берлине 7—10 апреля 1926 г.

Пятидесятый съезд германского хирургического общества открылся 7-го апреля в торжественной обстановке в большом зале дома имени Лангенбека-Вирхова ровно в 10 часов утра под председательством престарелого В. Кэрте. Основанное в 1872 г. профессорами Симон, Лангенбек и Фолкман, герм. хир. о-во с 172 членов возросло до 2506 членов и заняло весьма почетное место, олицетворяя собою хирургию германских народов.

После музыкального введения, исполненного оркестром берлинских врачей, проф. Кэрте произнес торжественную речь, посвященную историческому очерку деятельности общества во главе которого стояли мировые хирурги, как то: Лангенбек, Фолкман, Тирш, Бергман, Кениг, Эсмарх, Тренделенбург, Черни, Кохер, Бир и мн. др. В заключение своей речи проф. Кэрте высказал сожаление по поводу исключения германских хирургов из международных организаций и надежду на лучшее будущее при условии общей дружной упорной работы.

После этого были заслушаны адреса и приветствия по случаю юбилейного пятидесятого собрания от швейцарского хир. общества, поднесшего одновременно бронзовую статую Галлера, от шведского хир. общ., прочитанный на латинском языке, от русского Пироговского общества и ряд других, в том числе и от Одесского медицинского факультета. Затем оркестром было исполнено *larghetto* из II симфонии Бетховена, после чего началась деловая часть собрания отчетом председателя за истекший год.

Ровно в 12 часов проф. венского мед. фак. Эйзельсберг приступил к докладу на тему: „Задачи мозговой хирургии“.

Основываясь на собственном, весьма значительном материале, докладчик разобрал сперва симптоматику и диагностику главным образом опухолей центральной нервной системы, причем высказался отрицательно о значении энцефалографии и весьма одобрительно о впрыскиваниях липиодола по Сикару, а затем перешел к терапии, сравнивая при этом свои результаты с таковыми известного американского невропатолога и хирурга Кушинга. Оказывается, что результаты операций проф. Эйзельсберга значительно улучшились по сравнению с его учеником Шенбауером пробыл 3 месяца в клинике Кушинга и по его возвращении были применены американские методы, выработанные Кушингом на громадном материале. Так, из общего числа на 88 операций опухолей мозга погиб 41 больной, тогда как из последней серии из 31 больного, оперированных с соблюдением предосторожностей по Кушингу, умерло только 3! Несомненная осязательная непосредственная польза таких командировок! К числу вновь введенных предосторожностей при мозговых операциях, проф. Эйзельсберг относит: еще более нежное, щепетильное оперирование и особенно аккуратное педантичное предупреждение кровотечения с последующей точнейшей остановкой его, непрерывный контроль пульса и кровяного давления все время операции с немедленным перерывом последней в случае значительного падения кров. давления, весьма точный, трехэтажный шов мягких частей без применения дренажа, не стесняясь длительностью накладывания швов, наконец, ограничение опера-



тивного вмешательства в большом числе случаев частичным, неполным удалением опухоли с последующим лечением лучами Рентгена. Вообще Эйзельсберг очень рекомендует декомпрессионную трепанацию с удалением значительных кусков кости, говоря, что не нужно добиваться непременно радикального удаления опухоли, но зато применять последующую рентгенотерапию.

Значительно лучшими были результаты докладчика при удалении опухолей спинного мозга — из 98 больных у 84 наблюдался длительный благоприятный исход.

После перерыва ровно в 2 часа последовал доклад проф. Рена (Дюссельдорф) на тему: „Хирургия и функция органов“, в котором докладчик представил современное состояние вопроса о значении влияния функций главнейших органов на возможность и исход оперативных вмешательств, имея в виду учение о конституциях и новейшие данные патологической физиологии и физической химии. Он отделил значение общего обмена веществ и влияние ацидоза и его колебаний, особенно при наркозе, указав при этом на благоприятные результаты с нарциленом и на необходимость точно до и во время операции быть осведомленным о функциональной способности главнейших органов, применяя для этого все предложенные новые методы функциональной диагностики.

Оба доклада — проф. Эйзельсберга и Рена — были объявлены торжественными и по ним прений не было. Из 7 оследующих докладов на общие темы можно отметить доклад Габерера (Грау), настаивавшего на необходимости возможно бескровного, нежного, анатомического оперирования и на желательности введения повторительных курсов по оперативной технике для улучшения оперативных результатов. По его наблюдениям, при более нежном оперировании раны заживают лучше и наблюдаются меньше эмболии и меньше легочных осложнений, особенно после брюшных операций. Интересно было также наблюдение Форшюца (Гамбург), который нашел, что при туберкулезе легких количество фосфорной кислоты в крови понижено, тогда как в двух случаях злокачественных новообразований легких таковое оказалось резко повышенным.

Вечернее заседание было посвящено 10 докладам, преимущественно демонстрационного характера с проекцией диапозитивов и рисунков. Среди них Лешке (Берлин) показал кинематографическую фильму, демонстрирующую действие построенного им аппарата, благодаря которому можно измерять и графически изображать дыхательный обмен как кислорода, так и угольной кислоты.

Второй день съезда, 8/IV, начался блестящим программным докладом проф. Киршнера (Кенигсберг): „Лечение общего гнойного воспаления брюшины“, в котором за час докладчик сообщил результат опроса 33 крупных хир. учреждений, наблюдавших свыше 10.000 гнойных перитонитов, данные из разработки 626 соотв. случаев Кенигсбергской клиники, а также те выводы, к которым он пришел лично. Положения, числом 12, были отпечатаны и розданы в начале заседания. Доклад иллюстрировался множеством таблиц.

Главнейшие выводы проф. Киршнера следующие:

1. В каждом, не морибундном случае острого общего перитонита показана немедленная операция, за исключением воспалений, вызванных гонококками или пневмококками.

В пользу этого он привел смертность на материале Кенигсбергской хир. клиники: перитониты послеоперационные — 100%, при заболеваниях поджелудочной железы — 85,7%, при заболев. желчных путей — 72,7%, после ущемленных грыж — 87,5%, после аппендицитов — 35,2%, перитониты гонококковые — 20%.

Интересно, что из 626 случаев перитонитов, в 324 поводом было заболевание червеобразного отростка.

Из 33 запрошенных авторов, 27 также не оперируют при гонорройных перитонитах у женщин и при пневмококковых перитонитах у детей, считая, что в последнем случае мы имеем дело с общей инфекцией с одновременной локализацией в брюшной полости.

2. Громадное значение имеет ранняя операция, что теперь является общепринятым положением. На материале докладчика смертность при операции в первые 12 часов была 24,9%, от 13 до 24 часов — 32,4%, от 25 до 47 часов — 45,4%, после 48 часов — 66,6%.

3. Необходимо довести до минимума операц. шок. Для этого нужно оперировать с максимальной бережностью, разрез делать в области предполагаемого источника заболевания, в случае сомнения по средней линии, но всегда достаточной величины; по возможности не нужно вынимать из брюшной полости больших отделов кишечника; Конечной целью вмешательства является надежное исключение источника инфекции, с чем согласны все запрошенные им хирурги. Экссудат должен быть удален по возможности полнее: 13 авторов рекомендуют достигнуть этого промыванием брюшной полости, 5 — вытиранием ее. Сторонники промывания получили 47% смертности, сторонники вытирания — 45%. Киршнер рекомендует промывать, если выпот занимает всю брюшную полость, и вытирать, если экссудат имеет лишь ограниченное распространение. На его материале смертность была 46%, поэтому он принципиальной разницы между этими способами не видит. Он только не рекомендует стирать наложения фибрина



и категорически высказывается против применения химических дезинфицир. средств, считая, что все они бесполезны, а многие из них вредны.

Также высказывается он против механического опорожнения кишечника во время операции и против наложения кишечной фистулы.

4. Хотя еще Роттер показал, что дренировать свободную брюшную полость нельзя и что отграничение ее наступает уже через 12 часов, большинство, т. е. 21 из запрошенных авторов, продолжают дренировать брюшную полость, 6 авторов занимает среднее положение и только 6 высказываются за первичное закрытие брюшной полости. Сводная статистика не дает ясных результатов: смертность при дренировании — 53,7%, после первичного закрытия брюшной полости — 62,5%. Сам докладчик считает, что если источник инфекции был обезврежен, то надлежит первично наглухо закрыть операционную рану; в случае наличия ограниченного инфекц. очага, нужно его дренировать, отделив его от свободной брюшной полости марлевыми тампонами. Наиболее подходящим материалом для дренажа докладчик признает мягкие резиновые трубки.

Предложенная недавно лимфатикостомия, по его мнению, значения не имеет.

5. Большое значение имеет последовательное лечение. На первом плане нужно поставить сердечные средства, затем достаточный приток жидкости, имея в виду, что суточное количество мочи должно быть не менее 1 — 1½ литров, но избегая чрезмерной нагрузки сердца. Наиболее целесообразными оказываются длительные капельные клизмы как ректальные, так и внутривенные, растворами нормосаля и сахара per se или с инсулином, по рекомендации Оратора.

Положение по Рену-Фовлеру (полусидячее с опущенным тазом) Киршнер считает излишним, мучительным для больных и даже вредным, как обуславливающее застой крови в брюшной полости. Зато он советует всеми доступными мерами добиваться возобновления перистальтики кишечника, имея в виду, что благодаря последней кровь продавливается через воротную вену в печень и дальше и этим достигается правильное распределение крови в организме. Для этой цели он рекомендует клизмы с химич. добавлениями и без них, парентеральные и обычные слабительные (сеннатин, гипофизин, неогормонал и др.), впрыскивание никотина в ganglion coeliacum и применение тепла.

При рвоте нужны периодические промывания желудка или же перманентное „осушение“ его введением постоянного зонда и отсасыванием содержимого.

Отдельно Киршнер остановился на множественных пункциях кишечника тонкими иглами в отчаянных случаях продолжающегося паралича кишек. Хотя из запрошенных 33 авторов только 5 высказались за допустимость таких пункций, Киршнер на основании отдельных редких неожиданно благоприятных случаев все-таки считает возможным рекомендовать прибегнуть к ним. В прениях проф. Кэрте высказался против этого, указав на несомненные опасности такого воздействия.

В заключение докладчик подчеркнул, что введение возможно ранней операции и современных методов хирург. лечения значительно улучшило прогноз общего гнойного перитонита. На материале Кенигсбергской клиники видно, что смертность, достигавшая в конце девятых годов — 85,7%, в период времени с 1920 по 1924 г. упала до 30%.

В прениях участвовало свыше 20 ораторов, которые в общем соглашались с основными положениями докладчика. Возражало ряд авторов против осуждения применения химических средств при промывании брюшной полости: так Лер (Киль) и Зеелигер (Фрейбург) обращали внимание на особенную патогенность *bac. coli*, рост которого, по указанию последнего автора, крайне затруднен в кислой среде. Зеелигер с успехом применил в 10 случаях колибациллярного перитонита после аппендицита промывание брюшной полости 3 литрами разведенного в 20 — 30 раз децинормального раствора соляной кислоты; Кун (Шенеберг) Гетус (Франкфурт) сообщали о хороших результатах применения на животных и на людях гипертонических, концентриров. до 80—90% растворов сахара, имеющих значительное антитоксическое и громадное механическое действие, вызывая энергичное пропотевание жидкости и удаление ее из брюшной полости; Шенбауэр (Вена) горячо рекомендовал промывание растворами соляно-кислого пепсина; в клинике проф. Эйзельсберга смертность в случаях гнойных перитонитов была 34%, после систематического применения этих промываний за последние 4 года упала до 12%. Кроме того отмечалось значительно более легкое послеоперационное течение, в случаях же смерти на вскрытии обычно явлений перитонита уже не обнаруживалось.

В пользу особого значения ранней операции высказались, наряду с другими Репке (Бармен) и председательствовавший Кэрте. Первый показал, что у него при операциях в первые 12 час. смертность упала до 8%, а при операциях после 48 час. составляла 66%, Кэрте же сказал: „смертность упала больше от раннего производства операции, чем от усовершенствований оперативной техники“.

Остальные 9 докладов, касавшиеся путей инфекций при послеоперационном перитоните, операций при митральном стенозе и хирургии мозга и нервной системы, имели более специальный интерес. Особо отметить нужно весьма интересный доклад Гаумана (Бохум): „Конечные результаты при переломах позвоночника“.

В Бохумской б-це наблюдалось 585 повреждений позвоночника с 696 переломами позвонков, установленных на рентгеновск. снимках. Из них 29% были обусловлены па-



дением и 71% тем что пострадавших засыпало углем или камнями. В 62% наблюдалось повреждение спинного мозга. Лечение консервативное: плоское положение на спине, подушка на месте повреждения; при повреждении шейных позвонков — Глиссонова петля. Пребывание в больнице все больше сокращалось под влиянием самих больных, стремившихся возможно скорее встать, и в среднем равно 9,9 недель. Рано приступают к движениям, к применению теплого воздуха, к массажу и к медико-механическим упражнениям; гипсового корсета не накладывают. Последующие результаты весьма утешительны: в случаях повреждения спинного мозга восстановление работоспособности отмечено: через 2 года — в 25%, через 5 лет — в 61,1%, через 7 лет — в 76% и через 9 лет — в 80%.

Этот доклад вызвал оживленные прения, в которых, между прочим, проф. Ф. Краузе отметил, что пациенты с полным параличом при поперечном повреждении спинного мозга иногда живут очень долго — до 12 лет и напомнил, что Вильмс в таких случаях даже рекомендовал ампутацию обеих нижних конечностей.

Третий день, 9/IV, с утра был посвящен второму программному вопросу: „Развитие хирургии толстых кишок за последние 25 лет“, представленному проф. Нордманом (Шенеберг). Положения к докладу также были розданы членам съезда непосредственно перед докладом.

Докладчик отмечает значение рентгеновского исследования, особенно в диагностическом отношении. Благодаря ему удалось выяснить наличие наряду с нормальной перистальтикой антиперистальтики, а также склонность содержимого кишечника пользоваться вновь образованными анастомозами только в случае полной непроходимости обычных путей. Докладчик высказывается против оперативных мероприятий при расширении и чрезмерной подвижности слепой кишки, а также при всевозможных описанных мембранах (Jackson и др.) и связках. Единственным показанием для операций служит перекручивание слепой кишки.

При мегалоколоне (Пертес) результаты хирургической терапии плохи. Важно предварительное опорожнение растянутой кишки либо — клизмами, либо цекостомией, либо через искусственное заднепроходное отверстие.

Из воспалительных заболеваний толстых кишок Нордман упоминает прежде всего о дивертикулитах, которые до сих пор перед операцией не определялись. Из ок. 100 случаев выздоровело, по Келлингу, шесть. Далее он коснулся колитов и сначала нейротрофических колитов на почве повреждений центральной нервной системы, спец. спинного мозга, а затем послеоперационных, специальных после гастроэнтеростомий. Рекомендуются дача соляной кислоты, хотя известны случаи колита одновременно с повышенной кислотностью желудка (Эйзельсберг).

При хроническом колите аппендикостомия с последующими промываниями ведет лишь в легких случаях к излечению; лучше сделать фистулу слепой кишки. В наиболее тяжелых случаях производилось полное удаление толстой кишки с имплантацией нижнего отрезка подвздошной кишки в сигмовидную.

Особенное внимание докладчик уделил оперативному лечению рака толстых кишок. Важно рентгеновское исследование для более ранней диагностики этих случаев. К сожалению, от 32 до 59% обнаруживаются лишь благодаря наступившей непроходимости в уже иноперабельном состоянии. В 82% они локализируются на перегибах кишки. В неосложненных случаях желательна одномоментная резекция, в осложненных и запущенных случаях рекомендуется предварительное наложение искусственного заднепроходного отверстия. В статистике Кэрте 1913 г. смертность на 207 опер. случаев составляла 42%, с тех пор на 360 случаев она упала до 27,8%. Если взять случаи только за последние 10 лет, то на 193 случая умерло только 19,3%. Из 141 оперированных правосторон. раков умерло 26%, из 136 левосторонних — 30%. Смертность при 288 одномоментных операциях составляла 28,8%, смертность при 144 многомоментных операциях — 28,4%. Но если операция производилась в состоянии непроходимости, то при одномоментных вмешательствах смертность была 70%, а при 2 и многомоментных операциях — около 50%. Смертность после наложения искусственного заднего прохода при острой непроходимости составляла 42%, а при хронической непроходимости — 25%.

Что касается длительных излечений, то прежде таковые наблюдались в ок. 40%; последние статистики приводят 50% — 64%. Интересно, что и после паллиативной операции (anus praeternaturalis) при раке толстых кишок наблюдались длительные благоприятные результаты в течение 2 — 4 и до 7 лет. В заключение докладчик подробно коснулся оперативной техники. В связи с этим докладом был заслушан доклад проф. Шмидена (Франкфурт) о преканцерозных заболеваниях кишок, особенно при polyposis, иллюстрированный прекрасными диапозитивами макро- и микроскопических препаратов. Докладчику удалось найти ряд очень ранних стадий ракового перерождения клеток, часто плюрицентрального характера. В случаях очень распространенного полипоза толстых кишок он оперировал в четыре момента: а) наложение anus ilealis и резекция сигмовидной кишки, б) резекция colonis, в) резекция прямой кишки, г) резекция слепой кишки — с удовлетворительным результатом.

В прениях приняло участие 21 оратор, из которых Финстерер (Вена) сообщил о своих резекциях толстых кишок, из них 55 одномоментных, 16 — двухмоментных



15 - трехмоментных. Из них 11 пациентов были старше 60 лет. Он охотно пользовался боковым анастомозом, но широким, не менее 10 см.

Из остальных докладов этого дня можно отметить сообщение Куртцана (Кенигсберг), безрезультатно подкожно привившего самому себе кусочки рака грудной железы оперированной больной, и Пайра (Лейпциг), демонстрировавшего на рисунках свои способы артропластики крупных суставов.

В этом же заседании были заслушаны различные административные дела, запоздалые приветствия, в том числе от президента республики Гинденбурга и были произведены выборы почетного члена, каковым был избран В. Мюллер (Росток), и председателя на 1927 год. После двукратных выборов записками, избранным в качестве нового председателя оказался бреславльский проф. Кюттнер.

Последний день, суббота 10 апреля, были заслушаны остальные объявленные доклады, причем прения по ним были очень коротки и особенно выдающихся моментов не представили. Интересными были доклады: проф. Кенига (Вюрцбург), получившего дефекты суставных хрящей на собаках типа *osteochondritis dissecans* на почве экспериментально вызванных эмболических процессов; Израеля из клиники Бира, экспериментально доказавшего возможность влиять благодаря большему или меньшему количеству витаминов в пище на срастание костных отломков; Элекера (Гамбург), возобновившего старые попытки пломбировать костные полости гипсом, оказавшимся и прекрасным кровеостанавливающим материалом; Фрея (Мюнхен), изучившего новое гормонообразное вещество, попадающее в кровь из органов, повышающее кровяное давление и выделяемое почками, химич. строение которого еще точно не известно; Горбанда (Берлин), демонстрировавшего 3 препарата больших с успехом удаленных ретроперитонеальных опухолей. В одном из этих случаев у продемонстрированного на съезде мужчины 65 лет удаленная опухоль весила 44 фунта и была экстирпирована вместе с правой почкой и правым мочеточником, причем разорванная на протяжении 6 сантим. *vena cava* была благополучно сшита; наконец, Гэблера (Берлин), демонстрировавшего инструменты (ножи, ножницы, пинцеты), к которым он приделал электрич. лампочку, благодаря чему они освещают операционное поле, что, по словам Горбанда, оказалось весьма целесообразным при работе в глубине.

В заключение вновь избранный почетный член общества проф. Мюллер провозгласил традиционный „гох“ в честь председательствовавшего проф. В. Кэрте, после чего значительно поредевшие в числе члены съезда разошлись.

Особо нужно отметить не менее традиционную точность и аккуратность всех участников съезда: как председательствовавшего, неизменно в назначенное по повестке время открывавшего и закрывавшего заседания, так и докладчиков, минута в минуту кончавших в указанное им время, а также и участвовавших в прениях, почти без исключения державшихся в рамках положенных пяти или трех минут. Только благодаря такой выдержке и дисциплине была возможна спокойная и плодотворная работа, столь характерная для германского хирургического общества.

Правда, что в текущем собрании такого результата пришлось достигнуть также путем подчас безжалостного гильотинирования или даже недопущения прений, о чем в некоторых случаях пришлось искренно пожалеть.

Подводя итоги всему съезду, нужно сказать, что особенно праздничным он не вышел, но что по работе и характеру свыше 60 докладов он стоял вполне на высоте предшествовавших ему собраний.

Добавлю еще, что ряд видных медицинских журналов (*Deutsche med. Wochenschrift*, *Klinische Wochenschrift*, *Medizinische Klinik*), посвятили свои очередные выпуски юбилейному съезду. Особенно интересным получился „праздничный“ номер журнала *Deutsche medizinische Wochenschrift* с историческим обзором проф. Борхарда и 25 статьями хирургов различных стран, написанными по особому приглашению редакции. В художественно исполненном приложении помещены портреты председателей герм. хир. общества за все время его существования.

*Проф. И. Корнман.*

Берлин, апрель 1926 г.

### Первый съезд Российских Урологов \*).

Съезд состоялся в Москве 31 мая, 1 и 2 июня 1926 года. На съезде присутствовало около 350 делегатов и много гостей. Докладов было заявлено 61. Все доклады слушались в пленарных заседаниях съезда.

Президиум съезда был избран в следующем составе: проф. С. П. Федоров (предс.), проф. Б. Н. Хольцов и проф. И. В. Кудинцев (товар. предс.), Мухаринский и Голубев (секретари).

\*) Извлечение из доклада на медицинском совещании Одесск. Государствен. Дермато-Венерологического Института им. Главче 8/VII 1926 г.



Програмными вопросами съезда были „Туберкулез мочеполовой сферы“ и „Хронические гонорройные и постгонорройные заболевания мочеполового аппарата“.

В утреннем заседании 31 мая был заслушан доклад проф. А. И. Абрикосова (Москва): „Общие данные о патогенезе и патологической анатомии туберкулеза мочеполовых органов“. Указав, что патогенез и патологическая анатомия туберкулезного процесса в половой сфере должны быть оценены с иммуно-биологической точки зрения, докладчик отметил, что вопрос о патогенетическом отношении туберкулеза мочеполовых органов к главным входным воротам—легким—можно считать решенным в том смысле, что туберкулез той или иной части мочеполовой системы в преобладающем большинстве случаев представляет собой результат гематогенного метастаза из очага первичного туберкулезного комплекса в легком, возникающего чаще всего в детском возрасте. Развивающийся хронический „органный“ туберкулез мочеполовых органов является фактором, усиливающим иммунитет организма по отношению ко вторичной инфекции легких туберкулезом.

Проф. С. П. Федоров (Ленинград) в своем докладе „Туберкулез мочевых органов“ отметил, что случаи самопроизвольного излечения туберкулеза почек ничтожны, и наилучшие результаты дает хирургическое лечение—нефрэктомия. Ближайшая послеоперационная смертность при тbc почек меньше 4%, поздняя смертность колеблется от 13 до 29%. В докладе проф. Б. Н. Хольцова (Ленинград) „Туберкулез половых органов“ докладчик отметил, что вопрос о том, какой из половых органов является первичным местом локализации туберкулеза в настоящее время не представляет уже интереса, так как характер лечебного воздействия не зависит от решения этого вопроса. Яичко поражается туберкулезом чаще, чем можно думать.

Эпидидимектомия и орхидектомия действуют благоприятно на туберк. поражение простаты и семенных пузырьков, но только при незначительности их поражения; при значительном поражении этих органов необходимо полное или частичное их удаление. Результаты этих операций очень хороши. Вопросу туберкулеза мочевых и половых органов были посвящены также доклады: С. Я. Ратнера (Киев), Л. С. Файна (Ленинград), Г. М. Межебовского (Москва), М. П. Бала (Киев). Вечернее заседание того же дня было посвящено докладам — А. И. Сызганова: „Лимфатические сосуды почек человека“. Исследование произведено на 70 детских трупах. А. А. Голубев (Ростов н/Д) сделал доклад: „Анатомические обоснования разрезов почки по данным изучения интравенальной сосудистой системы по методу коррозионных препаратов“. Ряд докладов был посвящен вопросам почечно-каменной болезни: проф. Д. П. Кузнецкий (Пермь): „К вопросу о рецидивах почечно-каменной болезни“, проф. Г. И. Бардулин (Москва): „К вопросу об удалении камней мочеточников“, А. И. Маянц (Москва): „Диагностика и лечение камней нижней трети мочеточника“.

В докладе Б. С. Бессмертного (Ростов н/Д) отмечается рефлекторное влияние денервации почечной ножки на функцию другой почки; особенно резкое влияние на выделение с мочой хлоридов, количество коих, как относительно, так и абсолютно увеличено. Проф. В. П. Вознесенский (Ростов н/Д) предисжил новый способ нефропексии, по коему им оперировано 3 случая.

Я. Е. Гальперштейн (Ростов н/Д) сделал доклад: „Клиническая оценка пиелографии, как метода диагностики при почечных заболеваниях“, Я. Г. Готлиб и Ф. Я. Строков (Москва) — „Нефро- и пиелорентгеноскопия“, П. И. Гелфер (Киев) — „К патологии почки и мочеточника в рентген. снимке“.

Утреннее и вечернее заседания второго дня съезда были посвящены исключительно вопросам гонорреи. Было заслушано 24 доклада. Председательствовал проф. Б. Н. Хольцов. Утреннее заседание открылось докладом проф. Ю. А. Финкельштейна (Москва) „Современное состояние вопроса о гонококке“. Докладчик отметил, что гонококк мало изучен как со стороны морфологии, так и его биологии, указал на инфекционное и эпидемиологическое значение атипического гонококка (диплококк типа Asch'a). Проф. Н. Ф. Лежнев (Москва) сделал доклад о хронических гонорройных и постгонорройных заболеваниях уретры, в котором считает необходимым при диагнозе базироваться на изучении инфекции и патолого-анатомических изменений слизистой канала. Необходимо изучение конституции организма. В хронических случаях гонорреи должно быть обращено особенное внимание на заболевание семенного бугорка.

Иммуно-физиотерапия, курортное лечение хронических гонорройных и постгонорройных процессов могут дать полное клиническое выздоровление. М. А. Заиграев (Москва) в докладе: „О хронических гонорройных и постгонорройных заболеваниях половых желез“ ставит в связь возникновение этих заболеваний с методикой лечения. При лечении гонорройных и постгонорройных заболеваний половых желез на первый план выступает повышение защитительных способностей организма с целью уничтожения инфекции. Несвершенство современных методов лечения гонорреи заставляет перенести центр тяжести в профилактику.

Большой интерес вызвал доклад С. И. Борю (Саратов) — „Экспериментальная гоноррея кроликов“. Докладчице удалось после предварительной сенсibilизации слизистых кролика желчью вызвать типичное заражение их гонококками. Заражено таким образом около 80 кроликов. Пассажи через кролика повышали вирулентность. Предва-



рительная иммунизация предохраняет кроликов от заражения. При помощи вакцин удавалось докладе излечить развивающуюся гоноррею.

В докладе М. Я. Тимохиной и Ю. А. Финкельштейна (Москва) „К вопросу об экспериментальной гоноррее“ докладчики отметили, что им не удалось получить тех результатов, о которых сообщила С. И. Вору, Л. Л. Бродский и Л. Р. Лейтес (Одесса) представили доклад: „Спермо-культура, как диагностический метод при гоноррее“, в котором отметили, что культура эякулята давала им положительный результат в тех случаях, когда всевозможные методы провокации (инстилляций, дилатации, вакцина) не выявляли гонококков, и таким образом, методу спермо-культуры должно быть отведено соответствующее место в ряду других методов для выявления латентной гонорреи. Докладчиками был освещен также вопрос о трудности выделения гонококка из среды родственных ему бактерий (грамнегативные диплококки, „псевдогонококки“, грампозитивные диплококки).

Доклад Б. И. Романова (Москва) был посвящен вопросу о микрофлоре при хронической гоноррее и парагонорройных заболеваниях. Докладчик также отметил, что характеристика ряда бактерий канала, особенно группы грампозитивных диплококков до сих пор не выяснена и ждет дальнейшей разработки, как со стороны бактериологической, так и с клинической стороны. Е. Ф. Васькевич (Москва) проводит мысль, что при диагнозе „гонококка“ первенствующая роль принадлежит клиницисту, который должен владеть техникой исследования. А. И. Васильев (Ленинград) представил доклад: „О негонорройных и постгонорройных уретритах“. Преобладающей инфекцией в этих случаях был, по материалу докладчика, стафилококк. Уретроскопия при постгонорройных уретритах обнаруживает больше изменений в переднем канале, тогда как при хронических негонорройных уретритах изменения локализируются главным образом в заднем канале. В докладе проф. А. Н. Гадмана (Москва) „Об основных положениях в вопросах патологии и терапии гонорреи“ отмечается необходимость выполнения строгой асептики и покоя при лечении перелоя, заслуживающего, как и другие инфекционные болезни принципа госпитализации И. Г. Закс и И. Ф. Шишов (Москва) сделали доклад: „Влияние конституции на течение гонорройных воспалений половых желез“. У дигестивного типа (Sigaud) — пикников (Kretschmer) — наблюдается наиболее затяжное и упорное течение простатитов, везикулитов, эпидидимитов. Церебральный тип дает наилучший контингент гонорройных ипохондриков и половых неврастеников на почве хронической гонорреи. Д. Е. Левант и А. И. Мкртычян (Москва) в докладе „О причинах осложненной гонорреи“ отмечают необходимость выработать меры не только для лечения, но и для устранения причин, вызвавших осложнения. В. П. Ильинский (Москва) сделал доклад: „Об отдаленных последствиях гонорреи уретры. „Необходимым критерием, говорит докладчик, для суждения о полном выздоровлении должна быть не только клиническая и бактериологическая, но и патолого-анатомическая и гистологическая точка зрения“.

Вопросам реакции Bordet-Gengou при гоноррее были посвящены доклады С. М. Ясколко (Москва) и С. Л. Ширвиндт и С. Н. Гольдберг (Ленинград). Реакция дает наибольший процент положительных результатов при осложнениях гонорреи (артритах, эпидидимитах, простатитах у женщин при аднекситах). Об интракуганной реакции при гоноррее заслушаны доклады Д. М. Лейбфрейда, Д. И. Тухшид, А. П. Сутковой (Харьков) и П. И. Сидоренко и С. Л. Ширвиндт (Ленинград). Последние считают реакцию не специфичной.

С. Л. Марьясин и Б. Ф. Печерский (Москва) сделали доклад: „Цитология простатического сока при гонорройных и постгонорройных простатитах“. По наблюдениям И. И. Ефимова и И. М. Потердоминского — доклад: „Влияние гонорройных заболеваний придатка на функцию яичка“, — двухстороннее гонорройное поражение придатков в 25% не нарушает проходимость семявыводящих путей. М. Ю. Белостоцкий и Г. М. Рутштейн (Москва) представили доклад „О влиянии гонорройных и постгонорройных заболеваний простаты на ее функции“. Простатиты оказывают часто влияние на *potentia genegandi*, вызывая азоосперию и некросперию. Решающую роль играет не длительность заболевания, а степень поражения паренхимы органа. Заслушан был доклад С. М. Яблонского и А. Я. Дамского (Смоленск): „К методике приготовления ауто-пио-вакцины и к результатам ее применения при гоноррее и ее осложнениях“. Ауто-пио-уро-вакцина не уступает ауто-вакцине. Приготовление ее весьма просто. Результаты довольно благоприятны при осложнениях гонорреи. П. Ф. Тимофеев и С. М. Кабачник (Москва) представили доклад: „Сравнительная оценка методов лечения хронических гонорройных воспалений половых желез“. Успех лечения зависит от силы местного раздражающего действия метода лечения. М. И. Мурадов (Тифлис) считает наиболее рациональными средствами, приводящими к цели при хроническом простатите, грязелечение, Д'Арсонвализацию, шотландские души и массаж — доклад: „К вопросу о рациональном лечении хронического затяжного простатита“.

В утреннем заседании 2-го июня В. М. Зверева (Ленинград) доложила „О реакции скорости оседания эритроцитов при урологических заболеваниях“. Реакция может быть только вспомогательным средством при наличии прочих данных и самостоятельного значения иметь не может. Е. И. Кватер и Ц. В. Паперно (Москва) — „Флора уретры и



мочевого пузыря при послеродовых септических заболеваниях". Патогенная флора пузыря всегда сопровождается патогенной флорой в уретре — обе флоры в большинстве однородны.

Вопросу о пиелитах и пиелонефритах беременных были посвящены доклады Н. Я. Сафронова и А. И. Васильева (Ленинград) и А. А. Чайки (Киев). В. М. Богославский и И. Г. Рабинович (Сталин) сообщили о случае бывшего врожденного дивертикула мочевого пузыря вместимостью в 1½ литра; Я. Д. Михельсон (Ленинград) — „О случае двойного мочевого пузыря". В. В. Алякрицкий и А. Я. Дамский (Смоленск) сделали доклад: „К клинике и патологической анатомии лейкоплакии верхних отрезков мочевых путей"; Н. Д. Розенбаум и Я. Г. Готлиб (Москва) доложили о новообразованиях мочевого пузыря у рабочих текстильного производства на почве отравления анилином и считают необходимым проведение на текстильных фабриках ряда профилактических мероприятий для устранения опасности отравления анилином. И. О. Лойко (Ростов н/Д) доложил о гистологических изменениях в мочевом пузыре при гемокоагуляции. Гемокоагуляция трихлоруксусной кислотой является методом не безопасным. Кислота действует глубоко на ткани, проникая до наружных слоев мочевого пузыря. Я. Б. Вайташевский (Харьков) представил доклад об оперативном лечении структур уретры. А. Г. Радзиевский (Киев) сообщил о 140 случаях простатэктомий, оперированных по одно- и двухмоментному способу. А. Я. Дамский (Смоленск) — „Трансвезикальная простатэктомия на основании 60 собственных наблюдений". Простатэктомия в 1 темп на 24 случаях дала у докладчика 6 случаев смерти, 30 случаев, оперированных в 2 темпа, дали 2 смерти. Ю. М. Ирир (Минск) в докладе: „Влияние перевязки семявыносящих протоков на простату" рекомендует во всех случаях гипертрофии предварительно делать перевязку семявыносящих протоков, и лишь при отсутствии эффекта прибегать к простатэктомии. И. И. Ищенко (Киев) отмечает в докладе „О варикоцеле", что в значительной части случаев varicocele есть выражение общей конституциональной малocenности, а не местный процесс. Оперативные способы должны быть по возможности просты. Н. А. Смирнов (Москва) приводит 3 случая недержания мочи у мужчин; лечение оперативно по методу Фронштейна с хорошим результатом, а именно, в случаях отсутствия или нарушения сфинктера создается новый сфинктер из приводящих мышц бедра. О лимфатических сосудах простаты был заслушан доклад Р. Л. Герценберга и К. Д. Валясова (Москва). С. М. Рубашев (Минск) — „Общая характеристика опухолей мужских половых органов". Л. Я. Якобзон (Ленинград) сделал доклад: „Два года приема по половым расстройствам в лечебных заведениях". Докладчик отмечает, что у значительного процента (71%) импотентов не было никогда венерических болезней. В лечении половых расстройств психотерапия играет не меньшую роль, чем другие методы лечения. Переживания последних лет значительно повысили число лиц, страдающих половыми расстройствами. В больших городах необходимы специальные приемы по половым расстройствам.

В организационном совещании делегатов с'езда решено создать следующий Всесоюзный С'езд урологов в Ленинграде, приурочив его к хирургическому с'езду.

Программными темами 2-го с'езда намечены: 1) Опухоли мочевого пузыря; 2) Иммуно-терапия гонорройных заболеваний.

Рекомендованными темами намечены: 1) Хирургическое лечение нефритов; 2) Бактериологический диагноз гонорреи.

*Л. Лейтес.*

### Одесское Эндокринологическое О—во при Гос. Мед. Институте.

Одес. Энд. О—во организовалось по инициативе преподавателей Медицинского Института 19 июня 1925 г.

На первом распорядительном собрании 26/VI (присутствовало 57 врачей) избрано правление в составе: проф. М. М. Тизенгаузена (председатель), проф. Я. Ю. Бардаха, проф. Л. Б. Бухштаба (тов. председ.); д-ра Н. А. Бузни (секретарь), д-ра И. М. Кранцфельда (казначей), проф. И. Е. Корнмана, проф. Д. М. Лаврова, проф. Б. А. Шаццлло (тов. предс.), проф. Е. А. Шевалева (за отказом проф. Д. М. Лаврова, в правление о—ва вошел проф. Е. И. Синельников).

Состав ревизионной комиссии: проф. Ф. Т. Тюльпин, прив.-доцент Е. Ю. Крамаренко, д-р Р. К. Углев.

Библиотекарем о—ва избран проф. М. Н. Заевлошин.

Членский взнос установлен в размере одного рубля в год, с начислением 100% (1 рубль) в библиотечный фонд.

Заявления о желании вступить в члены о—ва, о предполагаемых докладах и сообщениях направлять секретарю — д-ру А. А. Оксу (Пастера 9, Фак. Тер. Кл.).



### Протокол 1-го заседания О. Э. О. 26 января 1926 г.

Председатель: проф. М. М. Тизенгаузен.

Секретарь: д-р А. А. Окс.

#### Порядок дня:

Проф. М. М. Тизенгаузен. — Речь по поводу открытия о—ва.

Проф. Н. К. Лысенков. — Характеристика анатомо-морфологических особенностей желез с внутрен. секрецией.

Д-р А. А. Окс. — Отчет о первом Всеукраинском Съезде Терапевтов (эндокринолог. доклады).

Проф. М. М. Тизенгаузен в своей речи указал на причины возникновения нового о—ва и цели его. В настоящее время эндокринология вылилась в обширную научную дисциплину, тесно соприкасающуюся буквально со всеми специальностями. Задачей о—ва является научная обработка вопросов эндокринологии и ознакомление врачебной среды с успехами эндокринологии. С этой целью о—во, на ряду с докладами оригинального характера и клиническими демонстрациями, намерено представить широкую возможность для докладов — обзоров. Первым докладом из последней категории и является доклад проф. Н. К. Лысенкова, посвященный анатомической характеристике инкреторных желез.

Проф. Н. К. Лысенков в своем докладе подчеркивает интимнейшую связь инкреторных желез с кровеносной и нервной системами, знакомит с классификацией желез по эмбриональному принципу: 1) эктодермальные железы: гипофиз и эпифиз; 2) энтодермальные: щитовидная ж., паращитовидные ж., зубная ж., Лангергансовы островки; 3) смешанные: надпочечники, параганглии, каротидная ж., копчиковая ж.; 4) мезодермальные: эндокринные образования в половых железах.

В дальнейшем докладчик останавливается на эмбриологии и гистологии каждого органа, сопровождая свой доклад макро- и микроскопическими демонстрациями.

Д-р А. А. Окс. Вопросам эндокринологии на съезде посвящено 6 программных и два внепрограммных докладов. Приводит краткое содержание всех докладов. Подчеркивает основную мысль, прошедшую через все доклады, — о плюригландулярности всякого эндокринного заболевания и о связи эндокр. расстройств с нарушениями в вегетативной нервной системе и в электролитном обмене.

А. Окс.

### Протокол 2-го заседания О. Э. О. 2 февраля 1926 г.

Председатель: проф. М. М. Тизенгаузен.

Секретари: д-р Н. А. Бузни и д-р А. А. Окс.

#### Порядок дня:

Проф. Л. Б. Бухштаб. — Клиника гипо- и гиперфункций надпочечника.

Д-р А. А. Окс. — Diabetes mellitus с плюригландулярным расстройством. Демонстрация больного.

Проф. Л. Б. Бухштаб. — Отсутствие резких границ между гипо- и гиперфункцией надпочечных желез и преобладание так называемых стертых форм значительно затрудняет изучение клиники этих заболеваний.

В истории изучения надпочечников следует отметить 4 даты: 1) в 1563 г. Bartholomäus Eustachius впервые обнаружены надпочечные железы; 2) в 1855 г. Thomas Addison описал симптомокомплекс названной его именем болезни; 3) в 1901 г. Jokischi Takamine выделил адреналин в кристаллич. виде и 4) последние годы дали большой материал в смысле разработки данного вопроса.

Наиболее обширными и многогранными являются исследования французской школы. Вопрос о гиперфункции надпочечника, не разрешенный еще теоретиками, пытались выяснить клиницисты.

Из клиники гиперфункций надпочечника намечаются вопросы о связи между нефропатией, артериосклерозом, гипертрофией сердца и гиперфункцией надпочечных желез, далее о связи между острым отеком легких и гиперплазией коркового слоя надпочечников. Исходя из вопроса о гиперфункции, Brünnig предложил в видах лечения эпилепсии удаление надпочечников. Сюда же относятся опухолевые процессы, которые у женщин дают переход в мужской тип, у мужчин же только усиление вирильного типа.

Гипофункция надпочечных желез выражается прежде всего в Аддисоновой болезни. Случаи этого заболевания без признаков поражения надпочечников, с одной стороны, и полного разрушения надпочечников без клинических явлений заболевания, с другой, объясняются той ролью, которую берут на себя при этом параганглии. Пигмент при Аддисоновой болезни — тирозиназа, — как это доказано экспериментально, образуется в самой коже. Отмечены случаи гипотензии и адинамии без меланодермии. К недостаточности надпочечников сводили и адинамию при брюшном тифе и случаи вне-



запной смерти после противотифозной прививки. Сюда же относят и скорбут. Подчеркивают, что хромаффинная система заболевает вообще при гипопластической конституции.

Все указанные теории при всем том большом интересе, который они возбуждают, требуют большой осторожности при принятии их.

**Обмен мнений.** Д-р Сагал наблюдал больную с резко выраженной формой Аддисоновой болезни: адинамией, меланодермией, симптомом *Sergent*; при этом у нее наблюдались эпилептические и эпилептиформные припадки, была эклампсия. Оперировать такой случай по *Brünnig*'у считал бы нежелательным. Проф. Бухштаб.—Здесь имеется не гиперфункция, а гипофункция железы. Не все причины эпилепсии в одной гиперфункции надпочечника. Д-р Вайнер.—Чем объяснить Аддисонову болезнь без меланодермии? Проф. Бухштаб.—Все симптомы Аддисоновой болезни диссоциированы—отдельные симптомы могут выпадать. Надо подходить к функции каждого слоя в отдельности. Пр.-доц. Черкес.—На первом съезде Р.О.П. Оппель делал доклад о лечении скорбута. Предложенные им методы исследования не были признаны безукоризненными. Не было поставлено контрольных опытов, где больные при проведении лечения оставались бы на прежней диете. Проф. Бухштаб. Соглашается, что в выводах Оппеля есть известная произвольность. Питание может иметь значение, но в клинике нельзя ставить чистого опыта.

Далее проф. Бухштаб отвечает на полученный им письменный вопрос, что переход в мужской тип у женщин при опухолях надпочечника зависит по теории Краббе от того, что в коре надпочечника нормально находятся элементы семенной железы, которые и проявляются при разрастании опухоли.

Председатель от имени Общества благодарит докладчика за интересный и красивый доклад.

Доклад д-ра А. А. Окса откладывается до следующего заседания за неявкой больного.

*Н. Бузни.*

## БИБЛИОГРАФИЯ.

Химико-Фармацевтический Вестник, Одесса. 1926, № 1—2, № 3—4, № 5—6.

С величайшим удовольствием приветствуем мы каждое новое проявление научного возрождения Одессы. Перед нами—первые три выпуска „Химико-Фармацевтического Вестника“, объемом, в общем, в 98 страниц большого формата (не считая объявлений), изданных на хорошей бумаге и напечатанных прекрасным шрифтом. Нужно с удовлетворением отметить, что главнейшие технические трудности современного издания преодолены Одесским Государственным Химико-Фармацевтическим Институтом вполне удачно. Номера составлены разнообразно и интересно. Особый интерес представляет работа проф. Н. Д. Аверкиева: „Исследования иод—содержащих водорослей СССР“. Остальные статьи производят серьезное и приятное впечатление краткостью и практичностью. Достаточно места отведено общественной химико-фармации. Журнал будет интересен и полезен также и широкому кругу врачей, особенно—с утратой медицинскими институтами самостоятельной кафедры фармации и фармакогнозии.

„Южный Медицинский Журнал“ приветствует не только нового соратника на научной ниве, но и нового союзника в преодолении инертности врачей Юга Украины в смысле поддержки собственной же научной летописи.

*Проф. Л. Ф. Дмитренко.*

## ХРОНИКА

### I Всеукраинский съезд хирургов в Одессе.

С 15 по 19 сентября с. г. состоится в Одессе 1-й Всеукраинский Съезд Хирургов, на котором 4 первых дня будут посвящены вопросам общей хирургии, пятый день—исключительно вопросам ортопедии.

Торжественное открытие съезда состоится 14 сентября в 8 час. вечера. в театре им. Луначарского. При открытии речь: „Итоги русской хирургии за последние 25 лет“ произнесет проф. А. В. Мельников (Харьков).

Программными вопросами являются:

1. Диагностические и оперативные ошибки в брюшной хирургии. Докладчики: И. И. Греков, В. А. Оппель (Ленинград), А. В. Мельников (Харьков). 2. Рак молочной железы. Докладчик: Я. В. Зильберберг (Одесса), содокладчики: Г. В. Быковский (Киев), Я. М. Заблудовский (Москва), Ю. Ю. Крамаренко (Киев). 3. *Pes plano-valgus*. Докладчик: Г. И. Турнер (Ленинград). 4. Роль ортопедии в деле лечения костно-суставного туберкулеза. Докладчики: Н. И. Кефер (Одесса), И. О. Фрумин (Киев), А. М. Бараник (Одесса).



Количество докладов на первые четыре дня—60. На пятый—ортопедический день—15. Подробную программу, а также список принятых и резервных докладов можно получить у секретарей Оргбюро съезда: прив.-доц. Е. Ю. Крамаренко (площ. К. Маркса, 8, кв. 4, тел. 17-87) и доктора Р. К. Углева (ул. Коминтерна 28; тел. 33-03).

При съезде устраивается выставка, где бы докладчики и авторы могли бы выставить рисунки, таблицы, модели, приборы и препараты с соответствующими описаниями, а также описания интересных казуистических наблюдений. Материалы этой выставки предположено поместить в трудах съезда.

Во время в после съезда предположены ряд экскурсий, устраиваемых под руководством и при содействии члена Оргбюро проф. Н. А. Куковерова (Итальянский бульвар 14).

Членский взнос установлен в 5 рублей, причем № членского билета соответствует номеру места в аудитории им. Октябрьской Революции Медицинского Факультета ОМИ (Ольгиевская 4, зд. медицинских лабораторий, трамвай № 1, 2, 8, 9, 20, 23). Таким образом, членам съезда не придется торопиться для предварительного занятия мест, так как организаторы съезда будут наблюдать за тем, чтобы пронумерованные места занимались только членами Съезда, владельцами соответствующих членских билетов.

Успех бывших до сих пор в Одессе Окружных Хирургических Съездов и интересно составленная программа несомненно обеспечивают удачу и предстоящего I-го Всеукраинского Съезда.

### Х-ый Всесоюзный съезд Бактериологов.

Х Всесоюзный съезд бактериологов, эпидемиологов и сан.-врачей откроется 5 сент. с/г в 5 ч. вечера в театре им. Луначарского. Приветственные речи произнесут Наркомы здравоохранения РСФСР проф. Н. А. Семашко и УССР Д. Ф. Ефимов. В этом же заседании заслушаны будут речи и воспоминания проф. Я. Ю. Бардаха и академика Л. А. Тарасевича, посвященные памяти И. И. Мечникова. Программными вопросами съезда являются скарлатина, бешенство, прививки BCG по Calmette и иммунитет общий и местный. Кроме того имеются доклады по рабочему строительству, расселению и переселению крестьян, сельскому водоснабжению, профотбору и массовому обследованию населения.

В связи с этим съезд разбивается на 2 главных части: секцию бактериологии и эпидемиологии, секцию гигиены и санитарии и подсекции малярии, профгигиены. Будут работать также комиссии по специальным вопросам, как-то: оспопрививание, вопросы гигиены питания и т. п. Предполагается съезд закончить 11/IX утром. Во время съезда будет функционировать промышленная и сан-просветительная выставка, (Ольгиевская 4, здание Медина), будут организованы экскурсии и в разные учреждения медико-санитарного характера, а также и в некоторые промышленные предприятия. Помимо всего съезд, как посвященный памяти И. И. Мечникова, примет участие в установке доски в доме, где начала функционировать под его руководством первая в России бактериологическая лаборатория. Согласно постановлению Окрисполкома и Горсовета Внешняя ул. переименована в улицу Ильи Ильича Мечникова.

### Письмо в редакцию.

Товарищ Редактор!

Не откажите поместить в ближайшем номере уважаемого вашего издания ниже следующее обращение:

3/XII с. г. (20/XI по ст. ст.) предположена в Одессе встреча врачей 1-го выпуска (1906 г.) медицинского факультета б. Новороссийского Университета по поводу 20-летия окончания курса. Прошу оставшихся в живых товарищей дать о себе знать, если возможно с присылкой фотографической карточки, по адресу: Одесса, Валиховский пер. 2, Хирургическая Пропедевтическая Клиника Медфака. Профессору И. Е. Корнману.

Уважающий вас

Проф. И. Корнман.

### Список дипломных работ, защищенных в Одессе и утвержденных Факкомиссией О. М. И. с марта по май 1926 года.

В марте: Рейз М. И. — К вопросу об эпидемиологии и клинике малярии на основании лит. данных и материалов Каховской Станции за 1925 г. Финк Д. А. — Наблюдение над эпидемиологией и клиникой малярии в селе Троицком. Гольдман Ф. Ш. — Диагностика и терапия малярии. Вадзиш Ю. А. — Диагностика и терапия малярии. Коган Ш. Ш. — К патогенезу круглой язвы желудка. Ласс-Сипитнер Э. Я. — Диагностика и терапия малярии. Ляховецкая Б. И. — Диагностика и терапия малярии. Дмитриева Е. О. — К патогенезу язвы желудка. Хижинская Ш. Ю. — К патогенезу diabetes insipidus. Чернявкер Р. Ю. — Лечение бронхальной астмы: свете современного учения. Улянецкая Н. Ш. — К патогенезу круглой язвы же-



лудка. Аптекарь-Баршт — Малярия, клиника и лечение в детском возрасте. Грин-Плаш С. С. — Диагностика и терапия малярии. Гальперин-Пружнер — К вопросу о туберкулезе бронхиальных желез у детей. Либина Ш. Б. — Половые желез и зубы. Лемберг Б. Е. — Об ампутации пульпы. Эненштейн Р. З. — Содержание роданистого калия в слюне в связи с профессиональной вредностью. Смелянский Р. И. — Операция Лагранжа. Колик М. М. — Некоторые осложнения при применении антирабических прививок у человека. Коган П. Г.-М. — Осложнения сыпного тифа и их патогенез по литературным данным. Шайн А. А. — Об эпидемическом энцефалите. Ахтеров В. Л. — О применении местной анестезии при хирург. операциях в леч. учреждениях Одессы за определенный срок. Шухат И. А. — Методика массового обследования на глистоношение. Лившиц А. Е. — Влияние сифилиса родителей на их потомство. Авербух Р. Л. — Влияние сифилиса родителей на их потомство. Ядловкина С. — Современное лечение сифилиса. Крайник Г. М. — Современное лечение сифилиса. Левина Р. К. — Современное лечение острой гонорреи у мужчин. Ханина Г. Р. — Современное состояние учения вопроса об иммунитете при туберкулезе. Лось-Паращик — Влияние сифилиса родителей на их потомство.

В апреле: Ковалева Е. С. — Ранняя операция аппендицита. Фирер С. Л. — Анатомич. и физиол. обоснования местного обезболивания брюшных органов. Файдель Ш. М. Б. — Контрактура нижней челюсти, этиология и лечение. Беликовецкий Я. А. — К патогенезу язв желудка. Шпиглер Ф. С. — Функциональная диагностика печени. Яновер И. С. — Функциональная диагностика почек. Фомберг Х. Э. К диагностике и терапии малярии. Темпер В. А. — Бронхиальная астма в свете современного учения. Гершкович-Циглер — Современные методы лечения малярии. Субботина Т. — Современное лечение острой гонорреи у мужчин. Ливертова Г. Я. Современное лечение острой гонорреи у мужчин. Литвин А. Е. — Терапия при предложении детского места. Давиденко М. И. — Оперативное лечение трахомы. Лернер Э. Д. — Симпатическое воспаление. Скрипченко С. П. — Профес. заболевания глаз. Гурфинкель З. Х. — Симпатическое воспаление.

В мае: Красногорский Ш. А. — Функциональная диагностика почек. Миронер И. Ю. — К патогенезу круглой язвы желудка. Васильева Н. М. — О роли бактерий полости рта в этиологии и патогенезе ртутных и висмутовых стоматитов. Граник Е. Д. — Лечение и профилактика малярии. Френкель Л. М. — Социальное страхование в свете профилактической медицины. Розенфельд Р. В. — Современные способы обработки рук и операц. поля. Сербова Л. Д. — Врожденный сифилис. Лисунов Е. Г. — Современное лечение сифилиса. Файтельберг Р. И. — Спонтанный пневмоторакс. Шайхман Н. М. — Принципы диет при заболеваниях почек. Фрахтер М. М. — Диетотерапия при болезнях почек. Сосков И. С. — Принципы диет при болезнях почек.

## Курсы для усовершенствования врачей при Медицинском факультете Одесского Государственного Медицинского Института.

С 11 по 18 сентября с. г. предложены курсы по усовершенствованию врачей по бактериологии и инфекционным болезням.

Курсы будут состоять из лекций на определенные темы и из практических занятий, причем приняты меры, чтобы часы лекций и практических занятий между собой не совпадали.

### А. Перечень лекций.

Суббота, 11/IX — от 6—8 час. Проф. В. К. Стефанский (тема будет объявлена дополнительно в зависимости от пожеланий слушателей).

Понедельник, 13/IX — от 6—8 час. Доц. М. Б. Станишевская: „Корь и ее профилактика“.

Четверг, 16/IX — от 6—8 час. Проф. Л. В. Громашевский: „Основы гельминтологии“.



Пятница, 17/IX — от 6—8 час. Проф. Д. Л. Меерсон: „Новейшие данные по эпидемиологии туберкулеза“.

Место лекций — Малая аудитория при каф. Эпидемиологии. (Внешняя 2; трамвай № 1 и № 28).

При записи на лекции вносится 1 рубль на организационные расходы.

### Б. Перечень практически-демонстративных занятий.

1. Приват-доц. Э. Ю. Ген. „Техника получения вакцин, лечебных сывороток и др. бактериальных препаратов.“

Суббота, 11/IX от 11—1 час. дня, понедельник, 13/IX от 11—1 час. дня в здании Одесского Бактер. Института (ул. Пастера, 2; трамв. № 1 и 28).

Количество слушателей от 10 — 30.

Программа. Бактериальные вакцины. Методика получения различного типа вакцин (моно и поливалентные, сенсibiliзиро-ванные и аутовакцины, вакцины *per os*). Стандартизация. Способы применения с профилактической и лечебной целью. Антивирус по проф. Безредка — изготовление и применение. Туберкулин, маллеин и трихофитин. Лечебные сыворотки (антитоксические и антибактериальные). Получение антигенов. Методы иммунизации. Измерение сывороток и их контроль. Применение.

2. Доц. М. Б. Станишевская. „Клинико-бактериологическое исследование заразных болезней“.

Вторник, 14/IX, среда 15/IX, четверг 16/IX, пятница 17/IX, суббота 18/IX от 11—1 час. дня во II-м Бараке I-ой Совнарболи (ул. Пастера, 5; трамвай № 1 и № 28).

Количество слушателей от 4—8. Плата — 2 руб.

Программа. Взятие материала из зева и носоглотки для исследования на дифтерит, соор, менингококковое носительство; посев и исследование взятого материала; взятие крови у коревых и скарлатинозных реконвалесцентов и приготовление из нее сыворотки; лумбальная пункция на живом и исследование спинно-мозговой жидкости (давление, цитология, бактериология); лумбальная и суб-окципитальная пункция на трупах.

3. Ассист. д-р Н. З. Юхневич. „Ультра-микроскопическое исследование возбудителей венерических болезней“.

Понедельник 13/IX от 9—11 час., четверг 16/IX от 9—11 час. дня в амбулатории каф. Кожно-венерич. болезней в Центральной Амбулатории Медфака (Валиховский пер., 3; трамвай № 1).

Количество участников от 5—15. Плата — 2 рубля.

4. Доц. А. И. Скроцкий. „Об интубации при стенозах гортани“.

Вторник 14/IX от 9—11 час., среда 15/IX от 9—11 час. дня.

Количество участников от 5—10. Плата — 1 рубль.

Программа. Инструментарий для интубации, показания к ней, момент оперативного вмешательства, техника интубации; момент экстубации, техника экстубации; повреждения при интубации и экстубации; пролежни.

5. Проф. В. Л. Елин. „Роль ретикуло-эндотелиального аппарата в механике инфекции и иммунитета“.



Среда 15/IX от 1—3 час., пятница 17/IX от 4—6 час. в Лаборатории Бактериол. Института Медфака (главное здание лаборатории по Ольгиевской ул., 4; трамвай № 1, 2, 6, 8, 9).

Число слушателей от 10—30. Плата — 1 рубль.

Программа. Учение о микрофагах Мечникова; роль ретикуло-эндотелиального аппарата в выработке антител; фагоцитарная деятельность рет.-энд. аппарата; роль рет.-энд. аппарата в механизме естественного иммунитета; роль р.-энд. аппарат. в механизме инфекции; роль р.-энд. аппарат. в механизме активного иммунитета; роль р.-энд. аппарат. в механизме пассивного иммунитета.

6. Проф. Л. В. Громашевский с сотрудниками. Практические занятия по гельминтологии.

Пятница 17/IX от 1—3 час., суббота 18/IX от 1—3 час. в Глистной лаборатории при кафедре Эпидемиологии (Внешняя 2; трамвай № 1 и № 28).

Число участников 6—12. Плата — 2 рубля.

Программа. Взятие материала; техника исследования по Филлеборну; исследование и диагностирование различных видов яиц глист.

7. Ассистент Г. С. Леви. „К клинике расстройства пищеварения и питания в детском возрасте“ (демонстративное занятие).

Пятница 17/IX от 9—11 час. утра в ауд. Детской Клиники Медфака (Валиховский пер., 3; трамвай № 1, 2, 6, 8, 9).

Количество слушателей от 5—15. Плата — 1 рубль.

Программа. Этиология расстройства пищеварения и питания у детей грудного возраста; классификация желудочно-кишечных заболеваний по Видергоферу; классификация расстройств питания у грудных детей по Черни, Финкельштейну; новейшие исследования клинических проявлений расстройства питания у грудного ребенка, нарушение баланса, диспептическая стадия, атрофия, пищевая интоксикация; современное положение вопроса о роли инфекции (энтеральной и парэнтеральной) в расстройстве питания в грудном возрасте, эндогенные и экзогенные факторы; современное состояние вопроса о терапии острых и хронических расстройств питания и пищеварения грудного ребенка (дието-ферменто- и бактериотерапия).

### Хронологическое расписание занятий

#### на курсах по усовершенствованию врачей при Медфаке ОМИ.

|                   |                         |                                 |
|-------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Суббота           | 11/IX — 11—1 час. дня — | Доц. Э. Ю. Ген.                 |
|                   | 6—8 „ „ —               | Лекция проф. В. К. Стефанского. |
| Понедельник 13/IX | — 9—11 „ „ —            | Ассист. Н. З. Юхневич.          |
|                   | 11—1 „ „ —              | Доц. Э. Ю. Ген.                 |
|                   | 6—8 „ „ —               | Лекция Доц. М. Б. Станишевской. |
| Вторник           | 14/IX — 9—11 „ „ —      | Доц. А. И. Скродцкий.           |
|                   | 11—1 „ „ —              | Доц. М. Б. Станишевская.        |
| Среда             | 15/IX — 9—11 „ „ —      | Доц. А. И. Скродцкий.           |
|                   | 11—1 „ „ —              | Доц. М. Б. Станишевская.        |
|                   | 1—3 „ „ —               | Проф. В. Л. Елин.               |
| Четверг           | 16/IX — 9—11 „ „ —      | Ассист. Н. З. Юхневич.          |
|                   | 11—1 „ „ —              | Доц. М. Б. Станишевская.        |



|         |              |   |   |   |
|---------|--------------|---|---|---|
| Четверг | 16/IX — 6—8  | „ | „ | — Лекция проф. Л. В. Громашевского.   |
| Пятница | 17/IX — 9—11 | „ | „ | — Асс. Г. С. Леви.  |
|         | 11—1         | „ | „ | — Доц. М. Б. Станишевская.  |
|         | 1—3          | „ | „ | — Проф. Л. В. Громашевский с сотрудн. (Практ. занятия по гельминтологии).     |
|         | 4—6          | „ | „ | — Проф. В. Л. Елин.   |
| Суббота | 18/IX — 6—8  | „ | „ | — Лекция проф. Д. Л. Меерсона.  |
|         | 11—1         | „ | „ | — Доц. М. Б. Станишевская.  |
|         | 1—3          | „ | „ | — Проф. Л. В. Громашевский с сотрудниками (Практ. занятия по гельминтологии). |

Проректор по уч. части ОМИ Проф. *И. Е. Корнман.*

## ЗИМНИЙ КУРОРТНЫЙ СЕЗОН

НА ОДЕССКИХ КУРОРТАХ В ТЕЧЕНИЕ ЗИМНЕГО СЕЗОНА

ФУНКЦИОНИРУЕТ

**БАЛЬНЕО-ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ (ЛЕРМОНТОВСКИЙ КУРОРТ)**

ЛЕРМОНТОВСКИЙ ПЕР. № 2, ТЕЛ. № 19-26; ТРАМВАЙ №№ 4, 5, 17, 23 и 28.

**САНАТОРИЙ** для стационарных больных с заболеваниями нервной системы и двигательного аппарата. СПЕЦИАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ для желудочно-кишечных больных и страдающих расстройствами обмена веществ.

### АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**ПОЛИКЛИНИКА**—Прием от 10 час. утра до 4 час. дня. Врачебный осмотр и консультация профессоров. ГИДРОПАТИЯ, МЕСТНОЕ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ, УГЛЕКИСЛЫЕ ВАННЫ, ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ, МЕХАНОТЕРАПИЯ (ЦАНДЕРОВСКИЙ ИНСТИТУТ), МАССАЖ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

**ТЕПЛЫЕ МРСКИЕ ВАННЫ** от 10 часов утра до 6 час. вечера.

**ЗИМНИЕ САНАТОРИИ ФУНКЦИОНИРУЮТ с 15 октября по 1 мая.**

**СДАЧА КОЕК И ВЫДАЧА СПРАВОК:**

ОДЕССКОЕ КУРОРТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ, ул. Баранова 10, тел. 6-11, 4-89 и 18-06.  
БАЛЬНЕО-ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ, Лермонтовский пер. 2, тел. 19-26.



# „УКРМЕДТОРГ“

УКРАИНСКОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО  
ТОРГОВЛИ МЕДИКАМЕНТАМИ и ЛЕЧТРАВАМИ

ОДЕССКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ:

КОНТОРА и ОПТОВЫЙ СКЛАД ул. Жуковского 20.

ТЕЛЕФОН № 1-59.

ОТПУСК РАЗНОГО РОДА МЕДИМУЩЕСТА 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; УГЛЕКСЛ.  
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.

## М.И.ГОРБАТЕНКО и Г.А.КАНУННИКОВ

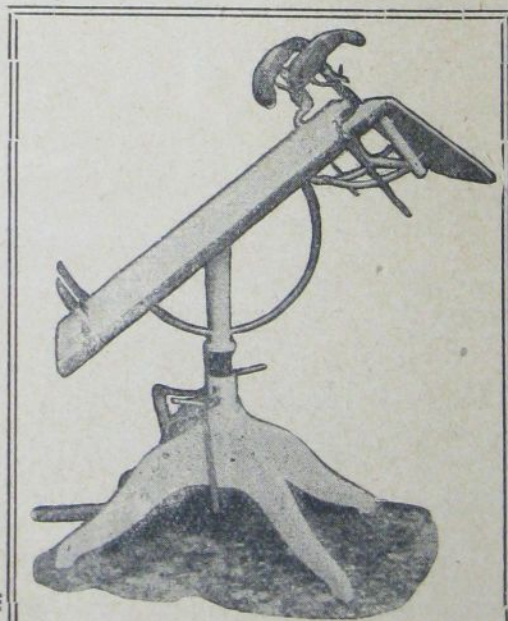
ОДЕССА, ул. ХАЛТУРИНА (б. Гаванная) д. № 1.

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



## СО Д Е Р Ж А Н И Е

СТР.

О р и г и н а л ь н ы е с т а т ь и :

|  |     |
|--|-----|
| Д. М. Хаютин. Teratoma cerebelli . . . . .   | 1   |
| В. Э. Маевский. К вопросу о сенсibiliзирующем действии экстрактов из щитовидных желез на шейный симпатический нерв . . . . . | 4   |
| Д. Костырко. Bacillus volutans nov. spec., как показатель загрязнения воды пометом животных . . . . .                        | 9   |
| С. С. Налбандов. „Ischias“ и пятый поясничный позвонок . . . . .   | 10  |
| Беата Кранцфельд. Материалы к изучению тромбоцитов в клинике . . . . .   | 18  |
| С. Х. Бабаев. К вопросу о лечении бронхиальной астмы хлористым кальцием . . . . .  | 22  |
| А. Ф. Синани. Клиника сифилиса печени . . . . .  | 23  |
| И. Я. Винокуров (проф.). Роль педиатрии в психическом развитии ребенка . . . . .   | 26  |
| Н. И. Кефер (проф.). Ортопедия как врачебная специальность и как предмет преподавания . . . . .                              | 33  |
| А. И. Гешелин (проф.). Диагностическое и терапевтическое значение эзофагоскопии . . . . .                                    | 37  |
| Г. К. Живатов. О реакции на гематин, как диагностическом методе в акушерстве и гинекологии . . . . .                         | 43  |
| П. И. Баков. К вопросу о лечении ран заклеивкой по способу Bier'a . . . . .  | 49  |
| Л. И. Файнгольд и И. Штейнберг. Сифилис и рак языка . . . . .  | 54  |
| Л. М. Розенфельд. Рак язычка на сифилитической почве . . . . .   | 61  |
| Ф. И. Тарсис и Г. П. Девоянц. К вопросу о лечении сифилиса русским препаратом Висмута — Bijochinol'em . . . . .              | 65  |
| Л. И. Айхенвальд. Опыт учета психопатии населения Одесского округа . . . . .   | 68  |
| М. Л. Левонтин. К вопросу о кампаниях „ремонта“ здоровья застрахованных . . . . .  | 70  |
| С. С. Аглицкий (гражд. инж.). Вопросы канализации в современном поселке . . . . .  | 73  |
| Обзоры . . . . .   | 78  |
| Рефераты . . . . .   | 81  |
| Научная жизнь . . . . .  | 95  |
| Библиография . . . . .   | 104 |
| Хроника . . . . .  | 105 |



ТИПОГРАФИЯ „ИЗВЕСТИЯ“  
ИМЕНИ ТОВ. ЗИНОВЬЕВА  
ОДЕССА. ОКРЛИТ № 746  
ЗАКАЗ № 2215. 800 экз.



# „УКРАИНКРЕСТ“

УКРАИНСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ ОТПУСКАЕТ ИЗ СВОИХ  
МАГАЗИНОВ „САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ“ ПАРФЮМЕР-  
НЫЕ, КОСМЕТИЧЕСКИЕ И ХОЗЯЙСТВЕННЫЕ ТОВАРЫ  
ПО ОПТ. ЦЕНАМ. ○○○○ ЧЛЕНАМ КР. КРЕСТА СКИДКА

РОЗНИЧНЫЕ МАГАЗИНЫ: { 1. УЛ. ЛАССАЛЯ, ДОМ № 16  
2. УЛ. КРАСНОЙ ГВАРДИИ  
(Б. ТОРГОВ.) УГ. САДОВОЙ

## ТИПОГРАФИЯ ИЗ-ВА „ИЗВЕСТИЙ“ ОДЕССА

ПУШКИНСКАЯ, 32. ТЕЛЕФОН 13-65

ПРИНИМАЕТ ВСЕВОЗМОЖНЫЕ  
ТИПОГРАФСКИЕ ЗАКАЗЫ НА:

МЕДИЦИНСКИЕ  
ЖУРНАЛЫ,  
БРОШЮРЫ,  
ОТЧЕТЫ.  
БЛАНКИ

И КНИГИ  
ДЛЯ БОЛЬНИЦ,  
ПОЛИКЛИНИК,  
АМБУЛАТОРИЙ  
И ПРОЧ.

КЛИШЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДАНИЙ



# 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**      Препарат Черногорки—Адонис-Верналис. Содержит всю сумму активных глюкозидов из травы Адонис-Верналис и свободен от балластных составных частей травы, раздражающих желудочно-кишечный тракт.  
(Замена Инфуза Адонис Верналис)
- ГИТАЛЕН**      Препарат Наперстянки (Фолиа Дигиталис) — содержит, главным образом, глюкозид—Гиталин.  
(Русский Дигален)
- ДИГИНОРМ.Р.**      Как и германский Дигипурат „Кноль“, содержит дигитоксин, дигиталенин и ангидродигиталин.  
(Русский Дигипурат)      Три упомянутых сердечных средства стандартизуются в Научном Химико-Фармацевтич. Институте НТО—ВСНХ.
- ГРАНУЛЕЗА**      Лечебно-перевязочный и кровеостанавливающий 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, СПОРЫНЬЯ, ШПАНСКАЯ МУХА, МУРАВЬИНЫЕ ЯЙЦА,  
ЛИСТВЕННИЧНАЯ ГУБКА (АГАРИКУС) И ДРУГИЕ.